



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina ()*

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL PRIMO APPROCCIO DELLA NEOMAMMA CON IL
NEONATO:
ANALISI DEL FABBISOGNO EDUCATIVO ED
INNOVAZIONE NELLA FORMAZIONE
PROFESSIONALE E PRATICA PER L'ASSISTENZA
AULSS 5 POLESANA**

Relatore: Dott.ssa Zorzi Dania

Correlatore: Dott.ssa Bondesan Vanna

Laureanda: Slovenka Yevheniya
(matricola n.: 2013685)

Anno Accademico 2022-2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina ()*
Corso di Laurea in Infermieristica

**IL PRIMO APPROCCIO DELLA NEOMAMMA CON IL
NEONATO:
ANALISI DEL FABBISOGNO EDUCATIVO ED
INNOVAZIONE NELLA FORMAZIONE
PROFESSIONALE E PRATICA PER L'ASSISTENZA
AULSS 5 POLESANA**

Relatore: Dott.ssa Zorzi Dania
Correlatore: Dott.ssa Bondesan Vanna

Laureanda: Slovenka Yevheniya
(matricola n.: 2013685)

Anno Accademico 2022-2023

*“I figli sono come gli aquiloni: gli insegnerai a volare, ma non
voleranno il tuo volo. Gli insegnerai a sognare, ma non
sogneranno il tuo sogno.
Gli insegnerai a vivere, ma non vivranno la tua vita.
Ma in ogni volo, in ogni sogno e in ogni vita rimarrà per sempre
l'impronta dell'insegnamento ricevuto.
(Madre Teresa)*

ABSTRACT

Introduzione:

La gestione di un neonato è un impegno costante che va eseguito con consapevolezza e responsabilità, prima dall'infermiera del nido che successivamente lo trasmette alla neomamma. Alcune mamme esprimono ansia nel ritrovarsi a gestire al proprio domicilio il proprio bimbo, soprattutto se per le madre è la prima esperienza. La mancanza di una adeguata formazione sulla gestione di un neonato nei primi giorni/mesi crea un'insicurezza nelle neomamme.

Obiettivo:

La tesi si pone come obiettivo quello di indagare attraverso un questionario distribuito alle neomamme la conoscenza e la consapevolezza nel gestire un neonato nei primi giorni di vita e individuare e colmare le mancate conoscenze attraverso l'educazione teorico-pratica alla neomamma durante il puerperio ospedaliero.

Materiali e metodi:

L'indagine è stata svolta presso la UOC di Ginecologia e Ostetricia dell'AULSS 5 Polesana attraverso la somministrazione di un questionario a risposta multipla alle puerpere ricoverate presso il reparto di degenza. Successivamente le risposte sono state elaborate per valutare le conoscenze delle neomamme su alcuni argomenti inerenti alla gestione del neonato. È stato progettato il percorso teorico-pratico con particolare attenzione alle prime fasi.

Risultati della ricerca:

Dall'indagine è emerso che le neomamme hanno una buona conoscenza sulla gestione del neonato, in particolare per quanto riguarda la prevenzione della SIDS. I punti critici riguardano le risposte inerenti all'alimentazione esclusiva al seno, solo il 45% ritiene giusta allattamento esclusivo al seno senza interferenze del latte artificiale o il ciuccio passatempo e il 51% delle neomamme ha risposto che l'utilizzo del ciuccio va evitato fino alla stabilizzazione dell'allattamento; il 63% delle neomamme primipare non sa eseguire il bagnetto al neonato, ma vorrebbe imparare a farlo; solo il 66% delle mamme ritiene che la medicazione del moncone va sostituita ogni cambio pannolino; le neomamme non conoscono le potenzialità del tocco e massaggio neonatale in quanto soltanto il 62% delle madri ha risposto correttamente alla domanda.

Conclusioni:

Si ritiene che le neomamme siano abbastanza preparate sulla gestione del neonato, rimangono ancora alcuni punti critici meritevoli di ulteriori approfondimenti. Il percorso teorico-pratico in itinere è stato istituito come intervento migliorativo. L'efficacia andrà valutata in futuro, dopo la sua effettiva implementazione.

Key words: transition from fetus, childbirth, golden hour, first bath, new-mother skills, managing newborn, light premature, post-partum, SIDS, breastfeeding, skin-to-skin, mother's experience, knowledge

ABSTRACT

Introduction:

Managing a newborn is a constant commitment that must be carried out with awareness and responsibility, first by the nursery nurse who then passes it on to the new mother. Some mothers express anxiety at having to manage their baby at home, especially if it is the mother's first experience. The lack of adequate training on managing a newborn in the first days/months creates insecurity in new mothers.

Objective:

The thesis aims to investigate, through a questionnaire distributed to new mothers, the knowledge and awareness in managing a newborn in the first days of life and to identify and fill the lack of knowledge through theoretical-practical education to the new mother during the hospital puerperium.

Materials and methods:

The survey was carried out at the Gynecology and Obstetrics Unit of the AULSS 5 Polesana through the administration of a multiple choice questionnaire to the mothers admitted to the inpatient department. Subsequently, the answers were processed to evaluate the new mothers' knowledge on some topics relating to the management of the newborn. The theoretical-practical path was designed with particular attention to the first phases.

Search results:

The survey showed that new mothers have a good knowledge of newborn management, in particular regarding the prevention of SIDS. The critical points concern the responses inherent to exclusive breastfeeding, only 45% believe that exclusive breastfeeding is right without interference from artificial milk or a pacifier as a pastime and 51% of new mothers responded that the use of a pacifier should be avoided until to the stabilization of breastfeeding; 63% of new primiparous mothers do not know how to bathe their newborn, but would like to learn how to do so; only 66% of mothers believe that the stump dressing should be replaced every diaper change; new mothers do not know the potential of neonatal touch and massage as only 62% of mothers answered the question correctly.

Conclusions:

It is believed that new mothers are quite prepared on the management of the newborn, there are still some critical points worthy of further investigation. The ongoing theoretical-practical path was established as an improvement intervention. The effectiveness will be evaluated in the future, after its actual implementation.

Key words: transition from fetus, childbirth, golden hour, first bath, new-mother skills, managing newborn, light premature, post-partum, SIDS, breastfeeding, skin-to-skin, mother's experience, knowledge

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
1. PRIMI MINUTI DOPO LA NASCITA'.....	3
1.1 Transizione del feto.....	3
1.2 Primo contatto tra la madre e il neonato (skin to skin)	4
1.3 Golden hour di un neonato a termine e di un neonato pretermine.....	5
1.4 Assistenza al neonato nei primi minuti di vita.....	7
2. PUERPERIO E GESTIONE DEL NEONATO.....	11
2.1 Allattamento.....	11
2.2 Bagnetto del neonato.....	12
2.3 Medicazione del moncone.....	13
2.4 Tocco neonatale (o contenimento).....	14
2.5 Linee guida per la prevenzione della SIDS.....	15
3. DIVENTARE MAMMA È UN LUNGO VIAGGIO.....	19
3.1 Lo stato emozionale della madre.....	19
3.2 Maternity blues e rischio della depressione post-partum.....	19
3.3 La rete familiare, cambiamento negli ultimi anni	20
4. UN'ATTENZIONE IN PIÙ PER UN NEONATO CON LIEVE PRAMATURITÀ	23
4.1 Neonato pretermine lieve	23
4.2 Complicanze della prematurità e il trattamento	25
4.3 Il neonato pretermine e la famiglia	26
5. INTERVENTI PER RENDERE PIÙ SICURE LE NEOMAMME NELLA GESTIONE DEL LORO NEONATO	27
5.1 Corsi pre e post-parto	27
5.2 Visite al domicilio	27
5.3 Supporto telefonico	29

6. INDAGINE SPERIMENTALE NELL’AULSS 5 POLESANA – SEDE DI ROVIGO: ANALISI DEL FABBISOGNO EDUCATIVO	31
6.1 Background	31
6.2 Obiettivi	32
6.3 Setting e popolazione	32
6.4 Materiali e metodi	33
6.4.1 Metodologia della ricerca.....	34
6.4.2 Strumento e variabili di indagine	35
6.5 Risultati	35
6.6 Discussione	44
6.7 Conclusioni	46
7. INNOVAZIONE NELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE E PRATICA PER L’ASSISTENZA	47

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ABBREVIAZIONI

ALLEGATI

INTRODUZIONE

L'arrivo di una nuova vita è qualcosa di magico, è un'occasione che porta gioia in tutta la famiglia. La nascita di un bambino è da sempre considerata un evento gioioso, così come è diffusa l'idea che la madre debba essere perfetta. Il vissuto personale della nascita è in netto contrasto con l'immagine idealizzata della maternità e con l'aspettativa che sia tutto facile e naturale. Perdita dell'ordine, della routine, le notti insonni, i cambiamenti di ruolo e nella relazione con il partner, gli adattamenti corporei post-parto, difficoltà del partner nell'adattarsi all'essere genitore e l'assenza di quest'ultimo dovuta a impegni lavorativi non agevolano affrontare e soddisfare continue richieste del neonato.

Le prime sei settimane dopo la nascita è considerato un periodo critico per tutti: donne, neonati, partner, genitori, operatori sanitari e famiglia, poiché il peso della mortalità e delle complicanze materne e neonatali rimane inaccettabilmente elevato. Sebbene il numero globale dei decessi di neonati sia diminuito da 5 milioni nel 1990 a 2.4 milioni nel 2019, i bambini affrontano il maggior rischio di morte nei loro primi 28 giorni. I Paesi con tassi di mortalità neonatale elevata sono appartenenti ad Asia meridionale, dove la percentuale di decessi neonatali è tra le più alte (62%).

In Italia nel 2019 la mortalità neonatale era pari a 1.7 morti ogni 1000 nati vivi contro 2.1 della media europea grazie ad un'elevata copertura di cure assistenziali di qualità che prendono spunto da vari progetti sia a livello nazionale che europeo, come per esempio "Standard assistenziali europei per la salute del neonato", "GenitoriPIù" e "Percorso nascita". (ISS, 2022)

Migliorare la salute e il benessere materno e neonatale sono obiettivi delle ultime Linee guida post parto del 2022 (WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience), che si prefiggono di garantire "un'esperienza postnatale positiva" in cui donne, neonati, partner ma anche nonni e altre persone che ruotano intorno alla neonata famiglia possano ricevere le giuste informazioni e le rassicurazioni necessarie affinché tutto si svolga nel migliore dei modi.

American Academy of Pediatrics (AAP) suggerisce che la degenza debba essere tale da permettere l'identificazione di eventuali problemi e assicurarsi che la madre si sia ripresa e sia in grado di prendersi cura di sé stessa e del suo neonato e che a suo

domicilio vi sia la possibilità di un adeguato sistema di supporto e la possibilità di accedere in modo appropriato alle cure post-parto. Ma ciò non è sempre possibile, poiché 2-3 giorni di degenza dopo il parto è un periodo abbastanza breve per osservare e colmare dubbi e perplessità delle neomamme sulla gestione del neonato. Si rende necessario, perciò, rafforzare il contributo formativo alle neomamme già durante il puerperio ospedaliero sulle pratiche più comuni come medicazione del moncone, sostenimento all'allattamento, fare il bagnetto, prevenzione della SIDS, tocco neonatale affinché la neomamma possa essere più sicura e meno preoccupata nei primi giorni.

CAPITOLO 1

PRIMI MINUTI DOPO LA NASCITA

1.1 Transizione del feto

Per quanto il parto possa essere considerato un processo naturale e fisiologico della transazione dal feto al neonato, ovvero nel 90% circa dei neonati questo passaggio avviene senza difficoltà, nel 10% è richiesta qualche forma di assistenza, mentre nell'1% dei casi è necessaria una rianimazione avanzata (intubazione, compromissioni toraciche e farmaci) (Swanson & Sinkin, 2015; Graves et al., 2013)

Il periodo delle 24 ore che segue il parto, è molto delicato per ogni neonato perché quest'ultimo viene proiettato fuori dal suo habitat confortevole dove trovava tutto ciò che gli serviva: nutrimento, calore, sicurezza, protezione, per affrontare quello che si chiama l'adattamento alla vita extrauterina che include in sé cambiamenti morfologici e funzionali a carico di molti apparati, ma soprattutto respiratorio e cardiovascolare.

Nella vita fetale, i polmoni sono inattivi e la respirazione è garantita dalla placenta. Sia polmoni che gli alveoli sono riempiti dal liquido polmonare fetale che viene assorbito dai vasi linfatici nell'ultimo periodo della gravidanza. Quando il bambino viene espulso dal canale del parto si verifica una riespansione del torace, l'aria penetra nelle vie aeree superiori e va a rimpiazzare il liquido polmonare uscito.

Alla nascita, con la legatura del cordone ombelicale e l'inizio della respirazione, si verificano importanti modificazioni:

- aumentano le resistenze vascolari polmonari sistemiche, perché non vi è più il vasto letto circolatorio della placenta
- diminuiscono le resistenze vascolari polmonari, per l'espansione dei polmoni e del loro letto vascolare
- la dilatazioni dei vasi polmonari sono principalmente dovute all'aumento della tensione ematica di PO₂ (Ls & Sk, 1964; Hillman et al., 2012)

Contemporaneamente, a causa dell'inversione dei gradienti pressori fra il piccolo e grande circolo, si chiudono sia il forame ovale, sia il dotto di Botallo:

- Il forame ovale si chiude dapprima funzionalmente, subito dopo la nascita o nel giro di poche ore, mentre la chiusura anatomica avviene lentamente: il 40-50% dei bambini ad un anno ha ancora il forame anatomicamente pervio.

- Il forame di Botallo si chiude funzionalmente per vasocostrizione nelle prime ore di vita, anatomicamente per fibrosi entro il primo mese. Nel processo di chiusura hanno importanza l'aumento della PO2 arteriosa e la diminuzione delle prostaglandine provenienti dalla placenta. (figura 1)

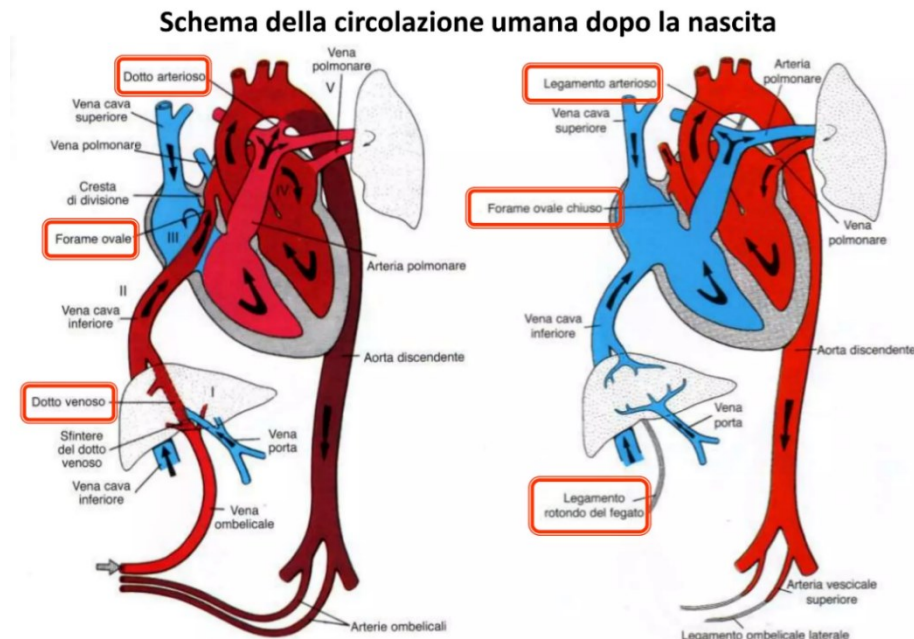


Figura 1: Circolazione sanguigna fetale e neonatale (www.docsity.com)

1.2 Primo contatto tra la madre e il neonato (skin to skin)

Lo skin to skin è una pratica in cui il bambino viene asciugato e adagiato direttamente sul petto nudo della madre dopo la nascita, entrambi coperti da una calda coperta e lasciati per almeno un'ora o fino a dopo la prima poppata. È il momento di conoscenza fisica tra mamma e bambino, allora limitata ai pensieri e alle emozioni legati al benessere del feto in pancia. Il bambino, subito dopo la nascita, attraverso i cinque sensi, riconosce la mamma, percepisce il suo odore, la sua pelle e i suoi suoni (voce, cuore, intestino); il suo respiro si regolarizza, il suo corpo si riscalda, smette di piangere e inizia a scalare il ventre della mamma alla ricerca del seno affidandosi al suo istinto; dopo un periodo di tempo che varia da bambino a bambino, il neonato si attacca spontaneamente al seno materno per la prima poppata (fenomeno conosciuto come breast crawling).

Raylene Phillips, lo descrive così: «È un momento “sacro” che dovrebbe essere onorato, apprezzato e protetto in ogni momento possibile». Durante l'evento nascita e

durante le ore subito successive al parto, le mamme ed i loro neonati hanno il bisogno fisiologico di rimanere assieme. (Phillips R, 2013)

Esistono prove sempre più evidenti che il contatto skin-to-skin aiuta sia le madri che il neonato, in particolare:

- calma e rilassa sia la mamma che il bambino
- regola il battito cardiaco e la respirazione, aiutando ad adattarsi meglio alla vita extra-uterina
- stimola la digestione e l'interesse per l'alimentazione
- regola la temperatura
- consente la colonizzazione della pelle del bambino da parte dei batteri amici della madre fornendo protezione contro infezioni
- stimola il rilascio di ormoni per supportare l'allattamento al seno e la maternità.

Secondo la letteratura non è meno importante il coinvolgimento del partner, poiché è uno dei fattori protettivi più importanti del legame madre-bambino, sia durante la gravidanza che nel periodo postnatale. (Cuijlits et al.,2019). Sempre lo stesso articolo riferisce che le donne attribuiscono un valore elevato alla presenza e al sostegno del proprio partner durante il travaglio, il che porta a una riduzione dell'ansia, a una minore percezione del dolore, a una maggiore soddisfazione per l'esperienza del parto e a tassi più bassi di depressione postnatale.

In altre parole, questa prima ora trascorsa al di fuori del ventre materno è un momento davvero speciale nel quale il neonato incontra per la prima volta, non solo la madre, ma anche il padre e si viene a creare ed a completare la famiglia.

1.3 Golden hour di un neonato a termine e di un neonato pretermine

“Golden hour” si riferisce ad un insieme di interventi e trattamenti precoci, effettuati in maniera organizzativa ed efficace basati sull'evidenza scientifica, che hanno come obiettivo migliorare l'esito immediato e a lungo termine del neonato a termine e pretermine. Questo concetto è stato ereditato dalla medicina d'urgenza e poi adattato all'assistenza neonatale.

Il Golden Hour include soltanto tre punti fondamentali, presumendo che il neonato a termine e senza nessuna malformazione non necessiti di nessun supporto avanzato:

- **Immediato contatto diretto skin to skin tra madre e neonato**

- **Clampaggio ritardato del cordone ombelicale (DCC)**
- **Inizio precoce dell'allattamento al seno** (Sharma et al., 2016)

Per quanto riguarda il Golden Hour del neonato pretermine, questo si differenzia sostanzialmente per la complessa assistenza e include dodici passi essenziali:

1. **Consulenza prenatale e lavoro di squadra.** Il team di neonatologia e ostetricia deve collaborare insieme per prevenire il parto prematuro; il personale infermieristico deve essere informato del possibile ricovero in TIN, così da predisporre tutto il necessario per una rapida assistenza dopo la nascita. La famiglia deve essere ben informata sul percorso di salute fin da prima di nascita e deve assistere durante l'eventuale rianimazione necessaria.
2. **Il clampaggio del cordone ombelicale ritardato.** Il DCC (il taglio ritardato del cordone ombelicale) consiste nel posticipare il clampaggio del cordone ombelicale dopo la nascita per un periodo sufficiente a favorire il passaggio di sangue placentare al neonato garantendo una fase di transizione fisiologica.
3. **Prevenire l'ipotermia.** I neonati specialmente prematuri hanno difficoltà di termoregolazione del corpo. Le conseguenze dell'ipotermia possono essere fatali, basti pensare che ogni grado di discesa della temperatura, la possibilità di morte aumenta di un 28%, aumenta il rischio di avere un punteggio Apgar inferiore a 7, aumenta il rischio di emorragia intraventricolare, aumenta il rischio di sepsi e di ipoglicemia e aumenta la possibilità di sindrome da distress respiratorio
4. **Trasporto durante l'ora d'oro.** Prima di effettuare qualsiasi trasporto, il neonato deve essere stabilizzato e avere la saturazione pari o superiore all'85%.
5. **Assicurare il supporto respiratorio.** Nei neonati che respirano spontaneamente, per migliorare la loro capacità funzionale residua e l'ossigenazione, si raccomanda l'uso della pressione positiva alle vie aeree (CPAP). Se il neonato non respira spontaneamente, per la rianimazione si consiglia l'utilizzo di ventilazione a pressione positiva (VPP) mediante una maschera facciale.
6. **Somministrazione del surfattante.** La prima dose viene somministrata non appena viene diagnosticata la RDS (Sindrome da stress respiratorio).

7. **Supporto al sistema cardiovascolare** consiste nella valutazione della frequenza cardiaca con obiettivo di impostare un ritmo cardiaco, una pressione sanguigna e una perfusione normale sia nei neonati pretermine che in quelli a termine.
8. **Inizio precoce della nutrizione e della somministrazione di aminoacidi**
9. **Prevenzione della sepsi.** La sepsi e la prematurità sono le due cause più comuni di mortalità e morbilità neonatale. È raccomandato l'uso di misure rigorosamente asettiche durante la gestione del neonato.
10. **Esami di laboratorio:** emocromo completo, emocoltura, glucosio capillare, gas arteriosi/capillari, biochimica e radiografia del torace permettono di identificare la diagnosi e di conseguenza attuare le cure specifiche.
11. **Monitoraggio e registrazione.** Tutti i parametri vitali del neonato devono essere monitorati e registrati nella cartella clinica. È necessario conservare le registrazioni degli interventi fatti durante la prima ora di vita, con i tempi in cui ciò è stato fatto per conoscere l'entità di qualsiasi miglioramento delle cure (test di Apgar, peso ed età gestazionale, durata ed interventi durante la rianimazione, temperatura ascellare all'ingresso in TIN, l'orario di somministrazione del surfattante, orario di cateterizzazione ombelicale, ...)
12. **Comunicazione e consulenza familiare.** È necessario tenere la famiglia informata in ogni momento sulle condizioni del loro bambino e sulle azioni che vengono intraprese. (Sharma, 2016)

Visti i benefici, scientificamente individuati e provati, l'implementazione di un protocollo Golden Hour porta a migliori risultati a breve e a lungo termine, soprattutto per i neonati pretermine. Sfortunatamente diverse indagini recenti hanno evidenziato una variabilità nell'assistenza fornita nella prima ora di vita. (Curr Opin Pediatr, 2023)

1.4 Assistenza al neonato nei primi minuti di vita

Il parto che sia fisiologico o cesareo richiede un'assistenza pianificata e ben organizzata di più operatori sanitari (ostetrica, ginecologo, infermiere dell'assistenza neonatale, anestesista, infermiere strumentista, e nel caso di neonato prematuro o che presenti anomalie anche equipe della neonatologia, o terapia intensiva).

Ad ogni neonato alla nascita al neonato viene assegnato il punteggio Apgar al primo e al quinto minuto di vita, ideato dall'ostetrica anestesista Virginia Apgar nel 1952. Tuttora rimane il metodo di valutazione accettato ed approvato sia dall'American College of Obstetricians and Gynecologists che dall'American Academy of Pediatrics. Il punteggio include cinque parametri: colore, frequenza cardiaca, reattività agli stimoli, tono muscolare e respirazione, e ad ogni parametro viene assegnato un punteggio da 0 a 2, dove 2 è migliore (Tabella I)

Tabella di Apgar per la valutazione della vitalità del neonato			
Parametro	0 punti	1 punto	2 punti
Colore della pelle	cianotico o pallido	estremità cianotiche, corpo roseo	normale
Battito cardiaco	assente	lento < 100 bpm	rapido > 100 bpm
Respirazione	assente	debole o irregolare	vigorosa con pianto
Tono Muscolare	assente	piegamenti, allungamento muscoli	movimenti attivi
Riflessi	nessuna risposta alla stimolazione	scarsi, reagisce quando stimolato	pianto e tosse

Tabella I: Punteggio di Apgar (www.informarea.it)

I valori assegnati vengono sommati tra di loro ed interpretati in base dei range:

- Apgar 7-10: il neonato è in buona salute
- Apgar 4-6: il neonato presenta una sofferenza di grado medio; quindi, è da sorvegliare con la massima attenzione per valutare se è necessario intervenire con una stimolazione del respiro ed eventualmente con un massaggio cardiaco;
- Apgar 0-4: il neonato è in condizioni critiche e necessita di manovre di rianimazione e/o cure intensive. (Watterberg et al., 2015)

Successivamente, il neonato viene poggiato sul petto o sull'addome della madre in modo da favorire la tecnica skin-to-skin che, come abbiamo descritto sopra, comporta dei validi benefici per entrambi. È sconsigliato, se non per complicanze, separare la madre dal figlio nei primi istanti della vita perché ciò può influenzare negativamente il bonding. Per questo motivo le successive pratiche come il bagnetto e misurazione peso possono essere posticipati. (Moore et al., 2016)

Un altro passo è il clampaggio ritardato del cordone ombelicale (DCC). Molti studi erano da anni ambivalenti su questo argomento. Tuttavia, in Italia in linea con le raccomandazioni internazionali basate su evidenze scientifiche (ACOG-NICE-OMS), viene raccomandato il clampaggio ritardato del cordone, ovvero dopo 1-3 minuti dalla

nascita (tempo richiesto affinché il cordone ombelicale cessi di pulsare). Di seguito sono evidenziati e sintetizzati i benefici neonatali documentati. (tabella II)

<p>Diminuzione del rischio di anemia</p> <ul style="list-style-type: none">- Diversi studi hanno dimostrato che nei neonati a termine il trasferimento dalla placenta di 80 ml di sangue avviene in 1 minuto dopo il parto raggiungendo approssimativamente 100mL a 3 minuti dopo la nascita. Il sangue fornisce così un'aggiunta fisiologica della quantità di ferro (circa a 40–50 mg/kg del peso del corpo) e in questo modo riduce e previene la carenza di ferro durante il primo anno di vita (G.D. Daniel et al 1996).- Un altro studio ha dimostrato che il DCC riduce l'anemia a 8 e 12 settimane di età nella popolazione a rischio (Kc A et al, 2017)
<p>Sviluppo neurologico</p> <ul style="list-style-type: none">- Uno studio pubblicato nel 2018 supporta DCC in quanto riduce il rischio di carenza di ferro, il quale è indispensabile per lo sviluppo neurologico (Cusick Se et Al, 2018)
<p>Incremento del volume di sangue</p> <ul style="list-style-type: none">- L'ematocrito fu significativamente più alto per i neonati a 24 ore dalla nascita rispetto al gruppo con immediato clampaggio del cordone (ICC). (Mc Donald et al, 2013)- Altro studio recente a conferma di questo sostiene che ematocrito è più alto a 24 ore dal parto nei neonati con DCC (Rhoades et al, 2017).
<p>Migliori outcomes per il neonato pretermine</p> <ul style="list-style-type: none">- Una revisione sistematica ha coinvolto neonati pretermine (tra 24 – 36 settimane) per i quali fu eseguito il ritardato clampaggio del cordone da 30 secondi ad un massimo di 120 secondi. Tra i risultati, comparati con ICC (immediate cord clamping):<ul style="list-style-type: none">o pochi infanti con necessità di trasfusione di sangue per anemiao bassa incidenza per emorragia intraventricolareo piccola incidenza enterocolite necrotizzante (Heike Rabe et al, 2012).- Uno studio ha messo in evidenza come il ritardato clampaggio del cordone sia responsabile di una ridotta mortalità ospedaliera del neonato pretermine. Lo studio non ha preso in considerazione la spremitura del cordone che può essere anche benefica. (Fogarty et Al, 2018).

Tabella II: Benefici della pratica DCC

Passate le due ore circa in sala parto, il neonato viene accolto dall'infermiera dell'assistenza neonatale per eseguire le prime cure: pulizia del moncone, il bagnetto, profilassi oculare, profilassi antiemorragica, visita pediatrica, rilevazione dei parametri antropometrici (lunghezza, peso, circonferenza cranica, circonferenza toracica) e family centered care, ovvero si danno tutte le informazioni inerenti alla salute del bimbo ai genitori.

CAPITOLO 2

PUERPERIO E GESTIONE DEL NEONATO

Il puerperio è definito come il periodo di tempo che inizia subito dopo il parto e termina con il ritorno dell'apparato genitale alle condizioni anatomico-funzionali pregravidiche: convenzionalmente si assegna a tale periodo una durata di sei settimane.

2.1 Allattamento

L'allattamento giova alla salute, favorisce lo sviluppo e la sopravvivenza dei bambini, permette la trasmissione passiva dell'immunità materna a varie malattie. Eppure, i tassi di allattamento sono ancora bassi in molti paesi del mondo. Secondo gli ultimi dati UNICEF-OMS solo il 44% dei bambini sono esclusivamente allattati nei primi sei mesi, meno della metà dei neonati sono allattati nella prima ora di vita, perdendo così completamente i benefici dell'allattamento per sopravvivere e prosperare. Infatti, è importante dare più informazioni possibili alla madre riguardo l'allattamento, spiegandole perché è una pratica semplice ma così importante per il suo neonato

La buona nutrizione inizia alla nascita: per questo l'allattamento al seno è da sempre uno dei cavalli di battaglia dell'UNICEF e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che raccomandano sei mesi di allattamento esclusivo al seno per fornire il supporto ottimale alla salute e allo sviluppo infantile.

Il programma "Ospedali amici dei bambini", dell'Oms-Unicef considera fondamentale che le madri siano informate sugli aspetti positivi dell'allattamento materno:

- rafforza e consolida il legame del neonato con la mamma (bonding)
- fornisce al neonato un'alimentazione completa (benefici nutrizionali)
- protegge il neonato dalle infezioni, grazie anche al ruolo svolto dal colostro
- porta comprovati benefici alla salute della mamma

È molto utile il contatto con i professionisti sanitari dei servizi territoriali, come i consulenti familiari, le ostetriche e i pediatri di famiglia, e con altre coppie che allattano i propri bambini. In questo modo, i neogenitori costruiscono la propria competenza anche attraverso lo scambio di esperienze e con il supporto, quando necessario, di professionisti esperti.

Alcuni consigli OMS sulle pratiche dell'allattamento sono:

- allattare il bambino “a richiesta”, senza seguire orari rigidi: in media, nei primi mesi i bambini poppano 8-14 volte al giorno ma è soggettivo;
- controllare la posizione e l'attacco al seno del bambino: è utile soprattutto per la mamma, per prevenire dolore ai capezzoli, ingorgo, mastite, evitare di staccare il bambino dal seno prima che abbia finito;
- non dare al bambino altri alimenti oltre al latte materno per i primi sei mesi compiuti: non ha bisogno neanche dell'acqua. Inoltre, l'uso di tettarelle artificiali, biberon e ciucci, soprattutto nei primi mesi di vita può interferire con l'allattamento;
- non lavare il seno prima e/o dopo ogni poppata;
- durante l'allattamento la mamma può mangiare ciò che desidera: senza particolari limitazioni;
- fumo e alcol sono vietati;
- per gestire la richiesta del bambino e le poppate notturne è consigliato mettere il bambino nella stanza con mamma e papà: può essere utile mettere il lettino a contatto con quello dei genitori, togliendo una sponda e fissandolo al lettone. (OMS, 2021)

2.2 Bagnetto del neonato

Molti studi sono in disaccordo sulla tempistica dell'esecuzione del primo bagno. Secondo le linee guida dell'OMS e alcuni studi sulla protezione termica dei neonati, è raccomandato posticipare il primo bagno nei neonati di almeno 24 ore dopo il parto. In letteratura, il posticipare il primo bagno nei neonati è associato a ridotta incidenza di ipoglicemia, ipotermia e povertà di latte al seno (Lunze & Hamer, 2012, Partnership for Maternal & Health, 2011, Warren et al., 2020,). Mentre a casa dopo la dimissione il bagnetto non è solo la cura dell'igiene del corpo, ma è anche un momento importante per rafforzare la relazione tra genitori e neonato. Non deve essere uno stress né per il bambino né per i genitori ma un momento di rilassamento e tranquillità. Inoltre, non deve essere eseguito tutti i giorni e inoltre nei neonati prematuri il bagnetto può essere fatto ogni quattro giorni. (Lund, 2016). Generalmente si consiglia di non fare al neonato il bagno per immersione, cioè nella vasca, finché il moncone non si è separato e la cicatrice non è asciutta, poiché potrebbe essere principio di un eventuale

infezione. Questa accortezza serve ad evitare di allungare i tempi della caduta del moncone e per evitare che attraverso l'acqua del bagnetto alcuni batteri possano raggiungere il cordone e scatenare l'infezione. Questa raccomandazione, tuttavia, non è basata su alcuna evidenza scientifica e non è universalmente adottata: in Germania, ad esempio, il bagnetto viene fatto ai bambini fin dai primi giorni.

2.3 Medicazione del moncone

Il cordone ombelicale è una struttura che permette il passaggio di sostanze nutrienti e ossigeno al bambino nell'utero materno durante i 9 mesi di gravidanza. È costituito da due arterie e una vena che mettono in collegamento la placenta e il feto, protette da una sostanza gelatinosa chiamata "gelatina di Wharton". Alla nascita questo collegamento viene tagliato, il moncone ombelicale residuo va incontro a un processo fisiologico di mummificazione che dura circa 7-10 giorni e la sua caduta dà origine alla cicatrice ombelicale. È un processo spontaneo che avviene senza la necessità di intervento esterno.

In condizioni di scarsa igiene, il moncone ombelicale può divenire la porta di ingresso per germi che possono causare infezioni locali (onfaliti) o generalizzate (sepsi). Per questo la cura del cordone ombelicale è molto importante, ma anche molto semplice da mettere in pratica. L'elemento fondamentale consiste nell' eseguire accuratamente igiene delle mani (con acqua e sapone) ogni volta che si tocca il neonato per cambiarlo o per sostituire la garza.

Quando il bimbo sporca il pannolino, la medicazione va aperta e cambiata poiché specialmente i maschi possono bagnarla con la pipì. È importante tenerla asciutta e pulita, e per cambiarla, basta togliere le garze sporche, eseguire una pulizia con acqua e sapone e rimettere le garze pulite. Non serve applicare nessun antisettico locale se non vi siano i segni di infezione.

È importante per neomamma riconoscere tempestivamente i segni di infezione. Se il moncone e la cute circostante diventano rossi, gonfi ed il neonato manifesta segni di dolore quando toccato in quella zona o di irritabilità o presenta febbre ($>38^{\circ}$) può essere in atto un'infezione del moncone, detta onfalite. In questo caso bisogna contattare il pediatra in breve tempo, per procedere ad una diagnosi ed eventualmente cominciare una terapia con antibiotici.

2.4 Tocco neonatale (o contenimento)

Il tocco neonatale è un “tocco affettuoso” poiché è una delle prime e principali forme di comunicazione e di interazione con cui i genitori entrano in contatto con i propri figli. Nella letteratura scientifica il tocco è nominato come “holding” ed è una modalità di contenimento offerta dalle mani e del corpo dei genitori per tranquillizzare sia il corpo che l’emotività del neonato. Questa tecnica favorisce il contatto precoce e la relazione con i genitori: il linguaggio delle mani rafforza la comunicazione con il figlio e li aiuta ad imparare a comprendere sempre meglio i suoi bisogni. Questa tecnica deve essere utilizzata sempre, durante tutte le manovre assistenziali dagli operatori e non solo come consolazione finale. Il contenimento offerto dalle mani ferme e l’attenzione quando lo tocchiamo, durante le procedure, rappresentano lo strumento prioritario di questa comunicazione. (Colombo, G., 2017) (figura 2)



Figura 2: Tecnica del baby holding (www.ospedalebambinogesu.it)

Un'altra tecnica antica usata per il contenimento del neonato è il “wrapping”, e consiste nell’avvolgere il neonato. È consigliato utilizzarla fino a due mesi di età, quando il neonato è agitato, oppure per favorire l’interazione con i genitori o per conciliare il sonno.

Tutto quello che serve è un lenzuolo morbido e leggero, posto su una superficie piana, con l’angolo superiore piegato verso il basso. Il neonato va posizionato con la testina leggermente al di sopra del margine ripiegato, le gambe e le braccia flesse, in modo che possa arrivare con le mani alla bocca e al viso. (figura 3)

Ponendo il neonato su un fianco, si procede avvolgendo il lenzuolino attorno a lui/lei, da un lato, poi dall'altro rimettendo il neonato a pancia in su (supino). Attenzione va

posta nell'avvolgere le gambe del neonato in modo che possa ancora allungarle e fletterle. Altri accorgimenti non meno importanti sono:

- una fasciatura troppo stretta può provocare una displasia o dislocazione dell'anca
- volto deve rimanere scoperto con le spalle e il volto sostenuti dal lenzuolino
- attenzione alla temperatura che il neonato non sente troppo caldo (www.ospedalebambinogesu.it)

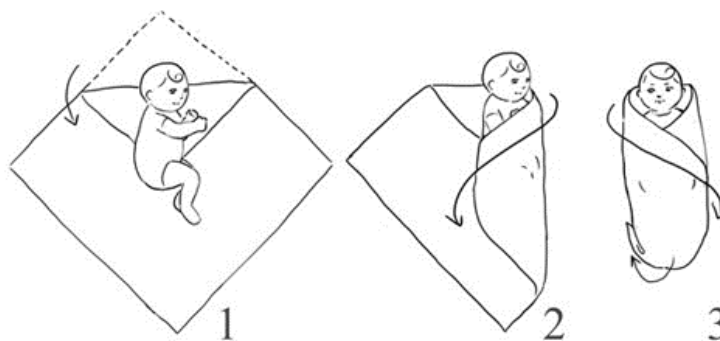


Figura 3: Tecnica di Wrapping (www.ospedalebambinogesu.it)

2.5 Linee guida per la prevenzione della SIDS

La SIDS, sindrome della morte improvvisa del lattante o conosciuta come morte in culla rimane tuttora un mistero inspiegabile. Non esistono dati nazionali sull'incidenza del fenomeno, mancando un sistema di rilevazione omogeneo; ora SIDS è stimabile attorno allo 0,5%, ovvero 250 nuovi casi SIDS/anno.

Negli anni '90 si è assistito a una netta riduzione del rischio SIDS grazie alla divulgazione della campagna "Back to Sleep" modificata negli anni successivi con il termine di "Safe to sleep" che ha previsto l'implementazione delle raccomandazioni destinate a salvaguardare la vita dei bambini.

La riduzione del rischio di SIDS si pone come una assoluta priorità nella salute pubblica ed è nel periodo dei cosiddetti mille giorni di vita, compresi tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino, che i genitori possono avere un ruolo determinante.

Nel 2022 American Academy of Pediatrics ha pubblicato l'aggiornamento delle ultime Linee guida per la prevenzione della SIDS, dove ha previsto importanti modifiche:

1. **Superficie del sonno.** Il bambino deve essere messo a dormire in posizione supina (a pancia in su) sin dai primi giorni di vita senza nessuna inclinazione su una superficie piana e solida.
2. **Allattamento al seno.** L'alimentazione con latte materno è raccomandata perché è associata a un ridotto rischio di SIDS. Si raccomanda di nutrire i lattanti con latte materno (cioè, senza interferire con il latte artificiale) esclusivamente per primi 6 mesi.
3. **Posizione nel sonno.** Il bambino dovrebbe dormire nella stanza dei genitori, vicino al loro letto, ma su una superficie separata (culla o lettino).

La temperatura dell'ambiente dove dorme il bambino non dovrebbe mai essere eccessivamente calda (andrebbe mantenuta tra i 18 e i 20 °C) ed è da evitare anche l'eccesso di vestiti e coperte. L'associazione tra eccesso di calore e SIDS è particolarmente evidente nei bambini che dormono in posizione prona.

Quando la mamma allatta è bene che l'operatore le consigli di preferire sempre il letto al divano, rimuovendo da esso tutti gli oggetti soffici e assicurandosi che il bambino non possa cadere, se si sente molto stanca e vi è la possibilità che si addormenti allattando

4. **Biancheria da letto morbida.** Quando il bambino dorme, non dovrebbero esserci oggetti (es. cuscini, trapunte, piumini, paracolpi, giocattoli di peluche, cordine, piccoli giochi) che possono soffocare, intrappolare, strangolare, ferire il bambino.
5. **Uso del ciuccio.** Per i bambini allattati al seno, ritardare l'introduzione del ciuccio fino a quando l'allattamento al seno non si è stabilito
6. **Esposizione prenatale e postnatale a tabacco, alcool e altre sostanze.** Evitare di fumare, usare alcool o altre sostanze nocive per il bambino.
7. **Surriscaldamento e copricapo.** Si consiglia di non indossare il capello sui neonati quando sono al chiuso tranne nelle prime ore di vita o in TIN.
8. **Utilizzo di monito cardiorespiratori domiciliari.** Sebbene l'uso di questi monitor possa dare tranquillità ai genitori e non vi siano controindicazioni all'uso di questi monitor, mancano dati a supporto del loro utilizzo per ridurre il rischio di questi decessi.
9. **Tummy Time.** I genitori sono incoraggiati a mettere il bambino a pancia in giù mentre sono svegli e sorvegliati per brevi periodi di tempo a partire subito dopo la

dimissione dall'ospedale, aumentando gradualmente fino ad almeno 15-30 minuti totali al giorno entro le 7 settimane di età.

10. **Fasciatura.** Quando un bambino mostra segni di tentativo di rotolamento (che di solito si verificano a 3-4 mesi ma possono verificarsi prima), fasciare non è più appropriato perché potrebbe aumentare il rischio di soffocamento se il bambino fasciato rotola in posizione prona.

11. **Professionisti sanitari e fornitori di assistenza all'infanzia.** È essenziale che i medici, i medici non medici, il personale ospedaliero e i fornitori di servizi di assistenza all'infanzia approvino e modellino linee guida per il sonno del neonato sicuro dall'inizio della gravidanza.

Conoscere la SIDS e il sonno sicuro per i bambini è importante per tutti gli operatori sanitari, non solo per i genitori, nonni, zie, zii, baby-sitter, fornitori di servizi di assistenza all'infanzia e chiunque altro possa prendersi cura dei bambini. (SUID e SIDS ITALIA, 2022)

È importante che queste linee guida arrivino ai genitori attraverso interventi educativi implementati dalle ostetriche, infermieri e medici affinché sia fatto tutto il possibile per ridurre al minimo il rischio della SIDS. Ne testimoniano il fatto gli studi.

Uno studio condotto in Francia aveva analizzato il livello di conoscenza delle donne sulla SIDS, sottoponendole a un questionario e chiedendo loro da dove avevano ricevuto le informazioni. Le donne che hanno ricevuto l'informazione dal pediatra hanno risposto più correttamente alle domande e hanno ottenuto un punteggio più alto rispetto alle donne che sono state informate tramite i media. Questo studio mostra come sia importante che gli operatori sanitari si prendano il tempo per informare le future madri sui fattori di rischio per la SIDS (Gemble et al., 2020)

Un altro studio statunitense riferisce che l'educazione e informazione dei genitori sulla prevenzione della SIDS deve essere completa e deve provenire dai professionisti sanitari in tale modo si riduce l'incidenza della sindrome. (Maged & Rizzolo, 2018)

CAPITOLO 3

DIVENTARE MAMMA È UN LUNGO VIAGGIO

3.1 Lo stato emozionale della madre

Nascita di un figlio porta con sé delle emozioni veramente uniche, non c'è felicità più grande di quando i due neogenitori vedono e abbracciano il frutto del loro amore.

Secondo la psicoterapeuta Lara Ferrari: “Nella nostra società la maternità viene descritta come una sorte di periodo “di grazia” di cui sono esaltati soltanto gli aspetti positivi, come se il fatto di avere tra le braccia una nuova vita annullasse difficoltà e problemi”.

La maternità porta con sé anche aspetti negativi che spesso non vengono considerati ma che sono molto importanti perché possono portare delle conseguenze serie.

Occorre tempo per adattarsi al nuovo ruolo di madre e proprio in questo periodo insorgono anche le emozioni negative. La donna vede modificata la propria vita e nulla è come prima: il sonno, l'alimentazione, gli affetti, il ruolo sociale e familiare. Tutto viene rimesso in gioco, in un momento della vita in cui deve dedicarsi ad un altro individuo, pieno di pretese sconosciute da individuare, decodificare e soddisfare.

La neomamma spesso passa in “secondo piano”; famiglia e amici sono più interessati a vedere il nuovo arrivato, e spesso non si accorgono delle sue difficoltà. A volte si sente isolata stando con il proprio figlio tutti i giorni, deve svolgere un lavoro importantissimo “madre di un neonato”; inadeguata perché non sempre riesce a capire le esigenze del proprio bambino; insicura soprattutto se si è alla prima esperienza.

3.2 Maternity blues e rischio della depressione post-partum

“Nel momento in cui nasce un bambino, nasce anche la madre. Lei non è mai esistita prima. Esisteva la donna, ma la madre mai. Una madre è qualcosa di assolutamente nuovo.” (Osho R., n.d.)

Alcune donne provano sentimenti di "tristezza" durante il periodo post partum che non vengono compresi dai genitori, partner o altri membri della famiglia (Mughal, 2022). Inoltre, Gregoire (1995), sostiene che non si dovrebbe presumere che la tristezza post partum sia una risposta anormale al parto.

Nel 70-80% delle neomamme può succedere che il drastico cambiamento ormonale che segue il parto (crollo degli estrogeni e del progesterone) e la spossatezza sia fisica che mentale, dovuta al travaglio e al parto, determinino uno stato malinconico, denominato baby blues o maternity blues. È una situazione caratterizzata da un'indefinibile sensazione di malinconia, tristezza, irritabilità e inquietudine, che raggiunge il picco 3-4 giorni dopo il parto e tende a svanire nel giro di pochi giorni, generalmente entro i primi 10-15 giorni dal parto (non è uno stato patologico, non servono farmaci per trattarlo, si risolve spontaneamente). Tale condizione si risolve parlando delle proprie sensazioni con una persona di fiducia, il partner, gli amici o i familiari.

Questo problema in alcuni casi evolve in depressione post-partum, un vero e proprio disturbo che si può prevenire, ma che, se non riconosciuto e trattato, influenza negativamente le abilità della neo-mamma di relazionarsi con il proprio bambino (bonding), con conseguenze sul futuro sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. (IIS)

3.3 La rete familiare, cambiamento negli ultimi anni

Specialmente i primi mesi dopo la nascita di un figlio sono momenti di ridefinizione del ritmo familiare e del proprio ruolo genitoriale, e per gestire al meglio i cambiamenti è necessario avere accanto persone che comprendono e offrono il loro aiuto.

La prima rete di supporto per la neomamma sono le persone che la circondano e con i quali lei ha una relazione paritaria, di parentela, di amicizia, di conoscenza; sono compagni di vita, la propria famiglia stretta o allargata, la propria cerchia di amici, colleghi, conoscenti con cui si condivide la gioia e la fatica dell'arrivo di un figlio. È una risorsa molto importante in quanto può dare il sostegno pratico ed emotivo e relazionale.

Negli anni la struttura familiare è molto cambiata; in passato c'erano le cosiddette "famiglie allargate", mentre ora è più attuale il concetto di "famiglia nucleare", ovvero la famiglia composta da 2-3 persone che vivono in un'abitazione per conto proprio. Ciò comporta che non sempre la neomamma può godere del sostegno e dei consigli della propria madre per le distanze fisiche.

Da anni però si cerca di passare dall' ideologia di diade madre-neonato a triade genitori-neonato coinvolgendo il marito e favorendo la sua presenza durante tutto il percorso nascita, partendo dalle visite di controllo in gravidanza, durante il parto, ma anche dopo per instaurare un buon bonding tra genitori-neonato.

A tale tema è stato creato un progetto nazionale "4E-PARENT", supportato da UNICEF che si ispira al "PARENT", progetto europeo, facente riferimento all'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2023). Prevede 4 elementi: Early, per la partecipazione da subito, Equal a indicare un approccio paritario ed equo, Engaged che richiama la partecipazione attiva e Empathetic per la valenza empatica, accudente e responsiva. Come afferma la lettura scientifica il coinvolgimento da subito, pratico ed empatico, del padre nella genitorialità ha esiti positivi per lo sviluppo cognitivo, sociale e affettivo dei bambini, crea fin dall'inizio un forte legame affettivo, migliora la salute psico-fisica della prole e della madre e contribuisce alla parità fra uomini e donne e al contrasto alla violenza domestica. Inoltre, per una donna avere accanto un compagno più informato, consapevole e partecipe (senza essere intrusivo o controllante) è un grande beneficio per condividere responsabilità e lavoro domestico, e per conciliare lavoro, famiglia e tempo libero con minore stress, per relazioni familiari più equilibrate e più ricche. (www.epicentro.it)

CAPITOLO 4

UN'ATTENZIONE IN PIÙ PER UN NEONATO CON LIEVE PRAMATURITÀ

4.1 Neonato pretermine lieve

Un neonato pretermine (o prematuro) è il bambino che nasce prima di aver raggiunto le 37^o settimane di età gestazionale. L'età gestazionale è il numero di settimane tra il primo giorno dell'ultimo ciclo mestruale normale della madre e il giorno del parto.

L'OMS classifica il neonato prematuro in base a due criteri:

- Peso alla nascita (PN)
- Età gestazionale, che corrisponde alle settimane di gestazione compiute al momento del parto (Tabella III)

Definizione	Età gestazionale (settimane e giorni)	Peso corporeo (grammi)
Estremamente pretermine Extremely Low Birth Weight (VLBW)	22 sett + 0 gg – 27 sett + 6 gg	< 1.000 gr
Molto pretermine Very Low Birth Weight (VLBW)	28 sett + 0 gg – 31 sett + 6 gg	< 1.000 gr-1.499 gr
Lievemente pretermine Low Birth Weight (LBW)	32 sett + 0 gg – 36 sett + 6 gg	< 1.500 gr -2.499 gr
“Late preterm” cioè quasi a termine	34 sett + 6 gg – 36 sett + 6 gg	indifferente

Tabella III: Classificazione dei neonati pretermine per settimana gestazionale e peso

In Europa, la nascita pretermine è una delle principali cause di mortalità neonatale e responsabile di circa la metà di esse. Sebbene il tasso di sopravvivenza dei neonati prematuri sia in continuo miglioramento, grazie ai progressi in ambito medico, la nascita pretermine rimane una sfida sempre attuale, sebbene con diverse differenze nei vari Paesi europei: mentre il tasso di prematurità si è ridotto, tra il 2010 ed il 2015, in Paesi quali Norvegia, Svezia, Germania, Repubblica Ceca e Danimarca, esso è aumentato in Paesi quali Cipro, Portogallo, Irlanda e Italia, rimanendo stazionario in diversi altri Paesi.

In Italia ogni anno nascono 25.000 prematuri (il 6.4% del totale), cioè bambini che vengono prima della 37° settimana di età gestazionale. Di questi il 75, 6% è rappresentato da parti pre-termine dalla 34° alla 36° settimana gestazionale (Rapporto CeDAP 2021). Si può dedurre che la mortalità prematura dipende oltre dall'età gestazionale anche dal luogo di nascita del prematuro.

L'obiettivo delle istituzioni della sanità (OMS, UNICEF, IIS) è migliorare la sopravvivenza e i risultati sanitari per i bambini nati prematuri. Nel 2022 OMS ha lanciato le nuove linee guida evidenziando che gli interventi come il precoce contatto pelle a pelle, detto anche Canguro Mother care, precoce allattamento al seno, l'uso della pressione continua delle vie aeree (CPAP) e farmaci come la caffeina per i problemi respiratori possano ridurre la mortalità nei bambini pretermine (prima della 37° settimana di gravidanza) e con il basso peso alla nascita (sotto i 2.5kg) riflettendo gli immensi benefici per la salute ed evitando la separazione dopo la nascita. Tali pratiche valgono, ad eccezione di coloro che necessitano supporto respiratorio, ventilazione meccanica o sono in stato di shock. Come afferma il dottor Tedros Adhanom Ghebreyesus, il direttore generale dell'OMS: "I bambini prematuri possono sopravvivere, prosperare e cambiare il mondo ma a ogni bambino deve essere data questa possibilità. Queste linee guida mostrano che migliorare i risultati per questi bambini piccoli non significa sempre fornire la soluzione più hi-tech ma piuttosto garantire l'accesso all'assistenza sanitaria essenziale incentrata sui bisogni della famiglia".

Anche EFCNI (European Foundation for the care of Newborn Infants) sostiene stesso pensiero "uno dei trattamenti più potenti che un neonato può ricevere è il contatto pelle a pelle con un genitore e per questo ogni bambino ha diritto di beneficiare sempre della vicinanza dei genitori in quanto si è evidenziato che KMC (Kangaroo Mother Care) produce effetti documentati, tra cui:

- Migliore regolazione termica
- Migliore produzione di latte materno
- Prevenzione delle infezioni
- Facilitazione positiva degli effetti fisiologici e comportamentali"

4.2 Complicanze della prematurità e il trattamento

Le complicazioni dovute a nascite pretermine sono la principale causa di morte tra i bambini sotto i cinque anni di età, responsabile di quasi un milione di morti nel 2013. Senza un trattamento adeguato, per i nati pretermine aumenta il rischio di invalidità permanente e la scarsa qualità della vita (OMS, 2013)

La maggior parte delle complicanze della prematurità è dovuta all'immaturità e sottosviluppo di organi e sistemi di organi. Il rischio di complicanze dipende dal grado di maturità e in parte anche dalla presenza di alcune cause di prematurità, quali infezioni, diabete, ipertensione arteriosa o pre-eclampsia:

- I nati prima della 28° settimana gestazionale: sono i più fragili e hanno maggiori rischi di problemi cardiovascolari e respiratori, che potrebbero richiedere delle manovre di rianimazione, nonché emorragie e/o infezioni;
- I nati tra le 28° e le 31° settimana gestazionale: i problemi principali sono difficoltà respiratorie e la suscettibilità alle infezioni a causa dell'immaturità polmonare e del sistema immunitario;
- I nati dopo la 32° settimana gestazionale: i rischi si riducono, ma oltre a un monitoraggio generale, spesso serve anche un supporto respiratorio (di pochi giorni) e nutrizionale, perché in questa fase le funzioni di suzione e deglutizione non sono perfettamente sviluppate.

Il trattamento della prematurità comporta la gestione delle complicanze derivanti da organi immaturi. Si interviene trattando tutti i disturbi specifici secondo necessità:

- Per problemi respiratori, viene fornita la ventilazione meccanica e trattamento con surfattante;
- Per le infezioni, vengono somministrati gli antibiotici;
- Per l'anemia, vengono eseguite le trasfusioni;
- Per patologie oculari, viene eseguito intervento con laser.

Oltre ai trattamenti medici specifici, non è meno importante valutare e limitare carico di stress eccessivo che il neonato pretermine si trova a supportare dopo la nascita. Il passaggio improvviso dal confort dell'utero materno (calore, buio, silenzio) al mondo esterno (freddo, luci, rumori forti, manipolazioni dovute alle cure assistenziali), in una fase molto delicata e cruciale dello sviluppo del sistema nervoso centrale e delle

funzioni cerebrali, può portare a delle conseguenze negative sulla crescita e sviluppo neurologico a lungo termine.

La maggior parte dei bambini prematuri può essere salvata attraverso misure fattibili ed economicamente vantaggiose tra cui: assistenza primaria di qualità prima, durante e dopo il parto, prevenzione e gestione delle infezioni, combinazione di kangaroo care.

4.3 Il neonato pretermine e la famiglia

La nascita di un figlio pretermine rappresenta un evento stressante per intera famiglia. I genitori provano sentimenti come delusione, rabbia, ma soprattutto paura, smarrimento e dolore. Una ricerca condotta nel 2012 attraverso interviste post-partum a donne che hanno avuto parto a termine e pre-termine, ha evidenziato come quest'ultime descrivono il "parto come esperienza "irreale", in cui la donna non si sente protagonista attiva dell'evento, e per vissuti connessi alla genitorialità sospesa, esercitata solo in modo parziale e condizionata prescrizioni e ritmi del contesto ospedaliero". (Di Psicologia, 2012)

Passaggio in terapia intensiva neonatale è un momento travolgente per entrambi: genitori-neonato e a mano a mano che si avvicina il tempo di dimissione comporta nei genitori dubbi sulla propria capacità di prendersi cura del proprio bambino senza supporto del personale e della tecnologia della TIN. (Jefferies, 2014a). È necessario accompagnare la coppia in questa fase, supportandoli emotivamente e praticamente. Questo concetto prende nome di Family Centered Care, cioè care incentrata sulla famiglia, dove quest'ultima riceve le informazioni realistiche sullo stato di salute del loro bimbo ed è informata e guidata nel percorso dai professionisti sanitari.

Tutto questo contribuisce positivamente sullo sviluppo globale del bambino, incoraggia il bonding genitori-neonato e migliora la sicurezza genitoriale nell'accudimento.

CAPITOLO 5

INTERVENTI PER RENDERE PIÙ SICURE LE NEOMAMME NELLA GESTIONE DEL LORO NEONATO

5.1 Corsi pre e post-parto

I corsi pre e post-parto sono validi strumenti d'intervento finalizzati a preparare al meglio la mamma nell'affrontare sia il periodo della gravidanza, con tutti i cambiamenti fisici, psichici e sociali che essa comporta, sia quello immediatamente successivo alla nascita del bambino.

Gli studi dimostrano che l'educazione prenatale è uno strumento efficace per ridurre l'ansia correlata al travaglio e al parto. (Ickovics et al., 2007). Gli incontri sono centrati sui bisogni di ogni singola donna e mamma, le quali hanno la possibilità di confrontarsi tra loro, di riconoscersi nelle sensazioni che le altre provano e nelle difficoltà che hanno modo di sperimentare. È importante che il CAN preveda almeno un incontro dopo la nascita, al fine di consolidare l'alleanza per l'assistenza in puerperio e per il sostegno dell'allattamento al seno. (ISS, 2012)

I corsi post-parto sono finalizzati soprattutto a rielaborare l'esperienza del parto e della nascita, rappresentano un'occasione per ritrovarsi insieme, mamme, bambini, con gli operatori sanitari, per condividere le emozioni. Durante queste occasioni, le mamme possono esprimere incertezza ed approfondire le loro conoscenze inerenti alla gestione di tutto ciò che è di pratico attorno alla nascita: il giusto modo di allattare al seno per evitare la comparsa di mastiti, ingorghi mammari e ragadi; gestire il ritmo del sonno, colichette, interpretazione dei pianti "disperati" e altro.

Spesso però il corso post-parto è poco conosciuto e si dà per scontato che i genitori sappiano tutto sulla gestione il neonato, invece andrebbe promosso, perché è in grado di prevenire dubbi, paure e ansie tipiche delle prime settimane e inoltre li sostiene mentre prendono consapevolezza del loro nuovo ruolo.

5.2 Visite al domicilio

Secondo OMS, l'obiettivo per un "inizio di vita sano" è che il personale sanitario intensifichi gli sforzi per garantire che tutti i bambini abbiano un inizio di vita sano. (OMS, 1999). Dopo qualche anno, nel 2013, sempre l'OMS sostiene che

un'appropriata assistenza in puerperio è essenziale nella vita di donne e neonati, poiché il puerperio è un periodo in cui avvengono grandi cambiamenti in grado di influenzare il benessere della diade madre-neonato (OMS, 2013)

Le dimissioni precoci comportano di conseguenza che siano di grande utilità gli interventi domiciliari al puerperio offerti a tutte le donne, durante qualche settimana per confermare alla donna le sue competenze naturali di accudimento, a promuovere l'allattamento al seno ed aiutare il riadattamento della donna dopo il parto (ripresa generale, vita sessuale e contraccezione). Non è stata chiaramente definita la frequenza delle visite, anche se attualmente appare strategico effettuare almeno una visita prima della fine della prima settimana. Questa funzione a livello locale è attribuita ai consultori familiari che si organizzano in autonomia poiché conoscono il proprio target di popolazione. Purtroppo, questi servizi risultano spesso non attivi o difficili da raggiungere.

Implementazione di un'assistenza ostetrica in puerperio a domicilio risulta essere di grande importanza nell'attuale realtà italiana, segno di una efficiente collaborazione ospedaliera-territoriale. Ne è l'esempio Unità operativa Semplice di Consultorio della ULSS 5 Polesana che per la fase immediatamente successiva al parto ha attivato un percorso di accompagnamento di mamma e bambino come continuità assistenziale per supportare la mamma in questo primo periodo della nuova avventura che andrà ad affrontare. Quest'ultimo offre:

- visite domiciliari, il consultorio offre sostegno alle famiglie e alla mamma durante il puerperio una o più visite domiciliari per risolvere con serenità dubbi relativi all'igiene del neonato, allattamento e problematiche sanitarie.
- baby party, un incontro in cui sono invitate le neomamme insieme ad i loro partner e i loro bambini, durante il quale avviene la conoscenza dei rispettivi bambini, di condivisione dell'esperienza "parto" e "dopo parto". Le ostetriche ed educatrici del consultorio contattano telefonicamente i neo-genitori che hanno frequentato il corso pre parto per invitarli all'incontro
- corsi di massaggio del neonato, un modo di stare col proprio bambino: grazie al massaggio si può proteggere e stimolare la crescita e la salute del bambino. (www.aulss5.veneto.it)

5.3 Supporto telefonico

Il counselling telefonico rappresenta un'utile forma di assistenza sanitaria.

Secondo uno studio, svolto nel 2010 a Libano, l'utilizzo del servizio di linea verde per il supporto post-partum si è molto richiesto nelle prime quattro settimane e le domande spesso riguardavano l'allattamento al seno, l'assistenza neonatale di routine e la gestione di un bambino agitato. (Osman et al., 2010)

Alcune evidenze, infatti, sostengono che il supporto telefonico possa risultare valido in specifici settori dell'assistenza alla maternità, sia per quanto riguarda il sostegno dell'allattamento al seno sia per la prevenzione di disturbi depressivi caratteristici del periodo puerperale (Lavender et al., 2013; Dennis & Kinston, 2008).

A volte la mamma ha semplicemente bisogno di chiarire un dubbio, confermare un'ipotesi sulle cure neonatali di routine, e non ha nessuno a cui chiedere tranne che a un operatore sanitario. Per questo il telefono è considerato un mezzo di comunicazione accettabile ed accessibile, ampiamente utilizzato ed in grado di ridurre le barriere geografiche e fisiche. (Tahir & Al-Sadat, 2013).

Il supporto telefonico consente un miglioramento della qualità di vita dei genitori con riduzione del loro livello di stress (Ericson et al., 2013, Coffield, 2008).

CAPITOLO 6

INDAGINE SPERIMENTALE NELL'AULSS 5 POLESANA – SEDE DI ROVIGO: ANALISI DEL FABBISOGNO EDUCATIVO

6.1 Background

Il lavoro della tesi è stato svolto presso l'AULSS 5 Polesana. Nello specifico l'intervista è stata inserita all'interno della unità operativa complessa (di seguito per praticità di lettura abbreviato in UOC) di Pediatria, che a sua volta collabora con la UOC di Ginecologia e Ostetricia nella gestione delle puerpere durante il periodo di degenza dopo il parto. Le ostetriche, le infermiere e i pediatri sorvegliano e vigilano sulle neomamme offrendo loro supporto psicologico, fisico e formativo per cercare di alleviare le insicurezze e dubbi, soprattutto delle primipare, sulle cure primarie del neonato.

L'UOC dispone di circa 20 posti letto in stanze da 2 o 3 posti letto muniti di servizi igienici dedicati all'ostetricia e in caso di necessità ci si può appoggiare al reparto di degenza di Ginecologia attiguo. Il reparto è dotato di una zona filtro in cui vengono accolte le donne all'ingresso fino alla refertazione del tampone COVID molecolare.

La sezione Nido, appartenente alla UOC di Pediatria, è inserita all'interno del contesto della UOC di Ginecologia e Ostetricia per una migliore integrazione delle puerpere e per favorire la comunicazione con il personale ostetrico.

All'interno della UOC di Ginecologia e Ostetricia è inserito il blocco parto che include:

- tre sale parto
- due sale operatorie per il taglio cesareo sia programmato che in urgenza/emergenza.

Il presidio ospedaliero collabora con il territorio organizzando il corso pre-parto, consigliato dalla ventiquattresima settimana di gestazione e ha come obiettivo di accompagnare la coppia ad una genitorialità responsabile nel periodo, che porta alla nascita di un bambino.

Punto nascita dell'ULSS 5 Polesana si dedica all'accoglimento dei neonato a partire dalla 34° settimana gestazionale. Le gravidanze a rischio parto pretermine medio-

grave (inferiori a trentaquattresima settimana gestazionale), vengono trasferiti in Punti nascita con uno standard più elevato dell'assistenza neonatale.

6.2 Obiettivi

L'obiettivo di questo studio è indagare il fabbisogno educativo delle neomamme nel gestire il proprio neonato nei primi giorni di vita e una volta dimessi a casa e individuare gli argomenti dove le mamme si sentono meno sicure e meno formate. Tale studio si propone come primo passo per implementare un percorso formativo adattandolo alle esigenze emerse durante l'elaborazione delle risposte.

6.3 Setting e popolazione

L'indagine è stata svolta presso l'Azienda ULSS 5 Polesana, all'interno della UOC di Ostetricia e Ginecologia di Rovigo, nel periodo compreso tra giugno 2023 ed ottobre 2023, previa approvazione del progetto del Direttore della UOC di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, della Responsabile del Personale Infermieristico, Ostetrico o Area Tecnica di Dipartimento e della Coordinatrice infermieristica.

Nella UOC di Ostetricia durante il parto viene applicata la filosofia di "umanizzazione della nascita", garantendo la libertà nel movimento, la presenza di una persona di fiducia della donna, la riduzione della medicalizzazione, l'espletamento del parto in libere posizioni, il clampaggio tardivo del cordone ombelicale.

Al momento della nascita viene praticata la tecnica "skin-to-skin", ovvero il bambino viene adagiato sul corpo nudo della mamma fino a due ore, escludendo eventuali necessità. In tal modo viene scaldato, nutrito e coccolato. Le neomamme vengono incoraggiate a comprendere quando il neonato è pronto a poppare, offrendo loro aiuto se necessario (attacco al seno precoce). Nel caso del neonato sano, le procedure assistenziali iniziali neonatali (ad es. profilassi di routine, la visita pediatrica) vengono posticipate di qualche momento per non interferire nell'intimità tra bambino e genitori. Le Infermiere dell'Assistenza Neonatale, così come le Ostetriche di reparto, assistono le neomamme e il neonato, dando indicazioni sul buon attacco e sulla spremitura manuale della mammella entro le prime sei ore dal parto. Ogni mattina viene monitorato il peso neonatale per la valutazione del calo fisiologico.

Dopo le 48 ore di vita a tutti i neonati viene eseguito lo screening delle malattie metaboliche, screening per la determinazione precoce dell'ipoacusia, altri eventuali indagini come esami diagnostici, radiologici o laboratoristici in caso di necessità cliniche.

Inoltre, durante la degenza vengono effettuati colloqui informativi su allattamento al seno, Progetto GenitoriPiù e prevenzione della SIDS.

Al momento della dimissione ad ogni paziente viene consegnato il Libretto Sanitario del bambino, in cui è possibile trovare: lettera di dimissione, numeri telefonici attivi 24 h su 24 per problematiche relative all'allattamento e al puerperio, libretto sull'allattamento al seno (o sull'alimentazione artificiale per le mamme che per necessità o per scelta alimentano i neonati con latte adattato), indirizzi web su vaccinazioni e allattamento materno, indicazioni su come somministrare le vitamine.

Nello studio sono coinvolte le donne rispondenti ai seguenti criteri di inclusione:

- Puerpera che ha partorito presso AULSS 5 Polesana
- Neonato vivo al momento della compilazione del questionario
- Neonato a termine, pretermine e post termine
- Tipologia di parto
- Qualsiasi età materna
- Qualsiasi nazionalità

Il questionario è anonimo, per garantire la privacy durante la compilazione del questionario.

6.4 Materiali e metodi

Il lavoro svolto consta di due fasi:

- la somministrazione di un questionario a risposta multipla (Allegato 1), auto-compilato dalle mamme durante il puerperio ospedaliero;
- la progettazione degli interventi per migliorare l'assistenza sanitaria rafforzando l'offerta formativa rivolta alle neomamme attraverso un corso teorico-pratico sulla gestione del neonato (cambio pannolino, medicazione del moncone, prevenire la SIDS, introduzione del tocco neonatale) con particolare attenzione ai neonati con lieve prematurità. L'incontro, attualmente in fase di progettazione, prevede un incontro pomeridiano di

20-30 minuti, in occasione del quale l'infermiera spiegherà la procedura che sta facendo (es.: medicazione del moncone), i benefici e risponderà ai dubbi che manifesterà la neomamma. Questo aspetto è meglio descritto nel capitolo sette della presente tesi.

Di seguito è riportato il cronogramma dell'indagine che riporta le sequenze, la durata e l'arco temporale delle attività del progetto (Grafico 2).

	APR 23	MAG 23	GIU 23	LUG 23	AGO 23	SET 23	OTT 23
Pianificazione dell'indagine							
Somministrazione questionario							
Raccolta dati questionari							
Elaborazione ed analisi dei dati							
Progettazione interventi di formazione							

Grafico 1: Attività del progetto

I dati raccolti sono stati inseriti nel programma Microsoft Excel 2013, dove sono stati rielaborati e creati i grafici.

Al fine di una ricerca più omogenea in relazione alle precedenti esperienze delle neomamme, l'elaborazione dei dati di alcune domande è stata suddivisa in due gruppi per poter meglio analizzare le mancate conoscenze delle neomamme durante la gestione del neonato.

6.4.1 Metodologia della ricerca

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

P: neomamme
&P: gestione del neonato
I: indagine attraverso un questionario
C: /
O: conoscenze delle neomamme

La prima fase di questa tesi ha previsto una revisione della letteratura internazionale sul tema d'indagine. Sono stati consultati i siti istituzionali in ambito materno-

infantile, motori di ricerca *Google* e *Google Scholar* e banca dati *PubMed*, combinando termini MeSh e parole libere ed utilizzando in maniera crociata le seguenti parole chiavi: childbirth, golden hour, first bath, new-mother skills, managing newborn, light premature, post-partum care, educative needs, konownledge.

Lo studio è stato successivamente integrato con articoli e linee guida internazionali reperiti nei siti ufficiali.

6.4.2 Strumento e variabili di indagine

Per la realizzazione del questionario di raccolta dati utilizzato per l'indagine è stata effettuata un'analisi della letteratura che ha permesso di consultare vari argomenti di interesse.

Il questionario somministrato (Allegato 1) è costituito dalla parte introduttiva per la presentazione del lavoro alla donna, 21 domande a scelta multipla tra 2 e 4 opzioni.

Le prime domande hanno permesso di rilevare informazioni riguardanti aspetti demografici, clinici relativi alla gravidanza e al parto; le successive domande erano atte a verificare le competenze e necessità di formazione riguardo 4 macroaree:

- allattamento al seno
- conoscenza e prevenzione della SIDS
- cure neonatali: medicazione del moncone, bagnetto e tocco neonatale
- gestione e comfort del neonato

6.5 Risultati

Allo studio hanno partecipato n. 56 donne, reclutate nel periodo compreso tra giugno e settembre 2023. L'età delle donne è compresa tra 24 e 40 anni (media $32,7 \pm 6.5$ anni).

Per quanto riguarda la modalità del parto, il 70% delle donne (n.38) ha avuto un parto spontaneo (PS), il 25% (n. 14) un taglio cesareo (TC) e il 5% (n.3) un parto operativo (PO) (Grafico 2)

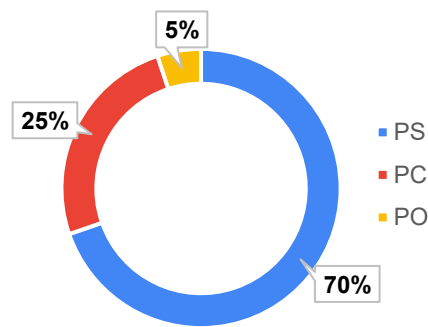


Grafico 2: Modalità del parto

L'82% (n.46) dei neonati era nato a termine, l'11% (n. 6) è post termine, mentre il 7% (n.4) erano nati pre-termine. (Grafico 3)

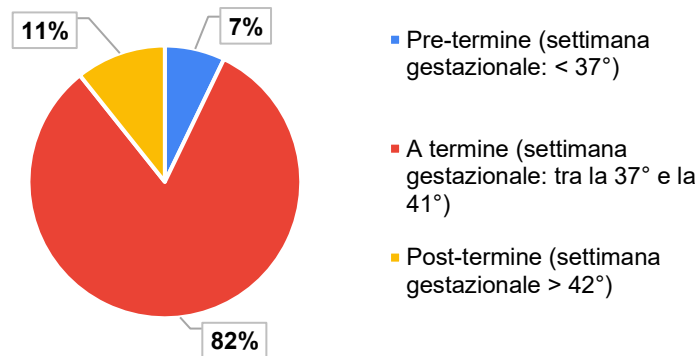


Grafico 3: Tipologia di neonato

Per quanto riguarda il numero di figlio il primo figlio rappresenta il 48% (n. 27), secondo figlio 36% (n. 20), terzo 1% (n.6) e quarto figlio più 5% (n. 3) (Grafico 4)

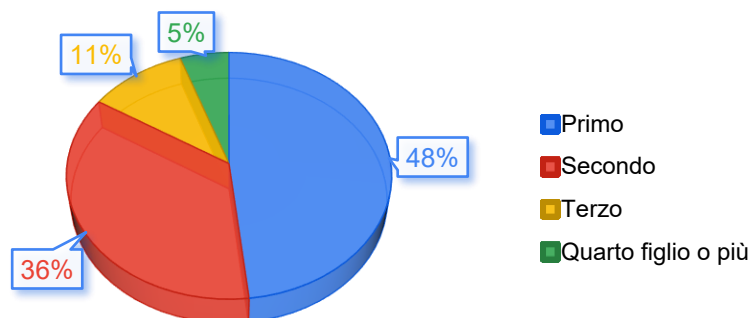


Grafico 4: Numero di figlio

Alla domande inerente alla preoccupazione nel gestire neonato a casa dopo la dimissione, il 39 % (n.21) ha risposto di non essere preoccupata in quanto a casa ha un supporto familiare, il 35% (n. 19) ha risposto che non sono preoccupate in quanto questa non è la loro prima esperienza di gravidanza, il 9% (n.5) ha risposto di essere preoccupata anche se non è la prima esperienza e il 17% (n.9) ha risposto di essere preoccupate in quanto è il loro primo figlio/a. (Grafico 5)

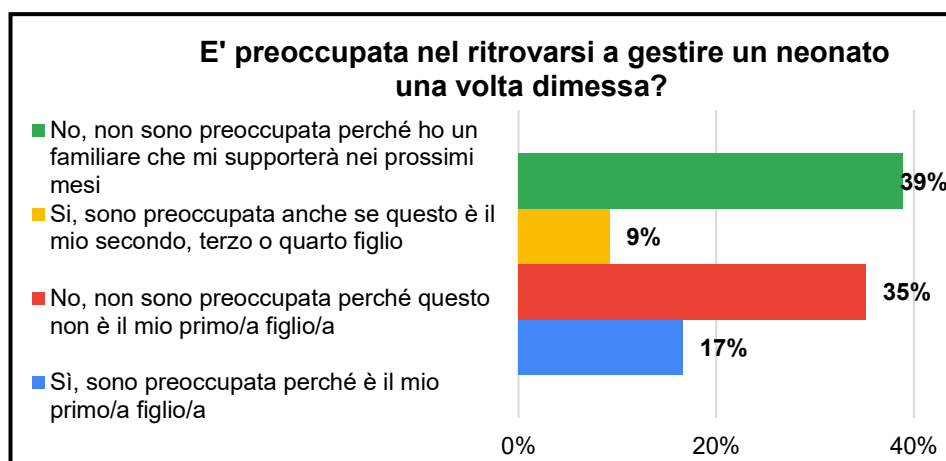


Grafico 5: Domanda sulla preoccupazione una volta dimessa (tutte neomamme)

Per quanto riguarda le primipare, il 35% (n. 9) ha riferito di essere preoccupata, mentre il 65% (n. 17) ha risposto di avere un supporto familiare a casa. (Grafico 6)

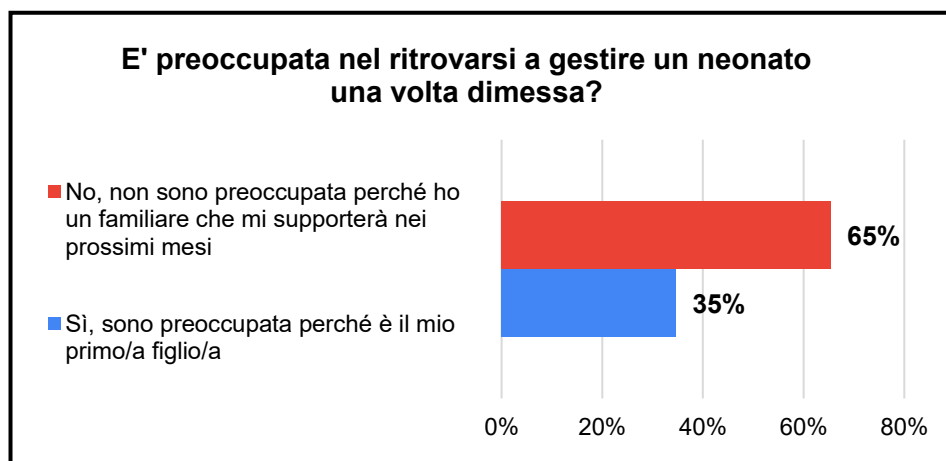


Grafico 6: Domanda sulla preoccupazione una volta dimessa (primipare)

Prevenzione SIDS:

Nella seguente tabella vengono riportate le risposte inerenti alla conoscenza della prevenzione della SIDS sia di tutte neomamme sia per le neomamme alla prima esperienza. (Tabella IV)

A casa, quando il bimbo dorme preferisce tenerlo?	Nel letto con Lei	Nella propria culla		
Primipare	0%	27 (100%)		
Tutte neomamme	5 (9%)	51 (91%)		
Secondo lei, qual è la temperatura ambientale ideale per un neonato?	15-18°	18-20°	21-25°	> 25
Primipare	0%	6 (22%)	16 (59%)	5 19
Tutte neomamme	1 (2%)	17 (30%)	32 (57%)	6 (11%)
Hai mai sentito l'acronimo SIDS?	Sì, so cos'è	No, non ho mai sentito	Non mi ricordo	
Primipare	16 (59%)	6 (22%)	5 (19%)	
Tutte neomamme	34 (61%)	10 (18%)	12 (21%)	
Che posizione deve mantenere il bimbo che dorme nella culla?	Con la pancia in su	Con la pancia in giù	Qualsiasi posizione va bene	
Primipare	27 (100%)	0%	0%	
Tutte neomamme	55 (98%)	0 (0%)	1 (2%)	
Secondo lei, l'utilizzo del ciuccio è consigliato?	Sì, per calmare il bambino	No, è assolutamente vietato	Sì, si può dare tra una poppata e l'altra, tranne i primi giorni di vita	No, si deve evitare l'utilizzo del ciuccio fino alla stabilizzazione dell'allattamento
Primipare	4 (15%)	2 (7%)	9 (33%)	12 (44%)
Tutte neomamme	5 (9%)	5 (9%)	17 (31%)	28 (51%)

Tabella IV: Sintesi delle risposte sulla SIDS

Le risposte sull'allattamento:

Le risposte sull'allattamento sono riportate nei seguenti grafici. Per quanto riguarda la frequenza di allattamento l'83% (n. 45) ha risposto almeno 3-4 volte e comunque tutte le volte che dimostra sintomi di fame, il 17% (n. 9) ha risposto ogni 3 ore, mentre nessuno ha risposto cinque volte al giorno (Grafico 7)

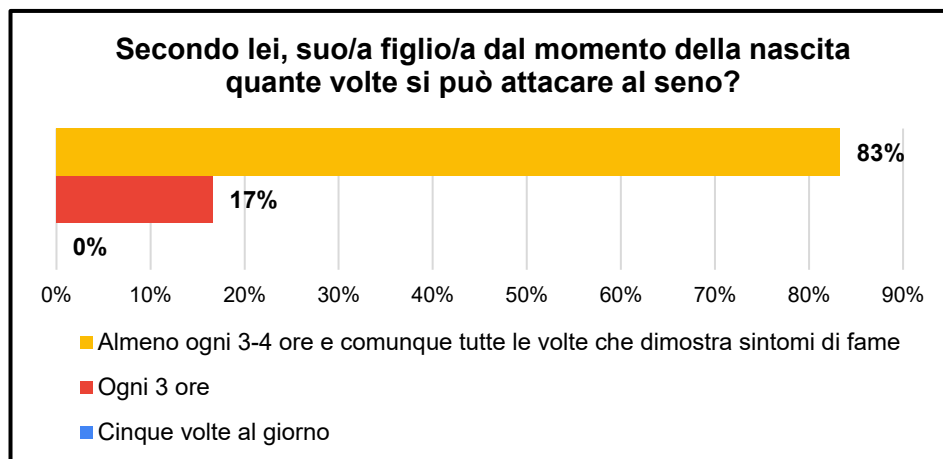


Grafico 7: Frequenza di allattamento

L'80% (n.43) delle donne ha risposto che sintomo di fame sono quando il neonato gira la testa da una parte all'altra e porta la mano alla bocca, il 13% (n.7) ha risposto pianto, mentre il7% (n.4) ha risposto pianto disperato. (Grafico 8)

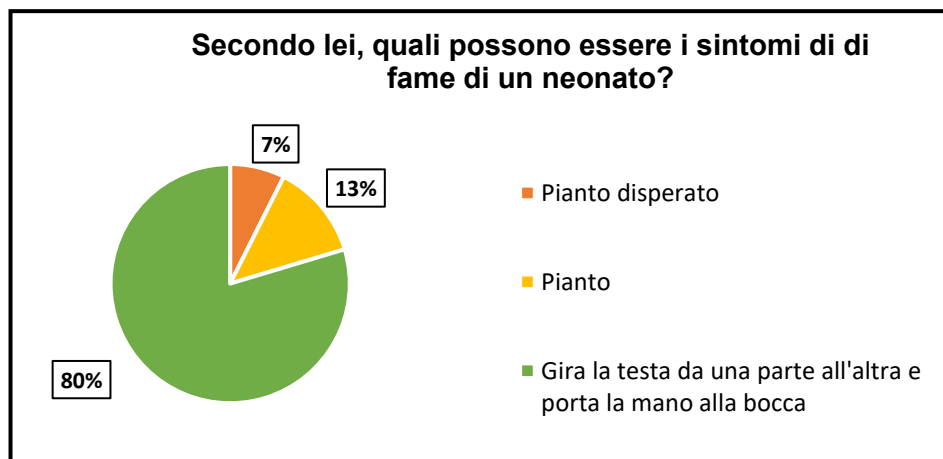


Grafico 8: Sintomi di fame

La domanda sulla regola dell'OMS riguardante l'allattamento esclusivo al seno a richiesta del neonato senza interferire con succhiotto passatempo e latte artificiale ha fatto quasi la spartizione a metà: il 56% (n. 29) ha risposto no, mentre il 44% (n.23) ha risposto sì. (Grafico 9)

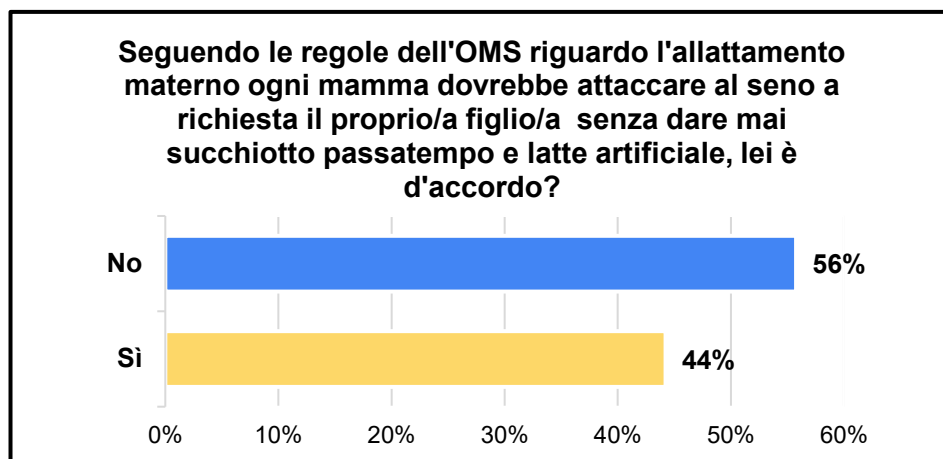


Grafico 9: Domanda sull'allattamento esclusivo

Sugli interventi da fare se il neonato dopo una poppata non si calmi ha prodotto le seguenti risposte: il 51% (n.28) ha risposto di tenerlo in braccio in contatto con la propria pelle, il 44% (n. 24) ha risposto cercare di calmarlo e provare a riattaccarlo al seno, il 5% (n. 3) ha risposto dare il ciuccio passatempo, mentre nessuno ha risposto dare un biberon di latte artificiale. (Grafico 10)

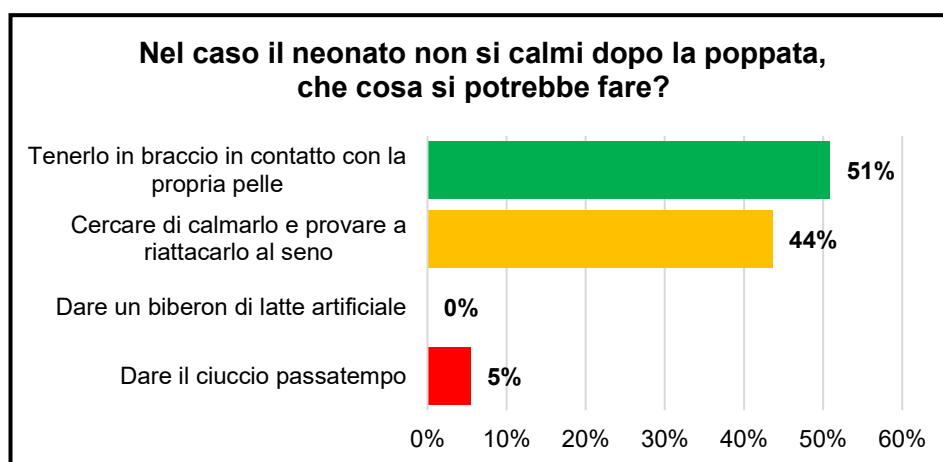


Grafico 10: Come calmare il neonato

Cure neonatali: medicazione del moncone, bagnetto, tocco neonatale

Per quanto riguarda la frequenza del cambio medicazione del moncone, il 66% (n. 37) ha risposto ogni cambio pannolino, il 23% (n.13) ha risposto solo quando la medicazione risulta essere sporca, l'11% (n. 6) ha risposto una volta al giorno, mentre nessuno ha risposto due volte al giorno. (Grafico 11)

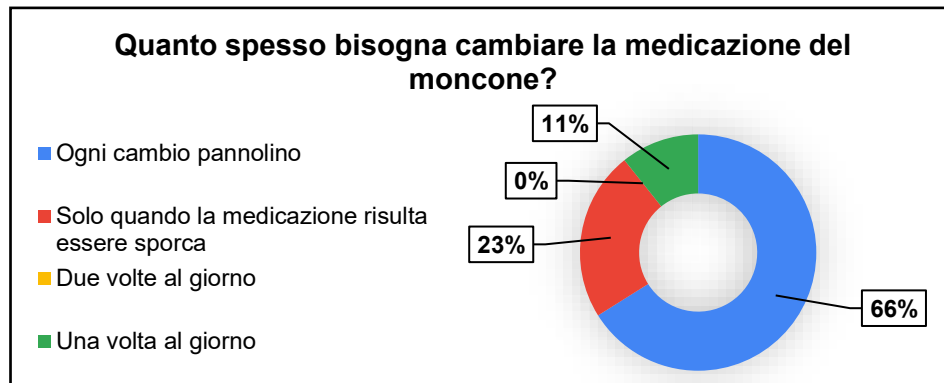


Grafico 11: Frequenza della medicazione del moncone

Il 49% (n. 27) delle neomamme ha frequentato il corso pre-parto, di cui il 36% (n. 20) ha trattato argomenti sulla cura del neonato, mentre il 13% (n. 7) non ha trattato. Il restante 51% (n. 28) non ha frequentato nessun corso. Da qui è scaturito l'interessamento per sottogruppo delle neomamme alla prima esperienza: il 66% (n.18) ha partecipato al corso preparato, di cui 44% (n. 12) hanno trattato argomenti sulle cure del neonato, mentre il 22% (n.6) non ha trattato. Non hanno frequentato nessun corso-preparto il 33% (n. 9). (Grafico 12)

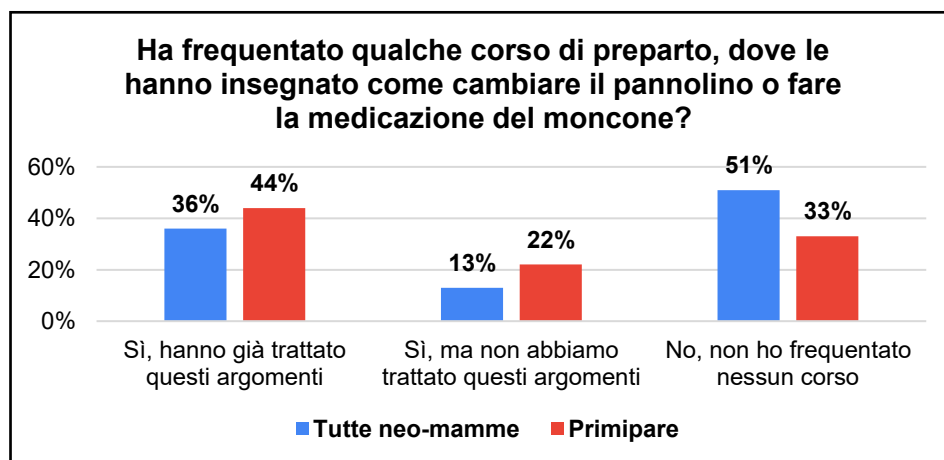


Grafico 12: Frequentazione corso pre-parto, confronto tra tutte neomamme e primipare

Il 62% (n. 31) ha risposto che il tocco neonatale è un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori per favorire la crescita a livello motorio, cognitivo e sociale, il 36% (n. 18) ha risposto che è un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori, il 2% (n. 1) ha risposto che non è un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitore, mentre nessuno ha risposto è un metodo di

facilitazione nella comunicazione neonato-genitori per favorire la crescita sociale (Grafico 13)

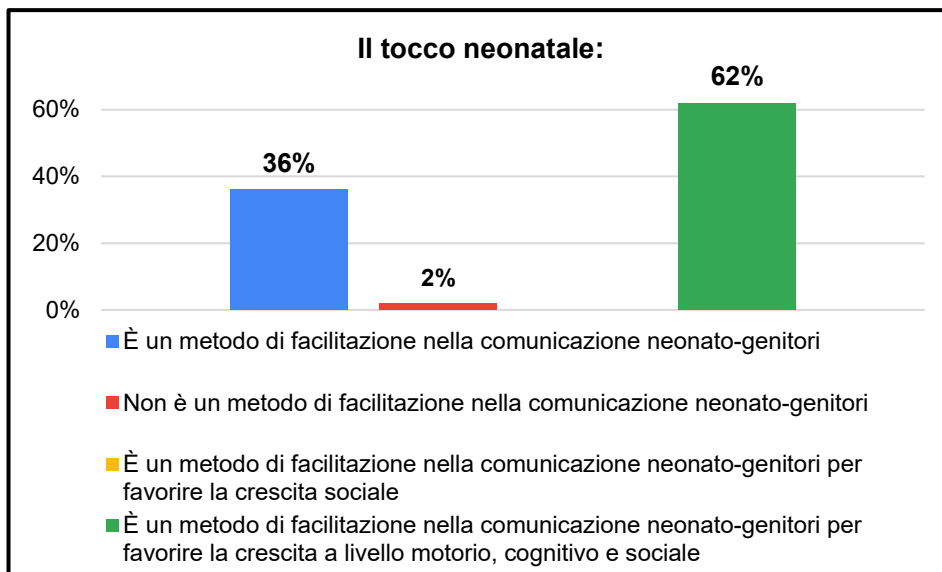


Grafico 13: Il tocco neonatale

Nel saper fare il bagnetto al neonato, le risposte analizzate da tutte le neomamme e primipare erano significativamente differenti. In generale, il 56% (n. 30) delle donne ha risposto di saperlo fare, il 33% (n. 18) non sa farlo ma le piacerebbe imparare, mentre l'11% (n. 6) non sa farlo ma ha un supporto familiare a casa; mentre, per quanto riguarda le primipare, il 19% (n. 5) ha risposto di saperlo fare, il 63% (n. 17) non sa farlo ma le piacerebbe imparare, mentre il 19% (n. 5) non sa farlo ma ha un supporto a casa. (Grafico 14)

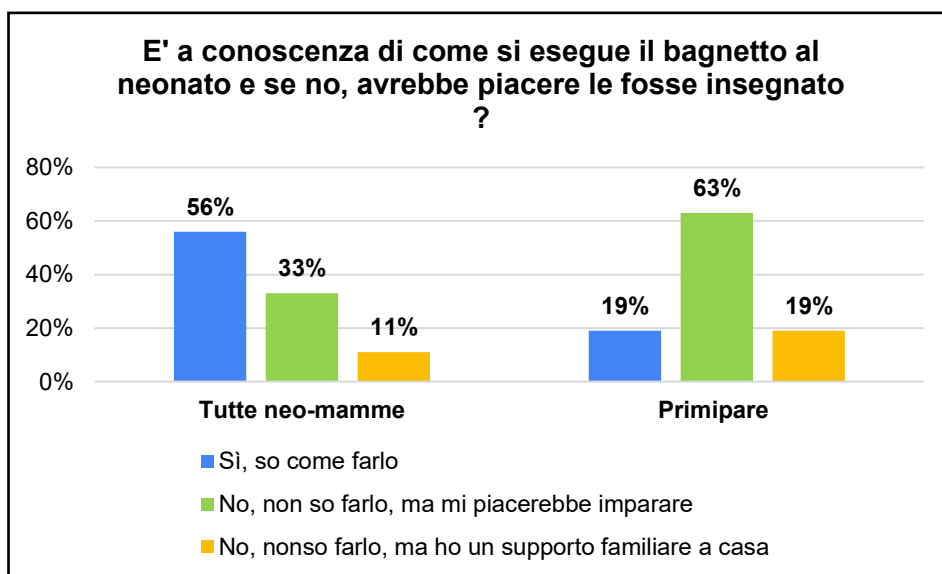


Grafico 14: Esecuzione del bagnetto, confronto tra tutte neomamme e primipare

Gestione e comfort del neonato:

Il 72% (n. 39) delle neomamme ha risposto che la temperatura cambia rispetto all'adulto e che neonato deve essere scaldato di più, mentre il 28% (n. 15) ha risposto che non cambia e che la percezione è la stessa. (Grafico 15)

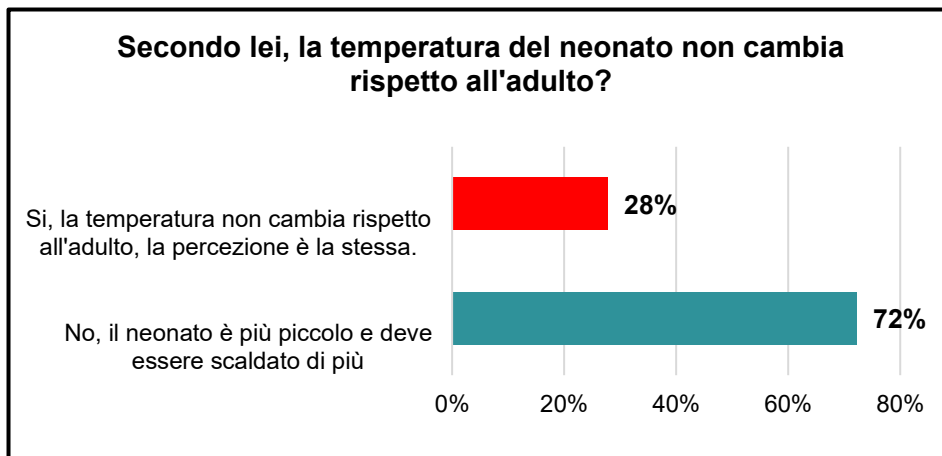


Grafico 15: Temperatura

Il 96% (n. 53) delle donne ha risposto che la temperatura va rilevata sotto l'ascella o rettale (nel sederino), mentre il 4% (n. 2) ha risposto che basta toccare con le labbra la fronte. (Grafico 16)

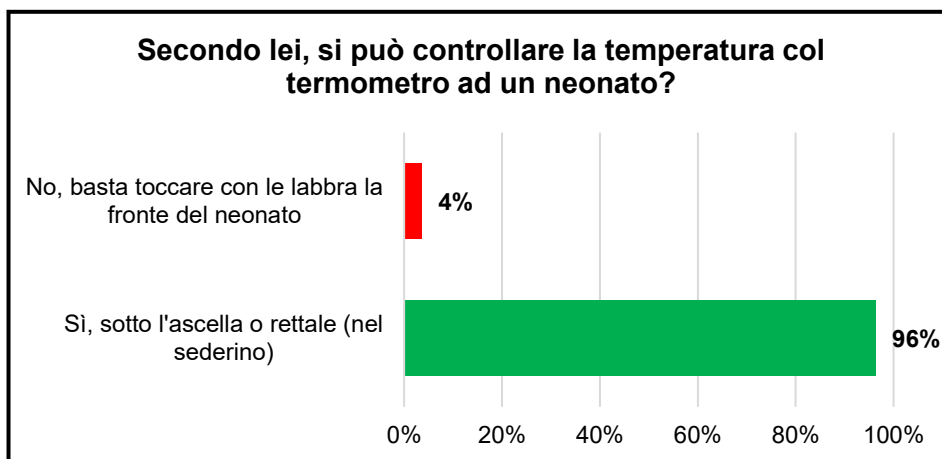


Grafico 16: Misurazione della temperatura

Per quanto riguarda l'attenzione nell'uscire di casa con il neonato nei primi giorni, il 96% (n. 52) ha risposto che si può uscire anche dai primi giorni, preferibilmente evitando locali chiusi e affollati e prediligendo le ore più calde d'inverno e più fresche d'estate, il 4% (n. 2) ha risposto dopo 40 giorni, mentre nessuno ha risposto che può anche dai primi giorni senza particolari attenzioni. (Grafico 17)

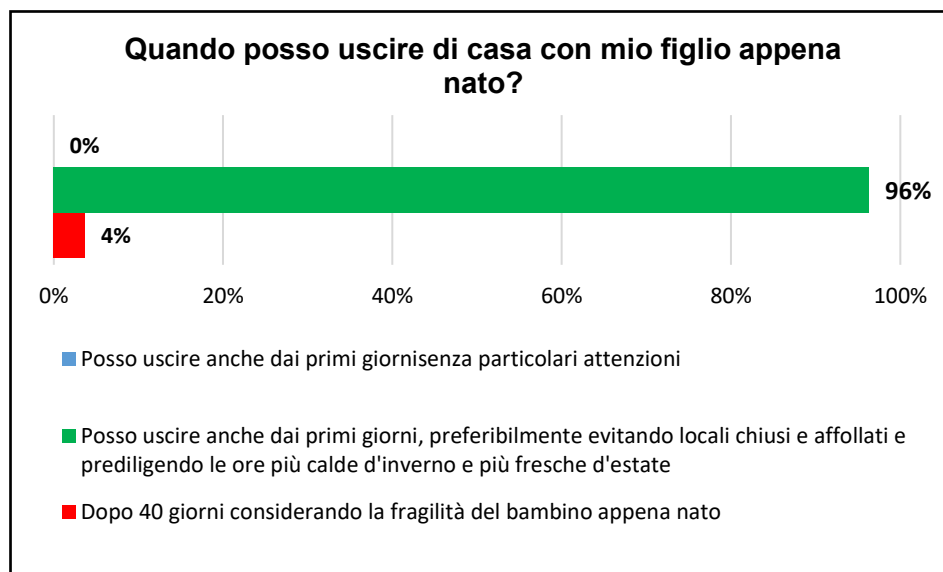


Grafico 17: Uscire fuori di casa

6.6 Discussione

L'indagine in accordo con gli studi presenti in letteratura conferma che le donne si sentono impreparate all'esperienza soprattutto alla prima maternità e sulla preparazione pratica della cura del bambino. Il 35% (n.9) delle neomamme primipare ha espresso la preoccupazione nel gestire il proprio figlio una volta dimessi a domicilio, mentre il 65% (n. 17) delle mamme ha risposto di poter beneficiare di un supporto familiare nei primi giorni di vita del neonato. (Grafico 6) (Barnes et al., 2008; Nazura, A., Aziz, Lee, K., 2014)

Dall'indagine svolta è emersa una buona conoscenza sulle principali linee guida per la prevenzione della SIDS: il 91% delle donne (n. 51) ha risposto corretto riferendo che il bambino deve dormire nella propria culla e il 98% delle donne (n. 55) ha risposto che il bambino deve dormire con la pancia in su. Queste due accorgimenti che sono molto semplici giocano un ruolo fondamentale nei primi mesi del neonato in quanto prevengono la morte in culla. (Willinger, M. et al, 1994) (Tabella IV)

Per quanto concerne la temperatura ambientale la metà ha sbagliato: il 57%, ovvero (n. 32) delle donne ha ritenuto 21-25° C la temperatura ambientale ideale e non come raccomanda l'OMS 15-18° C. (vedi tabella IV).

Il 72% delle donne (n. 39) ha risposto che il neonato è più piccolo e deve essere scaldato di più. In effetti, spesso i genitori hanno paura che il bimbo soffra di freddo,

lo coprono senza rendersi conto che forse il pericolo possa essere il surriscaldamento del neonato. (Grafico 15)

Per quanto riguarda l'utilizzo del ciuccio solo la metà delle mamme sa che quest'ultimo non si può dare nei primi giorni di vita fino alla stabilizzazione dell'allattamento il 51% (n. 28) donne. (Vedi tabella IV).

Confrontando la partecipazione al corso di pre-parto tra tutte le neomamme e le primipare è risultato che il 51% (n. 28) di tutte le neomamme non ha frequentato nessun corso pre-parto; per quanto riguarda le primipare, quest'ultime hanno manifestato una soglia più elevata di partecipazione, in quanto il 66% (n.18) di tutte le primipare lo ha frequentato, il che conferma la letteratura scientifica, le donne sono motivate a frequentare i corsi pre-parto per il bisogno di informazioni, ma soprattutto per ridurre l'ansia e aumentare la fiducia nelle proprie capacità. (Mueller et al., 2020) (Grafico 12)

Metà delle puerpere non conosce le potenzialità del massaggio neonatale, in quanto solo il 62% (n. 31) ha risposto giusto riferendo che il tocco neonatale è un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori per favorire la crescita a livello motorio, cognitivo e sociale. Per questo motivo il progetto in itinere che include anche una parte dedicata al massaggio neonatale sarà un intervento molto utile e che comporterà benefici a entrambi, genitori e bambino. (Grafico 13)

Dalle risposte date alla domanda sull'alimentazione esclusiva al seno si può dedurre che non tutte le mamme conoscono le regole dell'OMS in merito a questo argomento in quanto solo il 44% (n. 23) delle donne ritiene giusto alimentare il neonato con il latte materno senza dare mai succhiotto passatempo o latte artificiale. (Grafico 9)

Altri due punti da prendere in considerazione per implementare la formazione pratica di tutte le neomamme, ma specialmente quelle alla prima esperienza sono: l'esecuzione del bagnetto, in quanto il 63% (n. 18) non sa fare il bagnetto e ha manifestato il desiderio di imparare (Grafico 14); la frequenza del cambio medicazione del moncone, il 66% (n.37) delle neomamme ha risposto correttamente riferendo che quest'ultima va eseguita ogni cambio pannolino. (Grafico 11)

6.7 Conclusioni

Anche se l'età materna per la gravidanza è sempre più matura e vi sia una valida partecipazione ai corsi pre-parto delle primipare, ciò non comporta che la neo-mamma si senta più sicura e non abbia bisogno di un supporto nel gestire un neonato i primi giorni di vita.

Poiché l'assistenza sanitaria include in sé tre parole prevenire, curare ed educare, è importante che la neomamma sia indirizzata, sostenuta e formata dalle ostetriche, infermiere e pediatri sui dubbi e perplessità nella gestione del proprio bimbo, affinché questa esperienza positiva possa contribuire al benessere di entrambi madre-neonato, ma anche di tutta la famiglia.

L'indagine ha voluto indagare il fabbisogno formativo delle neomamme attraverso un questionario con le risposte multiple sulle macro-aree: prevenzione della SIDS, allattamento, cure neonatali (medicazione del moncone, tocco neonatale), gestione e comfort del neonato.

In generale le neomamme hanno una buona preparazione sulla gestione del neonato. Nonostante ciò, sono emersi alcuni punti critici che meritano essere rinforzati attraverso un'informazione e formazione.

I limiti dello studio sono rappresentati dall'esiguità del campione e dalla mancanza di confronto con uno studio simile per osservare le differenze; inoltre sarebbe stato utile precisare livello di istruzione e conoscenza della lingua italiana.

Gli interventi educativi per le neomamme, in particolare per quanto riguarda la fase di dimissione dai punti nascita, sono ancora un tema poco trattato in letteratura, ma rappresentano una risorsa da valorizzare, perfezionare e potenziare. È importante preparare le madri (e anche i padri, laddove sia possibile) al rientro a casa, al fine di aiutarle ad affrontare e superare le normali preoccupazioni, nonché dare loro indicazioni sulla continuità assistenziale.

CAPITOLO 7

INNOVAZIONE NELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE E PRATICA PER L'ASSISTENZA

Il progetto formativo per una miglior gestione del neonato, con particolare attenzione al lieve prematuro, avvicinare le neomamme alla tecnica del massaggio neonatale attualmente è in itinere.

I metodi dell'intervento formativo sono:

- formazione sul campo durante il ricovero
- creazione di due schede differenziate (una per neonati a termine e una per neonati con lieve prematurità) con determinati punti da raggiungere e spuntare da parte del personale infermieristico della UOS Nido e Neonatologia.

Attualmente nella ULSS 5 Polesana è stato progettato e approvato dal Direttore della UOC di Pediatria il corso formativo indirizzato agli operatori sanitari e intitolato "Il neonato con lieve prematurità: aspetti di gestione medica e infermieristica". Il corso prevede due incontri di due ore ciascuno, di cui il primo è previsto per il 27 novembre 2023. La struttura del corso prevede il seguente programma:

- introduzione del progetto
- tipologia del neonato prematuro (età gestazionale: 34-36° settimana) e aspetti medici trattati dal primario di Pediatria;
- approccio della neomamma con il neonato prematuro
- ambiente delicato del bambino (renderlo più possibile simile all'utero materno)
- alimentazione: benefici dell'alimentazione esclusiva al seno, la sua stimolazione
- tocco e massaggio neonatale

Questo corso ha intenzione di formare gli infermieri in modo tale che possano usare queste nuove conoscenze e competenze per trasmetterle alle neomamme.

Questa tesi ha affrontato i primi due punti di un processo formativo, composto da quattro fasi. Si è voluto analizzare i bisogni formativi e progettare l'intervento. Per quanto riguarda l'erogazione e la valutazione dei risultati, questa tesi, a causa delle tempistiche, non è riuscita ad affrontarli.

Si spera che questa tesi e il corso di formazione degli operatori possa contribuire a realizzare un vero e proprio Piano Formativo utilizzabile nel reparto di UOC di Pediatria, sezione Nido, così da poter erogare un servizio formativo per le neomamme e tramite un altro questionario verificarne l'efficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. Barnes, M., Pratt, J., Finlayson, K., Courtney, M. D., Pitt, B., & Knight, C. L. (2008). Learning about Baby: What new mothers would like to know. *Journal of Perinatal Education*, 17(3), 33–41.
<https://doi.org/10.1624/105812408x329584>
2. Coffield, K., (2008) The benefits of phone support and home visits: an evaluation of the City of Kingston's Breastfeeding Support Service. *PubMed*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19133399/4>
3. Cuijlits, I., Van De Wetering, A. P., Endendijk, J. J., Van Baar, A. L., Potharst, E. S., & Pop, V. J. (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 768–785.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21811>
4. Cusick, S. E., Georgieff, M., & Rao, R. (2018). Approaches for reducing the risk of Early-Life iron Deficiency-Induced brain dysfunction in children. *Nutrients*, 10(2), 227. <https://doi.org/10.3390/nu10020227>
5. Daniel, D. G., & Weerakkody, A. (1996). Neonatal prevention of iron deficiency. *BMJ*, 312(7038), 1102–1103.
<https://doi.org/10.1136/bmj.312.7038.1102d>
6. Dennis, C., & Kingston, D. (2008). A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 301–314.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x>
7. Ericson, J., Eriksson, M., Hellström-Westas, L., Hoddinott, P., & Flacking, R. (2018). Proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants after discharge: a randomised controlled trial. *Acta Paediatrica*, 107(5), 791–798. <https://doi.org/10.1111/apa.14257>
8. Fogarty, M. J., Osborn, D. A., Askie, L., Seidler, A. L., Hunter, K. E., Lui, K., Simes, J., & Tarnow-Mordi, W. (2018). Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(1), 1–18.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.231>

9. Gemble, A., Hubert, C., Borsa-Dorion, A., Dessaint, C., Albuissou, E., & Hascoët, J. (2020). Knowledge assessment of sudden infant death syndrome risk factors in expectant mothers: A prospective monocentric descriptive study. *Archives De Pédiatrie*, 27(1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.10.012>

10. Graves, B. W., & Haley, M. M. (2013). Newborn transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 662–670. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12097>

11. Gregoire, A. (1995). Hormones and postnatal depression. <https://www.semanticscholar.org/paper/Hormones-and-postnatal-depression-Gregoire/85b684ea314ca5cf192f4a01cef77011bac40d15>

12. Hillman, N. H., Kallapur, S. G., & Jobe, A. H. (2012b). Physiology of Transition from Intrauterine to Extrauterine Life. *Clinics in Perinatology*, 39(4), 769–783. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2012.09.009>
<https://doi.org/10.1542/peds.93.5.814>

13. Ickovics, J. R., Kershaw, T., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., & Rising, S. S. (2007). *Group prenatal care and perinatal outcomes. Obstetrics & Gynecology*, 110(2), 330–339. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000275284.24298.23>

14. James L. S., and Adamsons, K. Jr., M.D., Ph.D. 1964, Respiratory Physiology of the Fetus and Newborn Infant. *N Engl J Med* 1964; 271:1403-1409. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM196412312712707>

15. Jefferies, A. L. (2014a, January 1). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *PubMed Central (PMC)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938219/>

16. Kc, A., Peven, K., Ameen, S., Msemo, G., Basnet, O., Ruysen, H., Zaman, S. B., Mkony, M., Sunny, A. K., Rahman, H., Shabani, J., Bastola, R. C., Assenga, E., Kc, N. P., Arifeen, S. E., Kija, E., Malla, H., Kong, S., Singhal, N., . . . Lawn, J. E. (2021). Neonatal resuscitation: EN-BIRTH multi-country validation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(S1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03422-9>

17. Lamary, M., Bertoni, C. B., Schwabenbauer, K., & Ibrahim, J. (2023). Neonatal Golden Hour: a review of current best practices and available

- evidence. *Current Opinion in Pediatrics*, 35(2), 209–217.
<https://doi.org/10.1097/mop.0000000000001224>
18. Lavender, T., Richens, Y., Milan, S. J., Smyth, R., & Dowswell, T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *The Cochrane Library*, 2013(7).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd009338.pub2>
19. Lund, C. (2016). Bathing and beyond. *Advances in Neonatal Care*, 16(5S), S13–S20. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000336>
20. Lunze, K., & Hamer, D. H. (2012). Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *Journal of Perinatology*, 32(5), 317–324.
<https://doi.org/10.1038/jp.2012.11>
21. Maged, M., & Rizzolo, D. (2018). Preventing sudden infant death syndrome and other sleep-related infant deaths. *JAAPA*, 31(11), 25–30.
<https://doi.org/10.1097/01.jaa.0000546475.33947.44>
22. McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane Library*, 2015(12).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004074.pub3>
23. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Library*, 2016(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>
24. Mughal, S. (2022, October 7). Postpartum depression. StatPearls - *NCBI Bookshelf*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
25. Mueller, C. G., Webb, P. J., & Morgan, S. (2020). The effects of childbirth education on maternity outcomes and maternal satisfaction. *Journal of Perinatal Education*, 29(1), 16–22.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.29.1.16>
26. Nazura, A., Aziz, Lee, K., (2014). Malaysian primipara's knowledge and practice on newborn care during the postnatal period. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*
https://www.researchgate.net/profile/Lee-Khuan-2/publication/280571570_Malaysian_primipara's_knowledge_and_practice_o

n_newborn_care_during_the_postnatal_period/links/55bae89108aed621de0adb28/Malaysian-primiparas-knowledge-and-practice-on-newborn-care-during-the-postnatal-period.pdf

27. Osman, H., Chaaya, M., Zein, L. E., Naassan, G., & Wick, L. (2010). What do first-time mothers worry about? A study of usage patterns and content of calls made to a postpartum support telephone hotline. *BMC Public Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-611>
28. Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67–72. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>
29. Rabe, H., Díaz-Rossello, J. L., Duley, L., & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *The Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003248.pub3>
30. Rhoades, J., Bierut, T., Conner, S. N., Tuuli, M. G., Vesoulis, Z. A., Macones, G. A., & Cahill, A. G. (2017). Delayed Umbilical Cord Clamping at <32 Weeks' Gestation: Implementation and Outcomes. *American Journal of Perinatology*, 34(11), 1048–1053. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603591>
31. Sharma, D. (2016). Golden 60 minutes of newborn's life: Part 1: Preterm neonate. *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 30(22), 2716–2727. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1261398>
32. Sharma, D., Sharma, P., & Shastri, S. (2016). Golden 60 minutes of newborn's life: Part 2: Term neonate. *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 30(22), 2728–2733. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1261399>
33. Swanson, J. R., & Sinkin, R. A. (2015). Transition from Fetus to Newborn. *Pediatric Clinics of North America*, 62(2), 329–343. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.11.002>
34. Tahir, N. M., & Al-Sadat, N. (2013). Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.006>
35. Warren, S. L., Midodzi, W. K., Newhook, L. A., Murphy, P., & Twells, L. (2020). Effects of delayed newborn bathing on breastfeeding, hypothermia,

and hypoglycemia. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.004>

36. Watterberg, K. L., Aucott, S. W., Benitz, W. E., Cummings, J. J., Eichenwald, E. C., Goldsmith, J. P., Poindexter, B. B., Puopolo, K. M., Stewart, D. L., Wang, K. S., Ecker, J. L., Wax, J. R., Borders, A. E. B., El-Sayed, Y. Y., Heine, R. P., Jamieson, D. J., Mascola, M. A., Minkoff, H., Stuebe, A. M., . . . Wharton, K. R. (2015b). The Apgar score. *Pediatrics*, 136(4), 819–822. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2651>
37. Willinger, M., Howard, J., Hoffman, Hartford., R.B. (1994) Infant Sleep Position and Risk for Sudden Infant Death Syndrome: Report of Meeting Held January 13 and 14, 1994, *National Institutes of Health, Bethesda*. <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/93/5/814/59645/Infant-Sleep-Position-and-Risk-for-Sudden-Infant?autologincheck=redirected>

SITOGRAFIA

- AULLS 5 Polesana. Assistenza Neonatale – Ospedale di Rovigo. Carta di accoglienza
1202 (aulss5.veneto.it)
Ultima consultazione: Agosto 2023
- AULSS 5 Polesana, Percorso di accompagnamento di mamma e bambino
<https://www.aulss5.veneto.it/mys/apridoc/iddoc/603>
Ultima consultazione: Settembre 2023
- CeDAP (Certificato di assistenza al parto) – Analisi dell’evento nascita – anno 2021. (2021)
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf
Ultima consultazione: Settembre 2023
- Colombo, G., 2016, Con ragione e sentimento – Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo, Società Italiana di neonatologia - Ed. Biomedica
<https://blog.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2020/04/CON-RAGIONE-E-SENTIMENTO.pdf>
Ultima consultazione: Settembre 2023
- Di Psicologia, F., Transizioni difficili: diventare genitori nella nascita pretermine. (2012)
<https://publicatt.unicatt.it/handle/10807/41965>
Ultima consultazione: Settembre 2023
- Docsity, Circolazione fetale-caratteristiche del feto, Appunti di Pediatria. (2017)
<https://www.docsity.com/it/circolazione-fetale-caratteristiche-del-feto/2080702/>
Ultima consultazione: Agosto 2023
- Epicentro, Salute materno infantile - 4E-PARENT: il progetto europeo sul coinvolgimento dei padri. (2023)
<https://www.epicentro.iss.it/materno/4E-parent>
Ultima consultazione: Agosto 2023
- Epicentro, Salute materno infantile - Al via il progetto 4E-PARENT sul coinvolgimento dei padri nella genitorialità. (2023)
<https://www.iss.it/-/al-via-il-progetto-4e-parent-sul-coinvolgimento-dei-padri-nella-genitorialit%C3%A0>
Ultima consultazione: Settembre 2023
- Informarea, La tabella del punteggio di Apgar del neonato.
<https://www.informarea.it/la-tabella-del-punteggio-di-apgar-del-neonato/>
Ultima consultazione: Luglio 2023

- ISS, Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum (2019).
https://www.iss.it/salute-donna-bambino/-/asset_publisher/5BnSYGxEyfmW/content/prevenzione-e-intervento-precoce-per-il-rischio-di-depressione-post-partum-2
 Ultima consultazione: Luglio 2023
- ISS, Salute perinatale, Italia sotto la meda UE per natimortalità, da noi più cesari e parti pretermine. (2022)
<https://www.iss.it/-/salute-perinatale-italia-sotto-la-media-ue-per-natimortalit%C3%A0-da-noi-pi%C3%B9-cesarei-e-parti-pretermine>
 Ultima consultazione: Settembre 2023
- Italia, V. (2022, December 13). 12 procedure da eseguire durante l'ora d'oro del neonato. Campus Vygon Italia.
<https://campusvygon.com/it/12-procedure-da-eseguire-durante-lora-doro-del-neonato/>
 Ultima consultazione: Settembre 2023
- Ministero della Salute, Allattamento al seno, come fare. Latte materno, istruzioni per l'uso (2021)
<https://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioContenutiAllattamento.jsp?lingua=italiano&id=5249&area=allattamento&menu=comefare>
 Ultima consultazione: Luglio 2023
- Ministero della Salute, Percorso nascita, Depressione post partum. (2023)
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita>
 Ultima consultazione. Agosto 2023
- Ministero della Salute, Salute della donna. Nati prematuri, nuovi linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità. (2015)
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioNotizieDonna.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2215>
 Ultima consultazione: Luglio 2023
- Ministero della Salute, Percorso nascita, Puerperio e allattamento. (2023)
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4481&area=Salute+donna&menu=nascita>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- Ministero della Salute, Salute del bambino e dell'adolescente. Nascere e crescere in salute. SIDS (2023)
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteBambinoAdolescente/dettaglioContenutiSaluteBambinoAdolescente.jsp?id=1923&area=saluteBambino&menu=nascita>
 Ultima consultazione: Settembre 2023

- Nel momento in cui nasce un bambino, nasce anche la madre. Lei (Osho Rajneesh). (n.d.). PaginaInizio.com.
<https://www.paginainizio.com/frasi/frasi.php?id=24279>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- Nuovi dati UNICEF-OMS, calano ancora mortalità infantile e materna. Una Donazione per Aiutare I Bambini. (2019, September 18)
<https://www.unicef.it/media/nuovi-dati-unicef-oms-calano-ancora-mortalita-infantile-e-materna/>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- OMS: WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. (2022)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Il bambino, prendersi cura dalla A alla Z. Contenere un neonato (2021)
<https://www.ospedalebambinogesu.it/contenere-un-neonato-perche-e-come-90409/#:~:text=COME%20%22CONTENERE%22%20IL%20NEONATO&text=%C3%88%20necessario%20accogliere%20il%20neonato,ferme%2C%20senza%20solleticare%20o%20strofinare.>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- Stampa, U. (2019, July 30). “Diventare mamma ti cambia la vita” - Lara Ferrari psicoterapeuta a Parma. Lara Ferrari Psicoterapeuta a Parma.
<https://www.laraferrari-psicoterapeuta.it/diventare-mamma-ti-cambia-la-vita/>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- SUID e SIDS ITALIA. (2022, November 18). Prevenzione: Nuove Linee Guida 2022 A.A.P. - SUID & SIDS Italia. SUID & SIDS Italia.
<https://www.suidsidsitalia.com/nuova-pubblicazione-linee-guida-2022-a-a-p-prevenzione-e-la-riduzione-di-eventi-improvvisi-e-inaspettati-che-si-verificano-durante-il-sonno/>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant - World. (2022b, November 15).
<https://reliefweb.int/report/world/who-recommendations-care-preterm-or-low-birth-weight-infant>
 Ultima consultazione: Agosto 2023
- WHO, WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. (2022)
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>
 Ultima consultazione: Agosto 2023

- World Health Organization, Preterm birth. (2023)
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=extremely%20preterm%20\(l%20less%20than%2028,\(32%20to%2037%20weeks\).](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=extremely%20preterm%20(l%20less%20than%2028,(32%20to%2037%20weeks).)
Ultima consultazione: Settembre 2023

ABBREVIAZIONI

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

APP: American Academy of Pediatrics

CAN: Corsi di Accompagnamento alla nascita

CEDAP: Certificato di Assistenza al Parto

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure

DCC: Delayed Umbilical Cord Clamping

EFNI: European Foundation for the Care of Newborn Infant

IIS: Istituto Superiore di Sanità

KMC: Kangaroo Mother care

NICE: Unità di Terapia Intensiva Neonatale

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PO2: Pressione Parziale di Ossigeno

RDS: Sindrome da Distress Respiratorio

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome

TIN: Terapia Intensiva Neonatale

ULSS: Unità Locale Socio-Sanitaria

UNICEF: Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia

UOC: Unità Operativa Complessa

VPP: Ventilazione a Pressione Positiva

WHO: World Health Organization

4 E PARENT: Early, Equal, Engaged, Empathetic

ALLEGATI

Allegato 1: Questionario somministrato

QUESTIONARIO ANONIMO INDAGINE SULLA GESTIONE DEL NEONATO

Cara mamma, grazie per la partecipazione a questo questionario. La partecipazione è volontaria ed assolutamente anonima (in nessun caso sarà possibile risalire alla sua identità). Questo questionario richiede 5-10 minuti di tempo e ha come obiettivo capire la sicurezza della neomamma nel gestire un neonato una volta tornati a casa con l'intenzione di migliorare l'assistenza sanitaria. I dati raccolti saranno analizzati da me e faranno parte di una tesi di laurea in infermieristica.

1) Et : ...

2) Suo figlio   nato da parto?

- Spontaneo
- Cesareo
- Operativo

3) Suo figlio/a   nato/a?

- Pre-termine (settimana gestazionale: < 37°)
- A termine (settimana gestazionale: tra la 37° e la 41°)
- Post-termine (settimana gestazionale > 42°)

4) Questo   il suo ...figlio/a?

- Primo
- Secondo
- Terzo
- Quarto figlio o pi 

5)   preoccupata nel ritrovarsi a gestire un neonato una volta dimessa?

- S , sono preoccupata perch    il mio primo/a figlio/a
- No, non sono preoccupata perch  questo non   il mio primo/a figlio/a
- S , sono preoccupata anche se questo   il mio secondo, terzo o quarto figlio
- No, non sono preoccupata perch  ho un familiare che mi supporter  nei prossimi mesi

6) A casa, quando il bimbo dorme preferisce tenerlo?

- Nel letto con Lei
- Nella propria culla

7) Secondo lei, qual   la temperatura ambientale ideale per un neonato?

- 15-18°
- 18-20°
- 21-25°
- > 25°

8) Ha mai sentito l'acronimo SIDS?

- Sì, so cos'è
- No, non ho mai sentito
- Non mi ricordo

9) Secondo Lei, l'utilizzo del ciuccio è consigliato?

- Sì, per calmare il bambino sin dai primi giorni di vita
- No, è assolutamente sconsigliato
- Sì, si può dare tra una poppata e l'altra, tranne i primi giorni di vita
- No, si deve evitare l'utilizzo del ciuccio fino alla stabilizzazione dell'allattamento (indicativamente dopo 40 giorni dal parto)

10) Che posizione deve mantenere il bimbo che dorme nella culla?

- Con la pancia in su
- Con la pancia in giù
- Qualsiasi posizione va bene

11) Quanto spesso bisogna cambiare la medicazione del moncone?

- Ogni cambio pannolino
- Solo quando la medicazione risulta essere sporca
- Due volte al giorno
- Una volta al giorno

12) Ha frequentato qualche corso di preparto, dove le hanno insegnato come cambiare pannolino o fare la medicazione del moncone?

- Sì, hanno già trattato questi argomenti
- Sì, ma non abbiamo trattato questi argomenti
- No, non ho frequentato nessun corso

13) Il tocco del neonato:

- È un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori
- Non è un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori
- È un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori per favorire la crescita sociale
- È un metodo di facilitazione nella comunicazione neonato-genitori per favorire la crescita a livello motorio, cognitivo e sociale

14) Secondo Lei suo/a figlio/a dal momento della nascita quante volte si può attaccare al seno?

- Cinque volte al giorno
- Ogni 3 ore
- Almeno ogni 3-4 ore e comunque tutte le volte che dimostra sintomi di fame

15) Secondo lei quali possono essere i sintomi di fame di un neonato?

- Pianto disperato
- Pianto
- Gira la testa da una parte all'altra e porta la mano alla bocca

16) Seguendo le regole dell'OMS riguardo l'allattamento materno ogni neomamma dovrebbe attaccare al seno a richiesta il proprio/a figlio/a senza dare mai succhiotto passatempo e latte artificiale, lei è d'accordo?

- Sì
- No

17) E' a conoscenza di come si esegue il bagnetto al neonato e se no, avrebbe piacere le fosse insegnato?

- Sì, so come farlo
- No, non so farlo, ma mi piacerebbe imparare
- No, non so farlo, ma ho un supporto familiare a casa

18) Nel caso il neonato non si calmi dopo la poppata, che cosa si potrebbe fare?

- Dare il ciuccio passatempo
- Dare un biberon di latte artificiale
- Cercare di calmarlo e provare a riattaccarlo al seno
- Tenerlo in braccio in contatto con la propria pelle

19) Secondo lei la temperatura del neonato non cambia rispetto all'adulto?

- No, il neonato è più piccolo e deve essere scaldato di più
- Sì, la temperatura non cambia rispetto all'adulto, la percezione è la stessa.

20) Quando posso uscire di casa con mio figlio appena nato?

- Dopo 40 giorni considerando la fragilità del bambino appena nato
- Posso uscire anche dai primi giorni, preferibilmente evitando locali chiusi e affollati e prediligendo le ore più calde d'inverno e più fresche d'estate
- Posso uscire anche dai primi giorni senza particolari attenzioni

21) Secondo lei si può controllare la temperatura col termometro ad un neonato?

- Sì, sotto l'ascella o rettale (nel sederino)
- No, basta toccare con le labbra la fronte del neonato

Se ha qualche consiglio da darci scriva pure qui: _____

Grazie per la sua preziosa collaborazione