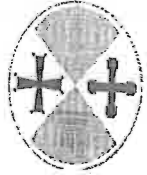




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA
GESTIONE DELLA DONNA A BASSO RISCHIO OSTETRICO E DEL
NEONATO FISIOLÓGICO**

Rev.	0	
Data	22/12/2023	
Redazione	Direttore FF U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Dott. Marcello Tripodi	Marcello Tripodi
	Ost. Franco Emanuela Ost. Alescio Antonella Ost. Castello Serena Ost. Rossorollo Nunziella	Franco Emanuela Alescio Antonella Serena Castello Nunziella Rossorollo
Verifica	Direttore FF U.O.C. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale Dott.ssa Isabella Mondello	Isabella Mondello
	Dott.ssa Barresi Santa Coordinatrice infermieristica Meldolesi Anna	Santa Barresi Anna Meldolesi
Verifica	Direttore Sanitario di Presidio Dott. Matteo Galletta	Matteo Galletta
	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management Dott. Demetrio Marino	Demetrio Marino
	Direttore U.O.C. Ricerca della Qualità e dell'Eccellenza Dott. Santo Ceraolo	Santo Ceraolo
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore Maria Costarella	Salvatore Maria Costarella

SOMMARIO

1. Premessa
2. Terminologia e Abbreviazioni
3. Scopo
4. Campo di applicazione
5. Gruppo e strumenti di Lavoro
6. Criteri di inclusione ed esclusione
7. Management ostetrico
8. Ruoli e Responsabilità
9. Management del neonato
10. Riferimenti bibliografici
11. Tabelle e figure
12. Allegati

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la gravidanza come un processo fisiologico riconoscendo, altresì, l'esperienza positiva del parto naturale come un obiettivo che tutte le partorienti dovrebbero poter sperimentare (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018). Sempre secondo l'OMS sarebbe, pertanto, opportuno identificare tutte le gestanti che possono essere considerate potenzialmente capaci di avere una gravidanza fisiologica, salvo chiare evidenze del contrario, al fine di garantire loro una esperienza della gravidanza e del parto quanto più naturale e positivo possibile. Ne consegue che l'intero percorso – dalla fase pre-concezionale fino ai primi 1000 giorni di vita del bambino – deve essere inteso, secondo un modello bio-psico-sociale, un evento non solo biologico ma anche sociale e affettivo, con importanti ricadute positive sul benessere psico-fisico sia della coppia sia del bambino.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale raccomandando che "l'assistenza al percorso nascita garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza".

Nonostante l'evento nascita rientri nella maggioranza dei casi nella fisiologia, nei Paesi maggiormente industrializzati negli ultimi decenni è stato promosso un modello clinico/organizzativo fondato prevalentemente sul contrasto ai fattori di rischio e sull'approccio tecnologico alla patologia ostetrica. Questo modello, se da un lato ha inciso positivamente sul tasso di morbosità e mortalità materno/infantile, nel tempo ha determinato un approccio a volte eccessivamente medicalizzato al percorso gravidanza/travaglio/parto/nascita. In tal modo, si è perso parzialmente di vista il carattere fisiologico dell'evento nascita, con il rischio di interventi assistenziali inappropriati rispetto all'evoluzione naturale del percorso. E' necessario, pertanto, che l'assistenza, sia nell'accompagnamento alla gravidanza sia al parto e al post partum/puerperio per donne e neonati, venga modulata nel rispetto della sua natura fisiologica, sapendo eventualmente cogliere e individuare la patologia da indirizzare a percorsi assistenziali più adeguati.

E' in tal senso che va intesa la promozione di modelli di tipo organizzativo/assistenziale in cui la gravidanza e il parto a basso rischio siano gestiti in autonomia da personale ostetrico anche per quanto concerne l'assistenza al neonato.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

Multiparità. Condizione ostetrica in cui le donne dichiarano di aver avuto un numero di parti > 5.

Fase latente del I stadio del travaglio. Periodo di tempo del travaglio, non necessariamente continuativo, caratterizzato da:

- contrazioni dolorose, irregolari
- dilatazione < 4 cm

Fase attiva del I stadio del travaglio. Periodo di tempo del travaglio caratterizzato da:

- contrazioni dolorose, regolari
- dilatazione cervicale \geq 4 cm

Fase latente del II stadio del travaglio. Periodo di tempo del travaglio, caratterizzato da:

- dilatazione cervicale pressoché completa
- assenza di urgenza di spinte volontarie

Fase attiva del II stadio del travaglio. Periodo di tempo del travaglio, caratterizzato da almeno una delle seguenti caratteristiche/segni:

- spinte materne volontarie associate a dilatazione cervicale completa
- feto visibile alla rima vulvare

Ritardo del I stadio del travaglio. Condizione ostetrica caratterizzata da dilatazione cervicale < 2cm in 4 ore

Ritardo del II stadio del travaglio. Condizione ostetrica caratterizzata da:

- nelle donne nullipare, dopo 2 ore dall'inizio della fase attiva del II stadio;
- nelle donne multipare, dopo 1 ora dall'inizio della fase attiva del II stadio.

Trattamento fisiologico del III stadio (periodo del secondamento). Assistenza al secondamento comprendente:

- uso non routinario di farmaci uterotonici
- clampaggio del cordone ombelicale solo al termine della pulsazione
- fuoriuscita della placenta solo attraverso le spinte materne

Trattamento attivo del III stadio (periodo del secondamento). Assistenza al secondamento comprendente:

- uso routinario di farmaci uterotonici (10 UI di Ossitocina immediatamente dopo la nascita e prima di clampare il funicolo)
- ritardato clampaggio e taglio del cordone ombelicale
- trazione controllata del funicolo dopo i segni di avvenuto distacco della placenta

Prolungamento del III stadio del travaglio. Si realizza quando il secondamento non avviene dopo 60 minuti dal trattamento fisiologico del III stadio o dopo 30 minuti dal trattamento attivo.

Acronimi

Abbreviazione

PDTA

AGF

PA-BRO

CTG

BCF

AI

FC

PA

T°

Descrizione

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Ambulatorio Gravidanza Fisiologica

Percorso Assistenziale Basso Rischio Ostetrico

Cardiotocografia

Battito Cardiaco Fetale

Auscultazione Intermittente

Frequenza Cardiaca

Pressione arteriosa

Temperatura (°C)

3. SCOPO

Lo scopo del seguente PDTA è quello di implementare un percorso assistenziale che garantisca alle donne e ai neonati:

utilizzo di protocolli clinico-assistenziali condivisi, basati su prove di efficacia ed orientati alla promozione ed al sostegno della fisiologia dell'evento nascita; protezione e tutela dell'accoglienza del neonato; promozione del bonding materno-neonatale e dell'allattamento al seno.

Il modello clinico-organizzativo proposto, che vede l'ostetrica responsabile ed autonoma nell'assistenza delle donne e dei neonati con gravidanza e parto a basso rischio ostetrico, è basato su evidenze scientifiche validate dalle principali società scientifiche e aderente alle indicazioni giuridico-istituzionali.

L'assistenza offerta dal Percorso Assistenziale BRO abbraccia in pieno le finalità della vision aziendale:

- migliorare l'esperienza dell'assistenza,
- garantire la sicurezza materna e feto-neonatale
- migliorare il benessere della popolazione
- contenere la spesa sanitaria

Il PDTA è pertanto finalizzato a:

- migliorare la soddisfazione materna nei confronti dell'esperienza della maternità e dell'assistenza ricevuta
- ridurre la durata della degenza materna e del neonato
- aumentare la frequenza e la durata dell'allattamento al seno

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA si applica a tutte le donne gravide che accedono ai servizi dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia del GOM di Reggio Calabria che rispondono ai criteri di inclusione dettagliati nel paragrafo 6 e che mantengono tali criteri fino al travaglio/parto/puerperio. Si applica anche a tutti i neonati figli di donne a basso rischio ostetrico o che comunque non rientrano nei criteri di aumentato rischio di rianimazione neonatale come dettagliato nella tabella 6.2.

I destinatari del presente PDTA sono tutto il personale sanitario, medico (ginecologo-neonatologo), ostetrico e infermieristico che gestiranno il percorso e l'assistenza della gravida a basso rischio ostetrico e del suo neonato.

5. GRUPPO E STRUMENTI DI LAVORO

Il presente PDTA è il frutto del lavoro di gruppo multidisciplinare delle UOC di Ginecologia e Ostetricia e di Neonatologia del GOM di Reggio Calabria.

Nella stesura del presente PDTA sono stati presi in considerazione come riferimenti le Linee guida et del 2018, del National Institute for Health and Care Excellence "Intrapartum care for healthy women and babies" del 2014 e successivi aggiornamenti, dell'Istituto Superiore di Sanità sulla Gravidanza fisiologica del 2011, le "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)" stilate dal Ministero della salute nel 2017, DCA Regionale n. 215 del 28/07/2023 "Linee di indirizzo operative per la definizione ed organizzazione della presa in carico da parte dell'Ostetrica/o nel Percorso Nascita Fisiologico Territorio-Ospedale" ai sensi del DPGR 28/2012 (Gestione Autonoma nel percorso nascita fisiologico, Aree Funzionali nel percorso nascita fisiologici)". La gestione del neonato, i fattori di rischio perinatali che aumentano la probabilità di rianimazione neonatale (antepartum ed intrapartum) ed i criteri per la rianimazione neonatale sono quelli suggeriti dall'American Academy of Pediatrics and Heart Association attualmente in vigore (AAP-AHA 2020). Per il contatto pelle a pelle in sicurezza e la prevenzione e la

gestione del Collasso Post Natale (SUPC) si è fatto riferimento alle indicazioni della Società Italiana di Neonatologia (Task Force SUPC della Società Italiana di Neonatologia) recentemente pubblicate.

Il PDTA è stato ottimizzato contestualizzandolo alla realtà ospedaliera (includendo competenze specifiche, personale disponibile, strumentazioni presenti e/o acquisibili, logistica, etc) del GOM.

6. CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Di seguito sono dettagliati i criteri di inclusione e di esclusione per l'assistenza della donna e del neonato a basso rischio ostetrico.

6.1. FATTORI DI RISCHIO ANTEPARTUM CHE CONTROINDICANO L'ACCESSO ALL'AMBULATORIO BRO

FATTORE DI RISCHIO		PRESENTE	ASSENTE
ANAMNESI OSTETRICA REMOVA GRAVIDANZA PREGRESSA	MEF, nato morto, morte neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa nascita di neonato co sequele neurologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abortività: 3 o più aborti spontanei consecutivi o 1 aborto tardivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grande multiparità (5 o più parti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso neonatale < 2500 gr o > 4500 gr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso per età gestazionale < 5th percentile o >95th percentile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parto pretermine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malformazioni fetali/neonatali, alterazioni cromosomiche o patologia genetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Isoimmunizzazione materno-fetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregresso evento tromboembolico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia placentare (distacco, accretismo, placenta itenuta, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa distocia di spalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa lacerazione perineale di III o IV grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa EPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa chirurgia ostetrica-ginecologica (miomectomia, cerchiaggio, conizzazione, TC, rottura d'utero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malformazione uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P A T O L O G I E D E L L A D O N N A A T T U A L I O P R E G R E S S E	<i>Mal. ereditarie/ congenite anche relative al partner e famiglia clinicamente rilevanti</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Iperensione attuale o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asma severa/ patologia respiratoria cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emoglobinopatie/ disordini ematologici, compresa anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coagulopatie attuali o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Episodi tromboembolici attuali o pregressi e/o anamnesi familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malattie endocrinologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malattie autoimmuni (es. LES, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epatite C/B, HIV, TBC, LUE (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malattia gastrointestinale cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologie renali e/o urologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia oncologica in atto o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia neurologica (es. Epilessia, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia psichiatrica attuale o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso/ abuso/ dipendenza di sostanze illegali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abuso consumo alcool/ fumo/ tabacco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assunzione cronica di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vulnerabilità/ disagio/ violenza/ mancanza di supporto sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre patologie o condizione di rischio(specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G R A V I D A N Z A A T T U A L E	Età donna < 16 anni o > 40 anni (se pluriparità, 43 anni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BMI pregravidico ≥ 30 Kg/m ² o < 18 Kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gravidanza Multipla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gravidanza da PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emoglobina < 10,5 gr/dl nel terzo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piastrinopenia con valori PLT < 100.000 mm ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabete gestazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Colestasi Gravidica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tromboflebite profonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alloimmunizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sieroconversione per TOXO, RUBEQ, CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da Varicella in gravidanza o Storia di Herpes Genitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive sistemiche/ infezioni virali/ infezioni urinarie/ genitali in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assunzione di farmaci che possono avere ripercussioni sul neonato (es.SSRI, BDZ, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdite ematiche vaginali significative (2 o più episodi) nel II/III trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologia placentare presente o sospetta (accretismo/ vasa previa, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oligo o Polidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformazione fetale, alterazione cromosomica o m. genetica fetale, patologia fetale nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso fetale stimato < 2500 gr o > 4000 gr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritardo di crescita Intrauterino accertato o sospetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sproporzione feto pelvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazioni flussimetria fetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2. FATTORI DI RISCHIO INTRAPARTUM CHE CONTRINDICANO L'ACCESSO AL PERCORSO BRO

Al momento dell'accesso in travaglio è effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto-neonatale per le donne già valutate idonee al Percorso Parto BRO. La visita congiunta

ostetrica/ginecologo appurerà che non siano intercorsi fattori di rischio che controindichino l'accesso all'assistenza a basso rischio ostetrico-neonatale, avvalendosi della check list in travaglio di seguito indicata.

La presenza anche di un solo fattore di rischio, controindica l'accesso al percorso BRO di assistenza materna-neonatale esclusiva da parte dell'Ostetrica.

FATTORE DI RISCHIO AL MOMENTO DEL TRAVAGLIO		PRESENTE	ASSENTE
Epoca gestazionale <37 e > 41+3 settimane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sproporzione feto pelvica accertata o sospetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso fetale stimato < 2500 gr o > 4000 gr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritardo di crescita Intrauterino accertato o sospetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentazione anomala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterata velocimetria arteria ombelicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oligo o Polidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone vaginale/rettale non eseguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone vaginale/rettale per SGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febbre materna e/o sospetto clinico di infezione Amniotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROM > 18 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido Tinto se Rottura Membrane indipendentemente dalla durata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da Herpes Genitale in fase attiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdite ematiche clinicamente significative e non riconducibile alla dilatazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro a giudizio del professionista (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3 FATTORI DI RISCHIO PERINATALE CHE AUMENTANO LA PROBABILITA' DI RIANIMAZIONE NEONATALE

FATTORE DI RISCHIO ANTEPARTUM	PRESENTE	ASSENTE
Epoca gestazionale <37 e > 41+3 settimane	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso fetale stimato < 2500 gr o > 4000 gr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritardo di crescita Intrauterino accertato o sospetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemellarità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia fetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oligoidramnios o Polidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone vaginale/rettale non eseguito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone vaginale/rettale per SGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febbre materna e/o sospetto clinico di infezione Amniotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROM >18 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido Tinto se Rottura Membrane indipendentemente dalla durata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrope fetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformazioni o Anomalie fetali significative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza non seguita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FATTORE DI RISCHIO INTRPARTUM		
	PRESENTE	ASSENTE
Parto cesareo d'emergenza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parto operativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentazione Podalica o altre anomalie di presentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pattern di frequenza cardiaca fetale di categoria II o III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia generale materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia materna con Magnesio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distacco di placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguinamento intrapartum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corionamniosite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somministrazione di oppioidi alla madre entro 4 ore dal parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distocia di spalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto di meconio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolasso e/o procidenza di funicolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. MANAGEMENT OSTETRICO

Di seguito verrà illustrata la gestione del neonato che mantiene i criteri di fisiologia per tutto il travaglio/parto e post-partum.

Al momento del parto la seconda unità ostetrica presente in sala parto:

- informa telefonicamente (ai seguenti numeri 7899-7381) il personale dell'UOC di Neonatologia (neonatologo e infermiere) del parto a basso rischio e/o ad alto rischio: I Fattori di Rischio Antepartum ed intrapartum sono riportati in tabella 6.3.
- In presenza di alto rischio specifica notizie anamnestiche materno/fetali (es. epoca gestazionale, induzione del travaglio, parto operativo, liquido tinto di meconio, CTG poco rassicurante, ecc ...);
- Provvede all'accensione dell'isola neonatale e avvio del timer per Apgar (al momento della nascita);
- In caso di neonato fisiologico effettua le prime cure di assistenza neonatale: asciugatura, rimozione dei teli umidi, mantenimento della temperatura corporea, stimolazione tattile e aspirazione prime vie aeree (BOCCA-NASO) qualora necessario;

-Qualora al momento della nascita si dovessero manifestare circostanze che deviano dalla fisiologia neonatale, dopo le prime cure assistenziali sopra descritte verrà attivata la seconda chiamata al personale TIN dedicato all'assistenza neonatale.

Al termine del bonding neonatale che la madre e il neonato effettuano per le prime due ore di vita, l'ostetrica effettua:

-primo bagnetto e rilevazione delle misure antropometriche;

-somministrazione delle profilassi al neonato: Vitamina K (1 mg i.m) per la prevenzione della malattia emorragica del neonato e crema antibiotica oftalmica per la prevenzione delle infezioni oculari;

- vestizione;

- compilazione della scheda di osservazione neonatale, allegata in cartella clinica.

Si sottolinea che, pur in presenza di un travaglio/parto a basso rischio ostetrico, quanto sopra descritto **NON SI APPLICA** qualora subentrino le seguenti circostanze:

-contemporaneità di due o più parti;

-personale ostetrico al Blocco parto n. 1 unità;

-complicanze materne del post-partum.

8. RUOLI E RESPONSABILITÀ

L'ostetrica di turno al parto di donna a basso rischio ostetrico si occuperà della valutazione iniziale del neonato, del ritardato clampaggio del moncone ombelicale da 1 a 3 minuti (se il neonato non richiede rianimazione) e del contatto pelle a pelle (Skin to skin).

Prima di ogni parto, l'ostetrica di turno si occuperà di accendere l'isola neonatale, di mettere i telini a riscaldare, di controllare che l'aspiratore sia funzionante, che il pallone autoinsuffiante sia presente e collegato alla fonte di ossigeno e che ci siano le maschere di dimensioni adeguate. Appena il neonato nasce devono essere immediatamente segnati data ed orario della nascita sulla scheda di osservazione del neonato (allegato 1) ed acceso il timer dell'Apgar, quindi si provvederà ad asciugarlo con telini caldi e valutare se può fare il ritardato clampaggio del moncone ombelicale ed il contatto pelle a pelle (se sono soddisfatti i criteri riportati al punto 9). Durante il contatto pelle a pelle il neonato verrà accuratamente asciugato con telini caldi, che si provvederà a rimuovere finché umidi dopo l'asciugatura, sostituendoli con altri caldi che devono coprire il corpo e la testa. Fare attenzione al fatto che anche la testa del neonato deve essere accuratamente asciugata perché fonte di dispersione di

calore ed un neonato che si raffredda in sala parto è a rischio non solo di maladattamento neonatale, ma anche di distress respiratorio, ipoglicemia ed aumentata morbilità. Durante il contatto pelle a pelle l'ostetrica di turno compilerà la scheda di osservazione del neonato riportando la firma leggibile negli opposti spazi

9. MANAGEMENT DEL NEONATO

Perché un neonato possa effettuare il contatto pelle a pelle devono essere soddisfatti i seguenti criteri alla valutazione iniziale: **1) pianto valido, 2) buon tono muscolare, 3) buona reattività, 4) Valida attività respiratoria autonoma.** Se non è soddisfatto anche uno solo di questi parametri deve essere allertato il neonatologo telefonando al numero 7899. Se il neonato non piange e non respira, ma il tono muscolare è buono, deve essere stimolato delicatamente sulla schiena e sui piedini. Se continua a non piangere e respirare, o se il tono muscolare non è valido, deve essere immediatamente portato sull'isola neonatale ed avviata la ventilazione con maschera. Contemporaneamente devono essere allertati medico ed infermiera della TIN (al numero 7899) specificando il motivo della chiamata. Le tappe iniziali della rianimazione devono essere effettuate dall'ostetrica presente al parto in attesa dell'arrivo dell'equipe neonatologica secondo le linee guida dell'American Academy of Pediatrics and American Heart Association attualmente in vigore (12). Se esiste anche uno solo dei fattori di rischio antepartum e peripartum (allegato 2 affisso in tutte le sale parto) devono essere allertati il medico e l'infermiera della TIN telefonando al numero 7899. L'ostetrica che effettua la chiamata deve presentarsi, specificare il motivo della chiamata ed il grado d'urgenza ed indicare la sala in cui si sta effettuando il parto. Se le condizioni lo permettono, subito dopo la nascita del bambino, effettuato il ritardato clampaggio del cordone da 1 a 3 minuti, assegnato l'indice di Apgar (che deve essere riportato insieme ai dati anamnestici ed all'orario di nascita), posizionato il bracciale identificativo a madre e bambino, verrà effettuato il contatto pelle a pelle sotto controllo ostetrico. Se l'ostetrica è impossibilitata ad occuparsi del bambino per contemporanee urgenze che ne impedirebbero la sicurezza, il contatto pelle a pelle non verrà fatto. Le misure antropometriche verranno rilevate alla fine del contatto pelle a pelle, così come la somministrazione della vitamina K. La scheda di osservazione del neonato deve essere aggiornata dall'ostetrica ogni 30 minuti ed alla fine del contatto pelle a pelle deve essere completata e firmata in ogni

sua parte; la firma dell'ostetrica che somministra la vitamina K deve essere chiara e leggibile, con relativo numero di matricola. Se i neonati sono piccoli per l'età gestazionale (SGA),

grossi per l'età gestazionale (LGA) o i figli di madre diabetica, dovranno effettuare il monitoraggio glicemico che verrà effettuato dall'infermiera in servizio al nido/rooming-in che ha assistito al parto. I neonati SGA ed LGA verranno identificati con le carte antropometriche presenti in sala parto. Sarà quindi compito dell'infermiera in servizio al nido/rooming-in effettuare il monitoraggio glicemico a due ore dalla nascita e dopo l'allattamento al seno e continuarlo secondo i tempi e le modalità dettagliate nel PDTA sul corretto monitoraggio glicemico (per 12 ore i neonati figli di madre diabetica e grossi per l'età gestazionale e per 24 ore i neonati pretermine ed i neonati SGA) anche durante la degenza in rooming-in. L'infermiera in servizio al nido/rooming-in che ha assistito al parto effettuerà anche la INES Charts Durante il contatto pelle a pelle l'osservazione del neonato verrà effettuato dall'ostetrica di turno che aggiornerà la scheda di osservazione del neonato ogni 30 minuti. Sarà compito dell'ostetrica avvertire il neonatologo se qualche parametro riportato nella scheda di osservazione del neonato non è soddisfatto. Dopo due ore di contatto pelle a pelle l'ostetrica effettuerà il bagnetto, ed effettuerà anche la profilassi oculare con pomatina oftalmica (Pensulvit crema) ed antiemorragica con vitamina k (1mg=10 UI) riportandoli nella scheda di osservazione del neonato e firmando nell'opposto spazio in maniera chiara. Nella scheda di osservazione del neonato dovranno essere anche riportati indice di Apgar assegnato alla nascita e misure antropometriche

Il neonato verrà quindi accompagnato al rooming-in insieme alla madre dall'ostetrica e/o dall'infermiera del nido e la visita neonatologica completa verrà effettuata successivamente purchè entro le prime sei ore di vita. In neonatologo che effettua la prima visita dovrà verificare che tutte le notizie anamnestiche relative al bambino ed alla sua mamma siano chiaramente riportate nella cartella del neonato, verificandolo dalla cartella ostetrica.

9.1 ARRIVO DEL NEONATO AL ROOMIN-IN

Appena il neonato giunge al rooming-in, l'infermiera del nido si dovrà accertare: che sia stata fatta la profilassi in sala parto

che siano state rilevate le misure antropometriche

che sia stato prelevato per il gruppo e test di Coombs Diretto e che sulla provetta risulti la firma chiara e leggibile dell'ostetrica che ha effettuato il prelievo

che il neonato, se rientra nella categoria a rischio di infezione, avvii il monitoraggio clinico per 72 ore con opposta scheda (Allegato 3)

che il neonato, se a rischio di ipoglicemia, continui il monitoraggio glicemico

che il neonato venga visitato dal neonatologo entro le sei ore dal parto e che venga accuratamente compilata la cartella clinica

10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI DA SISTEMARE

1. Regione Piemonte. DGR n.34-8769 maggio 2008 Percorso Nascita
2. Goer H, Romano AM. Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach. Seattle, Washington: Classic Day Publishing; 2012. <http://www.optimalcareinchildbirth.com/> U.C. Febbraio 2014
3. American Association of Birth Centers. *What is a birth center?* <http://www.birthcenters.org/for-parents/what-is-a-birth-center> U.C. Febbraio 2014
4. American Association of Birth Centers *Standards of Birth Centers* <http://www.birthcenters.org/sites/default/files/webfm/Open%20a%20Birth%20Center/AABC%20STANDARDS-REV2013.pdf> U.C. Febbraio 2014
5. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J, *Alternative versus conventional institutional settings for birth.* Cochrane Database Syst Rev 2010;(9):CD000012
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) *Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth.* National Collaborating centre for Women's and Children's Health. RCOG, 2014
7. Sistema Nazionale Linee Guida, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, CeVEAS. Linea guida n. 20: *Gravidanza fisiologica.* Novembre 2010 (prima pubblicazione) Settembre 2011 (aggiornamento)
8. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. *Care in Normal Birth: a practical guide.* Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: WHO; 1996 [Testo integrale]
9. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n. 740 Regolamento concernente l'individuazione della figura professionale e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o G.U. n. 6 del 09/01/1995
10. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche. *Codice Deontologico dell'Ostetrica/o.* Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 19 giugno 2010
11. Decreto 22 ottobre 2004 n.270 *Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con Decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica* 3 novembre 1999, n.509. G.U.n.266 del 12/11/2004

12. Manuale di Rianimazione Neonatale 8° Edizione Gary M. Weiner Antonio Delfino Editore 2022
13. Indicazioni sulla prevenzione e gestione del Collasso Postnatale (SUPC) Task Force SUPC della Società Italiana di Neonatologia Marzo 2023

ALLEGATO TA SCHEDA DI SOVRVEGLIANZA POST-NATALE NELLE PRIME DUE ORE DI VITA

Cognome e Nome _____

n° bracciale _____ Data del parto: ____/____/____ Ora: ____:____

Data e ora	POSIZIONE		COLICITO ROSCO*		FUNZIONE RESPIRATORIA*		Tono*		Mollezioni per l'interruzione del contatto pelle a pelle	Segna
	Corretta	Intervento	SI	NO	Regolare	Alterata (specificare, vedi legenda)	Adeguato	Ridotto		

DURATA complessiva pelle a pelle* = _____ min Profilassi _____

Suzione al seno: SI NO SI NO Meconio: SI NO

Trasferimento: c/o Nido c/o Degenza ostetrica c/o Patologia Neonatale/Terapia Intensiva

in data ____/____/____ alle ore: ____:____

Firma Ostetrica in SP _____ Matricola _____

Firma Infermiera nido/Ostetrica degenza _____ Matricola _____

ULTERIORI OSSERVAZIONI

in data / / alle ore: : :

Firma _____

Matricola

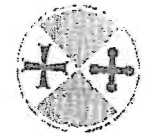
LEGENDA			
1	Posizione corretta del neonato: prono, con la testa girata in modo tale che la bocca ed il naso siano visibili e non ostruiti		
2	Valutazione colorito di cute e mucose		
3	Frequenza respiratoria	Normale 30-60 atti/min	Bradipnea < 30 atti/min
			Tachipnea > 60 atti/min
4	Tono	Adeguato Ridotto	Dispnea • Alitamento delle pinne nasali • Gemito • Rientramenti toracici
5	Temperatura cutanea ascellare (a 60' in sp; a 120' in sp o all'ingresso in Rooming-in/Nido)	Normale Ipotermia	= Arti in flessione e/o buona risposta alla correzione della postura = Arti distesi e/o scarsa o assente risposta alla correzione della postura 36,5°C - 37,5°C < 36,5°C
6	Durata complessiva pelle a pelle: da indicare anche se non continuativo e/o eseguito dal padre o altro caregiver		

Tabella 2-1. Fattori di rischio perinatale che aumentano la probabilità di rianimazione neonatale

Fattori di rischio antepartum	
Età gestazionale inferiore a 36 0/7 settimane Età gestazionale maggiore o uguale a 41 0/7 settimane Preeclampsia o eclampsia Ipertensione materna Gemellarità Anemia fetale	Polidramnios.. Oligoidramnios Idrope fetale Macrosomia fetale Ritardo di crescita intrauterino Malformazioni o anomalie fetali significative Gravidanza non seguita
Fattori di rischio intrapartum	
Parto cesareo d'emergenza Parto operativo con forcipe o ventosa Presentazione podalica o altre anomalie di presentazione Pattern di frequenza cardiaca fetale di categoria II o III* Anestesia generale materna Terapia materna con magnesio Distacco di placenta	Sanguinamento intrapartum Corioamnionite Somministrazione di oppioidi alla madre entro 4 ore dal po Distocia di spalla Liquido amniotico finto di meconio Prolasso del cordone ombelicale



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
 "Bianchi Melacrino Morelli"
 Reggio Calabria



U.O.C. NEONATOLOGIA - TIN - NIDO
 Responsabile: Dott.ssa I. Mondello

REGIONE CALABRIA

SCHEDA DI OSSERVAZIONE MEDICO-INFERMIERISTICA DEL NEONATO A RISCHIO DI INFEZIONE DA SGB.

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____ EG _____ PARTO _____

ORE DI VITA	BENESSERE GENERALE MOTILITA' ATTIVA (SI/NO)	COLORITO CUTANEO E PERFUSIONE R: roseo - P: pallido M: mazzato - C: Cianotico	FREQUENZA RESPIRATORIA	DISTRESS RESPIRATORIO (SI/NO)	FIRMA
(T 0 H) OSTETRICA SALA PARTO					
(T 4 H) INFERMIERA					
8 - 12 H 1° VISITA MEDICA					
18 H CONTROLLO INFERMIERISTICO					
22 H CONTROLLO MEDICO					
36 H CONTROLLO INFERMIERISTICO					
44 H CONTROLLO MEDICO					
72 H VISITA DI DIMISSIONE					