

Luglio 2006

Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini

Nice linee guida cliniche n. 37 Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini

Come ordinare il volume

Sulla [pagina web](#) si possono scaricare i seguenti documenti:

- Linee guida Nice (questo documento) – tutte le raccomandazioni
- Guida breve – un riassunto delle raccomandazioni per gli operatori sanitari
- Capire le linee guida NICE – informazioni per i pazienti
- Linee guida complete – tutte le raccomandazioni, dettagli su come sono state prodotte e sintesi delle evidenze scientifiche su cui si basano.

Per le copie cartacee della guida o di “Capire le linee guida Nice” telefonare al numero dell’NHS (0870 1555 455) e digitare:

- N1074 per la guida breve
- N1075 per Capire le linee guida Nice.

Perché sono state scritte queste linee guida

Queste linee guida rappresentano il punto di vista dell’Istituto, dopo un’attenta valutazione delle prove di efficacia disponibili. I professionisti della salute dovrebbero tenerne conto nell’ambito del loro lavoro. Tuttavia, queste linee guida non sostituiscono la responsabilità dei professionisti della salute nel prendere le decisioni più appropriate per il singolo paziente, in accordo con il paziente stesso e con chi se ne prende cura.

National Institute for Health and Clinical Excellence

MidCity Place
71 High Holborn
London
WC1V 6NA

www.nice.org.uk

Si ringraziano per la traduzione le ostetriche Stefania Conti, Margherita Locatelli, Edda Pellegrini, Nadia Rovelli e la studentessa Michela Cestra del Corso di Laurea in Ostetricia, sezione di Bergamo.

Revisione a cura di Angela Giusti e della redazione di EpiCentro.

© National Institute for Health and Clinical Excellence, luglio 2006. Tutti i diritti riservati. Questo materiale può essere riprodotto liberamente per scopi educativi e non di profitto. Non è permessa la riproduzione a favore di organizzazioni commerciali o per motivi commerciali, a meno che non ci sia una chiara autorizzazione scritta da parte dell’istituto.

Indice

Introduzione	p. 4
Un'assistenza centrata su mamma e bambino	5
Le priorità d'intervento	6
1.Linee di indirizzo	7
1.1 Pianificare il contenuto e l'offerta dell'assistenza	7
1.2 La salute della madre	9
1.3 L'alimentazione del neonato	16
1.4 Preservare la salute del neonato	17
2.Alcune precisazioni sull'obbiettivo delle linee guida	30
3.Mettere in pratica le raccomandazioni	31
4.Raccomandazioni per la ricerca	31
4.1 Monitoraggio routinario del peso del bambino	31
4.2 Valutazione della Baby Friendly Initiative	32
4.3 L'impatto di un supporto alla pari sulla depressione puerperale	32
5 Altre versioni e documenti correlati	33

Introduzione

Scopo di queste linee guida è identificare gli aspetti essenziali dell'assistenza che ogni donna e il proprio bambino dovrebbero ricevere nelle prime 6-8 settimane dopo la nascita, sulla base delle migliori prove di efficacia disponibili.

Sebbene per la maggior parte di donne e bambini il periodo puerperale non presenti complicanze, occorre offrire assistenza in caso di qualsiasi deviazione dal normale recupero dopo il parto. Le linee guida forniscono suggerimenti su quando cure aggiuntive possono essere necessarie, classificando le raccomandazioni in diversi livelli, secondo i gradi di urgenza richiesti nell'affrontare una determinata situazione (vedi tabella 1).

Tabella 1 Classificazione

<i>Stato</i>	<i>Classificazione</i>
Emergenza	Situazione di pericolo di vita o potenziale pericolo di vita
Urgenza	Situazione potenzialmente grave, che necessita di un'azione appropriata
Non urgenza	Situazione che richiede controllo e valutazione continua

Un'assistenza centrata su mamma e bambino

Queste linee guida forniscono consigli sulle pratiche migliori per l'assistenza essenziale alle donne e ai loro bambini durante il puerperio.

Le donne e le loro famiglie dovrebbero essere sempre trattate con gentilezza, rispetto e dignità. I punti di vista, le credenze e i valori della donna, del suo partner e della sua famiglia in relazione alla cura di sé e del bambino dovrebbero essere perseguiti e rispettati in tutte le circostanze. La donna dovrebbe essere coinvolta pienamente nella pianificazione della durata e del contenuto di ogni incontro durante il puerperio, in modo che l'assistenza sia flessibile e tarata sui bisogni di mamma e bambino.

Le donne dovrebbero avere l'opportunità di fare scelte informate riguardo alla propria assistenza e a qualsiasi trattamento di cui abbiano bisogno. Nel caso una donna non abbia la capacità di prendere delle decisioni, l'operatore sanitario dovrebbe seguire le [linee guida](#) del dipartimento della Salute (*Guida di riferimento per consentire l'esame o il trattamento*, 2001).

Una comunicazione efficace tra gli operatori sanitari, la donna e la sua famiglia è essenziale e dovrebbe basarsi su informazioni scientificamente provate e offerte in una forma che rispecchi i bisogni individuali della donna.

L'assistenza e l'informazione dovrebbero essere appropriate e tenere conto della cultura d'origine della donna. Tutte le informazioni dovrebbero essere fornite in modo accessibile non solo alle donne, ma anche ai loro partner e alle loro famiglie, prendendo in considerazione eventuali altri bisogni, come le disabilità fisiche, cognitive o sensoriali e la non conoscenza della lingua.

In generale, bisogna fare il possibile per fornire, alla donna, al suo partner o ad altri importanti membri della sua famiglia, tutte le informazioni e il sostegno di cui abbiano bisogno.

Le priorità di intervento

- Preferibilmente prima della nascita, o il più presto possibile dopo parto, bisognerebbe predisporre insieme alla donna un piano per l'assistenza al puerperio, in modo documentato e individualizzato.

Questo dovrebbe includere:

- fattori rilevanti emersi durante la gravidanza e il parto, ma anche nel post partum
- caratteristiche degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza alla madre e al bambino, inclusi i loro ruoli e recapiti
- piani per il periodo puerperale.

Questo piano essere rivisto a ogni incontro.

- Dovrebbero esserci protocolli locali sulla comunicazione scritta, in particolare sul passaggio dell'assistenza fra i settori clinici e i diversi professionisti coinvolti. Tali protocolli dovrebbero essere soggetti ad audit.
- Le donne dovrebbero ricevere informazioni adeguate e tempestive che le rendano in grado di promuovere la propria salute e il proprio benessere e quello del bambino e di riconoscere e risolvere i problemi.
- Al primo incontro durante il puerperio le donne dovrebbero ricevere informazioni sui segni e i sintomi delle condizioni potenzialmente letali (dati nella tabella 2) e su come eventualmente contattare l'operatore sanitario di riferimento o il servizio di pronto soccorso in caso di necessità.
- Tutti gli operatori del settore materno-infantile (sia che lavorino in ospedale sia nell'assistenza primaria) dovrebbero implementare un programma strutturato e basato su prove di efficacia che promuova l'allattamento al seno, usando l'[iniziativa Ospedale amico dei bambini](#) come standard minimo di riferimento¹.
- Durante il puerperio ogni incontro dovrebbe essere un'occasione per valutare il benessere emotivo, il supporto sociale e familiare e le strategie abituali di gestione delle attività quotidiane. Le donne e i loro familiari dovrebbero essere incoraggiati a chiamare il proprio operatore sanitario di riferimento per qualsiasi cambio d'umore, stato emotivo o comportamento inusuale per la donna.
- Durante il puerperio ogni incontro dovrebbe offrire ai familiari informazioni e suggerimenti per renderli in grado di:
 - valutare le condizioni generali del bambino
 - identificare segni e sintomi di problemi di salute comuni nei bambini
 - contattare, se necessario, un operatore sanitario o il servizio di emergenza.

¹ Per la documentazione in lingua italiana si veda [la pagina web dell'Unicef](#).

1. Linee di indirizzo

Queste linee di indirizzo si basano sulle migliori prove di efficacia disponibili. La versione integrale (“Assistenza in puerperio: l’assistenza di routine per le donne e i loro bambini in puerperio”²) fornisce dettagli sui metodi e sulle *evidence* utilizzate per sviluppare le linee guida (vedi la sezione 5 per dettagli).

1.1 Pianificare il contenuto e l’offerta dell’assistenza

Principi dell’assistenza

- 1.1.1 Durante il puerperio, ogni incontro dovrebbe essere organizzato in accordo con i principi dell’assistenza individualizzata. Per offrire l’assistenza essenziale raccomandata in queste linee guida, i servizi dovrebbero essere pianificati secondo le caratteristiche locali, in modo da ottenere il servizio più efficace ed efficiente per le donne e i loro bambini.
- 1.1.2 Ogni donna dovrebbe avere un operatore sanitario incaricato del coordinamento dell’assistenza, che cambierà nel tempo con il mutare dei bisogni di madre e figlio.
- 1.1.3 Preferibilmente prima della nascita, o il più presto possibile dopo parto, bisognerebbe mettere a punto insieme alla donna il piano per l’assistenza al puerperio, in modo documentato e individualizzato. Questo dovrebbe includere:
- fattori rilevanti emersi durante la gravidanza e il parto, ma anche nel post partum
 - caratteristiche degli operatori sanitari coinvolti nell’assistenza alla madre e al bambino³, inclusi i loro ruoli e recapiti
 - piani⁴ per il periodo puerperale.
- Questo programma dovrebbe essere rivisto a ogni incontro.
- 1.1.4 Le donne dovrebbero avere l’opportunità di raccontare la loro esperienza del parto e di fare domande riguardo l’assistenza che hanno ricevuto durante il travaglio.
- 1.1.5 Le donne dovrebbero ricevere informazioni adeguate e tempestive che le rendano in grado di promuovere la propria salute e il proprio benessere e quello del bambino e di riconoscere e risolvere i problemi.
- 1.1.6 Durante ogni incontro in puerperio, l’operatore sanitario dovrebbe:

² <http://guidance.nice.org.uk/CG37>

³ Nel testo originale talvolta viene usata l’espressione “baby”, talaltra la specifica di genere “bambino e bambina”. Per brevità, nella traduzione italiana si è scelto di usare la forma maschile (bambino).

⁴ Il termine “piano di assistenza” è la traduzione dell’inglese “plan” (birth plan, breastfeeding plan, ecc), uno strumento strutturato e individualizzato per l’assistenza alle diverse fasi del percorso-nascita, concordato dalla donna con il proprio operatore di fiducia

- fare domande alla donna sul suo stato di salute e benessere e quello del bambino, compresi i comuni problemi di salute fisica che possono presentarsi. Qualsiasi sintomo riportato dalla donna madre o identificato attraverso l'osservazione clinica deve essere preso in considerazione
- offrire informazioni coerenti e spiegazioni chiare promuovendo la capacità della donna di prendersi cura della propria salute e di quella del bambino e di riconoscere quei sintomi che potrebbero richiedere una discussione
- incoraggiare la donna e la sua famiglia a riferire ogni preoccupazione che riguardi la loro salute fisica, sociale, mentale o emotiva, discutere la questione e fare domande
- riportare nel piano assistenziale ogni problema e il relativo *follow up*.

1.1.7 La durata della permanenza nel reparto di maternità dovrebbe essere discussa da ogni donna con l'operatore sanitario di riferimento⁵, tenendo conto del benessere di madre e bambino così come del supporto disponibile dopo la dimissione.

La comunicazione tra professionisti

1.1.8 La comunicazione scritta, soprattutto a proposito del trasferimento dell'assistenza tra settori clinici e operatori sanitari diversi, dovrebbe avvenire secondo protocolli locali, adeguatamente validati.

1.1.9 I professionisti sanitari dovrebbero usare la cartella clinica della maternità, il piano dell'assistenza per il puerperio e la cartella personale del bambino per promuovere la comunicazione con le donne.

Competenze

1.1.10 Tutti gli operatori sanitari che si occupano delle madri e dei bambini dovrebbero attenersi alle competenze sviluppate nell'ambito del programma [Skills for Health](#). Gli operatori sanitari dovrebbero aver anche dimostrato competenza e sufficiente esperienza clinica in diversi ambiti:

- fare un esame clinico della mamma e del neonato e riconoscere eventuali anomalie
- sostenere le donne che allattano, conoscere a fondo la fisiologia della lattazione e dell'adattamento metabolico del neonato e comunicare in modo efficace ai genitori
- riconoscere i rischi, i segni e i sintomi di violenza domestica e sapere chi contattare per ricevere consigli sulla gestione del caso, come raccomandato dal dipartimento della Salute^{6,7}

⁵ L'espressione inglese "*her health care professional*" è stata tradotta come "il proprio operatore sanitario di riferimento" mentre "*coordinating healthcare professional*" è stato tradotto come "coordinatore dell'assistenza".

⁶ National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Disponibile in www.dh.gov.uk.

⁷ Department of Health (2005) *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London: Department of Health. Disponibile in www.dh.gov.uk.

- riconoscere i rischi, i segni e i sintomi di un abuso su minore e sapere chi contattare per ricevere consigli sulla gestione del caso, come raccomandato dal dipartimento della Salute

1.2 La salute della madre

Offerta di informazioni

- 1.2.1 Al primo incontro durante il puerperio le donne dovrebbero ricevere informazioni sui segni e i sintomi delle condizioni potenzialmente letali (dati nella tabella 2) e su come eventualmente contattare l'operatore sanitario che le segue o il servizio di emergenza se qualsiasi segno o sintomo dovesse insorgere.

Tabella 2. Segni e sintomi di condizioni potenzialmente letali

<i>Segni e sintomi</i>	<i>Condizione</i>
Perdita ematica improvvisa e abbondante, oppure aumento persistente della perdita Debolezza, vertigini o palpitazioni/tachicardia	Emorragia post partum
Febbre, brividi, dolore addominale e/o perdite vaginali maleodoranti	Infezione
Cefalea accompagnata da uno o più dei seguenti sintomi entro le 72 ore dal parto: <ul style="list-style-type: none"> • disturbi della vista • nausea, vomito 	Pre-eclampsia/eclampsia
Dolore unilaterale al polpaccio, arrossamento o rigonfiamento Dispnea o dolore toracico	Tromboembolia

- 1.2.2 L'opuscolo "Birth to five"⁸ del dipartimento della Salute, che è una guida alla genitorialità e ai primi cinque anni di vita di un bambino, dovrebbe essere consegnato a tutte le donne entro tre giorni al parto (se non è stato già consegnato durante la gravidanza).

⁸ Disponibile in www.dh.gov.uk.

- 1.2.3 La cartella personale del bambino dovrebbe essere consegnata a tutte le donne prima possibile (se non è stata consegnata durante la gravidanza) e se ne dovrebbe spiegare l'uso.
- 1.2.4 Le madri dovrebbero essere informate e rassicurate riguardo:
- il processo fisiologico del recupero dopo il parto (entro le prime 24 ore)
 - le normali caratteristiche del cambiamento emotivo del puerperio e il fatto che si risolva entro 10-14 giorni dal parto (entro tre giorni)
 - comuni disturbi di salute, se pertinente (nelle prime 2-8 settimane di puerperio).

Condizioni potenzialmente letali: cure di base e ragioni di preoccupazione

Emorragia post partum

- 1.2.5 In assenza di perdite vaginali anomale, non è necessario il controllo dell'utero con la palpazione addominale né la valutazione delle dimensioni come osservazione di routine.
- 1.2.6 La valutazione delle perdite vaginali, dell'involutione e della posizione dell'utero andrebbe fatta in caso di perdite vaginali abbondanti o maleodoranti, con dolore addominale o con febbre. Qualsiasi anomalia nella dimensione, nel tono e nella posizione dell'utero dovrebbe essere valutata. In assenza di anomalie uterine, considerare altre cause dei sintomi (azione urgente).
- 1.2.7 Perdite ematiche improvvise e abbondanti, o accompagnate da qualsiasi altro segno e sintomo di shock, inclusi la tachicardia, l'ipotensione, l'ipoperfusione e la modificazione dello stato di coscienza, dovrebbero essere valutate (azione di emergenza).

Infezioni del tratto genitale

- 1.2.8 In assenza di segni e sintomi di infezione, il controllo di routine della temperatura è inutile.
- 1.2.9 Se si sospetta un'infezione, la temperatura dovrebbe essere misurata e documentata. Se la temperatura supera i 38°C, ripetere la misurazione nell'arco delle 4-6 ore.
- 1.2.10 Se la temperatura rimane sopra i 38°C alla seconda rilevazione o sono presenti altri sintomi e segni misurabili di infezione, effettuare approfondimenti diagnostici (azione di emergenza).

Pre-eclampsia o eclampsia

- 1.2.11 Entro 6 ore dal parto va effettuata e documentata almeno una misurazione della pressione sanguigna.
- 1.2.12 Il controllo di routine della proteinuria non è raccomandato
- 1.2.13 In caso di cefalea severa e persistente si dovrebbe considerare l'ipotesi di una pre-eclampsia (azione di emergenza).
- 1.2.14 Se la pressione diastolica è superiore ai 90 mm Hg e non ci sono altri segni o sintomi pre-eclamptici, la misurazione della pressione dovrebbe essere ripetuta entro le quattro ore successive.
- 1.2.15 Se la pressione diastolica è superiore ai 90 mm Hg ed è accompagnata da un altro segno o sintomo pre-eclamptico effettuare approfondimenti diagnostici (azione di emergenza).
- 1.2.16 Se la pressione diastolica è superiore ai 90 mm Hg e non scende al di sotto dei 90 mm Hg entro quattro ore considerare la pre-eclampsia (azione di emergenza).

Tromboembolia

- 1.2.17 Le donne dovrebbero essere incoraggiate a muoversi il prima possibile dopo il parto.
- 1.2.18 In caso di dolore monolaterale al polpaccio, arrossamento o rigonfiamento si dovrebbe valutare l'eventualità di una trombosi venosa profonda (azione di emergenza).
- 1.2.19 In caso di dispnea o dolore toracico si dovrebbe valutare l'eventualità di una tromboembolia polmonare (azione di emergenza).
- 1.2.20 L'uso routinario del segno di Homan non è raccomandato come strumento di valutazione della tromboembolia.
- 1.2.21 Le donne obese sono a maggiore rischio di tromboembolia e dovrebbero ricevere un'assistenza personalizzata.

Salute e benessere mentale

- 1.2.22 Durante il puerperio ogni incontro dovrebbe essere un'occasione per chiedere alle donne come si sentono dal punto di vista del benessere emotivo, che tipo di supporto sociale e familiare hanno e quali strategie adottano abitualmente per la gestione delle difficoltà quotidiane. Le madri e i loro familiari dovrebbero essere incoraggiati a parlare con l'operatore sanitario di riferimento di qualsiasi cambio d'umore, stato emotivo o comportamento inusuale per la donna.

- 1.2.23 L'intervista formale sull'esperienza del parto non è una pratica raccomandata.
- 1.2.24 Tutti gli operatori sanitari dovrebbero conoscere i segni e sintomi dei problemi di salute mentale materna che possono verificarsi a distanza di settimane o mesi dal parto.
- 1.2.25 A distanza di 10-14 giorni dal parto, bisognerebbe chiedere alle donne se i sintomi del baby blues (pianto, ansia e sbalzi di umore) sono scomparsi. Se non è così si deve valutare l'ipotesi di depressione puerperale e, se i sintomi persistono, effettuare approfondimenti diagnostici (azione urgente)⁹.
- 1.2.26 Per aiutarsi a stare emotivamente meglio, le donne dovrebbero essere incoraggiate a dedicare del tempo a se stesse, per esempio: fare una leggera attività fisica, prendersi del tempo per riposare, farsi aiutare nella cura del bambino, parlare a qualcuno delle proprie emozioni e assicurarsi la possibilità di accedere alle reti sociali di sostegno alla maternità.

Salute e benessere fisico

Cure perineali

- 1.2.27 Ad ogni incontro in puerperio bisognerebbe chiedere alle mamme se hanno qualche preoccupazione riguardo al processo di guarigione delle ferite perineali (dolore perineale, fastidio o dolore pungente, odori maleodoranti o dispareunia).
- 1.2.28 L'operatore sanitario dovrebbe proporre una valutazione del perineo se la donna avverte dolore o fastidio.
- 1.2.29 Alle donne andrebbe fatto presente che l'applicazione locale del freddo (per esempio cuscinetti di ghiaccio o di gel) è un metodo efficace per alleviare il dolore perineale.
- 1.2.30 Se è necessaria un'analgesia orale, il paracetamolo dovrebbe essere il farmaco di prima scelta, salvo controindicazioni.
- 1.2.31 Se l'applicazione del freddo o il paracetamolo non sono efficaci si dovrebbe prendere in considerazione una terapia antinfiammatoria non steroidea orale o rettale, in assenza di controindicazioni (azione non urgente).
- 1.2.32 Segni e sintomi di infezione, di inadeguata cicatrizzazione, di una diastasi della ferita o di mancata guarigione della stessa dovrebbero essere valutati (azione urgente).

⁹ Linea guida Nice in corso di stesura sulla salute mentale in gravidanza e puerperio. Pubblicazione attesa per gennaio 2007. Vedi Nice per ulteriori informazioni www.nice.org.uk.

- 1.2.33 Le donne dovrebbero essere informate dell'importanza dell'igiene perineale, dei cambi frequenti degli assorbenti, del lavaggio delle mani prima e dopo i cambi e del bagno o della doccia giornalieri per mantenere pulito il perineo.

Dispareunia

- 1.2.34 Alle donne andrebbe chiesto se hanno ripreso i rapporti sessuali e se c'è stata dispareunia nelle prime 2-6 settimane dopo il parto.
- 1.2.35 Se una donna mostra ansia nei confronti della ripresa dei rapporti sessuali, bisogna indagare riguardo alle ragioni.
- 1.2.36 Alle donne con un trauma perineale che provano dispareunia dovrebbe essere proposto un controllo del perineo (vedi la sezione sulle cure perineali).
- 1.2.37 Si dovrebbe suggerire l'utilizzo di un gel lubrificante a base di acqua per aiutare ad alleviare il disagio durante i rapporti sessuali, specialmente se la donna sta allattando al seno.
- 1.2.38 Le donne che continuano a mostrare ansia riguardo i problemi di natura sessuale dovrebbero essere ulteriormente valutate (azione non urgente).

Cefalea

Per i casi di cefalea è importante consultare la sezione sulla pre-eclampsia o eclampsia

- 1.2.39 A ogni incontro in puerperio si dovrebbe chiedere alla donna se ha avuto episodi di cefalea.
- 1.2.40 Le donne che sono state sottoposte a epidurale o anestesia spinale dovrebbero essere invitate a riferire ogni episodio di cefalea grave, soprattutto se si verificano in posizione seduta o eretta.
- 1.2.41 La gestione della cefalea lieve in puerperio dovrebbe basarsi sulle diagnosi differenziali del tipo di cefalea e sui protocolli di trattamento locali.
- 1.2.42 Alle donne con tensione ed emicrania si dovrebbero consigliare tecniche di rilassamento e strategie per evitare i fattori associati all'insorgenza della cefalea.

Fatica

- 1.2.43 Alle donne che riferiscono un persistente senso di fatica, si dovrebbero chiedere informazioni sul loro stato di salute generale e dare suggerimenti riguardo l'alimentazione, l'attività fisica e la pianificazione delle attività, compreso il tempo da trascorrere con il proprio bambino.

- 1.2.44 Se il senso di fatica persistente influisce sul prendersi cura del bambino e di sé stessa, si dovrebbero ricercare le cause fisiche, psicologiche o sociali.
- 1.2.45 Se una donna ha avuto un'emorragia post partum o soffre di fatica persistente, si dovrebbe valutare il livello della sua emoglobina e, se basso, trattarlo adeguatamente.

Mal di schiena

- 1.2.46 Il mal di schiena durante il puerperio dovrebbe essere gestito come nel resto della popolazione.

Costipazione

- 1.2.47 Alle donne dovrebbe essere domandato se sono andate di corpo nei tre giorni dopo il parto.
- 1.2.48 Si dovrebbe valutare l'alimentazione e l'assunzione di liquidi delle donne che sono costipate e si sentono a disagio, offrendo eventualmente consigli su come migliorarla.
- 1.2.49 Se le misure dietetiche non sono efficaci si può raccomandare l'assunzione di un blando lassativo.

Emorroidi

- 1.2.50 Alle donne con emorroidi si dovrebbero suggerire accorgimenti dietetici per evitare la costipazione e proporre eventuali trattamenti basati su protocolli locali.
- 1.2.51 Donne con emorroidi di grado severo, edematose o prolassate, oppure con qualche episodio di emorragia rettale devono essere valutate (azione urgente).

Incontinenza fecale

- 1.2.52 Nelle donne con incontinenza fecale dovrebbero essere valutati la gravità, la durata e la frequenza dei sintomi. Se questi non si risolvono, effettuare approfondimenti diagnostici (azione urgente).

Ritenzione urinaria

- 1.2.53 Durante il travaglio, si dovrebbe documentare ogni minzione avvenuta entro sei ore dalla precedente.
- 1.2.54 Se entro sei ore dopo il parto non è avvenuta la minzione, si dovrebbero suggerire metodi per facilitarla, per esempio fare un bagno o una doccia calda.

- 1.2.55 Se non è avvenuta la minzione entro sei ore dopo il parto e i metodi per facilitarla non hanno avuto un immediato successo, deve essere valutato il volume della vescica e considerata l'opportunità di un cateterismo vescicale (azione urgente).

Incontinenza urinaria

- 1.2.56 Alle donne con perdite involontarie di piccole quantità di urina dovrebbero essere insegnati gli esercizi per il pavimento pelvico.
- 1.2.57 Le donne con un'involontaria perdita di urina che non si risolve o che peggiora dovrebbero essere sottoposte a un approfondimento diagnostico.

Contracezione

- 1.2.58 I metodi e i tempi per la ripresa della contraccezione andrebbero discussi entro la prima settimana dal parto.
- 1.2.59 Il coordinatore dell'assistenza dovrebbe fornire un'assistenza proattiva alle donne che possono avere difficoltà di accesso alla contraccezione. Ciò implica offrire riferimenti precisi su come contattare il servizio che si occupa di contraccezione.

Immunizzazione

- 1.2.60 Le immunoglobuline anti-D dovrebbero essere proposte a ogni donna non immunizzata Rh-D-negativa entro 72 ore dopo il parto di un bambino Rh-D-positivo.
- 1.2.61 Alle donne che sono sieronegative allo screening fatto in gravidanza per la rosolia dovrebbe essere proposto il vaccino Mmr (morbillo, parotite, rosolia) dopo il parto e prima della dimissione dal reparto maternità se si trovano in un ospedale.
- 1.2.62 Il vaccino Mmr può essere somministrato insieme alle immunoglobuline anti-D (Rh0), purché siano usate siringhe diverse e i prodotti siano iniettati in due arti differenti. Nel caso non venga somministrato simultaneamente, il vaccino Mmr dovrebbe essere somministrato tre mesi dopo le immunoglobuline anti-D (Rh0) .
- 1.2.63 Le donne dovrebbero essere informate sulla necessità di evitare la gravidanza il mese successivo l'inoculazione del vaccino Mmr; l'allattamento al seno può continuare.

Sicurezza

Violenza domestica

- 1.2.64 L'operatore sanitario dovrebbe riconoscere i rischi, i segni e i sintomi di violenza domestica e sapere chi contattare per ricevere consigli sulla gestione del caso, seguendo le indicazioni del Dipartimento della salute^{10,11}.

Controllo a 6-8 settimane

- 1.2.65 Alla fine del periodo puerperale, il coordinatore dell'assistenza dovrebbe assicurarsi che il benessere fisico, emotivo e sociale della donna sia stato valutato, considerando eventualmente l'opportunità di un'azione di screening e la raccolta della storia clinica.

1.3 L'alimentazione del neonato

Un ambiente che favorisca l'allattamento al seno

- 1.3.1 Il sostegno all'allattamento deve essere disponibile ovunque, indipendentemente dalla sede dell'assistenza.
- 1.3.2 Tutti coloro che prestano assistenza (ospedali e consultori) dovrebbero avere una linea di indirizzo scritta sull'allattamento, che sia comunicata a tutto il personale e ai genitori. Ogni struttura sanitaria dovrebbe designare un responsabile dell'implementazione delle linee di indirizzo.
- 1.3.3 Tutti gli operatori del settore materno-infantile (che lavorino in ospedale o nell'assistenza primaria) dovrebbero implementare un programma strutturato di promozione dell'allattamento al seno e valutato dall'esterno, adottando l'[iniziativa](#) Ospedale amico del bambino come standard minimo¹².
- 1.3.4 È prioritario che gli operatori sanitari dedichino un tempo sufficiente ad offrire sostegno alla madre e al bambino durante l'avvio e il proseguimento dell'allattamento al seno.
- 1.3.5 Quando l'assistenza postnatale è fornita in un ospedale, si dovrebbe creare un ambiente favorevole all'allattamento al seno. Ciò prevede l'organizzazione di:
- rooming-in nelle 24 ore e, quando possibile, contatto continuo pelle a pelle

¹⁰ Department of Health (2005) *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. London: Department of Health. Disponibile sul sito www.dh.gov.uk.

¹¹ National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Disponibile sul sito www.dh.gov.uk.

¹² Per la documentazione in lingua italiana si veda www.unicef.it.

- ambiente che favorisca la privacy
 - adeguato riposo per le donne senza interruzioni causate dalla routine ospedaliera
 - possibilità di mangiare e bere a richiesta.
- 1.3.6 Il latte in formula non dovrebbe essere dato ai bambini allattati al seno se non in caso di indicazione terapeutica.
- 1.3.7 Non dovrebbero essere distribuiti pacchi commerciali, per esempio quelli che vengono dati alle donne quando sono dimesse dall'ospedale, contenenti latte in formula o pubblicità per il latte in formula.
- 1.3.8 Le madri che lasciano l'ospedale subito dopo il parto dovrebbero essere rassicurate che questo non inciderà sulla durata dell'allattamento.
- 1.3.9 I materiali informativi scritti sull'allattamento come unico intervento educativo, senza contatto personale, non sono raccomandati.

Iniziare con successo l'allattamento al seno

- 1.3.10 Nelle prime 24 ore dopo il parto le donne dovrebbero ricevere informazioni sui benefici dell'allattamento al seno, sui benefici del colostro e sui tempi della prima poppata. Il sostegno dovrebbe essere culturalmente adeguato.
- 1.3.11 L'inizio dell'allattamento al seno dovrebbe essere incoraggiato il più presto possibile dopo la nascita, idealmente entro un'ora.
- 1.3.12 La separazione della donna e del suo bambino entro la prima ora del parto per le procedure post natali di routine, per esempio il peso, la misurazione e il bagno, dovrebbero essere evitate, a meno che non siano richieste dalla madre o siano necessarie per l'assistenza immediata al bambino.
- 1.3.13 Le donne dovrebbero essere incoraggiate a stare in contatto pelle a pelle con il proprio bambino il più presto possibile dopo il parto.
- 1.3.14 Non è raccomandato chiedere alle donne di scegliere il metodo di alimentazione del bambino prima del termine del primo contatto pelle a pelle.
- 1.3.15 Fin dalla prima poppata, si dovrebbe offrire un sostegno competente sull'allattamento (da un operatore sanitario, da mamma a mamma) per consentire alle donne di trovare una posizione confortevole e per assicurarsi che il bambino si attacchi adeguatamente al seno, in modo da dare avvio ad un'alimentazione efficace e prevenire il dolore ai capezzoli e le ragadi.
- 1.3.16 Un sostegno aggiuntivo nel posizionare e attaccare il bambino dovrebbe essere offerto alle donne che hanno avuto:

- un narcotico o un anestetico generale, perché inizialmente potrebbe ritardare l'attacco da parte del bambino
- un taglio cesareo; in particolare la madre va aiutata nel muovere e posizionare il bambino per proteggere la ferita addominale
- un ritardo nel primo contatto con il loro bambino.

Continuare con successo l'allattamento

- 1.3.17 Le donne andrebbero incoraggiate ad allattare senza restrizioni di frequenza e di durata delle poppate.
- 1.3.18 Le donne dovrebbero essere informate sul fatto che i bambini generalmente smettono di poppare quando sono soddisfatti, il che può avvenire anche dopo aver poppato solo da un seno. Se dopo aver poppato da un seno il bambino non appare soddisfatto, andrebbe offerto anche l'altro seno.
- 1.3.19 Le donne dovrebbero essere rassicurate che il lieve fastidio all'inizio dell'allattamento nei primi giorni è comune, ma deve risolversi nei giorni successivi.
- 1.3.20 Le donne dovrebbero essere informate che se il loro bambino non si attacca adeguatamente può essere incoraggiato, ad esempio stimolando delicatamente con il capezzolo le labbra per far sì che apra la bocca.
- 1.3.21 Le donne dovrebbero essere informate sugli indicatori di adeguatezza di attacco, posizione e suzione e sulla valutazione dell'adeguatezza della poppata. Questi indicatori sono schematizzati nel riquadro seguente:

Box 1: Allattamento al seno

Indicatori di adeguatezza dell'attacco e della posizione:

- bocca ben aperta
- meno areola visibile al di sotto del mento che sopra al capezzolo
- il mento tocca il seno, il labbro inferiore è estroflesso e il naso libero
- nessun dolore

Indicatori di adeguatezza della poppata nel bambino:

- deglutizione visibile e udibile
- poppata con ritmo sostenuto
- mani e braccia rilassate
- bocca umida
- pannolini regolarmente bagnati e sporchi

Indicatori di adeguatezza della poppata nella mamma:

- seno morbido
- nessun segno di compressione del capezzolo alla fine della poppata
- la donna si sente rilassata e assonnata

1.3.22 Le donne dovrebbero essere informate sull'esistenza di gruppi locali di sostegno all'allattamento.

Valutazione del successo dell'allattamento al seno

1.3.23 L'esperienza dell'allattamento al seno dovrebbe essere discussa con la donna a ogni incontro, per valutare se viene condotto in modo efficace e identificare qualsiasi necessità di sostegno aggiuntivo. Il progredire dell'allattamento dovrebbe poi essere valutato e documentato nel piano di assistenza al puerperio a ogni incontro.

1.3.24 Se la donna ha la sensazione di avere un'insufficiente produzione del latte, dovrebbero essere rivisti attacco e posizione e si dovrebbe valutare lo stato di salute del suo bambino. La donna va rassicurata e aiutata ad acquisire fiducia nella propria abilità di produrre latte a sufficienza per il suo bambino.

1.3.25 Se il bambino non sta prendendo sufficiente latte dal seno ed è necessario un supplemento, si dovrebbe dare latte materno spremuto con una tazza o con un biberon.

1.3.26 L'allattamento complementare con liquidi diversi da latte materno non è raccomandato.

Spremitura e conservazione del latte materno

1.3.27 A tutte le donne che allattano si dovrebbe mostrare come spremersi manualmente il colostro o il latte, come conservarlo e congelarlo correttamente.

1.3.28 I tiralatte dovrebbero essere disponibili in ospedale, specialmente per le donne che sono state separate dai loro bambini, per avviare la lattazione. Tutte le donne che usano il tiralatte dovrebbero ricevere le informazioni su come utilizzarlo.

Prevenzione, identificazione e trattamento dei problemi di allattamento al seno

Capezzoli dolenti

- 1.3.29 Le donne dovrebbero essere informate sul fatto che dolore o lesioni ai capezzoli sono dovuti probabilmente a un attacco inadeguato.
- 1.3.30 Se il dolore ai capezzoli persiste dopo la correzione di attacco e posizione si dovrebbe considerare la presenza di un'infezione da candida.

Ingorgo

- 1.3.31 Le donne dovrebbero essere informate sul fatto che il loro seno potrebbe diventare sensibile, duro e dolente quando arriva la montata lattea, circa tre giorni dopo il parto.
- 1.3.32 Si dovrebbe consigliare alla donna di indossare un reggiseno idoneo e comodo, che non le comprima il seno.
- 1.3.33 L'ingorgo mammario dovrebbe essere trattato con:
- poppate frequenti e senza limiti di durata, soprattutto dal seno ingorgato.
 - massaggio al seno e, se necessario, spremitura manuale
 - analgesici.

Mastite

- 1.3.34 Le donne dovrebbero essere avvisate di riferire tempestivamente all'operatore sanitario di riferimento qualsiasi segno o sintomo di mastite, compresi i sintomi di tipo influenzale, il rossore, la tensione e il dolore al seno.
- 1.3.35 Alle donne con segni e sintomi di mastite dovrebbe essere offerta assistenza per l'attacco e la posizione e si dovrebbe suggerire di:
- continuare ad allattare e/o spremere manualmente il seno per garantire un'efficace rimozione del latte; se necessario, contemporaneamente, può essere eseguito un massaggio del seno per cercare di eliminare eventuali ostruzioni dei dotti
 - assumere analgesici compatibili con l'allattamento, per esempio il paracetamolo
 - aumentare l'apporto di liquidi.

- 1.3.36 Se i segni e i sintomi della mastite persistono oltre alcune ore di autogestione, si deve suggerire alla donna di contattare nuovamente il suo operatore sanitario di riferimento (azione urgente)
- 1.3.37 Se i segni e i sintomi della mastite non diminuiscono, la donna dovrebbe essere valutata in quanto potrebbe necessitare di terapia antibiotica (azione urgente).

Capezzoli introflessi

- 1.3.38 Le donne con i capezzoli introflessi dovrebbero ricevere assistenza e sostegno supplementare per assicurare il buon esito dell'allattamento.

Anchiloglossia (frenulo corto)

- 1.3.39 La valutazione per anchiloglossia dovrebbe essere fatta se permangono problemi di allattamento anche dopo la revisione della posizione e dell'attacco da parte di un operatore sanitario esperto o di una *peer counsellor*.
- 1.3.40 I bambini che sembrano avere anchiloglossia dovrebbero essere valutati per ulteriori interventi (azione non urgente)¹³.

Bambino sonnolento

- 1.3.41 Alle donne dovrebbe essere suggerito di usare il contatto pelle a pelle o il massaggio dei piedi del bambino come sistema per svegliarlo. Se la sonnolenza persiste, bisognerebbe controllare la salute generale del bambino.

La nutrizione in formula

- 1.3.42 A tutti i genitori che alimentano i bambini con latte di formula dovrebbero essere dati dei consigli appropriati e personalizzati su questo tipo di alimentazione, per garantire che sia condotta nel modo più sicuro possibile, in modo da migliorare lo sviluppo e la salute del neonato e soddisfare i suoi bisogni nutrizionali.
- 1.3.43 Alla donna che desidera nutrire il suo bambino con latte artificiale dovrebbe essere insegnato come prepararlo usando le giuste quantità di latte in polvere, seguendo le istruzioni date dalle ditte produttrici, come pulire e sterilizzare i biberon e le tettarelle e come conservare il latte in formula¹⁴.

¹³ National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) Division of ankiloglossia (tongue-tie) for breastfeeding. *Nice interventional procedure no.149*. London: Disponibile sul sito www.nice.org.uk/IPG149.

¹⁴ Department of Health (2005) *Bottle feeding*. London: Department of Health. Disponibile sul sito www.dh.gov.uk.

- 1.3.44 I genitori e i membri della famiglia dovrebbero essere avvisati che il latte, sia quello spremuto che quello in formula, non deve essere scaldato nel forno a microonde.
- 1.3.45 Le donne che allattano al seno che vogliono informazioni su come preparare il latte in formula dovrebbero essere informate sul procedimento.

1.4 Preservare la salute del neonato

Scopo di questa parte delle linee guida è fornire all'operatore sanitario e ai genitori il quadro logico per favorire la salute e il benessere del bambino fino all'ottava settimana di vita. Indica i principi dell'assistenza al bambino sano e il sostegno da offrire ai genitori. Dovrebbe essere letto insieme a "Birth to five"¹⁵.

- 1.4.1 I bambini sani dovrebbero avere il normale colore cutaneo della propria etnia, mantenere una temperatura corporea stabile, urinare e defecare a intervalli regolari. In genere iniziano ad alimentarsi, poppano bene dal seno (o biberon) e sono appagati tra una poppata e l'altra. Non sono eccessivamente irritabili, tesi, assennati o ipotonic. I segni vitali di un bambino in salute dovrebbero rientrare entro questi valori:
- frequenza respiratoria tra 30 e 60 atti respiratori al minuto
 - frequenza cardiaca neonatale tra 100 e 160 battiti al minuto
 - temperatura in un ambiente normale intorno ai 37°C (se misurata).
- 1.4.2 A ogni incontro di puerperio ai genitori dovrebbero essere date informazioni e consigli per metterli in grado di:
- valutare le condizioni generali del loro bambino
 - identificare i segni e i sintomi di comuni problemi di salute infantile
 - contattare un operatore sanitario o il pronto soccorso se necessario.
- 1.4.3 Ai genitori e ai membri della famiglia devono essere offerte delle informazioni e delle rassicurazioni:
- sulle capacità sociali del loro bambino, perché questo può promuovere l'attaccamento genitori-bambino (nelle prime 24 ore)
 - sulla disponibilità nella loro comunità di gruppi di sostegno in puerperio, sui loro scopi e sulle modalità per accedervi, sia che siano di tipo istituzionale o volontario (entro la seconda e l'ottava settimana).

¹⁵ Consulta il documento sul sito <http://www.dh.gov.uk/>.

- 1.4.4 Entrambi i genitori dovrebbero essere incoraggiati a essere presenti durante ogni esame clinico del neonato, per promuovere la partecipazione di entrambi e metterli nelle condizioni di comprendere sempre di più i bisogni del bambino.

Genitorialità e attaccamento emotivo

- 1.4.5 La valutazione dell'attaccamento emotivo dovrebbe essere fatta a ogni incontro in puerperio.
- 1.4.6 Le visite domiciliari dovrebbero essere usate come opportunità per promuovere l'attaccamento emotivo tra i genitori e il bambino o tra la madre e il bambino.
- 1.4.7 Le donne dovrebbero essere incoraggiate a sviluppare una rete sociale; questo promuove un'interazione positiva madre-bambino.
- 1.4.8 Dovrebbero essere disponibili, per i genitori che volessero accedervi, dei programmi di formazione in gruppi di genitori miranti a promuovere il legame emotivo e migliorare le competenze genitoriali.
- 1.4.9 Gli operatori sanitari dovrebbero offrire ai padri informazioni e supporto per l'adattamento al loro nuovo ruolo e responsabilità all'interno della famiglia .

Esame clinico e screening

- 1.4.10 Lo scopo di ogni esame clinico dovrebbe essere pienamente spiegato e i risultati condivisi con i genitori e documentati nel piano d'assistenza in puerperio e nella cartella personale sulla salute del bambino.
- 1.4.11 Un esame completo del bambino andrebbe fatto entro 72 ore dalla nascita. Questo esame dovrebbe comprendere una raccolta di dati riguardanti la famiglia e la storia medica del bambino, includendo anche: storia familiare e materna, storia pre e perinatale; storia fetale, neonatale e dell'infanzia, aggiungendo anche le misurazioni precedenti del peso alla nascita e della circonferenza cranica; eliminazione di meconio e urine (e flusso di urine nel maschio). Dovrebbero essere applicate le [raccomandazioni](#) fatte dal National Screening Committee dell'Nhs.

È necessario eseguire anche l'esame fisico del bambino e controllare:

- aspetto (colorito, respiro, comportamento, attività e postura)
- capo (fontanelle, viso, naso, bocca, palato, orecchie, collo e simmetria della testa e delle caratteristiche del viso). Misurare e registrare la circonferenza cranica
- gli occhi (controllare opacità e riflessi rossi)

- collo e clavicole, arti, mani, piedi e dita (controllarne le proporzioni e la simmetria)
- cuore (controllare posizione, frequenza cardiaca, ritmo e suono, eventuali soffi e polso femorale)
- polmoni (controllare sforzo, frequenza e suoni polmonari)
- addome (controllare la forma e palpare per identificare qualche eventuale organomegalia; controllare anche le condizioni del cordone ombelicale)
- genitali e ano (controllarne completezza e pervietà, testicoli ritenuti nel maschio)
- colonna vertebrale (ispezionare e palpare la struttura ossea e controllare l'integrità della pelle)
- pelle (notare il colore e il tessuto, per eventuali presenze di angiomi o dermatiti)
- sistema nervoso centrale (osservare il tono, il comportamento, i movimenti e la postura; stimolare i riflessi neonatali solo se vi sono preoccupazioni al riguardo)
- anche (controllare simmetria degli arti e pliche cutanee; effettuare le manovre di Barlow e Ortolani)
- pianto (notare il suono)
- peso (misurare e registrare).

1.4.12 Si dovrebbe offrire ai genitori la possibilità di effettuare al bambino lo screening per le malattie metaboliche all'età di 5-8 giorni.

1.4.13 A 6-8 settimane dovrebbe essere eseguito un esame comprendente tutti i punti della lista del paragrafo 1.4.11. Inoltre si dovrebbe controllare il sorriso alla vista di un viso, la capacità di fissare un oggetto e di seguirlo mentre si sposta.

1.4.14 Uno screening dell'udito dovrebbe essere completato prima della dimissione dall'ospedale, entro quattro settimane nel programma ospedaliero o entro cinque settimane nel programma della comunità.

- 1.4.15 Ai genitori dovrebbero essere offerte le vaccinazioni di routine per il loro bambino in accordo con il calendario raccomandato dal dipartimento della Salute¹⁶.

Salute e benessere fisico

Ittero

- 1.4.16 Ai genitori dovrebbe essere consigliato di contattare il proprio operatore sanitario di riferimento se il bambino presenta ittero, se l'ittero peggiora o se le feci sono chiare.
- 1.4.17 I bambini che sviluppano l'ittero entro le prime 24 ore dalla nascita devono essere valutati (azione di emergenza).
- 1.4.18 Se l'ittero si sviluppa nei bambini che hanno più di 24 ore di vita bisogna monitorarne l'intensità, registrandola ogni volta insieme allo stato di benessere globale del bambino con particolare attenzione all'idratazione e alla vivacità.
- 1.4.19 La madre di un bambino allattato al seno che ha i segni di ittero dovrebbe essere incoraggiata attivamente ad allattare più frequentemente, svegliando il bambino per farlo poppare se necessario.
- 1.4.20 I bambini allattati al seno con ittero non dovrebbero ricevere di routine il supplemento di latte in formula, acqua o acqua con destrosio.
- 1.4.21 In caso di ittero significativo e di malessere, dovrebbe essere eseguito un dosaggio del livello di bilirubina nel sangue.
- 1.4.22 Se l'ittero si sviluppa per la prima volta dopo sette giorni o se persiste per più di 14 giorni in un bambino comunque in buone condizioni di salute e la causa non è stata ancora identificata, l'ittero deve essere valutato (azione urgente).

Pelle

- 1.4.23 Ai genitori bisognerebbe sconsigliare di aggiungere detersivi all'acqua del bagno del bambino o di usare lozioni o salviette disinfettanti. L'unico detersivo consigliato, dove è necessario, è un sapone blando non profumato.
- 1.4.24 Ai genitori bisognerebbe mostrare come tenere pulito e asciutto il cordone ombelicale e sconsigliare l'uso frequente di antisettici.

¹⁶ Department of Health (1996) London: Department of Health. *Immunisation against infectious disease*. Disponibile sul sito: www.dh.gov.uk.

Candida

- 1.4.25 Se al bambino viene diagnosticata la candida, la donna che allatta al seno dovrebbe ricevere informazioni e una guida sulle pratiche igieniche basilari.
- 1.4.26 La candida dovrebbe essere trattata con un farmaco antimicotico appropriato se i sintomi causano dolore alla donna, al bambino o a entrambi.
- 1.4.27 Se la candida è asintomatica la donna dovrebbe essere informata della non necessità del trattamento antimicotico.

Eritema da pannolino

- 1.4.28 Nei bambini con un eritema da pannolino si dovrebbero considerare le seguenti cause possibili:
- cura dell'igiene e della pelle
 - sensibilità ai detergenti, ammorbidenti o altri prodotti esterni che vengono a contatto con la pelle
 - presenza di infezione.
- 1.4.29 Un eritema da pannolino persistente, accompagnato da dolore, di solito è causato da candida e si dovrebbe quindi prendere in considerazione un trattamento antimicotico.
- 1.4.30 Se dopo il un ciclo di terapia l'eritema non si risolve, si dovrebbero fare ulteriori approfondimenti diagnostici (azione non urgente).

Stipsi

- 1.4.31 Se un neonato non ha espulso il meconio entro le 24 ore dalla nascita, bisogna approfondire per capire la causa, che può essere legata allo schema alimentare del bambino o dovuta a qualche patologia (azione di emergenza).
- 1.4.32 Se un bambino è costipato ed è nutrito con il latte in formula si dovrebbero valutare: (azione urgente)
- la tecnica della preparazione dell'alimento
 - la quantità di liquido assunto
 - la frequenza dei pasti
 - la composizione dei pasti.

Diarrea

- 1.4.33 il caso di un bambino che presenti aumento della frequenza delle scariche e/o feci più liquide del solito dovrebbe essere valutato (azione urgente).

Coliche

- 1.4.34 Un bambino che piange incessantemente eccessivamente e in modo inconsolabile, più spesso durante la sera, piegando le ginocchia sull'addome o inarcando la schiena, dovrebbe essere controllato per trovare una causa sottostante, tra cui le coliche infantili (azione urgente).
- 1.4.35 La valutazione del pianto eccessivo e inconsolabile dovrebbe includere:
- salute generale del bambino
 - storia prenatale e perinatale
 - insorgenza e durata del pianto
 - tipo di feci
 - valutazione dell'alimentazione
 - dieta della donna se allatta al seno
 - storia familiare di allergie
 - modalità di risposta dei genitori al pianto del bambino
 - qualsiasi fattore che diminuisca o peggiori il pianto del bambino.
- 1.4.36 Gli operatori sanitari dovrebbero rassicurare i genitori del bambino che il bambino non li sta rifiutando e che le coliche sono di solito una fase transitoria. Ai genitori si dovrebbe dire che tenere in braccio il bambino durante gli episodi di colica e rivolgersi a gruppi di aiuto tra pari può essere d'aiuto.
- 1.4.37 Per trattare le coliche nei bambini alimentati artificialmente si dovrebbe prendere in considerazione l'uso di formule ipoallergeniche, ma solo sotto controllo medico.
- 1.4.38 La dicitomina non dovrebbe essere usata nel trattamento delle coliche, perché può avere effetti collaterali gravi come difficoltà respiratorie e coma.

Febbre

- 1.4.39 Non è necessario misurare la temperatura del bambino se non ci sono fattori di rischio specifici, come per esempio febbre nella madre durante il travaglio.
- 1.4.40 Quando si sospetta che un bambino non stia bene, si dovrebbe misurare la temperatura con un apparecchio elettronico calibrato e usato in modo appropriato¹⁷.
- 1.4.41 Una temperatura di 38°C e oltre è anormale e dovrebbe esserne valutata la causa (azione di emergenza). Dovrebbe essere fatto un controllo globale, compreso un esame clinico.

Vitamina K

- 1.4.42 A tutti i genitori dovrebbe essere offerta la profilassi di vitamina K per il loro bambino, per prevenire una rara, ma grave e talvolta fatale emorragia da deficienza di questa vitamina.
- 1.4.43 La vitamina K dovrebbe essere somministrata in una singola dose di 1 mg intramuscolo, metodo di somministrazione ritenuto più efficace e vantaggioso in termini di costo-efficacia.
- 1.4.44 Se i genitori si esimono dall'offerta della vitamina K intramuscolare per il loro bambino, si dovrebbe proporre la somministrazione orale come seconda scelta. I genitori dovrebbero essere informati che in questo caso, per raggiungere l'efficacia clinica, la somministrazione va fatta secondo le indicazioni della casa farmaceutica e in più dosi.

Sicurezza

- 1.4.45 Tutte le visite domiciliari dovrebbero essere usate come un'opportunità per valutare la sicurezza di tutti i membri familiari in casa e nel proprio ambiente e promuovere l'educazione alla sicurezza.
- 1.4.46 L'operatore sanitario dovrebbe promuovere l'uso corretto dei dispositivi essenziali di sicurezza, come il seggiolino per bambini o gli allarmi per il fumo, e facilitare l'accesso ai dispositivi di sicurezza presenti.
- 1.4.47 I genitori dovrebbero ricevere informazioni adeguate, in accordo con la guida del dipartimento della Salute¹⁸, sulla sindrome della morte improvvisa del lattante (Sids) e sulla condivisione del letto. Secondo la guida, "il luogo più sicuro per far dormire il bambino è in una culla nella stanza dei genitori per i primi sei mesi. Per quanto sia bello per i

¹⁷ Linea Guida NICE in corso di stesura sulle malattie febbrili nell'infanzia. Pubblicazione attesa per maggio 2007. Per ulteriori informazioni vedi www.nice.org.uk.

¹⁸ Department of Health (2005) *Reduce the risk of cot death: an easy guide*. London: Department of Health. Disponibile sul sito www.dh.gov.uk.

genitori tenere il bambino vicino a sé per abbracciarlo o per nutrirlo, è più sicuro metterlo nella sua culla prima di andare a dormire. C'è anche il rischio che i genitori si girino durante il sonno e soffochino il loro bambino, che il bambino cada tra il letto e la parete o che rotoli fuori dal letto e si faccia male”.

1.4.48 I genitori vanno avvertiti di non dormire mai sul divano o sulla poltrona con il loro bambino.

1.4.49 Se i genitori scelgono di dormire con il loro bambino, devono essere avvisati che il rischio di Sids è più alto, specialmente se il bambino ha meno di 11 settimane e se uno dei due genitori:

- fuma
- ha recentemente bevuto qualche alcolico
- ha preso medicinali o droghe che lo fanno dormire più pesantemente
- è molto stanco.

1.4.50 Se un bambino si è abituato a dormire con il succhiotto, quest'abitudine non dovrebbe essere tolta bruscamente durante le prime 26 settimane.

Abusi sui bambini

1.4.51 L'operatore sanitario dovrebbe essere attento ai fattori di rischio, ai segni e ai sintomi di un violenza sul bambino.

1.4.52 Se c'è preoccupazione al riguardo, l'operatore sanitario dovrebbe seguire le linee di indirizzo locali per proteggere il bambino.

2. Alcune precisazioni sull'obiettivo delle linee guida

Lo scopo di queste linee guida è disponibile su www.nice.org.uk/CG037.

Le linee guida sono state sviluppate con i seguenti obiettivi:

- fornire informazioni sugli obiettivi, le finalità, il contenuto e la tempistica degli incontri post natali e dell'assistenza per la donna e il suo bambino
- descrivere le migliori procedure e competenze sulla valutazione della salute dopo il parto e sull'assistenza dei problemi post natali della mamma e del suo bambino
- suggerire le informazioni, le competenze e il sostegno necessari durante il periodo puerperale
- dare suggerimenti sulle cure post natali
- considerare alcune buone pratiche di comunicazione tra gli operatori sanitari e la donna.

È al di fuori degli obiettivi di queste linee guida dare indicazioni sulla gestione delle complicanze che possono presentarsi nella donna o nel suo bambino prima, durante o dopo il parto, sulle malattie croniche o acute presenti in gravidanza o non dovute alla gravidanza, o su qualsiasi aspetto dell'assistenza dell'antepartum o durante il parto, incluse tutte le procedure che vengono subito dopo il parto. Le linee guida contengono raccomandazioni sulle cure essenziali dell'assistenza in puerperio che dovrebbero essere offerte a tutte le donne e ai loro bambini.

Non offrono invece informazioni sull'ulteriore assistenza di cui potrebbero avere bisogno una donna e il suo bambino, per quanto alcuni degli aspetti trattati possano continuare ad essere rilevanti per la donna, il suo bambino o entrambi.

Inoltre, si può fare riferimento a queste linee guida in circostanze particolari in cui gli elementi essenziali dell'assistenza in puerperio possono essere richiesti, per esempio la donna che ha avuto un taglio cesareo o un bambino che richiede un'assistenza particolare.

Per saperne di più sullo scopo di queste linee guida consultare [la pagina web](#) del Nice.

Come si sono sviluppate queste linee guida

Il Nice ha incaricato il Centro di collaborazione nazionale per l'assistenza primaria di sviluppare queste linee guida. Il centro ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc (vedi appendice A), che ha effettuato una revisione delle evidenze scientifiche disponibili e ha sviluppato le raccomandazioni. Il lavoro è stato condotto sotto il controllo indipendente del Guideline Review Panel (vedi appendice B).

Per ulteriori informazioni, vedere [l'opuscolo](#) "The guideline development process: an overview for stakeholders, the public and the NHS" (seconda edizione, aprile 2006), disponibile all'indirizzo www.nice.org.uk/guidelinesprocess o chiamare il numero 0870 1555 0455.

3. Mettere in pratica le raccomandazioni

La Commissione per l'assistenza alla salute valuta la performance delle organizzazioni dell'Nhs nella compliance agli standard stabiliti dal dipartimento della Salute negli *Standard for better health*, pubblicati nel luglio 2004. L'implementazione delle linee guida cliniche è parte degli standard di sviluppo D2. La chiave standard C5 dice che l'accordo nazionale della guida dovrebbe essere preso in considerazione quando le organizzazioni del Sistema sanitario nazionale pianificano e attuano cure.

Il Nice ha messo in luce alcuni punti per aiutare le organizzazioni a mettere in pratica queste linee guida (vedi www.nice.org.uk/CG037):

- set di diapositive con i messaggi chiave per discussioni locali
- strumenti per la valutazione dei costi
 - rapporto sui costi, per stimare risparmi e costi a livello nazionale associati all'attuazione delle linee guida;
 - modello economico per stimare a livello locale costi e risparmi.
- indicazioni su come applicare le linee guida nella pratica quotidiana e sulle iniziative nazionali per supportarle a livello locale.
- criteri da adottare negli audit per monitorare la pratica locale (vedi appendice C).

4. Raccomandazioni per la ricerca

Sulla base della propria revisione delle evidenze scientifiche disponibili, il gruppo di lavoro che ha sviluppato queste linee guida ha formulato le seguenti raccomandazioni per la ricerca, per migliorare la guida Nice e la futura assistenza al paziente. L'intera serie delle raccomandazioni per la ricerca è illustrata in dettaglio nella versione completa delle linee guida (vedi sezione 5).

4.1 Monitoraggio routinario del peso del bambino

Il monitoraggio routinario del peso di tutti i bambini a basso rischio durante le prime 6-8 settimane dopo la nascita riduce il rischio di patologie gravi?

Perché questo è importante

Normalmente, un bambino sano perde peso durante la prima settimana di vita. Questa perdita di peso è di solito transitoria e ininfluente, ma può essere eccessiva se c'è difficoltà nell'avvio dell'allattamento o se il bambino è malato. In passato, tutti i bambini venivano pesati almeno due volte nei primi 10 giorni dalla nascita. Rischi e benefici del pesare routinariamente i neonati nelle prime settimane di vita sono oggetto di dibattito.

Le attuali prove di efficacia si basano su quanto emerso dai sistemi di sorveglianza della popolazione e da studi di piccola scala. Sarebbe necessario un trial randomizzato e controllato su larga scala per valutare se le misurazioni routinarie

del peso dei bambini a basso rischio di complicazioni nelle prime 6-8 settimane dopo la nascita siano associate o meno in modo significativo a una riduzione dell'incidenza di importanti esiti di salute..

4.2 Valutazione della Baby Friendly Initiative

Qual è l'impatto della Baby Friendly Initiative (Bfi) sull'avvio e la durata dell'allattamento negli ospedali di Inghilterra e Galles e nel territorio?

Perché questo è importante

La salute e i benefici sociali dell'allattamento sia per la madre sia per il bambino sono molteplici. Eppure, nonostante i numerosi protocolli designati per aumentare i tassi di allattamento, nel Regno Unito questi rimangono fra i più bassi d'Europa.

La Bfi ha stabilito degli standard rigorosi da adottare da parte delle organizzazioni sanitarie per incrementare i tassi di allattamento. Valutazioni positive sulla Bfi sono state pubblicate in Scozia e in altri paesi al di fuori del Regno Unito, ma non sono ancora stati fatti studi sul rapporto tra costi e benefici riguardanti la Baby Friendly Hospital Initiative.

Queste linee guida sull'assistenza in puerperio raccomandano che «tutti gli operatori sanitari (degli ospedali o delle comunità) mettano in atto un programma strutturato che incoraggi l'allattamento al seno, usando la Bfi come standard minimo».

Inoltre, dovrebbero essere condotte ulteriori ricerche per valutare il rapporto tra costi e benefici della Baby Friendly Hospital Initiative rispetto ad altri programmi o all'assistenza ordinaria. Gli indicatori dovranno includere necessariamente i tassi di inizio, durata ed esclusività dell'allattamento al seno e tentare di costruire indicatori economici di salute, come il Quality Adjusted Life Years.

4.3 L'impatto di un supporto alla pari sulla depressione puerperale

La gravità della depressione puerperale fra le donne socialmente escluse può essere ridotta attraverso l'organizzazione di un sostegno sociale tra pari rispetto all'assistenza ordinaria?

Perché questo è importante

La depressione puerperale colpisce il 10-15% delle madri e può portare a disturbi cognitivi ed emotivi nel bambino, oltre agli effetti sulla madre. I bambini di madri depresse accedono con maggiore probabilità ai servizi per la salute mentale del bambino e dell'adolescente e sono più a rischio di sviluppare problemi di salute mentale da adolescenti e da adulti. L'isolamento sociale è un fattore di rischio conosciuto per la depressione puerperale: riducendolo si avrebbero perciò benefici clinici e psicosociali.

Si propone la realizzazione di uno studio clinico randomizzato e controllato per comparare l'effetto del sostegno tra pari e dell'assistenza ordinaria sulla frequenza della depressione puerperale nelle donne a rischio di isolamento sociale dopo il parto. Gli esiti dovrebbero includere la qualità di vita e i dati clinici: benessere psicologico materno e del bambino, depressione, benessere sociale, salute fisica.

Questa ricerca completerebbe quella del programma Health Technology Assessment, che valuta diversi modelli di assistenza in puerperio.

5 Altre versioni e documenti correlati

La versione integrale

La [versione integrale](#) delle linee guida, “Assistenza in puerperio: l’assistenza di routine in puerperio per le donne e i loro bambini”, contiene dettagli sui metodi e le prove di efficacia usate per sviluppare queste raccomandazioni. È stata pubblicata dal Centro di collaborazione nazionale per l’assistenza primaria ed è disponibile all’indirizzo www.nice.org.uk/CG037fullguideline e sulla ‘National Library for Health’ (www.nlh.nhs.uk).

Guida rapida di consultazione

Una [guida rapida](#) di consultazione per gli operatori sanitari è disponibile sul sito. www.nice.org.uk/CG037quickrefguide

Per avere la versione cartacea, chiamare il numero 0870 1555 455, indicando il numero di riferimento (N1074).

Capire la guida Nice

Una versione delle linee guida è rivolta specificamente al [pubblico](#) alle donne e ai loro familiari è disponibile all’indirizzo www.nice.org.uk/CG037publicinfo. Per la versione cartacea, chiamare il numero 0870 1555 455, citando il numero di riferimento (N1075).

Documenti correlati alle linee guida Nice

Queste linee guida si basano su altre importanti linee guida del Nice, che riguardano l’induzione del travaglio, il monitoraggio elettronico fetale, l’assistenza alla gravidanza e il taglio cesareo. Inoltre, dovrebbe essere utilizzata insieme alle linee guida sulla salute mentale in gravidanza e sull’assistenza durante il parto, che sono in fase di sviluppo.

Sezione per l’[anchiloglossia](#) nell’allattamento al seno: *Procedura d’intervento, guida* n° 149 (2005)

[Taglio cesareo](#): *Linea guida clinica di NICE* n° 13 (2004). Disponibile sul sito: www.nice.org.uk/CG013

[Assistenza in gravidanza](#): *Assistenza routinaria per donne in buona salute*. Linea guida clinica di Nice n°6 (2003) Disponibile sul sito: www.nice.org.uk/CG006

[Induzione al travaglio](#): *Linea guida clinica D* (2001). Disponibile sul sito: www.nice.org.uk/guidelineD

L'uso del monitoraggio elettronico fetale: l'uso e l'interpretazione della cardiocografia nella sorveglianza del feto durante il parto: *Linea guida clinica C* (versione [2001](#), versione [2007](#) www.nice.org.uk/guidelineC)

Nice sta sviluppando inoltre le [seguenti linee guida](#) (dettagli disponibili sul sito www.nice.org.uk):

- salute mentale in gravidanza e in puerperio: gestione clinica e servizi. *Linea guida clinica di NICE*. (pubblicazione attesa per gennaio 2007).
- assistenza durante il parto: gestione e modalità di assistenza alle donne in travaglio. *Linea guida clinica di Nice* pubblicazione attesa per febbraio 2007)
- nutrizione materna e fetale. *Guida di Nice sul programma della salute pubblica* (pubblicazione attesa a maggio 2007).

Aggiornamento delle linee guida

Le linee guida Nice sono aggiornate secondo la necessità, ovvero quando si acquisiscono nuove importanti informazioni. A distanza di due e quattro anni dalla pubblicazione si cercano nuove prove di efficacia e si decide se aggiornare tutto il documento o solo una parte. Nel caso venga pubblicata una nuova importante prova di efficacia in un altro momento, si può decidere di fare un aggiornamento più rapido di alcune raccomandazioni.

Ringraziamenti

Il Nice e il Gruppo di sviluppo delle linee guida vorrebbero ringraziare per *Evidence into Practice briefing. La promozione dell'inizio e della durata dell'allattamento al seno* di Lisa Dyson, Mary Renfrew, Alison McFadden, Felicia McCormick, Gill Herbert e James Thomas (Nice 2006).

Queste istruzioni sono state prodotte dal Public Health Collaborating Centre on Maternal and Child Nutrition per conto dell'Health Development Agency (Hda), ma pubblicate dopo che le funzioni del Hda furono trasferite al National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice).