

Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia

DIRETTORE Prof. Michele Morelli

PROCEDURA OPERATIVA PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO PARTO DELLA GRAVIDA A BASSO RISCHIO OSTETRICO

REDATTO	<p>Gruppo di Lavoro multidisciplinare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Prof. Michele Morelli 2. Dirigente Medico Ginecologo Dott.ssa Mocchiato Rita 3. Ostetrica Dott.ssa Mazzulla Rosanna
----------------	---

GRIGLIA DI APPROVAZIONE			
Direttore U.O.C. Ginecologia e Ostetricia Dott. Michele Morelli 	Direttore Dipartimento Materno Infantile Dott. G. Scarpelli 	Direttore Sanitario di Presidio  Direttore Rischio Clinico 	Data 20/10/2020

INDICE
Introduzione
Oggetto
Scopo della Procedura
Razionale
Operatori coinvolti
Campo di Applicazione
Matrice di Responsabilità
Principi di base
Descrizione delle attività
Diagramma Percorso
Allegato 1 (scheda rischio ostetrico)
Allegato 2 (scheda gradimento sala parto)
Allegato 3 (scheda parametri MEOWS)
Allegato 4 (scheda rilevazione VAS sala parto)
Allegato 5 (questionario qualità globale)
Allegato 6 (informativa OMS 2018 sul parto fisiologico per la gestante)
Bibliografia

DIFFUSIONE	Dipartimento ospedaliero materno-infantile Direzioni Sanitarie Aziendali e Direzioni Mediche Ospedaliere ASP Cosenza Ostetriche Medici di Ostetricia e Ginecologia Medici Neonatologi Direzioni Sanitarie Aziendali e Direzioni Mediche Ospedaliere ASP Cosenza Consultori Familiari Professionisti dei punti nascita Medici di Pediatria di Libera Scelta Medici di Medicina Generale
-------------------	---

Introduzione

Nella maggior parte dei casi il decorso della gravidanza ed il parto si svolgono in modo assolutamente fisiologico, il travaglio insorge spontaneamente dopo la 37^a settimana di gestazione ed il neonato risulta sano. (Nice 2014, Cartabellotta A. 2015)

La corretta gestione ostetrica di queste fasi permette di identificare i percorsi fisiologici e garantisce un'assistenza rispettosa della normalità dell'evento nascita, con il minor livello di medicalizzazione non necessario. (RCOG 2015).

L'eccessiva medicalizzazione interferisce con le diverse funzioni materne e con le capacità genitoriali (WHO,2018).

E' stato altresì dimostrato che l'assistenza a gestione OSTETRICA in completa autonomia della gravidanza e del parto fisiologici determina "un minor ricorso al parto strumentale, all'episiotomia, alla partoanalgesia, ed è costo-efficace." (Villar, 2001, Sandall 2010, 2013, 2016, Hodnett, 2013, Schroeder 2016, DeJoy 2019).

I risultati sono evidenti e si traducono in un migliore livello di soddisfazione della gestante e delle ostetriche con un riverbero positivo sulla salute materna e del neonato (Forster DA, 2016; Lewis I, 2016,Newton MS, 2014; Collins CT, 2010,Nice 2014, Cartabellotta A. 2015).

Oggetto

Assistenza al parto della donna gravida a basso rischio ostetrico.

Scopo del protocollo

Delineare i tempi del parto a basso rischio e individuare le sequenze e le azioni per ogni singola fase in modo da garantire una pronta diagnosi di deviazione dalla fisiologia e nel contempo valorizzare la qualità dell'esperienza del parto promuovendo il parto fisiologico e le buone pratiche assistenziali:

Obiettivi primari:

- sostenere un'assistenza ostetrica sicura e appropriata;
- assistere e prendersi cura delle donne, delle famiglie in un ambiente sicuro;
- intercettare tempestivamente situazioni di allerta;
- garantire elevati esiti di salute materno-neonatale;
- garantire miglior grado di soddisfazione materna;
- ridurre la variabilità delle pratiche assistenziali;

- rendere reale ed operativo il modello organizzativo della presa in carico della donna da parte dell'ostetrica nel percorso nascita fisiologico.

Obiettivi secondari:

- garantire standard clinico-assistenziali nel peripartum (travaglio-parto-puerperio) e standard organizzativi;
- definire gli stadi del travaglio e del puerperio;
- strutturare Check-list e algoritmi assistenziali;
- integrazione territorio-ospedale-territorio.

Si riconoscono quindi come principi fondamentali i seguenti punti:

1. Centralità della donna
2. Garantire alle donne il rispetto dei loro valori, della loro cultura e della loro volontà.
3. L'ostetrica è la figura professionale responsabile dell'assistenza e della sorveglianza nel travaglio e parto a basso rischio. Il medico è coinvolto solo in caso di complicazioni o se il suo intervento è richiesto dall'ostetrica.
4. Promozione immediata dell'allattamento al seno mediante contatto precoce, prolungato del neonato e della mamma, che non devono essere separati nelle prime due ore del post partum.

Indicazioni

Il seguente protocollo procedurale si applica a tutte le donne che al momento del ricovero presentano un basso rischio ostetrico che presentino tutte le seguenti caratteristiche (**Allegato 1**):

- 37+0 settimane e 41+6 settimane, certa o confermata ecograficamente.
- 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 con liquido amniotico limpido.
- Liquido amniotico in normale quantità.
- Placenta normoinserita ed assenza di sanguinamenti significativi.
- Peso fetale stimato tra 2500 e i 4000 grammi.

Razionale

Promuovere il parto fisiologico. Ridurre il tasso dei tagli cesarei primari.

Operatori coinvolti

Il presente documento si rivolge a tutti gli attori coinvolti nell'assistenza delle donne in travaglio di parto a basso rischio ostetrico:

1. U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Annunziata di Cosenza
2. Ostetriche
3. Medici Specialisti in Ginecologia
4. Medici Specialisti in Neonatologia

Campo di applicazione

Il presente protocollo si applica alla Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia Annunziata di Cosenza.

Matrice delle Responsabilità

R = responsabile; C = coinvolto

DESCRIZIONE ATTIVITA'	OSTETRICA	GINECOLOGO
Cardiotocografia	R	
Ecografia		R
Esami ematochimici	R	
Visita Ostetrica	R	
Valutazione rischio ostetrico	R	R
Compilazione partogramma	R	
Compilazione schede travaglio	R	
Compilazione check – list di ammissione MAO	R	R
Compilazione check – list in travaglio		R
Somministrazione VAS	R	
Somministrazione questionario soddisfazione materna del parto	R	
Monitoraggio benessere materno/fetale	R	

Principi di base

1. Assistenza continuativa con rapporto ostetrica donna 1:1. Il rapporto 1:1 prevede la sostituzione dell'ostetrica dedicata alla scadenza del suo turno di servizio. Tale modalità prevede un'ostetrica nominale di riferimento.
2. Sorveglianza del benessere fetale: nel Percorso Nascita Fisiologico è raccomandata l'auscultazione intermittente del Battito Cardiaco Fetale (Nice,2014). Nel caso si rilevi una alterazione della frequenza cardiaca fetale è opportuno il ricorso alla cardiotocografia, che va sospesa dopo 20 minuti se il tracciato cardiotocografico è normale.
3. non è indicata l'accelerazione del travaglio con amnioressi e/o ossitocina se il travaglio procede normalmente. Tali procedure non riducono l'incidenza di taglio cesareo né aumentano il tasso di parto vaginale spontaneo né migliorano gli esiti neonatali.
4. Clampaggio cordone ombelicale: è raccomandato non clampare il cordone ombelicale di un neonato vigoroso prima di un minuto dal parto tranne nel caso che sia dubbia l'integrità del cordone. Il clampaggio ottimale dovrebbe avvenire tra 1 e 3-5 minuti. I benefici del clampaggio tardivo per il neonato sono la concentrazione più elevata di emoglobina, un rischio ridotto di carenza di Ferro e un adattamento alla vita extrauterina fisiologico.
5. facilitare il contatto immediato pelle a pelle del neonato con la madre dopo la nascita, senza interruzioni, e sostenere le madri a iniziare l'allattamento (WHO/UNICEF 2017) Il contatto pelle a pelle attuato subito dopo il parto è in grado di promuovere l'inizio dell'allattamento e tutela puerpera e neonato dagli effetti negativi della separazione.
6. è raccomandato all'ostetrica adottare le best practice nelle diverse fasi della vita della donna, compreso il peripartum, per assicurare le funzioni del pavimento pelvico e addomino-perineale. (Accordo Stato Regioni 2018, RCM/CSP 2017, Queensland Clinical Guidelines 2018)
7. Garantire uno standard di personale con rapporto ostetrica donna 1:1 durante il travaglio attivo / parto / postpartum con un'ostetrica nominale di riferimento . La continuità assistenziale mantiene un'attenta sorveglianza materno-fetale in travaglio-parto e il modello assistenziale alla sostituzione dell'ostetrica nominale alla scadenza del turno di servizio. Deve essere individuata un'ostetrica esperta in turno di servizio;
8. Attribuire all'ostetrica, stante la presa in carico della donna nel Percorso Nascita Fisiologico, le funzioni cliniche proprie delle scienze ostetrico-ginecologico e neonatali;
9. Valorizzare i ruoli dell'ostetrica collegati all'evoluzione e all'organizzazione dei modelli innovativi e assistenziali.

Descrizione delle Attività

Assistenza al primo stadio (periodo dilatante)

Definizione:

Il primo stadio del travaglio inizia quando si hanno contrazioni uterine regolari e termina quando la donna raggiunge la dilatazione cervicale completa.

Il I Stadio del travaglio si distingue in fase LATENTE e in fase ATTIVA.

La fase ATTIVA del I stadio è caratterizzato da contrazioni uterine regolari, dolorose ed una progressiva dilatazione della cervice uterina dai ≥ 4 cm alla dilatazione completa. La durata della fase attiva del I stadio di solito ha una durata non superiore alle 18 ore nella nullipara e non superiore alle 12 ore nella pluripara. (NICE, 2014). Tale fase deve essere monitorata mediante la compilazione del partogramma e degli altri sistemi preposti a documentare l'assistenza ostetrica svolta.

INDICAZIONI OPERATIVE:

1. Diagnosi di travaglio

L'ostetrica formula diagnosi di travaglio attivo quando:

Condizione ostetrica	SI
Le contrazioni sono avvertite dalla donna come dolorose e hanno una durata di almeno 30 secondi e una frequenza di una ogni 3/5 minuti da almeno due ore.	
Collo uterino appianato >80%	
Dilatazione ≥ 4 cm	
<i>Tali condizioni devono essere soddisfatte contemporaneamente</i>	

1. Compilazione check list di ammissione al Modello Assistenziale Ostetrico (MAO)

CRITERI CLINICI PER INCLUSIONE AL MAO	si	no	Note
Anamnesi medica materna positiva *			
Anamnesi ostetrica positiva **			
Anamnesi ostetrica positiva nell'attuale gravidanza ***			
Età materna < 16 e > 45 anni#			
BMI pregravidico < 18 o > 35****			
Epoca gestazionale < 37 e > 41+6 settimane			
PROM >24 ore			
Liquido amniotico tinto di meconio			
Parità ≥ 4			
Travaglio indotto			
Alterazioni della crescita fetale durante la gravidanza attuale			
Alterazioni del volume di liquido amniotico (oligo/polidramnios)			
Pregressa isterotomia, presenza di malformazione uterina, presenza di fibromi uterini			
Cromosomopatie fetali o patologie malformative fetali			
Pregresse lacerazioni perineali di III o IV grado			
<p>*Patologie cardiovascolari, disordini ipertensivi, asma che ha richiesto un incremento del trattamento o un ricovero in ospedale, fibrosi cistica, emoglobinopatie, anemia falciforme, beta talassemia major, storia di disordini tromboembolici, porpora trombocitopenica o altri disordini piastrinici o conteggio piastrine inferiore a 100x10⁹ /litro, malattia di Von Willebrand, disordini emorragici nella donna e nel feto, rischio di malattia emolitica del neonato, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato che abbia richiesto un cambio o inizio terapia nell'ultimo mese di gravidanza, diabete pregestazionale, diabete gestazionale, epatite B/C e/o epatopatia con alterazione della funzionalità epatica, sieropositività da HIV, toxoplasmosi con trattamento farmacologico, infezione attiva di varicella, rosolia, herpes genitale, tubercolosi in trattamento farmacologico, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, nefropatia, epilessia, miastenia grave, precedente accidente cerebrovascolare, disturbi psichiatrici.</p> <p>**Morte endouterina fetale, morte intrapartum, pregressa encefalopatia neonatale, pre-eclampsia, eclampsia, distacco di placenta, rottura d'utero, emorragia del postpartum, secondamento manuale, distocia di spalle.</p> <p>***Gravidanza multipla, anomalie dell'inserzione placentare, pre-eclampsia e/o disordini ipertensivi, pPROM, emoglobina <8.5 g/dL, morte endouterina fetale, abuso di alcool e/o stupefacenti, diabete gestazionale, presentazione fetale non cefalica o cefalica non</p>			

di vertice, episodi ricorrenti di perdite ematiche vaginali durante il secondo e terzo trimestre.

**** se BMI compreso tra 30 e 35 è raccomandata una valutazione individualizzata e se necessaria una consulenza prima dell'ammissione al Percorso Nascita Fisiologico.

se età materna compresa tra 40 e 45 anni è raccomandata una valutazione individualizzata e, se necessaria, una consulenza prima dell'ammissione al Percorso Nascita Fisiologico.

Attribuzione del MAO

Preso in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO
Preso in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia con la collaborazione Ostetrica	Una o più risposte: SI

Data e ora _____

Firma/ matricola/qualifica _____

Firma/ matricola/qualifica _____

2. Compilazione del partogramma

Il partogramma è lo strumento di rilevazione assistenziale che consente di effettuare un completo monitoraggio dell'evoluzione del travaglio.

L'ostetrica compila il partogramma (monitoraggio, progressione parto presentata nel tempo della dilatazione). Incluso nella compilazione del partogramma l'ostetrica provvederà a rilevare e registrare i parametri vitali secondo scheda MEOWS come da specifico protocollo **(Allegato 1)**

L'inizio della compilazione è un atto obbligatorio e coincide con la diagnosi di travaglio attivo.

3. Norme di assistenza

La conduzione dell'assistenza è dell'ostetrica e avverrà nel rispetto dei tempi e dei ritmi del travaglio di parto fisiologico in un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità. In tale ottica sarà preciso compito dell'ostetrica salvaguardare un clima calmo e sereno vigilando che nessuno alzi la voce o che manifesti qualsiasi forma di inaccettabile comportamento sgarbato. A tal riguardo verrà promossa la compilazione della scheda di gradimento dell'assistenza al parto ricevuta che sarà oggetto della valutazione collegiale. **(Allegato 2)**

DECALOGO ASSISTENZIALE AL PRIMO STADIO DI TRAVAGLIO	
Garantire supporto fisico ed emotivo alla donna nelle varie fasi del travaglio	
Lasciare piena libertà di posizione e di movimento durante il travaglio	
Consentire alla donna l'assunzione di piccoli pasti e/o bevande zuccherate	
Rispettare il diritto della donna ad avere vicino il compagno e/o personale di fiducia.	
Evitare l'imposizione di procedure e tecniche non rispondenti alla volontà della partoriente	
Evitare somministrazione routinaria dei farmaci	
Evitare inserimento precoce e routinario di ago cannula	
Promuovere strategie materne (massaggi, bagno/doccia caldo) e tecniche farmacologiche per il contenimento del dolore durante il travaglio e il parto e nel periodo successivo al parto	
Evitare rumori schiamazzi o comunicazioni sgarbate	
Rilevazione dei parametri secondo protocollo MEOWS (Allegato 3)	
Rilevazione VAS (Allegato 4)	

4. Monitoraggio del Battito Cardiaco Fetale (BCF)

Dopo una cardiotocografia di 30 minuti reattiva eseguita all'ingresso in sala travaglio/parto si continua con la rilevazione intermittente del BCF che deve essere eseguita durante e dopo la contrazione, per 60 secondi, ogni 15 minuti nel primo stadio e ogni 5 minuti nel secondo stadio.

Tutte le annotazioni devono essere riportate nella cartella clinica della paziente ed essere datate e firmate.

L'ostetrica dovrà eseguire e firmare con apposizione del proprio numero di matricola il tracciato cardiotocografico corredato di data e ora leggibili, tale tracciato potrà essere valutato a discrezione dell'ostetrica dal medico di turno, nel qual caso lo stesso apporrà la propria firma ed il numero di matricola con la data e l'ora della propria valutazione.

5. Valutazione della progressione del travaglio

Ad ogni visita è opportuno valutare:

- La progressione della dilatazione.

- Il livello della parte presentata.
- La posizione.

Si consiglia di eseguire la visita ogni tre ore nel primo stadio e ogni ora nel secondo stadio. La visita dovrebbe essere fatta comunque secondo le necessità cliniche concordandola con la donna.

Dove possibile, dovrebbe essere effettuata dalla stessa persona. Ogni visita deve essere riportata sul partogramma e in cartella informatizzata.

6. Check list al primo stadio del travaglio

CRITERI PER MANTENIMENTO AL MAO I STADIO	si	no	Note
Alterazione dei parametri vitali materni			
Anomale Perdite ematiche vaginali			
Comparsa di liquido amniotico tinto			
Modificazione della situazione o presentazione fetale			
Alterazione del Battito Cardiaco Fetale all'auscultazione intermittente confermata da Cardiotocografia*			
Alterata progressione del primo stadio del travaglio di parto			
Partoanalgesia			
Impossibilità a garantire assistenza ostetrica 1:1**			
* Se cardiotocografia normale per 20 minuti, prosegue auscultazione intermittente (Nice 2014)			
**Se risolta la motivazione della impossibilità, prosegue assistenza con rapporto ostetrica donna 1:1			
Attribuzione del MAO			
Preso in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO		
Preso in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia con la collaborazione Ostetrica	Una o più risposte: SI		

Data e ora _____

Firma/ matricola/qualifica _____

Assistenza al secondo stadio (periodo espulsivo)

Definizione

Il secondo stadio del travaglio inizia con il raggiungimento della dilatazione cervicale completa e termina con la nascita del bambino.

- NULLIPARA: Il parto dovrebbe avvenire entro 3 ore dall'inizio della fase attiva. La diagnosi di fase attiva prolungata dovrebbe essere fatta quando quest'ultima è >2 ore e la donna dovrebbe essere affidata al medico per P.O. se la nascita non è imminente.
- PLURIPARA: Il parto dovrebbe avvenire entro 2 ore dall'inizio della fase attiva. La diagnosi di fase attiva prolungata dovrebbe essere fatta quando quest'ultima è >1 ora e la donna dovrebbe essere affidata al medico per P.O. se la nascita non è imminente. (NICE 2000, 2007, 2014)

Si distinguono due fasi:

FASE PASSIVA: dilatazione completa della cervice uterina in assenza di premito materno irrefrenabile e di contrazioni uterine espulsive. Inoltre è possibile che si verifichi in questa fase un rallentamento della dinamica uterina. Tale rallentamento fornisce un'opportunità alla donna di riposare prima della fase attiva della spinta e non costituisce un'indicazione all'incremento della dinamica uterina.

FASE ATTIVA: presenza di premito irrefrenabile materno, o contrazioni uterine espulsive, parte presentata visibile alla rima vulvare con dilatazione completa della cervice uterina.

Le motivazioni per cui si decide di accelerare il secondo stadio o l'indicazione al parto operativo devono essere esplicitati in cartella o sul partogramma e concordati con la gestante.

Prima di optare per tale scelta è necessario coinvolgere il medico che prende le decisioni e diventa il leader al posto della ostetrica fino al completamento del parto.

Norme assistenziali

L'assistenza durante tale stadio prevede la gestione delle necessità relative alla madre, al neonato e al complesso madre-neonato coinvolgendo il compagno della gestante durante l'intero percorso.

DECALOGO ASSISTENZIALE AL SECONDO STADIO DI TRAVAGLIO	
Nella fase di transizione non incitare a far spingere la donna prima che avverta un premito irrefrenabile. Assecondare nella donna il bisogno di riposo	
Quando la donna percepisce il premito non è opportuno dirigere la spinta espulsiva ma incoraggiare la donna a camminare e scegliere liberamente la posizione per lei piu' adatta al parto	
L'uso sistemico dell'episiotomia non è giustificato	
Rispettare sempre l'intimità del parto evitando l'affollamento degli operatori se non necessario	
Evitare la manovra di kristeller. Qualora fosse necessaria (sofferenza fetale acuta al piano perineale) va considerata un intervento medico e questo va chiamato. La donna viene informata e si documenta in cartella.	
Evitare continue esplorazioni vaginali per distendere il perineo e valutare la discesa della parte presentata in quanto sono manovre inefficaci e fastidiose	
Il controllo del battito cardiaco fetale viene rilevato ogni 5 minuti per 60 secondi dopo la contrazione.	
Attendere fino a 60/120 secondi (1-2 contrazioni) per l'estrazione delle spalle dopo l'espulsione della testa.	
L'ostetrica avvisa il pediatra di turno che sarà presente alla nascita del neonato	
L'ostetrica, leader in sala parto, avvisa il medico se lo ritiene opportuno e necessario, altrimenti conduce il travaglio e assiste in autonomia il parto, senza la presenza del medico di turno e coadiuvata da una seconda ostetrica e da una OSS quando occorrerà	
Se l'ostetrica chiama il medico, questo diventa il leader "unico" che condurrà il travaglio e il parto fino al loro completamento. Dovrà essere riportato in cartella e sul partogramma con la data ora e firma corredata di numero di matricola del medico e dell'ostetrica	
Non devono essere effettuati commenti di dissenso sulle scelte effettuate, che saranno discusse in sede collegiale	
Rilevazione dei parametri secondo protocollo MEOWS (Allegato 3)	
Rilevazione VAS (Allegato 4)	

Assistenza e prime cure al neonato

Le manovre di assistenza saranno espletate in modo da non interrompere il legame fisico ed emozionale tra mamma e neonato attraverso la tutela dei bisogni sensoriali del neonato nel passaggio dalla vita intrauterina alla vita extrauterina.

DECALOGO ASSISTENZIALE AL NEONATO	
Posizionare il neonato alla nascita sul ventre nudo materno, dopo averlo accuratamente tamponato, con il cordone attaccato e mantenuti entrambi protetti da un telo caldo (contatto pelle a pelle)	
Prelevare in tutti i parti 1 cc di sangue cordonale per EGA, sia dalla arteria che dalla vena ombelicale, entro un minuto dal parto e a cordone integro e non clampato	
Il contatto pelle a pelle ha durata di solito di due ore	
Mantenimento della temperatura corporea (cambio del telino caldo)	
Recisione del cordone ombelicale a pulsazioni cessate o comunque non prima di un minuto dal parto	
Rispetto dei tempi e modi dell'instaurarsi della relazione precoce tra mamma e neonato senza inutili interventi	
Promozione dell'allattamento al seno favorendo il riflesso attivo di ricerca del capezzolo durante le prime due ore a contatto con la mamma	
Attribuzione del punteggio di Apgar e prima valutazione del pediatra sul lettino da parto, e non nell'isola neonatale, se le condizioni neonatali lo permettono	
Identificazione del neonato	
Rilevazione dei parametri secondo protocollo MEOWS (Allegato 3)	

Check list al secondo stadio del travaglio

CRITERI PER MANTENIMENTO AL MAO II STADIO	si	no	Note
Alterazione dei parametri vitali materni			
Anomale Perdite ematiche vaginali			
Comparsa di liquido amniotico tinto			
Modificazione della situazione o presentazione fetale			
Alterazione del Battito Cardiaco Fetale all'auscultazione intermittente confermata da Cardiotocografia*			
Alterata progressione del secondo stadio del travaglio di parto			
Impossibilità a garantire assistenza ostetrica 1:1**			

* Se cardiocografia normale per 20 minuti, prosegue auscultazione intermittente (Nice 2014)

**Se risolta la motivazione della impossibilità, prosegue assistenza con rapporto ostetrica donna 1:1

Attribuzione del MAO

Presenza in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO
Presenza in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia con la collaborazione Ostetrica	Una o più risposte: SI

Data e ora _____

Firma/ matricola/qualifica _____

Assistenza al Terzo Stadio (Secondamento)

Definizione:

Il III stadio del parto è il periodo di tempo che intercorre tra espulsione del feto e quello degli annessi fetali (placenta e membrane). E' fondamentale considerare questo momento come il momento unico dell'incontro tra madre, compagno e neonato, sarà decisivo in tal senso ridurre le interferenze ed evitare la separazione di madre e neonato. (NICE, 2007, 2014)

DECALOGO ASSISTENZIALE AL TERZO STADIO DI TRAVAGLIO	
Controllo della quantità delle perdite ematiche	
Si raccomanda, per la profilassi della emorragia, la somministrazione di ossitocina 10 UI IM dopo l'espulsione della spalla anteriore del feto, prima di clampare e tagliare il funicolo. Se sussiste rischio di EPP continuare con infusione di ossitocina 10 UI/ora (20 UI in 500 cc da infondere in 2 ore)	
Se una donna a basso rischio chiede un approccio fisiologico senza ossitocina, informarla dei benefici, e se conferma l'approccio si raccomanda di assecondarla e di documentarlo	
Utilizzo di una sacca graduata sterile per raccogliere il sangue che va mantenuta anche nelle due ore successive del post-parto	
Prelievo di sangue dal funicolo per la determinazione del gruppo del neonato e test di Coombs diretto	
Controllo della placenta e relative caratteristiche al momento dell'espulsione	
Controllo pareti vaginali e del perineo a secondamento avvenuto	

Episiorrafia e sutura di eventuale lacerazione da parte dell'ostetrica se in grado altrimenti dal medico*	
Rilevazione dei parametri secondo protocollo MEOWS (Allegato 3)	
Rilevazione VAS (Allegato 4)	
Somministrazione questionario soddisfazione materna del parto (Allegato 5)	

* Una sutura non complicata del perineo o la riparazione di lacerazioni viene effettuata dall'ostetrica come previsto dalle normative (legge 42/1999 e direttiva europea 80/154/CEE).

Check list al terzo stadio del travaglio

CRITERI PER MANTENIMENTO AL MAO III STADIO	si	no	Note
Alterazione dei parametri vitali materni			
Anomale Perdite ematiche vaginali			
Alterata progressione del terzo stadio del travaglio di parto			
Impossibilità a garantire assistenza ostetrica 1:1**			
Attribuzione del MAO			
Preso in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO		
Preso in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia con la collaborazione Ostetrica	Una o più risposte: SI		

Data e ora _____

Firma/ matricola/qualifica _____

Assistenza al post partum

Definizione:

Il post partum si identifica con le due ore successive alla espulsione della placenta e degli annessi.

DECALOGO ASSISTENZIALE AL POST-PARTUM*	
Controllo stato di contrattura dell'utero	
Controllo perdite ematiche (<i>lochiazioni</i>)	
Controllo genitali esterni e perineo	
Controllo diuresi	
Rilevazione dei parametri secondo protocollo MEOWS (Allegato 3)	

*I controlli di cui sopra sono effettuati ogni 20 minuti e riportati in cartella

E' raccomandato un ambiente che permetta la sorveglianza ostetrica e sostenga la transizione del neonato alla vita extrauterina, limitando le interferenze con il contatto pelle a pelle, facilitando il bonding e l'allattamento. E' raccomandato garantire alla donna l'assistenza ostetrica continuativa che sorvegli e mantenga la fisiologia, ed il riscontro precoce di segni e sintomi di complicanze che richiedono cure addizionali.

Check list al quarto stadio del travaglio

CRITERI PER MANTENIMENTO AL MAO IV STADIO	si	no	Note
Parto vaginale normale			
Perdite ematiche ≤ 500 ml			
Utero retratto, contratto e centralizzato			
Lochi nella norma			
Perineo integro/Lacerazione di 1°, 2° grado o episiotomia non complicata			
Parametri vitali materni nella norma			
Punteggio di APGAR ≥ 7 a 5 minuti dalla nascita			

Buon adattamento neonatale			
Peso neonatale adeguato*			
Assenza di malformazioni neonatali evidenti alla nascita			
* sulla base della valutazione clinica della condizione di rischio da parte del Neonatologo			
Attribuzione del MAO			
Presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO		
Presa in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia con la collaborazione Ostetrica	Una o più risposte: SI		

Data e ora _____

Firma/ matricola/qualifica _____

Assistenza al puerperio

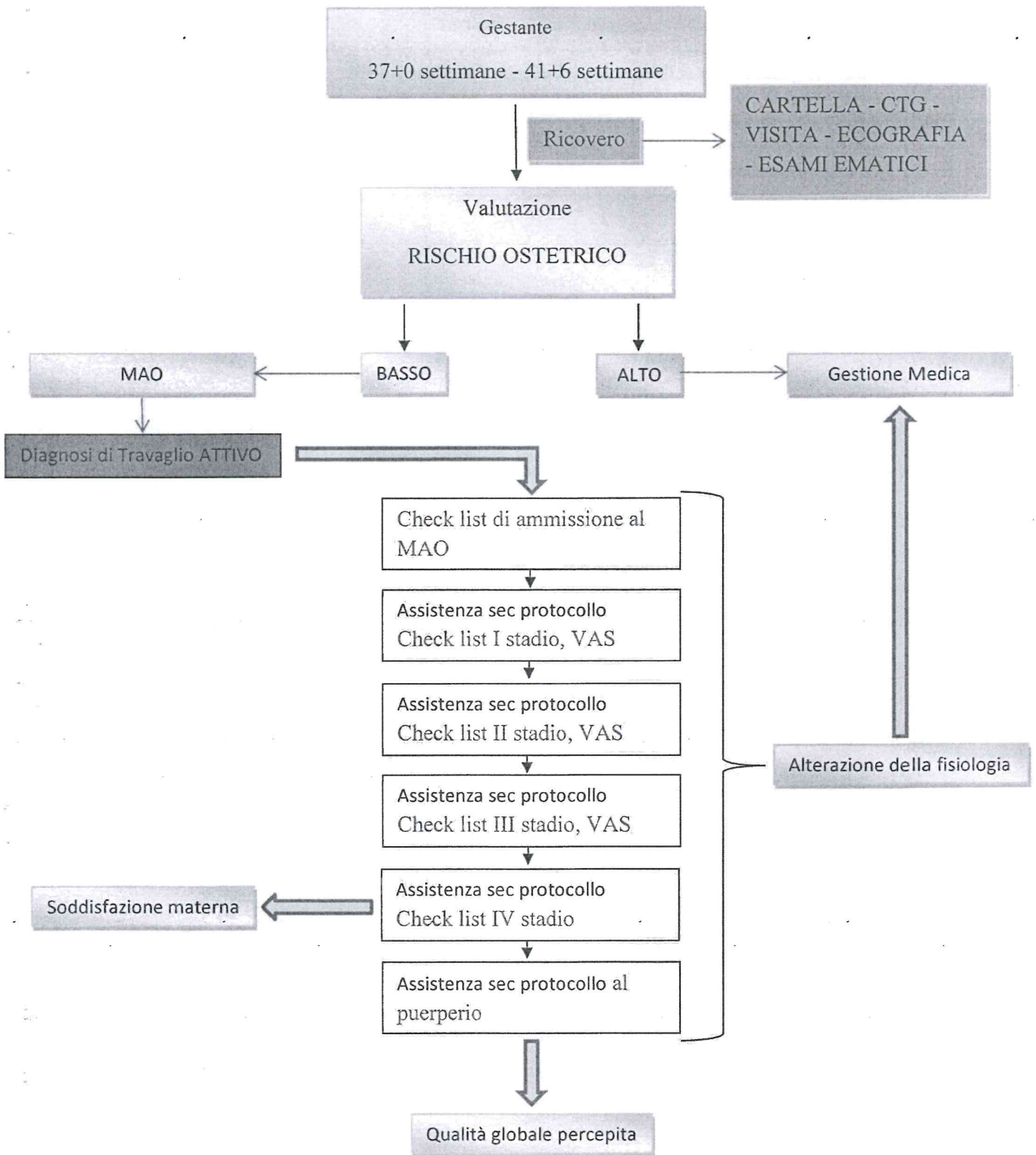
Definizione:

Periodo di tempo che decorre dal post partum al ripristino delle condizioni materne extragravidiche, convenzionalmente considerato della durata di 6/8 settimane. E' caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali e coincide con l'acquisizione di un nuovo ruolo, di una nuova identità, specialmente per le mamme alla prima esperienza.

DECALOGO ASSISTENZIALE MATERNO AL PUERPERIO	
Controllo stato di contrattura dell'utero	
Controllo perdite ematiche (<i>lochiazioni</i>)	
Controllo genitali esterni e perineo	
Norme igieniche materne, cura del perineo, cura del seno	
Controllo diuresi	
Rilevazione dei parametri secondo protocollo MEOWS (<i>Allegato 3</i>)	
Condizione psico-emotiva, disturbi dell'umore e del comportamento	

Sostegno dell'allattamento e della relazione genitoriale	
Immunoprofilassi anti-D, se indicata e vaccinazioni se indicate	
Somministrazione questionario sulla qualità globale percepita (Allegato 5)	
DECALOGO ASSISTENZIALE NEONATALE AL PUERPERIO	
Avvio allattamento e osservazione della poppata	
Rooming-in	
Sostegno relazione genitoriale	
Norme igieniche del neonato	

DIAGRAMMA PERCORSO



ALLEGATO 1

SCHEDA RISCHIO OSTETRICO

FATTORI DI RISCHIO GENERALI			
Fattore di rischio	si	no	altro
Diabete mellito			
Malattie cardiovascolare			
Ipertensione pregressa o attuale			
Tromboembolie pregresse			
Emoglobinopatie			
Difetti congeniti della coagulazione e diatesi emorragica			
Patologie renali/urologiche			
Patologie respiratorie			
Patologie autoimmuni			
Patologie epatiche			
Patologie endocrine			
Patologie oncologiche			
Uso di alcol			
Uso di droghe			
Fumo			
Assunzione cronica di farmaci			
Patologie genetiche familiari			
Patologie infettive croniche (HIV, HBV, HCV, tubercolosi, sifilide)			
Patologie neuro-psichiatriche in trattamento			
Malnutrizione/obesità (BMI>35)			
Bassa condizione socio economica			
Dati di laboratorio alterati			
Altro			
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA			
Fattore di rischio	si	no	note
Precedenti malformazioni fetali/neonatali			
Aborti > 3/ aborti nel 2° trimestre			
Precedente neonato <2550 gr			
Precedente neonato >4500gr			
Ipertensione preclampsia/eclampsia/HELLP s.			
Precedente MEF o morte neonatale			
Pregresso parto pretermine			
Pregresse patologie placentari			
Malformazioni uterine o miomi			
Pregressa chirurgia uterina			
Pregressa isoimmunizzazione			
Altro			
GRAVIDANZA ATTUALE			
Fattore di rischio	si	no	note
Gravidanza multipla			
Età <16			
Età >40			
Iperstimolazione ovarica in PMA			
Altro			

GRAVIDANZA BASSO RISCHIO

GRAVIDANZA ALTO RISCHIO

Data.....Ostetrica/Medico.....

1. Ho superato il parto senza conseguenze fisiche o psichiche

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

2. Ho pensato che il mio travaglio fosse eccessivamente lungo

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

3. Lo staff della sala parto mi ha incoraggiato a prendere decisioni riguardo a come io volessi che il travaglio progredisse

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

4. Mi sono sentita molto preoccupata durante il travaglio e il parto

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

5. Mi sono sentita ben supportata dallo staff durante il travaglio e il parto

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

6. Lo staff ha comunicato con me in modo appropriato durante il travaglio

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

7. Mi sono sentita di aver perso il controllo durante la mia esperienza di parto

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

8. Non ero per niente in difficoltà durante il travaglio

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

9. La sala parto era pulita e igienizzata

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

10. Non si sentivano schiamazzi e discussioni

Concordo fortemente concordo indifferente non concordo assolutamente in disaccordo

BSS-R (Nespoli,2018) modificata

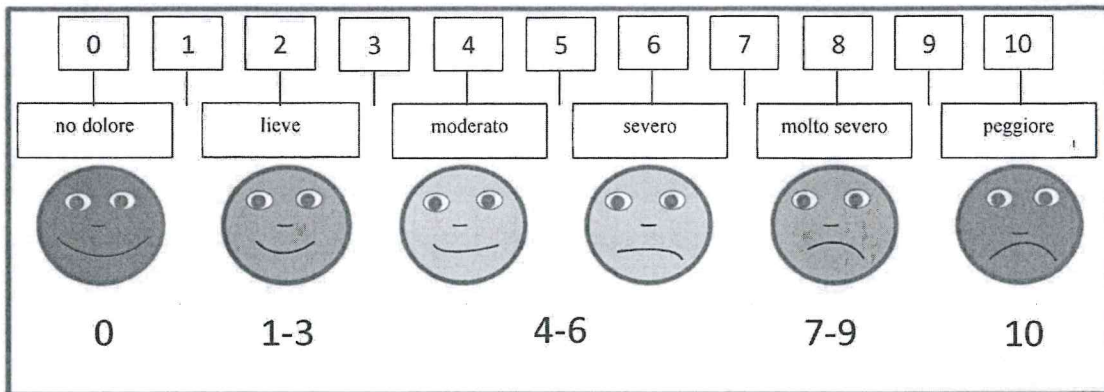
Commento sulla equipe di sala parto

.....

.....

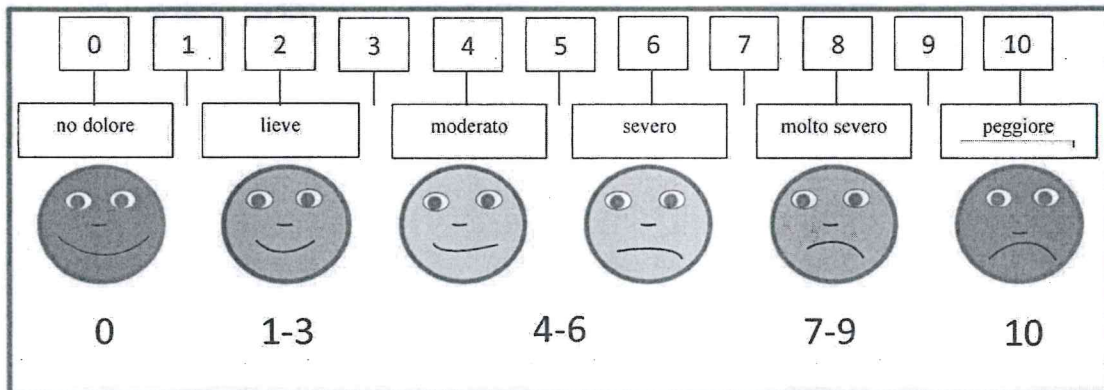
ALLEGATO 4

RILEVAZIONE VAS I STADIO



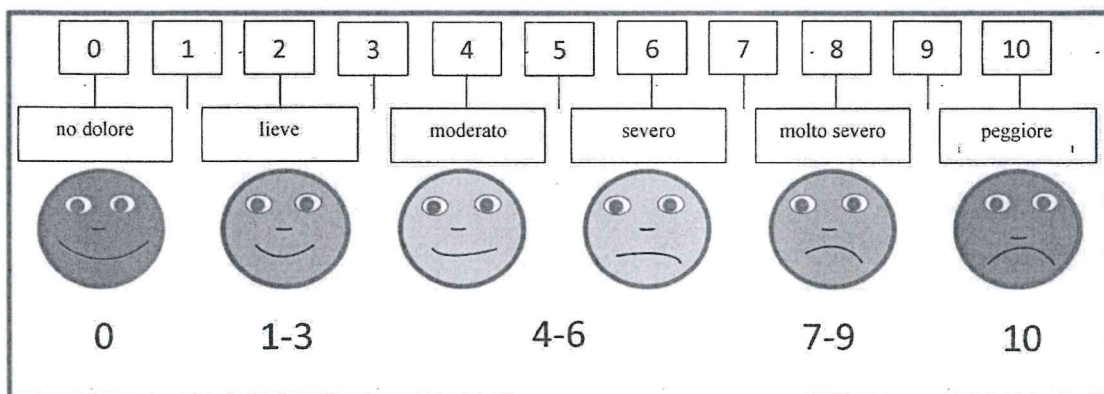
Ostetrica/n° matricola.....

RILEVAZIONE VAS II STADIO



Ostetrica/n° matricola.....

RILEVAZIONE VAS III STADIO



Ostetrica/n° matricola.....

Paziente.....Cartella n°.....

ALLEGATO 5

QUESTIONARIO SULLA QUALITA' GLOBALE PERCEPITA NELL' ASSISTENZA DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

Gentile Sig.ra nel porgerle i nostri migliori auguri e ringraziarla per aver riposto in noi la sua fiducia, le chiediamo di compilare questo breve questionario relativo alla sua percezione della qualità assistenziale ricevuta.

Lo scopo di tale questionario è quello di identificare i punti in cui migliorare e strutturare le necessarie azioni correttive.

Le ricordiamo di rispettare attentamente le disposizioni della reparto al fine di prevenire eventi avversi per lei ed il suo bimbo.

Alla dimissione potrà depositare tale questionario nell'apposito contenitore.

Come valuta l'assistenza ricevuta?

scarso	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo

Come valuta assistenza al parto?

scarso	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo

Come valuta l'assistenza in reparto?

scarso	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo

Come valuta la gentilezza rilevata?

scarso	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo

Osservazioni:

.....
.....
.....

ALLEGATO 6

Raccomandazioni OMS 2018 sulle cure durante il parto fisiologico.

La gravidanza ed il parto nella stragrande maggioranza dei casi non presentano rischi per la madre o il nascituro, ma purtroppo per varie ragioni al fine di scongiurare eventuali e rare complicanze con i relativi risvolti clinici e medico-legali in maniera sempre maggiore si assiste ad una costante ed eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto con numerose risvolti negativi clinici e relazionali

Queste 56 raccomandazioni coinvolgono gli operatori che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita, sono basate sulle evidenze scientifiche di cui oggi disponiamo e sono applicabili in tutti i Paesi del mondo. Si applicano altresì a tutte le donne in buona salute con una gravidanza ed un travaglio fisiologici.

Tali raccomandazioni di seguito riportate a scopo divulgativo e informativo vengono rispettate all'interno del modello organizzativo del parto BRO strutturato nella U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Annunziata di Cosenza ma in alcuni punti, per adattarle alla realtà clinica, sono state opportunamente effettuate lievi modifiche finalizzate ad una maggiore tutela della salute materno fetale principalmente in relazione al controllo del benessere fetale.

ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO ED IL PARTO

1) CURE MATERNE RISPETTOSE:

cure organizzate per garantire dignità, intimità e riservatezza e proteggere la donna in travaglio dal dolore e dalle procedure scorrette, per consentire scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto. **RACCOMANDATE**

2) COMUNICAZIONE EFFICACE:

metodi semplici e culturalmente comprensibili. **RACCOMANDATA**

3) ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO:

presenza di una persona. **RACCOMANDATA** durante il travaglio ed il parto

4) CONTINUITA' DELLE CURE:

protocollo di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra queste una ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale. SONO RACCOMANDATI per tutte le gravide PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO

5) DEFINIZIONE DELLE FASI DI LATENZA E DI TRAVAGLIO ATTIVO:

L'adozione delle seguenti definizioni per fase di latenza e fase attiva del travaglio.

SONO RACCOMANDATE

a) la fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appianamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri sia per la primigravida che per la pluripara

b) la fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appianamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa sia per la primigravida che per la pluripara

6) DURATA DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO

Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara.

7) PROGRESSIONE DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO

Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto.

NON E' RACCOMANDATA

8) Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm. / ora durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida.

NON E' RACCOMANDATA *per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico.*

9) Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm.

NON SONO RACCOMANDATI se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti

10) RICOVERO IN SERVIZIO OSTETRICO Per le gravide in buona salute con insorgenza spontanea del travaglio una politica di attesa fino all'inizio della fase attiva prima del ricovero (ammissione in sala travaglio/ parto).

E' RACCOMANDATA SOLO in un contesto di ricerca clinica

11) ESAME CLINICO DEL BACINO AL MOMENTO DEL RICOVERO

Lo studio clinico della morfologia del bacino mediante esplorazione vaginale nelle donne in buona salute

NON E' RACCOMANDATO

12) ESAME DI ROUTINE DELLE CONDIZIONI FETALI AL MOMENTO DEL RICOVERO

La cardiotocografia di routine NON E' RACCOMANDATA per valutare il benessere fetale nelle donne in buona salute con travaglio spontaneo.

13) L'auscultazione con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o con uno stetoscopio fetale di Pinard E' RACCOMANDATA al momento del ricovero per la valutazione del benessere fetale

14) DEPILAZIONE La depilazione della vulva e del pube NON E' RACCOMANDATA per un parto vaginale

15) CLISTERE L'uso del clistere per ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio NON E' RACCOMANDATO

16) ESPLORAZIONE VAGINALE Una visita vaginale E' RACCOMANDATA ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico

17) CARDIOTOCOGRAFIA IN CONTINUO DURANTE IL TRAVAGLIO La cardiocografia in continuo NON E' RACCOMANDATA per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo

18) AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE DELLA FREQUENZA CARDIACA FETALE IN TRAVAGLIO L'auscultazione intermittente della frequenza cardiaca del feto con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o uno stetoscopio di Pinard è RACCOMANDATA per le gravide in buona salute durante il travaglio

19) ANALGESIA PERIDURALE PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE L'analgisia peridurale E' RACCOMANDATA per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna

20) OPPIACEI PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE Gli oppiacei parenterali come il Fentanyl , la diamorfina e la petidina sono opzioni RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che richiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste

della donna

21) **TECNICHE DI RILASSAMENTO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE** Le tecniche di rilassamento, incluso il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di meditazione e altre tecniche SONO RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna

22) **TECNICHE MANUALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE** Le tecniche manuali come il massaggio o l'applicazione di compresse tiepide sono opzioni. RACCOMANDATE per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio , in base alle richieste della donna

23) **SOLLIEVO DAL DOLORE PER PREVENIRE IL TRAVAGLIO PROLUNGATO** Il sollievo dal dolore per prevenire il travaglio prolungato e ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio NON E' RACCOMANDATO

24) **ASSUNZIONE DI LIQUIDI E ALIMENTI PER VIA ORALE** Nelle donne a basso rischio ostetrico l'assunzione di liquidi e alimenti durante il travaglio. E' RACCOMANDATA

25) **MOBILITA' MATERNA E POSIZIONI DURANTE IL TRAVAGLIO** E' RACCOMANDATO incoraggiare la mobilità e una posizione verticale durante il travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico

26) **LAVANDE VAGINALI** Le lavande vaginali di routine con clorexidina in travaglio di parto per ridurre la morbilità infettiva NON SONO RACCOMANDATE

27) GESTIONE ATTIVA DEL TRAVAGLIO L'insieme di interventi per la gestione attiva del travaglio per impedire un suo prolungamento nel tempo NON E' RACCOMANDATO

28) AMNIORESSI DI ROUTINE Il ricorso all'amnioressi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO

29) AMNIORESSI E OSSITOCINA PRECOCI Il ricorso all'amnioressi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO 30) OSSITOCINA NELLE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale NON E' RACCOMANDATO

31) ANTISPASTICI L'uso di antispastici per prevenire un allungamento del travaglio NON E' RACCOMANDATO

32) INFUSIONE ENDOVENOSA DI LIQUIDI PER PREVENIRE UN ALLUNGAMENTO DEI TEMPI DEL TRAVAGLIO NON E' RACCOMANDATO SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO

33) DEFINIZIONE E DURATA DELLA SECONDA FASE DEL TRAVAGLIO

L'adozione della definizione seguente e della durata della seconda fase del travaglio

E'RACCOMANDATA

a) la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive

b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra . Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

34) POSIZIONE ALLA NASCITA (per le donne senza analgesia epidurale) Per le donne senza analgesia epidurale E' RACCOMANDATO di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna , comprese le posizioni verticali.

35) POSIZIONE PER LE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE Per le donne con analgesia peridurale E' RACCOMANDATO di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna , comprese le posizioni verticali

36) METODO DI SPINTA Le donne durante la fase espulsiva a termine della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso a spingere

37) METODO DI SPINTA (per le donne in analgesia peridurale) Per le donne in analgesia peridurale nella seconda fase del travaglio E' RACCOMANDATO di ritardare le spinte per una o due ore dopo la dilatazione completa fino a quando la donna avverte di nuovo il bisogno di spingere in un ambiente in cui sono disponibili le risorse per gestire una durata prolungata del secondo stadio e l'ipossia fetale può essere correttamente riconosciuta e gestita

38) METODICHE DI PREVENZIONE DEL TRAUMA PERINEALE Per le donne nella seconda fase del travaglio le tecniche finalizzate a ridurre il trauma perineale e a facilitare la nascita spontanea (compresi il massaggio perineale, le compresse calde e la sorveglianza "manuale" - hands-on del perineo) SONO RACCOMANDATE in base alle richieste della donna e alle opzioni disponibili

39) INDICAZIONE ALL'EPISIOTOMIA L'episiotomia di routine o il suo largo utilizzo NON SONO RACCOMANDATI per le donne che hanno un parto spontaneo

40) MANOVRE DI KRISTELLER Le manovre di compressione addominale sul fondo uterino per facilitare il parto nella seconda fase del travaglio NON SONO RACCOMANDATE TERZO STADIO DEL TRAVAGLIO

41) La somministrazione di uterotonici per prevenire l'emorragia del post partum nella terza fase del travaglio E' RACCOMANDATA in tutti i parti

42) l'ossitocina (10 unità intramuscolo o endovena) è il farmaco RACCOMANDATO per la prevenzione dell'emorragia post partum

43) Nei luoghi in cui l'ossitocina non è disponibile E' RACCOMANDATO l'impiego di altri uterotonici iniettabili (ergometrina, metilergometrina) o di misoprostolo per bocca (600 mg)

44) CLAMPAGGIO TARDIVO DEL CORDONE OMBELICALE Il clampaggio tardivo del cordone ombelicale (non prima di un minuto dalla nascita) E' RACCOMANDATO per il benessere della mamma e del neonato

45) TRAZIONE CONTROLLATA DEL CORDONE OMBELICALE Nei luoghi dove è presente personale di assistenza qualificato la trazione controllata del cordone E' RACCOMANDATA nei parti in cui si ritiene importante una riduzione anche se lieve della perdita ematica e della durata del terzo stadio

46) MASSAGGIO UTERINO Il massaggio uterino energico NON E' RACCOMANDATO come procedura finalizzata a prevenire una emorragia post partum nelle donne che hanno ricevuto una profilassi con ossitocina CURE AL NEONATO

47) ASPIRAZIONE NASALE O ORALE DI ROUTINE DEL NEONATO Per il neonato che respira spontaneamente ed in presenza di liquido amniotico chiaro l'aspirazione della bocca o del naso NON DEVE essere eseguita

48) CONTATTO PELLE A PELLE I neonati senza complicanze dovrebbero essere tenuti con un contatto pelle a pelle con la mamma durante le prime ore dalla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento

49) ALLATTAMENTO Tutti i neonati compresi quelli di basso peso che sono in grado di essere allattati devono essere attaccati al seno il più presto possibile dopo la nascita quando sono clinicamente stabili e quando la mamma ed il bambino sono pronti.

50) PROFILASSI DELLA MALATTIA EMORRAGICA CON VITAMINA K Tutti i neonati dovrebbero ricevere 1 milligrammo di vitamina K per via intramuscolare alla nascita (dopo la prima ora durante la quale il neonato dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la mamma e l'allattamento dovrebbe essere iniziato).

51) BAGNO E ALTRE CURE IMMEDIATE AL NEONATO Il bagno dovrebbe essere rinviato di almeno 24 ore dopo la nascita. Se questo non è possibile per motivi culturali si dovrebbe attendere almeno 6 ore. Si raccomanda di coprire il neonato in modo adeguato in funzione della temperatura ambientale. Questo significa uno o due strati di abiti più dell'adulto ed anche un berretto . Madre e bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero rimanere nello stesso ambiente 24 ore su 24. CURE ALLA DONNA DOPO IL PARTO

52) SORVEGLIANZA DELLA CONTRATTURA UTERINA La sorveglianza del tono o contrattura uterina nel post partum per riconoscere precocemente una atonia uterina E' RACCOMANDATA per tutte le donne

53) ANTIBIOTICI NEL PARTO SENZA COMPLICANZE

La somministrazione profilattica di routine di antibiotici nel parto vaginale senza complicanze

NON E' RACCOMANDATA

54) ANTIBIOTICI PROFILLATICI DI ROUTINE PER L'EPISIOTOMIA

L'antibioticoterapia profilattica di routine in tutte le donne che hanno avuto una episiotomia

NON E' RACCOMANDATA

55) SORVEGLIANZA MATERNA NEL POSTPARTUM Tutte le donne nel post partum

dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto

56) DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DOPO UN PARTO SPONTANEO Dopo un parto

senza complicanze in una struttura sanitaria la madre in buona salute ed il neonato dovrebbero essere assistiti nella struttura per almeno 24 ore dopo il parto

BIBLIOGRAFIA

Raccomandazioni parto fisiologico a basso OMS 2018

BIBLIOGRAFIA

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Approaches to limit intervention during labour and birth. No. 687. *Obstet Gynecol* 2017;129:e20-8. - American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise J-M, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014;210(3):179-93

Australian College of Midwives. National midwifery guidelines for consultation and referral. 3rd Edition, Issue 2. Available from: <https://www.midwives.org.au>. - National Health and Medical Research Council. National guidance on collaborative maternity care, 2010)

Bertino E, Spada E, Occhi L, et al. Neonatal Anthropometric Charts: The Italian neonatal study compared with other European studies. *JPGN*, 2010; 51: 353-361.

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzama RK, Cuthbert A. (2017) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review* 2017

Cantarutti A., Franchi M., Compagnoni MM. et al (2017) Mother's education and the risk of several neonatal outcomes: an evidence from an Italian Population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Open Access, DOI 10.1186/s12884-017-1418-1

Cartabellotta A, Laganà AS, Matera M et al. (2015) Linee Guida per l'assistenza a partorienti sane e neonati e per la scelta del setting del parto. *Evidence* 2015;7(5):e10000113

Collins CT, Fereday J, Pincombe J, Oster C, Turnbull D. (2010) An evaluation of the satisfaction of midwives' working in midwifery group practice. *Midwifery* 2010;26(4):435-41

Decreto DGW n.14243/05.10.2018 Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico: definizione delle relative modalità operative di programmazione e attuazione, ai sensi della DGR 268 del 28.06.2018 Allegato 1)

Decreto DGW n.7691/28.05.2018 Approvazione del documento di indirizzo operative per l'identificazione precoce e la gestione della sepsi in ostetricia

Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 Adozione del progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000

Dell'Oro S, Maraschini A, Lega I, D'Aloja P, Andreozzi S, Donati S. (2019) Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della Mortalità Materna. Istituto superiore di Sanità

DeJoy SA, Bohl MG, Mahoney K, Blake C. (2019) Estimating the financial impact of reducing primary cesareans. *Journal of Midwifery & Women's Health* doi:10.1111/jmwh.13010

Ferrazzi E, Visconti E, Paganelli AM et al. (2014) The outcome of midwife-led labor in low-risk women within an obstetric referral unit. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2014 DOI:10.3109/14767058.2014.958995

Forster DA, McLachlan HL, Davey M-A et al. (2016) Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16(1):28

Ghirardello S, Di Tommaso M, Fiocchi S, Locatelli A, Perrone B, Pratesi S, Saracco P. (2018) Italian Recommendations for Placental Transfusion Strategies. *Front Pediatr*. 2018;6:372

Hodnett ED, Gates S., Hofmeyr GJ, Sakala C. (2013) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review* 2013

Jorizzo G (2017) Nodi e connessioni del Percorso Nascita, *AGeNas, Monitor*, XVIII (42):19-22

Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. (2013) Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;

Lavender T, Cuthbert A, Smyth RMD (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5.

Lazzaretto E., Nespoli A., Fumagalli S. et al (2018) Intrapartum care quality indicators: a literature review. *Minerva Ginecologica*. 2018;70(3):346-56

Lewis I, Hauck YL, Crichton C, Pemberton A, Spence M, Kelly G (2016) An overview of the first 'no exit' midwifery group practice in a tertiary maternity hospital in Western Australia: outcomes, satisfaction and perceptions of care. *Women and Birth* 2016;29(6):494-502

Mackintosh NI, Watson K, Rance S, Sandall (2014) Value of a modified early obstetric warning system (MEOWS) in managing maternal complications in the peripartum period: an ethnographic study. *J. BMJ Qual Saf*. 2014 Jan;23(1):26-34.

Min Xu, Wenliang Tan, Qiwei Li, Shouzhen C. (2017) Design, application and evaluation of maternal fall risk assessment scale. *Biomedical Research* 2017;28(3):1315-1320

Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza (0023831 -07/08/2018-DGPRE)

Ministero della Salute (2014) Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita

Ministero della Salute (2007) Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto .

National Institute for Health and Care Excellence (2017). Safe Midwifery staffing for maternity settings overview.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth (Clinical Guideline 55) 2007 uptodate 2014.

National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth (Clinical Guideline 109) December 2014.

Royal College of Midwives (RCM)/Chartered Society of Physiotherapy (CSP), 2017 Joint statement on Pelvic Floor Muscle Exercises 34 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists,

Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). Safer Childbirth. Minimum Standards for the organisation and Delivery of care in Labour

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, (2015) Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Guideline No. 37°

World Health Organization (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience

Tale protocollo operativo è stato strutturato utilizzando letteratura scientifica specifica e confrontando e riadattando protocolli simili già utilizzati e validati nel territorio nazionale quali: Documento Tecnico previsto dalla DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, elaborato dal Panel di esperti e approvato al Comitato Percorso Nascita regionale il 26 marzo 2019. Gargantini Gianluigi, Direzione Generale Welfare , Coordinatore Comitato Percorso Nascita Regione Lombardia; Procedura Assistenza Travaglio e Parto Gestante a Basso Rischio Ospedale di Spoleto 2017.

