

REGIONE CAMPANIA - ASSESSORATO ALLA SANITÀ

Agenzia Regionale Sanitaria
Settore Assistenza Sanitaria

Servizio Materno-Infantile - Osservatorio Epidemiologico Regionale

Linee-guida per l'assistenza alla gravidanza ed al parto normale in Regione Campania

Dedicate agli amministratori, agli operatori sanitari ed agli utenti

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

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

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

Premessa: definizione e scopi delle Linee-Guida

Come è noto, le Linee-Guida (LG) in ostetricia devono rappresentare la sintesi della competenza clinica individuale con le migliori prove scientifiche disponibili in merito all'efficacia delle procedure. Non sono un protocollo diagnostico-terapeutico, ma uno strumento finalizzato ad aiutare gli operatori sanitari, gli amministratori e gli utenti nel momento decisionale. In tal senso le LG possono costituire un elemento chiave per migliorare il livello delle cure, per orientare le politiche sanitarie, per controllare i costi e per coinvolgere gli utenti nelle decisioni che riguardano la loro salute.

Il passaggio da un'ostetricia basata sulle opinioni (OBO: opinion based obstetrics) a quella basata sull'evidenza scientifica (EBO: evidence based obstetrics) comporta difficoltà organizzative e di accettazione da parte di tutti gli attori, operatori, amministratori ed utenti, difficoltà derivanti dal contesto, dalle opinioni personali e da abitudini diffuse e radicate (1). Pertanto i cambiamenti devono rispondere a criteri di gradualità volti ad evitare rapide inversioni di tendenza che potrebbero associarsi a conseguenze negative sugli esiti perinatali. Si pensi, ad esempio, al rischio che potrebbe derivare da un'improvvisa diminuzione dei cesarei in un momento in cui gli operatori sono sempre meno addestrati ad assistere i parti naturali e le donne, per vari motivi, sempre più orientate ad evitarli.

Le presenti LG, sono state formulate tenendo conto del quadro socio-sanitario dell'area campana e degli specifici obiettivi di salute materno-infantile da perseguire in Regione. La definizione del contesto e l'indicazione delle finalità collegate all'utilizzo delle LG in Campania saranno, quindi, la necessaria premessa all'analisi delle procedure assistenziali che sarà fatta in base alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2) e alle risultanze derivanti da studi di EBO aggiornati (3).

1. Il contesto

La Regione Campania presenta caratteristiche di fecondità e natalità analoghe a quelle nazionali. Nascono meno bambini, la differenza dei tassi di mortalità perinatale rispetto alla media nazionale si è progressivamente ridotta per il miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza in gravidanza ed al momento del parto (4,5).

La Campania, tuttavia, ha un tasso di disoccupazione, 24%, doppio rispetto al tasso nazionale e nel Piano Sanitario Regionale Napoli è tuttora definita "città del disagio sociale". Pertanto, nella nostra Regione, ogni tipo di intervento di Sanità Pubblica nel settore Materno-Infantile dovrebbe essere prioritariamente rivolto a raggiungere le donne che vivono in condizioni di disagio economico e socio-culturale e che presentano maggiori rischi di esclusione dagli interventi di prevenzione e di peggiori esiti perinatali.

Sul versante assistenziale, nonostante gli indubbi progressi registrati nell'ultimo decennio, si registrano ancora distorsioni e ritardi nell'ambito dell'organizzazione delle cure pre e perinatali, con uno spreco di risorse, che potrebbe essere in gran parte ridotto anche solo razionalizzando l'esistente.

Ricordiamo tra i più importanti:

- a. il fenomeno della sotto e/o sovraesposizione alle cure prenatali;
- b. l'assenza di accreditamento dei Centri Nascita per il livello di cure che possono erogare, con la centralizzazione del rischio perinatale affidato tuttora all'iniziativa personale dei singoli operatori;
- c. il persistente utilizzo di procedure assistenziali inutili, non appropriate, quando non dannose, ivi compreso l'uso estensivo del parto cesareo, che ha raggiunto in Campania la quota del 52 %;
- d. la variabilità nell'uso delle procedure assistenziali che evidenzia la propensione dei sanitari ad agire secondo la propria opinione (OBO) piuttosto che secondo i suggerimenti dell'ostetricia basata sulle prove di efficacia (EBO);
- e. il sottoutilizzo delle strutture e degli operatori territoriali, che dovrebbero istituzionalmente garantire interventi semplici e diffusi a tutte le gravide ed operare un opportuno filtro tra fisiologia e patologia, rimandando a strutture specializzate le gravidanze "complicate".

Il ruolo educativo del medico di base e del consultorio familiare, finalizzato a favorire la scelta delle donne ed a garantire che la prima visita sia effettuata tempestivamente, il ruolo dell'ostetrica nel tutelare e valorizzare il vissuto della donna e la sua soggettività, trovano nella pratica un riscontro insufficiente, visto che gran parte dell'assistenza prenatale è assicurata dal privato. Nel Mezzogiorno il 75% delle gravide è seguita dal ginecologo privato, il 15% dal

- ginecologo ospedaliero ed il restante 10% dal consultorio familiare e dall'ostetrica, mentre meno dell'1% si rivolge al medico di base (6,7);
- f. la difficoltà di integrazione tra strutture territoriali, pubbliche o private, ed i Centri Nascita, che priva le donne del diritto alla continuità delle cure;
 - g. la mortificazione del ruolo delle ostetriche utilizzate più come assistenti dei medici nei centri di parto, che come le operatrici specificamente formate per assistere le gravidanze ed i parti fisiologici. Le ostetriche sono qualificate per garantire una buona assistenza durante l'andamento naturale del parto: il recupero della dignità della loro professionalità e il riconoscimento della loro funzione da parte delle stesse donne è considerato elemento favorevole al contenimento dei parti operativi.

Concludendo, non c'è in Campania coerenza tra il dettato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e la pratica ostetrica: alte percentuali di gravide hanno scarso potere decisionale durante il percorso nascita e sono sottoposte a procedure inutili e/o dannose (tricotomia totale, clistere, episiotomia, monitoraggio elettronico fetale di routine, posizione supina in travaglio, assenza del partner al momento del parto, scarsa applicazione del rooming-in etc.), tra le quali emerge drammaticamente l'alta percentuale di parti cesarei (8).

2. Gli obiettivi di salute materno infantile delle Linee-Guida

"Obiettivo dell'assistenza perinatale è una mamma con il suo bambino in perfetta salute, che ha ricevuto il minimo livello di cure compatibile con la sicurezza, in un luogo ed in un modo quanto più vicino possibile alla sua casa e alla sua cultura " (2).

Questo fondamentale obiettivo può essere più facilmente raggiunto in Regione Campania promuovendo interventi finalizzati a:

- a. divulgare le informazioni corrette sul significato e la successione degli eventi fisici e psichici che caratterizzano la gravidanza ed il parto e sulle procedure realmente utili ed efficaci
- b. migliorare il grado di consapevolezza e le capacità decisionali delle madri e dei padri
- c. eliminare i costi superflui legati alla sovra-esposizione delle donne alle cure prenatali ed al ricorso non appropriato al parto cesareo per dedicare queste risorse ad obiettivi di salute materno-infantile mirati ai gruppi a rischio socio-sanitario
- d. diffondere procedure di assistenza in gravidanza ed al parto, attente non solo alle esigenze della sicurezza, ma anche agli aspetti psico-emotivi della nascita, la cui osservanza restituisce alle donne il ruolo di protagoniste e la fiducia nelle proprie capacità di procreare, aggiunge efficacia agli interventi assistenziali tradizionalmente definiti *tecnici* e contribuisce a migliorare gli esiti di salute materno-infantile
- e. stimolare gli operatori a valutare le procedure mediche in base alle prove di efficacia e a utilizzare i presidi tecnologici solo nei casi in cui ne sia dimostrata l'utilità.

Nella formulazione delle presenti LG si è tenuto conto di tutte queste finalità e per sottolineare la necessità di rispettare un processo unitario, in cui ogni fase non è indipendente dall'altra, sono state considerate tutte le fasi del percorso nascita normale e per ognuna sono state indicate le procedure assistenziali di efficacia scientificamente dimostrata (2,3).

L'analisi delle procedure utilizzate in gravidanza-parto-puerperio non è esaustiva né definitiva e dovrà essere periodicamente aggiornata in base alle continue acquisizioni dell'ostetricia basata sull'evidenza.

Linee Guida per l'assistenza alla gravidanza ed al parto normale

Definizione di gravidanza e parto normali

Il buon esito della gravidanza è dipendente dalla valutazione del rischio, che prelude ad interventi utili a contenerlo e/o ad abatterlo. L'individuazione e la valutazione del rischio, tuttavia, non può essere fatta una volta e per sempre, poiché non disponiamo di test affidabili per sensibilità, specificità e predittività, ma è un processo continuo che dura dal concepimento al parto e che necessita soprattutto di un'attenzione scrupolosa durante tutto il periodo. Donne con rischio medio-alto possono partorire senza complicazioni e, viceversa, donne a basso rischio possono presentare emergenze inattese. In considerazione di ciò i medici usano affermare che *"una nascita può essere definita normale solo a posteriori e che, di conseguenza, ogni gravida deve ricevere lo stesso tipo di assistenza indipendentemente dalla presenza o meno di complicazioni"*. Questo approccio è criticabile poiché medicalizza un evento naturale, interferisce sulla volontà della donna di voler vivere l'esperienza della nascita dei suoi figli secondo i suoi desideri, moltiplica l'uso di procedure che non sono necessarie, ma aumentano l'ansia ed incrementano i costi (2). Soprattutto questa asserzione non tiene conto del fatto che l'80 % delle gravidanze e dei parti sono a basso rischio e che hanno esiti favorevoli senza il contributo di interventi "tecnici".

Possiamo, quindi, accettare le seguenti definizioni:

E' fisiologica, cioè normale, la gravidanza di una donna in buone condizioni di salute fisica, psichica e sociale, che non presenta fattori di rischio durante i nove mesi. Procedure di base efficaci nel ridurre l'incidenza di complicanze in gravidanza ed al parto sono l'accesso ad idonee cure prenatali, ai corsi di preparazione al parto ed alle informazioni utili ad operare scelte consapevoli ed informate.

E' fisiologico, cioè normale, il parto di una donna in condizioni cliniche normali ed anamnesi ostetrica negativa, con feto singolo, in presentazione di vertice ed accrescimento endouterino normale, sacco amniocoriale integro o rotto da non più di 24 ore, liquido amniotico chiaro, placenta normalmente inserita, età gestazionale compresa tra la 37a e la 42a settimana compiuta.

PROCEDURE ASSISTENZIALI NELLA GRAVIDANZA NORMALE

1. L'informazione delle donne

Già in epoca preconcezionale è opportuno realizzare interventi di educazione sanitaria, in particolare sessuale, finalizzati a ridurre la frequenza delle gravidanze indesiderate soprattutto nelle adolescenti e le malattie sessualmente trasmesse ed a favorire l'accesso alle strutture di prevenzione.

In gravidanza l'accesso alle risorse informative rappresenta un insostituibile strumento di salute per la donna oltre che di recupero dell'autonomia e delle possibilità di scelta. Nella divulgazione di informazioni corrette devono avere un ruolo preminente i medici di famiglia, gli operatori dei consultori familiari, i pediatri di base e tutti i componenti della rete di integrazione socio-sanitaria che incontrano le donne nel percorso nascita.

2. Le procedure assistenziali

Pratiche efficaci a migliorare la qualità dell'assistenza in gravidanza sono:

- *il continuo supporto psico-emotivo che nasca da una relazione empatica tra l'operatore e la gravida,*
- *il rispetto del "punto di vista femminile",*
- *l'esclusione delle procedure assistenziali non necessarie,*
- *l'adesione alle procedure di dimostrata utilità,*
- *l'individuazione dei fattori di rischio*

2.1. Il primo colloquio è il momento in cui si stabilisce "la relazione" tra l'operatore e la donna oltre ad essere l'occasione per raccogliere l'anamnesi familiare, personale, lavorativa, ostetrica con particolare attenzione al vissuto della coppia rispetto alla gravidanza (12).

2.2. Nei successivi incontri è necessario orientare la donna nel percorso nascita, fornendole informazioni specifiche sulla tipologia delle prestazioni durante la gravidanza, il parto ed il puerperio (corsi di preparazione al parto, date dei controlli sanitari, modalità di collegamento con i punti nascita, possibilità di sostegno durante il puerperio) ed informazioni sui diritti alla tutela della maternità e della paternità (9, 10).

2.3. Educazione sanitaria: la gravidanza è un'occasione importante per fornire corrette informazioni sull'alimentazione, le abitudini sessuali, l'attività fisica, il fumo, l'alcool, le droghe.

2.4. Corsi di preparazione al parto, e più globalmente, alla nascita: devono essere offerti a tutte le gestanti poiché sono risultati efficaci nel diminuire l'incidenza di parti cesarei e nel migliorare il controllo del dolore durante il travaglio. Deputati a questa funzione sono soprattutto i Consultori Familiari.

2.5. Numero di visite: non esistono presupposti scientifici a sostegno di un numero di visite ideale, ma la riduzione da 13-14 a 5-6 non è accompagnata da esiti perinatali negativi, anzi nel gruppo con numero inferiore di controlli si rileva una riduzione dei parti prematuri. Le donne intervistate, tuttavia, hanno dichiarato di preferire un numero alto di controlli.

2.6. Pap-test: se non è stato effettuato negli ultimi due anni deve essere praticato durante la prima visita al momento dell'ispezione dei genitali.

2.7. Esami di laboratorio e strumentali, compresi gli esami sierologici volti ad evidenziare lo stato immunologico della madre riguardo a rosolia, toxoplasmosi, epatite B-C, lue, e, se necessario HIV, saranno eseguiti secondo le direttive del Ministero della Salute, che prevede anche l'esclusione dal costo (11).

2.8. Controlli Ultrasonografici. l'ecografia praticata tra la 19a e la 23a settimana di gestazione è indicata al fine di diagnosticare la gravidanza multipla, le malformazioni congenite (in tempo utile a

procedere ad un'eventuale IVG) e l'età gestazionale; si associa ad un maggior rischio di IVG e ad un minor rischio di nascite premature. Ecografie seriate prima della 24a settimana non sono giustificate.

L'ecografia oltre le 24 settimane permette di valutare la quantità di liquido amniotico, l'inserzione ed il grado di maturazione placentare, le misure biometriche del feto e la presentazione. Resta da dimostrare se i risultati relativi alla valutazione della maturità placentare sono riproducibili. Le malformazioni sono individuate in percentuali del 16-40%, con grossa variabilità per tipo di malformazione e per centro. Non è stato documentato un beneficio per la salute materno-fetale dall'uso routinario dell'ecografia tardiva.

Il Gruppo Nazionale Ecografia (12) suggerisce le seguenti date:

- prima ecografia entro la 12a settimana e non prima della ottava
- seconda ecografia, strutturale, intorno alla 20a settimana
- terza ecografia nel corso del terzo trimestre

2.9. Le indagini citogenetiche sono indicate nelle madri di età superiore a 34 anni, nei casi in cui uno dei genitori è portatore di anomalie cromosomiche, nei casi di genitori con un figlio affetto, di anomalie malformative evidenziate ecograficamente o di parametri biochimici valutati sul sangue materno o ecografici indicanti una probabilità alta (1: 250) che il feto sia affetto da sindrome di Down.

2.10. Alimentazione: supplementi calorici e/o proteici non comportano benefici alla madre ed al feto e non sono state dimostrate associazioni tra la diminuzione dell'apporto di sale e la pre-eclampsia o l'eclampsia.

2.11. Farmaci: la somministrazione di calcio (1 gr./die) è risultata efficace nelle donne a rischio di ipertensione ed in quelle viventi in comunità con basso apporto di calcio. E' sub-iudice l'utilità di somministrare supplementi di zinco in gravidanza per prevenire le nascite pretermine.

Non è emersa evidenza scientifica dell'utilità di integrazioni con le vitamine D, B6, K, mentre si è visto che la somministrazione di folati in gravidanza è utile a produrre maggiori livelli di emoglobina al parto.

L'assunzione per via orale di 0,4 mg/die di acido folico 2-3 mesi prima e 2-3 mesi dopo il concepimento è efficace nel ridurre del 70 % il rischio di occorrenza dei difetti del tubo neurale. Per la prevenzione del rischio di ricorrenza e nelle pazienti in trattamento con anticonvulsivanti la dose efficace è di 4 mg. Questa profilassi deve essere promossa da capillari campagne di informazione poiché l'efficacia è strettamente correlata al rispetto del protocollo esposto. L'associazione con preparati multivitaminici diminuisce il rischio di occorrenza di: tetralogia di Fallot, trasposizione dei grossi vasi, labiopalatoschisi, difetti renali, difetti degli arti.

La supplementazione di Ferro ed Acido Folico trova indicazione in presenza di anemia, mentre non vi sono evidenze a supporto della somministrazione di Ferro ed altri oligoelementi a tutte le gestanti.

2.12. Scelta del luogo del parto: dovunque la donna scelga di partorire deve essere un luogo il più possibile vicino alla sua casa ed alla sua cultura, dove tutte le attenzioni e le cure siano focalizzate ai suoi bisogni ed alla sua sicurezza. Esiste forte evidenza scientifica del beneficio sull'esito della gravidanza del supporto psicologico dedicato alla gravida.

L'operatore pubblico o privato che segue la donna in gravidanza deve dare indicazioni in merito alla tipologia del luogo di parto idoneo in ogni specifico caso. La donna, opportunamente informata del livello di rischio, potrà effettuare la sua scelta e possibilmente visiterà il Centro Nascita prima dell'evento.

Può aiutare l'operatore territoriale e la coppia nell'effettuare una scelta informata la pubblicizzazione da parte dei Centri Nascita di una carta dei servizi contenente informazioni sulla tipologia della popolazione assistita e sulle caratteristiche qualificanti dell'assistenza alla nascita quali:

la percentuale di travagli indotti (ottimale se non supera il 10 %), di episiotomie (ottimale se intorno al 10 %), di parti cesarei (ottimale se non supera il 15 % nei Centri di 1° livello), la possibilità al momento del parto di avere accanto il compagno o altra persona gradita, di avere il bambino in camera (rooming-in) e la percentuale di allattati al seno alla dimissione.

E' anche opportuno dare informazioni sulla possibilità ed utilità di effettuare il parto con analgesia; per tale opzione è necessario che la donna effettui le analisi mirate all'utilizzo di questa procedura.

In alternativa il Sistema Regionale di Sorveglianza della Natalità, Natimortalità e Malformazioni Congenite e l'Archivio SDO, attivi in Campania, possono pubblicare rapporti periodici indirizzati agli operatori ed agli utenti, contenenti le informazioni suddette relative ad ogni Centro Nascita della regione.

2.13. L'integrazione delle strutture. E' il modello organizzativo più razionale per dare continuità assistenziale alle donne nel corso della gravidanza, del parto e del post-partum. Un'assistenza fondata sulla continuità delle cure, unita al supporto di un familiare durante il travaglio deve essere offerta ad ogni donna,

perché è associata alla riduzione dei ricoveri ospedalieri antenatali, degli interventi medici (induzione farmacologica, episiotomia, taglio cesareo), del ricorso a farmaci analgesici ed antidolorifici in travaglio, e degli interventi di rianimazione dei neonati; la continuità delle cure determina, inoltre, una maggiore frequenza ai corsi di preparazione al parto, un maggior grado di soddisfazione della donna e la diminuzione dei costi.

Il diritto della donna ad avere un rapporto fiduciario con il curante da lei scelto non è in contrasto, proprio per la caratteristica del parto normale che avviene in ore e giorni imprevedibili, con un modello assistenziale in cui la donna in gravidanza è presa in carico dal singolo operatore, pubblico o privato e *successivamente dalla struttura scelta per partorire*. Strumenti essenziali per dare continuità alle cure sono: l'uso di protocolli condivisi ed il Libretto di salute "Percorso Nascita"¹. cioè una cartella socio-sanitaria della gravida, redatta ed aggiornata dal curante, dove siano riportate le informazioni fondamentali relative al suo stato di salute ed al suo contesto socio-culturale. Questa cartella, aggiornata durante la gravidanza ed esibita al momento dell'accettazione nel Centro Nascita, servirà a stabilire un'immediata relazione tra il sanitario di turno e la partorientente, che si sentirà da lui ri-conosciuta.

¹ La Società Italiana di Medicina Perinatale ha proposto da anni l'utilizzo di questo strumento per il percorso nascita. In Campania è in fase di elaborazione. (13)

PROCEDURE ASSISTENZIALI NEL PARTO NORMALE

- *la donna che si rivolge alla struttura è sana e non ammalata.*
- *l'evento che si compie non è un evento medico rapportabile ad alcun intervento di diagnosi e cura che abitualmente si compie negli ospedali*
- *occorre un valido motivo per interferire con procedure mediche in un processo naturale quale è il parto normale*

Quanto elencato di seguito non è un protocollo sull'assistenza, per il quale si rimanda ai testi specialistici, ma un elenco delle procedure che sono efficaci per dare una corretta assistenza fisica alla madre ed al neonato ed un adeguato supporto psicologico alla coppia.

1. Accettazione e presa in carico

1.1. Primo contatto con gli operatori:

Anche se non hanno conosciuto la gravida in precedenza gli operatori sono tenuti a stabilire una "relazione positiva" con la partoriente e a darle innanzi tutto il supporto psico-emotivo, che ha dimostrato di poter contribuire in misura determinante al migliore decorso dell'evento.

Obiettivo della presa in carico è essenzialmente quello di aiutare la donna ed il partner ed affrontare con serenità, fiducia, riservatezza le varie fasi dell'evento nascita

A tal fine gli operatori daranno le informazioni utili a rendere più agevole il contatto della donna/coppia con l'insieme della struttura ed a consentire durante la permanenza nel Centro Nascita la continuità delle relazioni sociali e familiari della gestante nel rispetto delle sue abitudini e della sua specifica etnia, lingua, religione, etc..

1.2. Valutazione clinica

- a. Anamnesi: è opportuno che la partoriente arrivi al Centro Nascita con la documentazione (vedi ad es. il libretto di salute "Percorso Nascita") esaustiva dell'anamnesi raccolta in precedenza (caratteristiche fisiche, psichiche e sociali, anamnesi personale, familiare ed ostetrica) e degli esami effettuati in gravidanza. Tale documentazione deve essere aggiornata dall'ostetrica o dal medico che ha seguito la gravidanza in struttura pubblica o privata.
- b. Rivalutazione del rischio e delle condizioni di benessere materno/fetale
- c. Colloquio informativo con la coppia: dopo queste valutazioni l'operatore fa il punto della situazione e prospetta il probabile decorso.

2. Primo stadio del travaglio: procedure assistenziali nella fase dilatante

Il primo stadio dura circa 6-8-ore (mx 12) nella nullipara e 2-3 ore (mx 6) nella pluripara. Questi limiti sono orientativi e devono essere valutati in base alle condizioni di benessere della madre e del feto.

I parti normali richiedono soprattutto:

- *una stretta sorveglianza da parte degli operatori, per cogliere eventuali segnali di complicazioni, senza mai allarmare la donna*
- *la presenza di un familiare gradito alla donna, per assicurarle il supporto psicologico di una persona di sua scelta*
- *l'attenzione volta ad evitare ansia e stress, che possono causare alti livelli di adrenalina materni, con conseguente azione antagonista sull'ossitocina endogena e interferenza sulla contrattilità dell'utero*

2.1. La tricotomia completa di routine non è giustificata né raccomandabile

2.2. La posizione: la donna, tranne nel caso di rottura delle membrane prima che la testa del feto si sia impegnata, può scegliere la posizione da assumere e che essa stessa ritiene più confortevole, ma occorre suggerirle di evitare la posizione supina prolungata che potrebbe provocare la compressione dell'utero sui grossi vasi addominali (aorta, cava inferiore) ed una diminuzione della ossigenazione del feto.

2.3. Controlli medici: la sorveglianza dei parametri biologici (bilancio idrico, funzioni escretorie, temperatura, frequenza cardiaca, pressione arteriosa) sono procedure mediche utili *anche* ad avvicinare l'operatore alla donna ed a trasmetterle, con questa attenzione continua, sicurezza e fiducia.

2.4. Il clistere è procedura inutile e disturbante; deve essere riservato alle partorienti che lo richiedono e che hanno l'ampolla rettale ripiena di feci

2.5. Esplorazioni vaginali: è sufficiente praticarle ogni due-quattro ore per valutare la progressione della dilatazione. La donna deve dare il suo consenso ad eventuali presenze e/o visite di praticanti.

2.6. Valutazione del livello di dolore. La capacità di ogni singola partoriente di controllare il dolore è variabile e può risultare utile un supporto con mezzi non farmacologici, se è possibile, o in qualche caso con mezzi farmacologici:

a. Mezzi non farmacologici del controllo del dolore.

Sono ancora efficaci le procedure tradizionalmente usate dalle donne che assistevano le partorienti in casa, quali la rassicurazione, la distrazione, l'assistenza personalizzata, le tecniche di rilassamento, il massaggio, le informazioni utili a capire quello che sta succedendo. I programmi di preparazione al parto predispongono la donna ad una maggiore consapevolezza degli eventi e, quindi, a tollerare meglio il dolore.

Devono essere evitate le manovre di massaggio e stiramento del perineo, che possono provocarne l'irrigidimento.

b. Mezzi farmacologici di controllo del dolore

Agenti sistemici e analgesia epidurale: caduti in disuso oppioidi e benzodiazepine per via generale, a causa degli effetti di depressione respiratoria sul feto, oggi si sta diffondendo la pratica dell'analgesia locale con tecnica di somministrazione epidurale. Pochi studi hanno accertato l'utilità di precedere l'analgesia con un apporto di liquidi per flebo. E' invece dimostrato che l'epidurale comporta un prolungamento del secondo stadio, un incremento di malposizioni fetali, un incremento dell'uso di ossitocici e di parti strumentali. Non è emersa un'associazione significativa con il tasso di cesarei. Gli effetti avversi sono ancora sotto indagine anche perché occorre valutarli in relazione alle tecniche usate. In ogni caso si tratta di procedure che richiedono personale esperto, disponibile 24 ore su 24. La donna deve essere accuratamente informata sui pro e i contro, poiché da interviste è emersa per molte donne una

dissociazione tra sollievo del dolore e soddisfazione. L'aver ben tollerato il dolore si associava ad una sensazione di autostima, di sfida raccolta e vinta, che il ricorso all'analgesia, in effetti, negava.

2.7. Partogramma: La progressione nel tempo della dilatazione deve essere controllata e segnata sul grafico, poiché è un documento che consente la continuità delle osservazioni. E' accertata la stretta relazione tra travaglio protratto e cattivi esiti materno fetali, pertanto una dilatazione che procede ad una velocità inferiore ad un cm/ora richiede un monitoraggio molto attento e se il rallentamento continua per quattro ore bisogna intervenire per diagnosticare la causa (distocia meccanica ad esempio) ed agire in rapporto ad essa.

2.8. Controllo del benessere fetale: la procedura utile ed efficace a controllare il benessere fetale nel travaglio e parto fisiologici è l'ascoltazione intermittente fino al momento della nascita; questa procedura è anche utile a stabilire un buon rapporto inter-personale con l'ostetrica. Non c'è evidenza dell'utilità di praticare il monitoraggio elettronico di routine.

2.9. Misure per accelerare il parto:

a. L'amnioressi precoce è raccomandata solo per accelerare un travaglio rallentato, ma è procedura da usare con cautela, poiché non esistono prove certe della sua efficacia. E' inefficace o dannosa se effettuata prima che la cervice uterina sia completamente appianata e la dilatazione giunta a 3-4 centimetri. Non esiste evidenza per raccomandarne l'uso quando manca una valida ragione che giustifichi l'interferenza con i tempi naturali del travaglio.

b. L'ossitocina per via parenterale (e le prostaglandine endo-cervicali) sono farmaci efficaci, da usare se c'è una precisa indicazione, con cautela e monitoraggio degli effetti collaterali. Non c'è evidenza che l'uso routinario di ossitocina serva a prevenire il rallentamento del travaglio. Un parto condotto con ossitocici è più doloroso, non può essere considerato normale e, spesso, prelude al cesareo.

N.B. Il parto indotto non può essere considerato un parto naturale.
--

3. Secondo stadio del travaglio: procedure assistenziali nella fase espulsiva

La durata del secondo stadio è di circa due ore nella nullipara e di un ora nella pluripara: superati questi tempi bisogna considerare l'eventualità di un intervento.

In questa fase devono essere evitati tutti gli elementi di disturbo e gli stimoli sensoriali che potrebbero distrarre la partoriente dalla necessaria concentrazione

3.1. Cateterismo vescicale: per evitare la cateterizzazione, peraltro difficoltosa quando la testa fetale è totalmente impegnata, ed il rischio di infezioni delle vie urinarie ad essa connesso è sufficiente far urinare la donna all'inizio di questa fase.

3.2. Posizione della partoriente durante il periodo espulsivo. In teoria la donna dovrebbe poter scegliere la posizione che preferisce, ma in pratica gli operatori non sono addestrati ad assistere parti in posizioni diverse dalla litotomica ed è difficile ipotizzare un'immediata modifica delle abitudini. Una buona mediazione può essere quella della sedia parto, che garantisce la posizione litotomica semiseduta alla donna e la giusta altezza per controllare il piano perineale all'operatore.

Indagini hanno evidenziato che la posizione eretta è risultata preferibile dalle donne che la avevano sperimentata, poiché aveva consentito maggiore libertà di movimento ed una maggiore sopportazione del dolore. E' stato anche dimostrato che quando il parto avviene in posizione eretta il feto è ossigenato meglio e presenta minor grado di acidosi.

3.3. Spinte spontanee: devono essere incoraggiate solo quando la donna sente l'urgenza di spingere. Non c'è evidenza di efficacia per la madre ed il feto da manovre di aiuto nelle spinte, né dalla spinta sul fondo dell'utero (manovra di Kristeller). Anche la manovra di Valsalva (espirazione a glottide chiusa) è inutile o dannosa.

3.4. Manovre di sostegno del perineo: non esiste evidenza che riducano i traumi perineali ed il rischio di incontinenza urinaria o prolasso genitale a distanza dal parto.

3.5. L'episiotomia sistematica non è raccomandata. L'episiotomia mediana è indicata nei casi di insufficiente progresso del parto, parto vaginale operativo, minaccia di lacerazioni di terzo grado, precedenti lacerazioni di terzo grado, sofferenza acuta in periodo espulsivo. La percentuale ottimale indicata dai trial, senza complicazioni per la madre e per il bambino, è del 10 %. Deve essere praticata previa anestesia locale ed adeguata informazione alla partoriente.

4. Terzo stadio del travaglio: assistenza al secondamento

*Fisiologicamente il secondamento avviene, dal momento dell'espulsione del feto, in un tempo variabile da 20 a 60 minuti.
In questa fase l'assistenza è finalizzata a controllare il pericolo di emorragie e la ritenzione della placenta.*

4.1. Trattamento assistenziale passivo: è il trattamento assistenziale di scelta nel parto naturale. Può essere favorevolmente sfruttata la funzione ossitocica della suzione del neonato.

4.2. Trattamento assistenziale attivo: l'emorragia post-partum e la ritenzione della placenta sono complicazioni quasi sempre prevedibili poiché si associano a nascite multiple, polidramnios, travaglio complicato (prolungato, ostruito, parto strumentale). La maggior parte può quindi essere prevenuta con la somministrazione di ossitocici (ossitocina, ergometrina) subito dopo il disimpegno delle spalle. Non è stato possibile chiarire l'associazione tra ossitocici ed alcuni eventi gravi, quali infarto del miocardio, emorragia cerebrale, eclampsia post-partum, edema polmonare a causa della rarità di questi eventi. Le evidenze disponibili suggeriscono di preferire l'ossitocina all'ergometrina nella profilassi delle complicanze del terzo stadio.

4.3. Procedura attiva combinata: non ci sono prove di efficacia dell'assistenza al secondamento con l'associazione di ossitocina e trazione del funicolo nelle donne a basso rischio. La trazione del funicolo permette di estrarre rapidamente la placenta e di evitare emorragie, ma non è scevra da rischi, quali la rottura del cordone (3 % dei casi) e l'inversione dell'utero. Quando il parto avviene in posizione eretta il secondamento è più rapido, ma le perdite ematiche maggiori; inoltre in questi casi non è possibile la trazione sul cordone.

4.4. Il clampaggio tardivo del funicolo (o nessun clampaggio) è la modalità fisiologica di trattare il cordone, poichè è dimostrato che comporta benefici al neonato. Infatti, se il feto rimane per tre minuti (tempo in cui in genere cessano le pulsazioni) o più al livello del piano vulvare o al di sotto riceve una trasfusione di circa 80 ml di sangue. Gli eritrociti emolizzati entro i primi giorni di vita producono un'accentuazione senza problemi dell'ittero fisiologico ed un deposito di ferro tale da evitare l'anemia del lattante. Viceversa il cordone deve essere clampato immediatamente nelle donne a rischio di emorragia o ritenzione della placenta, sottoposte alle procedure attive di assistenza al secondamento e nei casi di isoimmunizzazione materno-fetale.

4.5. Lavaggi e revisioni routinarie dell'utero sono inutili o dannose.

5. Assistenza nel post-partum

L'osservazione della puerpera deve protrarsi per almeno due ore dopo il parto

5.1. Somministrazione parenterale di ossitocina, deve continuare se è stata iniziata in corso di parto e se le perdite ematiche sono superiori a 500 ml.

5.2. Manovre di premitura: non esiste evidenza che l'esecuzione prevenga la sub-involuzione uterina, ma un leggero massaggio addominale può essere utile a migliorare la contrattilità uterina.

6. Assistenza al neonato sano

6.1. L'integrazione delle cure al neonato: Le cure neonatali devono essere il risultato di una stretta collaborazione tra ostetrico, neonatologo ed anestesista, che sono tenuti a conoscere, prima della nascita, le condizioni fisiche, psichiche e sociali della partoriente e del suo partner e ad acquisire tutte le informazioni utili ad organizzare ogni tipo di intervento assistenziale che si renda necessario al momento del parto. E' opportuno, se possibile, un colloquio tra il neonatologo e la madre per valutare le condizioni psico-fisiche in vista della promozione dell'allattamento al seno.

6.2. Il coinvolgimento del padre in ogni fase della nascita, è essenziale per l'accettazione serena del bambino da parte di ambedue i genitori e per il sostegno psicologico della madre.

6.3. La protezione dagli stimoli sensoriali inutili: la sala parto deve essere riscaldata, poco illuminata, lontana dai rumori del reparto, per favorire la concentrazione della partoriente ed evitare di aggredire il neonato con stimoli sensoriali aggiuntivi a quelli derivanti dalla separazione dall'ambiente uterino.

6.4. Il controllo delle perdite di calore è essenziale per evitare il raffreddamento e i conseguenti problemi metabolici.

6.5. Il clampaggio e taglio del cordone tardivo: dopo il taglio e prima dell'applicazione della pinza ombelicale si raccoglie il campione di sangue dal cordone per gli esami di routine (gruppo, Coombs). Non bisogna effettuare la premitura del funicolo, né verso la madre, né verso il bambino.

6.6. L'aspirazione delle prime vie aeree: è scorretto rimuovere con un dito i muchi dalla bocca del neonato e non è necessario aspirare i neonati che stanno bene, né effettuare sondaggi di esofago, coane ed ano in assenza di segni sospetti di malformazioni.

6.7. Il primo contatto madre/bambino: deve essere precoce per favorire l'attaccamento, nonché la colonizzazione del neonato con i germi materni, piuttosto che con la flora ospedaliera selezionata. Dopo il taglio del cordone il neonato, asciugato e ben coperto con teli caldi, può essere messo tra le braccia della madre e se la madre lo desidera può essere attaccato per qualche attimo al seno. Bisogna valutare le condizioni ambientali ed organizzative (silenzio, intimità, microclima) prima di introdurre acriticamente alcune procedure di umanizzazione, quali il contatto pelle-pelle completo dopo la nascita, che deve essere fatto in condizioni ambientali idonee e soprattutto se la madre sta bene e lo desidera.

6.8. Il primo colloquio con il neonatologo: ha il fine di rassicurare i genitori sulla salute del bambino; il neonatologo deve essere attento a cogliere le rare, ma possibili difficoltà di accettazione del bambino ed a sostenere la coppia nell'affrontarle.

6.9. Il rooming-in: se la madre sta bene ed il bambino non ha problemi devono stare nella stessa stanza per iniziare e proseguire l'allattamento al seno senza imposizioni di orari. Questo modello organizzativo non solleva il personale medico ed infermieristico dall'obbligo delle cure al bambino, anzi richiede un'attenzione maggiore per rassicurare e sostenere la madre nella promozione dell'allattamento al seno. Nei rari casi in cui le condizioni della struttura non consentano il rooming-in si deve almeno adottare la prassi di lasciare i neonati per lunghi periodi accanto alla madre.

6.10. L'allattamento al seno: l'allattamento al seno non assicura solo il migliore nutrimento possibile per il neonato, ma favorisce anche il processo di attaccamento. Le prove di efficacia sono categoriche. La madre deve essere informata e sostenuta nel promuoverlo e nel conservarlo. L'informazione deve, tuttavia, rispettare anche la libertà della donna di scegliere come nutrire il suo bambino.

6.11. Visitatori: non c'è la dimostrazione di inquinamento batterico associato alle visite dei fratellini, dei nonni e di altri familiari.

6.12. Esercitazioni di Puericultura ai genitori: il personale infermieristico deve approfittare della permanenza nel Centro Nascita, soprattutto delle madri di primogeniti, per insegnare le procedure di puericultura pratica, accogliendo i genitori nel nido per qualche esercitazione.

6.13. Bilancio di salute: prima della dimissione il neonatologo, fa il primo bilancio di salute insieme ad ambedue i genitori; solo in casi particolari, allattamento artificiale, bambino di basso peso, gemelli è indicata la prescrizione precoce di polivitaminici.

Assistenza durante il puerperio

Al momento della dimissione, è necessario dare alla donna una relazione puntuale sull'assistenza ricevuta nel Centro Nascita.. Le informazioni saranno necessarie alle strutture territoriali per dare continuità alle cure. Si completa in questo modo il circolo virtuoso di un percorso- gravidanza, parto, puerperio-, che ha garantito la necessaria continuità delle cure attraverso la collaborazione tra operatori dei Centri Nascita e delle Strutture Territoriali.

7.1. Procedure utili prima della dimissione è opportuno praticare la vaccinazione antirosolia alle madri non immuni e dare informazioni sulla contraccezione.

7.2. La dimissione precoce, entro le 24-36 ore dal parto, è procedura utile a ridurre al minimo indispensabile la separazione della madre e del neonato dalla famiglia (il neonato potrà essere ricondotto in ospedale per effettuare gli screening). La dimissione precoce presuppone un efficiente collegamento ospedale-territorio, in assenza del quale specie le madri di condizione sociale disagiata potrebbero non avere al loro domicilio il necessario supporto nella delicata fase del puerperio e delle cure al neonato.

7.3. L'assistenza domiciliare al puerperio: l'équipe consultoriale deve prevedere una programmazione congiunta con gli operatori del Centro Nascita e dei servizi sociali, per l'attivazione dell'assistenza al puerperio, con l'offerta di interventi domiciliari mirati alle puerpere a rischio socio-sanitario.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Basevi V., Cerrone L., Gori G.
Resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia. Ruolo dei media e medicina di comunità. *Epidemiologia e Prevenzione* 18, 194, 1994
2. WHO. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group.
Geneva, 1999
3. The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software
4. Rapporto sulla Natalità in Campania. 2000
Osservatorio Epidemiologico Regionale - Istituto di Igiene e Medicina Preventiva- Univ. Federico II
5. ISTAT. Nascite: Caratteristiche demografiche e sociali. 1996
6. Baglio., Salinetti S., Spinelli A.
Gravidanza, aborto spontaneo e volontario in Campania. ISS-Rapporti ISTISAN 99/21
7. Donati S., Spinelli A., Grandolfo M., Baglio G., Andreozi S., Pediconi M., Salinetti S.
L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann. ISS*, vol.35, n.2, 1999
8. Pizzuti R., de Campora E., Lodato S. Parti cesarei in Campania.
BEN: Notiziario I.S.S., vol.14, N.5, maggio 2001
9. D.Lgs. 26/03/2001, n. 151: disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della L. 8 marzo 2000, n. 53. G.U. 26/4/01, n. 96, S.O.
10. L. 08/03/2000, n. 53: Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità. G.U. 13/3/00, n. 60.
11. D.M. 10/09/1998: protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità. G.U. 20/10/98, n. 245.
12. Linee guida SIEOG, Editeam, 2002
13. Requisiti e Raccomandazioni per l'Assistenza Perinatale, 3^a edizione, SEE 1999