



CAPITOLATO TECNICO SCHEMA TECNICA

relativo alla gara d'appalto per assistenza medico/pediatrica guardia attiva Presidio di Sondalo

ASSISTENZA AL NEONATO

Fornire assistenza al neonato nelle prime settimane di vita al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento post-natale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale e il benessere della famiglia.

Per il raggiungimento di questo obiettivo generale 3 sono gli aspetti prioritari:

1. Salvaguardare la relazione tra genitori e bambino, ottenibile promuovendo fin dal momento della nascita la possibilità che madre e neonato stiano insieme 24 ore su 24 (contatto precoce e rooming-in).
2. La possibilità di una permanenza breve in ospedale quando esista la reale possibilità delle cure extraospedaliere necessarie durante i giorni successivi alla dimissione.
3. La programmazione di un piano di assistenza caratterizzato dalla personalizzazione e dalla continuità degli interventi in cui si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della donna e che sia effettuato da operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita).

L'adattamento ed il benessere del neonato sono favoriti dalla vicinanza con la madre e l'ambiente familiare, da un intervento assistenziale focalizzato sulla conferma alla madre delle sue competenze naturali di accudimento e sul rinforzo e la promozione della relazione madre-bambino e dell'allattamento al seno.

Controlli clinici

L'aspetto clinico generale del neonato, la vitalità, l'attività motoria e la postura, la qualità dello stato di all'erta, il ritmo sonno-veglia, la capacità di alimentarsi, sono aspetti fondamentali che devono guidare la valutazione clinica del neonato.

Assistenza al neonato in sala parto

Fornire assistenza al neonato a termine e lievemente pretermine (36 wpc) secondo le linee guida emanate dalle società scientifiche e da PDTA aziendale

Calo ponderale – Stato di idratazione – Adeguatezza apporto calorico

Il calo ponderale è un fenomeno fisiologico, dovuto alla abbondante perdita di meconio e di liquidi (urine e "perspiratio insensibilis" ed alla relativa carenza calorica dei primi 2-3 giorni. Si considera tale un calo fino a circa il 10% del peso alla nascita. Favorendo un allattamento al seno precoce e a richiesta, generalmente il peso tende ad aumentare dopo 3-4 gg, ed il peso della nascita viene recuperato entro il 7° giorno di vita, comunque entro le due settimane.

Per la valutazione dell'adeguatezza dell'apporto alimentare nei primi giorni di vita possono



essere valutati:

il peso del neonato: nei primi giorni di vita è consigliabile pesare il neonato una volta ogni uno-due giorni, nudo, prima di una poppata del mattino, per valutare la curva ponderale (calo fisiologico e ripresa ponderale). Una volta iniziati l'accrescimento ed un buona modalità di alimentazione, è sufficiente pesarlo una volta la settimana per valutare la crescita, che sarà mediamente 125-200 g per settimana, con ampie variazioni individuali. L'uso della doppia pesata ad ogni poppata è controproducente perché fa erroneamente pensare che ci sia una quantità ideale di latte da assumere potendo così indurre ansia ed insicurezza nella madre. il bagnare almeno 6 pannolini (urine e/o feci) al giorno, una volta sopraggiunta la montata latte e con l'allattamento a richiesta, ciò che costituisce un buon indice pratico dell'adeguatezza dell'apporto idrico la tranquillità e la consolabilità del neonato ,il ritmo sonno-veglia

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

- mancata ripresa del peso della nascita entro 2 settimane
- calo ponderale > 10%
- bagnare < 6 pannolini (urine e/o feci) nelle 24 ore dopo che è sopraggiunta la montata latte, in presenza di urine concentrate, giallo-scure.

Ittero

L'ittero cutaneo compare con valori di bilirubinemia > 6-7 mg/dl. Se compare in I giornata non è mai fisiologico. In assenza di fattori di rischio, l'opportunità di effettuare un prelievo si basa sulla valutazione di: intensità dell'ittero, momento della sua comparsa, condizioni cliniche generali. Va comunque precisato che la valutazione soggettiva dell'intensità dell'ittero è solo indicativa, in quanto in alcuni casi può non esserci una buona correlazione con i livelli ematici di bilirubina.

Nel nato a termine, in assenza di fattori di rischio, la fototerapia è indicata quando si raggiungono i seguenti valori di bilirubina: 1° giornata: 10 mg/dl , 2° giornata: 15 mg/dl 3° giornata: 17 mg/dl.

La fototerapia deve essere di durata di almeno 24h e va sospesa quando il valore è sceso < 15 mg/dl (raccomandazioni della task force S.I.N.).

E' consigliata l'esecuzione del gruppo sanguigno e del test di Coombs diretto su sangue funicolare a tutti i neonati.

Un approfondimento diagnostico è consigliato per

- Anamnesi positiva per fattori di rischio
- Comparsa di ittero < 24 ore di vita
- Ittero particolarmente intenso nei primi giorni di vita
- Ittero accompagnato da epato/splenomegalia, o da feci ipo/acoliche

Alterazioni cutanee

Le estremità possono restare bluastre per 6-12 ore dopo la nascita (acrocianosi fisiologica). La cianosi ed il pallore non sono mai fisiologici.



Un approfondimento diagnostico è consigliato per

- Comparsa di cianosi o pallore (in qualsiasi momento)
- Comparsa di lesioni cutanee (vescicole, esantemi, petecchie, ecchimosi)

Respiro

Dopo le prime 12 ore il neonato sano presenta una FR a riposo < 60 atti / min. La profondità e frequenza degli atti respiratori variano in relazione allo stato comportamentale; la variabilità è maggiore negli stati di sonno attivo e di veglia agitata.

Per un approfondimento diagnostico:

- FR a riposo > 60 / min.
- Presenza di dispnea

Attività cardiaca

Dopo le prime 12 ore i valori della frequenza cardiaca si stabilizzano tra 120-160/min. Durante le fasi di agitazione motoria e di pianto sono fisiologicamente presenti accelerazioni di 15-20 battiti al minuto; la frequenza è relativamente più bassa e la variabilità minore negli stati di sonno quieto e di veglia attenta, in cui il neonato sta quasi del tutto fermo. Frequenze tra 100-120/min possono essere fisiologiche in II-IV giornata di vita e vanno valutate relativamente alle condizioni cliniche generali del bambino.

Per un approfondimento diagnostico:

- FC costantemente al di fuori dei limiti sopra riportati e/o presenza di aritmie
- Presenza di soffio cardiaco
- Edemi
- Contrazione della diuresi
- Cianosi al pianto generalizzata, prolungata e frequente
- Costante affaticamento alla poppata
- Polsi periferici patologici (asimmetrici, assenti)

- Contrazione della diuresi
- Cianosi al pianto generalizzata, prolungata e frequente
- Costante affaticamento alla poppata
- Polsi periferici patologici (asimmetrici, assenti)

Temperatura

Data la 'termolabilità' del neonato è opportuno prestare particolare attenzione alle condizioni ambientali. Vanno evitate un'eccessiva temperatura ambientale ed il tenere il neonato eccessivamente vestito. In locali termoregolati artificialmente la temperatura ambientale ideale è 20-22°C nei primi giorni di vita e successivamente 18-22°C, con adeguata umidità (55-60%).

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:



- Ipertermia (temperatura ascellare = 37.5°C)
- Ipotermia (temperatura ascellare < 36 °C)

Aspetti motori, sensoriali e comportamentali

La motricità spontanea è ricca, armonica e variabile, e viene funzionalmente utilizzata nel controllo posturo-motorio (buon tono ed iniziale controllo assiale antigravitario) e nell'alimentazione. La postura alla nascita riflette quella intrauterina, generalmente in flessione globale.

Il comportamento del neonato (sguardo, ascolto, mimica globale dell'attenzione, qualità dello stato di allerta, pianto e consolabilità, alternanza sonno / veglia) è un importante indice di salute globale, da valutare attentamente ad ogni controllo.

Indicazioni per un approfondimento diagnostico:

Evidenti alterazioni della motricità (tremori, cloni e startle frequenti; ipotonia o ipertonìa; alterazioni qualitative e/o quantitative della motricità;

Evidenti alterazioni del comportamento (scarsa vigilanza o reattività generale; succhia con poco vigore, fa meno di 5 pasti al dì; non guarda, non ascolta, scarsa mimica dell'attenzione; pianto flebile o eccessivamente acuto; inconsolabilità;

Evidenti peggioramenti nel tempo (comparsa di iporeattività, letargia, oppure inconsolabilità, ipertonìa).

Cura degli occhi

Nonostante la profilassi della congiuntivite neonatale ricevuta alla nascita, una piccola percentuale (1-2%) dei neonati può sviluppare una congiuntivite batterica o virale più spesso tra i 2 e i 13 giorni di vita. I segni di infezione sono rappresentati da edema con arrossamento congiuntivale e secrezione muco-purulenta e/o ematica. Questo quadro va differenziato dalla fisiologica frequente presenza di secrezioni mucose dovute alla scarsa pervietà dei dotti naso-lacrimali, particolarmente evidente al risveglio.

Queste possono essere rimosse mediante garze sterili imbevute di acqua sterile, procedendo dall'angolo mediale verso l'esterno (per ridurre il rischio di infezioni della ghiandola lacrimale).

Se sono presenti secrezioni crostificate, queste vanno ammorbidite con un impacco di acqua sterile tiepida e quindi rimosse.

Per un approfondimento diagnostico:

- Comparsa di segni di infezione oculare (occhi rossi, edema palpebrale, secrezione di materiale purulento e/o ematico)

Emissione di urine

Deve avvenire entro le prime 12-24 ore e, dopo la montata latte, almeno 6 volte al dì.



Emissione di meconio / feci

Deve avvenire entro le prime 24 ore. Successivamente l'emissione è molto variabile e va rapportata al tipo di alimentazione e alle condizioni cliniche generali del neonato.

Ombelico

La mummificazione del cordone è un processo fisiologico che non necessita di intervento particolare. In condizioni di normale igiene (lavarsi le mani!), non vi sono evidenze scientifiche che supportino che l'uso di routine di medicamenti faciliti la caduta del moncone o ne prevenga le infezioni. Vi sono evidenze che l'alcool ne ritarda la caduta. Il cordone va tenuto pulito e asciutto con garza sterile ed è consigliabile mantenerlo esterno al pannolino.

Per un approfondimento diagnostico:

-Comparsa di segni di infezione dell'ombelico (arrossamento ed edema della cute circostante, secrezione di pus);
Mancata caduta del cordone dopo 4 settimane.

Bagno e igiene della cute

Non vi sono controindicazioni a fare il bagno al neonato quotidianamente, fin dai primi giorni di vita. Il bagno può essere un'occasione per favorire il contatto fisico (tattile) tra genitori e bambino.

Non è necessario usare materiale sterile né detergenti antisettici. Per un'accurata pulizia della cute è sufficiente usare detergenti che non alterino il pH della cute.

La pulizia dei genitali nella femmina deve andare dal davanti verso la regione anale per ridurre il rischio di contaminazione batterica.

Nei maschi non circoncisi il prepuzio protegge fisiologicamente il glande nel corso dei primi mesi di vita. Non vi è alcuna giustificazione alle manovre routinarie di retrazione del prepuzio ('ginnastica prepuziale, che possono essere causa di parafimosi e/o di traumatismi con successive fimosi cicatriziali. La pulizia da eventuali contaminazioni fecali va fatta delicatamente, limitando la retrazione del prepuzio al minimo necessario.

Il contatto precoce e prolungato tra madre e neonato e la loro successiva vicinanza, favoriscono il fisiologico meccanismo della colonizzazione batterica neonatale con germi non patogeni provenienti dalla flora batterica saprofitica materna. I neonati colonizzati da batteri diversi da quelli materni sono più a rischio di sviluppare infezioni nel corso delle prime settimane di vita.

Per favorire una fisiologica colonizzazione del neonato vanno rispettate l'intimità e le prime ore del rapporto madre-neonato e va favorito il contatto pelle a pelle. Nei giorni successivi va consentita la vicinanza tra mamma e figlio (ciò che è ottenibile con il rooming-in), va promosso l'allattamento al seno e vanno rispettate le più elementari norme igieniche (lavaggio delle mani!) da parte di chi maneggia il neonato, evitando manipolazioni e contatti superflui.



Profilassi anti-emorragica

La somministrazione di Vit K alla nascita è stata dimostrata efficace nel prevenire la malattia emorragica "classica" del neonato, quella che si verifica 1-7 gg dopo la nascita. La dose è di 1 mg i.m. oppure 2 mg per os (al momento, nonostante alcune segnalazioni, non esistono evidenze che la somministrazione di vit. K i.m. sia dannosa).

La somministrazione i.m., ma non quella per os, sembra proteggere anche dalla malattia emorragica tardiva (1-3 mesi), evenienza rara (1:10-25.000 neonati non profilassati) che colpisce soprattutto i lattanti allattati al seno.

Perciò nei profilassati alla nascita con vit. K per os, attualmente si propone di continuare la profilassi per i primi 2-3 mesi con 2 mg di vit. K per os alla settimana, per la prevenzione della malattia emorragica tardiva (efficacia e schemi di somministrazione non sono ancora ben stabilite, per cui le raccomandazioni variano tra i vari paesi e i vari autori).

Screening biochimici

In tutte le Regioni sono obbligatori alcuni screening (per ipotiroidismo, fenilchetonuria, fibrosi cistica ed altre malattie), che vanno effettuati secondo le modalità indicate dal centro Regionale responsabile, comunque non oltre i 7 giorni di vita.

Misure anti-SIDS

La SIDS (morte improvvisa del lattante) rappresenta, nei paesi industrializzati, la prima causa di morte nell'età compresa tra 1 e 12 mesi, essendo responsabile del 40% circa dei decessi in tale fascia di età.

E' pertanto necessario informare i genitori, anche prima della nascita, sui fattori protettivi della SIDS e cioè:

- evitare la posizione prona e se possibile di fianco nel sonno, a meno di precise

indicazioni mediche

- non fumare
- evitare l'ipertermia ambientale
- dormire possibilmente nella stessa stanza per i primi 6 mesi

Il momento della dimissione della madre e del neonato dall'ospedale va concordato tra la madre e chi presta assistenza a lei e al neonato.

La dimissione ospedaliera appropriata, dovrebbe basarsi sulle caratteristiche peculiari di ciascuna madre e del suo neonato , considerando in particolare:

- il desiderio della madre
- la salute della madre
- la salute e la stabilità del neonato
- la adeguatezza delle condizioni socio-sanitarie, della struttura abitativa e del supporto domiciliare
- una adeguata assistenza sanitaria nel puerperio e periodo neonatale



Nei casi di dimissione entro le 72 ore, ed in particolare in quelli entro le 48 ore, è indicata una visita pediatrica entro 2-4 giorni dalla dimissione.

E' comunque consigliata visita di controllo a tutti i neonati dopo la dimissione dell'ospedale presso l'ambulatorio dell'ospedale

L'osservazione e la valutazione extraospedaliera di base del neonato, incluso il supporto pratico per l'allattamento al seno, vengono offerte con scadenza personalizzate anche dagli operatori dei Servizi territoriali in accordo con la pediatria di famiglia e tenendo conto delle indicazioni eventualmente fornite dal punto nascita in rapporto a specifiche esigenze assistenziali.

A. Criteri per la dimissione della madre e del neonato

Al fine di dare rilevanza agli aspetti più significativi della dimissione, è raccomandato l'uso del termine dimissione concordata e appropriata.

Neonato

Nato a termine (= 37 e < 42set) di peso adeguato per l'età gestazionale (>3° percentile, secondo le curve della di crescita)

Indice di Apgar al V° min > 7, qualora non siano stati praticati interventi di rianimazione

-

PROM < 18 ore dal parto

-

Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina

-

Stabilità termica

-

Buone capacità nella suzione nutritiva ed avvio efficace dell'alimentazione al seno

-

Ittero, se presente, con caratteristiche di fisiologia

-

Emissione avvenuta e registrata di urine e meconio

-

Aver effettuato, se necessario, le opportune profilassi ed immunizzazioni (es. epatite B)

-

Aver programmato l'effettuazione degli screening metabolici secondo le modalità concordate con il Centro Regionale responsabile

-

Assenza di elementi anamnestici e clinici che suggeriscano la necessità di ulteriore osservazione, approfondimenti diagnostici o terapia in ospedale

Lettera di dimissione.

Contiene gli elementi per percorso di diagnosi e cura svolto nel corso della degenza e i consigli per le cure a domicilio e il follow up.

Viene redatta in formato elettronico e viene consegnata ai genitori al momento della dimissione dal medico con eventuale discussione, se necessario



E' consigliata visita di controllo a tutti i neonati dopo la dimissione dell'ospedale presso l'ambulatorio dell'ospedale