

I. La Nascita Naturale: "Protocollo della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio" Ancona 11.10.2016

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

| |
|--|
| Ruolo |
| Direttore Sanitario ASUR o suo delegato Gruppo di lavoro ASUR Gravidanza a basso rischio Componenti del Comitato Percorso Nascita ASUR |

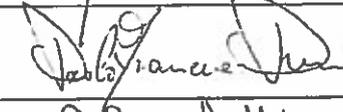
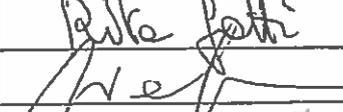
Applicazione Normativa

| |
|---|
| ASUR |
| DGRM 1219/2014: "Modifica della deliberazione n. 1345 del 30/9/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 17/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR" DM 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" Accordo Stato Regione n. 137 del 16/12/2010: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" DGRM 697/2015: "Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo" Determina DG -ASUR 35/2015 : "Costituzione del Comitato Percorso Nascita Aziendale -ASUR Marche" Determina DG -ASUR 695/2015: "Integrazione e modifica della determina -ASUR DG n. 35/2015" |

| |
|--|
| Obiettivi |
| <ul style="list-style-type: none"> • Garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale; • Definire percorsi assistenziali differenziati favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche a basso rischio • Elaborare il protocollo per la gestione della gravidanza, travaglio e parto a basso rischio |

| Documentazione prodotta | Barrare la casella corrispondente |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 1. Documento (protocollo) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Allegati | <input type="checkbox"/> |
| 3. Flow chart | <input type="checkbox"/> |

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

| Ruolo | Nome | Cognome | Firma |
|--|--------|----------|---|
| Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia - Senigallia | Nelvio | Cester |  |
| Direttore U.O.C. Pediatria-Neonatologia - Macerata | Paolo | Perri |  |
| Responsabile U.O. Att. Consultoriali - Ancona | Rita | Gatti |  |
| Direttore DMO - Ascoli P. | Diana | Sansoni |  |
| Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia - Urbino | Enrico | Canducci |  |

[Digitare il testo]

| | | | |
|---|---------------|---------------|------------------------------------|
| Coordinatrice Ostetrica AV 4 | Giuliana | Caporossi | |
| Infermiera Neonatologia AV 3 | Ivana | Corradi | <i>Corradi Ivana</i> |
| Ostetrica AV 1 | Flavia | Allegretti | <i>Allegretti Flavia</i> |
| Coordinatrice U.O.C. Ost.-Gin. AV 1 | Enrica | Ferri | <i>Ferri Enrica</i> |
| Pediatra di Libera Scelta | Gabriele | Garbuglia | |
| Dirigente Medico U.O.C. Ostetrica e Ginecologia Macerata | Stefano | Cecchi | <i>Cecchi Stefano</i> |
| Dirigente Medico Organizzazione Servizi Sanitari di Base AV 1 | Elisabetta | Esposito | <i>Esposito Elisabetta</i> |
| Coordinatrice Ostetrica Territoriale AV 5 | Stefania | Martelli | <i>Martelli Stefania</i> |
| Coordinatrice Ostetrica Territoriale AV 1 | Maria Valeria | Rossi Berluti | <i>Rossi Berluti Maria Valeria</i> |
| Ostetrica AV 1 | Elena | Zazzeroni | <i>Zazzeroni Elena</i> |
| Ostetrica Consultorio Familiare AV 2 | Grazia | Pompilio | <i>Pompilio Grazia</i> |
| Ginecologa Consultorio Familiare Ancona AV 2 | Valeria | Bezzeccheri | <i>Bezzeccheri Valeria</i> |
| | | | |

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti

Nadia Storti

[Digitare il testo]



LA NASCITA NATURALE

“PROTOCOLLO DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO”

| | | |
|--|--|---|
| | LA NASCITA NATURALE “PROTOCOLLO DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO” | Proc. n°1/2016 Vers. 0.1 del Pagina 1 di 42 |
|--|--|---|

Indice

PROFILO DI CURA DELLA GRAVIDANZA "NORMALE" A BASSO RISCHIO (GBR) OVVERO IN ASSENZA DI FATTORI EVIDENZIABILI

PREMESSA

1. SCOPO.....pag. 2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....pag. 3
3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO REGIONALE.....pag. 3
- 3.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE.....pag.3

□ GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO (GBR)

4. PERCORSO.....pag. 6
- 4.1 Accettazione richiesta.....pag. 6
- 4.2 Calendario visite.....pag. 6
- 4.3 Ecografie ostetriche.....pag. 9
- 4.4 Valutazione periodica.....pag. 9
- 4.5 Certificazioni.....pag. 10
- 4.6 Prescrizione esami.....pag. 10
- 4.7 Documentazione.....pag. 10
5. MATRICE DI RESPONSABILITA'.....pag. 11
6. ATTIVAZIONE ALTRI OPERATORI CONSULTORIO FAMILIARE/SERVIZI/ENTI.....pag. 11
7. APPLICAZIONE E MONITORAGGIO.....pag.12
- 7.1 Informazione e distribuzione.....pag. 12
- 7.2 Monitoraggio e controllo.....pag. 13
- 7.3 Indicatori.....pag.13
- 7.4 Miglioramento.....pag.13
8. GESTIONE DOCUMENTALE ORIGINALE.....pag. 14
- 8.1 Archiviazione della documentazione.....pag. 14
9. FLOW CHART- Percorso della gravidanza a basso rischiopag. 15
10. ALLEGATI.....pag. 16
- Allegato 1. Criteri di identificazione gravidanza a basso rischio e Attestazione.....pag. 17
- Allegato 2. Elenco esami.....pag. 18
- Allegato 3. Criteri per la selezione della gravidanza a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1°.....pag. 19
- Allegato 4. Checklist prenatale – informazioni per la madre che allatta.....pag. 20
- Allegato 5. Checklist prenatale – informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno.....pag. 21
- Allegato 6. Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane.....pag. 22

□ TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO

PREMESSA

1. SCOPO.....pag. 24
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....pag. 24
3. BILANCIO DI SALUTE MATERNO-FETALE A 36 SETTIMANE.....pag. 24
- 3.1 Assistenza ostetrica tra 37 e 40 settimane.....pag. 25
- 3.2 Assistenza ostetrica oltre la 40° settimana.....pag. 26

| | |
|--|---------|
| 4. IL PARTO A "BASSO RISCHIO"..... | pag. 26 |
| 5. L'ASSISTENZA IN TRAVAGLIO DI PARTO..... | pag. 27 |
| 5.1 Il sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto..... | pag. 27 |
| 5.1.1. Come comunicare durante il parto..... | pag. 27 |
| 5.2 L'accettazione e la diagnosi di travaglio..... | pag. 28 |
| 6. CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO (Stadio I, II e III)..... | pag. 28 |
| 6.1 L'assistenza nella fase dilatante (I° stadio)..... | pag. 28 |
| 6.2 L'assistenza nella fase espulsiva (stadio II)..... | pag. 30 |
| 6.3 L'assistenza nel secondamento e post partum (stadio III)..... | pag. 31 |
| 6.3.1 Assistenza al post partum..... | pag. 32 |
| 7. LE POSIZIONI NEL PARTO..... | pag. 32 |
| 8. IL DOLORE NEL PARTO..... | pag. 33 |
| 8.1 Strategie per mitigare il dolore..... | pag. 33 |
| 8.2 Analgesia non farmacologica..... | pag. 33 |
| 9. IL MONITORAGGIO FETALE DURANTE IL TRAVAGLIO..... | pag. 33 |
| 9.1 Indicazioni al monitoraggio cardiotocografico continuo..... | pag. 34 |
| 9.2 L'interpretazione del tracciato cardiotocografico (CTG)..... | pag. 34 |
| 10. CLASSIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO CONTINUO..... | pag. 35 |
| 10.1 Quando convertire l'auscultazione intermittente in monitoraggio continuo..... | pag. 35 |
| 11. L'ASSISTENZA AL NEONATO FISIOLÓGICO..... | pag. 35 |
| 12. QUANDO CHIAMARE IL GINECOLOGO..... | pag. 36 |
| 13. LA QUALITA' DELLA RELAZIONE NEL PERCORSO TRAVAGLIO PARTO..... | pag. 37 |
| 14. ALLEGATI..... | pag. 38 |
| Allegato 1..... | pag. 38 |
| Allegato 2..... | pag. 39 |
| Allegato 3..... | pag. 39 |
| Allegato 4..... | pag. 40 |
| 15. BIBLIOGRAFIA..... | pag. 41 |

ELABORATO DAL “COMITATO PERCORSO NASCITA ASUR”

Dott. Nelvio Cester - Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia di Senigallia

Dott. Paolo Perri – Direttore Dipartimento Materno Infantile di Macerata

Dott.ssa Rita Gatti – Responsabile Consultori familiari di Ancona Centro-Sud

Dott.ssa Diana Sansoni – Direttore Medico di Presidio di Ascoli Piceno

Dott. Enrico Canducci – Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia di Urbino

Sig.ra Giuliana Caporossi – Coordinatrice Ostetrica AV 4

Sig.ra Ivana Corradi – Infermiera AV 3

Sig.ra Flavia Allegretti – Ostetrica AV 1

Sig.ra Enrica Ferri – Coordinatrice Infermieristica Dip. Materno Infantile AV 1

Dott. Gabriele Garbuglia – Pediatra di Libera Scelta

Con la collaborazione del “Gruppo di Lavoro ASUR”

Dott.ssa Elisabetta Esposto – Dirigente Medico Organizzazione Servizi Sanitari di Base AV 1

Dott. Stefano Cecchi – Dirigente Medico U.O.C. Ostetricia e Ginecologia di Macerata

Sig.ra Grazia Pompilio - Ostetrica Consultorio Familiare di Loreto AV2

Sig.ra Valeria Rossi Berluti Ostetrica – Coordinatrice Ostetrica Territoriale di Fano AV 1

Sig.ra Stefania Martelli – Coordinatrice Ostetrica Territoriale AV 5

Dott.ssa Valeria Bezzeccheri - Ginecologa Consultorio Familiare di Ancona AV 2

**Direttore Sanitario ASUR
con funzione di Presidente del Comitato Percorso Nascita
Dott.ssa Nadia Storti**

PROFILO DI CURA DELLA GRAVIDANZA "NORMALE" A BASSO RISCHIO (GBR), OVVERO IN ASSENZA DI FATTORI DI RISCHIO EVIDENZIABILI

PREMESSA

In molti Paesi è diffusa e consolidata l'assistenza delle ostetriche alla gravidanza a basso rischio. In una revisione sistematica di studi clinici controllati randomizzati (11 studi, 12.276 donne) modelli assistenziali con presa in carico della gravidanza da parte di ostetriche, rispetto a modelli convenzionali di assistenza specialistica, sono risultati associati a una riduzione dei ricoveri ospedalieri in gravidanza, del ricorso all'analgesia in travaglio, della frequenza di episiotomie e parti operativi, della durata del ricovero ospedaliero del neonato e associati a un incremento dei parti vaginali spontanei, della percezione di controllo durante il travaglio e di inizio dell'allattamento al seno, senza differenze statisticamente significative nel ricorso al taglio cesareo¹.

In Italia, con il DM 740/94 il legislatore ha cercato di inquadrare il campo di attività proprio della figura professionale dell'ostetrica. *Ai sensi del DM 740/94 Art.1 "È individuata la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato".*

A questo decreto hanno fatto seguito successivi provvedimenti legislativi, in cui la gravidanza fisiologica viene collocata a pieno titolo nell'ambito delle sue competenze, che essa esercita in termini di autonomia e responsabilità. Esistono infatti prove di efficacia che mostrano come il coinvolgimento dello specialista, dove non vi siano complicanze, non migliori l'outcome materno-neonatale².

Richiamandosi a queste prove, documenti diffusi da agenzie sanitarie (Organizzazione mondiale della sanità, WHO³; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NCC-WCH⁴; Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, SNLG-ISS⁵) hanno indicato nell'assistenza fornita dall'ostetrica un intervento con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo.

La Direttiva 2013/55/UE asserisce che l'ostetrico/a è in grado in modo indipendente e sotto la sua diretta responsabilità, per quanto necessario e ad esclusione del quadro patologico, di gestire l'assistenza prenatale, condurre il parto e le sue conseguenze in istituzioni approvate e controllare travaglio e nascita, assistenza postnatale e rianimazione neonatale in attesa dell'intervento di un medico.

Il DL n.15 del 28 gennaio 2016 nell'art-37 autorizza le ostetriche ad *"accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale; prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio".*

Per l'attuazione della normativa di cui sopra, bisognerà aspettare il recepimento e le modalità applicative da parte della Regione Marche. L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio si basa su una varietà di schemi assistenziali che includono: l'assistenza offerta in esclusiva dal medico specializzato in ostetricia o dal medico di famiglia (*medical-led model*), l'assistenza dell'ostetrica o di un gruppo di ostetriche integrata quando

necessario dal ricorso al medico specialista (*midwifery-led model*) e l'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*).

Nel presente protocollo, analizzato il contesto organizzativo e operativo, si è scelto il modello denominato dell'assistenza condivisa da diverse figure professionali (*shared-led model*) che prevede: n. 3 (tre) controlli medici, n. 3 (tre) ecografie e l'assistenza dell'ostetrica per tutto il percorso della Gravidanza a Basso Rischio (GBR).

1. SCOPO

L'obiettivo di questo Protocollo è uniformare il controllo del "Percorso della GBR" in tutta la Regione Marche, definendo uno standard minimo di accertamenti, in assenza di rischio specifico e di patologie definite.

Per motivi funzionali, lo stesso è stato suddiviso in due sezioni: "Gravidanza a basso rischio" e "Travaglio e parto a basso rischio".

La presente procedura si inserisce nel più ampio percorso consultoriale di presa in carico della famiglia nel delicato ciclo evolutivo della nascita di un figlio "Percorso Nascita", che prevede diverse offerte di consulenza alla donna e alla famiglia. La compresenza, nel Consultorio Familiare, di differenti professionalità consente una presa in carico dell'utente in senso globale e offre la possibilità di rispondere anche a bisogni di natura psicologica, relazionale e sociale.

L'obiettivo è quello di fornire un'appropriate assistenza pre-peri-e postnatale in grado di assicurare una buona salute della mamma e del bambino mediante il minor carico di cura compatibile con la sicurezza, e di garantire la continuità assistenziale relativa al "Percorso Nascita", attraverso la creazione di un ambulatorio della gravidanza a basso rischio rivolto anche all'utenza straniera. Questo ambulatorio promuove la fisiologia dell'evento gravidanza, travaglio, parto e puerperio, grazie all'utilizzo di protocolli per esami e procedure di dimostrata efficacia, a conduzione da parte dell'ostetrica, che si avvale della consulenza del medico ginecologo, presso i Consultori Familiari delle Marche e gli ambulatori dedicati dei Punti Nascita.

La sorveglianza della gravidanza deve altresì intendersi come percorso che, dalla fase pre concenzionale, accompagna la donna fino al post partum e attraverso l'evento travaglio-parto, in un continuum assistenziale.

Affinché questo possa diventare possibile, si devono prevedere momenti di incontro e di confronto tra il personale del territorio e dell'ospedale che si prenda cura, nei diversi momenti del percorso nascita, della donna e del nucleo familiare. Questi incontri devono avere come obiettivo l'apertura di spazi per la relazione e la comunicazione fra gli operatori. In particolare, attraverso la conoscenza e l'apprezzamento del lavoro dell'altro e la condivisione di linee guida per l'assistenza, deve maturare l'obiettivo condiviso di "restituire alla donna la coscienza del suo saper fare costitutivo". Da questa ritrovata consapevolezza di operatori e partorienti può nascere la libertà della richiesta per un travaglio e parto personalizzato. Inoltre, il passare, per la donna, dall'affidarsi passivamente all'operatore che l'assiste, al divenire cosciente della propria forza e capacità nel travaglio e nel parto, è una condizione indispensabile per il mantenimento della fisiologia.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso di presa in carico della GBR da parte dell'ostetrica presso l'ambulatorio dedicato del Consultorio familiare è rivolto alle donne che abbiano una gravidanza *"diagnosticata come normale"*. La definizione del percorso è stata realizzata considerando le competenze dell'ostetrica, le risorse disponibili, le Evidenze Scientifiche divulgate dalle più autorevoli Società Scientifiche, nell'ottica dell'appropriatezza delle cure.

A garanzia della pluridisciplinarietà dell'equipe, sono state definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni previste ed in particolare ai controlli del ginecologo, anche programmando nella stessa giornata, la presenza dell'ostetrica e del ginecologo.

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica richiede valutazioni periodiche, programmate sulla base del presente protocollo, validato a livello aziendale.

Gli accertamenti previsti sono gli esami specialistici, di laboratorio e di diagnostica strumentale indicati dalla normativa vigente per le donne con gravidanza fisiologica.

Il percorso verrà condiviso ed utilizzato da tutti gli operatori sanitari, ostetriche e medici ginecologi, che operano nell'Ambulatorio della "gravidanza a basso rischio" presso i Consultori ed i Servizi ambulatoriali del Punto Nascita di riferimento.

3. NORMATIVA DI RIFERIMENTO REGIONALE

- Del. Amm. Cons. Reg. n. 202/98 sui Consultori Familiari
- DGRM n.1088 del 25/07/2011 su Percorso Nascita
- DGRM n.1405 del 24/10/2011 su Percorso Nascita
- PSSR 2012/2014
- DGRM 697 del 28/8/15 Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo.
- DGRM 855 del 12/10/15 Linee di indirizzo per l'organizzazione della diagnosi prenatale.
- Determina ASUR n. 205 del 26/3/2015
- Determina ASUR n. 478 del 08/07/2015
- DGRM 1345/2013
- DGRM 913/2015

3.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE

- Qualità "Norme ISO UNI EN 9001:2008"
- DGRM 697/2015 "Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo"
- L'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, concernenti "Linee di indirizzo per la promozione del miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso di nascita e per la riduzione del taglio cesareo "
- D.M. 10.09.1998 "Protocollo ministeriale esenzione esami per la gravidanza fisiologica

- Legge n. 405/75 "Istituzione dei Consulenti Familiari"
- Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"
- DL n.151 del 26/03/2011 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità..."
- DL n.15 del 28 gennaio 2016 "
- D. Lgs 206/2007Art. 48

“GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO” (GBR)

4. PERCORSO

4.1 Accettazione richiesta

La richiesta può essere effettuata dall'utente nei giorni e negli orari di apertura stabiliti dai singoli Consulitori Familiari, mediante presentazione diretta o telefonica.

I successivi appuntamenti verranno programmati direttamente dalle ostetriche del consultorio.

Dopo il primo contatto sarà aperta dall'ostetrica la specifica cartella ostetrica informatizzata che continuerà ad essere compilata ad ogni successivo incontro.

4.2 Calendario visite

CALENDARIO CONTROLLI AMBULATORIO GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

- **Entro 10/12^a settimana - I visita, effettuata da ostetrica e ginecologo.**
 - Accoglienza
 - Raccolta informazioni su: Ultima Mestruazione, regolarità del ciclo, storia della gravidanza
 - Raccolta Anamnesi personale, anamnesi familiare
 - Valutazione della documentazione sanitaria in possesso della donna
 - Misurazione peso, altezza, valutazione BMI, PA
 - Osservazione dell'aspetto del corpo (mammelle, varici, cicatrici...)
 - Visita ostetrica
 - Eco-office se l'accesso è prima della 10 sett.
 - Ecografia 1° Trimestre oltre la 10 sett.
 - Colloquio su diagnosi prenatale
 - Prescrizione degli esami previsti dal Protocollo Ministeriale ed eventuali ulteriori esami in base alla valutazione effettuata
 - Prescrizione/effettuazione ecografia 1° trimestre se non già effettuata
 - Rilascio di attestazione epoca gravidanza e data presunta del parto (su richiesta)
 - Raccolta informazioni stili di vita (alimentazione, sessualità, fumo, alcool ecc.).
 - Prevenzione malattie infettive (Listeria, citomegalovirus, toxoplasma)
 - Informazioni su maternità e diritti lavoratrici
 - Consegna di materiale informativo
 - Presentazione delle offerte consultoriali
 - Attestazione di rischio.
 - Prenotazione appuntamento sulla base dell'attestazione di rischio.

- **Fra 13^a e 18^a settimana - II visita, effettuata da ostetrica.**
 - Presentazione e conoscenza della donna (se non già avvenuta in prima visita)
 - Visione esami ed ecografia
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF
 - Eventuale esplorazione vaginale se non già eseguita
 - Eventuale effettuazione del Pap-test se non eseguito nei tre anni precedenti
 - Programmazione esami routine e verifica appuntamento per ecografia II trimestre
 - Visione e valutazione degli esami di screening /diagnosi prenatale effettuati
 - Presentazione del Percorso Nascita e proposta di partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita
 - Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare

all' ambulatorio patologia ostetrica

- **Fra 19[^] e 23[^] settimana - III visita, effettuata da ostetrica.**
 - Visione esami ed ecografia II Trimestre
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF
 - Raccolta informazioni su percezione dei MAF
 - Palpazione addominale
 - Misurazione sinfisi fondo
 - Visita vaginale in presenza disintomatologia
 - Programmazione esami prossimo controllo ed ecografia ostetrica del III° trimestre
 - Informazioni e iscrizione al Corso di Accompagnamento alla Nascita.
 - La donna frequenta CAN SI NO → promossi "corsi brevi"
 - Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all' ambulatorio patologia ostetrica

- **Fra 24[^] e 27[^] settimana - IV visita, effettuata da ginecologo + ostetrica.**
 - Visione esami
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF
 - Raccolta informazione su percezione dei MAF
 - Palpazione Addominale
 - Misurazione sinfisi fondo
 - Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
 - Programmazione esami routine e verifica appuntamento ecografia 3[^] Trimestre
 - Informazione su caratteristiche della contrattilità uterina fisiologica
 - Introduzione tema del dolore in travaglio, per le donne che non si iscrivono al CAN
 - Informazioni su certificazione per l'astensione obbligatoria dal lavoro o per l'eventuale posticipo dell'astensione all'VIII mese
 - Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all' ambulatorio patologia ostetrica

- **Fra 28[^] e 31[^] settimana - V visita, effettuata da ostetrica.**
 - Visione esami ed Eco 3° trim (se effettuata)
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF
 - Raccolta informazioni su percezione dei MAF
 - Palpazione addominale
 - Misurazione sinfisi fondo
 - Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
 - Se il feto è in presentazione podalica informare la donna sulle possibilità previste per facilitare la versione: modalità, rischi, percentuale di successo; individuare con la donna/coppia la struttura per tale procedura. Contattare l'ospedale scelto
 - Programmazione esami routine
 - Informazioni su esercizi perineo in preparazione al parto
 - Informazioni sull'offerta dei punti nascita limitrofi.
 - Confrontarsi con la donna/coppia sulle aspettative rispetto al parto e sulle offerte proposte dai punti nascita limitrofe (es. parto analgesia, parto in acqua ecc.)
 - Informare su cosa mettere in valigia per mamma e neonato.
 - Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare

- all' ambulatorio patologia ostetrica
- **Fra 32[^] e 35[^] settimana - VI visita, effettuata da ostetrica.**
 - Visione esami ed ecografia 3[^] Trimestre (se non visionata nella visita precedente) e relative informazioni (vedi IV controllo)
 - Misurazione Peso – PA
 - Auscultazione BCF
 - Raccolta informazione su percezione dei Movimenti attivi fetali
 - Palpazione addominale
 - Misurazione sinfisi-fondo
 - Visita ostetrica in presenza di sintomatologia
 - Programmazione esami
 - Informare sulla possibilità di donazione del sangue cordonale ed eventuale consegna di materiale informativo
 - Discussione su aspettative per il parto, allattamento e rientro a casa
 - Informazioni sui servizio Spazio mamma e le altre offerte consultoriali post-nascita
 - Contatto con l'ambulatorio della gravidanza a termine nel punto nascita prescelto (prenotazione da parte dell'ostetrica del consultorio su agenda dedicata)

Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all' ambulatorio patologia ostetrica

 - **A 36[^] settimane controllo nell'Ambulatorio del Punto Nascita per Bilancio di salute**

 - **Fra 37[^] e 40[^] settimana - VII visita, effettuata da ostetrica c/o Consultorio o Punto Nascita.**
 - Visione esami
 - Misurazione Peso - PA
 - Auscultazione BCF con sonicaid
 - raccolta informazione su percezione dei MAF
 - Palpazione Addominale
 - Misurazione sinfisi-fondo
 - Eventuale stima del peso fetale
 - Visita ostetrica ed eventuale esecuzione Tampone Vagino Rettale (screening infezione da streptococco beta-emolitico gruppo B)
 - Indicazioni sui segnali di inizio del travaglio
 - Indicazioni rispetto al ricovero o controllo ospedaliero a termine. Fornire numeri di telefono di riferimento del reparto.
 - Proposta controllo in puerperio (entro 60 gg data parto)
 - Nel caso si evidenzino fattori di rischio sarà coinvolto il ginecologo che provvederà ad inviare all' ambulatorio patologia ostetrica

 - **Entro 60 giorni dal parto - controllo in puerperio, effettuato da ostetrica.**
 - Accoglienza (l'esperienza del parto e del rientro a casa)
 - Valutazione della situazione psico-fisica della puerpera
 - Valutazione obiettiva (con attenzione particolare al perineo)
 - Valutazione della modalità di allattamento in corso
 - Proposta incontri e corsi del CF per mamma e bambino
 - Informazione e proposte sulle metodiche contraccettive ed eventuale invio per prescrizione
 - Informazioni sui test di prevenzione (es. Pap-test): tempi e modalità di effettuazione

4.3 Ecografie ostetriche

Nel presente protocollo sono previste 3 ecografie:

- 1) Ecografia del Primo trimestre, entro 13 settimane e 6 giorni.
- 2) Ecografia del Secondo trimestre, dalla 19° alla 23° settimana
- 3) Ecografia del Terzo trimestre, dalla 28° alla 32° settimana

La prima ecografia può essere effettuata dal ginecologo all'interno del Consultorio Familiare, se provvisto di ecografo o presso il I livello di diagnosi prenatale del Punto Nascita di riferimento. La seconda e la terza ecografia dovranno essere effettuate presso il I livello di diagnosi prenatale, sempre del Punto Nascita. E' importante creare un canale privilegiato di prenotazione (riserva di posti) tra Punto Nascita (Servizio di diagnosi prenatale) e il Consultorio Familiare per garantire i posti necessari alle gestanti dell'Ambulatorio della GBR.

- 4) Eco-office eseguibile durante l'intera gravidanza. Esame eseguito dall'ostetrica o dal ginecologo a supporto della prima visita o dei successivi controlli, finalizzato alla ricerca di dati diagnostici che possono essere utilizzati a completamento della visita stessa. Visualizzazione della camera ovulare, dell'embrione e dell'attività cardiaca. Presentazione fetale e quantità del liquido amniotico. L'esito viene registrato in cartella.

4.4 Valutazione periodica

Ginecologo ed ostetrica hanno a disposizione momenti dedicati per la valutazione congiunta della casistica. In tali spazi è possibile avvalersi delle reciproche e specifiche competenze ed eventualmente decidere di attivare sul singolo caso:

- a) Consulenza.
- b) Condivisione e/o assegnazione nuova casistica ad ostetrica.
- c) Passaggio caso. Il passaggio del caso da ostetrica a ginecologo e viceversa può avvenire in qualsiasi momento del percorso e può riguardare anche l'attività di certificazione di cui è competente il ginecologo. Le consulenze e gli eventuali passaggi sono riportati nella cartella ostetrica informatizzata.

a) Passaggio da ostetrica a ginecologo

L'ostetrica, verificata l'esistenza di un rischio rispetto alla gravidanza, richiede l'intervento del ginecologo e provvede a:

- presentare la documentazione al ginecologo nel più breve tempo possibile utilizzando preferibilmente gli spazi dedicati
- fissare l'appuntamento della donna con il ginecologo negli spazi dedicati alla gravidanza sulla base della valutazione emersa nell'incontro.

b) Passaggio da ginecologo ad ostetrica

Il ginecologo, verificato che la gravidanza rientra nella situazione "non a rischio", rimanda la donna all'ostetrica di riferimento, previo passaggio documentazione.

4.5 Certificazioni

Nel corso della gravidanza i ginecologi produrranno per le donne in carico, in base alle necessità del singolo caso, le certificazioni previste per legge.

4.6 Prescrizioni esami

Gli esami standard della gravidanza saranno prescritti dalle ostetriche, non appena la Regione Marche renderà applicabile il DL 28.01.2016.

4.7 Documentazione

La tenuta della documentazione comprende la registrazione puntuale delle prestazioni e l'aggiornamento della documentazione in uso a livello informatico. L'operatore che accoglie l'utente al 1° accesso è tenuto ad aprire e compilare la scheda della gravidanza con i seguenti dati:

- dati anagrafici, anamnestici
- registrazione delle prestazioni sul foglio diario secondo le indicazioni contenute nel presente protocollo
- stampa della *Scheda Ostetrica* che viene conservata dall'utente.

Ad ogni nuovo accesso, l'operatore responsabile della fase, provvede ad:

- aggiornare la documentazione informatica
- evidenziare nel "campo diario" la condizione di gravidanza a basso rischio

Nel foglio diario del programma informatico andranno inserite anche le prestazioni non direttamente erogate all'utente quali: incontri per passaggio caso, riunioni d'equipe, contatti con altri operatori interni od esterni al servizio.

La scheda della gravidanza viene chiusa con il controllo in puerperio.

Nella scheda cartacea consegnata alla donna, vanno inseriti tutti i documenti previsti dalla procedura e/o dai protocolli specifici.

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

R = Responsabilità C = Collaborazione

| AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO I IV VII | | | |
|---|--------|------------|----------------------|
| Attività | Medici | Ostetriche | Mediatrice Culturale |
| Compilazione scheda della gravidanza con anamnesi. Informazioni riguardo le indagini prenatali | R | R | C |
| Compilazione scheda rilevazione fattori di rischio | R | R | |
| Informazione sullo stile di vita e igiene della gravidanza | | R | C |
| Accertamento della gravidanza uterina e vitalità dell'embrione eco-office | R | R | |
| Controllo peso, controllo senologico, PA, calcolo del BMI, esame obiettivo generale, verifica ultimo pap-test | R | R | |
| Visita ostetrica | R | R | |
| Prescrizione ecografia I° trimestre | R | R | |
| Prescrizione acido folico/farmaci | R | C | C |
| Pianificazione visita successiva | R | R | C |

| AMBULATORIO PER LA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO II III V VI VIII | | |
|---|------------|----------------------|
| Attività | Ostetriche | Mediatrice Culturale |
| Educazione alla Salute | R | C |
| Aggiornamento cartella della gravidanza | R | C |
| Rilevazione BCF | R | |
| Eco-Office | R | |
| Controllo peso, PA, esame obiettivo, visione esami ematici | R | |
| Manovre di Leopold, misurazione sinfisi-fondo, visita ostetrica | R | |
| Invio al ginecologo per prescrizione esami secondo protocollo | R | |
| Compilazione scheda rilevazione fattori di rischio | R | |
| Pianificazione visita successiva | R | C |

6. ATTIVAZIONE ALTRI OPERATORI CONSULTORIO FAMILIARE/SERVIZI/ENTI

A. Coinvolgimento altri operatori Consultorio Familiare (CF)

In caso di situazioni di disagio sociale e/o psicologico l'operatore responsabile del caso può avvalersi della consulenza degli operatori competenti. In base alla valutazione congiunta potrà esserci una presa in carico

allargata con l'eventuale stesura di un piano di intervento personalizzato ed integrato.

B. Collaborazione con MMG

In caso di gravidanze a basso rischio, sarà cura dell'ostetrica promuovere e mantenere i contatti con i MMG.

C. Collaborazione/o invio al Punto Nascita

Quando il percorso della gravidanza evidenzia un rischio aggiuntivo il ginecologo di riferimento ha la responsabilità di attivare la struttura ospedaliera e concordare le modalità di gestione in base alla specificità del caso:

- **Gravidanze con patologie di gestione ambulatoriale**

E' previsto l'invio da parte del ginecologo CF allo specialista ospedaliero di competenza (per la patologia evidenziata) attraverso una connessione diretta telefonica e/o scritta

- **Gravidanze con patologia ostetrica attuale o pregressa**

E' previsto l'invio da parte del ginecologo CF allo specialista ospedaliero dell'ambulatorio di patologia della gravidanza attraverso una connessione diretta telefonica e/o scritta

- **Gravidanze francamente patologiche in carico prevalentemente al servizio ospedaliero**

E' possibile, da parte del ginecologo CF, mantenere i contatti con gli specialisti dei vari servizi, in modo da poter essere di sostegno per la donna e la coppia, dare un aiuto per una maggior consapevolezza dell'iter diagnostico e terapeutico.

- **Gravidanze in situazione di alto rischio immediato**

Nei casi in cui venga ravvisato un rischio imminente per la salute della donna e/o del nascituro l'operatore di riferimento provvede all'invio immediato all'ospedale anche tramite CO118, allertando telefonicamente il medico di guardia dell'UO di Ostetricia e Ginecologia.

D. Collaborazione con altre Strutture/Servizi

In base a quanto previsto dai protocolli in atto e/o in base alle specificità dei singoli casi, l'operatore attiva le necessarie collaborazioni con altri Servizi quali (DSM/DP) sulla base dei protocolli/accordi interni. Al bisogno verrà condiviso e steso un piano personalizzato d'intervento.

7. APPLICAZIONE E MONITORAGGIO

Al Direttore dell'U.O.C./Responsabile U.O.S. di riferimento, in accordo con il Direttore di Dipartimento Materno Infantile, compete la verifica dell'applicazione del protocollo.

7.1 Informazione e distribuzione

L'informazione e la distribuzione prevedono:

1. pubblicazione della presente procedura e dei relativi protocolli sul sito intranet

2. comunicazione della pubblicazione sul sito intranet
3. distribuzione controllata della presente procedura e dei relativi allegati ai destinatari della stessa individuati dal Responsabile della procedura

7.2 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio ed il controllo del presente protocollo si realizza con l'individuazione degli indicatori di processo. Gli indicatori saranno rilevati annualmente dal Responsabile e successivamente trasmessi al Servizio Qualità e Risk Management.

7.3 Indicatori

Si propongono di seguito alcuni indicatori da utilizzare per il monitoraggio delle Gravidanze a Basso Rischio seguite secondo le procedure contenute nel presente Protocollo GBR:

- 1) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR sul totale dei nati vivi;
- 2) N° donne seguite al Consultorio con GBR e N° di Tagli Cesarei
- 3) Esiti neonatali (Apgar alla nascita)
- 4) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR sul totale del n. donne che vengono prese in carico nei Consultori per la gravidanza;
- 5) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR a termine sul totale delle donne seguite secondo protocollo GBR;
- 6) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori per GBR con devianza fisiologica sul totale delle donne seguite secondo il protocollo GBR;
- 7) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) per GBR con aborto spontaneo sul totale delle donne seguite secondo il protocollo GBR.
- 8) Tasso di allattamento esclusivo al seno al momento della visita in puerperio
- 9) Soddisfazione della donna sulla preparazione al parto e alla vita con il bambino dal punto di vista emotivo ma anche per le informazioni ricevute.

7.4 Miglioramento

Questa fase si basa sulla valutazione degli indicatori di processo analizzati e consiste nello studio di azioni correttive e/o preventive del processo, nell'ottica di un miglioramento continuo dello stesso.

Il Responsabile emetterà un piano annuale.

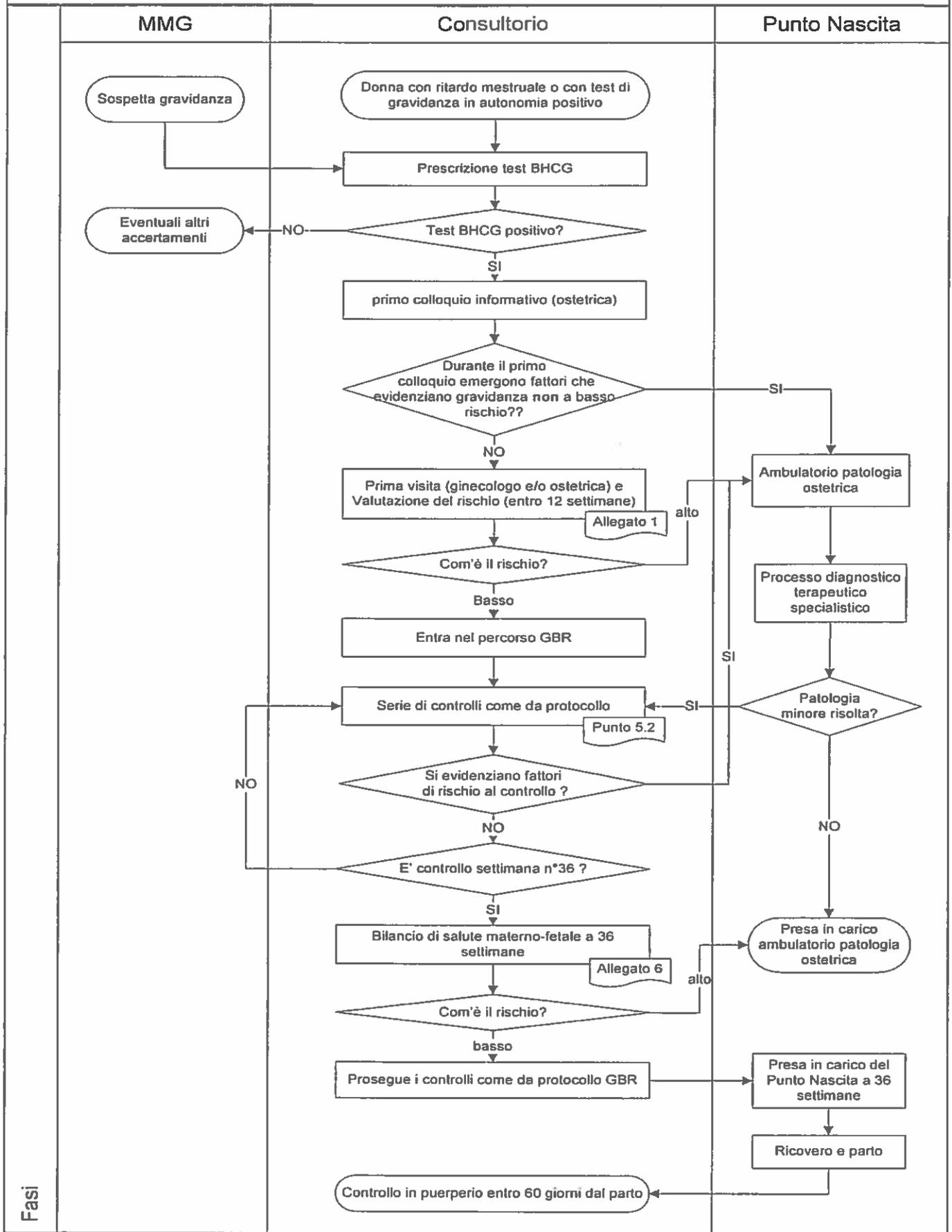
8.GESTIONE DOCUMENTAZIONE ORIGINALE

L'originale cartaceo della presente procedura con suoi allegati, comprese le eventuali revisioni, deve essere conservata presso il Responsabile del CF/Distretto.

8.1 Archiviazione della documentazione

L'archiviazione della documentazione è informatizzata.

Percorso gravidanza basso rischio



Fasi

10. ALLEGATI

Si riportano di seguito gli Allegati al Percorso GBR che rappresentano veri e propri strumenti operativi che entrano a far parte della cartella informatizzata della gravidanza.

Allegato 1.Criteri identificazione gravidanza a basso rischio e Attestazione

Allegato 2.Elenco esami

Allegato 3.Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al I°

Allegato 4.Checklist prenatale – informazioni per la madre che allatta

Allegato 5.Checklist prenatale - informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno

Allegato 6. Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane

Allegato 1

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio – prima visita

Consultorio familiare di _____
 Utente: Cognome e Nome _____
 Cartella N _____ Settimana N _____ DPP _____

| | SI | NO |
|--|----|----|
| ANAMNESI OSTETRICA | | |
| 1. Precedente morte endouterina fetale o neonatale | | |
| 2. Storia di 3 o più aborti spontanei | | |
| 3. Precedente figlio con peso alla nascita <2500gr | | |
| 4. Precedente figlio con peso alla nascita >4500gr | | |
| 5. Ipertensione o preeclampsia/eclampsia nella precedente gravidanza | | |
| 6. Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale) | | |
| GRAVIDANZA ATTUALE | | |
| 7. Gravidanza multipla | | |
| 8. Età materna <16 anni | | |
| 9. Età materna >40 anni | | |
| 10. Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze | | |
| 11. Perdite ematiche vaginali | | |
| 12. Presenza di massa pelvica | | |
| 13. Pressione diastolica uguale o superiore a 90mmHg | | |
| ANAMNESI GENERALE | | |
| 14. Diabete mellito insulino-dipendente | | |
| 15. Patologia renale | | |
| 16. Patologia cardiaca | | |
| 17. Abuso di sostanze (incluso alcool) attuale | | |
| 18. Altre patologie gravi e attuali (specificare) | | |
| ULTERIORI CAUSE DI ESCLUSIONE | | |
| 19. BMI (Body Mass Index [peso(kg)/altezza (m) ²]) superiore a 30 Kg/m | | |
| 20. Precedenti malformazioni fetali/neonatali | | |
| 21. Pregresso parto pretermine (al di sotto della settimana 37) o aborto tardivo (oltre settimana 14) | | |
| 22. Pregresse patologie placentari | | |
| 23. Pregresso TC longitudinale sul corpo dell'utero, o precesarizzate più di una volta | | |
| 24. Gravidanza da PMA | | |
| 25. Multiparità ≥ 4 | | |
| 26. Malformazioni uterine e/o miomi | | |

Una o più risposte sì ad una qualunque delle precedenti domande comporta l'esclusione dal percorso di assistenza della "Gravidanza a basso rischio"

Sulla base dei riscontri clini e strumentali attualmente valutabili la presente gravidanza è da ritenersi:

- a basso rischio
 non a basso rischio

Timbro e firma dell'operatore
 Data _____

Allegato 2

A) ELENCO GENERALE INDAGINI EMATOCHIMICHE E STRUMENTALI PREVISTI DAL PROTOCOLLO MINISTERIALE PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA (D.M. 10/09/1998) ESENTI DA TICKET

| periodo controllo (indicare barrando con una X) | batteria esami |
|--|--|
| entro la 13ª settimana (e comunque al primo controllo) | - emogruppo RH - COOMBS indiretto (se RH negativo si ripete ogni 30-40 gg) - emocromo - glicemia - GOT/GPT - esame urine - toxo test (in caso di IgG neg. ripetere ogni 30-40 gg) - V.D.R.L. e TPFA - H.I.V. - ecografia ostetrica 1º trimestre (entro 13+6w) - Rubeotest (in caso di IgG neg. ripetere entro 17w) |
| tra 14ª e 18ª settimana | - esame urine - toxotest (se recettiva) - Rubco test (se recettiva entro 17w) - test COOMBS indiretto (se RH neg.) |
| tra 19ª e 23ª settimana | - esame urine - toxotest (se recettiva) - test COOMBS indiretto (se RH neg.) - ecografia ostetrica 2º trimestre (tra 20w-23w prenotazione C.U.P.) |
| tra 24ª e 27ª settimana | - esame urine - glicemia - test COOMBS indiretto (se RH neg.) - toxotest (se recettiva) |
| tra 28ª e 32ª settimana | - emocromo - ferritina (in caso di riduzione MCV) - esame urine - COOMBS indiretto (se RH neg.) - toxotest (se recettiva) - ecografia ostetrica III trimestre (tra 30w-32w prenotazione C.U.P.) |
| tra 33ª e 37ª settimana | - emocromo - HIV (in caso di rischio anamnestico) - H.C.V. (virus epatite c (HBC) anticorpi) - HbsAg (virus epatite B (HBV) antigene HBsAg) - esame urine - toxo test (se recettiva) - test COOMBS indiretto (se RH neg.) |
| tra 38ª e 40ª settimana | - Esame urine |

B) ESAMI CONSIGLIATI-RACCOMANDATI

| periodo controllo (indicare barrando con una X) | batteria esami |
|--|---|
| Entro la 13ª settimana (e comunque al primo controllo) | - Urinocultura (per screening batteriuria asintomatica) - non esente |
| Tra la 14ª e la 24ª settimana | - PAP Test se non eseguito nei 3 anni precedenti (esente come pap-test di prevenzione triennale dopo i 25 anni) |
| Tra la 36ª e la 37ª settimana | - Tampone vagino rettale per streptococco - non esente |

Data.....

Ostetrica.....

Allegato 3

Scheda valutazione gravidanza a basso rischio – controlli successivi alla 1° visita

Consultorio familiare di _____

Utente: Cognome e Nome _____

Cartella N _____ Settimana N _____ Controllo n° _____

| | SI | NO |
|--|----|----|
| ANAMNESI OSTETRICA | | |
| 1. Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) SI NO | | |
| 2. Abuso di fumo o alcool | | |
| 3. Disagio sociale/disagio psichico | | |
| 4. Patologie psichiatriche | | |
| 5. Malattie autoimmuni | | |
| 6. Isoimmunizzazione MF | | |
| 7. Dati di laboratorio anomali | | |
| 8. Asma severa | | |
| 9. Malattie Infettive sistemiche | | |
| 10. Infezioni urinarie | | |
| 11. Infezioni genitali | | |
| 12. Tromboflebite | | |
| 13. Ipertensione | | |
| 14. Preclampsia, Eclampsia, HELLP | | |
| 15. Diabete | | |
| 16. Cardiopatie | | |
| 17. Nefropatie/Uropatie | | |
| 18. Malformazioni fetali | | |
| 19. Ritardo di crescita intrauterine accertato o sospetto | | |
| 20. Microsomia fetale | | |
| 21. Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana | | |
| 22. Oligo-polidramnios | | |
| 23. Fibromi uterini sintomatici | | |
| 24. Masse Pelviche sintomatiche | | |
| 25. Sanguinamenti anomali | | |
| 26. Ogni altra grave patologia o condizione di rischio. Se sì, specificare quale: _____ | | |

Se la gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella la donna deve essere inviata in consulenza specialistica per rivalutazione.

Sulla base dei riscontri clinici e strumentali attualmente valutabili, si ritiene che:

- La gravidanza è a basso rischio, la donna può proseguire il piano di assistenza presso l'ambulatorio.
- La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella. La donna è inviata in consulenza specialistica, programmata in data _____, per rivalutazione.

Timbro e firma dell'operatore

Data.....

Allegato 4

CHECKLIST PRENATALE – INFORMAZIONI PER LA MADRE CHE ALLATTA

Cognome Nome: _____ Consultorio Familiare di: _____

Data presunta del parto: _____ Data compimento 34° sett. gestazione: _____

Primigravida Sì No Precedente allattamento Sì No Durata _____

CAN in questa gravidanza Sì No Dove _____

Incontro gruppo prenatale allattamento Sì No Dove _____

Consegnato opuscolo allattamento Sì No

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34° sett. L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

ARGOMENTO DISCUSO*

DATA

FIRMA

Importanza dell'allattamento materno esclusivo:

- benefici per bambino e mamma;
- raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari;
- rischi dell'alimentazione artificiale;
- rischi uso tettarelle, biberon, ciucci e parapezzoli durante "calibrazione"

Un buon inizio:

- contatto pelle/pelle precoce e prolungato;
- attacco precoce ed efficace;
- allattamento a richiesta, guidato dal bambino;
- segnali di fame (precoci – tardivi);
- importanza rooming in ospedale e a casa

Un buon attacco:

- posizionamento e attacco efficaci;
- segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte;
- segni di adeguato apporto (peso, feci e urine)

Spremitura manuale:

- dimostrazione pratica;
- quando può essere utile

Problematiche più frequenti

- ragadi, ingorgo, mastite;
- prevenzione e gestione;
- mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal bambino
- condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.

Fisiologia del travaglio e del parto:

- possibilità di avere una persona di fiducia presente durante il travaglio e il parto
- possibilità di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio
- possibilità di passeggiare o di muoversi durante il travaglio
- possibilità di scegliere la posizione in cui partorire
- effetti farmaci antidolorifici sulla madre e sul neonato e metodi alternativi
- informazioni adeguate per procedure invasive

Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità.

Consegnata informativa su "cure amiche della madre"

Annotare altri punti discussi ed invio ad incontro personalizzato:

(*) annotare eventuale rifiuto alla discussione

Allegato 5

CHECKLIST PRENATALE - INFORMAZIONI PER LE MADRI CHE UTILIZZANO SOSTITUTI DEL LATTE MATERNO

Cognome Nome madre: _____ Consultorio familiare di: _____

Data presunta del parto: _____ Data compimento 34^a sett. gestazione: _____

| | | |
|--|---|--------------|
| Primigravida | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Precedente allattamento | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Durata _____ |
| Corso accompagnamento alla nascita | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Dove _____ |
| Incontro gruppo prenatale allattamento | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Dove _____ |
| Opuscolo ASL allattamento | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con le mamme seguite presso il Consultorio che per scelta personale o per motivi medici non allattano al seno.

L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo. Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le donne in gravidanza prima della 34^a sett.

| ARGOMENTO DISCUSO* | DATA | FIRMA |
|--------------------|------|-------|
|--------------------|------|-------|

L'importanza di:

- un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abordabile, sostenibile e sicura);
- contatto pelle-a-pelle immediatamente dopo la nascita e in ogni occasione utile;
- tenere i bambini vicini, giorno e notte, in ospedale e a casa: rooming-in;
- raccomandazioni OMS su età adeguata per introduzione alimenti complementari

Modalità di preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno:

- dimostrazione pratica individuale sulla preparazione e somministrazione del latte di formula.

Problematiche più frequenti:

- condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne.

Cure amiche della madre: (fisiologia del travaglio e del parto) _____

Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità: _____

Annotare altri punti discussi e necessità di follow-up o invio a specialista:

Allegato 6

**Scheda valutazione gravidanza a basso rischio di invio all'Ambulatorio della Gravidanza a termine del Punto
Nascita per
Bilancio di salute materno-fetale a 36 settimane**

Consultorio familiare di _____
 Utente: Cognome e Nome _____
 Cartella N _____ Settimana N _____ DPP _____

| | SI | NO |
|--|----|----|
| ANAMNESI OSTETRICA | | |
| 1. Precedente morte endouterina fetale o neonatale | | |
| 2. Storia di 3 o più aborti spontanei | | |
| 3. Precedente figlio con peso alla nascita <2500gr | | |
| 4. Precedente figlio con peso alla nascita >4500gr | | |
| 5. Ipertensione o preeclampsia/eclampsia, sindrome HELLP nella precedente gravidanza | | |
| 6. Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale) | | |
| GRAVIDANZA ATTUALE | | |
| 7. Gravidanza multipla | | |
| 8. Età materna <16 anni | | |
| 9. Età materna >40 anni | | |
| 10. Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o precedente/i gravidanze | | |
| 11. Perdite ematiche vaginali | | |
| 12. Presenza di massa pelvica | | |
| 13. Pressione diastolica uguale o superiore a 90mmHg | | |
| ANAMNESI GENERALE | | |
| 14. Diabete mellito insulino-dipendente | | |
| 15. Patologia renale | | |
| 16. Patologia cardiaca | | |
| 17. Abuso di sostanze (anche alcool e fumo) | | |
| 18. Altre patologie (specificare) | | |

Una o più risposte sì ad una qualunque delle precedenti domande comporta l'esclusione dal percorso di assistenza della "Gravidanza a basso rischio"

Timbro e firma dell'operatore

Data.....

“TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO”

PREMESSA

L'assistenza al "travaglio parto a basso rischio", rappresenta un momento particolarmente importante per la donna ed una comunicazione efficace unita ad un rapporto di fiducia con gli operatori sono essenziali nel vissuto che la donna avrà dell'evento nascita.

Nel rielaborare l'esperienza, le donne valutano la competenza, la considerazione e la gentilezza con la quale i professionisti sanitari si sono approcciati e il grado di informazione che questi le hanno fornito. Bisogna tenere in considerazione i valori, la volontà e il punto di vista della donna per offrire un'assistenza il più possibile personalizzata e assicurarsi che la donna condivida ogni trattamento proposto, spiegandole ogni volta rischi e benefici.

Il rispetto della volontà della donna ed il suo coinvolgimento nelle decisioni per interventi non strettamente necessari e/o procrastinabili sono essenziali nell'assistenza della donna durante il parto che ha come finalità quella di ottenere un neonato sano, una madre sana e soddisfatta del parto.

1. SCOPO

I profili assistenziali che compongono il Percorso Nascita durante la gravidanza, parto e nascita si pongono i seguenti obiettivi generali: favorire il benessere della gravida e del feto, conoscere e sostenere i processi fisiologici dell'evento nascita, identificare i fattori di rischio e le relative azioni di protezione, sottolineare la priorità assoluta della distinzione tra decorso a basso rischio (fisiologico) e a rischio di patologia, ad ogni passaggio del percorso.

Pertanto, gli obiettivi del documento sono:

- effettuare il bilancio di salute materno-fetale presso il punto nascita;
- discutere le scelte per il parto;
- accompagnare la gravidanza;
- sostenere la donna durante il travaglio ed il parto;
- sostenere il puerperio.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Nell'Accordo Stato Regioni n. 137 del 16 dicembre 2010: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", nell'Allegato tecnico n. 3, parte integrante del citato Accordo, si prevede l'integrazione territorio-ospedale al fine di garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale.

3. BILANCIO DI SALUTE MATERNO-FETALE A 36 SETTIMANE

Presso l'Ambulatorio della Gravidanza a basso rischio presso il Punto Nascita scelto per il parto, viene programmato il bilancio di salute materno-fetale e l'accompagnamento al parto.

Si valutano:

- il rischio della gravidanza in funzione della storia della gravidanza e dello stato di salute della mamma e del feto;
- il rischio per il parto;
- presentazione e posizione del feto, livello del fondo dell'utero, presenza di sporadiche contrazioni uterine;
- esito degli esami eseguiti in gravidanza, compresi quelli raccomandati tra 33 e 37 settimane con particolare attenzione al tampone retto vaginale per lo Streptococco (che verranno prescritti qualora non disponibili).

In questa fase è necessario eseguire alcuni atti indispensabili:

1. predisporre la cartella clinica da utilizzare successivamente durante il ricovero;
2. illustrare il piano di assistenza ostetrica tra 37 e 40 settimane e quello oltre le 41 settimane, qualora il parto non fosse ancora avvenuto;
3. discutere con la gestante il proprio piano del parto;
4. valutare l'opportunità di richiedere approfondimenti diagnostici (esami ematochimici, ecografia ostetrica, monitoraggio cardiocotografico e altri esami clinico/strumentali).
5. fornire informazioni sulle tecniche di analgesia naturale;
6. illustrare alla donna la possibilità di ottenere la parto-analgesia; se la donna lo desidera, viene programmata la visita anestesiológica per il sollievo del dolore in travaglio mediante analgesia peridurale;
7. offrire la possibilità della donazione del sangue del cordone ombelicale dopo opportuna spiegazione di vantaggi e svantaggi;
8. illustrare e discutere i vantaggi dell'espletamento del parto per via vaginale sia per la madre che per il feto
9. illustrare le indicazioni all'espletamento del parto per via laparotomica. In particolare, in caso di indicazione al taglio cesareo, verranno richiesti la visita anestesiológica, gli esami pre-operatori e pianificati i consensi all'atto chirurgico
10. fornire informazioni in merito al termine della gravidanza e alle indicazioni all'induzione del travaglio di parto.
11. fornire informazioni sulle regole del reparto (modalità ed orari delle visite, permanenza del padre, rooming in, tempi di degenza previsti per il parto vaginale e per l'eventuale taglio cesareo) etc.

3.1 Assistenza ostetrica tra 37 e 40 settimane

Il piano assistenziale previsto per questo periodo deve tenere conto delle caratteristiche e delle necessità individuali che andranno monitorate.

A. Azioni a carico della gestante:

- a) controllo domiciliare della PA che deve essere inferiore a 140/90 mm Hg. A tal fine la gestante deve essere informata sull'importanza di effettuare il controllo pressorio e di riferire ai sanitari valori superiori;
- b) rilevazione dei movimenti del feto con almeno 10 movimenti significativi percepiti in 12 ore; ove non fossero percepiti gli abituali movimenti del feto la gestante dovrà segnalare la situazione ai sanitari;
- c) segnalazione ai sanitari di eventuali perdite di sangue o di liquido amniotico;
- d) segnalazione ai sanitari di eventuali edemi/gonfiore alle gambe, alle mani, al viso, dolori allo stomaco, cefalea persistente, disturbi della vista o altre sensazioni di disturbo, o se dovesse comparire un improvviso indurimento addominale particolarmente forte e persistente, è importante andare al più presto presso il Punto Nascita.

B. Azioni a carico dei sanitari:

- a) monitoraggio cardiocotografico a partire dalla 41° settimana (40 settimane + 1 giorno) a cadenza settimanale o bisettimanale;
- b) valutazione ecografica del liquido amniotico mediante AFI e/o tasca massima a 40 settimane;
- c) esecuzione della visita ostetrica in caso di riferite perdite di sangue o di liquido amniotico ed eventuale valutazione ecografica;
- d) informare la gestante sulle situazioni per le quali è opportuno recarsi al punto nascita per effettuare il parto:
 - presenza di contrazioni regolari per intensità e frequenza;

- presenza di perdite delle “acque”, specie se il colore del liquido amniotico non è chiaro ma verde, marrone o giallino;
 - presenza di perdite di sangue superiori a poche gocce e in tutti i casi in cui si hanno dubbi;
- e) illustrare quali documenti e indumenti predisporre per l'espletamento del parto: documento d'identità, tessera sanitaria, effetti personali per mamma e bambino consigliati dal Punto Nascita.

3.2 Assistenza ostetrica oltre la 40^a settimana

Nelle gravidanze che proseguono oltre le 40 settimane (cioè da 40 settimane + 1 giorno) o in quelle in cui si manifestino specifiche indicazioni cliniche, si rende necessario il monitoraggio della gravidanza con:

- l'esecuzione della cardiocotografia;
- valutazione ecografica del liquido amniotico ogni 2 o 3 giorni.

Inoltre può essere proposto lo “scollamento delle membrane” allo scopo di ridurre la necessità di induzione farmacologica del travaglio.

Lo scollamento delle membrane avviene durante la visita vaginale e può causare fastidio, dolore, lieve sanguinamento e può essere causa della rottura accidentale delle membrane amniotiche.

Generalmente il travaglio viene indotto da 41 settimane + 1 giorno, preferibilmente a 41 settimane + 3 giorni, comunque entro 42 settimane perché il proseguimento della gravidanza oltre tale termine, risulta essere più frequentemente associato a condizioni di sofferenza e mortalità feto neonatale.

La donna che esprime il desiderio di proseguire la gravidanza oltre 41 settimane + 3 giorni, deve essere informata sui rischi fetali (il rischio di mortalità perinatale associato alla gravidanza protratta è stimabile intorno a 2-3/1.000 nati) e materni (le complicazioni associate alla gravidanza protratta sono distocie in travaglio, distocia di spalle, traumi ostetrici ed emorragie del postpartum).

La richiesta della donna va segnalata nella cartella clinica.

La donna continua il monitoraggio nell'Ambulatorio della Gravidanza a Termine.

4. IL PARTO A “BASSO RISCHIO”

Il parto “a basso rischio” viene definito secondo i seguenti parametri:

- Epoca gestazionale compresa tra 37+0 e 41+6, certa o confermata in precedenza mediante esame ecografico (Linee Guida Società di Ecografia SIEOG 2015)
- Feto singolo in presentazione cefalica di vertice
- Travaglio insorto spontaneamente
- Assenza di patologie materne
- Assenza di patologie fetali note
- Sacco integro o rottura prematura delle membrane < 24 ore con liquido amniotico limpido
- Liquido amniotico in normale quantità
- Placenta normo inserita ed assenza di sanguinamenti significativi
- Peso fetale stimato tra i 2500 e i 4000 grammi

5. L'ASSISTENZA IN TRAVAGLIO DI PARTO

5.1 Il sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto

Elementi comuni di questo tipo di supporto assistenziale comprendono:

- il supporto emozionale (presenza continua, rassicurazione ed elogio)
- informazioni relative alla progressione del travaglio e consigli circa le tecniche per superare le difficoltà
- misure di conforto (contatto, massaggio, impacchi caldi e freddi, appropriata idratazione) e sostegno (sostenere la donna nell'esprimere le proprie preferenze).

Le teorie a supporto dell'efficacia del sostegno continuo riguardano il miglioramento della fisiologia del travaglio, della capacità di controllo e della competenza delle madri nel ridurre la dipendenza dagli interventi medici.

Un possibile modello di assistenza è quello della assistenza "uno a uno", nata nel 1993 nel Regno Unito per riorganizzare i modelli di assistenza alla maternità. L'ostetrica percorre con la donna il cammino della gravidanza fino al parto e al puerperio con una continuità a livello domiciliare e del territorio. Ma questo non è facilmente compatibile con i turni di medici e ostetriche.

Una revisione Cochrane, ha evidenziato che le donne che hanno ricevuto un sostegno continuo in travaglio hanno minore probabilità di sottoporsi a un taglio cesareo e di avere un parto vaginale operativo. Inoltre le donne che hanno potuto usufruire del sostegno continuo in travaglio hanno minore probabilità di ricevere analgesia o anestesia regionale o alcuna forma di analgesia o anestesia, di riferire insoddisfazione o giudizio negativo sull'esperienza del parto e di riportare basso livello di controllo personale durante travaglio e parto. Anche la lunghezza del travaglio è risultata leggermente inferiore tra le donne che hanno ricevuto un sostegno continuo in travaglio.

Raccomandazione (A1)

Le donne in gravidanza devono essere informate che un sostegno emotivo continuo durante il travaglio di parto, riduce la probabilità di un taglio cesareo e di un parto operativo. Tale sostegno riduce inoltre la probabilità di alcuni interventi medici durante il travaglio di parto (analgesia/anestesia, CTG) e migliora la soddisfazione percepita dalle donne rispetto all'esperienza del parto.

5.1.1. Come comunicare durante il parto

1. Salutare la donna con un sorriso e un benvenuto, stabilire i suoi bisogni di lingua, presentarsi e spiegare il proprio ruolo nella sua assistenza.
2. Mantenere un approccio calmo e fiducioso, in modo che il contegno rassicuri la donna che tutto sta andando bene.
3. Bussare e attendere prima di entrare nella stanza della donna, rispettandola come suo spazio personale e chiedere agli altri di fare lo stesso.
4. Chiedere come si sente e se c'è qualcosa in particolare per cui è preoccupata.
5. Se la donna ha un piano del parto scritto, leggere e discutere con lei.
6. Valutare la conoscenza della donna sulle strategie per far fronte al dolore, e fornire informazioni equilibrate per scoprire quali approcci disponibili siano accettabili per lei.
7. Incoraggiare la donna ad adattare l'ambiente per soddisfare i suoi bisogni individuali.
8. Chiedere il permesso prima di ogni procedura, concentrandosi sulla donna piuttosto che sulla tecnologia o sulla documentazione.
9. Alla donna e all'accompagnatore alla nascita illustrare come chiamare aiuto, e rassicurarla che può chiamare tutte le volte che ha bisogno. Quando si esce dalla stanza, farle sapere quando si farà ritorno.
10. Coinvolgere la donna in qualsiasi consegna assistenziale ad un altro professionista, quando sono richieste ulteriori competenze o alla fine di un turno.

5.2 L'accettazione e la diagnosi di travaglio

Al momento del ricovero, al fine di distinguere un travaglio di una gravidanza a basso rischio da quello di una gravidanza non a basso rischio, occorre effettuare:

- Anamnesi
- Peso ed altezza e calcolo del BMI pre-gravidico
- Visita di accettazione
- Registrazione cardiocografica (test di ingresso).
- Valutazione della quantità di liquido amniotico
- Misurazione della pressione, temperatura e frequenza cardiaca materna
- Verificare i desideri della donna sul travaglio di parto e le sue aspettative sulla partoanalgesia

Tutti i dati vanno registrati nella cartella clinica (raccomandazione A)

Nelle gravidanze a basso rischio, in considerazione delle attuali evidenze, non si ritiene di utilità l'esecuzione della cardiocografia all'ingresso (raccomandazione A). Comunque il CTG d'ingresso rimane utile per discriminare le gravidanze a basso rischio da quelle ad alto rischio; inoltre tale registrazione è utile anche per formulare la diagnosi di travaglio.

6. CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO (Stadio I,II e III)

Il travaglio di parto viene distinto in I, II e III stadio.

Il I stadio del travaglio inizia quando si hanno contrazioni uterine regolari e termina quando la donna raggiunge la dilatazione cervicale completa. Esso può essere distinto in:

- Fase latente: in cui si assiste all'appianamento del collo uterino
- Fase attiva: in cui si assiste alla dilatazione dello stesso

Si consiglia di porre diagnosi di travaglio quando inizia la fase attiva (Raccomandazione B), cioè in genere:

- Contrazioni ≥ 2 in 10', ritmiche, avvertite
- Collo uterino: appianato e dilatato ≥ 3 cm

6.1 L'assistenza nella fase dilatante (I° stadio)

Il primo stadio del travaglio si divide in due fasi

- fase prodromica/fase latente:
 - non ha una tempistica definita e l'andamento può essere discontinuo
 - sono presenti contrazioni dolorose
 - sono apprezzabili delle modifiche alla visita, incluso il raccorciamento del collo e una dilatazione fino a 3 cm
- travaglio attivo :
 - sono presenti contrazioni dolorose e ad intervalli regolari
 - il collo è appianato e la dilatazione cervicale è superiore ai 3 cm

L'ostetrica che fa diagnosi di travaglio attivo lo segnala compilando il partogramma, un grafico che permette di valutare la normale progressione del travaglio e consente un passaggio di informazioni oggettivo ed omogeneo tra operatori.

Il parto richiede:

a) Sostegno alla donna

La percezione di essere sostenuta favorisce il parto naturale e la soddisfazione della donna riguardo al

parto.

Il sostegno alla donna si basa su vari componenti.

- **Informazione:** rendere consapevole e partecipe alle varie fasi del parto. Bisogna fornire alla gestante tutte le spiegazioni che desidera; è buona norma concordare con lei, già durante la gravidanza, un piano sull'assistenza che le si offrirà durante il parto. Rendere il partner partecipe e capace di sostenere a sua volta la compagna durante il travaglio: è importante che anch'egli sia coinvolto consapevolmente nelle decisioni riguardo la nascita.
- **Luogo:** favorire il parto in luogo sicuro ove la donna si senta protetta, in un ambiente in cui si senta a proprio agio, più possibilmente familiare, in cui venga rispettata l'intimità e la riservatezza della donna fino alle due ore dopo il parto.
- **Posizione:** la posizione della donna è libera. L'ostetrica può suggerire diverse posizioni che aiutino a sopportare il travaglio e a facilitare il parto (sconsigliata la posizione supina, in questo caso suggerire il decubito sul fianco sinistro). (v. anche Paragrafo 7)
- **Persone presenti:** la presenza di una persona di sostegno favorisce il parto vaginale, diminuisce la richiesta di analgesia intrapartum e aumenta la soddisfazione della donna. Il supporto intrapartum risulta tanto più efficace quanto più è precoce e quanto più è fornito da una persona cara alla donna. (Raccomandazione A). Il supporto deve iniziare già nel periodo latente, in cui usualmente la donna è a casa, e continua nelle fasi successive del travaglio.
- **Dolore:** la sopportazione del dolore rende la donna maggiormente rilassata, padrona di sé e partecipe delle scelte riguardo alla nascita. Perciò uno degli scopi fondamentali dell'assistenza durante il travaglio è la riduzione del dolore e la sua tollerabilità. L'OMS promuove tutti i metodi naturali di sopportazione del dolore, come tecniche di rilassamento, posizioni, massaggi, bagni caldi. (Raccomandazione B) (v. anche Paragrafo 8)
- **Alimentazione:** è bene affrontare il travaglio in forze e ben idratati. A tal scopo la donna può nutrirsi durante il travaglio, assumendo di preferenza alimenti facilmente digeribili e in particolare liquidi. (Raccomandazione B)
- **Pratiche da evitare:** non ci sono interventi raccomandati di routine, in particolare non ci sono evidenze scientifiche a favore del miglioramento dell'outcome materno neonatale da utilizzo di tricotomia, clistere, amnioressi, somministrazione di glucosata o farmaci antispastici, manovra di Kristeller.

b) Controlli durante il I° Stadio

- a) **Controlli materni:** rilevazione della temperatura e della pressione materna ogni 4 ore. La temperatura media è di 37,1°C e aumenta progressivamente fino a 37,4°C nel corso del travaglio
- b) **Valutazione** palpatoria della frequenza delle contrazioni ogni 30'. Valutare il numero delle contrazioni in 10 minuti, specificando se siano valide o meno. Usualmente sono da considerarsi valide le contrazioni dolorose che durano più di 40"
- c) **Minzione** ogni 2 ore (una vescica iperdistesa diminuisce la forza contrattile uterina) (Raccomandazione B)
- d) **Esplorazione vaginale:** l'OMS consiglia di fare la visita ogni 4 ore nel I° stadio e ogni ora nel II° stadio. E' consigliabile, come è consuetudine in Europa, ogni 2 ore nel I° stadio e ogni ora nel II° stadio. La visita dovrebbe essere fatta comunque secondo la necessità clinica concordandola con la donna. (Raccomandazione B)
Dove possibile dovrebbe essere effettuata dalla stessa persona (Raccomandazione B). Ogni visita deve essere segnata sul Partogramma. (Raccomandazione B)
- e) **Auscultazione del battito cardiaco fetale:** ogni 15' per la durata di un minuto dopo una contrazione, riportando in cartella la frequenza media e l'orario. Il battito può essere rilevato tramite rilevatore doppler, lo stetoscopio di Pinard o la sonda US del cardiocotografo; se si usa la sonda US del cardiocotografo la rilevazione ha un supporto grafico su carta da conservare in cartella. In fase prodromica è raccomandato auscultare il battito cardiaco fetale ogni volta che si visita la donna. Ogni evento intrapartum in grado di influenzare il BCF dovrebbe essere annotato

sul tracciato cardiocografico con ora e firma dell'operatore. Se si opta per l'auscultazione intermittente, tali annotazioni vanno comunque riportate in cartella o nel partogramma. L'obiettivo della visita è quello di valutare e riportare sul partogramma, oltre alle condizioni materne e fetali, la progressione del travaglio

La progressione del travaglio

Occorre valutare:

1. **Le condizioni locali:** iniziando il partogramma quando il collo è appianato, l'OMS consiglia di valutare la dilatazione (espressa in centimetri), l'indice di posizione, la posizione e il livello della parte presentata, lo stato delle membrane (integre o meno) e, nel caso in cui siano rotte, le caratteristiche del liquido amniotico: Limpido o Tinto 1,2,3, (rispettivamente L, T1,T2,T3). Utile valutare anche la consistenza del collo (rigido, medio o cedevole)
2. **L'andamento della dilatazione cervicale:** è regolare se ≥ 1 cm/ora (Raccomandazione B). Nel partogramma dell'OMS l'andamento della dilatazione cervicale regolare è segnato da una linea diagonale corrispondente alla dilatazione cervicale di 2 cm ogni 4 ore, detta linea d'allarme (NICE 2014).

6.2 L'assistenza nella fase espulsiva (stadio II)

E' la fase tra la dilatazione completa della cervice e l'espulsione totale del bambino dall'utero.

Si divide in due fasi:

- **fase passiva:** dilatazione completa della cervice in assenza di premito o contrazioni espulsive. A volte si può associare ad una diminuzione della frequenza delle contrazioni.
- **fase attiva (fase espulsiva):** la parte presentata è visibile, la dilatazione della cervice è completa, la donna spinge spontaneamente seguendo la sensazione di premito. Le spinte devono essere guidate solo se la donna non spinge in modo efficace. (Raccomandazione B)

Nella fase espulsiva il ruolo dell'ostetrica è molto importante: non solo deve dare indicazioni precise alla donna che sta partorendo, ma deve anche assistere psicologicamente la donna. La competenza professionale non deve prescindere dall'aspetto umano.

→ In questa fase si esegue l'ascoltazione intermittente del battito cardiaco fetale ogni 5 minuti per 1 minuto dopo una contrazione. Nel dubbio è bene confrontare la frequenza cardiaca materna con quella fetale. (Raccomandazione A)

→ I Nel periodo espulsivo continuano i controlli della pressione arteriosa, del polso, della temperatura, della diuresi. (Raccomandazione B)

→ I L'ostetrica deve fornire indicazioni su quale posizione assumere durante la fase espulsiva, deve valutare se è opportuno ricorrere all'episiotomia e deve fornire indicazioni per il benessere del perineo. Le valutazioni devono essere fatte in funzione del benessere materno-fetale e della durata della fase espulsiva.

La durata del II° Stadio (Fase Attiva):

| Nullipara | Pluripara |
|--|--|
| durata media (in assenza di analgesia epidurale): circa 1 ora | durata media (in assenza di analgesia epidurale): circa 30' |
| durata massima (in assenza di analgesia epidurale): circa 2 ore | durata massima (in assenza di analgesia epidurale): circa 1 ora |

Secondo le linee guida del NICE nelle nullipare dopo 2 ore dall'inizio della fase espulsiva e nelle pluripare dopo 1 ora è consigliabile chiedere la presenza dell'ostetrica e del medico "esperti". Il periodo espulsivo si considera prolungato dopo 3 ore per le nullipare e 2 ore per le pluripare.

La libertà di movimento in travaglio aiuta il feto a progredire nel canale del parto secondo i diametri più favorevoli. Una revisione Cochrane ha dimostrato che il parto in posizione eretta ha diminuito la durata del periodo espulsivo rispetto alla posizione supina, ridotto il ricorso all'episiotomia e ai parti operativi vaginali e incrementato di poco le lacerazioni vagino-perineali. La posizione supina riduce i diametri del canale del parto, la mobilità della pelvi e della colonna lombare, annulla i riflessi motori di posizione e il riflesso di difesa muscolare. Le conseguenze sono una disfunzione neuro-muscolare del pavimento pelvico, una perdita della forza di gravità e una riduzione della forza espulsiva a causa della mancata efficienza della contrazione uterina.

In alcuni casi è necessario ricorrere all'episiotomia, ma va segnalato che non deve essere una procedura di routine del parto per via vaginale.

Le principali indicazioni all'episiotomia sono:

- a) un parto operativo
- b) una condizione fetale non rassicurante.

L'episiotomia medio-laterale con un angolo di 45-60° rispetto all'asse verticale è preferibile alla tecnica mediana o laterale.

Il contenimento del numero delle episiotomie riduce il trauma dell'area genitale posteriore, aumenta la probabilità di un perineo intatto, non aumenta il rischio di lacerazioni perineali di terzo e di quarto grado. Le donne che non eseguono l'episiotomia hanno meno dolore perineale in puerperio e meno disturbi della vita sessuale. I dati della letteratura non hanno dimostrato l'efficacia dell'episiotomia nella prevenzione dei difetti del pavimento pelvico, dell'incontinenza urinaria e fecale e del prolasso genitale.

Per il benessere del perineo gli studi hanno trovato che la protezione manuale del perineo con assistenza attiva della flessione della testa fetale riduce il dolore in sede perineale dopo 10 giorni dal parto, ma non l'incidenza delle lacerazioni. Inoltre il massaggio perineale non riduce l'incidenza delle lacerazioni del perineo e l'uso di un anestetico locale alla lidocaina in forma di spray non sembra in grado di ridurre il dolore perineale, sebbene sia diminuito il numero di lacerazioni perineali di secondo grado.

6.3 L'assistenza nel secondamento e postpartum (stadio III)

Nel secondamento fisiologico si recide il cordone quando smette di pulsare e la madre espelle la placenta spontaneamente entro 30'.

I farmaci uterotonici non sono indispensabili.

Dopo 60 minuti si giunge alla diagnosi di mancato secondamento.

L'ostetrica nell'attesa del secondamento controlla le condizioni generali della donna, in particolare:

- il colorito
- la respirazione
- le perdite di sangue

In assenza di rischio, la donna è lasciata libera di aspettare il secondamento fisiologico dopo aver ricevuto informazioni sul trattamento attivo del terzo stadio e sulla possibilità di accelerare i tempi e di ridurre la perdita ematica. E'opportuno favorire il contatto pelle a pelle (Skin to Skin) tra la madre ed il neonato, previa adeguata informazione alla donna.

Si attende la fuoriuscita spontanea della placenta senza eseguire manovre di spremitura alla Credè, né manovre di trazione sul funicolo per un'ora, a meno che la perdita ematica non superi i 500 ml.

La perdita ematica deve essere valutata quantitativamente mediante l'uso di sacchetto graduato. (Raccomandazione B)

Nel trattamento attivo del terzo stadio del parto, informata la donna, la recisione del cordone può essere anticipata. Si somministrano i farmaci uterotonici e si esegue una trazione controllata sul cordone per favorire l'espulsione della

placenta.

La somministrazione di farmaci uterotonici prevede l'iniezione intramuscolo di 10 UI di ossitocina. La trazione del cordone si esegue solo dopo i farmaci uterotonici. Dopo 30 minuti si giunge alla diagnosi di mancato secondamento. L'ostetrica valuta l'aspetto della placenta e delle membrane e la loro completa espulsione.

6.3.1 Assistenza al post-partum

Il postpartum è il periodo di due ore successivo al parto in cui l'ostetrica controlla la paziente in modo ravvicinato prima di tornare in reparto e iniziare il puerperio.

I parametri che indicano il benessere della donna sono:

- il polso,
- la pressione arteriosa e la temperatura
- la formazione del globo di sicurezza uterino
- le lochiazioni e lo svuotamento della vescica(Raccomandazione A)

7. LE POSIZIONI NEL PARTO

Vantaggi della libertà di movimento e della posizione verticale in travaglio di parto:

La donna libera di muoversi secondo le sue necessità sceglie la posizione per lei più adeguata e antalgica, ed ha la percezione di controllare meglio le funzioni del proprio corpo.

La libertà di movimento

- a) Si riduce l'ansia, la tensione, lo stress
- b) Si riduce l'uso dei farmaci
- c) Si riducono gli interventi inutili

Nella postura eretta il travaglio è più veloce ed efficiente: "Pressione" efficace della parte presentata sulla cervice che stimola produzione di ossitocina:

- a. Contrazioni regolari
- b. Dilatazione cervicale facilitata
- c. Periodo dilatante ridotto

La posizione verticale:

- a) è più confortevole
- b) facilita la possibilità di movimento
- c) favorisce il rilassamento in pausa
- d) sfrutta la forza di gravità
- e) La respirazione materna migliora
- f) Si evita la compressione uterina su cava e aorta
- g) Diminuisce l'ipotensione
- h) Migliora la circolazione materna e fetale
- i) Migliora l'irrorazione placentare
- j) Si previene la sofferenza fetale

Inoltre al parto:

- a) Si potenzia la forza espulsiva muscolare
- b) Migliora la distensione ed il rilassamento della muscolatura del pavimento pelvico
- c) Diminuisce il rischio di lacerazioni e la necessità di ricorso all'episiotomia
- d) Aumenta i diametri dell'ingresso pelvico
- e) Si favorisce il legame madre-neonato con il contatto visivo immediato

Nelle posizioni di sospensione si sfrutta al meglio la mobilità della pelvi

E' utile che la posizione in travaglio e al parto sia libera.

Se la donna vuole stare sdraiata consigliare di non poggiare sulla schiena per evitare compressione sui grossi vasi.

8. IL DOLORE NEL PARTO

- Il dolore del travaglio è associato alla funzione fisiologica della nascita, alla sopravvivenza individuale della specie, non causa di per sé morbilità o mortalità, perciò non deve essere trattato sistematicamente come "patologia".
- La situazione migliore dei punti nascita è poter offrire molte possibilità analgesiche, perché nessun metodo di per sé è soddisfacente per tutte le donne in travaglio.

Misure di conforto sono di conforto per la donna in travaglio sono:

1. riduzione degli stimoli fastidiosi
 2. possibilità di muoversi e di assumere posizioni diverse
 3. il massaggio
 4. applicazioni calde
1. Riduzioni degli stimoli fastidiosi (il monitoraggio cardiocografico continuo, le esplorazioni vaginali, la mancanza di privacy, le luci luminose, la temperatura alta e alcune attività considerate routinarie dagli operatori). Correggere o eliminare questi discomfort aumenta il benessere della donna in travaglio.
 2. Possibilità di muoversi liberamente e assumere posizioni diverse: aumentano il senso di controllo della donna sul proprio travaglio
 3. Massaggio: viene suggerito quando si osserva la necessità del contatto, e quest'ultimo se dato dal partner riduce ansia e dolore
 4. Applicazioni calde attraverso le compresse calde alla schiena, alle articolazioni e l'uso della doccia calda è utile nel rilasciare la muscolatura, così come l'immersione in acqua

8.1 Strategie per mitigare il dolore

- Se una donna sceglie di utilizzare tecniche di respirazione e rilassamento nel parto, va sostenuta in questa scelta.
- Se una donna sceglie di utilizzare tecniche di massaggio nel parto, che sono state insegnate al partner, va sostenuta in questa scelta.
- Offrire alla donna l'opportunità di partorire in acqua per alleviare il dolore.
In questo caso:
→ monitorare la temperatura della donna e dell'acqua ogni ora. La temperatura dell'acqua non deve essere superiore a 37,5 ° C.
→ tenere la vasca da parto pulita utilizzando un protocollo concordato con il dipartimento di microbiologia e conformemente alle linee guida del produttore.
- non offrire agopuntura, digitopressione o ipnosi, ma non impedire di utilizzare queste tecniche alle donne che desiderano farlo in accordo con il Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia. Questa richiesta da parte della donna dovrà essere effettuata con congruo anticipo e contenuta nel Piano del Parto.
- Consigliare di ascoltare musica scelta dalla donna durante il parto.

8.2 Analgesia non farmacologica

Non offrire la stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS) durante il parto.

9. IL MONITORAGGIO FETALE DURANTE IL TRAVAGLIO

Sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto

- Nelle gravidanze a basso rischio, in considerazione delle attuali evidenze, non si ritiene di utilità l'esecuzione della cardiocografia all'ingresso. (Raccomandazione A). Comunque è utile eseguire un CTG d'ingresso sia per discriminare le gravidanze a basso da quelle ad alto rischio, sia per formulare la diagnosi di travaglio.
- In donne sane con gravidanza a basso rischio, per la valutazione del benessere fetale in travaglio di parto dovrebbe essere proposta e raccomandata la rilevazione intermittente del BCF. (Raccomandazione A)
- Prima di iniziare qualsiasi forma di monitoraggio del benessere fetale, il polso materno dovrebbe sempre essere valutato simultaneamente alla frequenza cardiaca fetale, per differenziarla da quella materna (Raccomandazione C)
- La rilevazione intermittente del BCF in travaglio attivo nella gravidanza a basso rischio dovrebbe essere eseguita

immediatamente dopo una contrazione, per 60 secondi e ogni 15 minuti nel 1° stadio e ogni 5 minuti nel 2° stadio. (Raccomandazione A)

- Ogni evento intrapartum in grado di influenzare il BCF dovrebbe essere annotato sul tracciato cardiocografico con ora e firma dell'operatore; se si opta per l'auscultazione intermittente, tali annotazioni vanno comunque riportate in cartella o nel partogramma. (Raccomandazione C)
- L'auscultazione intermittente può essere fatta con stetoscopio di Pinard o strumento Doppler, annotata in cartella o nel partogramma con data, ora e firma; si consiglia tuttavia, se possibile, l'utilizzo del cardiocografo, per la maggior facilità di interpretazione e la possibilità di conservare un supporto cartaceo. (Raccomandazione V).

9.1 Indicazioni al monitoraggio cardiocografico continuo

Il monitoraggio continuo dovrebbe essere offerto e raccomandato nelle gravidanze precedentemente monitorizzate in modo intermittente quando:

1) all'auscultazione si rileva una frequenza <110 o >160 bpm

2) in presenza di qualsiasi decelerazione

3) in caso si sviluppino fattori di rischio intrapartum (Raccomandazione A)

- Il passaggio dall'auscultazione intermittente al monitoraggio continuo dovrebbe essere annotato in cartella o sul partogramma con data, ora, firma dell'operatore e motivazione. (Raccomandazione V)
- Il ritorno alla auscultazione intermittente è giustificato qualora non persista più la condizione che ne aveva determinato l'abbandono. Questa modifica andrebbe annotata in cartella con data, ora e firma dell'operatore. (Raccomandazione V).

9.2 L'interpretazione del tracciato cardiocografico (CTG)

- Si raccomanda di evitare l'esecuzione del CTG con donna in posizione supina, in quanto questa postura è gravata da maggior frequenza di falsi positivi. (Raccomandazione A)
- Si raccomanda la assunzione di un sistema uniforme di valutazione del CTG. Tale sistema dovrebbe comprendere sia un insieme di definizioni dei patterns cardiocografici (vedi tabella), sia uno schema di categorizzazione della FCF (descritto in tabella 3) e dei tracciati (descritto in tabella 4). (Raccomandazione V)
- Nei casi in cui il CTG rientri nella categoria *sospetto*, adottare misure conservative (Raccomandazione V)
- Nei casi in cui il CTG rientri nella categoria *patologico*, adoperarsi per l'espletamento del parto. (Raccomandazione V)

• Le apparecchiature dovrebbero essere settate in modo standard come segue:

velocità della carta: 1cm\min

sensibilità: 20 bpm\cm

range della FCF: da 50 a 210 bpm (Raccomandazione V)

In relazione alla condotta del monitoraggio elettronico fetale (Raccomandazione V):

- La data e l'ora di registrazione sulla macchina dovrebbero essere correttamente settate.
- Il tracciato dovrebbe essere registrato con il nome della madre, data e ora.
- Qualsiasi membro dello staff che venga coinvolto nella valutazione di un tracciato dovrebbe annotare le proprie osservazioni sul tracciato, o nella cartella materna o nel partogramma, con la data, l'ora e la firma.
- Il tracciato cardiocografico dovrebbe essere custodito e archiviato insieme alla cartella materna al termine del processo di registrazione.

Criteri di normalità del CTG:

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| - frequenza cardiaca di base: | 110-160 bpm |
| - variabilità moderata: | 6-25 bpm |
| - accelerazioni: | presenti |
| - decelerazioni: | assenti |

10. CLASSIFICAZIONE DEL MONITORAGGIO CONTINUO

- **NORMALE:** 4 reperti rassicuranti
- **SOSPETTO:** almeno 1 reperto non rassicurante
- **PATOLOGICO:** 2 o più reperti non rassicuranti

10.1 Quando convertire l'auscultazione intermittente in monitoraggio continuo

- Presenza all'auscultazione di una frequenza di base <110 o >160 bpm
- Presenza di ogni tipo di decelerazione
- Comparsa di fattori di rischio intrapartum

11. L'ASSISTENZA AL NEONATO FIOLOGICO

Valutazione iniziale del neonato

1. registrare il Punteggio di Apgar a 1 e 5 minuti.

| PUNTEGGIO DI APGAR | | | | Età gestazionale _____ settimane | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--|-----------------------|----------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|----|
| SEGNO | 0 | 1 | 2 | 1 minuto | 5 minuti | 10 minuti | 15 minuti | 20 minuti | |
| Colorito | Colorito pallido | Rossore | Colorito rosa | | | | | | |
| Presenza di ombelico | Assente | 100% Spontaneo | > 100% Spontaneo | | | | | | |
| Respirazione regolare | Respirazione irregolare | Spontanea | Respirazione regolare | | | | | | |
| Tono muscolare | Flaccido | Alcune contrazioni | Attive | | | | | | |
| Attività riflessiva | Assente | Palpebre aperte e movimenti di ricerca | Stirno, p. svenuta | | | | | | |
| TOTALE | | | | | | | | | |
| Commenti: | | | | Rianimazione | | | | | |
| | | | | Minuti | 1 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| | | | | Classificazione | | | | | |
| | | | | PPV nel 1° h | | | | | |
| | | | | ETC | | | | | |
| | | | | Completamento | | | | | |
| Admissioni | | | | | | | | | |

2. registrare il tempo tra nascita e comparsa di respiro regolare.

3. Se il bambino è nato in cattive condizioni (sulla base di respiro anormale, frequenza cardiaca o tono) l'ostetrica inizia le manovre rianimatorie in attesa del Pediatra/Rianimatore seguendo l'algoritmo delle più recenti (2015) Linee guida dell'American Heart Association (AHA) e dell'American Academy of Pediatrics (*Appendice 1 e 2*). Prendere un campione di sangue cordonale per emogasanalisi.

4. incoraggiare le donne ad avere il contatto pelle-a-pelle con i loro bambini appena possibile dopo la nascita secondo le Linee Guida della Società Italiana di Neonatologia (*Appendice 3*).

5. al fine di mantenere il bambino caldo, asciugarlo e coprirlo con un telino o un asciugamano caldo e asciutto, mantenendo il contatto pelle a pelle con la mamma.

6. evitare la separazione del bambino dalla madre entro la prima ora dalla nascita per rilevare il peso o le misurazioni o il bagnetto, a meno che queste misure siano richieste da parte della donna, o siano necessarie per la cura immediata del bambino.

7. incoraggiare l'inizio dell'allattamento al seno appena possibile dopo la nascita, idealmente entro 1 ora.

8. Misurare la circonferenza della testa e del peso corporeo dopo la prima ora dalla nascita.

9. procedere ad un esame iniziale per rilevare qualsiasi anomalia fisica importante e per identificare eventuali problemi che richiedono approfondimenti.

10. garantire che qualsiasi esame o trattamento del bambino è intrapreso con il consenso dei genitori e in loro presenza o, se ciò non è possibile, con la loro conoscenza.

11. tutti gli operatori sanitari coinvolti nel parto dovrebbero partecipare ogni anno ad un corso di rianimazione neonatale.

12. durante una situazione di emergenza in cui il bambino ha bisogno di rianimazione, mettere un membro del team sanitario a comunicare e offrire un supporto alla donna e al partner e familiari.

13. Annotare sulla cartella neonatale le informazioni fondamentali per la salute del neonato come ad esempio l'ora della rottura delle membrane, l'esito del tampone-vagino-rettale, l'eventuale profilassi antibiotica intra-partum, le caratteristiche del liquido amniotico (limpido, tinto, ...) e della placenta, etc.

14. Il neonato, salvo problematiche materne e/o fetali (si veda **Appendice 4**), verrà dimesso una volta compiute le 49 ore di vita. Solo trascorse tali ore potrà essere eseguito il prelievo per gli screening metabolici allargati; già dopo le prime 24 ore potranno invece effettuati gli screening uditivo, visivo e pulsossimetrico.

12. QUANDO CHIAMARE IL GINECOLOGO

A. CAUSE FETALI

1. In caso di BCF sospetto:

- FC < 110 bpm o > 160 bpm
- Presenza di qualsiasi decelerazione
- passare da auscultazione intermittente a monitoraggio continuo CTG.
- adottare misure conservative e avvisare ginecologo di guardia
- se CTG torna alla normalità (scomparsa del fattore di rischio antepartum) si può ritornare al monitoraggio intermittente

2. In caso di CTG patologico

3. Se liquido amniotico tinto

- Quantificare il grado (T1,T2,T3)
- Passare a monitoraggio continuo CTG
- Avvisare il ginecologo di guardia in caso di T2 e T3

B. ANOMALIE DELLA PROGRESSIONE DEL TRAVAGLIO

L'attività contrattile è ritenuta valida in caso di 3-5 contrazioni/10' della durata di almeno 40'' (Raccomandazione B)

I stadio

- In caso di dilatazione cervicale insufficiente con superamento della linea d'azione (posizionata a 2 ore da quella di allarme):
 - Confermare l'assenza di impedimenti meccanici per presentazioni o posizioni fetali anomale
 - Valutare la dinamica uterina ed il benessere fetale tramite cardiotocografia

II stadio

- In caso di insufficiente progressione della parte presentata cefalica:
 - Rivisitare la paziente per escludere impedimenti meccanici per presentazioni o posizioni fetali anomale
 - Valutare la dinamica uterina ed il benessere fetale tramite cardiotocografia
 - Favorire le posizioni verticali

III stadio

- Se la durata del III stadio è maggiore di 30'
- Se la perdita ematica è ≥ 500 cc (misurata quantitativamente mediante l'uso di sacchetto graduato)

C. CONDIZIONI MATERNE

- Frequenza cardiaca materna > 120 bpm in due misurazioni distanziate da 15'
- Pressione diastolica ≥ 110 mmHg o pressione sistolica ≥ 180 mmHg in una singola misurazione
- Pressione diastolica ≥ 90 mmHg o pressione sistolica ≥ 140 mmHg in due misurazioni distanziate da 30'
- Temperatura $\geq 38^\circ$ in una singola misurazione o $\geq 37,5^\circ$ in due misurazioni distanziate da 60'

- Dolore riferito dalla donna che differisce dal normale dolore associato alle contrazioni

13. LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE NEL PERCORSO TRAVAGLIO PARTO

Nell'assistenza alla nascita l'operatore si trova in una particolare vicinanza e in un particolare contatto con l'intimo della vita di una donna.

Il tipo di relazione che si instaura tra queste due figure nell'ambiente, non è un fattore complementare nel processo di cura, ma è un fattore determinante. Una relazione non ottimale può ostacolare l'attivazione dei processi vitali di trasformazione che caratterizzano la fisiologia della nascita.

I principi fondamentali nell'assistenza alla nascita dovrebbero essere:

1. **Garantire la centralità della donna e del bambino nell'intero processo** ovvero poter vivere l'evento secondo il proprio sentire. L'operatore dovrebbe stare accanto alla donna in modo realmente personalizzato per poter cogliere tale sentire in termini di bisogni, percezioni, desideri senza far prevalere il suo punto di vista sia nei tempi che nelle procedure dell'assistenza attribuendo alla donna pensieri che sono invece propri.
2. **Mantenere normale la nascita.** L'operatore deve essere capace di sintonizzarsi con la persona che assiste, in una relazione di prossimità che permette alla donna di ritrovare/confermare le proprie competenze salvaguardandone la singolarità.

Riferendosi alla relazione e alla qualità della stessa negli ultimi decenni si è molto riflettuto sul tema dell'importanza dell'empatia della cura intesa non come "mettersi nei panni dell'altro", ma sviluppare l'abilità di:

- Ascoltare l'esperienza dell'altro
- Riconoscere l'altro come soggetto altro da sé, che vive sentimenti ed emozioni
- Comunicare e dare conferma all'altro che lo abbiamo ascoltato
- Agire successivamente in modo da sostenerlo

Quando una relazione umana si è stabilita, un bisogno umano viene soddisfatto e questo rappresenta il primo atto del processo di cura.

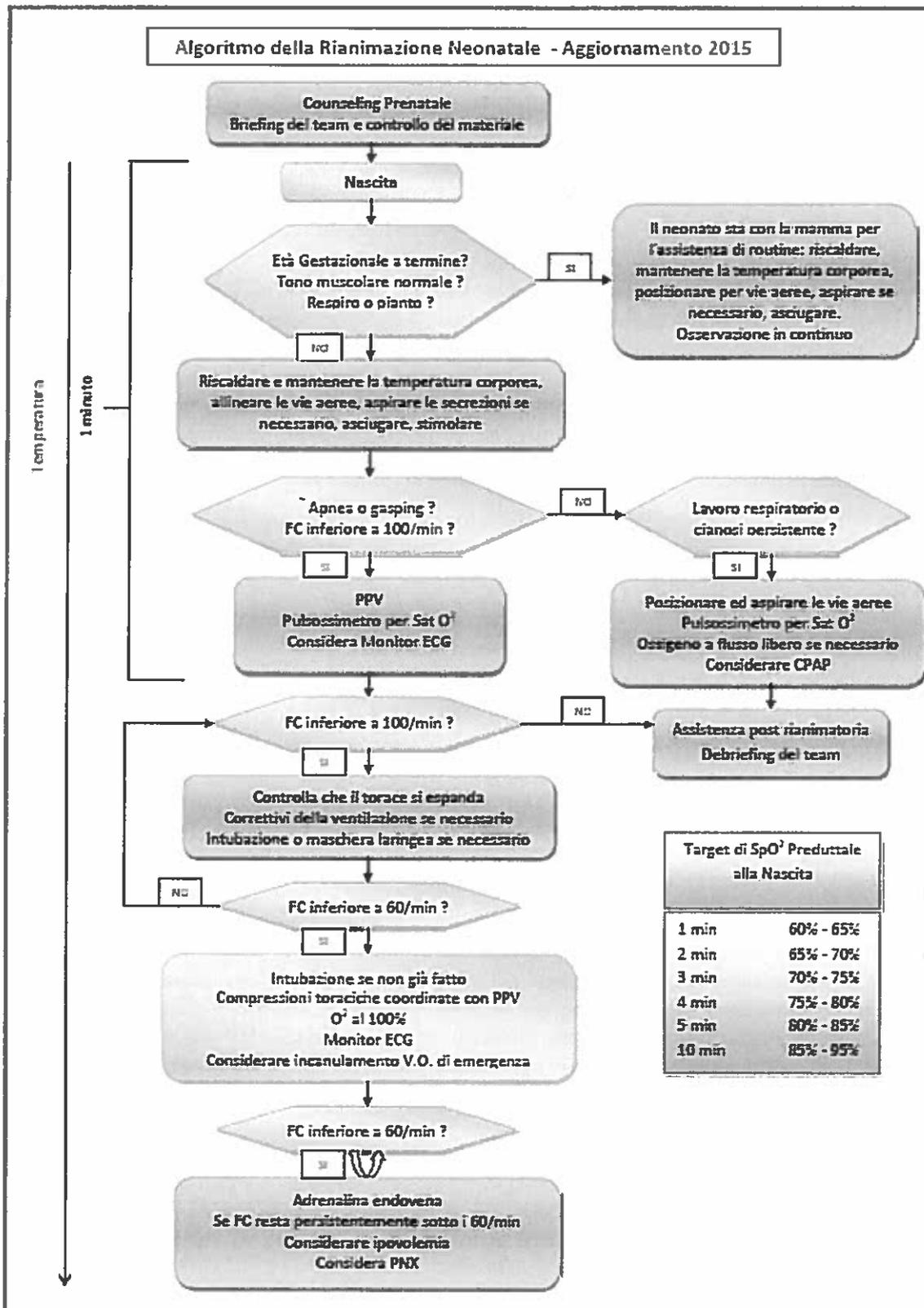
Stabilizzato un legame empatico, l'ostetrica può accompagnare la partoriente nella sua esplorazione del mondo dei fenomeni che le accadono, fungendo da testimone attivo dello sviluppo delle dinamiche naturali e la donna potrà liberare la sua fisiologia.

Per qualificare un legame empatico è opportuno:

- **Essere alla pari.** E' una presenza nella relazione per cui scompare la distinzione tra operatore e donna
- **Posizionarsi nella stessa intensità.** Il tempo del parto per la futura madre è potenza continua; anche nella pausa tra le contrazioni, vive uno stato che la coinvolge completamente. Il posizionamento dell'ostetrica dovrà essere all'altezza di questa grande intensità. Attraverso l'essere insieme, in accordo, con la stessa intensità, nella testimonianza silenziosa di ogni istante, l'ostetrica che accompagna la donna conferma le sue competenze e libera la fisiologia.

Questa modalità di attuare l'empatia è un modo di essere che si deve coltivare continuamente, che ha a che fare con la qualità della vicinanza e non con la durata, con la curiosità per l'esperienza e non con la fatica; è un modo di incontrare le cose e le persone nella consapevolezza che la qualità della presenza condiziona un processo; è un modo sistematico di relazionarsi che permette alla donna di trovare in sé (ma non da sola), nell'interdipendenza con l'operatore (ma non delegando), la soluzione ad una difficoltà.

ALLEGATO 1.



ALLEGATO 2.

CHECK LIST PRE-RIANIMAZIONE

GRUPPO DI STUDIO RIANIMAZIONE NEONATALE – SIN 2016

| Obiettivo | Cose da preparare |
|--------------------------|--|
| Controllare i tempi | Timer |
| Temperatura | Accendere isola neonatale, telini caldi, sacchetto polietilene (neonati con EG<32 settimane), cappellini, eventuali materassini autoriscaldanti |
| Vie aeree | Siringa a bulbo/sistema di aspirazione a muro (max 80-100 mmHg), sondini 10 F o 12 F |
| Valutazione | Fonendoscopio, elettrodi ECG, bracciale pressione (misure 1-5) |
| Ossigenazione | Sistema per la somministrazione di O ₂ a flusso libero (maschera, tubo, pallone da anestesia, sistema a T), flusso di gas a 5-10 L/min; miscelatore; sonda del saturimetro, saturimetro; sistema per erogazione CPAP |
| Ventilazione | Sistema di ventilazione (pallone autoinsufflante, pallone da anestesia, sistema a T); tubi per connessione a fonte di gas; reservoir (se indicato); miscelatore; sondino oro-gastrico 8F e siringa da 20 ml (in caso di ventilazione prolungata) |
| Intubazione | Laringoscopio; lame misura 0 e 1 (misura 00 opzionale); tubi endotracheali (misure 2.0, 2.5, 3.0, 3.5 mm); mandrino; rilevatore di CO ₂ , connettore per aspirazione di meconio |
| Intubazione difficoltosa | Maschera laringea misura 1; siringa da 5 ml |
| Farmaci | Accesso ad adrenalina (1:10.000) e soluzione fisiologica; cateteri ombelicali 3.5, 5.0 F |
| Trasporto | Culla da trasporto pronta |
| Documentazione | In base all'istituzione |

ALLEGATO 3.

| COGNOME E NOME: | | | | | |
|---|-------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| DATA DI NASCITA: | Tempo a partire dalla nascita | | | | |
| ORA DI NASCITA: .../.../... | | | | | |
| PARAMETRI DA VALUTARE O EVENTI DA REGISTRARE | 10 min' | 30 min | 60 min | 90 min | 120 min |
| Posizione corretta del bambino con bocca e naso visibili e non ostruiti (la valutazione di questo parametro non richiede di staccare il bambino dal seno in corso di eventuale poppata) SI NO | | | | | |
| Cute e mucose rosee SI NO | | | | | |
| Respirazione normale (assenza di dispnea ossia di allungamento pinne nasali e/o gemito e/o rientramenti toracici) SI NO | | | | | |
| Frequenza respiratoria normale (30-60/min) SI NO | | | | | |
| Normale SpO ₂ : > 90% (se giudicata necessaria) | | | | | |
| Rilevazione temperatura sottoascellare a 60 e 120 minuti dalla nascita. Scrivere il valore. Valori normali: 36.5-37.5 °C | | | | | |
| Madre lasciata sola con il bambino SI NO | | | | | |
| Momento del primo tentativo al seno (se avviene) | | | | | |
| Commenti | | | | | |
| Firma dell'ostetrica/neonatalogo | | | | | |

ALLEGATO4.

Criteria di dimissibilità del neonato a 48 ore

| Madre | Neonato |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Parto spontaneo• Non abbia complicazioni <i>intra partum</i> e <i>post partum</i>• Possa muoversi con un buon controllo del dolore• Abbia avuto una ripresa della normale funzionalità vescicale o ne sia stata prevista un'adeguata sorveglianza• Sia stata determinata e prevista le modalità di somministrazione delle immunoglobuline anti-D• Sia stata informata sulle cure di <i>routine</i> (ad es. cambio del pannolino, medicazione del cordone ombelicale, con verifica delle cure prestate) e sulle modalità di allattamento (osservazione di almeno 1 poppata da parte degli operatori)• Sia stata informata sulle modalità di accesso alle risorse di supporto ospedaliero e territoriali• Non esistano rilevanti problemi sociali | <ul style="list-style-type: none">• Nato a termine (≥ 37 e < 42 settimane), di peso adeguato all'età gestazionale ($> 3^{\circ}$ percentile secondo le curve SIN)• Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina• Stabilità termica• Buone capacità nella suzione nutritiva e avvio efficace dell'alimentazione• Ittero, se presente, a basso rischio (diagramma di Butani)• Emissione registrata di meconio e urine• Avere effettuato le eventuali e opportune profilassi e immunizzazioni (es. epatite B)• Avere effettuato il prelievo per gli screening metabolici concordati con il Centro regionale responsabile, o averne comunque programmata l'esecuzione• Assenza di elementi anamnestici e clinici che suggeriscano la necessità di ulteriore osservazione, approfondimento diagnostico o terapia in ospedale |

Bibliografia

- Rapisardi *et al.*, 2000 (modificato).

14. BIBLIOGRAFIA – PROTOCOLLO DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO –

1. *Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD004667;*
2. *Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP, Gülmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD000934;*
3. *Health Evidence Network (HEN), What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen: World Health Organization; 2005;*
4. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman Clinical guideline. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2008;*
4. *Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Gravidanza fisiologica. Linea guida. Roma: ISS, 2010. Testo integrale all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010 (data di consultazione: 04.07.2011);*
5. *Linee guida Istituto Superiore di Sanità Gravidanza Fisiologica (Aggiornamento 2011);*
6. *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care. London: NICE, 2008;*
7. *Linee guida SIEOG 2010;*
8. *Marchi A. Professione ostetrica: strumenti per l'assistenza della gravidanza . Firenze: Società Editrice Europeo (SEE), 2003;*
9. *SaPeRiDoc: Centro di documentazione on line sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale www.saperidoc.it;*
10. *Italian Cochrane Center www.cochrane.it;*
11. *Genitori Più www.genitoripiu.it;*
12. *Department of Making Pregnancy Safer World Health Organization Standards for Maternal and Neonatal Care Geneva: WHO www.who.int/.../reproductivehealth/.../maternal/;*
13. *NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Clinical Guideline 190 (guidance.nice.org.uk/cg190) Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. December 2014;*
14. *Gruppo di lavoro multidisciplinare SSR Emilia Romagna. Appropriately dell'assistenza al travaglio di parto. Rev 1; 1/7/2008. Pagg. 1-48;*
15. *Gruppo di lavoro Regione Toscana. Percorso assistenziale gravidanza fisiologica. 19 giugno 2007. http://servizi.salute.toscana.it/csr/img/getfile_img1.php?id=13214;*
16. *ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion N°348.November 2006: umbilical cord blood gas and acid-base analysis. Obstet Gynecol. 2006;108:1319-22;*
17. *NICE The use of electronic fetal monitoring (The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance) May 2001 <http://www.nice.org.uk/pdf/efmqidelinenice.pdf>;*
18. *World Health Organization (WHO). Safe motherhood. Care in normal pregnancy: a practical guide,1996 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html;*

19. Cohen W, Friedman EA. *Labor and delivery care. A practical guide.* Wiley-Blackwell 2011;
20. Regalia A, Fumagalli S, Nelli E, et al. *Promuovere il parto.* Carocci Faber;
21. World Health Organization (WHO). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. Normal labour and delivery, 2003;*
22. The Royal College of Midwives: *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour Midwifery Practice Guideline*

| | | | | |
|-------|-------|-------|---------|------|
| No.1. | Issue | Date: | January | 2005 |
|-------|-------|-------|---------|------|

http://www.rcm.org.uk/professional/docs/guidelines_formatted_070105v2.doc (Linea Guida EBM);
23. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.* *Cochrane Database Syst Rev* 2005(4):CD000331;
24. *Accordo Stato Regioni n. 137 del 16 dicembre 2010: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";*
25. *DGR n. 697 del 18 agosto 2015, "Linee di indirizzo regionale per la gravidanza a basso rischio e la corretta gestione del parto cesareo";*
26. Page L. *Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice.* *J Public Health Med* 1999; 21:243-8;
27. Hodnett ED, Gates S et al. *Continuous support for women during childbirth.* *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD003766;
28. Friedman EA. *The graphic analysis of labour.* *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 954;68(6):1568-1575 2;
29. Gupta JK , Nikodem VC. *Position for women during second stage of labour (Cochrane Review).* *The Cochrane Library* 2003;1;
30. Carroli G, et al. *Episiotomy for vaginal birth.* *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1.
31. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. *Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial.* *British Medical Journal* 2001;322:1277-80;
32. *American College Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Intrapartum fetal heart rate monitoring Obstet Gynecol* 2005;106 (6):1453 (Revisione sistematica);
33. Cotter A, Ness A, Tolosa J. *Prophylactic oxytocin for the third stage of labour.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4 . Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808. (Revisione sistematica);
34. WHO *Reccomandations for the prevention of postpartum haemorrhage, 2007*
http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf (Linea Guida EBM);
35. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. *Active versus expectant management in the third stage of labour.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3 . Art. No.: CD000007. DOI: 10.1002/14651858.CD000007. (Revisione sistematica).