

COMMISSIONE CONSULTIVA TECNICO SCIENTIFICA SUL PERCORSO NASCITA (L.R. 26/98)

Sottogruppo “PARTO IN AMBIENTE EXTRA OSPEDALIERO”

**LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO  
FISIOLOGICO IN AMBIENTE EXTRA OSPEDALIERO**

Gennaio 2008

## INDICE

Presentazione .....	pag. 174
1. Aspetti organizzativi .....	pag. 175
2. Raccolta dati .....	pag. 175
3. Target.....	pag. 175
4. Controindicazioni all'assistenza extra-ospedaliera, identificate prima del travaglio .....	pag. 175
5. Controindicazione relative, in quanto possono consentire il travaglio ed il parto extra-ospedaliero dopo una accurata valutazione della condizione della donna e della propria esperienza, eventualmente avvalendosi del parere specialistico .....	pag. 176
6. Condizioni che permettono l'assistenza extra-ospedaliera all'insorgere del travaglio .....	pag. 176
7. Diagnosi di travaglio in fase attiva .....	pag. 176
8. Assistenza al periodo dilatante ed espulsivo .....	pag. 176
9. Procedure di assistenza al neonato.....	pag. 177
10. Assistenza al secondamento .....	pag. 177
11. Assistenza al post-partum.....	pag. 177
12. Assistenza al puerperio.....	pag. 177
13. Formazione .....	pag. 178
14. Valutazione della performance .....	pag. 178
Bibliografia .....	pag. 178
<b>Allegati</b>	
Allegato 1: contenuto della borsa ostetrica per il neonato.....	pag. 181
Allegato 2: contenuto della borsa ostetrica per la madre .....	pag. 182
Allegato 3: procedura per l'attivazione dei mezzi di soccorso durante il parto a domicilio .....	pag. 183
Allegato 4: cartella ostetrica.....	pag. 185
Allegato 5: scheda ostetrica.....	pag. 186
Allegato 6: conduzione della rottura prematura delle membrane.....	pag. 189
Allegato 7: Procedura di assistenza al neonato .....	pag. 190
Allegato 8: Trattamento dell'emergenza nel periodo di secondamento e nel post-partum. Modalità per il trasferimento in ospedale della donna .....	pag. 191
Allegato 9: Informazioni per i genitori .....	pag. 192

# LINEE D'INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISILOGICO IN AMBIENTE EXTRA OSPEDALIERO

## Presentazione

Il presente documento è stato prodotto dal sottogruppo regionale “*Parto in ambiente extra ospedaliero*” istituito nell’ambito della seconda Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita.

Compito della precedente Commissione Nascita era sia di valutare la qualità dell’informazione ricevuta dalle donne relativamente al luogo e alla modalità del parto sia di monitorare la qualità dell’assistenza ai parti avvenuti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private nelle case di maternità e a domicilio, valutandone anche i costi, in accordo con gli obiettivi della L.R. n. 26/98.

Questo gruppo ha avuto mandato di proseguire le attività iniziate dalla precedente commissione focalizzando l’attenzione sulle criticità già emerse.

Il gruppo aveva l’obiettivo di:

- Individuare le criticità dei percorsi organizzativi-gestionali
- Garantire un’assistenza qualificata al parto extra ospedaliero
- Uniformare protocolli e procedure sul territorio regionale

I componenti del gruppo si sono confrontati con la propria pratica clinica, valutando il valore e l’applicabilità delle procedure utilizzate.

Partendo quindi dall’analisi dalle linee guida disponibili a livello nazionale e regionale, il gruppo ha concordato proprie linee di indirizzo da proporre alle aziende della regione.

Una delle priorità dell’assistenza prenatale è fornire alla donna gli strumenti per partecipare attivamente alle scelte che riguardano tutti gli aspetti di cura e dell’assistenza prenatale. Pertanto fornire informazioni diventa uno dei compiti essenziali nell’assistenza alla nascita.

Strumenti indispensabili per la promozione della salute nella assistenza alla nascita in ambiente extraospedaliero sono:

- la conoscenza e la relazione con la donna e la coppia;
- la scelta consapevole ed informata della donna e della coppia;
- la selezione dinamica dei fattori di rischio;
- la continuità assistenziale.

L’analisi delle competenze professionali nella nascita è esplicitato e motivato nel documento regionale: “**Linee di indirizzo per l’assistenza ostetrica alla gravidanza**”.

Si ritiene necessaria l’istituzione di un **Osservatorio Regionale** per il parto extraospedaliero con funzioni di monitoraggio e valutazione dei percorsi e degli esiti, di promozione di audit e di ricerca.

Si ritiene auspicabile l’individuazione di un referente aziendale per il parto extraospedaliero, come riferimento per l’osservatorio regionale e per l’assessorato alla salute.

## 1. Aspetti organizzativi

- E' opportuno che le ostetriche coinvolte nell'assistenza al travaglio e al parto siano due
- La casa deve essere dotata di collegamento telefonico
- L'ospedale prescelto deve essere raggiungibile in un tempo massimo di 30-minuti.
- E' indispensabile verificare prima di ogni parto il contenuto della borsa ostetrica per la madre e per il neonato (*vedi allegati 1,2*).
- E' necessario prendere accordi locali con l'Ospedale di riferimento e con il servizio 118, per l'organizzazione degli eventuali trasferimenti (*vedi allegato 3*).

## 2. Raccolta dati

E' necessario compilare accuratamente la **cartella ostetrica** (*vedi allegato 4*).

E' inoltre indispensabile adottare il **partogramma** (presente nella cartella ostetrica) come strumento di registrazione dell'andamento del travaglio. L'uso del partogramma offre una visualizzazione immediata della progressione del travaglio. Nel partogramma, oltre alle visite ostetriche, si segnaleranno il controllo del battito cardiaco fetale (BCF) le posizioni assunte dalla donna, i dati anamnestici salienti e quanto altro l'ostetrica riterrà importante.

Dopo sette giorni dal parto è richiesta ad ogni ostetrica la compilazione di una **scheda di assistenza domiciliare** (*vedi allegato 5*) da inviare all'Osservatorio Regionale ed alla Azienda USL di residenza della donna in caso di richiesta di rimborso.

## 3. Target

E' preferibile porre come condizione per accogliere le richieste quella di conoscere la donna almeno verso la 28<sup>a</sup> - 32<sup>a</sup> settimana, per avere il tempo per instaurare un reale rapporto di fiducia reciproca, per identificare eventuali condizioni di rischio, e disporre delle informazioni necessarie per l'assistenza. La condizione ideale, che sicuramente permette la miglior qualità dell'assistenza, è la conoscenza di tutta la gravidanza da parte dell'ostetrica che assisterà il parto.

La raccolta dell'anamnesi prevede una accurata valutazione del decorso dell'attuale gravidanza, della storia ostetrica pregressa e di eventuali altre patologie materne concomitanti.

La visita di screening, oltre all'anamnesi, comprende:

- le manovre di Leopold,
- la misurazione sinfisi/fondo,
- l'esplorazione vaginale,
- la misurazione della pressione arteriosa,
- la rilevazione del BCF
- la verifica dell'assenza di edemi importanti agli arti inferiori.

E' opportuno effettuare un controllo ematochimico nella 35<sup>a</sup> - 36<sup>a</sup> settimana di gravidanza, che comprenda:

- emocromo + piastrine,
- gruppo sanguigno e fattore Rh,
- test di Coombs indiretto in caso di Rh negativo,
- HbSAg, HCV,
- esame delle urine,
- tampone vagino-rettale per ricerca di streptococco gruppo B.

## 4. Controindicazioni all'assistenza extraospedaliera, identificate prima del travaglio

- Presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto.
- Presenza di patologia materna che richiede una sorveglianza intensiva del travaglio di parto e/o che necessita di trattamento.
- Presenza di patologia fetale nota.
- Gravidanza gemellare.
- Grande multiparità.

- Emoglobina <9 g/100ml a termine di gravidanza e <8 g/100ml se microcitemica
- Anamnesi positiva per problemi del secondamento (pregressa emorragia del postpartum >1000cc e /o necessità di trasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock)

#### **5. Controindicazioni relative, in quanto possono consentire il travaglio ed il parto extra-ospedaliero dopo una accurata valutazione della condizione della donna e della propria esperienza, eventualmente avvalendosi di parere specialistico**

- Statura materna < 150 cm
- Età < 16 anni e > 40 anni (primipara)
- Obesità materna (BMI > 35)
- Anamnesi positiva per pregressa morte fetale/ neonatale
- Tampone vaginale positivo per streptococco gruppo B alla 35-36 settimana

#### **6. Condizioni che permettono l'assistenza extraospedaliera all'insorgere del travaglio**

- Epoca gestazionale compresa tra le 38 e le 42 settimane di gravidanza; è possibile assistere anche a 37 settimane compiute e accertate, dopo un'attenta valutazione clinica
- Feto singolo, presentazione cefalica
- Peso fetale previsto  $\geq 2500$  g. e  $\leq 4500$  g. con madre senza intolleranza glucidica
- PROM < 24 ore in presenza di liquido limpido e di BCF rassicurante (*vedi allegato 6*) e in assenza di iperpiressia o di sospetto clinico di infezione amniotica ( $T > 38^\circ C$ )

#### **7. Diagnosi di travaglio in fase attiva**

Si pone diagnosi di travaglio in presenza delle seguenti condizioni:

- a) contrazioni regolari riferite dalla donna, di durata superiore o uguale a 40 secondi e ad intervalli inferiori ai 10 minuti
- b) collo appianato
- c) dilatazione 2-3 cm.

L'inizio della compilazione del partogramma coincide con la diagnosi di travaglio in atto. Si segnalerà sul partogramma la durata della fase latente o prodromica e le eventuali remissioni di travaglio.

#### **8. Assistenza al periodo dilatante ed espulsivo**

##### ***Controllo del B.C.F.***

L'ascoltazione intermittente può essere fatta con stetoscopio di Pinard o strumento Doppler annotata nel partogramma con data, ora e firma.

La rilevazione intermittente del BCF in travaglio attivo deve essere eseguito secondo le raccomandazioni della LG regionale: "**La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto – Linea Guida basata su prove di efficacia**"

In presenza di alterazioni del BCF, o di un sospetto riconfermato in tre auscultazioni successive, è indicato il trasferimento in struttura ospedaliera.

##### ***Valutazione della progressione del travaglio***

Per la valutazione della progressione del travaglio fare riferimento al partogramma.

## **Modalità di assistenza**

I principi guida dell'assistenza alla nascita devono promuovere ed indurre comportamenti coerenti alla migliori evidenze scientifiche disponibili al momento. Tali conoscenze devono potersi tradurre in buone pratiche assistenziali assicurando la continuità del percorso e la definizione di standard assistenziali coerenti con il percorso.

### **9. Procedure di assistenza al neonato (vedi allegato 7)**

Non è opportuno effettuare sistematicamente, in particolare in presenza di liquido limpido, l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori.

E' buona pratica effettuare il clampaggio del funicolo dopo la cessazione delle pulsazioni.

E' raccomandato:

- eseguire la profilassi oculare prevista per legge entro la prima ora.
- eseguire la profilassi della malattia emorragica entro le 6 ore dal parto e comunque dopo la prima suzione.

La visita pediatrica a domicilio deve essere effettuata preferibilmente entro 12-24 ore dal parto ed anticipata in caso di:

- peso del neonato < 2500 g.
- Apgar  $\leq$  7 al 5° minuto
- liquido tinto
- in qualsiasi altra situazione l'ostetrica lo ritenga opportuno.

### **10. Assistenza al secondamento**

E' opportuno somministrare 10 u di ossitocina i.m. all'espulsione del feto.

L'entità della perdita ematica viene valutata quantitativamente usando sacchetti o bacinelle graduate, posizionati immediatamente dopo il parto. Se la donna è Rh negativa, effettuare il prelievo del funicolo per il test di Coombs .

In caso di mancato secondamento entro due ore dal parto è indicato il trasferimento in ospedale, anche in presenza di modestissime perdite ematiche.

Modalità di trasferimento: *vedi allegato 8*

### **11. Assistenza al postpartum**

Dopo il parto, l'ostetrica trascorre 2 ore in osservazione della donna e del neonato controllando la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, nonché la perdita ematica e la presenza del globo uterino. Nel caso in cui uno di questi parametri risulti anche modestamente alterato, l'ostetrica prolunga la sua permanenza di altre 2 ore, al termine delle quali rivaluta le condizioni materne. Qualora non vi sia stata una completa normalizzazione del parametro alterato, è opportuno considerare la possibilità di un trasferimento in ospedale.

Per quanto riguarda il neonato, è compito dell'ostetrica controllare l'adattamento nelle prime ore: colorito, frequenza cardiaca, movimenti respiratori, suzione, tono muscolare, temperatura. Nel caso di uno o più parametri alterati è indispensabile anticipare la visita del pediatra o considerare l'eventualità di un trasferimento.

### **12. Assistenza al puerperio**

L'ostetrica effettua visite a domicilio quotidianamente sino a 5-6 giorni dopo il parto, e prolunga l'osservazione sino al 10° giorno. Vengono valutati lo stato di salute globale della donna e l'avvio dell'allattamento.

Qualora la donna sia Rh negativa ed il neonato Rh positivo si esegue la profilassi con immunoglobuline antiD i.m. entro 72 ore dal parto.

E' inoltre compito dell'ostetrica verificare le condizioni del neonato ed il suo adattamento alla vita extrauterina nei giorni immediatamente successivi al parto. Al quarto giorno si deve eseguire il test di Guthrie (*vedi allegato 9*).

E' consigliabile programmare una seconda visita pediatrica al 5°-7° giorno di vita, salvo l'individuazione di problematiche che inducano un controllo anticipato.

### 13. Formazione

Il sistema di formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e di comportamento, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario. La necessità di una formazione dell'Ostetrica mirata a poter mantenere il patrimonio di conoscenze, ideologie e sistemi è fondamentale per assicurare ed erogare interventi assistenziali che si attengono alle evidenze scientifiche costantemente validate ed aggiornate con lo scopo di assicurare un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Pertanto al fine di consolidare la cultura della formazione continua intesa come parte integrante della pratica professionale è necessario:

- Identificare percorsi di formazione e training mirati agli specifici bisogni assistenziali emersi;
- Sviluppare la ricerca e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi e di nuovi protocolli operativi mirati alla soluzione dei bisogni assistenziali, con metodo scientifico e con l'adozione in via ordinaria di strumenti per la documentazione integrata dell'attività svolta con il fine di poter offrire metodologie di intervento assistenziale appropriate e sicure;
- Identificare opportuni indicatori misurabili, condivisi all'interno del team assistenziale con l'obiettivo di valutare le cure offerte e, laddove necessario, inserire opportune modalità di correzione.

### 14. Valutazione della performance

- Numero di donne che partoriscono a domicilio/numero di donne che ne fanno richiesta
- Natura e numero delle complicanze/numero dei parti
- Numero dei trasferimenti/numero dei parti (questo indicatore deve essere rilevato per trasferimenti avvenuti durante il travaglio, periodo espulsivo, nel post-partum e per i neonati)

### Bibliografia

1. Enkin, Keirse, Chalmers: *"A guide to effective care in pregnancy and childbirth"*, Oxford University Press
2. Commissione Consultiva Tecnico Scientifica sul Percorso Nascita – Regione Emilia-Romagna: *"Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio"* 2007
3. Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia - USL Modena: *"Linee Guida per l'assistenza al travaglio di parto fisiologico"*
4. Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia - USL Modena: *"Linee Guida per l'assistenza alla gravidanza fisiologica"*
5. Regione Emilia-Romagna e Agenzia Sanitaria Regionale: Progetto 3: *"La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto – Linea Guida basata su prove di efficacia"* 2004
6. G. J. Kloosterman: *"Indicazioni mediche per il trattamento specialistico"* 1985
7. WBK: Gruppo di revisione dell'elenco Kloosterman, 1987
8. Coordinamento nazionale delle ostetriche per l'assistenza al parto a domicilio: *"Protocollo tecnico di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio"*
9. G. Caselli, F. Fronte, P. Maccario, L. Rosati, M. Salvano, Ass. Demetra Torino: *"Linee guida per l'assistenza domiciliare al parto a domicilio"* Lucina n.1/1996
10. A. Regalia, E. Terzian: *"Linee guida di assistenza alla gravidanza fisiologica"*, 1994
11. V. Schmid: *"Linee guida per l'assistenza al parto fisiologico e nelle case maternità"* 1997
12. WHO: *"Care in normal birth: a practical guide"* 1996
13. G. Rapisardi, Pierattelli, Tamburini: *"Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato"* 2001
14. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF: *"L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità"* 1989
15. **Società Italiana di Neonatologia: "Raccomandazioni sull'allattamento materno per i nati a termine, di peso appropriato, sani" 2001**
16. **A. Marchi: "Professione ostetrica. Strumenti per l'assistenza alla gravidanza" 2003**
17. **Saperidoc: "Episiotomia: efficacia a breve termine" Revisione della letteratura**
18. **Agenzia Sanitaria Regionale - Emilia-Romagna, Dossier 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. 2006; URL [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss137.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss137.htm)**
19. **Regione Emilia-Romagna: "Allattamento al seno – Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali" – ottobre 2005**

A cura di:

**Coordinatore**

Michela Zuffrano (*AUSL Bologna*)

**Componenti**

Paolo Accorsi (*AUSL Modena*)

Francesca Bertolini (*Associazione Futura*)

Marina Carfagna (*AUSL Cesena*)

Elena Castelli (*Regione Emilia-Romagna*)

Lillo Bruno Cerami (*AOSP Reggio Emilia*)

Maria Flisi (*AUSL Parma*)

Elisa Gandolfi (*AOSP Parma*)

Raffaella Gualerzi (*AOSP Reggio Emilia*)

Marinella Lenzi (*AUSL Bologna*)

Maurizia Migliori (*Bologna*)

M. Cristina Molinaroli (*AUSL Piacenza*)

Monica Padovani (*Ass. Il Nido - Bologna*)

Annalisa Pini (*Ass. Il Nido - Bologna*)

Nicola Romeo (*AUSL Rimini*)

Giuseppe Santarsiero (*AOSP Bologna*)

Marilena Toscani (*AUSL Parma*)

Silvia Vaccari (*AOSP Modena*)

Alessandro Volta (*AUSL Reggio Emilia*)

Raffaella Zacchi (*AUSL Modena*)



## **Allegati**

## **Allegato 1**

### **Contenuto della borsa ostetrica per il neonato**

- aspiramuco monouso;
- provette per prelievo funicolare;
- cord-clamp;
- copertina termostatica per trasferimento;
- ambu pediatrico (n 1), con reservoir , (preferibilmente) corredato di bombola d'ossigeno
- mascherine facciali
- maschera laringea n.1
- sondino morbido (8-10-12 CH);
- cartoncini per test di screening neonatali;
- lancette;
- modulistica CEDAP e attestato di nascita

## Allegato 2

### Contenuto della borsa ostetrica per la madre

#### 1. Strumentario:

- 1.1. Termometro;
- 1.2. Stetoscopio e sonicaid (con batterie di ricambio);
- 1.3. Fonendoscopio e sfigmomanometro;
- 1.4. Laccio emostatico.

#### 2. Ferri chirurgici:

- 2.1. 1 kocher;
- 2.2. 1 paio forbici rette a punte smusse;
- 2.3. 1 capsula;
- 2.4. 2 pinze ad anelli;
- 2.5. 1 portaghi;
- 2.6. 1 pinza anatomica.

#### 3. Materiale monouso:

- 3.1. guanti di lattice sterili di misure diverse;
- 3.2. guanti non sterili;
- 3.3. garze sterili;
- 3.4. telini sterili
- 3.5. sacchetti graduati per la valutazione della perdita ematica;
- 3.6. aghi cannula n 16G - 18G - 21G;
- 3.7. butterfly n 18G - 21G;
- 3.8. siringhe da 5 e 10 cc.;
- 3.9. cateteri monouso;
- 3.10. cerotto;
- 3.11. deflussori per infusione.
- 3.12. tampone vaginale
- 3.13. uncino per amniorexi

#### 4. Farmaci:

- 4.1. 1000/1500 ml soluzione fisiologica
- 4.2. 1000 ml soluzione glucosata al 5%
- 4.3. necessario per profilassi oculare;
- 4.4. ossitocina (Sintocynon 2 scatole);
- 4.5. metergolina (Methergin 1 scatola);
- 4.6. flebocortid fiale
- 4.7. anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale;
- 4.8. disinfettante (Betadine, Citrosil o altro)
- 4.9. valium fiale
- 4.10. fili per sutura
- 4.11. macrolidi

### Allegato 3

AZIENDA OSPEDALIERA CENTRALE 118
-------------------------------------

Autori:	<b>PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DEI MEZZI DI SOCCORSO DURANTE IL PARTO A DOMICILIO</b>	Autorizzata da:
Data		Codice
Numero pagine :		Revisione
Validità: dal		

### INDICE DELLE SIGLE UTILIZZATE

**MSA** - Mezzo di Soccorso Avanzato

**AZ. OSP** - Azienda Ospedaliera

**AZ. USL** - Azienda Sanitaria Locale

**Priorità Rossa** – situazione con grave compromissione delle funzioni vitali

**Priorità Gialla** – situazione in cui esiste il concreto pericolo che le funzioni vitali si deteriorino

### SCOPO

Programmare l'impiego del mezzo di soccorso

### OBIETTIVO

Garantire, su richiesta, l'invio di un mezzo di soccorso idoneo in occasione di parto a domicilio

### CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti i casi di richieste, in base alla Legge N° 26 del 11/8/1998, in possesso dei requisiti.

L'area territoriale di applicazione comprende i luoghi situati ad una distanza percorribile in un tempo massimo di 20 minuti dall'Azienda Ospedaliera

### RIFERIMENTI

- Legge Regionale n° 26 del 11 Agosto 1998
- Linee Guida per l'Assistenza Ostetrica al Parto a Domicilio

### ORGANIZZAZIONE ISTRUZIONI OPERATIVE

Le Aziende Sanitarie Pubbliche valutano le richieste presentate dalle partorienti che intendono avvalersi dell'assistenza ostetrica durante il parto a domicilio, secondo criteri di scelta stabiliti.

L'assistenza viene erogata da due ostetriche che si recano a domicilio successivamente alla prima chiamata da parte della partorienti ai primi sintomi di travaglio.

Dal momento in cui viene fatta diagnosi, di **“travaglio in atto”**, una delle due ostetriche allerta la Centrale 118 (utilizzando il Numero Verde), fornendo tutte le informazioni relative a:

1. ubicazione e recapito telefonico dell'abitazione
2. dati della paziente
3. ospedale di riferimento
4. sala parto allertata

La Centrale 118 procederà nel seguente modo:

- a) Registra la chiamata e la colloca in "CODA RICHIESTE"
- b) Nessuna assegnazione di mezzo
  - b.1) Viene preallertata la risorsa territorialmente competente in modo da identificare con precisione il luogo
- c) A parto avvenuto → registrazione CODICE 0 "Il chiamante annulla la richiesta"
- d) Se necessario intervento → modifica priorità intervento (giallo, rosso)
- e) Attivazione mezzi idonei.

Oltre alla Centrale 118 l'ostetrica preallerta la Sala Parto dell'Ospedale di riferimento (*per maggiori dettagli consultare le LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA OSTETRICA AL PARTO A DOMICILIO*).

Di seguito si elencano le evenienze situazionali che conducono all'attivazione dei soccorsi e/o trasporto.

- a) variazioni delle condizioni cliniche necessarie a garantire sicurezza, durante il travaglio (partoriente/nascituro)
- b) emorragie pre/post partum
- c) asfissia neonatale

A seconda della tipologia della complicanza che si presenterà l'Ostetrica chiamerà la Centrale usando il n° 118 che provvederà ad allertare il mezzo di soccorso idoneo.

La priorità di intervento e il conseguente impiego dei tipi di risorse andrà deciso secondo le procedure comunemente seguite considerando che:

- 1) l'Ostetrica effettuerà assistenza anche durante l'eventuale trasporto in Ospedale
- 2) Possono essere impiegati MSA (automedica ed eliambulanza), quest'ultimo come mezzo veloce per portare sul posto equipe specialistica e non come trasporto...

Presso l'abitazione della partoriente è presente materiale specifico per le competenze ostetriche oltre a presidi per rianimazione neonatale (Ambu, maschera laringea, sondini, telini, etc.)

E' compito dell'Ostetrica allertare gli specialisti e i settori competenti del Dipartimento Materno Infantile (Sala Parto) dell'Ospedale di riferimento.

L'ambulanza si potrà recare: a) in Ostetricia nel caso il parto non sia stato ancora espletato o quando il problema riguarda la madre; b) in Neonatologia nell'evenienza di patologia a carico del neonato.

In tutte le situazioni saranno le ostetriche a stabilire il reparto di destinazione.

La Centrale ha il compito di dare informativa al Pronto Soccorso.

Il parto avvenuto presso l'abitazione verrà comunicato dall'Ostetrica là presente in modo che il dato venga registrato sul sistema informatico ("cod. 0-l' utente annulla la richiesta").

<b>RIEPILOGO PROCEDURA</b>		
<b>Situazione</b>	<b>Ostetriche</b>	<b>Centrale</b>
"PRETRAVAGLIO"	Si recano all'abitazione	
TRAVAGLIO	Preallertano Centrale Forniscono dati Usano n° Verde	Registra evento Provenienza: Ostetrica Va in CODA RICHIESTA Dà informativa a unità territorialmente competente
PARTO AVVENUTO	Comunicano il fine preallerta Usano n° Verde	Archivio Evento da coda richieste COD. 0 "Il chiamante annulla la richiesta"
SITUAZIONI DI PERICOLO CLINICO PRE/POST PARTUM	Chiamano con 118	Attiva mezzo/i di soccorso prelevando da "coda richieste" e codificando Giallo o Rosso

**Allegato 4:**

**Cartella Ostetrica**

Vedi ALLEGATO 4 della direttiva (fotografato)

### Scheda Ostetrica

La Signora (*sigla*)..... nata il ..... a.....

Domicilio..... Via .....

DATA .....

UM: ..... EPP: .....

PRESA IN CARICO ALLA ..... sett.

n° VISITE ESEGUITE..... n° ECOGRAFIE .....

DECORSO DELLA GRAVIDANZA Regolare  SI  NO

Se NO perché (diagnosi ostetrica).....

Ospedalizzazione  SI  NO settimana di gestazione.....

Osservazioni .....

.....

irma (1) .....

**DECORSO DEL TRAVAGLIO**

Inizio travaglio giorno .....h..... Rottura delle membrane h.....

Caratteristiche del liquido amniotico.....

Ascultazione intermittente del BCF.....m'

Ospedalizzazione  SI  NO fase del travaglio.....

Diagnosi dell'ostetrica .....

Firma dell'ostetrica (1).....

**ASSISTENZA AL PARTO**

Inizio periodo espulsivo h.....

Parto il ..... ore ..... Sett. ....

lacerazioni  1° grado  2° grado  3° grado episiotomia  SI  NO

Ospedalizzazione:  SI  NO Fase del parto .....

Diagnosi ostetrica .....

**SECONDAMENTO** m'..... perdita ematica.....

Test di Coombs  SI  NO

Ospedalizzazione  SI  NO diagnosi ostetrica .....

Firma dell'Ostetrica (1).....Firma dell'Ostetrica (2).....

**ASSISTENZA AL NEONATO**

Sesso ..... Apgar 1°.....5°.....10° minuti di vita Peso .....

Esecuzione profilassi specificare.....

Osservazioni .....

Ospedalizzazione  SI  NO diagnosi ostetrica .....

Firma dell'Ostetrica (1).....Firma dell'Ostetrica (2).....

**ASSISTENZA AL POST PARTUM**

- Perdite ematiche                      quantità \_\_\_\_\_
- Globo uterino
- Adattamento neonatale

Ospedalizzazione  SI  NO diagnosi ostetrica .....



**ASSISTENZA AL PUERPERIO**

Regolare  SI  NO

Se NO perché.....

Ospedalizzazione  SI  NO diagnosi ostetrica .....

Test di Gutrie eseguito  SI  NO

Se NO perché.....

Allattamento materno  SI  NO

Se NO perché .....

***VISITA PEDIATRICA DOMICILIARE effettuata in data .....***

***Firma del pediatra .....***

- 1 copia da allegare alla cartella clinica ostetrica da archiviare presso il domicilio dell'ostetrica che ha assistito il parto
- 1 copia da consegnare all'AUSL di appartenenza dell'utente, in caso di richiesta di rimborso
- 1 copia da inviare all'Osservatorio regionale per il parto extraospedaliero

---

**Conduzione della rottura prematura delle membrane**

1. Valutare le caratteristiche organolettiche del L.A.: colore , odore.
2. In presenza di liquido amniotico limpido e non maleodorante è ragionevole attendere a domicilio l'insorgenza del travaglio per 24 ore. In questo lasso di tempo è opportuno:
  - a) evitare le esplorazioni vaginale prima dell'insorgenza del travaglio
  - b) misurare la temperatura materna ogni 4 ore, controllare i M.A.F. ed il B.C.F.
  - c) se la parte presentata è extrapelvica è opportuno limitare la deambulazione ed invitare la donna a restare sdraiata fino a che non si sia verificato almeno il confronto della testa fetale allo stretto superiore.
3. se entro 24 ore dalla PROM insorge il travaglio, la permanenza a domicilio può protrarsi per altre 24 ore; a questo punto -se non si può prevedere che l'espletamento del parto avvenga al massimo entro le successive 12 ore- la donna viene trasferita in ospedale.
4. In caso di iperpiressia (temperatura superiore o uguale a 38°) o sospetto clinico di infezione intramniotica la donna sarà immediatamente trasferita in ospedale. Il trasferimento è indicato anche nel caso in cui la temperatura, pur non raggiungendo i 38°, aumenti di un grado nel corso dell'osservazione.

Allegato 7

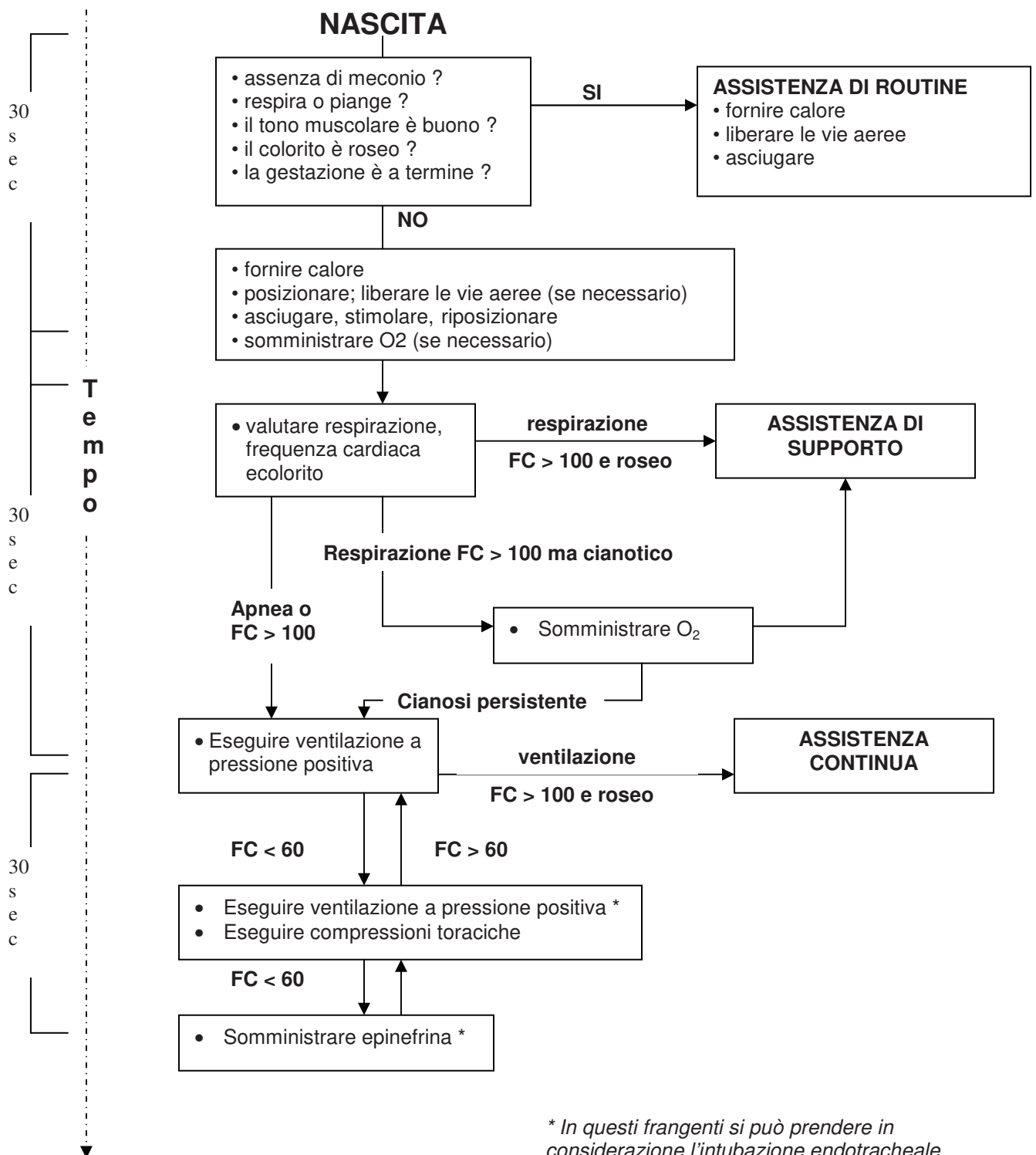
Procedura di assistenza al neonato

Le indicazioni sono quelle riportate nel documento: "Part 7: Neonatal Resuscitation"

Circulation 2005;112;91-99 rintracciabile nel web al seguente indirizzo:

[http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/112/22\\_suppl/III-91](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/112/22_suppl/III-91)

Viene riportato in questo documento solo la traduzione del diagramma di flusso contenuto nell'articolo



## Allegato 8

### **Trattamento dell'emergenza nel periodo del secondamento e nel postpartum. Modalità per il trasferimento in ospedale della donna.**

#### **Indicazioni per il trasferimento della donna:**

- emorragia materna;
- mancato secondamento;
- ritenzione di membrane e/o di materiale placentare
- lacerazione vagino-perineale non suturabile a domicilio
- lacerazione del collo uterino
- ogni condizione che necessiti, a giudizio dell'ostetrica, un'osservazione di almeno 12 ore

#### **In caso di emorragia materna identificare, se possibile la causa: emorragia uterina, lacerazione del collo dell'utero, lacerazione vagino-perineale.**

##### **1) Nel caso di perdita da corpo uterino:**

- a. a secondamento non avvenuto** o in presenza di *ritenzione di placenta parzialmente distaccata* con una perdita ematica superiore o uguale a 500 cc:
  - massaggiare l'utero qualora non sia contratto
  - verificare che la vescica sia vuota
  - incannulare una vena per reintegrare la volemia con soluzione fisiologica (o Ringer lattato) 500 + 500, con aggiunta di Syntocinon (10 U.I.)
  - attuare le manovre per far staccare la placenta: spremiture di Credé accompagnate da una leggera trazione sul funicolo inferiore a ½ chilo
  - chiamare il 118 per avere un'ambulanza, possibilmente col medico a bordo
- b. a secondamento avvenuto** con una perdita uguale o superiore a 1000 cc:
  - chiamare il 118 per avere un'ambulanza, possibilmente con un medico a bordo
  - verificare che la vescica sia vuota o procedere a svuotamento
  - massaggiare vigorosamente il fondo uterino sospingendo la cervice con un tampone montato su pinza ad anelli
  - Incannulare una vena per integrare la volemia in proporzione all'entità della perdita (fisiol. 500 cc con aggiunta di Syntocinon fino ad un massimo di 20 U.I., Ringer lattato). **Questa misura deve essere attuata a partire da una perdita ematica > 500 cc**
  - Borsa del ghiaccio sovrapubica per stimolare la contrattilità uterina e limitare la perdita ematica

- Monitorare costantemente i parametri vitali della donna (PA, polso, colorito cutaneo).
- Ai primi sintomi di shock (colorito pallido, sudorazione, tachicardia, ipotensione) somministrare Flebocortid 1 gr, ev in attesa dell'arrivo dell'ambulanza.
- Predisporre la donna in modo idoneo per facilitare il trasporto

- 2) Nel caso di lacerazione del collo uterino**, incannulare una vena e predisporre il trasferimento in struttura ospedaliera.
- 3) Nel caso di lacerazione vagino-perineale.** Suturare immediatamente se possibile, altrimenti predisporre il trasferimento in ospedale dopo aver provveduto al tamponamento stipato vaginale e all'incannulamento di una vena.

## Allegato 9

### Informazioni per i genitori

---

#### Profilassi con vitamina K

I neonati alla nascita posseggono poca vitamina K. Questa sostanza serve alla coagulazione del sangue, è scarsamente trasportata dalla placenta e anche nel latte materno è presente in quantità limitata.

Il deficit di vitamina K può portare alla malattia emorragica del neonato; questa patologia può insorgere precocemente (nella 1°-2° settimana di vita) o tardivamente (dalla 2° alla 12° settimana di vita).

In assenza di profilassi con vitamina K, l'incidenza della forma precoce è di 1/100 (0.4-1.7 a seconda degli studi), mentre la forma tardiva è più rara e colpisce 4-7 neonati ogni 100.000.

Le manifestazioni della emorragia precoce sono prevalentemente sanguinamenti dallo stomaco e/o dall'intestino.

La forma tardiva, pur essendo molto rara, può presentarsi con sanguinamenti che possono interessare il cervello.

Poiché il latte artificiale è supplementato di vitamina K, ne deriva che i neonati alimentati esclusivamente al seno, in assenza di profilassi, sono maggiormente a rischio di malattia emorragica.

Sono considerate efficaci sia la somministrazione per bocca che quella intramuscolo; la somministrazione intramuscolo ha una azione più duratura (fino a 5-6 settimane) e quindi protegge maggiormente dalla emorragia a comparsa tardiva.

La profilassi con vitamina K (indipendentemente dalla via di somministrazione) da molti decenni è raccomandata dalle società scientifiche pediatriche nazionali e internazionali ed è indicata in tutti i protocolli di assistenza neonatale dei paesi industrializzati.

La profilassi con vitamina K praticata per le prime 12 settimane dalla nascita allo scopo di impedire la malattia emorragica a insorgenza tardiva è raccomandata da molte società scientifiche (come ad esempio la Società Italiana di Neonatologia), ma non da tutte (ad esempio l'Accademia Americana di Pediatria). Nei vari paesi europei, per quanto riguarda la profilassi prolungata, attualmente vengono applicati protocolli con schemi differenti sia relativamente al tipo di vitamina da utilizzare che ai tempi di somministrazione. Questa disomogeneità di comportamenti deriva dalla mancanza di studi certi e definitivi riguardo alla malattia emorragica tardiva a causa della sua bassa incidenza.

Possibili rari effetti collaterali causati dalla somministrazione di vitamina K nel neonato (soprattutto nel caso di somministrazione intramuscolo), non sono stati confermati dagli studi più recenti.

La somministrazione di vitamina K dovrebbe essere praticata entro le 6 ore dalla nascita.

#### Screening Biochimici

Questa procedura serve per diagnosticare precocemente alcune rare malattie particolarmente invalidanti (in grado di determinare grave deficit mentale e in alcuni casi anche il decesso). Il trattamento precoce di queste malattie è in grado di annullare o limitare gli esiti.

Le malattie ricercate sono:

- l'ipotiroidismo congenito (1/3000)
- la Fenilchetonuria (1/10000)
- la Fibrosi Cistica (Mucoviscidosi) (1/2000)
- la Galattosemia (1/60000)
- la Sindrome adrenogenitale congenita (1/10000)

(Tra parentesi è riportata la frequenza di ognuna di queste patologie nella nostra popolazione)

***Per questo esame occorre prelevare 6 gocce di sangue; nel neonato normalmente il luogo di puntura per il prelievo è il tallone.***

Per minimizzare la percezione dolorosa si sono dimostrate efficaci il contenimento, le carezze, la suzione, gli stimoli uditivi e olfattivi; in particolare risulta molto efficace praticare la cosiddetta 'saturazione sensoriale' mettendo in atto più di una delle pratiche sopramenzionate.

Lo screening neonatale è organizzato a livello regionale (in Emilia-Romagna dal 1980) e deve essere praticato entro i 6 giorni dalla nascita (e non prima delle 48 ore di vita). Nonostante sia obbligatorio (dal 1999 per tutto il territorio nazionale), i genitori possono rifiutare l'esecuzione, ma in questo caso il responsabile dell'assistenza neonatale deve segnalare la decisione al Tribunale dei Minori di competenza.

## Profilassi Oculare

Serve per evitare il rischio di infezione da gonococco (si calcola che circa il 2% delle donne sia portatrice asintomatica). Questo germe può essere contratto dal neonato nel passaggio dal canale del parto (rischio di trasmissione 30-50%) e può provocare infezioni oculari con possibile diffusione ad altri organi.

Questa profilassi è attuata attraverso collirio antibiotico somministrato in un'unica dose in entrambi gli occhi entro 1 ora dalla nascita.

Attualmente si preferisce utilizzare un collirio antibiotico attivo, oltre che sul gonococco, anche sulla clamidia (un germe in grado di provocare polmonite).

La profilassi oculare dopo la nascita è raccomandata dalle principali società scientifiche nazionali e internazionali; in Italia questa profilassi è stata resa obbligatoria dal decreto ministeriale del 11.10.1949

## Riferimenti Bibliografici

1. American Academy of Pediatrics Committee on fetus and newborn. *Controversies concerning vitamin K and the newborn*. Pediatrics 2003;112:191-2
2. Rapisardi G. *Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato*. Italian Journal of Pediatrics 2000;26:232-43
3. American Academy of Pediatrics. *Policy Statement Breastfeeding and the use of human milk*. 2005;115:496-506.
4. Società Italiana di Neonatologia, Gruppo di Studio di Ematologia, *Consensus Conference: Profilassi con vitamina K della emorragia da deficit di vitamina K*. Siena, Aprile 2004.
5. Agenzia Sanitaria Regionale - Emilia-Romagna, Dossier 137. *Il profilo assistenziale del neonato sano*. 2006; URL [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss137.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss137.htm)
6. Programma Nazionale Linee Guida (PNLG), Istituto Superiore di Sanità, Parte D Malattie Infettive, Screening per la Gonorrea e la profilassi oculare nel neonato - URL: <http://www.pnlg.it/tskfr/cap27.php>

---

Informazioni a cura di Alessandro Volta (neonatologo dell'AUSL Reggio Emilia), in base alla letteratura scientifica disponibile nel 2007.

**Letto, confermato, firmato:**

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Marco Chiari

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Ettore Brianti

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Elena Saccenti

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che la deliberazione è stata **affissa all'albo** di questa Azienda Unità Sanitaria Locale **IL GIORNO 07/07/2017** e vi rimarrà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi ai sensi e per gli effetti del 5° comma dell'art.37 della L.R.20/12/94 n.50 così come modificato dall'art.12 della L.R.23/12/04 n.29.

La presente deliberazione diventa esecutiva dal primo giorno di pubblicazione, come previsto dalla Legge Regionale sopra indicata.

Lì 07/07/2017                    IL FUNZIONARIO

Dott. Giacinto Giorgio

Per copia conforme all'originale ad uso amministrativo.

IL FUNZIONARIO

Dott. Giacinto Giorgio

La presente deliberazione pubblicata il \_\_\_\_\_, **soggetta a controllo** della Giunta Regionale (Legge 30/12/1991 n. 412 Art. 4 c.8)  
Data ricevimento Regione prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Chiarimenti Regione prot n.. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Richiesta chiarimenti ai servizi/uffici prot. n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Controdeduzioni Regione \_\_\_\_\_  
Regione annullamento parziale/totale prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
È divenuta esecutiva in data \_\_\_\_\_  
è stata approvata nella seduta della Giunta Regionale del \_\_\_\_\_

La presente deliberazione viene trasmessa

- al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 40, comma 3), della Legge Regionale 20 dicembre 1994, n. 50 il 07/07/2017
- al Consiglio dei Sanitari il
- alla Conferenza dei Sindaci il

ai seguenti uffici/servizi: