

**Il Progetto Dimissione Protetta della Puerpera e del Neonato**  
**Il valore dell'integrazione ospedale – territorio nel promuovere la salute della popolazione  
materno infantile lungo il percorso maternità:  
un bilancio di dieci anni di lavoro**

La presa in carico precoce del nuovo nato risulta sistema vincente per la promozione dell'allattamento esclusivo al seno e del benessere genitoriale, soprattutto nei casi più fragili dal punto di vista sociale. La percezione di supporto ricevuto favorisce sia l'allattamento che un attaccamento sicuro che si associa ad un'elevata percentuale di condotte funzionali alla relazione madre bambino.

**Un po' di storia**

Il progetto dimissione protetta della puerpera e del neonato prese avvio nel 1999 su iniziativa dei reparti Nido, Ostetricia e Servizio Medicina di Base- Distretti Sanitari. Le persone promotrici di tale iniziativa furono la dottoressa Donatella Mascheroni, l'allora coordinatrice del Nido Elena Franceschini e l'assistente sanitaria Karin De Marchi, in quel periodo coordinatrice presso il Servizio Medicina di Base - Distretti Sanitari. A loro si deve l'avvio del progetto di integrazione ospedale-territorio, poi proseguita ed evolutasi grazie al contributo di Maria Joris, coordinatrice presso il Servizio Medicina di Base, Silvana Prevedel coordinatrice del Nido e della terapia Intensiva Neonatale e della coordinatrice del reparto di ostetricia Verena Pastore. Dal 2007 è stata inserita nel progetto anche l'utenza del reparto di Terapia Intensiva Neonatale.

La risorsa più importante sono gli operatori ossia le ostetriche e le infermiere pediatriche dei reparti ospedalieri coinvolti nel progetto, le assistenti sanitarie, le ostetriche e le infermiere pediatriche di distretto. Sono queste le persone che accompagnano con competenza e motivazione la donna nel percorso maternità, offrendole sostegno e instaurando una relazione di aiuto.

Il progetto è sorto da un bisogno espresso dal target stesso i cui rientri in ospedale, subito dopo la dimissione, avevano condotto alla esigenza di dedicare, in ospedale, un ambulatorio per offrire consulenze su allattamento, accrescimento e cura del bambino.

Nell'articolo viene descritto il progetto dimissione protetta con particolare riferimento alla fase di valutazione in termini di ricaduta nella quotidianità delle persone a cui è destinato.

**I destinatari e le loro caratteristiche**

I destinatari del progetto "Dimissione protetta della puerpera e del neonato" sono le donne che hanno partorito presso l'ospedale di Bolzano ed i loro bambini. Si tratta di un target annuo di circa 1200 donne residenti nel Comprensorio sanitario di Bolzano. Dopo il parto viene loro richiesto dal personale del nido il consenso ad essere contattate telefonicamente, al momento della dimissione, da un operatore di distretto. Spesso, le destinatarie dell'azione, sono donne che hanno già frequentato i corsi di educazione alla nascita organizzati dall'Azienda Sanitaria, durante i quali hanno già avuto modo di conoscere gli operatori di distretto.



Dal 2002 al 31.12.2008 il progetto ha coinvolto 7750 donne e i loro bambini residenti nei distretti del Comprensorio Sanitario di Bolzano.

## Diagnosi educativa e organizzativa

Sono molteplici i fattori che possono influenzare un comportamento di salute.

Il modello Preced Proceed<sup>1</sup> raggruppa i fattori che influenzano un dato comportamento di salute in tre categorie: predisponenti, facilitanti e rinforzanti. Secondo gli autori, oltre ad essere utile nella spiegazione e nella previsione del comportamento, questa ripartizione fattoriale permette una maggiore coerenza nella formulazione degli obiettivi e una appropriata scelta di metodi e strumenti.

In tabella sono descritti i fattori predisponenti, facilitanti e rinforzanti l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno e la promozione di maggiori competenze genitoriali.

### Fattori predisponenti:

Conoscenze in merito all'allattamento e alla cura del bambino, età, stato civile, stili di vita, abitudine all'uso di sedativi, allattamento precedente, istruzione, occupazione, classe sociale, Paese di provenienza, atteggiamento verso l'allattamento, dimensione della famiglia, durata della gravidanza, peso alla nascita, umore della madre, salute del bambino, tipo di parto, qualità della relazione madre-bambino (sincronia affettiva), auto efficacia della madre verso le proprie competenze materne, capacità di maternage, qualità della relazione di coppia, coinvolgimento del partner nella cura del figlio, modelli da seguire.

### Fattori facilitanti:

Cure prenatali, assistenza al parto e nei giorni successivi, assistenza dopo il parto, formazione degli operatori, leggi per la protezione della maternità, priorità per l'allattamento, Condivisione e sostegno da parte della Direzione Aziendale, disponibilità di risorse economiche e informatiche, lavoro di rete (integrazione e intersettorialità).

### Fattori rinforzanti:

Sostegno professionale, sostegno tra pari, da parte della famiglia e del partner.

**Allattamento al seno  
Competenze genitoriali**

## Definizione degli obiettivi

*Un buon inizio di vita significa sostegno alle madri ed ai bambini: l'impatto sulla salute dello sviluppo e dell'educazione dei primi momenti durano per tutta la vita<sup>2</sup>.*

Alcuni degli obiettivi che il progetto si pone sono i seguenti:

### Obiettivi di salute

- Potenziare la competenza materna promuovendo un ambiente in cui la madre possa percepire una accresciuta autostima, una sicurezza e soddisfazione nell'allattare e nell'accudire il proprio piccolo, riconfermando la sua capacità di madre nel saper adottare ed agire le scelte giuste per il suo bambino.
- Superare la frammentazione delle risorse e dei servizi lungo il percorso nascita avendo chiaro il percorso educativo - assistenziale in un'ottica di maggior garanzia della fisiologia degli eventi legati al parto ed al puerperio e di un più facilitato sviluppo della relazione neonato - madre - famiglia.
- Garantire sostegno sociale ed emotivo, favorire il rafforzamento dell'autostima, l'emergenza delle competenze innate nell'accudimento del neonato e nell'allattamento al seno.
- Sostenere l'avvio e il proseguimento dell'allattamento al seno<sup>3</sup>

### Obiettivi educativi

<sup>1</sup> Green LW, Kreuter MW: *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, 1991

<sup>2</sup> Marmot M., Wilkinson R. I determinanti sociali della salute I fatti concreti, OMS 2003 trad. a cura di Martini G., Querin M. Provincia Autonoma di Trento Assessorato alle politiche per la salute, 2006.

<sup>3</sup> OMS/UNICEF Comunità amica dei bambini. Un piano in sette passi per la Protezione, Promozione e Sostegno dell'Allattamento Materno a livello Territoriale e Distrettuale. 1989.

- Aumentare nel gruppo target le conoscenze relative ai vantaggi dell'allattamento al seno e alla sua conduzione.
- Fornire al gruppo target le conoscenze e gli strumenti necessari a percepire e superare eventuali problemi intercorsi in allattamento.
- Aumentare le conoscenze ed evolvere capacità relativamente ai fattori che favoriscono il bonding e la co-costruzione della relazione madre-bambino.

### **Obiettivi comportamentali**

- Favorire nel gruppo target l'autostima e l'acquisizione di competenza genitoriale.
- Favorire nel gruppo target la capacità di gestire autonomamente l'allattamento al seno.
- Favorire la capacità di risolvere autonomamente eventuali problemi quali ragadi o ingorghi mammari.
- Favorire nel gruppo target l'adozione dell'allattamento esclusivo fino a sei mesi e di proseguirlo anche a seguito dell'introduzione di cibi solidi.
- Favorire nel gruppo target la capacità di interpretare i bisogni del bambino e dare loro adeguata risposta.
- Favorire nel gruppo target il sostegno tra pari e dei familiari.

### **Obiettivi di servizio**

- Ri-orientare le azioni del servizio in un'ottica di promozione della salute.
- Favorire l'elaborazione in gruppi di lavoro di modelli educativi, linee guida e procedure e la loro successiva applicazione.
- Favorire nel personale l'acquisizione di competenze attraverso eventi formativi condivisi interni all'azienda in linea con gli obiettivi del servizio.
- Creare un clima di fiducia reciproca negli operatori.
- Garantire - sotto il profilo operativo - la continuità educativa ed assistenziale alle donne che hanno partorito presso l'ospedale di Bolzano ed ai loro bambini.
- Costruire ed evolvere l'integrazione ospedale territorio nella presa in carico globale della diade madre bambino.
- Incrementare le visite domiciliari ai nuovi nati.
- Offrire ai nuovi genitori counselling individuale faccia a faccia da parte di operatori adeguatamente formati.
- Incrementare gradualmente la percentuale di donne che allattano in maniera esclusiva fino a 6 mesi, e sostenere la durata dell'allattamento almeno fino al primo anno di vita del bambino, secondo le raccomandazioni dell'OMS.
- Rendere omogeneo e comprensibile il linguaggio degli operatori ospedalieri e di distretto in materia di promozione dell'allattamento al seno.
- Costruire collaborazione intersettoriale con i servizi sociali per la tutela della salute delle famiglie più fragili.
- Ottenere la fiducia delle persone destinatarie del progetto, perno per la realizzazione di interventi successivi di promozione della salute in ambito scolastico.
- Diffondere i risultati del progetto in azienda.

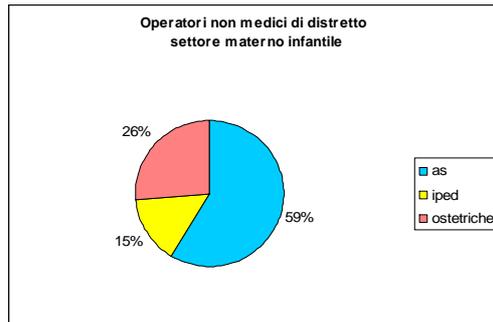
### **Risorse e vincoli**

Come ben illustrato dal prof. Briziarelli<sup>4</sup>, per perseguire le direttive in merito alla promozione della salute da Alma Ata, Ottawa, Giakarta, Adelaide, Salute 21, non servono grandi modifiche nei servizi, ma nuovi modi di gestire l'esistente. Ciò consiste, secondo il professore, nel muoversi lungo due direttrici: l'adeguamento della cultura degli operatori e un collegamento operativo fra ospedale e servizi territoriali. Il progetto che viene illustrato è un primo passo verso l'acquisizione di tale cultura da parte degli operatori su un'attività concreta da loro svolta.

Le risorse su cui si fonda il successo del progetto sono indubbiamente quelle umane. Si tratta oltre che del personale dei reparti di ostetricia, nido e terapia intensiva neonatale, delle assistenti sanitarie, infermiere pediatriche e ostetriche dei distretti.

---

<sup>4</sup> Briziarelli L., "Assistenza sanitaria di base e promozione della Salute da Alma Ata a Health 21. Implicazioni per la medicina di base, verso un nuovo rapporto con il sociale", in Educazione Sanitaria e promozione della Salute,(2), 2004: 99-107.



Fonte: propria elaborazione, 2009

Altra risorsa è rappresentata dall'ufficio aggiornamento che ha offerto la possibilità agli operatori di aggiornarsi in questo ambito. Alcuni operatori hanno inoltre avuto la possibilità di conseguire il diploma IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) e divenire, a loro volta, formatrici nei corsi aziendali.

L'utenza rappresenta una risorsa da coinvolgere anche in occasione di iniziative di valutazione del progetto stesso.

Anche la risorsa di mezzi informatici è fondamentale per la raccolta dei dati, in quanto consente di monitorare in tempo reale l'andamento del progetto.

Per quanto attiene la presa in carico globale della diade madre bambino, sono da potenziare e rendere ufficiali i collegamenti con i servizi del sociale: tali attività vengono attuate principalmente in quei distretti in cui sanitario e sociale convivono nella stessa struttura. Questi sono infatti spesso basati esclusivamente sull'iniziativa dei singoli operatori e raramente resi ufficiale da protocolli operativi predefiniti.

### **Metodi e strumenti**

Il progetto prevede una fase ospedaliera e una fase territoriale. Alla dimissione dal nido viene chiesto alla donna il consenso ad essere contattata da un operatore di distretto entro le 24 ore dalla dimissione se trattasi di giorni feriali, entro il primo giorno lavorativo se si tratta di dimissioni effettuate in giornate festive. Gli operatori ospedalieri comunicano, attraverso fax, ai distretti in cui risiedono le donne in dimissione, i nominativi, l'indirizzo e il recapito telefonico della diade madre bambino, forniscono informazioni sul tipo di alimentazione e eventuali problemi presenti.

Ogni distretto si organizza nell'individuare l'operatore che, di volta in volta, effettuerà le interviste telefoniche. Se sono comunicati attraverso il fax problemi inerenti la sfera materna sarà l'ostetrica ad instaurare un primo contatto, altrimenti l'intervista verrà condotta, indifferentemente, dall'assistente sanitaria o dall'infermiera pediatrica.

Nel corso dell'intervista si fornisce spesso un primo colloquio di consulenza, oltre a rilevare dati inerenti le modalità di alimentazione e eventuali problemi relativi alla donna o al bambino.

Sempre durante il primo colloquio si offre la possibilità di un primo controllo a domicilio o fuori orario di consultorio per una prima consulenza faccia a faccia con la donna/coppia e il loro bambino. I controlli successivi, se non vi sono particolari problemi, vengono effettuati negli orari di apertura del consultorio senza necessità di appuntamento.

Le schede dell'intervista telefonica e dell'eventuale visita domiciliare vengono conservate in consultorio all'interno della cartella pediatrica.

L'operatore che svolge l'intervista telefonica inserisce giornalmente i dati relativi alla rilevazione statistica su un file presente sul server di distretto. Mensilmente il coordinatore tecnico assistenziale di distretto invia i dati alla sede del servizio medicina di base dove si provvede alla raccolta e stesura dei report.

Le dimissioni del bambino dal reparto di terapia intensiva neonatale sono precedute da un incontro dell'operatore distrettuale con la famiglia ed il personale della TIN in ospedale. Durante l'incontro si stabiliscono i bisogni della diade madre - bambino già prima della dimissione e, in relazione alla situazione di salute del bambino, si concordano interventi a domicilio o in consultorio fuori orario di apertura.

La collaborazione con il reparto di terapia intensiva neonatale si è avviata in un secondo momento rispetto al nido, dopo un'adeguata formazione degli operatori di territorio sui bisogni e sulle caratteristiche di tale utenza.

### **Setting**

E' il luogo fisico in cui si svolge l'incontro, ma anche lo spazio nel quale si comunicano l'insieme dei sentimenti e delle impressioni che la situazione produce nella persona e nell'operatore. Al fine di ottenere il risultato migliore si rileva l'esigenza di rispettare:

- Privacy
- Comfort
- Assenza di interruzioni
- Tempo adeguato per il colloquio

I setting sono differenti: i consultori di distretto, il domicilio della persona e, nel caso delle dimissioni dalla TIN, il reparto stesso.

Ai consultori materno infantili possono accedere liberamente le madri o le coppie con bambini da 0 a 3 anni. Questi vi si recano oltre che per controllare la crescita del bambino, per esprimere dubbi ed ansie e chiedere chiarimenti in merito alla cura del figlio. L'operatore è stato formato ed è pronto ad accogliere la coppia o la diade madre bambino valorizzandone le risorse anche al fine di favorire il rapporto, la capacità di comprensione del proprio figlio, l'ascolto e il confronto. Questa tipologia di presa in carico diventa un intervento educativo che ha come modello di salute quello bio - psico - sociale che tiene conto della persona nella sua totalità.

La visita domiciliare consente di osservare la casa della persona ed il setting dell'azione educativa ed assistenziale. E' il momento di maggior vicinanza dell'operatore sanitario al cittadino. Ci si prende cura proprio lì dove "...la gente vive, gioca, ama..." come ben ha messo in luce la carta di Ottawa, permettendo alla persona di sviluppare empowerment affinché essa stessa possa influire positivamente sulla propria salute e quella familiare.



Consultorio



Comfort e privacy

### **Allattamento al seno e promozione della salute materno infantile**

*"...imparò a conoscerlo, si conobbero e scopri con gran meraviglia che i figli non si amano perché sono figli, ma per l'amicizia dell'allattamento..."*

*G.G. Marquez in L'amore ai tempi del colera*

Una messe enorme di studi scientifici confermano come l'allattamento al seno sia di comprovata efficacia nel promuovere la salute materno - infantile. Revisioni sistematiche della letteratura sottolineano un effetto biologico protettivo non solo in corso di allattamento, ma anche a distanza di tempo<sup>5</sup>.

Diversi studi hanno attribuito all'allattamento un ruolo protettivo relativamente a sovrappeso ed obesità durante l'infanzia e l'adolescenza, specie se protratto a tutto il primo anno di vita. L'allattamento al seno interviene anche con un meccanismo di natura comportamentale nel prevenire lo sviluppo di sovrappeso e obesità. E' nota la capacità dei neonati di regolare l'apporto energetico. Il comportamento dei genitori può influire su questa loro abilità, se inducono il bambino a completare il latte rimasto nel biberon. Uno studio americano ha dimostrato come le madri che allattano al seno per un lungo periodo mostrano comportamenti meno restrittivi circa l'alimentazione a un anno di età associati ad una maggiore autonomia nelle scelte alimentari del bambino stesso.<sup>6</sup>

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS ha divulgato nel 2006 la carta europea sull'azione di contrasto all'obesità in cui si cita il ruolo preventivo dell'allattamento al seno nei confronti di questa patologia e si consiglia di intraprendere tutte le azioni volte alla promozione di tale pratica alimentare.<sup>7</sup>

L'allattamento al seno offre numerosi vantaggi per la salute del bambino, oltre alla protezione nei confronti dell'obesità:

<sup>5</sup>Davanzo R. , *La nutrizione con latte materno e l'etica delle 3"p": protezione, promozione, prevenzione*, in Update 2007 sulla nutrizione con latte materno graphart, Trieste, 2007

<sup>6</sup>Agostini C. , Riva E. , *Fattori funzionali del latte materno ed asse neuro metabolico del lattante*, in Update 2007 sulla nutrizione con latte materno graphart, Trieste, 2007

<sup>7</sup>Ministero della Salute. *La sfida dell'obesità nella regione europea dell'OMS e le strategie di risposta*. Compendio, Roma, Ministero della Salute, 2008

- riduce l'incidenza e la durata delle gastroenteriti
- protegge dalle infezioni respiratorie
- riduce il rischio di sviluppare allergie
- migliora la vista e lo sviluppo psicomotorio
- migliora lo sviluppo intestinale e riduce il rischio di occlusioni

Anche la madre trae vantaggi nell'allattamento al seno:

l'allattamento al seno stimola la naturale contrazione dell'utero riducendo il naturale sanguinamento post partum consentendo all'utero di tornare alle dimensioni normali più velocemente. Inoltre favorisce la perdita di peso e il recupero della forma fisica senza la necessità di ricorrere a diete dimagranti. Alcuni studi, inoltre, hanno ipotizzato che l'allattamento al seno riduce il rischio di osteoporosi dopo la menopausa e contribuisce anche a ridurre il rischio di cancro al seno e all'ovaio.

Generalmente le cause che portano ad abbandonare l'allattamento sono la scarsa informazione sulle conseguenze o il mancato sostegno alle giovani madri in un periodo, quello post-parto, spesso caratterizzato da fragilità psicologica.<sup>8</sup>

## **Il disegno della valutazione**

Valutazione significa...

*...“esprimere un giudizio basato sulla raccolta e sull'interpretazione di informazioni, questo si configura pertanto come un processo di ricerca” (C. Bezzi).*

### **La valutazione di processo**

Per valutare l'efficacia di un intervento educativo è necessario integrare due momenti valutativi: quello centrato sul processo e quello centrato sugli effetti.

Il processo in educazione sanitaria e' stato definito come *"l'insieme delle osservabili più specificamente connesse all'intervento educativo, che ne definiscono l'intero processo sotto il profilo tecnico, della gestione e del funzionamento"* (Briziarelli, 1990).

Ci sono 5 aree in cui può svilupparsi la valutazione di processo:

- lo sviluppo dell'intervento
- la reazione ambientale
- la reazione dei partecipanti
- la reazione degli operatori
- le competenze del personale.

Le teorie di riferimento per la valutazione sono quelle dell'empowerment e della partecipazione.

### **Lo sviluppo dell'intervento**

Per quanto riguarda lo sviluppo dell'intervento sono stati istituiti gruppi di lavoro che hanno elaborato procedure riguardanti gli strumenti, i metodi e i contenuti dei corsi di educazione alla nascita, della presa in carico della diade madre-bambino e del counselling individuale in allattamento, dei corsi post-partum. Tali procedure sono state diffuse a tutti i distretti dopo validazione interna.

L'intervento viene monitorato attraverso la raccolta dei dati statistici sull'andamento del progetto che vengono inoltrati mensilmente in forma elettronica al Servizio Medicina di base-distretti sanitari dove viene redatto il report annuale

### **La reazione ambientale**

La reazione ambientale va indubbiamente stimolata attraverso un'adeguata comunicazione dei risultati a livello dei contesti in cui l'intervento cade.

Si dovrà operare per organizzare un'ampia diffusione dell'informazione sull'intervento anche al di fuori del Comprensorio Sanitario.

Fino ad ora i dati sono stati comunicati agli operatori a livello di Comprensorio nel corso di conferenze interne.

### **La reazione dei partecipanti**

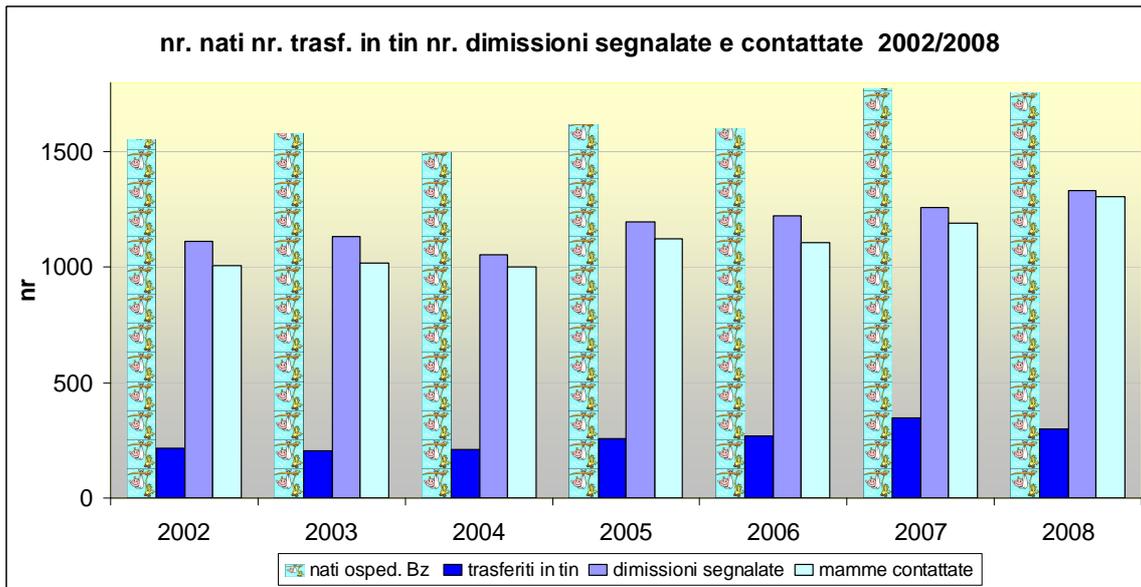
La valutazione della reazione dei partecipanti avvia la valutazione di impatto del progetto. E' stata considerata centrale proprio perché porta a comprendere quanto l'approccio educativo contribuisca a migliorare lo stato di salute dei partecipanti.

Sono stati rilevati i dati quantitativi attraverso l'analisi dei report statistici e i dati qualitativi attraverso tre focus group con le persone destinatarie dell'intervento.

Qui di seguito sono riportati i dati quantitativi riferiti al grado di partecipazione all'iniziativa.

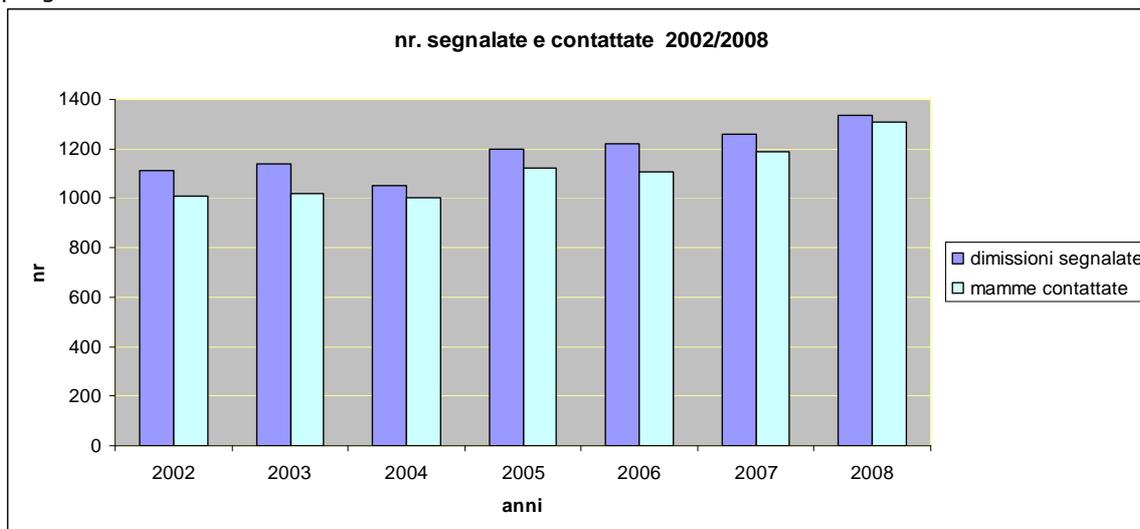
---

<sup>8</sup> Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, L'allattamento al seno, febbraio 2009



Fonte: propria elaborazione, 2009

Nel grafico sono riportati i dati riferiti al numero complessivo di bambini nati presso l'ospedale di Bolzano, a quanti di questi sono stati trasferiti nel reparto di terapia intensiva neonatale e infine il numero di segnalati e contattati attraverso il progetto di dimissione protetta della puerpera e del neonato. I circa 400 bambini che annualmente non vengono segnalati sono residenti presso altri Comprensori Sanitari o sono stati trasferiti in tin per patologie che hanno richiesto degenze prolungate. A detta del personale del nido, seppur non quantificato, è molto basso il numero di madri che non aderisce al progetto.



Fonte: propria elaborazione, 2009

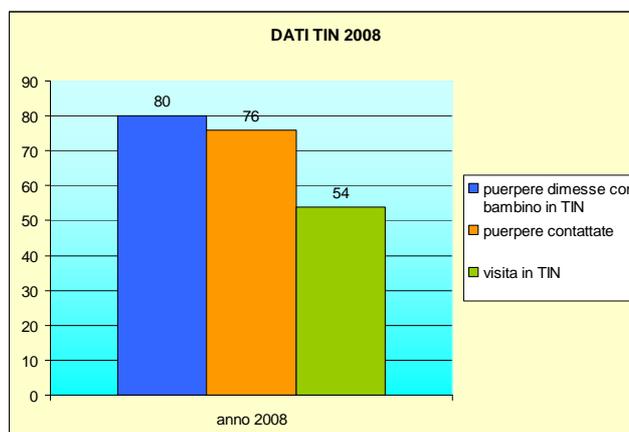
Come si evince dal grafico il numero delle segnalazioni è aumentato nel corso degli anni. Si è passati dalle 1112 donne segnalate per un totale di 1106 contattate nel 2002 alle 1332 segnalate per un totale di 1306 contattate del 2008. Tale tendenza è imputabile anche all'inserimento nel progetto dal 2007 del reparto di terapia intensiva neonatale.

### Numero di madri segnalate e contattate dal 2002 al 2008 e relativa %

<b>2002</b>	<b>1112</b>	<b>1006</b>	<b>90,47%</b>
<b>2003</b>	<b>1136</b>	<b>1020</b>	<b>89,79%</b>
<b>2004</b>	<b>1054</b>	<b>1000</b>	<b>94,88%</b>
<b>2005</b>	<b>1196</b>	<b>1122</b>	<b>93,81%</b>
<b>2006</b>	<b>1221</b>	<b>1107</b>	<b>90,66%</b>
<b>2007</b>	<b>1261</b>	<b>1189</b>	<b>94,29%</b>
<b>2008</b>	<b>1332</b>	<b>1306</b>	<b>98,05%</b>
<b>Tot.</b>	<b>8312</b>	<b>7750</b>	<b>93,24%</b>

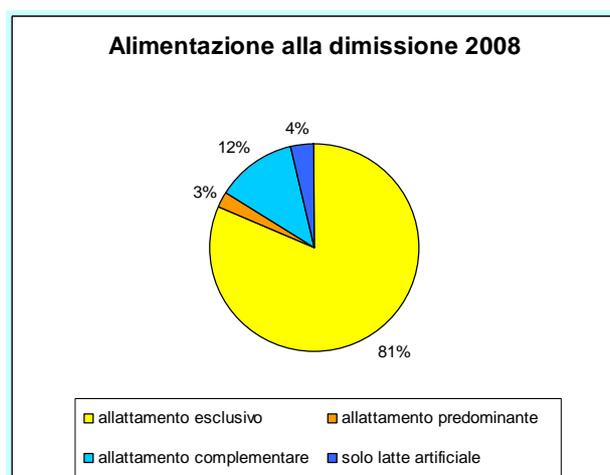
Fonte: propria elaborazione, 2009

In tabella sono riportati in percentuale i dati relativi alla copertura dell'intervento, rivelatisi molto alti, vicini alla totalità delle persone che ne hanno firmato il consenso informato presso il nido e la tin. Le cause del mancato contatto sono imputabili a errori nella trascrizione del recapito telefonico o a trasferimento delle donne nell'immediato dopo parto presso altri domicili.



Fonte: propria elaborazione, 2009

Le visite in tin sono inferiori al dato relativo alle segnalazioni. Talvolta il ricovero è dovuto a problemi poco rilevanti come l'ittero lieve del neonato per il quale non sono necessari particolari accorgimenti.



Fonte: propria elaborazione, 2009

Dal 2008 è variata la procedura di raccolta dati inerente al progetto in esame, resa uniforme a quelli che sono i parametri dettati dall'OMS nella definizione del tipo di alimentazione.

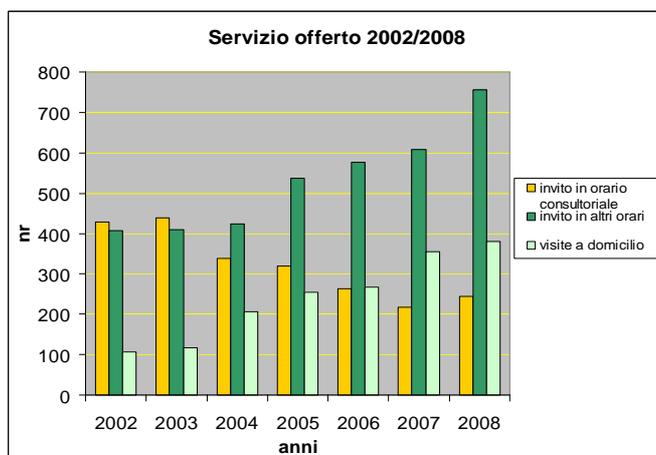
- allattamento al seno esclusivo: solo latte materno compreso latte materno spremuto
- allattamento al seno predominante: latte materno + liquidi non nutritivi (tè, tisane, succhi di frutta non zuccherati, soluzioni reidratanti orali, gocce, sciroppi)

- allattamento complementare: latte materno + latte di formula<sup>9</sup>
- non allattamento al seno: solo latte artificiale

I dati relativi al tipo di alimentazione alla dimissione, riferiti al target considerato, evidenziano un 81% di allattamento esclusivo al seno. Se si confronta il dato a quello dello studio di Riva e coll. che stima l'allattamento esclusivo all'avvio del 72% in Italia<sup>10</sup> possiamo ritenere il dato soddisfacente, anche se un paragone tra questi tipi di dato è sempre azzardato per via delle discrepanze nelle modalità di raccolta.

### La reazione degli operatori

Un fattore significativo della positiva reazione degli operatori al progetto è l'aumento nel corso del tempo delle visite domiciliari e dei controlli fuori orario di consultorio ai nuovi nati come dimostrato chiaramente nel grafico che segue. E' importante per quanto riguarda la promozione dell'allattamento al seno e la facilitazione di un buon attaccamento madre bambino procedere sin dai primi giorni dopo la nascita con un adeguato counselling faccia a faccia alla diade madre bambino come stabilito da importanti documenti sulla promozione dell'allattamento al seno tra cui la Dichiarazione degli Innocenti del 1990<sup>11</sup>. E' risaputo inoltre che offrire sostegno, comprensione e valorizzazione delle competenze genitoriali nel dopo parto favorisce nella donna una migliore autoefficacia nella cura del bambino.



Fonte: propria elaborazione, 2009

### Le competenze degli operatori

Le competenze relative ai contenuti, metodi e tecniche sono state raggiunte attraverso un programma formativo che ha raggiunto tutti gli operatori del settore.

Sei tra assistenti sanitarie, ostetriche e infermiere pediatriche territoriali hanno conseguito una formazione di secondo livello certificata a livello internazionale ed alcune di loro contribuiscono all'aggiornamento delle colleghe nei corsi organizzati dall'azienda.

La valutazione delle competenze relazionali si è dimostrata ottima sia dalle narrazioni dei focus group di cui si tratterà in seguito, sia dall'alta affluenza del target ai servizi di distretto.

Nel corso del 2008 sono stati infatti ben 23.000 gli accessi di bambini da 0 a 12 mesi presso i consultori materno infantili degli undici distretti e oltre 3000 le consulenze in allattamento. Sono qui da evidenziare i benefici in termine di prevenzione della depressione puerperale determinati dalla riduzione dell'isolamento sociale<sup>12</sup>.

Per quanto concerne il clima all'interno del gruppo professionale è emerso, come si vedrà in seguito dai focus, come questo venga percepito nei distretti di tipo collaborativo dagli utenti del servizio.

### Verso una valutazione di risultato

<sup>9</sup> Classificazione OMS, 1990

<sup>10</sup> Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. Acta Paediatr 1999;88:411-5.

<sup>11</sup> OMS-UNICEF Dichiarazione degli Innocenti sull'alimentazione dei neonati e dei bambini Ginevra 1990

<sup>12</sup> Centro Nazionale per l'Assistenza Primaria Assistenza di routine in puerperio alle donne e ai loro bambini National Institute for Health and Clinical Excellence London 2006

La valutazione di risultato consiste nel valutare l'efficacia del progetto stabilendo il cambiamento nei fattori educativi e comportamentali e nel campo della salute. Per efficacia infatti si intende la capacità di un programma di promozione della salute di andare incontro ai bisogni di salute di una determinata popolazione e di produrre risultati in termini di miglioramento della salute.

Per quanto attiene al progetto dimissione protetta della puerpera e del neonato la valutazione viene limitata al campo delle ricadute nella vita quotidiana dei partecipanti, dando come scontato che si valuta, in questa sede, esclusivamente il cambiamento nel comportamento o l'assunzione di comportamenti di salute quali presupposti discendenti da un processo di apprendimento.

Gli strumenti utilizzati per la valutazione sono sia di tipo quantitativo che qualitativo. Gli strumenti di tipo quantitativo sono indicatori derivati dalla rilevazione statistica delle ricadute del servizio su comportamenti inerenti il tipo di alimentazione del bambino a sei mesi di vita, nello specifico al monitoraggio dell'allattamento esclusivo al seno.

Lo strumento di tipo qualitativo utilizzato è stato il focus group dal quale si è ricavato il rapporto tra competenze dell'operatore ed efficacia educativa e assistenziale, nonché la qualità del servizio percepita dalle partecipanti e i relativi margini di miglioramento.

### **Valutazione qualitativa: i focus group**

Le partecipanti al focus sono state selezionate dalle assistenti sanitarie di distretto che, avendo una conoscenza diretta del target, hanno individuato al meglio le persone da coinvolgere garantendo in tal modo la buona riuscita dei focus. Le partecipanti erano omogenee per residenza, oltre che per il fatto di essere utenti del servizio distrettuale. Le donne che hanno partecipato avevano tutte usufruito del progetto e della consulenza degli operatori di distretto. Erano disomogenee per il numero di figli: si trattava indifferentemente di donne alla prima o successiva esperienza di maternità.

Per ricostruire al meglio le informazioni il focus è stato audio registrato.

I focus si sono svolti in tre distretti.

Gli obiettivi dei focus erano i seguenti:

- indagare gli aspetti critici del progetto dimissioni protette della puerpera e del neonato e i margini di miglioramento;
- indagare eventuali altri bisogni che non avevano trovato risposta nel primo periodo dopo il parto.

Per facilitare la costruzione della successiva griglia di lettura e quindi ordinare la discussione si è deciso di semistrutturare i focus.

Allo scopo è stata predisposta la seguente scaletta di domande stimolo:

1. Come siete venute a conoscenza del progetto/servizio (chi, quando, dove, in che modo).
2. Quali sono state le vostre impressioni, come vi siete sentite quando siete venute a conoscenza del servizio.
3. Quali gli aspetti positivi del servizio.
4. Quali gli aspetti passibili di miglioramento.
5. Quale è stata l'utilità, in che cosa vi è stato utile il servizio.
6. Le vostre aspettative sul servizio sono state soddisfatte, più che soddisfatte o insoddisfatte perché....
7. Ripercorrendo le modalità di erogazione del servizio quali sono gli aspetti che potrebbero essere svolti in maniera diversa...
8. Definite con una parola, un aggettivo o una frase il progetto dimissione protetta delle puerpere e del neonato, libera associazione....
9. Ripensando ai mesi successivi al parto, alle difficoltà incontrate, alle persone, ai luoghi in cui avete trovato sostegno, ascolto e aiuto, quali sono state le condizioni che hanno favorito l'aiuto....
10. ....e quali i bisogni che non sono stati soddisfatti.

L'analisi dei focus group è stata condotta da parte del moderatore e dell'osservatore il quale ha fornito preziose informazioni inerenti l'interazione dei partecipanti attraverso la matrice delle adiacenze da lui elaborata.

Trascrivendo integralmente la registrazione si è potuta individuare la gamma delle opinioni emerse e, in seguito, procedere ad una categorizzazione delle informazioni tramite una griglia di lettura costruita sulla base degli obiettivi e delle domande di ricerca.

**UTILITA'**



## costellazione emotiva legata alla venuta conoscenza del progetto

“è stata una cosa bellissima”

“mi sono sentita tranquilla”

apprezzamento

sollievo

rassicurazione

impressione positiva

sicurezza

forza

contentezza

### CONDIZIONI CHE HANNO FAVORITO L'AIUTO

Sapere che c'è qualcuno e non sei sola

Avere un punto di riferimento fidato a cui rivolgersi

Il tempo per l'ascolto

La consulenza all'allattamento

L'umanità e la competenza dell'operatore infonde molta forza

La consulenza anche ostetrica

Le consulenze individuali

Le visite domiciliari

La conoscenza pregressa degli operatori

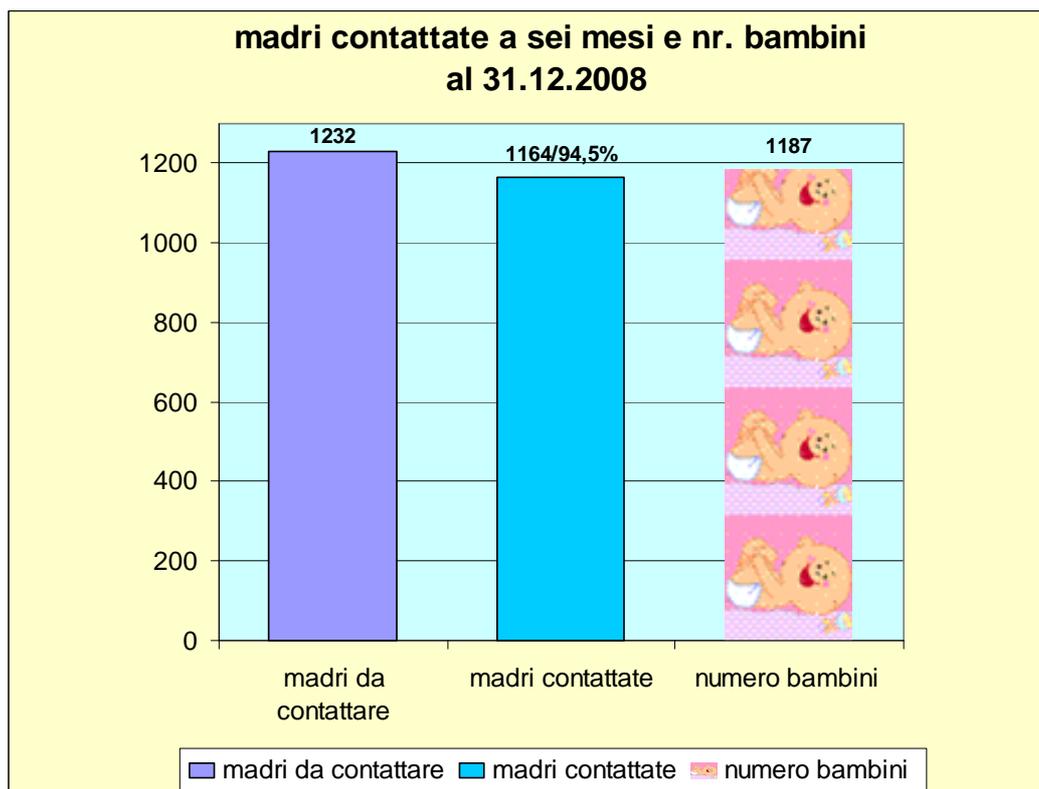
La continuità nell'accompagnamento dal corso parto a quello di massaggio, alla ginnastica perineale

DA POTENZIARE

- **Il livello di coinvolgimento**
- **La comunicazione scritta del progetto**
- **EsPLICITARE che si tratta di un progetto di continuità educativo - assistenziale**
- **Condivisione multidisciplinare di obiettivi e linguaggi**
- **Incontri post partum aperti ai partner (oltre i primi mesi di vita)**
- **Presenza in carico tempestiva in caso di problematiche**

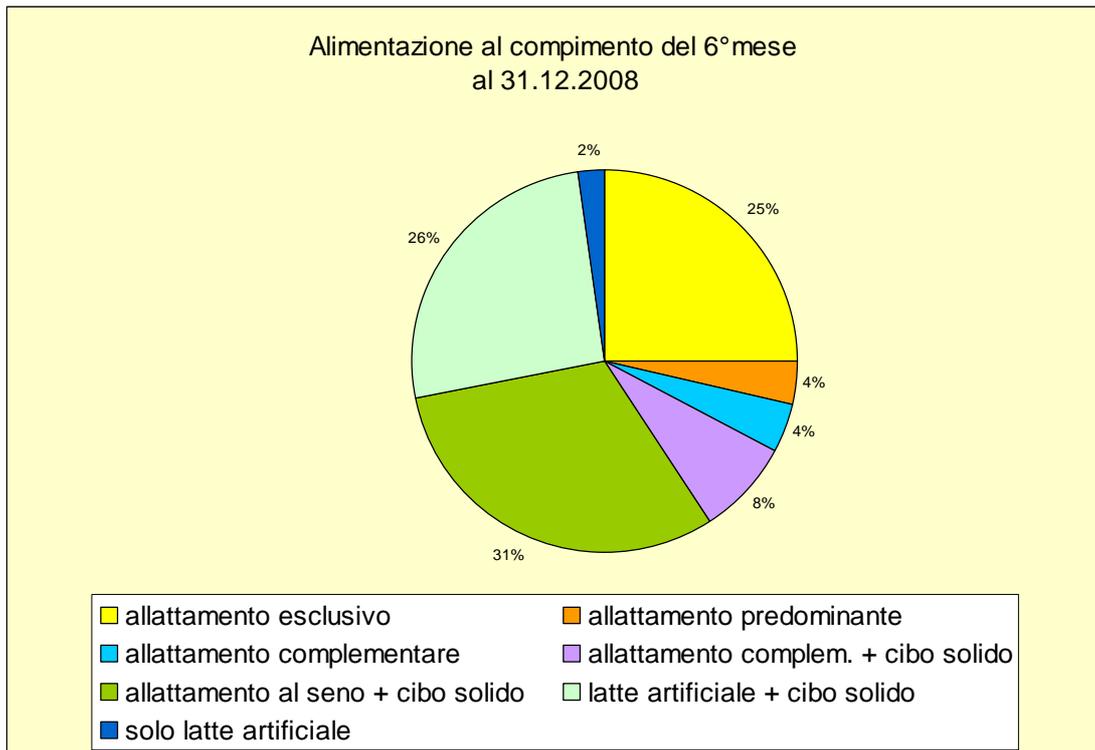
#### **Ricadute delle azioni nella vita quotidiana dei partecipanti**

Al compimento del sesto mese di vita del bambino sono stati raccolti i dati relativi al tipo di alimentazione esaminando le cartelle pediatriche presenti nei consultori e, quando non presenti, rintracciando telefonicamente le donne destinatarie del progetto dimissione protetta della puerpera e del neonato. Come si evince dal grafico, su 1232 donne da contattare ne è stata contattata una percentuale del 94,5% per un totale di 1187 bambini.



Fonte: propria elaborazione, 2009

Dal grafico che segue emerge che a sei mesi allattano esclusivamente al seno il 25% delle partecipanti al progetto. Vi è un 31% di allattamento al seno con introduzione di alimenti solidi, un 26% di latte artificiale con aggiunta di cibo solido, un 8% di allattamento complementare e cibo solido, un 4% di allattamento predominante e complementare e un 2% che allatta solo con artificiale.



Fonte: propria elaborazione, 2009

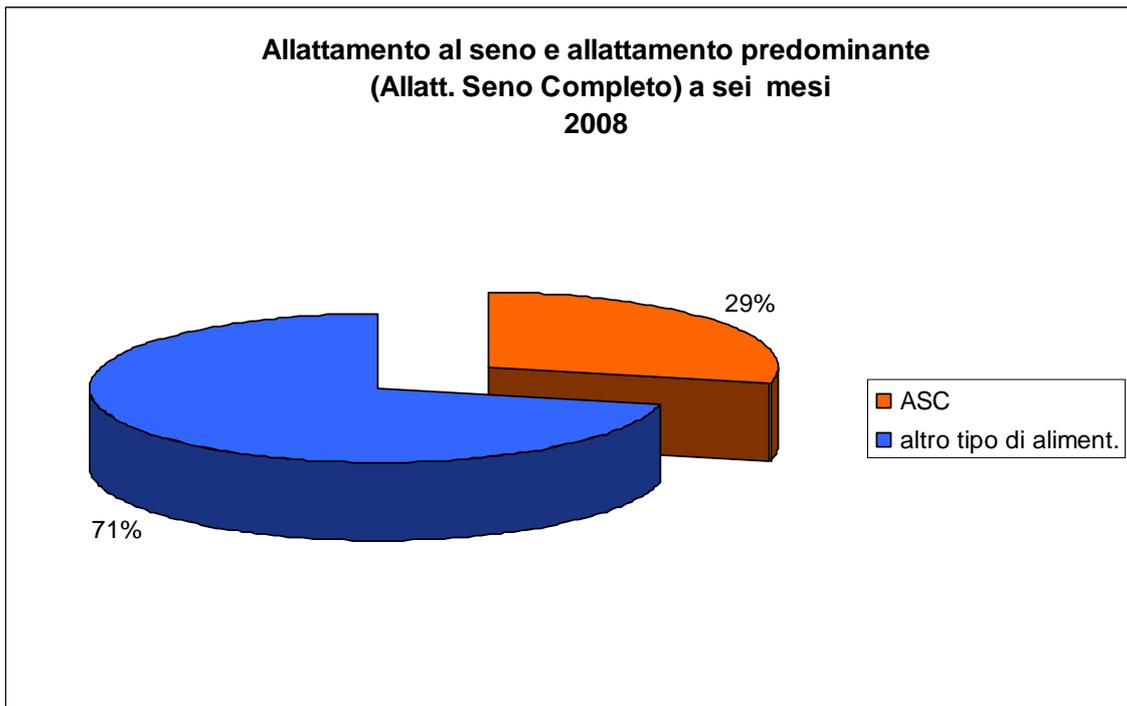
Se paragonati con la ricerca di Riva et. al.<sup>13</sup> che stima l'allattamento esclusivo a sei mesi del 8% e con il dato di una ricerca condotta in Austria che stima un 10% di allattamento esclusivo a sei mesi, il dato del Comprensorio di Bolzano è confortante, anche se si discosta ancora di molto dalle raccomandazione dell'OMS in proposito.

Tenendo conto della validità, sia per la salute del bambino che della madre, dell'allattamento al seno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha posto l'obiettivo di avere almeno il 75 per cento dei nuovi nati attaccati al seno e almeno **il 50 per cento che conservi tale alimentazione fino a sei mesi.**

Le raccomandazioni dell'OMS e quelle dell'Accademia Americana di Pediatria vanno nella direzione di un allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita del bambino e di un allattamento complementare alla somministrazione di altri cibi fino ai due anni di vita.

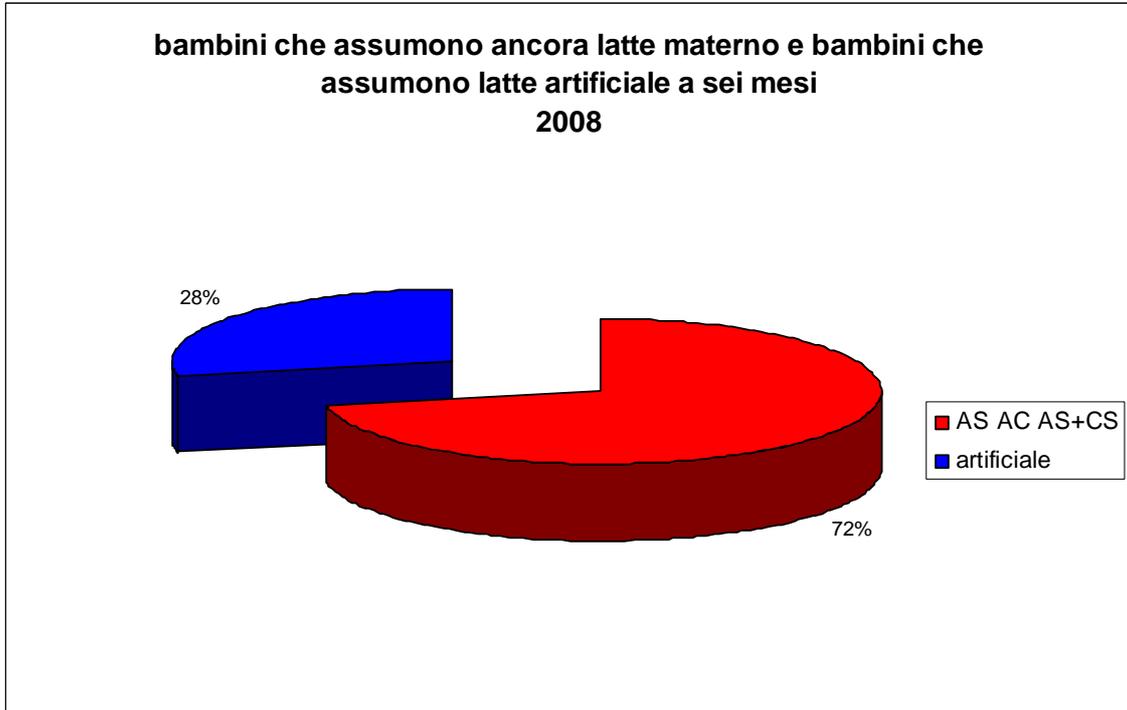
La somma di allattamento al seno esclusivo e predominante è indicata secondo le categorie OMS con il termine di allattamento al seno pieno o completo (full breastfeeding). Considerando irrilevante la distinzione tra allattamento esclusivo e predominante e sommando i due dati (Allattamento Completo o Pieno) risulta che a sei mesi abbiamo un dato del 29%: una donna su tre alimenta il proprio figlio con latte materno senza aggiunta di cibi solidi o di latte artificiale.

<sup>13</sup> Ibidem



Fonte: propria elaborazione, 2009

Se si considera la somma di esclusivo, predominante e complementare, intendendo come complementare anche l'allattamento al seno più cibi solidi, su un totale di 1187 bambini per i quali è stato raccolto il dato al compimento del sesto mese di vita, si hanno 853 bambini, pari al 72%, che assumono ancora latte materno e un 28% che non assume latte materno.



Fonte: propria elaborazione, 2009

Dall'analisi dei focus group è emersa dalla viva voce delle partecipanti l'importanza del progetto nel favorire l'avvio e il proseguimento dell'allattamento al seno, nella risoluzione di problemi quali attacco al seno, ingorghi e ragadi, nell'aiuto nella cura del bambino e nel successivo sostegno da parte delle operatrici dei consultori durante lo svezzamento.

Altro aspetto ritenuto di aiuto dalle partecipanti ai focus è quello relativo alla preparazione e competenza relazionale degli operatori che sanno infondere fiducia e tranquillizzare nella cura del bambino.

E' emerso dai focus anche l'importanza del progetto nel favorire un "orientamento competente" da parte degli operatori nella "confusione di consigli" e la sicurezza che questo comporta.

## **CONCLUSIONI**

Ri-orientare i servizi sanitari significa diffondere trasversalmente a tutti gli operatori la cultura della promozione della salute, i suoi obiettivi e favorire le azioni ad essa legate ivi incluso il collegamento ospedale-territorio. Significa in primo luogo attribuire un ruolo centrale alla persona, alla comunità, alla popolazione nel loro complesso biologico e relazionale.

Il progetto illustrato ricalca uno degli obiettivi della promozione della salute proponendosi l'intento di rafforzare le capacità e le competenze della coppia madre-bambino, principale destinataria delle azioni.

Accanto alle competenze di tipo scientifico gli operatori hanno acquisito competenze relazionali, di ascolto e di osservazione, la disponibilità emotiva, la fiducia nelle competenze materne e neonatali. Tutto ciò per realizzare quello che anche l'OMS ha individuato come uno degli obiettivi prioritari dell'assistenza alla maternità: potenziare la competenza materna promuovendone l'autostima, la sicurezza e la soddisfazione nell'allattare e nell'accudire il proprio figlio, riconfermando la sua capacità di madre e nel saper compiere le scelte giuste per il suo bambino. Attualmente i consultori ostetrici e materno - infantili distrettuali, con l'offerta dei corsi di educazione alla nascita, i corsi post partum, di tutte le attività connesse con la promozione dell'allattamento al seno, ricoprono un ruolo centrale.

Sulla base di quanto analizzato dai resoconti dei focus group emerge quanto il progetto dimissione protetta della puerpera e del neonato sia utile come sostegno emotivo, ma anche pratico e informativo.

Le donne che hanno partecipato ai focus group hanno apprezzato il servizio dichiarando che è in linea o al di sopra delle aspettative.

L'alto grado di rispondenza all'iniziativa dimostra un rilevante grado di adeguatezza e appropriatezza dello stesso.

Vi sono dei margini di miglioramento da perseguire come l'integrazione fra operatori e tra operatori e pediatri di libera scelta, l'estensione del sostegno ai partner nei corsi post partum.

Un impegno maggiore degli Amministratori della sanità locale nella promozione della politica della "Baby Friendly Hospital Iniziative" dell'OMS-UNICEF, da portare avanti in maniera congiunta a livello ospedaliero e territoriale, potrebbe migliorare i risultati fin qui ottenuti dall'impegno degli operatori nonché rappresentare uno strumento di successo.

Le reti interprofessionali evolvono e stringono le maglie con il tempo e il lavoro di chi ci crede. E' quindi necessario continuare sulla strada intrapresa promuovendo ulteriori occasioni di confronto, anche sottoforma di formazione permanente, e di verifica tra i gruppi coinvolti nel progetto.

Patrizia Corazza

Assistente Sanitaria

Assistente Sanitaria Referente per l'Educazione alla Salute per l'Area Territoriale

Servizio Medicina di Base-Distretti Sanitari

V. A. Alagi 20

39100 Bolzano