



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

**DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO  
ALLA INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI  
ASSISTENZIALI NEL PERCORSO NASCITA**

**Bologna 26 Ottobre 2016**

# **L'ASSISTENZA AL PUERPERIO**

**Silvana Borsari e Sonia Gilioli (AUSL di Modena)**

# assistenza al puerperio: 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
- questo piano deve essere rivisto a ogni incontro.

**\*Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini**

Nice linee guida cliniche n°37 2006

A cura del Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria

# assistenza al puerperio: le priorità di intervento\*

- 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 e su come eventualmente contattare l'operatore sanitario di riferimento o il servizio di pronto soccorso in caso di necessità

**\*Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini**

Nice linee guida cliniche n°37 2006

A cura del Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria

# assistenza al puerperio: le priorità di intervento\*

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.

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.

**\*Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini**

Nice linee guida cliniche n°37 2006

A cura del Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria

# PROPOSTE MODALITA' DI DIMISSIONE OSPEDALIERA IN PUERPERIO\*

L'autonomia ostetrica non si manifesta in un percorso alternativo ma come corpus di contenuti assistenziali da fornire a tutte le donne, integrato da quelli del medico nei casi opportuni.

- A) Dimissione per assistenza ostetrica di base in Puerperio, per tutte le puerpere: Lettera di dimissione ostetrica e Chiusura SDO del medico
- B) Dimissione per assistenza integrativa al puerperio per le condizioni di scostamento dalla fisiologia con coinvolgimento delle competenze diagnostico terapeutiche mediche con diversa intensità, per complicanze del puerperio possibili o presenti:
  - B1) Dimissione condivisa in puerperio: Lettera di dimissione ostetrica, integrata da indicazioni diagnostico/terapeutiche del medico, Chiusura SDO del medico
  - B2) Dimissione per assistenza integrativa medica in puerperio: Lettera di dimissione ostetrica, lettera di dimissione medica, Chiusura SDO del medico .

## Profili assistenziali proposti per puerperio ospedaliero

ABO	ABOM*	AGI-AGIM
<ul style="list-style-type: none"><li>• fisiologia: ABO puerperio a conduzione ostetrica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rischio contenuto: puerperio a conduzione ostetrica secondo protocollo condiviso di U.O.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rischio presente ed elevato: puerperio con assistenza di base ostetrica e gestione medica/multispecialistica integrata anche con sociale</li></ul>

\*Da concordare con protocolli condivisi all'interno di ogni singola unità operativa

Check list per profilo assistenziale puerperio  
ospedaliero –bozza AVEN rivista

CONDIZIONI CLINICHE	ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO	ASSISTENZA INTEGRATA		AGIM Medioco complessa
	In autonomia OSTETRICA	A prevalenza OSTETRICA ( ABOM) *	A prevalenza MEDICO (AGI)	
PARTO SPONTANEO, INDOTTO ( <i>specificare cause?</i> ), PILOTATO O IN ANALGESIA (senza manifestazioni riconducibili a complicanze in puerperio)	●			
Partoanalgesia con complicazioni			●	
PARTO SPONTANEO VBAC	●			
TAGLIO CESAREO			●	
PARTO GEMELLARE spontaneo, indotto o pilotato	●			
Puerpera con NEONATO PRETERMINE (se non sono presenti condizioni per assistenza condivisa)	●			
Puerpera con NEONATO PRETERMINE ricoverato in TIN o con malformazioni				●
MEF				●
PARTO OPERATIVO CON KRISTELLER (no ventosa o episiotomia)	●			
PARTO OPERATIVO CON VENTOSA o FORCIPE		●		
EPISIOTOMIA non associata a parto operativo o complicazioni	●			
EPISIOTOMIA associata a parto operativo		●		
LACERAZIONE DI I O II GRADO	●			
LACERAZIONI DI II GRADO complicate o LACERAZIONI DI III o IV GRADO, TRACHELORRAFIA			●	
SVUOTAMENTO EMATOMA, SECONDAMENTO MANUALE			●	
PERDITA EMATICA AL PARTO •500 ml	●			
PERDITA EMATICA AL PARTO >500 ml/ TRASFUSIONE INTRAPARTO O POSTPARTO		●		
SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (assenza di materiale ritenuto all'ecografia)		●		
SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (con materiale ritenuto all'ecografia)			●	
REVISIONI della CAVITÀ UTERINA		●		
DIABETE GESTAZIONALE IN DIETOTERAPIA	●			
DIABETE GESTAZIONALE IN INSULINOTERAPIA / DIABETE di TIPO II			●	

Check list per profilo assistenziale puerperio  
ospedaliero – bozza AVEN rivista

CONDIZIONI CLINICHE	ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO	ASSISTENZA INTEGRATA		AGIM Medico complessa
	In autonomia OSTETRICA	A prevalenza OSTETRICA ( ABOM) *	A prevalenza MEDICO (AGI)	
RIALZI PRESSORI A TERMINE DI GRAVIDANZA O IN TRAVAGLIO DI PARTO NON IN TP, non ripresentati in puerperio	●			
PZ IPERTESA CRONICA/ IPERTENSIONE GESTAZIONALE IN TP.			●	
IPOTIROIDISMO e IPERTIROIDISMO COMPENSATI a fine gravidanza	●			
PZ POSITIVE PER HBSAg, HCV, LUE TRATTATA IN GRAVIDANZA (trattamento completo)		●		
PZ HIV POSITIVE			●	
PAZIENTE MINORENNE (*)				●
PAZIENTE CASO SOCIALE (*)				●
PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE				●
SOSPETTA ENDOMETRITE (febbre in puerperio)			●	
PAZIENTE CON TP ANTIBIOTICA IN PUERPERIO		●		
Protocolli SEPSI			●	
DISTURBI PSICOLOGICI in trattamento farmacologico		●		
DISTURBI PSICHIATRICI				●
PATOLOGIE AUTOIMMUNI/CARDIACHE/TROMBOEMBOLICHE /DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE senza trattamento nell'attuale gravidanza		●		
PATOLOGIE AUTOIMMUNI CARDIACHE/TROMBOEMBOLICHE/DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE attive/trattate nella gravidanza attuale			●	
TROMBOFLEBITI o VARICI		●		
SCLEROSI MULTIPLA			●	
ESECUZIONE DI 2 O PIÙ CATETERISMI URINARI ESTEMPORANEI DURANTE LA DEGENZA in puerperio			●	
PZ INFIBULATE (deinfibulazione)			●	
PZ CON VAGINISMO		●		
LOCHIAZIONI ematiche maleodoranti		●		
REAZIONE ALLERGICA		●		



# Profili assistenziali proposti in dimissione

ABO	ABO + ginecologo	ABO +MMG /PdLS	AGIM
<ul style="list-style-type: none"><li>• fisiologia: ABO puerperio a conduzione ostetrica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rischio : puerperio a conduzione ostetrica con invio al ginecologo per problematiche specifiche</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Rischio: : puerperio a conduzione ostetrica con invio al MMG e/o al PdLS per problematiche specifiche</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• rischio presente e complesso : puerperio con assistenza di base ostetrica e gestione medica/multispecialisti integrata anche con sociale se necessario</li></ul>

Da concordare con protocolli condivisi all'interno della rete assistenziale locale

**Check list per profilo assistenziale puerperio in  
dimissione -bozza AVEN rivista**

CONDIZIONI CLINICHE	Dimissione per ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO	Dimissione per ASSISTENZA INTEGRATIVA (integrata da lettera di dimissione ostetrica)		AGIM
	In autonomia OSTETRICA	A prevalenza OSTETRICA In integrazione con ginecologo	A prevalenza ostetrica in integrazione e con MMG e PdLS	
PARTO SPONTANEO, INDOTTO , PILOTATO O IN ANALGESIA (senza manifestazioni riconducibili a complicanze in puerperio)	●			
PARTO SPONTANEO VBAC	●			
TAGLIO CESAREO		●		
PARTO GEMELLARE spontaneo, indotto o pilotato	●			
Puerpera con NEONATO PRETERMINE (se non sono presenti condizioni per assistenza condivisa)	●			
MEF				●
PARTO OPERATIVO CON VENTOSA o FORCIPE		●		
EPISIOTOMIA non associata a parto operativo o complicazioni	●			
EPISIOTOMIA associata a parto operativo		●		
LACERAZIONE DI I O II GRADO	●			
LACERAZIONI DI II GRADO complicate o LACERAZIONI DI III o IV GRADO, TRACHELORRAFIA		●		
SVUOTAMENTO EMATOMA, SECONDAMENTO MANUALE		●		
VALORE soglia HB alla dimissione >8 g/dl (se effettuato emocromo)	●			
EMORRAGIA intraparto o postparto con VALORE HB alla dimissione • 8 g/dl		●		
ANEMIA preesistente al parto con VALORE HB alla dimissione • 8 g/dl		●		
SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (assenza di materiale ritenuto all'ecografia)	●			
SCOVOLI POSITIVI AL SECONDAMENTO (con materiale ritenuto all'ecografia)		●		
REVISIONI della CAVITÀ UTERINA		●		
PUNTURA della DURA MADRE			●	
DIABETE GESTAZIONALE IN DIETOTERAPIA			●	

**Check list per profilo assistenziale puerperio in  
dimissione -bozza AVEN rivista**

CONDIZIONI CLINICHE	Dimissione per ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO	Dimissione per ASSISTENZA INTEGRATIVA (integrata da lettera di dimissione ostetrica)		AGIM
	In autonomia OSTETRICA	A prevalenza OSTETRICA In integrazion e con ginecologo	A prevalenza ostetrica in integrazion e con MMG e PdLS	
DIABETE DI TIPO II				●
RIALZI PRESSORI A TERMINE DI GRAVIDANZA O IN TRAVAGLIO DI PARTO NON IN TP, non ripresentati in puerperio	●			
PZ IPERTESA CRONICA			●	
IPERTENSIONE GESTAZIONALE IN TP.			●	
IPOTIROIDISMO e IPERTIROIDISMO COMPENSATI a fine gravidanza			●	
PZ POSITIVE PER HBSAg, HCV, LUE, e altre MST TRATTATA IN GRAVIDANZA (trattamento completo)		●		
PZ HIV POSITIVE				●
PAZIENTE MINORENNE (*)				●
PAZIENTE CASO SOCIALE (*)				●
PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE				●
SOSPETTA ENDOMETRITE (febbre in puerperio)		●		
PAZIENTE CON TP ANTIBIOTICA IN PUERPERIO		●		
DISTURBI PSICOLOGICI in trattamento farmacologico			●	
DISTURBI PSICHIATRICI				●
PATOLOGIE AUTOIMMUNI senza trattamento nell'attuale gravidanza			●	
PATOLOGIE AUTOIMMUNI attive/trattate nella gravidanza attuale				●
PATOLOGIE CARDIACHE senza trattamento nell'attuale gravidanza			●	
PATOLOGIE CARDIACHE con evoluzione nella gravidanza attuale				●
PATOLOGIA TROMBOEMBOLICA in puerperio o nell'attuale gravidanza				●
TROMBOFLEBITI o VARICI			●	

**Check list per profilo assistenziale puerperio in  
dimissione -bozza AVEN rivista**

CONDIZIONI CLINICHE	Dimissione per ASSISTENZA DI BASE AL PUERPERIO	Dimissione per ASSISTENZA INTEGRATIVA (integrata da lettera di dimissione ostetrica)		AGIM
	In autonomia OSTETRICA	A prevalenza OSTETRICA In integrazione con ginecologo	A prevalenza ostetrica in integrazione con MMG e PdLS	
PATOLOGIE dei fattori della COAGULAZIONE senza trattamento nella gravidanza attuale			●	
PATOLOGIE dei fattori della COAGULAZIONE attive/trattate nella gravidanza attuale				●
SCLEROSI MULTIPLA				●
URGENZA MINZIONALE O IUS		●		
ALTRE PATOLOGIE NON UROGENITALI della puerpera		●		
PZ INFIBULATE (deinfibulazione)		●		
PZ CON VAGINISMO				●
AUTODIMISSIONE MATERNA		●		
RH NEGATIVO	●			
ISOIMMUNIZZAZIONE MATERNO-FETALE	●			
Sospetta difficoltà dell'allattamento ( da valutazione poppata o fattori di rischio )	●			●
VACCINAZIONE ANTIRUBEOLICA	●			

## TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI IN PUERPERIO AMBULATORIALE IN CONSULTORIO\*

- **Visita ostetrica postparto precoce**(dell'ostetrica), inclusa nell'assistenza di base ostetrica (parametri materni del perineo/ tc, avvio allattamento, valutazione dell' andamento dell'allattamento, valutazione del benessere psicologico, della relazione mamma-bambino, debriefing sulle modalità del parto e verifica dello scostamento dalle scelte per il parto), tempo-lavoro 30 min. Timing di effettuazione :2-3 settimane dopo il parto o quando la donna ne faccia richiesta.
- **Consulenze per sostegno allattamento** su indicazione del punto nascita per BA score o indicazione ostetrica da visita precoce o richiesta della donna(valutazione poppata se necessario e strategie per risolvere problemi allattamento, valutazione del benessere psicologico) tempo-lavoro 30-60minuti. Nell'equipe devono essere presenti competenze mediche di supporto per diagnostica e prescrizioni farmacologiche quando necessarie
- **Visita puerperio domiciliare** su casi specifici
- **Visita in puerperio avanzato** a 30-60 giorni ( se la dimissione dall'ospedale era Ostetrica o condivisa è effettuata dall'ostetrica in consultorio, se la dimissione era medica è effettuata dal ginecologo consultoriale) Valutazione fisiologia perineo, offerta attiva della contraccezione postparto ( da definire il coinvolgimento del ginecologo in caso di contraccezione medica in puerperio fisiologico), rivalutazione benessere psicologico e dell'andamento dell'allattamento. tempo 30 min

\*Vezzani 2015 . Report conclusivo standard implementazione progetto AVEN

# La rete assistenziale del puerperio



ORA INIZIA  
IL  
LAVORO...

GRAZIE!

