

Le visite domiciliari nel puerperio

Gherardo Rapisardi

Azienda Ospedaliera A.Meyer, Firenze

E' noto che gli eventi che influenzano il periodo prenatale e perinatale possono avere effetti rilevanti sulla salute materna ed infantile, sia a breve che a lungo termine. In continuità con essi si colloca il puerperio ed in particolare le prime 2-3 settimane di vita, un periodo che presenta aspetti assistenziali rilevanti sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà di allattamento, "post-partum blues", depressioni post-partum ...), che per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni, evidenziazione di anomalie congenite...), che per l'instaurarsi della loro relazione all'interno della nuova famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci).

Nella letteratura scientifica internazionale esistono consistenti evidenze sugli effetti positivi delle visite e del sostegno post-partum, specialmente se inseriti in programmi strutturati di interventi da parte di operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita), che consentano la continuità e la personalizzazione dell'assistenza e dove si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della madre. Tali effetti si verificano sia sulla salute fisica neonatale e materna, che sul loro sviluppo relazionale a breve e lunga distanza.

Obiettivo

Obiettivo generale dell'assistenza al puerperio è quello di fornire sostegno ed assistenza alla madre e al neonato nelle prime settimane di vita al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale e il benessere della famiglia.

Dove

Le visite domiciliari risultano più apprezzate dalle madri rispetto alle *visite in ospedale*, sia individuali che in gruppo, anche se non ci sono differenze a breve termine sulla salute materna, neonatale e sulla durata dell'allattamento al seno. Lo stesso vale probabilmente per il confronto tra *visite domiciliari* e *visite ambulatoriali* territoriali, anche se non vi sono studi specifici in tal senso.

Per chi

Molti studi sono sperimentali e focalizzati su popolazioni a rischio, in qualche modo selezionate. Ritengo che l'assistenza al puerperio ed il sostegno alla genitorialità, in quanto interventi prioritari di salute pubblica, vadano promossi su tutta la popolazione, riservando poi la possibilità di attivare specifici interventi di sostegno in situazioni di disagio o difficoltà manifeste.

Da parte di chi

Altro aspetto eterogeneo e discusso a livello internazionale è quello delle professionalità coinvolte. In Italia è possibile utilizzare la pediatria territoriale, integrandola con le ostetriche, le assistenti sanitarie, le infermiere professionali, nonché la futura figura dell'operatore socio-sanitario, all'interno dei consultori familiari o dei distretti sanitari. La professionalità dell'ostetrica è quella che maggiormente consente di unire in un unico operatore la competenza di valutazione psico-fisica della madre, del neonato (con opportuna formazione ove ritenuto necessario) e della promozione della relazione, dell'allattamento al seno e di supporto psicosociale ai neogenitori ed è pertanto quella su cui ritengo vada maggiormente investito. Cruciale appare l'organizzazione di tale rete assistenziale integrata, la cui realizzazione trova purtroppo spesso rilevanti difficoltà pratiche, tali da ridurre sensibilmente le potenzialità dell'intervento.

Pare opportuno fornire anche la possibilità di consulenza telefonica per le famiglie, un servizio che può essere attivato presso il centro neonatale o organizzato sul territorio

Alla luce delle esperienze internazionali l'utilizzazione di personale parasanitario o volontario, dotato di esperienza personale nella maternità e nell'accudimento del neonato ed opportunamente

formati con un breve corso, è indicato in particolare nel sostegno psico-sociale dei neo-genitori o di situazioni a rischio. Ma dove è già presente una buona assistenza al puerperio da parte di ostetriche si è visto che un sostegno supplementare da parte di una figura parasanitaria non comporta ulteriori benefici apprezzabili.

Quando

Nei primi giorni di vita è necessaria una adeguata valutazione clinica dell'adattamento materno e neonatale. In caso di dimissione precoce (< 48 ore dalla nascita) è bene che siano previste una prima visita domiciliare da parte dell'ostetrica entro 24 ore, seguita da visite secondo scadenze personalizzate fino a 6 settimane (ogni 1-2 giorni nel corso della prima settimana), ed una prima visita pediatrica-neonatologica entro 2-4 giorni dalla dimissione, seguita da eventuali visite al bisogno e quindi dal bilancio di salute ad un mese.

In ogni caso l'osservazione, la valutazione e il supporto domiciliare alla madre andrebbero offerti con cadenza personalizzata fino a 6 settimane da parte dell'ostetrica, con eventuale consulto medico al bisogno e prevedendo, in caso di bisogni particolari, l'attivazione di altre figure professionali della rete dei servizi territoriali (ad es.: assistente sociale, psicologo ...).

Come

La valutazione dei segni clinici di salute e di allarme della madre e del neonato, come riportati nelle *Raccomandazioni per l'Assistenza alla madre in puerperio ed al neonato*, possono costituire un utile punto di riferimento. Utile l'uso di una cartella clinica integrata con quella della gravidanza che consenta un raccordo anamnestico.

Un valido strumento di valutazione clinica e di promozione di salute, la cui conoscenza non è molto diffusa in Italia, è costituito dalla valutazione comportamentale del neonato, secondo il modello dei *Touchpoints* di Brazelton. La lettura del comportamento del neonato, del suo temperamento e delle sue caratteristiche individuali, che ne faccia un profilo descrivendone i punti di 'forza' e le sue eventuali 'difficoltà', consente di entrare in relazione con i genitori, proprio a partire dal linguaggio del bambino. Il periodo neonatale e quello tra 2-3 settimane costituiscono due *Touchpoints*, cioè momenti critici dello sviluppo neonatale e dell'adattamento materno, in cui una prevedibile disorganizzazione comportamentale può essere utilizzata per fornire una guida anticipatoria ed indicazioni che promuovano la salute e le competenze di accudimento genitoriali. I primi dati della letteratura dimostrano l'utilità di tale approccio la cui diffusione ritengo particolarmente utile nelle competenze professionali degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza alla madre nel puerperio ed al neonato.

Tale competenza professionale può costituire uno strumento che arricchisce il repertorio dell'operatore che punta alla *promozione della salute* del sistema familiare in crescita. Nella famiglia nucleare di oggi gli operatori sanitari hanno sempre di più anche un ruolo 'abilitativo', nel senso di facilitare l'acquisizione di funzioni nel sistema bambino-famiglia. Un fattore chiave appare la *promozione della competenza e della fiducia materne* nell'accudimento del neonato, aspetto ancora spesso trascurato dagli operatori sanitari ed in particolare dai medici. Sono ampiamente dimostrati i suoi effetti positivi in gravidanza, travaglio e nascita. Gli operatori dovrebbero essere consapevoli delle potenzialità del loro ruolo di 'doula', cioè di presenza di un sostegno emotivo costante, attento e sensibile ai bisogni del neonato e della famiglia anche durante il puerperio.

E' auspicabile in tal senso una formazione specifica, che si affianchi a quella nel *counselling*. Gli effetti negativi di una comunicazione inadeguata, incompleta o 'prevaricante', sulla promozione di fiducia in sé stessi, possono essere ben più marcati e protratti nel tempo di quanto comunemente si supponga. La madre che riesce a trovare in sé stessa la forza e la capacità di accudire il proprio bambino, con la guida ed il sostegno dell'operatore sanitario quando ella ne richiede l'intervento, è nelle migliori condizioni per trasmettere fiducia e sicurezza al neonato, con messaggi chiari e coerenti, fattori prioritari per favorirne lo sviluppo fisiologico.

La situazione italiana

Nonostante la conoscenza di tali dati, ancora poco viene fatto per mettere in atto strategie assistenziali preventive e protettive in tal senso. Spesso le prime settimane di vita costituiscono un periodo in cui è presente un “vuoto assistenziale”; pur essendo previsti servizi territoriali per l’assistenza al puerperio e al neonato dopo la dimissione, da poche parti essi sono stati attivati e, se esistono, vengono largamente sottoutilizzati dall’utenza (anche per scarsa informazione). Così pure la presa in carico da parte del pediatra di famiglia (pdf), anche se è generalmente più precoce rispetto a 20 anni fa, avviene ancora in maniera disomogenea e spesso non tempestiva.

Alcune esperienze italiane degli ultimi anni dimostrano che da più parti è sentita l’esigenza di muoversi in tal senso, ma ancora gli interventi appaiono disomogenei e non coordinati tra di loro. Il recente dibattito aperto dalle problematiche connesse alla ‘dimissione precoce’ può offrire un’importante occasione per attivare (o migliorare ove già esistano) i servizi volti alla sorveglianza clinica, al sostegno e alla promozione di salute della madre, del neonato e della famiglia nelle prime settimane di adattamento alla nascita. E ciò attraverso una integrazione delle attività ospedaliere e territoriali e del lavoro di diverse professionalità.

Cosa fare

Considerando i notevoli effetti che ciò può avere sulla promozione di salute, è opportuno investire maggiormente sull’organizzazione dell’assistenza al puerperio. Appaiono prioritari in tal senso:

- a) l’attivazione dei Servizi territoriali, integrati con quelli ospedalieri, mediante specifici progetti di assistenza e sostegno al puerperio, che prevedano anche la definizione di procedure di accesso facilitato per accertamenti diagnostici e per consulenze specialistiche;
- b) la formazione continua degli operatori (corsi di formazione / aggiornamento), che preveda sia momenti di formazione interprofessionale che di approfondimento per le singole professioni e che includa anche le competenze relazionali, le tecniche di comunicazione e la pratica della promozione dell’allattamento al seno (corsi OMS – UNICEF).