

Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**CONTATTO PELLE A PELLE, ALLATTAMENTO AL SENO E
ROOMING IN: EFFETTI SUL CALO PONDERALE NEL
NEONATO SANO A TERMINE**

INDAGINE RETROSPETTIVA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA
DELL'ULSS 7

Relatrice: Prof.ssa a c. Peruzzo Chiara

Laureanda: Malvestio Giulia

Matricola: 1047300

Correlatrici:

Inf. Coordinatrice Dott.ssa Bortolini Adriana

Medico Pediatra Dott.ssa Bombace Valentina

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT	
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: DAL PROCESSO DI LATTAZIONE ALLA DIMISSIONE DEL NEONATO ...	3
1.1 Fisiologia della lattazione	3
1.1.1 <i>I fattori ormonali che influenzano la lattazione</i>	3
1.1.2 <i>Le caratteristiche e la composizione del latte umano</i>	3
1.2 Contatto pelle a pelle	4
1.3 Allattamento al seno e artificiale	5
1.3.1 <i>Latte materno e latte artificiale a confronto</i>	7
1.4 Rooming in	8
1.5 “Ospedale Amico dei Bambini” in Italia e nel Mondo	9
1.6 Epidemiologia Internazionale e Nazionale	10
1.7 Calo ponderale e dimissione sicura del neonato	11
1.7.1 <i>Il peso alla nascita e il calo ponderale del neonato sano a termine</i>	11
1.7.2 <i>La dimissione del neonato sano</i>	11
1.8 Rilevanza del tema per la Professione Infermieristica	12
CAPITOLO 2: OBIETTIVO, MATERIALI E METODI	13
2.1 Obiettivo dello studio e quesiti di ricerca	13
2.2 Metodo di indagine	13
2.2.1 <i>Strategie di ricerca per l’analisi di letteratura</i>	13
2.3 Popolazione e setting	14
2.3.1 <i>Descrizione e l’organizzazione dell’Unità Operativa di Pediatria</i>	15
2.4 Strumento e variabili di indagine	15
2.5 Aspetti etici	16
2.6 Analisi statistica dei dati	16
CAPITOLO 3: RISULTATI	17
3.1. Analisi descrittiva del campione	17
3.1.1 <i>Caratteristiche materne</i>	17
3.1.2 <i>Caratteristiche relative al parto</i>	18
3.1.3 <i>Caratteristiche neonatali</i>	18
3.1.4 <i>Caratteristiche relative all’allattamento</i>	20
3.1.5 <i>Caratteristiche dei modelli di assistenza materno-neonatale</i>	21
3.2 Risultati in rapporto ai quesiti	21

DISCUSSIONE	25
4.1 Contesti assistenziali a confronto	25
4.1.1 <i>Caratteristiche del campione nei due contesti assistenziali</i>	25
4.1.2 <i>Modelli assistenziali a confronto</i>	27
4.2 Limiti dello studio	25
4.3 Implicazioni per la pratica	29

CONCLUSIONI	31
--------------------------	----

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1: Articoli utilizzati per la creazione dello strumento, a partire dalla revisione di letteratura

Allegato 2: Strumento di raccolta dati

Allegato 3: Analisi statistica descrittiva dei dati

Allegato 4: Associazione tra dimissione in crescita, calo, fermo peso e altri fattori

Allegato 5: Associazione tra calo ponderale e altri fattori

ABSTRACT

Problema: da un'analisi di letteratura emerge che il peso del neonato sano a termine nei primi giorni di vita subisce un calo, che è definito fisiologico se $<10\%$. È dimostrato che l'allattamento al seno è importante per la salute della madre e del neonato a breve e a lungo termine. Promuovere il contatto pelle a pelle tra madre e neonato, l'attacco al seno entro i 30 minuti dalla nascita e il *rooming in* sembrano favorire l'esclusività dell'allattamento al seno già nei giorni che precedono la dimissione del neonato ed il rapido recupero del peso dopo il calo ponderale.

Obiettivo dello studio: valutare la relazione tra modelli di assistenza materno-neonatale e la perdita di peso del neonato durante la degenza, considerando anche quali variabili materne e/o neonatali intervengono sull'esito considerato.

Materiali e metodi: è stata effettuata un'indagine retrospettiva presso la Pediatria dell'Ulss 7 di Pieve di Soligo (nei Presidi Ospedalieri di Conegliano e Vittorio Veneto), mediante la consultazione delle cartelle cliniche dei neonati, nati tra gennaio e giugno 2015. Sono stati inclusi neonati sani con peso alla nascita ≥ 2500 grammi ed età gestazionale ≥ 37 settimane; APGAR ≥ 7 a 1-5 minuti dalla nascita; escluse le condizioni materne e neonatali patologiche. A partire da un'analisi di letteratura è stato creato uno strumento di raccolta dati. È stata effettuata un'analisi descrittiva dei dati e la relazione statistica tra variabili e dimissione in crescita, calo, fermo peso e tra la % di calo ponderale e le medesime variabili.

Risultati: il campione è composto da 360 neonati (60,3% nati a Conegliano e 39,7% a Vittorio Veneto). Dai risultati prevalenti emerge che il contatto pelle a pelle tra madre e neonato viene effettuato dal 59,7% delle diadi, prevalentemente a Vittorio V. (66,4% vs 55,3% di Conegliano); in entrambe le strutture il tasso di allattamento esclusivo al seno risulta simile, mentre il modello di assistenza materno-neonatale attuato nei due presidi risulta contrapposto (a Vittorio V., l'86,7% dei neonati rimane 24h su 24 in stanza assieme alla mamma; a Conegliano invece il 100% dei neonati viene portato alla madre alcune ore al giorno per l'allattamento); a Vittorio V. la gran parte dei neonati viene dimessa in crescita (72,7% vs 49,3); inoltre i nati a Conegliano subiscono una diminuzione del peso mediamente del 5,9%, mentre a Vittorio V. del 5,5%

L'analisi statistica delle relazioni tra variabili dimostra che: hanno maggior probabilità di essere in calo alla dimissione i neonati di madri multipare, con ittero fisiologico, dimessi

prima delle 48 ore e non fruitori del *rooming in*. Maggior calo di peso viene associato ai neonati di madri con età ≥ 36 anni, nati da parto distocico, non sottoposti al contatto pelle a pelle ed i neonati alimentati sia con latte materno che artificiale.

Conclusioni: molti dei risultati si allineano alle evidenze internazionali e dimostrano un beneficio significativo nel promuovere il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, favorire l'allattamento a richiesta, monitorare il calo ponderale se la dimissione dovesse avvenire prima delle 48 ore, ed infine favorire i controlli post-dimissione.

INTRODUZIONE

L'UNICEF e l'OMS all'interno delle Linee Guida del 2012 affermano che le madri di un neonato sano a termine dovrebbero tenere il proprio bambino a contatto pelle a pelle subito dopo la nascita o non appena possibile, e che promuovere l'attacco al seno entro i 30 minuti dal parto, favorisce l'esclusività dell'allattamento al seno già nei giorni che precedono la dimissione del neonato.

Se il calo ponderale del neonato è $\geq 10\%$ o perdura, ci si trova dinnanzi ad una condizione sfavorevole; in questo caso, la causa va ricercata in primis in un errore nell'alimentazione o in un mancato contatto pelle a pelle tra mamme e neonato avvenuto subito dopo la nascita. Dunque, per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno l'OMS e l'UNICEF promuovono dal 1992, l'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini"; in particolare, il modello del *rooming in*, il quale favorisce il contatto pelle a pelle e la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza durante la degenza. Tale progetto viene garantito dall'applicazione dei "10 Passi"; con l'obiettivo di assicurare che tutti gli ospedali offrano la migliore assistenza ai neonati.

L'interesse per il tema introdotto è nato da un'esperienza di tirocinio avvenuta durante il secondo anno di corso presso la Sezione di Assistenza Neonatale (SAN) del Presidio Ospedaliero di Conegliano; ho potuto osservare il modello di assistenza materno-neonatale applicato, analizzarlo criticamente assieme all'equipe, confrontandolo con il modello *rooming in* nella SAN del P.O. Vittorio Veneto, appartenente alla stessa U.O. di Pediatria. Pertanto è stato posto l'obiettivo di valutare la relazione tra i modelli di assistenza materno-neonatale e la perdita di peso del neonato durante la degenza, osservando quali variabili materne e/o neonatali intervengono sull'esito considerato.

Sono stati dunque proposti elementi di riflessione per il miglioramento dell'assistenza infermieristica in ambito materno-infantile, con particolare attenzione all'allattamento al seno e al benessere materno-neonatale.

CAPITOLO 1

DAL PROCESSO DI LATTAZIONE ALLA DIMISSIONE DEL NEONATO

1.1 Fisiologia della lattazione

1.1.1 I fattori ormonali che influenzano la lattazione

Numerosi fattori ormonali intervengono nello sviluppo della ghiandola mammaria: gli estrogeni sono i principali protagonisti nella proliferazione dei dotti mammari, ed il progesterone nello sviluppo dei lobuli. Durante la gravidanza aumenta progressivamente il livello di prolattina, secreta sia dall'ipofisi anteriore che dalla placenta; con essa si completa lo sviluppo della ghiandola mammaria (Azzena, De Lorenzo & De Luca, 2012).

Durante la gravidanza, estrogeni e progesterone inibiscono l'attività secretoria della ghiandola mammaria; il colostro viene dunque secreto solo negli ultimi giorni di gestazione. La montata lattea invece, avviene dal primo al terzo giorno dopo il parto, in seguito alla riduzione dei livelli di estrogeno e progesterone circolanti, conseguente all'espulsione della placenta (Azzena et al., 2012; Di Giacomo & Rigon, 2002).

Per la secrezione del latte, un ruolo fondamentale è svolto dalla prolattina, la cui produzione è indotta e mantenuta dagli impulsi nervosi generati dalla suzione del capezzolo da parte del neonato. In assenza di tale stimolo la lattazione si arresta. Gli impulsi inducono la secrezione di ossitocina, che può essere provocata anche da stimoli psichici e auto-visivi, come il pianto del neonato (Maglietta, 1994).

1.1.2 Le caratteristiche e la composizione del latte umano

Nel processo di lattazione, si distinguono tre fasi: fase del colostro, fase del latte di transizione e fase del latte maturo (Maglietta, 1994). Nella Tabella 1.1 sottostante vengono rappresentati i componenti delle rispettive tipologie di latte.

Tabella 1.1: Composizione del colostro, del latte di transizione e del latte maturo

Tipo di latte	PROTEINE	LIPIDI	GLUCIDI	MINERALI	CALORIE
COLOSTRO	2,7 ml	2,9 ml	5,3 ml	0,33 ml	58 Kcal
DI TRANSIZIONE	1,6 ml	3,6 ml	6,0 ml	0,24 ml	63 Kcal
MATURO	0,89 ml	3,9 ml	7,1 ml	0,2 ml	70 Kcal

Il colostro contiene un'alta concentrazione di fattori immunitari; esso infatti assume la funzione di vaccino naturale contro le infezioni; inoltre riveste il tratto gastrointestinale con una barriera che previene l'entrata di sostanze estranee e riduce le eventuali intolleranze a cibi assunti dalla madre (OMS & UNICEF, 2009; Alex & Gallant, 2008).

Il colostro inoltre aiuta ad eliminare le prime feci, favorendo l'eliminazione dell'eccesso di bilirubina, prevenendo così l'ittero fisiologico presente circa nel 50% dei neonati nati a termine (Soldi, Tonetto, Varalda & Bertino, 2011; OMS & UNICEF, 2009; Alex & Gallant, 2008). Nel corso dei primi tre giorni di vita infatti, se la bilirubina supera i 6-7 mg/dl, il neonato può presentare una colorazione gialla della cute e delle sclere (Badon & Cesaro, 2002; La Gamba et al., 2000). L'ittero fisiologico è generalmente causato dall'assunzione di latte materno. Con un valore >12,5 mg/dl, l'ittero viene definito patologico. In ogni caso, se fisiologico, è transitorio, pertanto non richiede alcun trattamento (Chang et al., 2012; Alex & Gallant, 2008). Tuttavia è opportuno monitorare l'andamento della bilirubina nel tempo.

Il colostro è prodotto in scarsa quantità, da 50 ml nella prima giornata, fino ad arrivare a 200 ml prima dell'inizio della montata latte; è povero di grassi e ricco di carboidrati e proteine. Rispetto al latte maturo presenta una quantità di proteine e minerali maggiore e una quantità di lipidi, glucidi e calorie minore: ciò lo rende il latte con le caratteristiche nutritive necessarie per i primi giorni di vita del neonato (Badon & Cesaro, 2002; Maglietta, 1994).

Il latte di transizione è caratterizzato da una graduale diminuzione del contenuto proteico e minerale e contemporaneamente da un aumento di carboidrati e lipidi (Maglietta, 1994).

La composizione del latte maturo invece, varia da donna a donna, da poppata a poppata ed anche durante la poppata stessa (Maglietta, 1994); cambia in relazione alla stagione, allo stato di salute della mamma, alla sua alimentazione, all'ora del giorno e alla suzione (Marvulli, 2010; OMS & UNICEF, 2009). Il contenuto lipidico è più elevato nelle ore notturne e aumenta nel corso della poppata.

I componenti del latte materno aiutano la digestione, lo sviluppo cognitivo e la crescita del neonato (OMS & UNICEF, 2009).

1.2 Contatto pelle a pelle

Secondo le Linee Guida dell'UNICEF del 2012, le madri che hanno avuto un parto vaginale o un taglio cesareo elettivo con anestesia epidurale e hanno partorito un neonato

sano dovrebbero poter tenere il proprio bambino a contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita o non appena possibile. Per contatto pelle a pelle si intende un contatto diretto e prolungato fra mamma e neonato.

Il neonato viene asciugato e messo nudo sul petto della madre, coperto con un telo, almeno un paio d'ore o fino al completamento della prima poppata; di conseguenza, tutte le attività di assistenza neonatale (es. profilassi oculare e emorragica, bagnetto e misurazione peso-altezza-circonferenza cranica), possono essere posticipate (Moreira et al., 2014). Durante il contatto, il neonato trova il capezzolo grazie all'odore della mamma, dando inizio così alla prima poppata (Mahmood, Jamal & Khan, 2011; Bramson, et al., 2010).

Dal progetto *European Network for Public Health Nutrition* di Cattaneo e collaboratori, svolto nel 2006, si evince che madre e neonato spesso conseguono spontaneamente un corretto attacco al seno. Se ciò non avviene, è opportuno che gli operatori aiutino la diade tramite la tecnica *hands-off*, la quale comporta che l'operatore rivolga alla madre esclusivamente indicazioni verbali per far sì che trovi la posizione e l'attacco adeguati.

Il contatto, dati i suoi benefici, può essere continuato anche successivamente al periodo postnatale (Vasquez & Berg, 2012; Speri, 2009); diversi studi hanno dimostrato che calma il neonato, regola il suo battito cardiaco e la respirazione, lo rende metabolicamente più stabile, favorisce la giusta temperatura corporea (Moreira et al., 2014; Lutter & Chaparro, 2009; ILCA, 2005), diminuisce la probabilità di ipoglicemia, favorisce l'attacco al seno adeguato, la probabilità di un allattamento esclusivo e protratto nel tempo (UNICEF, 2012; ILCA, 2005); contribuisce inoltre a creare il legame tra madre e neonato (Chiou, Chen, Yeh, Wu & Chien, 2014; Lutter & Chaparro, 2009; Zuppa et al., 2009; ILCA, 2005).

1.3 Allattamento al seno e artificiale

È dimostrato che l'allattamento al seno è importante per la salute della madre e del neonato a breve e a lungo termine (OMS & UNICEF, 2009; CPS, 2007; AAP, 2005; WHO, 2003). Promuovere l'attacco al seno entro i 30 minuti dalla nascita, favorisce l'esclusività dell'allattamento al seno già nei giorni che precedono la dimissione del neonato, poiché anticipa e stimola la produzione del latte (Chiou et al., 2014; OMS & UNICEF, 2009; Alex & Gallant, 2008; Abolyan, 2006). La corretta posizione e attacco del neonato al seno sono necessari per la prevenzione delle irritazioni al seno, le quali non costituiscono una limitazione all'allattamento al seno, ma possono interferire nell'efficacia se non trattate (ILCA, 2005; SIN, 2001).

La durata della poppata può variare in funzione a molti fattori tra cui la forza di suzione del neonato e la facilità del flusso del latte; in genere dura circa 20 minuti. Ad ogni poppata è consigliabile offrire al neonato entrambe le mammelle ed iniziare la poppata successiva dalla mammella che ha dato il latte per ultima, prevenendo così la tensione del seno e/o l'ingorgo mammario; favorendo inoltre un'adeguata nutrizione al neonato (Chiou et al., 2014; Maglietta, 1994).

Se necessario drenare il seno, è preferibile l'uso della spremitura manuale rispetto al tiralatte; possono essere utili impacchi caldo-umidi, massaggiando il seno in direzione del capezzolo (La Gamba et al., 2000). L'OMS e l'UNICEF (2009) sconsigliano l'utilizzo dei para-capezzoli, in quanto riducono la durata e l'esclusività dell'allattamento al seno. Analogamente, viene consigliato l'utilizzo limitato di ciucci e biberon durante il primo mese di vita; sostituendoli con la siringa o il cucchiaino se il neonato necessita di integrazione di latte (Vasquez & Berg, 2012).

Circa il numero e la frequenza dei pasti, esistono due possibili atteggiamenti: il metodo "controllato" che fissa intervalli regolari tra una poppata e l'altra, talvolta escludendo il pasto notturno; e il metodo a "richiesta", nel quale il neonato viene attaccato al seno ogni volta che ne dimostri il desiderio, attraverso segnali quali movimenti di suzione, il portarsi le mani alla bocca, i movimenti veloci degli occhi, i vagiti e l'irrequietezza (UNICEF, 2012; Abolyan, 2006; Di Giacomo & Rigon, 2002); il pianto invece, è un segno tardivo di fame (ILCA, 2005). Il neonato ha la capacità di autoregolamentazione, che gli consente di assumere la quantità di latte adeguata alle sue necessità. È pertanto consigliabile l'allattamento a richiesta rispetto a quello ad intervalli (OMS & UNICEF, 2009; ILCA, 2005; Maglietta, 1994).

Per un avvio efficace dell'allattamento al seno è fondamentale un'adeguata informazione alla madre prima del parto (Vasquez & Berg, 2012; Abolyan, 2006), un parto spontaneo fisiologico e un buono stato di salute della madre e del neonato (La Gamba et al., 2000).

L'allattamento al seno inadeguato può causare eccessiva perdita di peso del neonato durante i primi giorni di vita e può essere associata a elevati livelli di bilirubina (Chang, 2012, Chen et al., 2011). Chen e collaboratori (2011), in uno studio osservazionale retrospettivo che ha coinvolto 1.979 neonati sani e nati a termine, hanno confermato un'associazione significativa tra perdita di peso e iperbilirubinemia.

1.3.1 Latte materno e latte artificiale a confronto

Nella Tabella 1.2 sono riportate le caratteristiche dei componenti e sapore del latte materno e del latte artificiale (OMS & UNICEF, 2009; Maglietta, 1994).

Rispetto alla quantità fissa dei componenti del latte materno, la quantità nel latte artificiale risulta variabile.

Tabella 1.2: Componenti in ml e sapore del Latte materno e del Latte artificiale

	LATTE MATERNO		LATTE ARTIFICIALE	
Proteine	La quantità di proteine è ideale per lo sviluppo del cervello e non viene influenzata dalla dieta materna.	0,89g	Contiene proteine difficili da digerire; mancano inoltre alcune sieroproteine necessarie per la difesa immunitaria.	1,8-2,8g
Lipidi	Sono la principale fonte di energia per il neonato; essenziali per lo sviluppo cerebrale. La loro concentrazione è bassa all'inizio della poppata e maggiore nella fase finale. La quantità non dipende dalla dieta materna, a meno che la madre non sia denutrita.	3,9g	Non contiene gli enzimi per la digestione. Alcuni tipi di latte sono privi di colesterolo. Il latte in formula può dunque contenere acidi grassi aggiunti, derivati da olio di pesce, da uova o da fonti vegetali.	4.6g
Glucidi	Il principale carboidrato è il lattosio, il quale aiuta l'assorbimento del calcio, favorisce lo sviluppo cerebrale e ritarda la crescita degli organismi patogeni nell'intestino.	7,1g	La presenza esclusiva o elevata di lattosio può causare nelle prime settimane di vita una dispepsia fermentativa nei neonati.	8-12,0g
Calorie		70 Kcal		64-72 Kcal
Acqua	È molto ricco d'acqua. La quantità è ideale per non sovraccaricare i reni del neonato.		Nel latte artificiale l'acqua viene aggiunta; perciò la variazione della quantità in base alla diluizione può comportare l'assunzione da parte del neonato di un'inadeguata quantità.	
Minerali	Sono presenti in bassa quantità per evitare il rischio di disidratazione nel neonato; calcio e fosforo sono adeguati per la mineralizzazione ossea. Il ferro è di facile assorbimento, grazie a fattori di trasporto presenti esclusivamente nel latte materno.		Nel latte artificiale viene aggiunto ferro in alta quantità, poiché non viene ben assorbito dall'intestino; l'eccesso di ferro favorisce la crescita di batteri patogeni nell'intestino.	
Vitamine	Contiene una quantità superiore di vitamine, influenzata dalla dieta della madre e dalla stagione			
Sapore	Il sapore del latte materno dipende dalla dieta della madre. Le variazioni di sapore possono aiutare il bambino ad abituarsi ai sapori dei cibi consumati in famiglia dopo i 6 mesi compiuti.		Il latte artificiale ha sempre lo stesso sapore.	

Nella Tabella 1.3 vengono descritti i vantaggi dell'allattamento al seno per neonato, mamma e collettività. La letteratura scientifica evidenzia l'importanza dell'allattamento al seno nella promozione della salute con ricadute positive sul benessere fisico, psicologico, sociale nonché economico per i singoli, le famiglie, la comunità e di conseguenza per il Sistema Sanitario (UNICEF, 2012; Maglietta, 1994).

Tabella 1.3: Vantaggi dell'allattamento al seno per neonato, mamma e collettività

Neonato	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuisce allo sviluppo cognitivo e neurologico per la presenza di micronutrienti e ferro (Soldi et al., 2011; OMS & UNICEF, 2009; Speri, 2009; Alex & Gallant, 2008) - Diminuisce il rischio di diarrea, infezioni respiratorie, poiché evita che il bambino venga a contatto con i germi che infettano gli strumenti non adeguatamente sterilizzati (OMS & UNICEF, 2009; Soldi, 2009; Alex & Gallant, 2008) - Diminuisce il rischio di malattie come: diabete, allergie, sindrome da morte improvvisa del lattante, morte infantile, ipertensione, cancro, obesità (Zuppa et al, 2014; Cattaneo et al., 2009; Speri, 2009)
Mamma	<ul style="list-style-type: none"> - È associato ad una diminuzione delle perdite di sangue post-parto, dei tumori al seno, del cancro all'ovaio, del cancro all'endometrio, della demineralizzazione delle ossa dopo la menopausa (Zuppa et al., 2014; OMS & UNICEF, 2009; Cattaneo et al., 2009; Soldi, 2009) - Ritarda il ciclo mestruale, contribuendo a distanziare le gravidanze (OMS & UNICEF, 2009; Cattaneo et al., 2009) - Promuove il ritorno del peso corporeo materno a quello pregravidico (Zuppa et al., 2014; Cattaneo et al., 2009) - Aumenta la produzione del latte, favorita dalla suzione del neonato (OMS & UNICEF, 2009) - È associato ad una ridotta incidenza di depressione post-parto (Soldi, 2009)
Collettività	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuisce le infezioni veicolate dall'acqua impura che rappresentano le principali cause di morte entro il primo anno di vita nei paesi in via di sviluppo, facendo vittime anche nei paesi sviluppati (UNICEF, 2015) - Diminuisce i costi legati all'acquisto del latte artificiale, biberon e prodotti per la sterilizzazione (OMS & UNICEF, 2009; Alex & Gallant, 2008; Cattaneo et al., 2009; Soldi, 2009) - Diminuisce l'ospedalizzazione infantile e le cure specialistiche (Cattaneo et al., 2009; Soldi, 2009)

1.4 Rooming in

Per *rooming in* si intende la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza per un periodo di tempo più lungo possibile nell'arco delle 24 ore, ad eccezione del tempo necessario alle procedure assistenziali (OMS & UNICEF, 2009). Secondo un'accezione allargata di *rooming in*, si possono includere nella stessa stanza anche il padre e altri membri della famiglia, favorendo la condivisione della cura del neonato (SIN, 2001).

Il *rooming in* viene suggerito come modello organizzativo valido a promuovere l'allattamento al seno, in quanto favorisce le poppate al seno a richiesta; infatti, la frequenza dell'allattamento al seno è più alta e l'integrazione con il latte artificiale risulta inferiore quando madre e neonato sono nella stessa stanza (ILCA, 2005).

Nello studio di Zuppa e collaboratori del 2014, la prevalenza di allattamento al seno risulta maggiore nei neonati gestiti con *rooming in* 24h su 24 rispetto a quelli gestiti con *rooming in* parziale. Il *rooming in* dunque migliora l'allattamento esclusivo prima della dimissione dall'ospedale (Chiou et al., 2014; OMS & UNICEF, 2009; ILCA, 2005; SIN, 2001).

Nel primo ospedale di San Francisco diventato "Ospedale Amico dei Bambini", il tasso di iniziazione all'allattamento nel 2010 risultava del 98%; allo stesso tempo, l'allattamento al seno esclusivo è aumentato dal 58% nel 1995 al 86,5% nel 1999 (Vasquez & Berg, 2012).

Inoltre, il modello propone una formazione alla madre sulla gestione del neonato per poter meglio affrontare le difficoltà, quali il rifiuto di succhiare, il pianto e il rilevare precocemente segni di patologie (OMS & UNICEF, 2009; ILCA, 2005; SIN, 2001).

Considerando l'analgia epidurale, Zuppa et al. nel 2014, dimostrarono che l'allattamento esclusivo risulta prevalente per le madri non sottoposte ad analgesia (73,5% vs 68,3%). Tuttavia, nei neonati gestiti con *rooming in* è risultata la stessa percentuale di allattamento esclusivo sia che la madre venga sottoposta o meno ad analgesia. Secondo l'OMS e l'UNICEF (19989) infatti l'anestesia può tardare l'inizio della lattazione nelle madri.

1.5 "Ospedale Amico dei Bambini" in Italia e nel Mondo

L'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" (*Baby Friendly Hospital* [BFH]) venne promossa nel 1992 dall'OMS e dall'UNICEF con l'obiettivo di assicurare che tutti gli ospedali offrano la migliore assistenza ai neonati e che divengano centri di sostegno per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno (OMS & UNICEF, 2009).

Un ospedale è dichiarato BFH quando garantisce l'applicazione dei "10 passi", di seguito descritti, per l'avvio e mantenimento dell'allattamento materno esclusivo (UNICEF, 2012):

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario;
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo;
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno;
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario;
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati;
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica;
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming in*), in modo che trascorrono insieme ventiquattrore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale;
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento;
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento;
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione

Nel mondo sono 157 gli Stati nei quali UNICEF e OMS hanno certificato circa 23.000 "Ospedali Amici dei Bambini" (UNICEF, 2015).

Il 25 settembre 2001 l'equipe dell'UNICEF guidata da Baker attribuì al primo ospedale in Italia, Bassano del Grappa, il titolo di "Ospedale Amico dei Bambini" (Speri, 2004).

Gli studi concordano nell'affermare che gli ospedali BFH hanno maggiore riuscita nell'avvio della pratica dell'allattamento (Vasquez, 2012; Lee et al., 2010; Zuppa et al., 2009; Abolyan, 2006; Merten, Dratva, & Ackermann-Liebrich, 2005).

1.6 Epidemiologia Internazionale e Nazionale

Secondo l'OMS, ogni anno circa il 55% delle morti infantili dipende dalla malnutrizione e da una scarsa diffusione dell'allattamento materno (EpiCentro, 2015).

Un'indagine dell'Istat del 2013 riporta che in Italia l'85,5% delle mamme allatta al seno, percentuale che è aumentata rispetto all'81,1% del 2005. Nel tempo è cresciuta anche la durata media del periodo di allattamento, passata dai 7,3 mesi (2005) ai 8,3 mesi del 2013. La percentuale più bassa di donne che allattano (74,2%) si è registrata nelle isole. Al contrario, nel Nordest si riscontrano le quote più elevate (86,1%).

È emerso che allattano meno le donne che hanno avuto un parto cesareo (75,9% contro l'83,9%). La pratica dell'allattamento inoltre, è risultata più diffusa tra le donne che partecipano a corsi di preparazione al parto (84,0%, contro il 78,7%).

Inoltre, allattano maggiormente le donne che hanno già allattato in precedenza (92,1%), contro il 32,7% delle primipare (EpiCentro, 2015). Infine, tra le cittadine straniere è maggiore sia la quota di donne che allatta (l'89,4% contro l'84,6% delle italiane), sia la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane) (ISTAT, 2013).

Il Ministero della Salute riporta che nel 2014 l'allattamento al seno esclusivo in Italia oscilla dal 65,4% del Lazio all'88,5% della Puglia; nel Veneto, risulta il 70%.

Si alimentano con il latte artificiale una percentuale tra il 2,1% dell'Emilia Romagna e il 6,8% del Friuli V. Giulia; nel Veneto il 3%. Infine i neonati che vengono alimentati al seno con eventuali aggiunte di latte artificiale vanno dal 10,3% a Trento al 24% in Veneto.

Per quanto riguarda invece la pratica di attaccare al seno il bambino subito dopo il parto, in Italia, sono il 48,4% le donne che hanno avuto questa possibilità, con rilevanti differenze territoriali (dal 38,3% al Sud fino al 59,9% nel Nordest) (EpiCentro, 2015).

Il 94,8%, di coloro che hanno attaccato il bambino precocemente, allatta al seno dopo la dimissione; contro l'84,1% di chi non lo ha fatto (ISTAT, 2014).

1.7 Calo ponderale e dimissione sicura del neonato a termine

1.7.1 Il peso alla nascita e il calo ponderale del neonato sano a termine

Il neonato nato a termine (età gestazionale [e.g.] ≥ 37 settimane) e sano (punteggio APGAR ≥ 7 che non necessita di rianimazione), alla nascita, ha un peso superiore ai 2500 grammi (g). Oltre che da fattori costituzionali e razziali, il peso è influenzato dalle condizioni di nutrizione della madre e dalla durata della gravidanza (Maglietta, 1994).

Il peso del neonato nei primi giorni di vita subisce fisiologicamente una diminuzione, definita calo fisiologico. La perdita ponderale più considerevole avviene nelle prime 24 ore ed è fisiologica se rimane inferiore al 10% del peso alla nascita entro 2-3 giorni di vita; successivamente il peso tende ad aumentare, raggiungendo lo stesso valore della nascita entro una quindicina di giorni (Musi et al, 2012; ILCA, 2005; Maglietta, 1994).

Le cause del calo fisiologico dipendono dalla perdita di meconio, dalla scarsa introduzione di liquidi e di alimenti nei primi giorni di vita, dalla perdita di liquidi da “perspiratio insensibilis” e minzioni (Di Giacomo & Rigon, 2002; La Gamba et al., 2000), dall’asportazione della vernice caseosa e dal disseccamento del cordone ombelicale (Maglietta, 1994). Se il calo ponderale è $\geq 10\%$ o perdura, ci si trova dinanzi ad una condizione sfavorevole, che in primis va ricercata in un errore nell’alimentazione (Musi et al, 2012; OMS & UNICEF, 2009; ILCA, 2005; La Gamba et al., 2000).

Per la valutazione dell’adeguatezza dell’apporto alimentare nei primi giorni di vita è utile pesare il neonato una volta al giorno, nudo, prima di una poppata e alla stessa ora del giorno; inoltre, è opportuno osservare che il neonato bagni almeno 6 pannolini al giorno entro le prime 24 ore dalla nascita; la tranquillità e il ritmo sonno-veglia sono indici di una nutrizione adeguata (Di Giacomo & Rigon, 2002; La Gamba et al., 2000).

Il contatto pelle a pelle e l’allattamento al seno precoce e a richiesta favoriscono l’aumento del peso già a partire dal terzo giorno dalla nascita (OMS & UNICEF, 2009; Zuppa et al., 2009; La Gamba et al., 2000). Dagli studi di Bystrova e collaboratori del 2007 e di Abolyan del 2006, si evince che l’allattamento al seno esclusivo e il *rooming in*, influenzano positivamente la crescita del neonato durante la degenza e il recupero del peso.

1.7.2 La dimissione del neonato sano

La dimissione dall’ospedale del neonato dopo il parto viene concordata assieme alla madre con l’obiettivo di evitare rischi per lei e il bambino. È necessario discutere quali sono i suoi progetti per quanto riguarda l’alimentazione del bambino dopo la dimissione. Vengono

inoltre verificati la buona capacità di alimentarsi al seno da parte del neonato, l'assenza di un calo ponderale $\geq 10\%$, eventuali problemi al seno materno e la capacità da parte della madre di spremersi il latte dal seno. Qualora al momento della dimissione manchi la montata lattea o l'andamento del peso sia ancora in calo, il neonato andrà ricontrollato a distanza di 24-48 ore. La dimissione avviene solitamente tra la seconda e la terza giornata dalla nascita, se rispettati i requisiti sopra descritti (SIN, 2001; La Gamba et al., 2000). È consigliabile, indipendentemente dallo stato di salute del neonato, fissare una visita di controllo entro 5-7 giorni dalla dimissione (OMS & UNICEF, 2009; OMS & UNICEF, 1989; ILCA, 2005).

1.8 Rilevanza del tema per la Professione Infermieristica

L'assistenza al neonato dal momento del parto, rientra nelle competenze professionali sia dell'infermiere che dell'ostetrica/o. Il Decreto Ministeriale (D.M.) 739 del 14/09/1994 ("Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo dell'infermiere") definisce l'infermiere come responsabile dell'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. In ambito neonatale, l'infermiere valuta l'intervento assistenziale, agendo sia individualmente che in collaborazione con le altre figure professionali. In ambito materno invece, supporta le mamme e le educa ai primi approcci nell'allattamento e nelle cure al neonato (Di Giacomo & Rigon, 2002).

Per quanto riguarda la figura professionale dell'ostetrica/o, il D.M. n° 740 del 14/09/1994 ("Regolamento concernente l'individuazione della figura professionale e del relativo profilo dell'ostetrica/o") definisce l'ostetrica/o come quell'operatore sanitario che "assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato".

Entrambi i Codici Deontologici, dell'infermiere e dell'ostetrica/o, all'art. 14 e all'art. 23 promuovono l'interazione fra professionisti, fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito; inoltre riconoscono il valore dell'informazione integrata multi-professionale e che il rapporto tra professionisti si ispira a principi di rispetto e collaborazione nell'esercizio professionale indipendentemente dai ruoli ricoperti.

La competenza del personale sanitario sulla gestione dell'allattamento al seno risulta determinante per una corretta educazione e promozione dell'allattamento al seno, e per aiutare la donna ad affrontare le difficoltà relative all'allattamento (Speri, 2009).

CAPITOLO 2

OBIETTIVO, MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo dello studio e quesiti di ricerca

Questo studio propone di valutare la relazione tra i modelli di assistenza materno-neonatale e la perdita di peso del neonato sano durante la degenza nei primi giorni dopo la nascita.

Questa indagine confronta due modelli assistenziali: quello caratterizzato dalla permanenza nella stessa stanza di neonato e mamma 24 ore su 24 (*rooming in*) e quello che prevede la permanenza del neonato con la mamma alcune ore al giorno o solo durante l'allattamento.

Le domande di ricerca sono: “Quale modello assistenziale è più efficace in termini di crescita per il neonato (calo ponderale <10% e dimissione in crescita)?” e “quali altre variabili materne e/o neonatali intervengono sull'esito considerato?”.

Il quesito di ricerca formulato secondo la metodologia P&PICO (*Patient & Problem, Intervention, Comparison; Outcome*), in forma analitica, è il seguente:

P:	Neonati sani nati a termine
&P:	Calo ponderale
I:	Permanenza in stanza con la mamma 24h su 24 (<i>rooming in</i>)
C:	Permanenza con la mamma alcune ore al giorno o durante l'allattamento
O:	Dimissione in crescita e calo ponderale <10%

In tal modo vengono proposti elementi di riflessione per il miglioramento dell'assistenza infermieristica in ambito materno-infantile, con particolare attenzione all'aspetto dell'allattamento al seno e al benessere materno e neonatale.

2.2 Metodo di indagine

Lo studio condotto ha previsto due fasi: una di revisione della letteratura internazionale sul tema d'indagine e una fase di raccolta dati condotta attraverso un'indagine osservazionale retrospettiva di 6 mesi, mediante la consultazione delle cartelle cliniche dei neonati.

2.2.1 Strategie di ricerca per l'analisi di letteratura

La ricerca scientifica è stata condotta attraverso la consultazione di siti istituzionali in ambito materno-infantile e della banca dati *Pubmed*, combinando termini MeSh e parole libere e utilizzando in maniera crociata le seguenti principali parole chiave: *Breastfeeding* (allattamento), *Mother-Infant Interaction* (interazione materno-infantile), *Neonatal Jaundice* (ittero neonatale), *Weight Loss* (calo ponderale), *Early Skin to Skin Contact*

(contatto pelle a pelle precoce), *Bonding*, *Mother-Child Relations* (relazione madre-bambino), *Rooming in*, *Rooming in Care* (assistenza attraverso il modello *rooming in*).

Essendo il tema d'indagine molto ampio, è stato utilizzato un limite di ricerca di 10 anni. Il report dell'indagine svolta è presentato nella Tabella 2.1.

Tabella 2.1: Report di ricerca su PubMed

STRINGHE DI RICERCA	LIMITI	RISULTATI	ARTICOLI SELEZIONATI
"Breast Feeding"[Mesh] AND Neonatal Jaundice	10 anni	75	2
"Breast Feeding"[Mesh] AND Weight Loss	10 anni	175	16
"Breast Feeding"[Mesh] AND Rooming in	10 anni	77	2
"Breast Feeding"[Mesh] AND Early skin to skin contact	10 anni	39	2
"Breast Feeding"[Mesh] AND bonding	10 anni	109	2
"Mother-Child Relations"[Mesh] AND Early feeding	10 anni	172	4
"Weight Loss"[Mesh] AND Breastfeeding	10 anni	127	1
Rooming in Care	10 anni	137	13
TOTALE ESCLUSI I DOPPI			42

Dai risultati delle stringhe di ricerca si è ottenuto un totale di 957 articoli; escludendo quelli non pertinenti e i doppi, sono stati selezionati i full text di 42 articoli.

La ricerca è stata successivamente integrata con articoli e linee guida internazionali reperiti nei siti ufficiali e con libri di testo. La revisione si basa su totale di 66 referenze.

2.3 Popolazione e setting

La raccolta dati è stata effettuata tra luglio ed agosto 2015, presso l'Unità Operativa (U.O.) di Pediatria dell'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo, nei due Presidi Ospedalieri (P.O.), di Conegliano e di Vittorio Veneto (Vittorio V.).

La popolazione presa in considerazione è composta da nati tra gennaio e giugno 2015 (compresi), presso l'U.O. di Pediatria dei P.O. di Conegliano e di Vittorio V..

Il campione è stato selezionato con i seguenti criteri d'inclusione: neonati sani con peso alla nascita ≥ 2500 g ed e.g. ≥ 37 settimane; APGAR ≥ 7 a 1 e 5 minuti dalla nascita.

Sono stati esclusi i neonati rianimati alla nascita o quelli a cui è stato somministrato ossigeno; i neonati con patologie (es: ittero patologico), malattie congenite e/o infettive, e nati da madri con diabete insulino-dipendente o ricoverate in Terapia Intensiva.

I criteri di inclusione ed esclusione del campione sono stati osservati tramite la consultazione della documentazione clinica di ciascun soggetto e l'eventuale richiesta di ulteriori informazioni al personale medico ed infermieristico della struttura.

2.3.1 Descrizione e organizzazione dell'Unità Operativa di Pediatria

La Pediatria di Conegliano è costituita da 12 posti letto per bambini di età compresa tra i 0 e i 14 anni; la Sezione di Medicina Neonatale (SMN) dispone di 6 posti letto (2 di Terapia Intensiva Neonatale e 4 di Terapia Sub-Intensiva) e nella Sezione di Assistenza Neonatale (SAN) i posti letto corrispondono a quelli dell'ostetricia/ginecologia (39).

Nel P.O. di Vittorio V. è presente la SAN ed in ostetricia i posti letto sono 16.

Criteri di ricovero nell'U.O. di Pediatria (P.O. Conegliano):

- Neonati con peso ≥ 1500 grammi e con età gestazionale ≥ 32 settimane

Criteri di ricovero nell'U.O. di Pediatria (P.O. Vittorio V.):

- Neonati con peso ≥ 2500 grammi e con età gestazionale ≥ 37 settimane

A Vittorio V. i criteri di ricovero sono differenti in quanto non è presente il medico di guardia pediatrica 24h su 24h, né la SMN.

Nel 2005 il P.O. di Vittorio V. ha iniziato il percorso per diventare "Ospedale Amico dei Bambini" con l'istituzione del *rooming in* diurno e su richiesta anche notturno.

Nel 2014 il modello è stato sostituito con il *rooming in* 24h ed il personale infermieristico, ostetrico e medico è stato formato per promuovere e gestire l'allattamento al seno.

Sempre nel P.O. di Vittorio V. sono state create delle specifiche check list basate sui "10 Passi per Allattare con Successo", con le seguenti componenti principali: ora di inizio/durata contatto pelle a pelle; ora del primo attacco al seno; gestione allattamento al seno e artificiale; importanza del *rooming in*; scheda per osservazione di una poppata, delle capacità materne e neonatali.

La SAN di Vittorio V. è inserita all'interno dell'U.O. di Ostetricia; ciò ha facilitato l'istituzione del *rooming in*.

Nei due P.O. il numero del personale infermieristico ed ostetrico che opera durante il turno è il medesimo, nonostante la diversità del numero di nascite.

2.4 Strumento e variabili di indagine

Per la realizzazione dello strumento di raccolta dati utilizzato per l'indagine, è stata effettuata un'analisi della letteratura, che ha preso in considerazione le variabili rilevanti indagate in studi simili, analizzando 37 articoli descritti nell'Allegato 1.

Lo strumento realizzato (Allegato 2), è dunque composto dalle seguenti variabili relative alla madre (età, provenienza geografica, parità, diabete gestazionale, fumo), al parto (anestesia, tipologia di parto, parto singolo o gemellare), al neonato (età gestazionale,

punteggio APGAR al 1° e al 5° minuto, genere, peso alla nascita e all'ultima giornata di ricovero, dimissione in crescita, calo o fermo peso, % di calo ponderale, ittero fisiologico, giorni di degenza, controlli post-dimissione per monitorare il peso e/o l'allattamento; ricoveri post-dimissione per calo ponderale e/o ittero patologico), all'allattamento (contatto pelle a pelle e minuti relativi, minuti trascorsi al primo contatto se non avvenuto immediatamente dopo il parto, tipologia di allattamento, problematiche al seno, numero di poppate nelle prime 24-48 ore) ed infine relative al modello previsto di assistenza materno-neonatale.

2.5 Aspetti etici

Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione Medica del P.O. di Conegliano e dal Direttore dell'U.O. di Pediatria. È stata garantita la privacy relativa alla madre e al neonato, raccogliendo ed elaborando i dati in modo anonimo; le variabili raccolte sono state distinte unicamente dal numero di scheda progressivo.

2.6 Analisi statistica dei dati

I dati sono stati analizzati attraverso il software Microsoft Excel 2010. Preliminarmente è stata effettuata un'analisi dei dati mediante statistica descrittiva: le variabili quantitative sono state espresse attraverso media, mediana, deviazione standard, valore minimo e massimo; le variabili qualitative sono state espresse attraverso frequenze relative e assolute. Successivamente, per valutare l'efficacia dei modelli assistenziali, è stato effettuato un test di significatività (chi-quadrato) per la rilevazione di ogni possibile relazione tra il calo ponderale/dimissione in crescita, calo, fermo peso nel neonato avvenuto durante la degenza e le variabili relative alla madre, al parto, al neonato, all'allattamento e al modello di assistenza.

Utilizzando Microsoft Excel, questo test è stato attuato, confrontando le frequenze attese con quelle osservate, fissando un livello di significatività accettata minore o uguale allo 0,05%.

CAPITOLO 3

RISULTATI

3.1 Analisi descrittiva del campione

Nell'indagine retrospettiva, condotta mediante consultazione delle cartelle cliniche, sono stati inclusi 360 neonati (su un totale di 762) nei due P.O. considerati: Conegliano e Vittorio V..

La **Figura 1** rappresenta la distribuzione del campione di neonati nei due P.O..

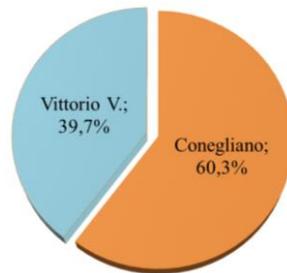


Figura 1: Neonati inclusi nell'indagine per P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

La descrizione analitica delle variabili considerate incluse nello strumento di raccolta dati, è suddivisa per tipologia: variabili relative alla madre, al parto, al neonato, all'allattamento e al modello di assistenza materno-infantile; tutte comparate per P.O..

All'interno dell'Allegato 3, sono riportati in tabella tutti i dati raccolti ed elaborati, relativi al campione totale e suddivisi per P.O..

3.1.1 Caratteristiche materne

Da una prima analisi descrittiva è emerso che l'età media delle madri, sia per il campione che per i rispettivi P.O., è pari a $32 \pm 5,5$ anni ed è compresa tra i 17 e i 44 anni; il 60,0% delle madri ha un'età compresa tra i 26 e i 35 anni.

Per quanto riguarda la parità, il 59,2% delle madri aveva già uno o più figli, per il 40,8% si trattava del primo figlio; emerge una percentuale maggiore di multipare a Conegliano (60,8%), rispetto a Vittorio V. (56,6%).

La provenienza geografica maggiormente presente risulta essere la nazionalità italiana (72,2%), seguita da quella africana (11,9%) e da quella dei Paesi dell'Est (10,8%), con una quota di assistite provenienti da Asia (3,9%), Sud America (0,8%) e altri paesi europei (0,3%). Vittorio V. ha una presenza maggiore di madri italiane (75,5%) rispetto a Conegliano (70,0%).

Il 10,6% delle donne, durante la gravidanza, era affetta da diabete gestazionale gestito con la sola dieta (27 a Conegliano e 11 a Vittorio V.) e solamente 3 donne sul totale del campione hanno dichiarato di aver fumato durante la gravidanza.

3.1.2 Caratteristiche relative al parto

Dall'analisi descrittiva relativa ai dati del parto, risulta che la percentuale di donne che non vengono sottoposte ad anestesia in entrambi i P.O. è simile (77,9% a Conegliano e 75,5% a Vittorio V.); le donne sottoposte ad anestesia epidurale risultano il 19,3 % a Conegliano e 24,5% a Vittorio V.. Diversamente, le donne che vengono sottoposte ad anestesia generale sono il 2,8% a Conegliano, mentre a Vittorio V. pari a zero.

Indagando la tipologia di parto risulta maggiore il parto eutocico a Conegliano (68,2%), contro il 54,5% di Vittorio V.; mentre, il parto indotto a Vittorio V. è presente nel 22,4% dei casi rispetto al 4,6% di Conegliano.

È stato compreso nel campione un solo caso di parto gemellare nel P.O. di Conegliano.

3.1.3 Caratteristiche neonatali

In relazione al neonato, l'analisi descrittiva fa emergere che la media dell'età gestazionale (e.g.) alla nascita sul totale è pari $39,5 \pm 1,1$ settimane, compresa tra le 37 e le 41 s.g. A Conegliano $39,3 \pm 1,1$; mentre a Vittorio V. $39,7 \pm 1$.

Alla nascita, la media del punteggio APGAR al 1° minuto risulta rispettivamente 9 per entrambi i P.O. e al 5° minuto risulta 9,9 a Conegliano, mentre a Vittorio V. 9,7. Tutti i neonati hanno un punteggio APGAR ≥ 8 sia al 1° e che al 5° minuto, in quanto tutti quelli con punteggio pari a 7 sono stati rianimati o gli è stato somministrato ossigeno alla nascita. Relativamente al genere dei neonati, a Conegliano risulta una leggera prevalenza di femmine (50,7%), mentre a Vittorio V. di maschi (52,4%).

Facendo riferimento ai criteri di inclusione, la media del peso alla nascita e alla dimissione risulta più elevato nei neonati a Vittorio V., rispettivamente 3418 ± 369 g. e 3229 ± 349 g.; contro 3360 ± 384 g. e 3160 ± 357 g. di Conegliano.

I neonati che hanno avuto un calo $\geq 10\%$ sono pari a 8 su 360, dei quali 6 a Conegliano e 2 a Vittorio V. Il calo varia dal -0,9 al 10,1% a Conegliano e dal -0,3 all'11,8% Vittorio V..

Una delle problematiche comune nei neonati nei primi giorni di vita è l'ittero fisiologico; il 45,8% dei neonati inclusi ne è affetto durante la degenza e/o al momento della dimissione. A Vittorio V. la percentuale risulta maggiore rispetto a Conegliano (51,0% vs 42,4%).

La degenza media sul totale risulta: $2,7 \pm 0,7$ giorni, con un minimo di 1 giorno a Vittorio V. (2 giorni a Conegliano) e un massimo di 6 giorni in entrambi i P.O..

Riguardo la dimissione del neonato in crescita, fermo peso o calo, si può osservare nella **Figura 2** che a Vittorio V. la gran parte dei neonati viene dimessa in crescita (72,7%).

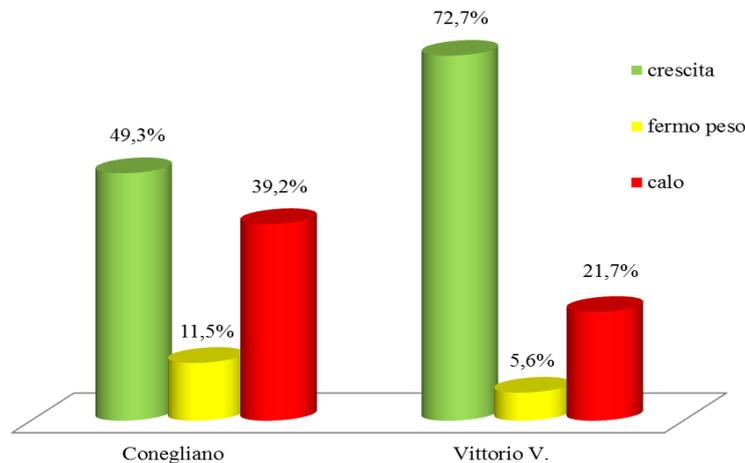


Figura 2: Neonati in % che al momento della dimissione sono in crescita, fermo peso o calo

Relativamente al calo ponderale, si può osservare in **Figura 3** che i neonati di Conegliano hanno durante la degenza, una diminuzione del peso rispetto al peso alla nascita mediamente del $5,9\% \pm 2$, mentre a Vittorio V. del $5,5\% \pm 2$. Infine, la media del calo ponderale che hanno avuto durante la degenza i neonati dimessi in crescita è pari a 5,0%; per quelli in fermo peso del 6,3%; per quelli in calo è pari al 6,9%.

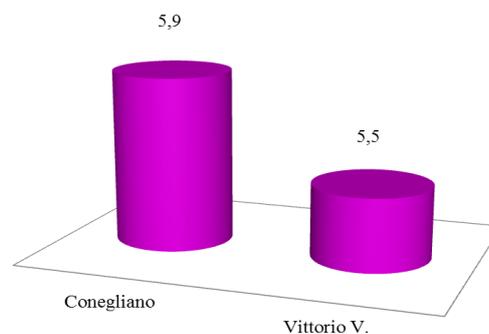


Figura 3: Calo ponderale neonatale medio in % nei rispettivi P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

Analizzando gli eventuali controlli dopo la dimissione del neonato, meno della metà del campione effettua controlli di prevenzione per monitorare l'allattamento, il peso e l'eventuale ittero fisiologico (44,7%). Confrontando i P.O. di Conegliano e di Vittorio V., vengono sottoposti ad almeno un controllo rispettivamente il 37,8% ed il 55,2%.

Infine, nessun neonato incluso ha avuto un ricovero per ittero patologico o calo ponderale.

3.1.4 Caratteristiche relative all'allattamento

Il contatto pelle a pelle tra madre e neonato subito dopo il parto, viene effettuato dal 59,7% delle diadi; a Vittorio V. 66,4%, a Conegliano 55,3% (**Figura 4**).

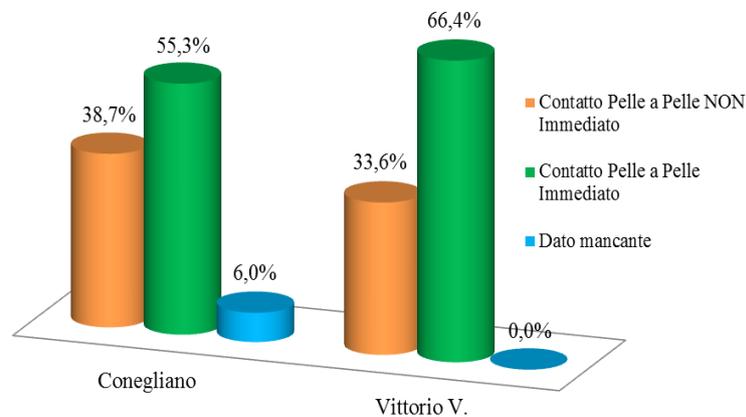


Figura 4: Contatto pelle a pelle nei rispettivi P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

Il 71,6% delle diadi (83,2% a Vittorio V. e 70,8% a Conegliano) rimane in contatto tra i 60 e i 120 minuti; il rimanente invece, mantiene il contatto per un tempo <60 o >120 minuti. Per il 2,5 % dei neonati nati a Conegliano questo dato non è indicato in cartella.

Il motivo più comune per il quale non viene effettuato immediatamente il contatto è il taglio cesareo (53,4%), seguito dall'ipotermia neonatale (33,6%) e minoritari sono i problemi materni, il liquido tinto nel sacco amniotico della madre, il parto distocico, il rifiuto da parte della madre (2 casi), la necessità di monitoraggio del neonato e il parto in auto (1 caso).

In entrambe le strutture il tasso di allattamento esclusivo al seno, in formula o parziale risulta simile, come rappresentato nella **Figura 5**, con prevalenza di allattamento esclusivo.

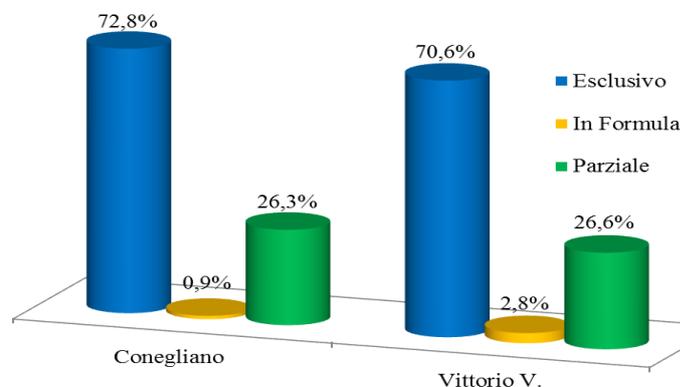


Figura 5: Tipologia di allattamento nei rispettivi P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

La media relativa alle poppate nelle prime 24-48 ore risulta maggiore a Vittorio V., rispettivamente 8 ± 2 e 9 ± 2 /die, arrivando ad un massimo di 14 sia nelle 24 che nelle 48 ore ed un minimo di 4 e 6; a Conegliano risultano invece 6 ± 1 e 7 ± 1 , con un massimo pari a 11 sia nelle prime 24 ore che nelle 48 ed un minimo di 3 e 3.

È emerso che il 21,1% delle donne presenta problemi al seno: 58 a Conegliano e 18 a Vittorio V: seno teso (31,2%), ragadi (24,7%), capezzoli piatti (20,8%). A Conegliano risultano più numerosi i problemi al seno (26,7% vs 12,6%).

3.1.5 *Caratteristiche dei modelli di assistenza materno-neonatale*

Differenti sono i modelli di assistenza materno-neonatale attuati nei rispettivi P.O..

A Vittorio V., che sostiene il modello del *rooming in*, l'86,7% dei neonati dopo la nascita rimane 24h su 24 in stanza assieme alla mamma, con la sola eccezione del 13,3% dei casi per i seguenti motivi: ipotermia neonatale (36,8%) e problemi materni (36,8%), seguiti da monitoraggio del neonato (15,8%); solo 2 madri hanno invece rifiutato di tenere in stanza il proprio bambino.

A Conegliano invece il 100% dei neonati rimane nella SAN durante la degenza; viene portato alla mamma alcune ore al giorno per l'allattamento.

3.2 **Risultati in rapporto ai quesiti**

Per valutare l'efficacia dei modelli assistenziali, sono stati associati con il Test "chi-quadro", la dimissione in crescita, calo o fermo peso e la % di calo ponderale con le variabili raccolte relative a madre, parto, neonato, allattamento e modello di assistenza.

Rispetto alle variabili materne, è emersa una relazione significativa tra calo ponderale del neonato ed età della madre ($p=0,05$); infatti, i neonati di madri con età ≤ 25 anni hanno avuto nella media un minor calo ponderale (5,4%) rispetto alle altre fasce d'età, arrivando mediamente ad un massimo del 6,0% nei neonati di madri con età ≥ 36 anni.

Per quanto riguarda la parità, il 23,8% dei neonati di madri primipare vengono dimessi in calo contro il 38,0% dei neonati di madri multipare ($p=0,017$), anche se l'entità del calo ponderale (del 5,6% per i neonati di mamme primipare e del 5,8% per i figli di mamme multipare) non risulta significativa ($p=0,2127$).

Rispetto alla provenienza geografica, vengono dimessi in calo in maggior percentuale (41,0%) i neonati di mamme provenienti dai Paesi dell'Est, seguiti dall'Italia (31,9%) e

dall’Africa (25,6%): il calo ponderale medio dei neonati osservato durante la degenza risulta invece simile: Italia 5,8%; Paesi dell’Est 5,8%; Africa 5,7%.

I neonati di madri con diabete gestazionale gestito con dieta vengono dimessi in calo con una percentuale simile rispetto ai neonati di madri non affette (34,2%, contro il 32,0%), anche se in media subiscono un calo ponderale leggermente superiore (5,9% vs 5,7%).

Le associazioni relative all’anestesia e alla tipologia del parto dimostrano una relazione significativa tra la dimissione in crescita dei neonati e la tipologia di anestesia della madre; infatti dei nati da madre sottoposta ad anestesia generale, il 33,3% risulta essere in crescita; delle madri invece sottoposte ad anestesia epidurale o a nessuna anestesia risultano in crescita rispettivamente il 61,0% e il 58,5% dei neonati ($p=0,012$).

Emerge inoltre che, i nati da madri sottoposte ad anestesia generale hanno mediamente un calo ponderale maggiore (7,0%), seguiti dai nati da madri sottoposte ad anestesia epidurale (6,2%); il calo è invece nettamente inferiore nei nati da madri che non vengono sottoposte ad anestesia (5,6%), anche se il dato non risulta statisticamente significativo ($p=0,167$).

La dimissione in crescita dei neonati rispetto alla tipologia del parto, risulta pari al 58,0% nel caso di parto eutocico, del 50,0% per parto distocico vaginale, del 64,3% per l’indotto e del 58,5% per il taglio cesareo; in questo caso non risulta però significatività statistica ($p=0,395$). È invece significativa la relazione con il calo ponderale ($p=0,023$); infatti, i nati da madri sottoposte a parto cesareo hanno mediamente un calo ponderale superiore, pari al 6,3%, seguiti dai nati da parto distocico vaginale (5,8%), da parto indotto (5,7%) e da parto eutocico (5,6%).

Indagando l’associazione del calo ponderale con le variabili neonatali, in primis il genere, è emerso che le femmine vengono dimesse maggiormente in crescita (62,9%) rispetto ai maschi (54,4%), nonostante, durante la degenza, l’entità del calo ponderale sia simile (rispettivamente 5,7% e 5,8%) e la relazione non evidenzia significatività statistica.

I neonati con ittero fisiologico invece vengono dimessi maggiormente in calo ponderale (66,7%) rispetto ai neonati che non presentano l’ittero (51,8%): l’associazione tra calo ponderale del neonato e presenza di ittero fisiologico risulta statisticamente significativa ($p=0,016$), anche se mediamente l’entità del calo ponderale dei neonati con ittero risulta simile rispetto a coloro che non lo manifestano (rispettivamente pari al 5,6% e 5,8%).

Rispetto ai giorni di degenza, i neonati dimessi in 2° giornata risultano maggiormente in calo (48,2%); invece per i neonati dimessi in 3° giornata, il peso risulta in calo per il 25,8%. In 4° giornata quelli dimessi in calo risultano essere pari a zero ($p=0,00001$).

Tuttavia, l'entità del calo dei neonati non risulta significativamente diverso in 2° e in 3° giornata, leggermente inferiore in 4° giornata (rispettivamente: 5,9% - 5,7% - 5,3%).

Analizzando l'associazione con le variabili del contatto pelle a pelle e allattamento, è emerso che i neonati che hanno avuto contatto con la madre subito dopo il parto vengono dimessi in calo nel 31,6% dei casi, contro il 34,1% di coloro che sono stati separati; in questo caso non risulta significatività statistica.

Inoltre, come rappresentato in **Figura 6**, i neonati che hanno avuto fin dalla nascita un contatto pelle a pelle precoce con la loro madre, durante la degenza, hanno avuto un calo mediamente inferiore, pari al 5,6%, contro il 6,1%; si rileva infatti, una relazione significativa tra contatto e calo ponderale ($p=0,022$).

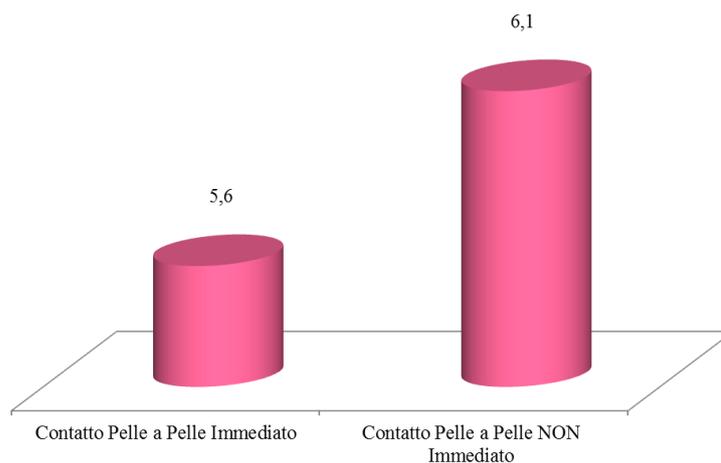


Figura 6: Calo ponderale in % nei neonati sottoposti o meno a contatto pelle a pelle

Emerge inoltre una relazione statisticamente significativa tra i minuti di contatto madre-neonato e il calo ponderale registrato ($p=0,035$); ovvero i neonati che sono stati a contatto per un tempo superiore ai 120 minuti hanno avuto un calo di peso maggiore.

Risulta significativa anche la relazione tra i minuti al primo contatto se non avvenuto immediatamente dopo il parto e il calo ponderale: più precocemente i neonati vengono messi in contatto con la madre, minore è il calo ponderale durante la degenza ($p=0,00004$).

Rispetto alla tipologia di allattamento, la dimissione in calo risulta pari al 28,4% se l'alimentazione è parziale; al 34,0% se il neonato viene esclusivamente allattato al seno e al 16,7% se utilizzato solo il latte in formula, come rappresentato in **Figura 7**.

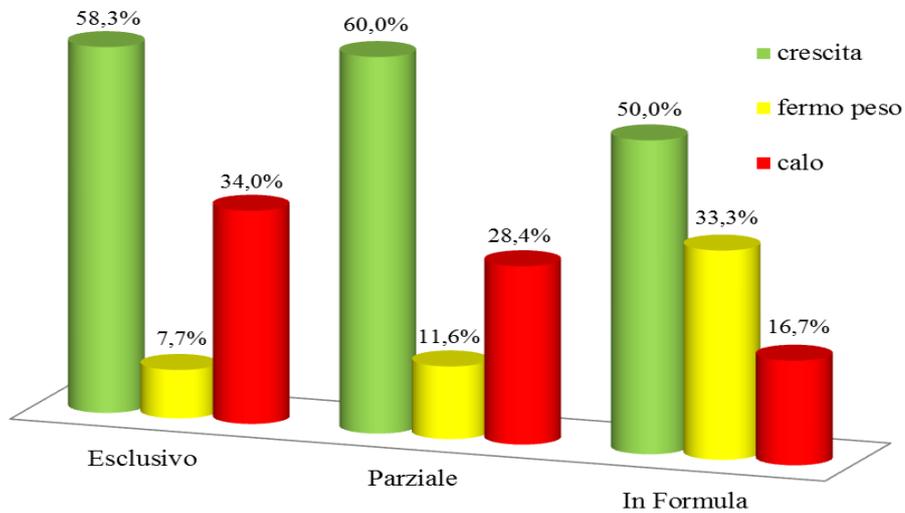


Figura 7: Dimissione in crescita, calo o fermo peso in relazione all'allattamento neonatale

Allo stesso tempo, i neonati alimentati con il latte artificiale hanno mediamente un calo ponderale inferiore, pari al 3,7%, rispetto a quelli allattati esclusivamente al seno (5,5% di calo). Per lo più la relazione con il calo ponderale risulta significativa ($p=0,00006$).

In riferimento alla modalità di assistenza: emerge una relazione positiva tra il modello e la dimissione dei neonati ($p=0,0004$); infatti, come rappresentato in **Figura 8**, i neonati che stanno in stanza con la mamma vengono dimessi in calo per il 22,6%, mentre i neonati non sottoposti al *rooming in*, per il 37,3% dei casi. Infine, i neonati che sono stati con la mamma hanno avuto mediamente un calo ponderale del 5,5%, contro il 5,9% ($P=0,020$).

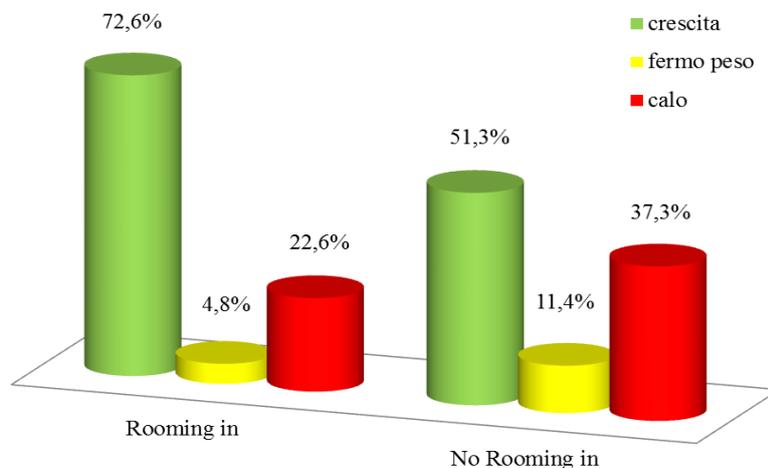


Figura 8: Dimissione in crescita, calo o fermo peso in % nei neonati sottoposti o meno a *rooming in*

DISCUSSIONE

4.1 Contesti assistenziali a confronto

4.1.1 *Caratteristiche del campione nei due contesti assistenziali*

Dall'elaborazione statistica dei dati è emerso che del totale dei neonati inclusi nell'indagine (360), risulta nato presso il P.O. di Conegliano il 60,3% contro il 39,7% di nati a Vittorio V.; dato che rispecchia la reale distribuzione delle nascite: 473 a Conegliano e 289 a Vittorio V..

Prendendo in considerazione le caratteristiche delle madri si può osservare che la maggior percentuale di nascite avviene nella fascia d'età compresa tra i 26 e i 35 anni; con un picco a 32 anni, similmente ai dati epidemiologici del Nord Italia relativa all'anno 2014 (ISTAT, 2014).

In relazione alla parità, nello studio risultano prevalenti le donne che hanno avuto più di un figlio; ed emerge una predominanza di donne italiane (72,2%).

Il diabete gestazionale gestito con dieta risulta essere poco presente; ne sono affette infatti il 10,6% delle donne incluse nello studio.

Infine, indagando la percentuale di donne fumatrici, solo 3 dichiarano di aver fumato durante la gravidanza; risulta esserci quindi una prevalenza inferiore rispetto al dato nazionale dell'Istat relativo al 2015 (3%).

Analizzando le variabili relative al parto, a Vittorio V. risulta una percentuale maggiore di donne che vengono sottoposte ad analgesia, in quanto viene effettuata, su richiesta dell'assistita, la tecnica di parto-analgesia, che permette la somministrazione di anestetici locali ed oppioidi in prossimità del midollo spinale, dove risiedono i neuroni che trasmettono il dolore (Ministero della Salute, 2015). Nel P.O. di Vittorio V. si è registrata inoltre una maggior percentuale di parto indotto.

Analizzando le caratteristiche neonatali, nel confronto tra i due P.O., emerge che l'età gestazionale, l'APGAR, il genere e la degenza, risultano essere simili; mentre il peso alla nascita e alla dimissione si diversifica: a Vittorio V. nascono e vengono dimessi neonati mediamente con un peso più elevato, nonostante siano stati inclusi neonati con peso ≥ 2500 g. in entrambi i P.O. Il calo di peso inoltre, risulta maggiore a Conegliano rispetto a Vittorio V..

Evidente è la differenza di neonati con ittero fisiologico: a Vittorio V., la percentuale si presenta superiore (51,0% contro il 42,4%); in linea con i dati epidemiologici: circa il 50% dei nati a termine lo presentano (OMS & UNICEF, 2009). Tale risultato può essere influenzato dall'assunzione del latte materno, il quale causa spesso nel neonato valori elevati di bilirubina (Chang et al., 2012; Alex & Gallant, 2008).

Particolarmente interessante è il dato relativo ai controlli post-dimissione: a Vittorio V., vengono programmati per la maggioranza dei neonati (55,2%) rispettando le direttive del progetto "Ospedale Amico dei Bambini", che sostengono l'importanza di programmare dei controlli entro 5-7 giorni dalla dimissione per prevenire eventuali complicanze e per affiancare la famiglia nei giorni seguenti (OMS & UNICEF, 2009).

Un dato altrettanto interessante è il seguente: nessun neonato incluso nello studio è stato ricoverato dopo la dimissione per calo ponderale eccessivo o per ittero patologico.

Osservando le caratteristiche relative al contatto pelle a pelle e all'allattamento, è emerso che nei rispettivi P.O. vengono entrambi promossi: a Vittorio V. risulta maggiore la percentuale di diadi che effettuano il contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita (66,4% contro il 55,3%). I risultati rientrano nei dati epidemiologici relativi al 2015 del Nord-Italia il 59,9% delle diadi lo effettua.

Nonostante sia indicato il contatto pelle a pelle tra madre e neonato anche dopo il parto cesareo (UNICEF, 2012), quest'ultimo risulta essere il motivo principale per coloro che non lo effettuano.

È emerso inoltre, che in entrambi i P.O. il tasso di allattamento al seno risulta simile: rispettivamente 72,8% a Conegliano e 70,6% a Vittorio V., rispecchiando i dati dell'Istat del 2014 relativi al Veneto (70,0%).

A Vittorio V. inoltre, la media delle poppate giornaliere è maggiore rispetto a Conegliano, sia nelle 24 che nelle 48 ore; ciò è favorito dal fatto che mamma e neonato rimangono assieme nella stessa stanza. Infatti, l'allattamento a richiesta viene promosso dal modello del *rooming in* (OMS & UNICEF, 2009; ILCA, 2005).

Un ulteriore dato da mettere in luce è quello relativo alle problematiche al seno delle madri: a Conegliano ne risulta una prevalenza quasi doppia rispetto a Vittorio V.. Tale fenomeno è in linea con i dati della letteratura internazionale, da cui emerge che allattando meno frequentemente si incorre con più probabilità allo sviluppo di problemi al seno, quali l'ingorgo e la tensione mammaria (Chiou et al., 2014; ILCA, 2005).

Infine è emerso che per la quasi totalità delle diadi assistite a Vittorio V. è applicato il modello del *rooming in*, se non in casi particolari, quali ipotermia neonatale, problemi materni, necessità di monitoraggio del neonato e rifiuto della madre.

4.1.2 Modelli assistenziali a confronto

Analizzando la possibile associazione tra dimissione in crescita, calo o fermo peso e le variabili raccolte, sono emerse alcune relazioni statisticamente significative.

In relazione alle caratteristiche delle madre e del parto: i neonati di mamme multipare hanno più probabilità di essere dimessi in calo (dalla comunicazione quotidiana con le madri si potrebbe ipotizzare che la mamma multipara sia gravata da stanchezza psico-fisica e da ansia per la gestione familiare); i neonati di madri sottoposte ad anestesia generale invece hanno maggior probabilità di essere in fermo peso al momento della dimissione, in quanto il dolore e lo stress materno possono ostacolare l'inizio dell'allattamento al seno (OMS & UNICEF, 1989).

Rispetto al neonato l'ittero fisiologico porta ad una maggior probabilità di dimissione in calo in linea con lo studio di Chen e collaboratori del 2011, i quali hanno confermato un'associazione tra calo di peso e iperbilirubinemia. I neonati fino al secondo giorno di degenza presentano un peso prevalentemente in calo, rispecchiando la fisiologia della crescita del neonato, la quale avviene generalmente dopo 2-3 giorni dalla nascita (Musi et al., 2012; ILCA, 2005). Infatti, dal 3° giorno di degenza, il peso risulta essere in crescita per il 65,1% dei neonati; in 4° giornata per il 90,6%.

Associando invece l'entità del calo ponderale con le medesime variabili emergono ulteriori relazioni statisticamente significative. Riguardo alle caratteristiche delle madri e del parto: i neonati di madri con età ≥ 36 anni hanno probabilità di avere un calo ponderale leggermente superiore rispetto alle altre fasce d'età; allo stesso tempo anche i nati da parto cesareo o distocico vaginale.

In riferimento al contatto pelle a pelle: i neonati che subito dopo la nascita sono stati separati dalla madre o che sono stati messi a contatto almeno dopo 60 minuti hanno avuto un calo di peso superiore. Ciò rispecchia quanto rilevato in letteratura e si può quindi sostenere che il contatto favorisce l'aumento del peso già a partire dal terzo giorno dalla nascita (OMS & UNICEF, 2009; Zuppa et al., 2009; La Gamba et al., 2000) e così pure anche per coloro che hanno avuto un contatto superiore 120 minuti.

Affrontando il tema dell'allattamento: i neonati alimentati sia con latte materno che artificiale hanno avuto mediamente un calo ponderale superiore (nell'allattamento misto non è possibile un'esatta quantificazione del latte assunto, pertanto si corre il rischio da un lato di non somministrare latte artificiale a sufficienza e a garantire il fabbisogno, e dall'altro di ridurre il tempo di suzione al seno e pertanto la sua attiva funzione) .

In questa indagine, il modello di *rooming in* ha particolare influenza sul calo di peso del neonato durante la degenza; infatti, diminuisce il calo di peso del neonato, favorendo inoltre il recupero del peso alla dimissione (Bystrova et al., 2007, Abolyan et al., 2006).

Infine, non sono risultati in relazione con il calo ponderale e con la dimissione le seguenti variabili: provenienza geografica e diabete gestazionale relative alla madre, età gestazionale, APGAR, genere relativi al neonato; poppate e problemi al seno.

4.2 Limiti dello studio

Durante la raccolta dei dati e l'osservazione in U.O. sono emersi i seguenti limiti: nonostante la cartella neonatale sia unificata fra i due P.O., a Vittorio V. è in uso una scheda relativa alla valutazione della poppata, secondo il progetto richiesto dall'“Ospedale Amico dei Bambini”; inoltre nel P.O. di Conegliano, non sempre è stato possibile rilevare l'orario preciso relativo all'avvenuto contatto pelle a pelle, alla sua durata e al primo contatto tra madre e neonato.

Infine, i dati di ogni soggetto sono stati raccolti da strumenti sottoposti alla compilazione da parte di più persone, con conseguenti possibili bias nell'inserimento dei dati stessi.

Sarebbe stato interessante rilevare direttamente le variabili attraverso uno studio prospettico, osservando le attività infermieristiche durante il loro svolgimento, ma ciò avrebbe comportato un impiego notevole di tempo e la necessità di formare il personale alla raccolta dei dati in modo strutturato.

L'analisi condotta è stata indirizzata verso la valutazione di possibili correlazioni fra i modelli dei due P.O. all'interno della stessa struttura ospedaliera ed alcuni aspetti importanti in questi ambiti. I limiti di questa tipologia di analisi potrebbero risiedere in una campionatura non sempre efficiente e comunque limitata nel tempo e nei criteri di inclusione/esclusione utilizzati.

Dal punto di vista statistico l'ampiezza del campione considerato nell'analisi risulta comunque certamente significativo. Uno studio più ampio e indirizzato a rilevare fin dalla fase di campionatura alcune variabili non considerate in questo studio potrebbe portare a

delle considerazioni su effetti di ulteriori fattori materno-neonatali che abbiano influenza sull'oggetto del nostro studio ovvero il calo di peso (es: stagionalità, relazione tra il peso della madre e quello del neonato,...).

4.3 Implicazioni per la pratica

Alla luce dei risultati ottenuti si rileva che il contatto pelle a pelle avvenuto almeno entro la prima ora di vita, il modello di *rooming in* e l'allattamento al seno a richiesta tendono a favorire la crescita del neonato sano a termine durante la degenza e il benessere materno.

I risultati dell'indagine effettuata potrebbero costituire il punto di partenza per valutare la proposta di: potenziare il *rooming in*; ridurre lo stress delle madri multipare, predisponendo stanze di degenza ampie e confortevoli che possano accogliere eventuali altri figli (questo favorirebbe la riduzione dell'ansia di separazione della mamma multipare rispetto alla prole); rispettare i suggerimenti dell'OMS e UNICEF circa i controlli post dimissione; progettare un'allocatione più vicina tra la SAN e l'U.O. di Ginecologia/Ostetricia nel P.O. di Conegliano (per facilitare la gestione della puerpera negli spostamenti e la supervisione del personale sanitario).

Inoltre sarebbe opportuna una migliore integrazione tra le U.O. di Pediatria e di Ginecologia/Ostetricia che potrebbe avvenire attraverso: un corso multidisciplinare di comunicazione e relazione, con l'obiettivo di migliorare le competenze relazioni, interpersonali tra i professionisti e nei confronti dell'utenza del percorso nascita, al fine di promuovere gli obiettivi di salute in aderenza con il piano del SSN; riunioni strutturate tra le due U.O. e l'istituzione di un progetto sul contatto pelle a pelle e sull'allattamento al seno a richiesta, partendo dalla presentazione al Dipartimento Materno-Infantile del lavoro di tesi attuato.

Inoltre sarebbe opportuno valutare tale progetto nella pratica quotidiana facendo un confronto con risultati ottenuti e con i dati raccolti da questa tesi.

Infine, sarebbe interessante includere nello studio tutti i nati nel periodo preso in considerazione, senza utilizzare criteri di esclusione.

Nella tabella sottostante, si propongono le fasi per la creazione, realizzazione e valutazione del progetto, attuabile già a partire dal 2016.

Tabella 2.2: Diagramma di Gantt - Progetto contatto pelle a pelle e allattamento al seno

	Marzo - Aprile	Maggio	Giugno	Ottobre - Novembre	Gennaio	Marzo	Aprile	OPERATORI COINVOLTI
CORSO MULTI-PROFESSIONALE								Coordinatrici U.O., Infermiere, Ostetriche, Medici, Puericultrici, Operatori Socio Sanitari
RIUNIONI STRUTTURATE								
CREAZIONE DEL PROGETTO								Infermiera Coordinatrice Ostetrica Coordinatrice Due Infermiere Due Ostetriche
ATTUAZIONE DEL PROGETTO								
ANALISI IN ITINERE								Due Infermiere Due Ostetriche
RACCOLTA DATI								
CONFRONTO								Infermiera Coordinatrice Ostetrica Coordinatrice
VALUTAZIONE FINALE								

CONCLUSIONI

Il lavoro di tesi si è occupato di valutare l'efficacia dei modelli di assistenza materno-neonatale in relazione alla perdita di peso durante la degenza e al peso in crescita, calo o stabile del neonato sano a termine al momento della dimissione.

Dall'analisi del campione emerge che il *rooming in* favorisce il benessere del neonato, in quanto facilita il recupero del peso dopo il calo ponderale (Bystrova et al., 2007, Abolyan et al., 2006); ciò risulta essere un obiettivo comune dell'erogazione della miglior pratica clinica fondata sulle più aggiornate evidenze scientifiche.

Sarebbe pertanto opportuno prestare massima attenzione a tutte le circostanze che condizionano negativamente tale pratica, causando quindi un calo di peso significativo dei neonati e un potenziale fallimento dell'allattamento al seno esclusivo.

I neonati a rischio risultano essere: i nati da mamma multipara o sottoposta ad anestesia generale; gli affetti da ittero; i dimessi precocemente; i figli di madri con età ≥ 36 anni; i nati da parto distocico; i neonati che hanno mantenuto un contatto pelle a pelle per più di 120 minuti o per cui è stato avviato dopo 60 minuti e gli allattati parzialmente al seno.

In queste circostanze è opportuno valutare la programmazione di controlli post dimissione entro 5-7 giorni (OMS & UNICEF, 2009).

Tale impegno è giustificato, in quanto come rilevato dalla letteratura, l'allattamento al seno porta a molti effetti positivi nel neonato, quali lo sviluppo cognitivo, gastrointestinale e immunologico (OMS & UNICEF, 2009); inoltre è importante per la salute della madre in quanto favorisce la diminuzione delle perdite di sangue post-parto, la riduzione del cancro al seno e all'ovaio, il ritorno del peso corporeo materno a quello pregravidico (Zuppa et al., 2014; OMS & UNICEF, 2009; Cattaneo et al., 2009) e la ridotta incidenza di depressione post-parto (Soldi, 2009).

I principali risultati dell'indagine si allineano alle evidenze internazionali e dimostrano un beneficio significativo nel: promuovere il contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, anche in caso di parto cesareo (UNICEF, 2012); incentivare il contatto tra madre e figlio prima di 60 minuti (Chiou et al., 2014) ed anche durante e dopo la degenza (Vasquez & Berg, 2012); favorire l'allattamento a richiesta rispetto a quello ad intervalli (OMS & UNICEF, 2009); monitorare con più attenzione il calo ponderale e l'allattamento con programma di follow-up clinico dopo la dimissione.

BIBLIOGRAFIA

- Abolyan, L.V. (2006). The breastfeeding support and promotion in baby-friendly maternity hospitals and not-as-yet baby-friendly hospitals in Russia. *Breastfeeding Medicine*, 1(2), 71-8.
- Alex, M., & Gallant, D.P. (2008). Toward understanding the connections between infant jaundice and infant feeding. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(6), 429-438.
- Asole, S., Spinelli, A., Antinucci, L.E. & Di Lallo, D. (2009). Effect of hospital practices on breastfeeding: a survey in the Italian region of Lazio. *Journal of Human Lactation*, 25(3), 333-340.
- Azzena, G.B., De Lorenzo, A., & De Luca, B. (2012). *Compendio di fisiologia umana*. Milano: Casa Editrice Piccin.
- Badon, P., & Cesaro, S. (2002). *Manuale di nursing pediatrico*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Bakar, F.T., Ozen, A., Karatepe, H.Ö., Berber, M. & Ercan, H. (2012). Impact of early weight loss on growth of Caesarean delivered babies: how long does it last? *Child Care Health and Development*, 38(5), 706-713.
- Bramson, L., Lee, J. W, Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C.L. (2010). Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130-137.
- Brodribb, W., Kruske, S. & Miller, Y.D. (2013). Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics*, 131(4), 685-692.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.S., Ransjo-Arvidson, A.B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, AM. (2009). Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97-109.

Bystrova, K., Matthiesen, A.S., Widstrom, A.M., Ransjo-Arvidson, A.B., Welles-Nystrom, B., Vorontsov, I., & Uvnas-Moberg, K. (2007). The effect of Russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Human Development*, 83(1), 29-39.

Cattaneo, A., Fallon, M., Kewitz, G., Mikiel-Kostrzyra, K., & Robertson, A. (2006). *Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'unione europea*. Retrieved on May 2015, from https://www.unicef.it/Allegati/Raccomandazioni_UE_alimentazione_lattanti.pdf.

Chang, R.J., Chou, H.C., Chang, Y.H., Chen M.H., Chen, C.Y., Hsieh, W.S., & Tsao, P.N. (2012). Weight loss percentage prediction of subsequent neonatal hyperbilirubinemia in exclusively breastfed neonates. *Pediatrics and Neonatology*, 53(1), 41-44.

Chantry, C.J., Nommsen-Rivers, L.A., Peerson, J.M., Cohen, R.J. & Dewey, K.G. (2011). Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid balance. *Pediatrics*, 127(1), 171-179.

Chen, C.F., Hsu, M.C., Shen, C.H., Wang, C.L., Chang, S.C., Wu, K.G., Wu, S.C. & Chen, S.J. (2011). Influence of breast-feeding on weight loss, jaundice, and waste elimination in neonates. *Pediatrics and Neonatology*, 52(2), 85-92.

Chien, L.Y. & Tai, C.J. (2007). Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth*, 34(2), 123-130.

Chiou, S.T., Chen, L.C., Yeh, H., Wu, S.R. & Chien, L.Y. (2014). Early skin-to-skin contact, rooming-in, and breastfeeding: a comparison of the 2004 and 2011 national surveys in Taiwan. *Birth*, 41(1), 33-38.

Colson, S.D., Meekb, J.H. & Hawdon, J.M. (2008). Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*, 84(7), 441-449.

Davanzo, R., Cannioto, Z., Ronfani, L., Monasta, L. & Demarini, S. (2013). Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. *Journal of Human Lactation*, 29(1), 45-53.

De Carolis, M.P., Cocca, C., Valente, E., Lacerenza, S., Rubortone, S.A., Zuppa, A.A. & Romagnoli, C. (2014). Individualized follow up programme and early discharge in term neonates. *Italian Journal of Pediatrics*, 40, 70.

Decreto Ministeriale n° 739. (1994). *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo dell'infermiere.*

Decreto Ministeriale n° 739. (1994). *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo dell'ostetrica/o.*

Di Giacomo, P., & Rigon, L.A. (2002). *Assistenza infermieristica ed ostetrica in area Materno-Infantile. Percorsi assistenziali con la donna, il neonato e la famiglia.* Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Di Girolamo, A.M., Grummer-Strawn, L.M. & Fein, S.B. (2008). Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*, 122(2), 43-49.

Epicentro. *Allattamento: aspetti epidemiologici.* Retrived on June, 2015, from <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/epid.asp>.

Federazione Nazionale Collegi FNCO. (2009). *Codice Deontologico dell'ostetrica/o.* Retrieved on, July, from <http://www.fnco.it/codice-deontologico.htm>.

Federazione Nazionale Collegi IPASVI. (2009). *Codice Deontologico dell'Infermiere.* Retrieved on July, from <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>.

Flaherman, V.J., Aby, J., Burgos, A.E., Lee, K.A., Cabana, M.D. & Newman, T.B. (2013). Effect of early limited formula on duration and exclusivity of breastfeeding in at-risk infants: An RCT. *Pediatrics*, 131(6), 1059-1065.

Flaherman, V.J., Kuzniewicz, M.W., Li S., Walsh, E., McCulloch, C.E. & Newman, T.B. (2013). First-day weight loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 98(6), 488-492.

Flaherman, V.J., Schaefer, E.W., Kuzniewicz, M.W., Li, S.X., Walsh, E.M. & Paul, I.M. (2015). Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*, *135*(1), 16-23.

Fonseca, M.J., Severo, M., Barros, H. & Santos, A.C. (2014). Determinants of weight changes during the first 96 hours of life in full-term newborns. *Birth* *41*(2), 160-168.

Grossman, X., Chaudhuri, J.H., Feldman-Winter, L. & Merewood, A. (2012). Neonatal weight loss at a us baby-friendly hospital. *Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*(3), 410-413.

ILCA. (2005). *Linee guida cliniche per l'attuazione dell'allattamento al seno esclusivo*. Retrieved on May 2015, from http://www.aicpam.org/wp-content/uploads/2011/02/Linee_Guida_ILCA_ITA.pdf.

Istat. *Gravidanza, parto e allattamento al seno*. Retrieved on June, 2015, from https://www.google.it/?gws_rd=cr&ei=nwggVrntBMTuyQOEILLQCw#q=et%C3%A0+media+donne+incinta+istat+2014.

La Gamba, G. et al. (2000). Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonate. *Medico e bambino*, *19*(1), 35-43.

Lamp, J.M. & Macke, J.K. (2010). Relationships among intrapartum maternal fluid intake, birth type, neonatal output, and neonatal weight loss during the first 48 hours after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *39*(2), 169-177.

Lee, Y.M., Song, K.H., Kim, Y.M., Kang, J.S., Chang, J.Y., Seol, H.J., Choi, Y.S. & Bae, C.W. (2010). Complete rooming-in care of newborn infants Korean. *Korean Journal Pediatric*, *53*(5), 634-638.

Lutter, C.K., & Chaparro, C.M. (2009). Neonatal period: linking best nutrition practices at birth to optimize maternal and infant health and survival. *Food and Nutrition Bulletin*, *30*(2), 215-224.

Maglietta, V. (1994). *Puericultura*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

Mahmood, I., Jamal, M., & Khan, N. (2011). Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 21(10), 601-605.

Marin-Gabriel, M.A., Liana-Martin, I., Lopez-Escobar, A., Fernandez-Villalba, E., Romero-Blanco, I. & Touza-Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1630-1634.

Marvulli, L. (2010). *Le risorse del latte umano e il suo trattamento: il contenuto del DHA nel latte materno pre e post pastorizzazione holder*. Dottorato di ricerca in medicina materno infantile e dell'età evolutiva e fisiopatologia della riproduzione sessuale. Università degli Studi di Bologna.

Merten, S., Dratva, J. & Ackermann-Liebrich, U. (2005). Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*, 116(5), 702-708.

Ministero della Salute. (2015). *Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale tramite procedure analgesiche*. Retrieved on September, 2015, from http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_573_allegato.pdf.

Ministero della Salute. (2014). *Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia: report sulla survey nazionale*. Retrieved on June, 2015, from <http://www.mami.org/sito/wp-content/uploads/tas10dic2014bfReport.pdf>.

Moore, E.R. & Anderson, G.C. (2007). Randomized controlled trial of very early mother–infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 116-125.

Moreira, M.E., Gama, S.G., Pereira, A.P., Silva, A.A., Lansky, S., Souza-Pinheiro, R., Carvalho-Gonçalves, A. & Carmo-Leal, M. (2014). Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cadernos De Saude Publica*, 30(1), 1-12.

Mulder, P.J., Johnson, T.S. & Baker, L.C. (2010). Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(1), 15-26.

Musi et al. (2012). *La Pediatria medico e chirurgica*. Retrieved on May, 2015, from https://www.google.it/?gws_rd=cr&ei=SpwjVoe9B4TgywPD8YbwAw#q=LA+PEDIATRIA+MEDICA+E+CHIRURGICA+vol+34.

OMS & UNICEF. (1989). *L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità*. Retrieved on May, 2015, from https://www.unicef.it/Allegati/Dichiarazione_congiunta_OMS-UNICEF_1989_1.pdf.

OMS & UNICEF. (2009). *Manuale del partecipante*. Retrieved on May 2015, from http://www.unicef.it/Allegati/Manuale_partecipante_Corso_20_ore1_7ott10.pdf.

Pereira, C.R., Fonseca, V. de M., Couto, de Oliveira, M.I., Souza, I.E. & Reis, de Mello. R. (2013). Assessment of factors that interfere on breastfeeding within the first hour of life. *Brazilian Journal of Epidemiology*, 16(2), 525-534.

Perrine, C.G., Scanlon, K.S., Li, R., Odom, E. & Grummer-Strawn, L.M. (2012). Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*, 130(1), 54-60.

Rahi, M., Taneja, D.K., Misra, A., Mathur, N.B. & Badhan, S. (2006). Newborn care practices in an urban slum of Delhi. *Indian Journal of Medical Sciences*, 60(12), 506-513.

Regnault, N., Botton, J., Blanc, L., Hankard, R., Forhan, A., Goua, V. et al. (2011). Determinants of neonatal weight loss in term-infants: specific association with pre-pregnancy maternal body mass index and infant feeding mode. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 96(3), 217-222.

Roggero, P., Gianni, M.L., Orsi, A., Piemontese, P., Amato, O., Moioli, C. & Mosca, F. (2010). Neonatal period: body composition changes in breast-fed full-term newborns. *Neonatology*, 97(2), 139-143.

Salas, A.A., Salazar, J., Burgoa, C.V., De-Villegas, C.A., Quevedo, V. & Soliz, A. (2009). Significant weight loss in breastfed term infants readmitted for hyperbilirubinemia. *BioMed Central Pediatrics*, 31(9), 82.

Società Italiana di Neonatologia. (2001). *Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani*. Retrieved on June, 2015, from <http://allattamento.sip.it/linee-guida/raccomandazioni-sullallattamento-materno-per-i-nati-a-termine-di-peso-appropriato-sani/>.

Soldi, A., Tonetto, P., Varalda, A. & Bertino, E. (2011). Neonatal jaundice and human milk. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(1), 85-87.

Speri, L. (2004). *L'ospedale amico dei bambini*. Milano: Casa Editrice Masson.

Speri, L., & Brunelli, M. (2009). *Genitori più*. Verona.

UNICEF. (2015). *UNICEF e allattamento al seno*. Retrieved on May, 2015, from <http://www.unicef.it/allattamento>.

UNICEF. (2012). *Guida all'applicazione dei passi*. Retrieved on May, 2015, from http://www.unicef.it/Allegati/Guida_applicazione_Passi_16mag12.pdf.

Vasquez, M.J., & Berg, O.R. (2012). The baby-friendly journey in a US public hospital. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 37-46.

Yang, W.C., Zhao, L.L., Li Y.C., Chen, C.H., Chang, Y.J., Fu, Y.C. & Wu H.P. (2013). Bodyweight loss in predicting neonatal hyperbilirubinemia 72 hours after birth in term newborn infants. *BioMed Central Pediatrics*, 13, 145.

Zuppa, A.A., Alighieri, G., Riccardi, R., Cavani, M., Iafisco, A., Cota, F. & Romagnoli, C. (2014). Epidural analgesia, neonatal care and breastfeeding. *Italian Journal of Pediatrics*, 29(40), 82.

Zuppa, A.A., Sindico, P., Antichi, E., Carducci, C., Alighieri, G., Cardiello, V., Cota, F. & Romagnoli, C. (2009). Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming-in. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(9), 801-805.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

ARTICOLI UTILIZZATI PER LA CREAZIONE DELLO STRUMENTO, A PARTIRE DALLA REVISIONE DI LETTERATURA

N°	AUTORI, ANNO, TITOLO	SCOPO	METODO	VARIABILI
1	Chang, R.J., Chou, H.C., Chang, Y.H., Chen M.H., Chen, C.Y., Hsieh, W.S., & Tsao, P.N. (2012) <i>Weight loss percentage prediction of subsequent neonatal hyperbilirubinemia in exclusively breastfed neonates</i>	Valutare l'incidenza dell'iperbilirubinemia neonatale sul calo ponderale nei neonati allattati al seno.	È stata analizzata l'associazione tra perdita di peso alla nascita e iperbilirubinemia nelle prime 2 settimane di vita. Campione: neonati sani (874), nati tra il marzo 2002 e luglio 2005, con età gestazionale >35 settimane e peso alla nascita alla nascita >2500 g. I neonati con esordio precoce (<48 ore) di iperbilirubinemia o eventuali fattori di rischio noti sono stati esclusi. (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Neonato: età gestazionale, peso alla nascita, genere, tipologia del parto, bilirubina, calo ponderale.
2	Chantry, C.J., Nommsen-Rivers, L.A., Peerson, J.M., Cohen, R.J. & Dewey, K.G. (2011) <i>Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid balance</i>	Descrivere la perdita di peso alla nascita in una popolazione multietnica di neonati primogeniti a termine prevalentemente allattati al seno. Identificare i fattori di rischio potenzialmente modificabili per la perdita di peso alla nascita in eccesso.	Sono state intervistate le madri e raccolti i dati dalla cartella neonatale. Campione: neonati nati, tra gennaio 2006 e dicembre 2007, con età gestazionale tra la 32° e la 40° settimana. (Studio Osservazionale Prospettivo)	Madre: intenzioni allattamento prenatale, età, etnia, formazione, reddito, BMI, fumo, problematiche al seno, lattogenesi, tipologia del parto, dolore, bilancio idrico, perdite ematiche durante il parto. Contatto pelle e pelle, allattamento. Neonato: APGAR, età gestazionale, peso alla nascita, genere, minzioni, scariche. Frequenza dell'assistenza infermieristica.
3	Chen, C.F., Hsu, M.C., Shen, C.H., Wang, C.L., Chang, S.C., Wu, K.G., Wu, S.C. & Chen, S.J. (2011) <i>Influence of breast-feeding on weight loss, jaundice, and waste elimination in neonates</i>	Valutare l'influenza dell'allattamento sui neonati in relazione all'ittero, alla perdita di peso alla nascita e all'eliminazione di urine e feci; indagando così l'efficacia dell'"Ospedale Amico dei Bambini".	Campione: neonati divisi in tre gruppi: allattati esclusivamente al seno, tramite alimentazione mista o solo con latte in formula. Esclusi i neonati con patologie e malattie. Periodo: Luglio-dicembre del 2008 (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Madre: presenza di malattia, tipologia del parto, parità, età. Neonato: APGAR, peso alla nascita, genere, bilirubina, livello e frequenza di minzione. Allattamento.
4	Davanzo, R., Cannioto, Z., Ronfani, L., Monasta, L. & Demarini, S. (2013) <i>Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants</i>	Valutare l'entità della perdita di peso neonatale alla nascita e la sua associazione con le variabili cliniche selezionati in un popolazione di neonati a termine, utilizzando un protocollo specifico sulla perdita di peso.	È stata studiata la perdita di peso alla nascita dei neonati, durante la degenza in ospedale e sono state ulteriormente studiate le riammissioni nel primo mese di vita a causa della perdita del peso alla nascita. Campione: 1.003 neonati. (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Madre: tipologia del parto. Allattamento. Neonato: peso alla nascita, ittero trattato e non trattato con fototerapia, degenza, ipoglicemia, peso alla nascita, peso al momento della dimissione.
5	De Carolis, M.P., Cocca, C., Valente, E., Lacerenza, S., Rubortone, S.A., Zuppa, A.A. & Romagnoli, C. (2014) <i>Individualized follow up programme and early discharge in term neonates</i>	Valutare la sicurezza della dimissione precoce seguita da un individualizzato follow-up e dall'efficacia nel promuovere l'allattamento.	Sono state effettuate dei follow-up ad intervalli, secondo i livelli di bilirubina e il peso al momento della dimissione. Campione: calo di peso <10% o iperbilirubinemia; età gestazionale ≥37 settimane e con peso alla nascita alla nascita ≥2500 g. (Studio Osservazionale Prospettivo)	Neonato: età gestazionale, ora di nascita, peso alla nascita, peso alla dimissione, bilirubina. Allattamento.

6	Flaherman, V.J., Schaefer, E.W., Kuzniewicz, M.W., Li, S.X., Walsh, E.M. & Paul I.M. (2015) <i>Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns</i>	Valutare l'influenza dell'allattamento al seno sul calo ponderale dei neonati.	Campione: neonati nati almeno a 36 settimane; sono stati esclusi i neonati con malattie infettive e/o congenite. Periodo: 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2013 (Studio Osservazionale Retrospettivo)	Madre: tipologia di parto, etnia. Neonato: pesi ottenuti durante il ricovero, età gestazionale, metodo di consegna, degenza, ospedale di nascita. Allattamento.
7	Flaherman, V.J., Aby, J., Burgos, A.E., Lee, K.A., Cabana, M.D. & Newman, T.B. (2013) <i>Effect of early limited formula on duration and exclusivity of breastfeeding in at-risk infants: An RCT</i>	Determinare se l'utilizzo del latte in formula, utilizzato in piccole quantità prima della comparsa del latte materno, riduce il consumo di formula a una settimana e migliora l'allattamento al seno a 3 mesi.	Campione: neonati in buona salute a termine, che allattano esclusivamente al seno e che hanno avuto un calo del loro peso alla nascita >5%. Esclusi se avessero perso >10% del loro peso alla nascita. (RCT)	Madre: etnia, istruzione, tipologia del parto, parità. Neonato: peso alla nascita, età gestazionale, genere, calo >10%. Allattamento esclusivo.
8	Flaherman, V.J., Kuzniewicz, M.W., Li S., Walsh, E., McCulloch, C.E. & Newman, T.B. (2013) <i>First-day weight loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns</i>	Esaminare il rapporto tra la perdita di peso ($\geq 5\%$) durante le prime 24 ore dopo la nascita e l'eventuale perdita di peso in eccesso $\geq 10\%$ rispetto al peso alla nascita.	Campione: neonati con età gestazionale ≥ 36 settimane sono stati pesati tutti i giorni durante il ricovero per i primi 30 giorni dopo la nascita. (Studio Osservazionale Retrospettivo)	Madre: etnia, tipologia del parto. Neonato: Peso alla nascita alla nascita, età gestazionale, ospedale di nascita, calo ponderale, degenza. Allattamento.
9	Fonseca, M.J., Severo, M., Barros, H. & Santos, A.C. (2014) <i>Determinants of weight changes during the first 96 hours of life in full-term newborns</i>	Descrivere le determinanti di un eccessivo calo ponderale nelle prime 96 ore di vita.	Campione: neonati a termine senza anomalia congenita Le informazioni sono state raccolte tramite interviste e tramite dati estratti dalle cartelle cliniche. (Studio Osservazionale Prospettico)	Madre: età, istruzione, parità, tipologia del parto. Neonato: APGAR, genere, peso alla nascita. Allattamento.
10	Grossman, X., Chaudhuri, J.H., Feldman-Winter, L. & Merewood, A. (2012) <i>Neonatal weight loss at a us baby-friendly hospital</i>	Indagare la perdita di peso neonatale tra i nati in un ospedale "Amico dei Bambino".	Campione: Neonati a termine sani. (Giugno 2008 – Giugno 2009) I bambini sono stati pesati ogni giorno per la prima settimana di vita. Un assistente di ricerca ha visitato la loro casa ogni giorno, pesando dunque il bambino. (Studio Osservazionale Prospettico)	Madre: etnia, nazionalità, assicurazione, parità, tipologia del parto. Neonato: genere, peso alla nascita, età gestazionale. Allattamento.
11	Lamp, J.M. & Macke, J.K. (2010) <i>Relationships among intrapartum maternal fluid intake, birth type, neonatal output, and neonatal weight loss during the first 48 hours after birth</i>	Esaminare le relazioni tra assunzione di liquidi materni, tipologia del parto, <i>outcome</i> neonatale, e perdita di peso neonatale durante le prime 48 ore dopo la nascita.	La raccolta dei dati è iniziata nel periodo pre-parto e concluso con la dimissione materno/neonatale, misurando il peso neonatale ogni giorno. (Studio Osservazionale Prospettico)	Madre: assunzione materna di liquidi, etnia, parità, anestesia, tipologia del parto, patologie. Neonato: età gestazionale, genere, peso alla nascita neonatale, scariche, poppate. Allattamento.
12	Mulder, P.J., Johnson, T.S. & Baker, L.C. (2010) <i>Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization</i>	Esaminare le differenze di frequenza tra allattamento al seno, minzioni, e scariche in bambini con perdite di peso $\geq 7\%$ durante il ricovero in ospedale dopo il parto.	Campione: 53 donne e bambini ricoverati in ospedale dopo la nascita. I dati sono stati raccolti nel corso di una revisione delle cartelle; i bambini sono stati divisi in gruppi di perdita di peso a 2 giorni dopo il parto. (Studio Osservazionale Retrospettivo)	Madre: età, etnia, parità, tipologia del parto, anestesia. Neonato: genere, peso alla nascita, età gestazionale, scariche, minzioni. Allattamento.

13	Regnault, N., Botton, J., Blanc, L., Hankard, R., Forhan, A., Goua, V. et al. (2011) <i>Determinants of neonatal weight loss in term-infants: specific association with pre-pregnancy maternal body mass index and infant feeding mode</i>	Studiare le determinanti della perdita di peso neonatale, misurata il terzo giorno di vita nei neonati a termine.	Campione: 1.557 neonati sani termine. I neonati sono stati pesati tutti i giorni fino alla dimissione. (Studio Osservazionale Prospettico)	Madre: età, parità, educazione, fumo, BMI, diabete gestazionale, aumento di peso in gravidanza, diabete gestazionale, tipologia del parto, anestesia. Neonato: età gestazionale, genere, peso alla nascita. Allattamento.
14	Roggero, P., Gianni, M.L., Orsi, A., Piemontese, P., Amato, O., Moioli, C. & Mosca, F. (2010) <i>Neonatal period: body composition changes in breast-fed full-term newborns</i>	Studiare la natura dei cambiamenti nella composizione corporea che accompagna la perdita di peso durante i primi giorni di vita nei neonati sani a termine.	Campione: 302 neonati (settembre 2006 e dicembre 2007). Criteri di inclusione: età gestazionale >37 settimane, parto vaginale, allattamento al seno esclusivo, bambini caucasici, degenza non più di 3 giorni. I criteri di esclusione: gravidanza gemellare, malattie. (Studio Osservazionale Trasversale)	Neonato: età gestazionale, genere, peso alla nascita, lunghezza e circonferenza cranica.
15	Salas, A.A., Salazar, J., Burgoa, C.V., De-Villegas, C.A., Quevedo, V. & Soliz, A. (2009) <i>Significant weight loss in breastfed term infants readmitted for hyperbilirubinemia</i>	Descrivere l'associazione tra bilirubina e perdita di peso in neonati a termine riammessi per iperbilirubinemia dopo la nascita.	Sono state esaminate le cartelle cliniche di bambini a termine allattati che sono stati sottoposti a fototerapia. Gennaio 2005 a ottobre del 2008. (Studio Osservazionale Retrospektivo)	Madre: età, tipologia di parto. Neonato: genere, peso alla nascita, età gestazionale, bilirubina. Allattamento.
16	Yang, W.C., Zhao, L.L., Li Y.C., Chen, C.H., Chang, Y.J., Fu, Y.C. & Wu H.P. (2013) <i>Bodyweight loss in predicting neonatal hyperbilirubinemia 72 hours after birth in term newborn infants</i>	Analizzare la perdita di peso dei neonati sani termine a 24, 48 e 72 ore dopo la nascita.	Dal gennaio 2007 al dicembre 2008 è stata misurata la bilirubina in 343 neonati sani termine con un peso alla nascita >2500 g. (Studio Osservazionale Retrospektivo)	Madre: tipologia di parto. Neonato: genere, bilirubina. Allattamento.
17	Chiou, S.T., Chen, L.C., Yeh, H., Wu, S.R. & Chien, L.Y. (2014) <i>Early skin-to-skin contact, rooming in, and breastfeeding: a comparison of the 2004 and 2011 national surveys in taiwan</i>	Esaminare i progressi nella pratica del contatto pelle a pelle e <i>rooming in</i> , e la loro associazione con l'allattamento al seno.	Lo studio è stato un'analisi dei dati secondari utilizzando indagini nazionali di 12.201 e 12.405 donne e bambini dopo il parto, rispettivamente. (2004-2011) (Studio Osservazionale Trasversale)	Madre: età, istruzione, lavoro, parità, tipologia del parto. Contatto precoce, <i>rooming in</i> , ospedale amico del bambino. Allattamento.
18	Merten, S., Dratva, J. & Ackermann-Lieblich, U. (2005) <i>Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level?</i>	Riportare i risultati di uno studio nazionale sulla durata dell'allattamento al seno nel 2003. Analizzare l'influenza di conformità delle Linee Guida dell'UNICEF.	Campione: 2861 bambini da 0 a 11 mesi di età, nati in 145 differenti "Ospedali Amici dei Bambini". È stato indagato il rapporto tra esiti di allattamento al seno rispetto alle Linee Guida dell'UNICEF. È stato inoltre confrontato l'allattamento al seno tra i due modelli. (Studio Osservazionale Retrospektivo)	Madre: età, istruzione, reddito, matrimonio, parità. Neonato: peso alla nascita. Allattamento, <i>rooming in</i> .
19	Mahmood, I., Jamal, M., & Khan, N. (2011) <i>Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial</i>	Valutare l'effetto del contatto pelle a pelle precoce tra madre-bambino in base al comportamento al seno dei neonati.	Attraverso lo strumento IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool) sono state valutate le madri da ammettere o meno allo studio. (RCT)	Madre: età, istruzione, parità. Neonato: genere, età gestazionale, peso alla nascita. Tempo di avvio alla prima poppata, tempo al primo allattamento al seno, soddisfazione materna dell'assistenza fornita.

20	<p>Bramson, L., Lee, J. W, Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C.L. (2010)</p> <p><i>Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay</i></p>	<p>Valutare la correlazione tra contatto pelle a pelle e allattamento al seno.</p>	<p>Campione: neonati di 37–40 settimane di gestazione nati tra il luglio 2005 e giugno 2006 in 19 ospedali. È stato messo in relazione il contatto pelle a pelle con l'allattamento. (Studio Osservazionale Prospettico)</p>	<p>Madre: caratteristiche socio-democratiche. Contatto pelle a pelle durante le prime 3 ore dopo la nascita. Allattamento.</p>
21	<p>Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.S., Ransjo-Arvidson, A.B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, AM. (2009)</p> <p><i>Early contact versus separation: effects on mother–infant interaction one year later</i></p>	<p>Valutare gli effetti sulla interazione madre-bambino a lungo termine in relazione al contatto o alla separazione alla nascita.</p>	<p>Campione: 176 diadi sono stati randomizzati in quattro gruppi sperimentali: i bambini del gruppo 1 sono stati posti pelle a pelle con la madre dopo la nascita (<i>rooming in</i>); i bambini del gruppo 2 sono stati vestiti e posti in braccio alle madri dopo la nascita; i bambini del gruppo 3 sono stati al nido durante la degenza; i bambini del gruppo 4 sono stati portati subito dopo la nascita, ma messi assieme alla madre durante la degenza. L'interazione madre-bambino è stata registrata secondo il PCERA (Parent-Child Early Relational Assessment), 1 anno dopo la nascita. (RCT)</p>	<p>Madre: età, parità, educazione. Neonato: età gestazionale, genere, peso alla nascita. Modalità di assistenza materno-neonatale. Allattamento.</p>
22	<p>Chien, L.Y. & Tai, C.J. (2007)</p> <p><i>Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in taiwan</i></p>	<p>Esaminare l'effetto del metodo di consegna e i tempi di inizio dell'allattamento al seno sulla prevalenza dell'allattamento al seno a 1 e 3 mesi dopo il parto.</p>	<p>Campione: 2.064 donne che hanno dato alla luce bambini senza anomalie congenite da giugno a ottobre 2003. (Studio Osservazionale Prospettico)</p>	<p>Madre: età, istruzione, parità, lavoro, tipologia del parto. Allattamento.</p>
23	<p>Marin-Gabriel, M.A., Liana-Martin, I., Lopez-Escobar, A., Fernandez-Villalba, E., Romero-Blanco, I. & Touza-Pol, P. (2010)</p> <p><i>Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn</i></p>	<p>Valutare l'influenza del contatto pelle a pelle sulla termoregolazione del neonato; e sul tasso di allattamento al seno. Valutare se il contatto pelle a pelle riduce il dolore della madre e se diminuisce il tempo per espellere la placenta.</p>	<p>Campione: 137 diadi. Sono stati inclusi nello studio i neonati con età gestazionale tra le 35 e le 42 settimane; nati con parto eutocico e non rianimati alla nascita. (RCT)</p>	<p>Neonato: APGAR, età gestazionale, peso alla nascita, genere, temperatura. Allattamento e contatto pelle a pelle. Madre: dolore.</p>
24	<p>Moore, E.R. & Anderson, G.C. (2007)</p> <p><i>Randomized controlled trial of very early mother–infant skin-to-skin contact and breastfeeding status</i></p>	<p>Valutare gli effetti del contatto pelle a pelle durante le prime 2 ore dopo la nascita, rispetto al tenere il neonato avvolto in coperte, sugli esiti di allattamento al seno; fino ad 1 mese di follow-up.</p>	<p>Campione: madre-bambino sani sono stati assegnati in modo casuale. Sono stati associati: contatto pelle a pelle e allattamento al seno. (RCT)</p>	<p>Madre: età, etnia, educazione, matrimonio, tipologia di parto, anestesia. Neonato: APGAR, peso alla nascita, genere. Modalità assistenza neonatale. Allattamento.</p>
25	<p>Bakar, F.T., Ozen, A., Karatepe, H.Ö., Berber, M. & Ercan H. (2012)</p> <p><i>Impact of early weight loss on growth of caesarean delivered babies: how long does it last?</i></p>	<p>Indagare la perdita di peso nei neonati nati da taglio cesareo e allattati in seguito con latte materno.</p>	<p>Campione: neonati sani con età gestazionale ≥ 36 settimane, nati da parto cesareo tra Settembre 2008 e agosto 2009, con APGAR >7. Le misurazioni di peso sono state eseguite alla nascita, a 24 ore dal parto e nei giorni 2, 4, 7, 14, 30 e fino a 6 mesi. (Studio Osservazionale Retrospektivo)</p>	<p>Calo ponderale neonatale.</p>

26	Abolyan, L.V. (2006) <i>The breastfeeding support and promotion in baby-friendly maternity hospitals and not-as-yet baby-friendly hospitals in Russia</i>	Valutare l'attuazione dell'iniziativa "Ospedali Amici dei Bambini" in otto reparti di maternità.	Campione: intervistate 741 donne in buona salute dopo il parto del gruppo sperimentale e di controllo: 383 e 358 rispettivamente. Da Maggio a Luglio 2004. (Studio RCT)	Madre: età, istruzione, stato civile, figli, parità, salute. Neonato: genere, degenza, salute, peso alla nascita e alla dimissione. Contatto pelle a pelle, <i>rooming in</i> , allattamento.
27	Asole, S., Spinelli, A., Antinucci, L.E. & Di Lallo, D. (2009) <i>Effect of hospital practices on breastfeeding: a survey in the Italian region of Lazio</i>	Valutare l'effetto delle pratiche ospedaliere sull'allattamento al seno durante e dopo la degenza.	Campione: 153 diadi I dati sono stati raccolti da cartelle cliniche delle madri e attraverso interviste. (Studio Osservazionale Prospettico)	Madre: età, parità, nazione, tipologia del parto, opinione sull'assistenza. Neonato: età gestazionale, genere, peso alla nascita. Contatto pelle a pelle, <i>rooming in</i> , allattamento. Informazioni relative all'allattamento.
28	Bystrova, K., Matthiesen, A.S., Widstrom, A.M., Ransjo-Arvidson, A.B., Welles-Nystrom, B., Vorontsov, I., & Uvnas-Moberg, K. (2007) <i>The effect of russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling</i>	Studiare l'effetto di diverse routine di tipologia del parto rispetto alla vicinanza alla madre e al tipo di abbigliamento infantile, ai parametri di allattamento al seno al 4 ° giorno dopo la nascita così come al recupero dalla perdita di peso neonatale e al peso del bambino.	Campione: 4 differenti gruppi contenenti 176 diadi sono stati osservati tra i 25 e i 120 minuti dopo la nascita del neonato in base alla modalità di consegna del neonato. (RCT)	Frequenza allattamento, durata in minuti, nutrizione, contatto pelle a pelle, <i>rooming in</i> .
29	Di Girolamo, A.M., Grummer-Strawn, L.M. & Fein, S.B. (2008) <i>Effect of maternity-care practices on breastfeeding</i>	Valutare l'impatto delle pratiche ospedaliere "baby friendly" e di altre pratiche di maternità già sperimentate dalle madri sulla durata dell'allattamento al seno.	Focalizzato sulle madri che hanno iniziato l'allattamento al seno e siano destinate ad allattare per più di due mesi. (Studio Osservazionale Longitudinale)	Età madre, etnia, EG, genere, istruzione, reddito, <i>rooming in</i> , contatto pelle a pelle, allattamento, tipologia del parto, precedenti nascite, fumo, attitudini personali.
30	Lee, Y.M., Song, K.H., Kim, Y.M., Kang, J.S., Chang, J.Y., Seol, H.J., Choi, Y.S. & Bae, C.W. (2010) <i>Complete rooming in care of newborn infants Korean</i>	Valutare il modello di <i>rooming in</i> per meglio comprendere i vantaggi (o svantaggi) di questo sistema.	Campione: 860 neonati sani dal giugno 2006 a giugno 2009. Sono stati associati: <i>rooming in</i> e allattamento. (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Salute mamma e neonato, allattamento e nutrizione, frequenza allattamento.
31	Moreira, M.E., Gama, S.G., Pereira, A.P., Silva, A.A., Lansky, S., Souza-Pinheiro, R., Carvalho-Gonçalves, A., Carmo-Leal, M. (2014) <i>Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil</i>	Valutare la cura dei neonati sani a termine e individuare eventuali variazioni di cura e le pratiche del parto nella prima ora di vita.	Sono stati utilizzati i dati di nascita nel sondaggio. Le principali variabili osservate sono: contatto pelle a pelle, <i>rooming in</i> , allattamento al seno in sala parto entro la prima ora di vita. (Studio Osservazionale Prospettico)	Ospedale amico del bambino, età madre, istruzione, numero di parti precedenti, tipologia del parto, colore della pelle, località.
32	Perrine, C.G., Scanlon, K.S., Li, R., Odom, E. & Grummer-Strawn, L.M. (2012) <i>Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention</i>	Descrive le intenzioni di allattamento al seno di tipo esclusivo da parte delle madri e se le pratiche ospedaliere di tipo baby-friendly sono associate al raggiungimento di questi propositi.	Campione: 1500 donne nel periodo 2005-2007. Sono stati indagati: l'allattamento avvenuto in sala parto entro un'ora di vita, l'allattamento a richiesta, il <i>rooming in</i> . (Studio Osservazionale Longitudinale)	Età madre, etnia, istruzione, BMI, parità, fumo, tipologia del parto, allattamento, <i>rooming in</i> .

33	Brodribb, W., Kruske, S. & Miller, Y.D. (2013) <i>Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding</i>	Indagare l'effetto dell'iniziativa baby-Friendly Hospital (BFHI) e delle pratiche ospedaliere sull'allattamento al seno a 1 e 4 mesi.	Campione: diadi dal 1 Febbraio al 31 Maggio 2010. Sono stati misurati: caratteristiche materne, neonatali ed ospedaliere; complicazioni di gravidanza e parto; allattamento del bambino. (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Madre: Parità, tipologia del parto. Allattamento, contatto, ospedale amico. Neonato: età gestazionale.
34	Pereira, C.R., Fonseca, V. de M., Couto, de Oliveira, M.I., Souza, J.E, Reis, de Mello R. (2013) <i>Assessment of factors that interfere on breastfeeding within the first hour of life</i>	Studiare come è stato applicato il quarto passaggio dell'Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini, valutare la prevalenza dell'allattamento al seno entro la prima ora dopo la nascita e analizzare i fattori associati al non baby friendly in questo periodo della vita.	Campione: 403 diadi. Lo studio ha utilizzato i seguenti criteri di inclusione: rooming in; i criteri di esclusione età gestazionale inferiore a 37 settimane, APGAR meno di sette al quinto minuto della vita e/o qualche anomalia; situazioni che potrebbero ostacolare o controindicare l'allattamento al seno al momento della nascita (Studio Osservazionale Trasversale)	Età madre, istruzione, lavoro, presenza di un partner, parità, gravidanza programmata, approccio professionale sull'allattamento al seno, tipo di consegna, peso alla nascita, aiuto per l'allattamento al seno, tipo di assistenza, conoscenza sull'allattamento al seno, luogo di insorgenza del primo seno, soddisfazione per i servizi ospedalieri.
35	Rahi, M., Taneja, D.K., Misra, A., Mathur, N.B. & Badhan, S. (2006) <i>Newborn care practices in an urban slum of Delhi</i>	Conoscere le pratiche di cura neonatali (comprese le pratiche di consegna), la cura immediata emessa dopo la nascita e l'allattamento al seno.	Sono stati utilizzati dei test semi strutturati e precedentemente testati per intervistare 82 madri di neonati nell'area di studio. (Studio Osservazionale Prospettico)	Madre: caratteristiche socio-demografiche, tipo di parto <i>Rooming in</i> , allattamento, Neonato: peso alla nascita, cura.
36	Zuppa, A.A., Alighieri, G., Riccardi, R., Cavani, M., Iafisco, A., Cota, F. & Romagnoli, C. (2014) <i>Epidural analgesia, neonatal care and breastfeeding</i>	Valutare la correlazione tra l'anestesia epidurale durante il travaglio, l'inizio dell'allattamento al seno e il tipo di cura materno-neonatale.	Sono stati considerati due modelli di assistenza: <i>Rooming in</i> parziale e totale. In questo studio sono stati considerati 2.480 bambini sani (1519 <i>rooming in</i> parziale e 1321 <i>rooming in</i> totale), 1223 sono nati da donne sottoposte ad anestesia epidurale durante il travaglio. (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Madre: età, parità, anestesia. Allattamento, <i>rooming in</i> parziale o totale Neonato: età gestazionale.
37	Zuppa, A.A., Sindico, P., Antichi, E., Carducci, C., Alighieri, G., Cardillo, V., Cota, F. & Romagnoli, C. (2009) <i>Weight loss and jaundice in healthy term newborns in partial and full rooming in</i>	Confrontare due modelli di alimentazione diversi (<i>rooming in</i> parziale o totale) per valutare differenze riguardanti la perdita di peso, iperbilirubinemia e la prevalenza di allattamento esclusivo al seno alla dimissione.	Campione: 903 neonati sani a termine sono stati valutati; tutti i neonati avevano: peso alla nascita alla nascita ≥ 2800 ; età gestazionale ≥ 37 settimane. I criteri di esclusione sono stati: punteggio APGAR < 7 a 1 e 5 min, policitemia, malattia emolitica, malattie materne come il diabete, epilessia, lupus eritematoso e l'ipertiroidismo. (Studio Osservazionale Retrospectivo)	Madre: età, nazionalità, parità, tipo di parto. Allattamento, <i>rooming in</i> parziale / totale. Neonato: età gestazionale.

ALLEGATO 2

STRUMENTO DI RACCOLTA DATI

DATA RILEVAZIONE: ___/___/___

SCHEDA N°:

P.O. 1 2

MADRE

Età: _____ [anni]

Provenienza Geografica: _____

Parità: *Primipara* *Multipara*

Diabete Gestazionale: *NO* *SI*

Fumo: *NO* *SI*

PARTO

Anestesia: *Nessuna* *Epidurale* *Generale*

Tipologia del Parto: *Eutocico* *Cesareo* *Indotto* *Distocico Vaginale*

Parto: *Nato Singolo* *Nato Gemello*

NEONATO

Età Gestazionale: _____ ° [settimana]

Genere: *M* *F*

APGAR: 1°min _____ 5°min _____

Peso Neonato Nascita: _____ [g] Peso Neonato Dimissione: _____ [g] Calo Ponderale: _____ [%]

Dimissione in: *crescita* *calo* *fermo peso*

Ittero Fisiologico: *NO* *SI*

Giorni Degenza: _____

Controlli per Calo Ponderale e/o Ittero Fisiologico e/o Allattamento: 0 ≥ 1

Ricoveri Post Dimissione per Calo Ponderale e/o Ittero Patologico: 0 ≥ 1

ALLATTAMENTO

Contatto Pelle a Pelle Precoce: *SI* *NO* Motivazione: _____

Minuti Totali Contatto: < 60 60 – 120 > 120

Minuti Trascorsi al Primo Contatto se non avvenuto: < 60 60 – 120 > 120

Allattamento: *Esclusivo* *Parziale* *In Formula*

Problematiche al Seno: *NO* *SI* Tipologia: _____

N° Popocate nelle 24 - 48 ore dalla Nascita: (24h) _____ (48h) _____

MODELLO *Rooming in* *No Rooming in* Motivazione (P.O. 2): _____

ALLEGATO 3

ANALISI STATISTICA DESCRITTIVA DEI DATI

Tabella 3a: Caratteristiche materne per P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

		CONEGLIANO	VITTORIO V.	TOTALE
ETÀ' (anni)	<i>Media ± DS</i>	32 ± 5,5	32 ± 5,5	32 ± 5,5
	<i>Mediana</i>	32	32	32
	<i>Minimo - Massimo</i>	17 - 44	20 - 44	17 - 44
FASCE D'ETÀ'	≤ 25 anni	15,2% (33)	11,9% (17)	13,9% (50)
	26-35 anni	60,8% (132)	58,7% (84)	60,0% (216)
	≥ 36 anni	24,0% (52)	29,4% (42)	26,1% (94)
PARITÀ'	Primipara	39,2% (85)	43,4% (62)	40,8% (147)
	Multipara	60,8% (132)	56,6% (81)	59,2% (213)
PROVENIENZA GEOGRAFICA	Italia	70,0% (152)	75,5% (108)	72,2% (260)
	Africa	12,0% (26)	11,9% (17)	11,9% (43)
	Paesi dell'Est	10,6% (23)	11,2% (16)	10,8% (39)
	Asia	6,0% (13)	0,7% (1)	3,9% (14)
	Sud America	0,9% (2)	0,7% (1)	0,8% (3)
	Altri Paesi Europei	0,5 % (1)	0,0% (0)	0,3% (1)
DIABETE GESTAZIONALE	Si	12,4% (27)	7,7% (11)	10,6% (38)
	No	87,6% (190)	92,3% (132)	89,4% (322)
FUMO	Si	1,4% (3)	0,0% (0)	0,8% (3)
	No	98,6% (214)	100% (143)	99,2% (357)
TOTALE		60,3% (217)	39,7% (143)	100% (360)

Tabella 3b: Caratteristiche del parto per P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

		CONEGLIANO	VITTORIO V.	TOTALE
ANESTESIA	Generale	2,8% (6)	0,0% (0)	1,7% (6)
	Epidurale	19,3% (42)	24,5% (35)	21,4% (77)
	Nessuna	77,9% (169)	75,5% (108)	76,9% (277)
TIPOLOGIA PARTO	Eutocico	68,2 % (148)	54,5% (78)	62,8% (226)
	Distocico Vaginale	3,7% (8)	1,4% (2)	2,8% (10)
	Indotto	4,6% (10)	22,4% (32)	11,6% (42)
	Cesareo	23,5% (51)	21,7% (31)	22,8% (82)
PARTO	Nato Singolo	99,1% (215)	100% (143)	99,4% (358)
	Nato Gemello	0,9% (2)	0,0% (0)	0,6% (2)

Tabella 3c: Caratteristiche neonatali per P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

		CONEGLIANO	VITTORIO V.	TOTALE
ETA'	<i>Media ± DS</i>	39,3 ± 1,1	39,7 ± 1	39,5 ± 1,1
GESTAZIONALE	<i>Mediana</i>	39,0	40,0	40,0
(Settimane)	<i>Minimo-Massimo</i>	37 - 41	37 - 42	37 - 42
APGAR	<i>Media 1° minuto</i>	9,0	9,0	9,0
	<i>Media 5° minuto</i>	9,9	9,7	9,8
	<i>Minimo-Massimo</i>	8 - 10	8 - 10	8 - 10
GENERE	Maschi	49,3% (107)	52,4% (75)	50,6% (182)
	Femmine	50,7% (110)	47,6% (68)	49,4% (178)
PESO NASCITA (grammi)	<i>Media ± DS</i>	3360 ± 384	3418 ± 369	3383 ± 379
	<i>Mediana</i>	3350	3400	3355
	<i>Minimo-Massimo</i>	2570 - 4540	2580 - 4330	2570 - 4540
PESO DIMISSIONE (grammi)	<i>Media ± DS</i>	3160 ± 357	3229 ± 349	3187 ± 355
	<i>Mediana</i>	3130	3225	3150
	<i>Minimo-Massimo</i>	2430 - 4180	2400 - 4150	2400 - 4180
CALO PONDERALE (%)	<i>Media ± DS</i>	5,9 ± 2	5,5 ± 2	5,8 ± 2
	<i>Mediana</i>	6,0	5,6	5,8
	<i>Massimo-Minimo</i>	- 0,9 - 10,1	- 0,3 - 11,8	-0,9 - 11,8
	Media Calo:			
	Dimessi in crescita	4,9	5,2	5,0
	Dimessi in calo	6,9	6,8	6,9
	Dimessi in fermo peso	6,7	4,9	6,3
ITTERO FISIOLOGICO	Si	42,4% (125)	51,0% (70)	45,8% (195)
	No	57,6% (92)	49,0% (73)	54,2% (165)
DEGENZA (giorni)	<i>Media ± DS</i>	2,7 ± 0,6	2,7 ± 0,7	2,7 ± 0,7
	<i>Mediana</i>	3,0	3,0	3,0
	<i>Minimo-Massimo</i>	2 - 6	1 - 4	1 - 6
DIMISSIONE	Crescita	49,3% (107)	72,7% (104)	58,6% (211)
	Calo	39,2% (85)	21,7% (31)	32,2% (116)
	Fermo peso	11,5% (25)	5,6% (8)	9,2% (33)
CONTROLLI post dimissione	0	62,2% (135)	44,8% (64)	55,3% (199)
	≥1	37,8% (82)	55,2% (79)	44,7% (161)
RICOVERI post dimissione	0	100% (217)	100% (143)	100% (360)
	≥1	0% (0)	0% (0)	0,0% (0)

Tabella 3d: Caratteristiche relative all'allattamento per P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

		CONEGLIANO	VITTORIO V.	TOTALE	
CONTATTO PELLE A PELLE	Si	55,3% (120)	66,4% (95)	59,7% (215)	
	No	38,7% (83)	33,6% (48)	36,7% (131)	
	Dato mancante	6,0% (14)	0,0% (0)	3,6% (14)	
TEMPO DI CONTATTO	< 60 minuti	16,7% (20)	10,5% (10)	13,9% (30)	
	60-120 minuti	70,8% (85)	83,2% (79)	76,3% (164)	
	> 120	10,0% (12)	6,3% (6)	8,4% (18)	
	Dato mancante	2,5% (3)	0,0% (0)	1,4% (3)	
MOTIVO DEL NON CONTATTO	Ipotermia neonatale	38,6% (32)	25,0% (12)	33,6% (44)	
	Liquido tinto	1,2% (1)	4,2% (2)	2,3% (3)	
	Monitoraggio neonato	1,2% (1)	0,0% (0)	0,8% (1)	
	Parto distocico	1,2% (1)	2,1% (1)	1,5% (2)	
	Parto in auto	1,2% (1)	0,0% (0)	0,8% (1)	
	Problemi materni	4,8% (4)	8,3% (4)	6,1% (8)	
	Rifiuto della madre	0,0% (0)	4,2% (2)	1,5% (2)	
	Taglio cesareo	51,8% (27)	56,3% (27)	53,4% (70)	
MINUTI AL 1° CONTATTO SE NON AVVENUTO	< 60 minuti	4,1% (4)	36,2% (17)	14,6% (21)	
	60-120 minuti	5,2% (5)	17,0% (8)	9,0% (13)	
	> 120	60,8% (59)	46,8% (22)	56,3% (81)	
	Dato mancante	29,9% (29)	0,0% (0)	20,1% (29)	
ALLATTAMENTO	Esclusivo	72,8% (158)	70,6% (101)	71,9% (259)	
	In Formula	0,9% (2)	2,8% (4)	1,7% (6)	
	Parziale	26,3% (57)	26,6% (38)	26,4% (95)	
POPPATE	24 ore	<i>Media ± DS</i>	6 ± 1	8 ± 2	7 ± 2
		<i>Mediana</i>	6	8	7
		<i>Minimo-Massimo</i>	3 – 11	4 – 14	3 – 14
	48 ore	<i>Media ± DS</i>	7 ± 1	9 ± 2	8 ± 2
		<i>Mediana</i>	7	9	7
		<i>Minimo- Massimo</i>	3 – 11	6 – 14	3 – 14
PROBLEMI AL SENO	Si	26,7% (58)	12,6% (18)	21,1% (76)	
	No	73,3% (159)	87,4% (125)	78,9% (284)	
TIPOLOGIA PROBLEMA AL SENO	Ipogalattemia	1,7% (1)	26,3% (5)	7,8% (6)	
	Capezzoli piatti	15,5% (9)	36,8% (7)	20,8% (16)	
	Ragadi	27,6% (16)	15,8% (3)	24,7% (19)	
	Seni dolenti	0,0% (0)	5,3% (1)	1,3% (1)	
	Capezzoli irritati	19,0% (11)	0,0% (0)	14,3% (11)	
	Seni tesi	36,2% (21)	15,8% (3)	31,2% (24)	

Tabella 3e: Caratteristiche del Modello di Assistenza per P.O. (Conegliano e Vittorio V.)

		CONEGLIANO	VITTORIO V.	TOTALE
MODELLO	No Rooming in	100% (217)	13,3% (19)	65,6% (236)
	Rooming in	0,0% (0)	86,7% (124)	34,4% (124)
MOTIVO DEL NON ROOMING IN A VITTORIO V.	Ipotermia neonatale	-	36,8% (7)	-
	Problemi materni	-	36,8% (7)	-
	Monitoraggio neonato	-	15,8% (3)	-
	Rifiuto della madre	-	10,6% (2)	-

ALLEGATO 4

ASSOCIAZIONE TRA DIMISSIONE IN CRESCITA/CALO/FERMO PESO E ALTRI FATTORI

Tabella 4a: Associazione tra crescita/calò/fermo peso e fattori relativi alla madre

VARIABILI		CRESCITA	CALO	FERMO PESO	P value
ETÀ	≤ 25 anni	70,0%	22,0%	8,0%	0,1304
	26 – 35 anni	60,2%	30,5%	9,3%	
	≥ 36 anni	48,9%	41,5%	9,6%	
PARITÀ	Primipara	66,0%	23,8%	10,2%	0,0178
	Multipara	53,5%	38,0%	8,5%	
PROVENIENZA GEOGRAFICA	Italia	58,8%	31,9%	9,2%	0,0899
	Africa	62,8%	25,6%	11,6%	
	Paesi dell'Est	53,8%	41,0%	5,1%	
	Asia	/	/		
	Sud America	/	/		
	Altri Paesi Europei	/	/	/	
DIABETE GESTAZIONALE	Si	52,6%	34,2%	13,2%	//
	No	59,3%	32,0%	8,7%	
FUMO		/	/	/	/

Tabella 4b: Associazione tra crescita/calò/fermo peso e fattori relativi al parto

VARIABILI		CRESCITA	CALO	FERMO PESO	P value
ANESTESIA	Generale	33,3%	16,7%	50,0%	0,0128
	Epidurale	61,0%	32,5%	6,5%	
	Nessuna	58,5%	32,5%	9,0%	
TIPOLOGIA DEL PARTO	Eutocico	58,0%	33,6%	8,4%	0,3956
	Distocico V.	50,0%	20,0%	30,0%	
	Indotto	64,3%	28,6%	7,1%	
	Cesareo	58,5%	31,7%	9,8%	
PARTO	Nato Singolo	/	/	/	/
	Nato Gemello	/	/	/	

LEGENDA
V: vaginale

Tabella 4c: Associazione tra crescita/calorfermo peso e fattori relativi al neonato

VARIABILI		CRESCITA	CALO	FERMO PESO	P value
ETÀ GESTAZIONALE	37	46,1%	38,5%	15,4%	0,9371
	38	64,3%	30,4%	5,3%	
	39	58,9%	31,8%	9,3%	
	40	56,7%	31,6%	11,7%	
	41	58,7%	34,9%	6,4%	
	42	/	/	/	
APGAR		//	//	//	//
GENERE	Femmine	62,9%	29,2%	7,9%	0,2521
	Maschi	54,4%	35,2%	10,4%	
ITTERO FISIOLOGICO	Sì	25,4%	66,7%	7,9%	0,0161
	No	51,8%	37,9%	10,3%	
DEGENZA	1 giorno	/	/	/	0,00001
	2 giorni	42,4%	48,2%	9,4%	
	3 giorni	65,1%	25,8%	9,1%	
	4 giorni	90,6%	0,0%	9,4%	
	5 giorni	/	/	/	
	6 giorni	/	/	/	
CONTROLLI e RICOVERI		//	//	//	//

Tabella 4d: Associazione tra crescita/calorfermo peso e fattori relativi all'allattamento

VARIABILI		CRESCITA	CALO	FERMO PESO	P value
CONTATTO PELLE A PELLE	Sì	60,9%	31,6%	7,5%	0,2550
	No	53,8%	34,1%	12,1%	
TEMPO DI CONTATTO	< 60 minuti	56,7%	40,0%	3,3%	0,3902
	60-120 min.	62,2%	28,7%	9,1%	
	> 120 minuti	66,7%	33,3%	0,0%	
MINUTI AL 1° CONTATTO SE NON AVVENUTO	< 60 minuti	73,7%	15,8%	10,5%	0,4582
	60-120 min.	60,0%	33,3%	6,7%	
	> 120	51,9%	35,8%	12,3%	
ALLATTAMENTO	Esclusivo	58,3%	34,0%	7,7%	0,1812
	Parziale	60,0%	28,4%	11,6%	
	In Formula	50,0%	16,7%	33,3%	
POPPATE		//	//	//	//
PROBLEMI AL SENO	Sì	56,6%	30,3%	13,1%	//
	No	59,2%	32,7%	8,1%	

Tabella 4e: Associazione tra crescita/calorfermo peso e modello di assistenza

VARIABILI		CRESCITA	CALO	FERMO PESO	P value
MODELLO	Rooming in	72,6%	22,6%	4,8%	0,0004
	No Rooming in	51,3%	37,3%	11,4%	

LEGENDA

/ : dato non associato per casistica insufficiente
// : dato non associato per assenza di relazione considerata rilevante
In grassetto il p con significatività statistica ($p \leq 0,05\%$)

ALLEGATO 5

ASSOCIAZIONE TRA CALO PONDERALE E ALTRI FATTORI

Tabella 5a: Associazione tra calo ponderale e fattori materni

VARIABILI	CALO (%)	P value
ETÀ'	≤ 25 anni	5,4
	26 – 35 anni	5,7
	≥ 36 anni	6
PARITÀ'	Primipara	5,6
	Multipara	5,8
PROVENIENZA GEOGRAFICA	Italia	5,8
	Africa	5,7
	Paesi dell'Est	5,8
	Asia	/
	Sud America	/
	Altri Paesi Europei	/
DIABETE GESTAZIONALE	Si	5,9
	No	5,7
FUMO	/	/

Tabella 5b: Associazione tra calo ponderale e fattori relativi al parto

VARIABILI	CALO (%)	P value
ANESTESIA	Generale	7,0
	Epidurale	6,2
	Nessuna	5,6
TIPOLOGIA DEL PARTO	Eutocico	5,6
	Distocico Vaginale	5,8
	Indotto	5,7
	Cesareo	6,3
PARTO	Nato Singolo	/
	Nato Gemello	/

Tabella 5c: Associazione tra calo ponderale e fattori neonatali

VARIABILI		CALO (%)	P value
ETA' GESTAZIONALE	37	6,4	0,9123
	38	5,9	
	39	5,8	
	40	5,7	
	41	5,6	
	42	/	
APGAR		//	//
GENERE	Femmine	5,8	0,3963
	Maschi	5,7	
ITTERO FISIOLÓGICO	Si	5,6	0,9438
	No	5,8	
DEGENZA	1 giorno	/	0,6962
	2 giorni	5,9	
	3 giorni	5,7	
	4 giorni	5,3	
	5 giorni	/	
	6 giorni	/	
CONTROLLI e RICOVERI		//	//

Tabella 5d: Associazione tra calo ponderale e fattori relativi all'allattamento

VARIABILI		CALO (%)	P value
CONTATTO PELLE A PELLE	Si	5,6	0,0201
	No	6,1	
TEMPO DI CONTATTO	< 60 minuti	5,5	0,0353
	60-120 minuti	5,5	
	> 120 minuti	6,0	
MINUTI AL CONTATTO SE NON AVVENUTO	< 60 minuti	4,6	0,00004
	60-120 minuti	6,0	
	> 120	6,3	
ALLATTAMENTO	Esclusivo	5,5	0,00006
	Parziale	6,5	
	In Formula	3,5	
POPPATE		//	//
PROBLEMI AL SENO		//	//

Tabella 5e: Associazione tra calo ponderale e modello assistenziale

VARIABILI		CALO (%)	P value
MODELLO	No Rooming in	5,9	0,3314
	Rooming in	5,5	

LEGENDA

/ : dato non associato per casistica insufficiente
 // : dato non associato per assenza di relazione considerata rilevante
 In grassetto il p con significatività statistica ($p \leq 0,05\%$)