

REGIONE CAMPANIA - ASSESSORATO ALLA SANITÀ
Agenzia Regionale Sanitaria
Settore Assistenza Sanitaria
Servizio Materno-infantile - Osservatorio Epidemiologico Regionale

**PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA
IN GRAVIDANZA, AL PARTO E NEL PUERPERIO
IN CONDIZIONI DI FISILOGIA
IN REGIONE CAMPANIA**

Dedicate agli operatori sanitari ed ai professionisti

Approvato dal Comitato Tecnico-scientifico e del Programma speciale ex art. 12, comma 2, lett. b) del D. lgs. 502/92: " Costituzione di un Centro di documentazione di E.B.M. e prima attivazione nell'area della gravidanza e parto":

Dr. Riccardo Arienzo
Dr.^{ssa} Roberta Arsieri
Dr.^{ssa} Carmela Basile
Dr. Giovanni Arpino
Sig.^{ra} Emma Busico
Dr. Francesco D'Albore
Dr. Paolo D'Argenio
Dr. Enrico de Campora
Avv. Marinella de Nigris
Dr. Bruno De Stefano
Sig.^{ra} Giuseppina Di Lorenzo
Prof. Paolo Giliberti
Dr.^{ssa} Assunta Licciardiello
Dr. Sergio Lodato
Dr. Pietro Lombardo
Prof. Carmine Malzoni

Prof. Massimo Marrelli
Prof. Pasquale Martinelli
Prof. Carmine Nappi
Prof. Salvatore Panico
Dr.^{ssa} Rosetta Papa
Dr. Ciro Picardi
Dr. Renato Pizzuti
Dr.^{ssa} Maria Teresa Pini
Dr. Maurizio Saporito
Dr.^{ssa} Maria Virginia Scafarto
Dr.^{ssa} Silvia Scialò
Dr.^{ssa} Angela Spinelli
Dr. Rosario Tarzia
Prof.^{ssa} Maria Triassi
Sig.^{ra} Maria Vicario

INDICE

PREMESSA

LE PROCEDURE ASSISTENZIALI IN GRAVIDANZA

1. Il ruolo dei Consultori Familiari (CCFF) nell'informazione della gravida e nelle cure prenatali
2. Le prestazioni erogate nei CCFF e previste dai Livelli Essenziali di Assistenza
 - L'ascolto attivo della gestante
 - Le informazioni sul processo gestazionale, il travaglio, il parto e il puerperio
 - L'informazione alle donne/coppie sull'offerta assistenziale del territorio
 - L'informazione alle donne/coppie sui Corsi di preparazione al parto
 - I controlli periodici
 - La valutazione del livello di rischio delle gestanti
3. L'integrazione Territorio-Ospedale

IL TRAVAGLIO E IL PARTO

1. Gli operatori dell'area travaglio parto
 - La collaborazione tra gli operatori sanitari
 - Il responsabile della guardia ostetrica attiva
 - Il ruolo dell'ostetrica
 - Il rapporto gestante/operatori dell'area travaglio-parto.
 - Il comportamento dell'ostetrica/o secondo il Codice Deontologico
2. L'accettazione nel Centro Nascita
 - La richiesta del ricovero
 - La necessità del ricovero
 - La non necessità del ricovero
 - Le principali indicazioni al ricovero
 - Le procedure al momento del ricovero
3. Il primo stadio del travaglio o periodo dilatante
 - 3.1. I tempi
 - 3.2. L'assistenza
 - Esplorazioni vaginali
 - Il monitoraggio delle contrazioni uterine
 - Controllo della normale progressione del travaglio: Il partogramma
 - Controllo del benessere fetale in travaglio di parto attivo
 - La valutazione del liquido amniotico.
 - L'analgesia ed anestesia in travaglio
 - L'alimentazione della partoriente
 - L'igiene personale
 - La posizione della partoriente durante il travaglio
 - Il controllo delle funzioni escretorie
4. Il secondo stadio del travaglio o periodo espulsivo
 - 4.1. I tempi
 - 4.2. L'assistenza
 - La posizione
 - La cura del perineo
 - La tricotomia completa di routine
 - L'episiotomia
 - Il trasferimento in sala parto
 - La presenza di un familiare
 - Le spinte
 - La manovra di Valsalva
 - La manovra di Kristeller

5. Il secondamento

5.1. I tempi

5.2. L'assistenza

- Cateterismo vescicale
- Clampaggio del funicolo
- Controllo degli annessi fetali
- Trattamento attivo al secondamento e la manovra di Brandt-Andrews
- Revisione e lavaggio
- Esplorazione manuale

6. Il Post-partum

6.1. I tempi e l'assistenza

- Osservazione
- Controlli seriat
- Assunzione orale di liquidi
- Somministrazione di ossitocina
- Manovre di premitura

7. L'assistenza al neonato

- Controllo della termodispersione, clampaggio, identificazione
- Contatto precoce madre/bambino e promozione dell'allattamento al seno
- Aspirazione oro-naso-faringea
- Cura del moncone ombelicale, collirio antibiotico, vit.K, screening, misure, bagnetto

IL PUERPERIO

1. I tempi

2. L'assistenza

LA DIMISSIONE

APPENDICI

1. La legislazione di riferimento per il percorso nascita

2. Le disposizioni del POMI in merito all'organizzazione assistenziale in gravidanza e al parto

3. Il partogramma

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

PREMESSA

L'ostetricia, arte antica e scienza moderna, si rivela materia complessa per la necessità di rapportare i comportamenti assistenziali alle raccomandazioni dell'OMS, ai continui aggiornamenti scientifici in merito alle prove di efficacia delle procedure, nonché alle peculiari caratteristiche dei contesti in cui si opera.

Sappiamo che nella Regione Campania la problematica perinatale, per molti aspetti, non è omogenea a quella nazionale e ancor più a quella delle Regioni settentrionali. Il tasso di natalità, pur superiore a quello nazionale, continua a diminuire ed il tasso di mortalità perinatale presenta ancora un differenziale negativo soprattutto rispetto alle Regioni del Nord-Italia. In questo contesto demografico la gravidanza e il parto sono caratterizzati da un alto grado di medicalizzazione, che vede il suo apice nella percentuale di parti cesarei attestati al 52%.

Per queste ragioni non è sembrato utile riproporre protocolli in uso in altre realtà, ma elaborare per la nostra Regione un Protocollo Assistenziale, che, pur coerente con le risultanze scientifiche disponibili, sia in linea con le esperienze sul campo degli operatori dell'area materno-infantile e consideri con pari dignità gli aspetti tecnici e quelli della umanizzazione in tutte le fasi dell'assistenza alla gestante e alla partoriente.

Questa proposta di Protocollo è focalizzata sull'assistenza alle gravidanze e ai parti normali, con l'auspicio che sia condivisa dagli operatori e, diventata operativa, possa contribuire al decremento dei parti operativi in Regione.

LE PROCEDURE ASSISTENZIALI IN GRAVIDANZA

1. Il ruolo dei Consultori Familiari (CCFF) nell'informazione della gravida e nelle cure prenatali

La Legge n. 34/1996 prevede un Consultorio Familiare ogni 20 mila abitanti e la norma richiamata nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) mira a garantire alla donna e al partner, durante tutto il percorso nascita, le prestazioni erogate gratuitamente dalla struttura dedicata del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Nei CCFF, istituiti con la legge 405/1975, si dedicano all'assistenza territoriale e domiciliare operatori del ruolo sanitario laureato (ginecologo, psicologo), dei ruoli di cui alla legge 42/1999 (ostetrica, Infermiere, assistente sociale etc.) e consulenti per il problemi andrologici, legali e di mediazione culturale.

L'ostetrica/o è la figura professionale competente per la gestione della gravidanza fisiologica, le cui modalità assistenziali sono concordate con il medico all'atto della presa in carico della donna nella struttura.

2. Le prestazioni erogate nei CCFF e previste dai LEA

- L'ascolto attivo della gestante è un aspetto fondamentale nell'ambito di una corretta assistenza, poichè ogni donna vive la propria gravidanza in maniera del tutto personale, secondo il suo livello socio-economico e culturale, l'etnia, l'educazione, le esperienze di parto proprie o trasmesse, le condizioni di salute, il grado di emotività, le caratteristiche del rapporto che la lega al nascituro e al partner.
- Le informazioni sugli aspetti del processo gestazionale sul travaglio, parto e puerperio devono essere garantite alla donna sin dalle prime fasi della gestazione, nelle sedi opportunamente dedicate dal SSN.
- Informazioni alle donne/coppie sull'offerta assistenziale del territorio. La scelta del luogo del parto appropriato, alla quale deve partecipare la donna con il suo partner, deve essere il risultato di un'attenta valutazione delle condizioni di salute materno-fetali e del livello di rischio. In caso di AIDS la gravida deve essere indirizzata ai centri di riferimento.
- Informazione sui Corsi di preparazione al parto. La gestante deve conoscerne le finalità, la metodologia, le strutture di riferimento. I corsi rappresentano la sede appropriata per favorire la consapevolezza della donna e delle coppie sui principali aspetti del fenomeno che stanno vivendo. Costituiscono, inoltre, l'occasione per fornire alla donna informazioni su: alimentazione, igiene personale ed intima, cura delle mammelle e dei capezzoli, attività sessuale, lavoro domestico e altre attività lavorative, esercizio fisico, viaggi, abitudini voluttuarie.
- Controlli periodici. Nei CCFF e presso gli ambulatori specialistici accreditati convenzionati, ospedalieri ed universitari, all'interno dei LEA, devono essere garantite alla gestante le prestazioni gratuite previste dal DM.10-9-1998: esame clinico generale, visita ostetrica, valutazione dell'indice di massa corporea (BMI), controlli ematochimici e strumentali (ecografia, cardiocografia).

I controlli clinici. Durante la gravidanza fisiologica sono sufficienti tre-quattro controlli clinici generali e altrettanti controlli ostetrici finalizzati a:

-osservazione e esplorazione dei genitali interni ed esterni

-osservazione delle mammelle, specie se la gestante riferisce particolari fastidi

-esplorazione vaginale combinata, bimanuale, per il rilievo di eventuali patologie cervico-vaginali almeno nelle seguenti epoche: entro la 13a settimana (salvo diversa indicazione), entro la 20a e entro la 35a

-Pap-test nel corso del primo controllo alle donne che non lo abbiano eseguito da almeno 2 anni

I controlli ematochimici ed ecografici, da erogare gratuitamente sono i seguenti:

-All'inizio delle gravidanza, possibilmente entro la 13.a settimana e, comunque, al primo controllo:

Emocromo completo;

Gruppo Sanguigno ABO e Rh (D) (qualora non eseguito in fase preconcezionale);

Test di Coombs indiretto (da ripetere ogni mese nelle donne Rh negative a rischio di iso-immunizzazione; in caso di incompatibilità ABO il test deve essere ripetuto alla 34° e 36° settimana;

Transaminasi (GOT E GPT); Alanina-amino transferasi su sangue e urine;

Dosaggio anticorpi antirosolia, antitoxoplasma, anti-treponema pallidum (quest'ultimo esteso al partner qualora non eseguito in funzione preconcezionale), anti HIV 1-2;

-Tra la 14.a e la 18.a settimana:

Esame delle urine (Urocultura in caso di batteriuria significativa)

-Tra la 19.a e la 23.a settimana:

Esame delle urine (Urocultura in caso di batteriuria significativa)

Ecografia ostetrica

-Tra la 24.a e 27.a settimana:

Glicemia

Esame delle urine (Urocultura in caso di batteriuria significativa)

-Tra la 28.a e la 32.a settimana:

Emocromo (Ferritinemia in caso di riduzione del volume globulare medio)

Esame delle urine (Urocultura in caso di batteriuria significativa)

-Tra la 33.a e la 37.a settimana:

HBsAg

HCV anticorpi

Anticorpi anti HIV 1-2 :in caso di rischio anamnestico

Emocromo

-Tra la 38.a e la 40.a settimana:

Esame delle urine ((Urocultura in caso di batteriuria significativa)

-Dalla 41.a settimana:

Ecografia ostetrica: su specifica richiesta dello specialista

Cardiotocografia: su specifica richiesta dello specialista ; se necessario monitorare fino al parto.

- La valutazione del livello di rischio delle gestanti

A ogni controllo, in base alle risultanze cliniche e delle indagini strumentali e ematochimiche, occorre ridefinire il livello di rischio e valutare gli interventi da attivare, qualora il percorso si discosti dalla norma.

3. L'integrazione Territorio-Ospedale

Al fine di garantire comportamenti omogenei e continuità assistenziale anche con operatori diversi è opportuno che in tutte le strutture territoriali, pubbliche o private, siano adottate Linee Guida, formulate dalle Associazioni Scientifiche di categoria, condivise dagli operatori e validate sulla base delle evidenze scientifiche disponibili,

Sulla base del principio di integrazione territorio-ospedale e dello sviluppo dei servizi socio sanitari connessi, il percorso nascita rappresenta il punto di partenza di un continuum che va dai servizi territoriali (CCFF, ambulatori pubblici o privati) al Centro Nascita prescelto per poi concludersi con l'assistenza ambulatoriale e/o domiciliare integrata, dopo la dimissione precoce concordata tra gli operatori della struttura ospedaliera e quelli della struttura territoriale, (Fig.1).

3. Il primo stadio del travaglio o periodo dilatante

3.1. I tempi

La durata del travaglio di parto, per convenzione, si fa coincidere con l'intervallo di tempo intercorso tra la fase di diagnosi di travaglio attivo e l'espletamento del parto (Tab.1)

Tab.1 Durata del travaglio nella gravida a termine rispetto alla parità

PARITA'	DURATA	FASE DEL PROLUNGAMENTO
Nullipare	6- 8 ore	Fino a 12 ore
Pluripara	2-3 ore	Fino a 6 ore

La fase della dilatazione della cervice uterina deve essere gestita con rispetto dei tempi naturali, della "privacy", della cultura della partoriente, nonché del suo diritto di avere accanto una persona a lei gradita.

3.2. L' assistenza

- Esplorazioni vaginali. In assenza di segni e sintomi disfunzionali, l'ispezione e l'esplorazione dei genitali si effettua ogni volta che si rende necessario, abitualmente, ogni 2-4 h.
Nel caso di rottura precoce del sacco amnio-coriale è sufficiente l'osservazione del benessere materno-fetale, senza esplorazione vaginale e senza antibiotico-profilassi durante le prime 48 ore. Se dopo tale lasso di tempo non insorge il travaglio deve essere presa in considerazione l'induzione farmacologica.
L'ostetrica è tenuta a segnalare le deviazioni dalla normalità dei parametri di valutazione (dilatazione della cervice uterina, posizione e livello della parte presentata, caratteristiche chimico-fisiche del liquido amniotico) al responsabile affinché possa attivare tempestivamente le procedure appropriate.
- Monitoraggio delle contrazioni uterine. Validi indicatori della durata, frequenza ed intensità delle contrazioni uterine sono considerati:
 - la percezione dolorosa da parte della partoriente
 - l'aumento e decremento ritmico del tono muscolare uterino, valutato con la palpazione addominale.All'atto dell'accettazione di una donna in fase di travaglio attivo le contrazioni uterine vengono registrate palpatariamente valutandone la frequenza, l'intensità e la durata.
L'attività uterina si considera :
 - normale** quando sono presenti contrazioni regolari, con intervalli di 3-4 minuti e durata massima di 30-60 secondi.
 - ipercinetica** quando sono presenti 5 o più contrazioni in 10 minuti (o più di 7 in 15 minuti),
 - ipertonica** quando sono presenti contrazioni di durata superiori ai 2 o più minuti.
- Il controllo della normale progressione del travaglio viene effettuato dall'ostetrica mediante l'utilizzo degli strumenti clinico-strumentali di cui dispone e che le competono: tra questi il più semplice e efficace è il partogramma.
Il **partogramma** (Vedi appendice) è un diagramma, dove viene riportata la progressione della dilatazione cervicale (espressa in centimetri *versus* il tempo in ore) e la stazione della parte presentata. Un corretto e diligente impiego e compilazione del grafico da parte di tutti gli operatori responsabili della gestione del travaglio rappresenta un sistema obiettivo, scientificamente riconosciuto, per la valutazione dell'andamento del travaglio di parto e per la precoce individuazione di un eventuale travaglio distocico o disfunzionale. L'uso del partogramma pone l'ostetrica/o in condizione di segnalare, con tempestività, al *responsabile della guardia ostetrica attiva*, eventuali deviazioni dalla norma del travaglio.
Il partogramma è un corretto mezzo per passare informazioni complete su ciascuna partoriente da un turno di ostetriche all'altro.

Affinché il grafico sia di facile ed immediata comprensione è necessario che contenga solo i dati essenziali del travaglio.

Sul partogramma devono, quindi, essere annotati:

- rottura spontanea delle membrane amniocoriali
- amnioressi strumentale
- monitoraggio elettronico del feto
- liquido amniotico e sue caratteristiche (M grado 1-2-3)
- somministrazione di farmaci induttori della dinamica uterina (Ossitocina, Prostaglandine)
- procedure di analgesia, specificando tipo e tecnica utilizzata ed inizio della procedura stessa
- nel "travaglio attivo" che evolve normalmente l'ostetrica/o annoterà nel grafico una linea retta che procede di circa 1cm/ora.

N.B. Il grafico, unitamente al foglio diario dell'assistita compilato dall'ostetrica/o, è parte integrante della cartella ostetrica e ha il requisito di documentazione sanitaria ufficiale, con valore medico-legale.

- Il controllo del benessere fetale in travaglio di parto attivo ha lo scopo di identificare, precocemente, l'ipossia e di prevenire danni al feto.
E' ancora attuale e affidabile il monitoraggio del battito cardiaco fetale (BCF) con la metodica tradizionale dell'**ascoltazione intermittente** mediante stetoscopio di Pinard o strumento doppler, ogni 15 minuti durante la fase attiva del periodo dilatante ed ogni 5 minuti nel periodo espulsivo. L'ascoltazione del BCF, effettuata per almeno 1 minuto dopo la contrazione, prevede l'annotazione del dato nell'apposito diario.
In relazione alle condizioni cliniche materne e fetali viene raccomandato l'uso della **cardiotocografia in modo intermittente o continuo**. In particolare il monitoraggio elettronico della frequenza cardiaca fetale trova indicazione *anche nel travaglio di parto fisiologico* se si verificano le seguenti condizioni:
 - irregolarità del battito cardiaco fetale in corso di ascoltazione intermittente
 - liquido amniotico tinto di meconio (gradi: M1-M2-M3)
 - emorragia ante o "intra-partum"
 - partoriente con taglio cesareo pregresso
 - partoriente in travaglio attivo da più di 6 ore
 - ogni altra situazione considerata dal responsabile della guardia ostetrica attiva a rischio materno-fetaleIl monitoraggio elettronico del feto consente la contemporanea registrazione della frequenza cardiaca fetale e dei parametri dell'attività contrattile uterina e viene utilizzato per individuare situazioni potenzialmente patologiche, definite, secondo i gradi: non rassicurante (grado 1), di preallarme (grado 2), di allarme (grado 3). E' normale il grado 0.
- Valutazione del liquido amniotico. All'atto dell'accettazione, nel corso dell'esplorazione vaginale della partoriente, si verifica e si valuta la situazione cervicale e lo stato delle membrane amniocoriali.
In caso di rottura spontanea il medico o l'ostetrica/o sono tenuti ad annotare le caratteristiche fisico-chimiche del liquido amniotico (colore, quantità e pH) sul partogramma e a confrontarle nelle successive visite e valutazioni.
Il riscontro di liquido tinto di meconio in fase di travaglio avanzato, rappresenta un segno di allarme, che necessita di un più attento controllo delle condizioni fetali.
Il riscontro, invece, di liquido contenente meconio denso-poltaceo (M3) rappresenta un importante fattore di rischio perinatale (sindrome da aspirazione di meconio, alterazione della emodinamica dei vasi del cordone ombelicale ecc.), in particolare quando è associato a un tracciato cardiotocografico di grado 3 (tracciato di allarme) e comporta un intervento operativo entro 10 minuti.
- Analgesia ed anestesia in travaglio. Il dolore del parto può essere controllato mediante l'impiego di tecniche e procedure quali:
 - programma di preparazione al parto in un percorso nascita, che predispone la donna/la coppia a una gestione consapevole della parte dolorosa dell'evento
 - sostegno psicologico e assistenza personalizzata alla partoriente
 - tecnica analgesica regionale epidurale: deve essere offerta alle donne con una soglia del dolore molto bassa o che lo richiedano espressamente.

- Alimentazione della partoriente. Per aumentare il comfort della gestante è consentito far assumere durante il periodo dilatante nutrienti altamente calorici in scarsissime quantità onde evitare sintomatologia gastrica riflessa e prevenire il vomito.
- Igiene personale. Anche se è abbigliata in modo comodo e pratico, la donna può manifestare durante il travaglio iperidrosi generalizzata, che si giova di impacchi freddo- umidi e frequenti lavaggi del cavo orale e cambio del lenzuolo e/o traversa.
Una particolare e rigorosa cura deve essere posta nella pratica dell'igiene dei genitali esterni in caso di rottura del sacco amniocoriale e prima di ogni esplorazione vaginale.
I capelli eccessivamente lunghi vanno raccolti in modo comodo o in treccia. L'ostetrica/o controlla l'avvenuta corretta rimozione e conservazione di protesi oculari (lenti a contatto).
- Posizione. E' raccomandabile la libera scelta della donna rispetto alla posizione da assumere, che essa stessa ritiene più confortevole.
L'ostetrica/o deve, comunque consigliare alla donna di evitare la prolungata posizione supina e quella sul fianco destro al fine di prevenire "la sindrome da compressione della vena cava inferiore".
Frequenti cambi di posizione della partoriente non provocano alcun problema al feto ed, inoltre, aumentano il "comfort" materno.
- Controllo delle funzioni escretorie. Il clistere deve essere riservato, dopo adeguata informazione, solo alle partorienti con ampolla rettale ripiena di feci. Si deve sollecitare la minzione ogni 2 ore per prevenire la formazione di "globo vescicale" e evitare il cateterismo vescicale.

4. Il secondo stadio del travaglio o periodo espulsivo

4.1. I tempi

Nell'ambito del periodo espulsivo si distinguono due fasi:

- Prima fase: nella presentazione di vertice dopo la dilatazione completa della cervice uterina la parte presentata raggiunge il pavimento pelvico; in questa fase l'occipite è in posizione trasversa, la vagina non è distesa e la partoriente non avverte tenesmo;
- Seconda fase: la parte presentata effettua la rotazione interna, la vagina ne viene distesa e la donna avverte tenesmo.

Nella nullipara la durata massima per ognuna di queste due fasi del periodo espulsivo è di 1 ora, mentre nella pluripara è di 30 minuti.

Se le condizioni materno-fetale sono rassicuranti e la discesa della parte presentata procede, può non essere necessario attenersi rigidamente a una durata fissa della seconda fase tenendo conto del periodo di prolungamento. In questa fase del periodo espulsivo alterazioni gravi del benessere fetale devono essere gestite dal responsabile della guardia ostetrica attiva con il ricorso alle idonee procedure.

4.2. L'assistenza

- La posizione. Attualmente utilizzata da quasi tutti gli operatori durante il periodo espulsivo è la posizione litomica che, però, non aiuta la donna nelle spinte. L'ostetrica può aiutarla a stare in posizione semiortopnoica e migliorarne il "comfort" dandole piccoli sorsi di acqua o inumidendole le labbra. In questa fase devono essere evitate frequenti e fastidiose esplorazioni vaginali.
- La cura del perineo. E' stato dimostrato che nella fase espulsiva proteggere il piano perineale riduce il dolore percepito dalla donna, ma non previene le lacerazioni. Non esiste evidenza che manovre di sostegno del perineo o la realizzazione dell'episiotomia sistematica riducano il trauma delle strutture perineali ed il rischio di incontinenza urinaria o prolasso genitale a distanza dal parto.
- La tricotomia completa di routine non è giustificata nè raccomandabile, ma, a giudizio clinico, in caso di nullipara o di struttura perineale rigida, in previsione di dover praticare l'episiotomia medio-laterale, l'ostetrica/o effettua una delicata rasatura della zona perineale, dopo opportuna disinfezione cutanea.
- L'episiotomia deve essere preceduta da un'adeguata informazione della gestante e dall'infiltrazione locale con anestetico e deve essere praticata solo in caso di effettiva necessità.
- Il trasferimento della partoriente in sala parto. Quando alla fine della seconda fase del periodo espulsivo l'ostetrica/o responsabile constata che la partoriente inizia ad avvertire premito,

informa il responsabile della guardia ostetrica attiva e trasferisce la donna in sala parto dove continua a monitorare la FCF. L'ostetrica vigila affinché nella sala parto siano presenti solo gli operatori necessari e siano evitati stimoli uditivi e ottici che possano disturbare la concentrazione della partorientente in questa fase.

- La presenza di un familiare. Deve essere consentito ad una persona prescelta dalla donna di presenziare durante l'espletamento del parto, fornendo alla stessa le opportune informazioni e munendola dei necessari presidi di protezione individuale.
- Le spinte. La donna deve essere lasciata libera di effettuare "le sue spinte", che possono essere:
 - spinta tradizionale che ha la durata di 10-30 secondi (diminuisce la durata della seconda fase del periodo espulsivo, ma può compromettere l'ossigenazione fetale).
 - spinta corta che ha la durata inferiore a 6 secondi (prolunga la durata della seconda fase, ma migliora l'ossigenazione fetale).Si può intervenire ed aiutarla solo quando le spinte vengono realizzate in modo efficace, cercando di non interferire nel "suo parto".
- La manovra di Valsalva deve essere evitata durante il secondo stadio del travaglio
- La manovra di Kristeller, attuata per accelerare l'espulsione del feto, va utilizzata solo in casi di estrema ed effettiva necessità, annotandola in cartella ostetrica e neonatale.

5. Il secondamento

5.1. I tempi

Fisiologicamente il secondamento avviene, dal momento dell'espulsione del feto, in un tempo variabile da 20 a 60 minuti. Sono da evitare manovre di stiramento e spremitura.

5.2. L'assistenza

- Il cateterismo vescicale di routine non deve essere praticato
- Il clampaggio del funicolo. Non c'è l'evidenza scientifica per decidere se sia preferibile un clampaggio precoce o tardivo, ma non mancano studi che suggeriscono il clampaggio tardivo, che permette la trasfusione di circa 80 ml di sangue al feto ed è utile a prevenire l'anemia del lattante
- Il controllo degli annessi fetali. Dopo il clampaggio del funicolo ombelicale l'ostetrica/o ricerca i segni dell'avvenuto distacco placentare ed attua un trattamento assistenziale passivo al secondamento, verificando, a secondamento avvenuto, la completezza degli annessi fetali espulsi e segnalando eventuali anomalie morfologiche
- Il trattamento assistenziale attivo al secondamento è atto medico da effettuare nel rallentamento delle fasi del secondamento e consiste nella trazione controllata del funicolo e nell'eventuale secondamento manuale. La manovra di Brandt-Andrews è un'alternativa al trattamento assistenziale attivo al secondamento che lo specialista può effettuare a distacco placentare avvenuto e ad utero ben contratto. Tale manovra prevede la spinta con la mano non dominante dell'utero verso l'alto e posteriormente al fine di portarlo in asse con la vagina e, afferrato il funicolo ombelicale, esercitare una modesta e continua trazione lungo l'asse pelvico praticando l'avvitamento della placenta intorno alle membrane per accoglierla, poi, a piena mano
- La revisione ed il lavaggio di routine della cavità uterina deve essere evitata
- L'esplorazione manuale della cavità utero-vaginale deve essere riservata a casi particolari

5. Il post-partum

6.1. I tempi e l'assistenza

- Osservazione: la puerpera deve rimanere per un tempo di due ore dopo il parto in uno spazio attrezzato per questa funzione, dove è costantemente controllata.
- In questa fase, se lo desidera, avrà ancora accanto a sé una persona di sua scelta e se le condizioni materno-neonatali lo consentono, si deve favorire il contatto madre-bambino, coinvolgendo anche il padre nell'accoglienza del nuovo nato
- Controlli seriati delle condizioni generali e locali della puerpera sono a cura dell'ostetrica/o o del responsabile del servizio di sala parto, che segnalano allo specialista eventuali anomalie

dell'emostasi uterina o alterazione dei parametri clinici della puerpera (frequenza cardiaca e respiratoria/colorito/sensorio/temperatura)

- Assunzione orale di liquidi: per aumentare il "comfort" materno l'ostetrica/o può far assumere alla puerpera dell'acqua o altro liquido nutriente
- Somministrazione di Ossitocina: si può sfruttare la funzione ossitocica della suzione del neonato. Se la somministrazione di ossitocina è stata iniziata in corso di parto e ci sono indicazioni si prosegue nella somministrazione parenterale di ossitocina.
- Le manovre di premittura non sono efficaci a prevenire la sub-involuzione uterina e vanno eseguite dall'ostetrica/o solo a giudizio clinico

7. L'assistenza al neonato

Il neonato deve essere assistito da operatori addestrati a praticare le prime cure e, eventualmente, la rianimazione cardio-respiratoria. La visita pediatrica accurata seguirà alle prime cure e al primo contatto madre/bambino. Successivamente il neonatologo darà notizie ai genitori.

Cardini dell'assistenza sono:

Controllo della termodispersione: l'ostetrica/o che assiste il parto provvede al clampaggio del funicolo ombelicale e dopo averlo asciugato e poi coperto con teli riscaldati, se le condizioni materne, neonatali ed ambientali lo consentono, adagia il neonato sul ventre materno, dopo avere provveduto, per quanto di sua competenza, alla identificazione del neonato.

Il contatto fisico precoce tra madre e neonato è unanimemente raccomandato perché favorisce il bonding, la promozione dell'allattamento al seno e la colonizzazione neonatale con la flora batterica materna.

La promozione dell'allattamento al seno materno deve coinvolgere tutti i membri dell'équipe ostetrico-neonatale e va favorita in tutti i tempi e modi unitamente alla pratica del "rooming in".

L'aspirazione oro-faringea sistematica delle vie aeree superiori del neonato non è necessaria in ogni caso. Se la manovra deve essere eseguita occorre farla con cautela e nel pieno rispetto delle regole di asepsi ed antisepsi.

La cura del tralcio ombelicale, l'applicazione topica oculare di collirio antibiotico e la somministrazione "per via orale" di vitamina K sono effettuate secondo i correnti protocolli della SIN dal vigilatore/trice d'infanzia e/o dall'infermiere pediatrico e trascritti nella cartella neonatale.

IL PUERPERIO

1. I tempi

Il puerperio va dal momento del parto alla sesta settimana successiva ad esso.

2. L'assistenza

Durante la fase precoce del puerperio fisiologico l'ostetrica/o garantisce un controllo quotidiano delle condizioni generali e locali della puerpera: temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, condizioni dell'alvo, minzione, grado di involuzione uterina, caratteristiche qualitative e quantitative dei lochi ematici, stato della riparazione chirurgica delle lesioni vagino-perineali.

LA DIMISSIONE

Alla luce delle esigenze psicologiche della puerpera, si tende oggi a realizzare un suo rapido rientro nelle mura domestiche.

➤ La dimissione della puerpera può avvenire a giudizio clinico del sanitario responsabile:

-dopo i primi 3 giorni di puerperio: dimissione ordinaria

-dopo 24-36 ore: dimissione precoce, protetta

Un efficace collegamento Ospedali-Territorio, la condivisione di protocolli e l'assonanza di intenti e di obiettivi tra Unità Operativa Ostetrica e Unità Operativa Materno-Infantile Territoriale sono fondamentali per realizzare, **con attenzione alla sicurezza della madre e del neonato**, la "dimissione precoce protetta/concordata", per la quale esistono evidenze scientifiche che la raccomandano.

La garanzia del controllo puerperale e del controllo neonatale domiciliari sono di pertinenza del nucleo operativo dell'Unità Operativa Materno-Infantile Territoriale.

La puerpera deve ricevere informazioni in merito alla contraccezione, e, se non è immune, deve essere sottoposta alla vaccinazione anti-rosolia.

Oltre alla documentazione e alle informazioni utili all'accudimento del bambino (allattamento al seno, cura del moncone ombelicale, etc.) alla madre devono essere date istruzioni sui successivi controlli pediatrici, da effettuare secondo modalità e tempi istituzionalmente stabiliti.

➤ La dimissione del neonato fisiologico viene decisa a giudizio clinico del neonatologo, ma se insorgono patologie può essere differita dopo la dimissione materna.

La dimissione neonatale deve garantire l'esecuzione degli *screening* neonatali previsti dalla normativa vigente in materia, le procedure di dichiarazione di nascita e la consegna del libretto neonatale per la verifica dei bilanci di salute.

APPENDICI

1. La legislazione di riferimento per il percorso nascita

-Il Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 - Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"- rappresenta lo strumento legislativo che, seguendo un modello organizzativo dipartimentale dell'area materno-infantile, individua e definisce specifici criteri di accreditamento delle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere al fine di garantire l'uniformità dell'assistenza alla nascita nelle diverse aree del paese.

-Nella G.U. n. 14 del 23 gennaio 2002 sono stati pubblicati i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) approvati nella seduta del 25 ottobre 2001 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Le prestazioni comprese nei livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa e con un sistema di indicatori essenziali pertinenti e caratterizzati da dinamicità e da aggiornamento continuo sulla base di evidenze scientifiche, di cui si valuterà il beneficio significativo in termini di salute, a livello individuale e collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

-Le prestazioni incluse nei LEA da garantire a tutti cittadini sono definite nell'allegato 1 che fa parte integrante del disposto legislativo e che nell'assistenza distrettuale al punto G "Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare" elenca l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione volontaria della gravidanza.

Tra le fonti legislative riferite a tale tipologia di assistenza nell'allegato 1 vengono menzionati la legge 20 luglio 1975, la legge 22 maggio 1978, il DM 24 aprile 2000, il DPCM 14 febbraio 2001, il D.L. 1 dicembre 1995 convertito nella legge 31 gennaio 1996, n. 34.

-Le prestazioni erogabili sono diffusamente elencate nel POMI e nel Decreto DPCM del 14 febbraio 2001. Nello specifico, il POMI individua le modalità organizzative nell'ambito della tutela della salute della donna, del "percorso nascita", del trasporto materno e neonatale, dell'assistenza ospedaliera pediatrica, della riabilitazione.

-Per quanto concerne l'ambito della "Tutela della maternità" la fonte legislativa di riferimento citata dai LEA risulta essere il D.LGS. 26 marzo 2001 n. 151 "Testo unico delle disposizioni legislative, in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53" (G.U. 26 aprile 2001 n. 96)

-La legge 23 dicembre 2001 n. 388 nella lista delle prestazioni richiama ed elenca quelle dirette alla tutela della maternità escluse da partecipazione al costo (DM 10 settembre 1998).

In conclusione, da questo breve excursus legislativo appare chiaro l'intento del legislatore di prendersi cura della donna in tutte le fasi del ciclo biologico.

Nell'ambito specifico della nascita, attraverso l'individuazione di modelli organizzativi appropriati ai diversi livelli assistenziali, il POMI rappresenta il vero strumento per l'implementazione degli obiettivi di salute della donna e del prodotto del concepimento.

2. Disposizioni del POMI in merito all'organizzazione assistenziale in gravidanza e al parto

Per concludere, è opportuno integrare questo protocollo, che non ha la pretesa di essere esaustivo, con la citazione dei punti salienti dell'organizzazione assistenziale in gravidanza e al parto contenuti nel Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I. allegato al Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000):

"La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo imprevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato.

E' necessario che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica.

L'offerta dei servizi ospedalieri ostetrici e pediatrici/neonatologici non può prescindere da un'organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata in tre livelli, con diverse caratteristiche strutturali e competenze professionali, in modo da garantire la corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona ed appropriatezza ed efficacia delle cure erogate.

In tale contesto deve essere posta particolare attenzione, in sede di programmazione regionale affinché si consegua una uniformità di livello assistenziale tra U.O. Ostetriche e neonatologiche - pediatriche.

Nelle rare realtà caratterizzate dall'esistenza in un'Azienda di un'Unità Operativa di Neonatologia (U.O.N.) dotata di un'Unità di Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.) non di U.O. Ostetriche o viceversa,

i contratti interaziendali ex D.L.vo 502/1992 e D.L.vo 517/1992 garantiscono un'integrazione funzionale interaziendale che permette di superare gli effetti negativi dell'anomalia strutturale aziendale.

L'assistenza alla gestante è affidata alle U.O. Ostetrico - Ginecologiche, del livello considerato, soddisfatta da personale specializzato (Ostetrico - Ginecologico) dei ruoli laureati delle suddette U.O., dalle Ostetriche e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, appartenente all'Area Funzionale Omogenea (A.F.O.) ospedaliera e dal Consultorio Familiare.

La tutela della salute delle gravide che afferiscono a strutture di I o II livello e dei feti, di fronte all'evidenziarsi di situazioni cliniche richiedenti trattamenti di livello superiore è garantito dall'obbligo dell'Ostetrico/a - Ginecologo/a di guardia di valutare l'opportunità di un trasferimento mediante un efficiente servizio di trasporto.

L'assistenza al neonato è affidata, a seconda del livello considerato, all'Unità Operativa di Pediatria e Assistenza Neonale, o all'Unità Operativa di Neonatologia e Patologia Neonatale, integrata dall'Unità di Terapia Intensiva Neonatale nei Centri di III° Livello ed è soddisfatta da personale specializzato (pediatra, neonatologo) dei ruoli laureati delle suddette U.O. e da personale dei ruoli infermieristici e tecnici, anch'esso con competenze specifiche pediatrico/neonatologiche, appartenente all'Area Funzionale Omogenea ospedaliera.

Le U.O. ostetrico-neonatali afferiscono all'organizzazione dipartimentale di appartenenza...al fine di attuare una stretta collaborazione interdisciplinare tra tutti gli operatori del campo ostetrico e neonatale.

.....OMISSIS)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. *ISTAT: Nascite: caratteristiche demografiche e sociali, 1996*
2. *DemoS 1997-98*
3. *Rapporto sulla Natalità in Campania 1998-99-00.*
4. *Cochrane Library, update 2000-2001*
5. *Clinical Evidence, Edizione Italiana, Ministero della Salute, 2001*
6. *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza Perinatale. SIMP, 1999, SEE ed.*
7. *SIGO LINEE GUIDA/ giugno 1998*
8. *Linee-Guida Clinica Ostetrica e Ginecologica di Bologna.*
9. *Linee-guida SLOG (Società Lombarda Ostetrica e Ginecologia)*
10. *Raccomandazioni RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - UK) su evidenze derivanti da trial clinici randomizzati controllati.*
11. *Benbow.A., Semple D. e Maresh M.:Effective procedures in maternità care suitable for audit. RGOG Clinical Audit Unit - St. Mary's Hospital, Manchester 1999: in RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - UK) Good Medical Practice - Audit (URL:<http://WWW.rcog.uk/effective/menu.html>)*
12. *WHO "Appropriate Technology for Birth", Lancet i.i. 436,1985 1985.*
13. *WHO. Care in Normal Birth: a practical guide-report of a technical working group. Geneva 1999).*
14. *DPR 128/1969*
15. *Legge 30.12.91 n. 412*
16. *D. Lgs. 502/92*
17. *D. Lgs. 517/93*
18. *Documento ISTAR, 1994.*
19. *Piano Sanitario Nazionale 1994-1996-1998-2000*
20. *DM 16 luglio 2001*
21. *Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. (Repertorio n. 1318), pubblicato sul Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" 19 del 23 gennaio 2002.*
22. *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) 24 gennaio 2002-05-01*