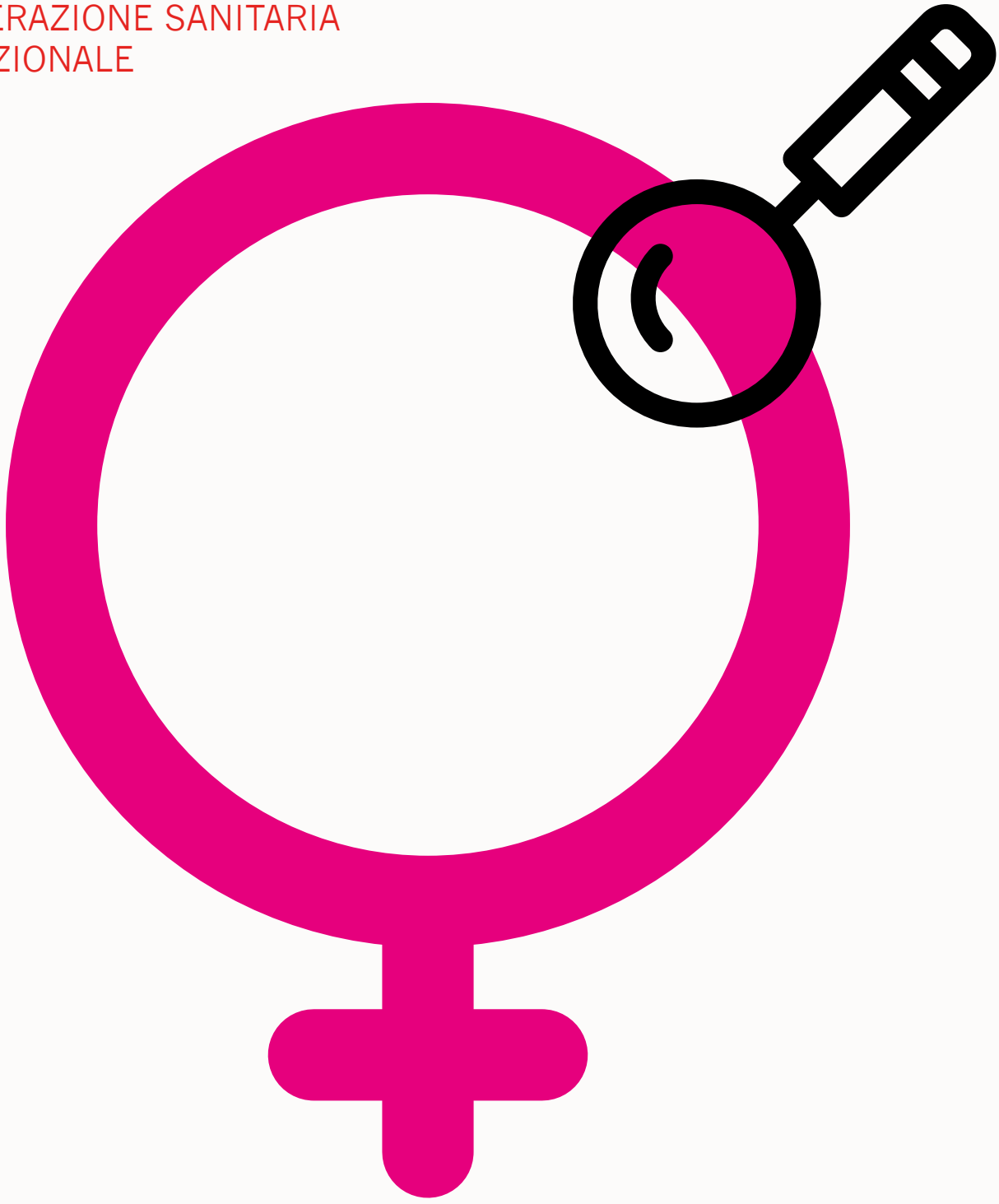
REGIONE TOSCANA

Centro Salute Globale

MEYER

RACCOMANDAZIONI E BUONE PRATICHE TECNICO PROFESSIONALI PER L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL NEONATO NEGLI INTERVENTI DI COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE



REGIONE TOSCANA

Centro **Salute Globale**

MEYER

RACCOMANDAZIONI E BUONE PRATICHE TECNICO PROFESSIONALI PER L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA, AL PARTO E AL NEONATO NEGLI INTERVENTI DI COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

Gruppo di redazione:

Sonia Baccetti, Rita Breschi, Cinzia Bronchi,
Maria Josè Caldès Pinilla, Isabella Chirdo, Pasqua Cianciolo,
Daniela Cuomo, Beatrice Fenu, Cinzia Frongia, Andrea Grillo,
Nicole Mascia, Mirjam Mie, Martina Luisi, Ilaria Orlandi,
Rossella Peruzzi, Teresa Repetto, Luca Scali, Barbara Tomasini,
Agnese Torricelli, Vittorio Villa, Stefano Zani.

Indice

4 PREMESSA

5 **1. CORNICE ISTITUZIONALE E VISION DEL CSG**
6 1.1 La salute materna
7 1.2 La salute del bambino
7 1.3 La vision e le raccomandazioni del CSG

9 **2. ANTENATAL CARE**
10 2.1 Buone pratiche e raccomandazioni per l'assistenza della donna in gravidanza e per una positivae sperienza della nascita
10 2.2 Le nuove linee guida WHO
11 2.3 Le raccomandazioni basilari per le consultazioni prenatali
12 2.4 Il calendario delle visite prenatali
13 2.5 Interventi e attività da effettuare durante le visite prenatali

14 **3. INTRAPARTUM CARE**
15 3.1 Buone pratiche e raccomandazioni per l'assistenza intra partum (Essential intrapartum and newborn care / EINC)
15 3.2 Le pratiche EINC raccomandate durante il periodo Intrapartum
15 3.3 Le pratiche EINC raccomandate per la cura del neonato al momento della nascita
16 3.4 Interventi non necessari durante il travaglio e il parto
16 3.5 WHO Safe Childbirth Checklist
18 3.6 Uso del Partogramma
18 3.7 Tempistiche di clampaggio del funicolo
19 3.8 Contatto Pelle a Pelle fra madre e neonato

20 **4. POSTNATAL CARE**
21 4.1 Buone pratiche e raccomandazioni per l'assistenza post natale
21 4.2 Il contesto
22 4.3 Le Linee Guida "Postnatal care for mothers and newborns. Highlights from the WHO, 2013"
22 4.4 Sintesi delle raccomandazioni n. 1·2·3, riferite a tutte le mamme e i bambini
23 4.5 Sintesi delle raccomandazioni n. 4·5·6·7, riferite ai neonati
24 4.6 Sintesi delle raccomandazioni n. 8·9·10·11·12, riferite alle madri

25 Riferimenti generali e trattamento della patologia

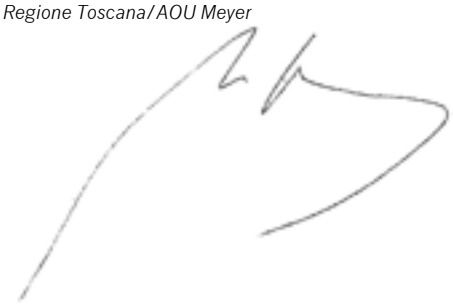
Premessa

Gli interventi di Cooperazione Sanitaria realizzati attraverso l'impegno della Regione Toscana hanno la stringente esigenza di perseguire l'efficienza e l'efficacia, per un uso etico delle risorse. Il presente documento, che parte dalle pratiche di promozione della fisiologia e non dimentica gli aspetti della cura delle più frequenti patologie, rappresenta una guida snella alle buone pratiche in ambito di assistenza al percorso nascita, cogliendo obiettivi cruciali quali:

1. Evidenziare le linee generali e le raccomandazioni più solide, basate sulle migliori e più attuali evidenze della letteratura (WHO ed altre agenzie)
2. Guidare la scrittura dei progetti di miglioramento degli esiti di salute, nonché il loro monitoraggio e valutazione, sulla base di raccomandazioni ed evidenze scientifiche solide
3. Rendere accessibili in forma sintetica le linee guida e gli articoli scientifici più rappresentativi
4. Rendere fruibili ed a disposizione di tutti le buone pratiche che hanno avuto successo sul campo

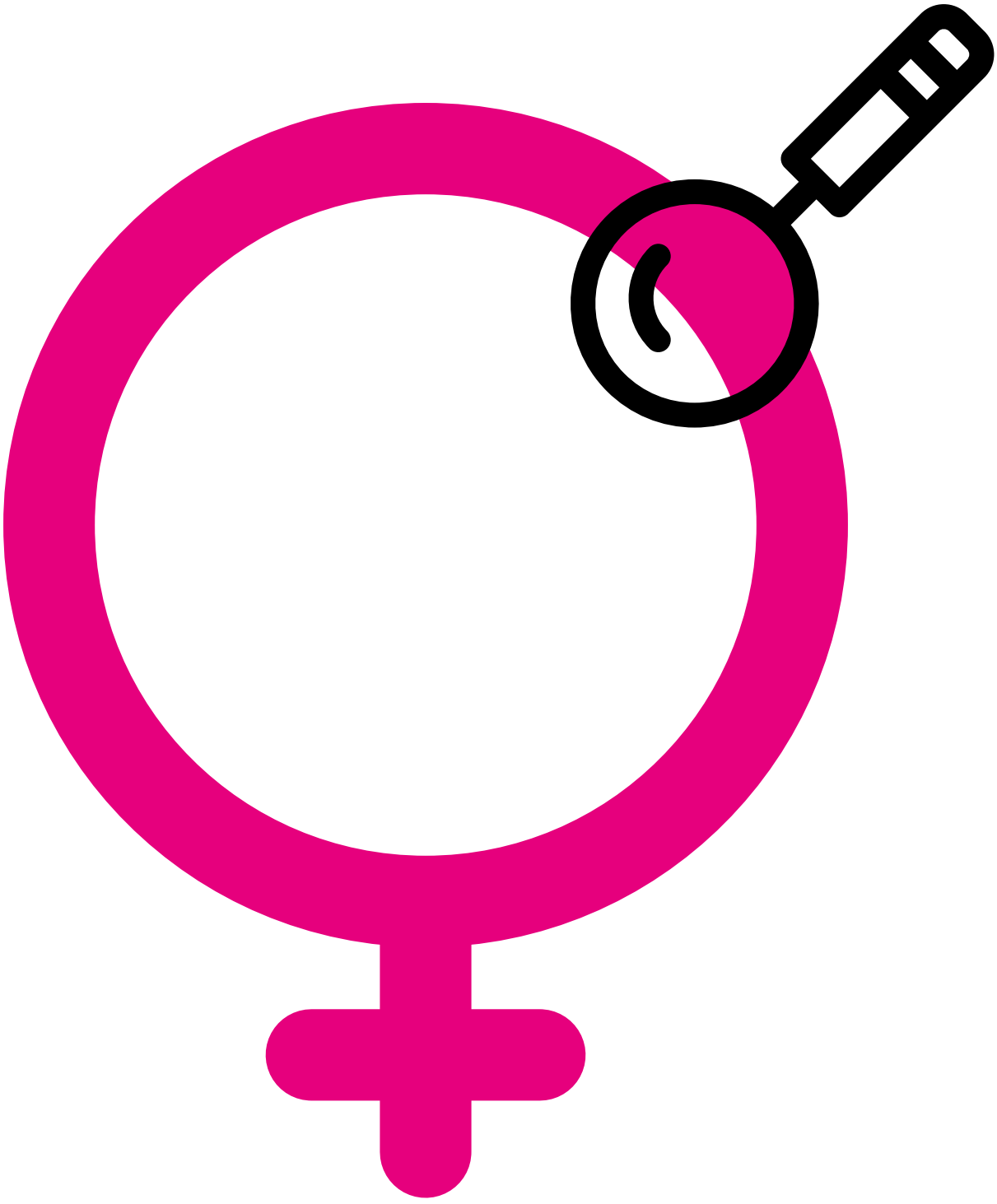
Ringraziamo i professionisti che il Centro di Salute Globale ha coordinato nella stesura del testo, auspicando che il nostro lavoro sia di utilità per tutti coloro che si impegnano nella promozione della salute materno infantile nei luoghi del mondo in cui partorire, nascere e crescere è ancora una sfida che non ha nulla di scontato.

Maria Josè Caldès Pinilla
Direttrice Centro Salute Globale,
Regione Toscana/AOU Meyer



Rita Breschi
Ostetrica UslToscana Centro/Centro Salute Slobale,
Regione Toscana/AOU Meyer

1.Cornice istituzionale e vision del CSG



1.Cornice istituzionale e vision del CSG

1.1 La salute materna

La mortalità materna è ancora inaccettabilmente alta, nonostante una notevole riduzione avvenuta negli ultimi anni. Si stima che nel 2015 circa 303.000 donne siano morte per complicazioni legate alla gravidanza o al parto (circa 830 donne al giorno).

Nel 2015 il tasso di mortalità materna nei paesi poveri è stato di 239 per 100.000 nati vivi rispetto a 12 per 100.000 nati vivi nei paesi industrializzati. Quasi tutte le morti materne (99%) si verificano nei paesi poveri, più della metà di queste morti si verificano in Africa sub-sahariana e quasi un terzo si verificano in Asia meridionale. L'elevato numero di morti materne in alcune aree del mondo riflette le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e mette in evidenza il divario tra ricchi e poveri. Più della metà delle morti materne avvengono in ambienti fragili e deprivati e la maggior parte di queste morti avrebbe potuto essere evitata con semplici interventi preventivi e curativi.
Il rischio di mortalità materna è più alto per le ragazze sotto i 15 anni e le complicazioni durante la gravidanza e il parto sono una delle principali cause di morte tra le adolescenti nei paesi poveri.

Le donne nei paesi poveri hanno molte più gravidanze rispetto alle donne nei paesi sviluppati ed il loro rischio di morte durante l'età riproduttiva è molto alto. La probabilità che una donna ha di morire per cause correlate alla gravidanza è di 1 su 4.900 nei paesi sviluppati, rispetto a 1 su 180 nei paesi poveri ed addirittura di 1 donna su 54 nei paesi identificati come Stati fragili*.

Le morti materne avvengono a causa di complicazioni durante e dopo la gravidanza ed il parto. Le principali complicanze che sono la causa di quasi il 75% di tutti i decessi materni sono:

1. Grave sanguinamento (soprattutto emorragia post partum)
2. Infezioni (di solito dopo il parto)
3. Pressione sanguigna alta durante la gravidanza (pre-eclampsia e eclampsia)
4. Complicazioni varie durante il parto
5. Aborti a rischio

Condizioni patologiche pre-esistenti diventano più gravi durante la gravidanza: malaria, HIV / AIDS, anemia e malnutrizione comportano notevoli complicazioni materne e neonatali ed aumentano le probabilità di morte in situazioni in cui la prevalenza di queste condizioni è alta. Nuovi dati suggeriscono che le donne che sono state oggetto di mutilazione genitale femminile (MGF) sono significativamente più a rischio di avere complicazioni durante il parto e per questo motivo tale condizione deve essere identificata in tempo. La violenza di genere, l'esposizione ai rischi sul luogo di lavoro, la depressione alla fine della gravidanza e durante il periodo post-natale, sono problemi di salute pubblica aggiuntivi che spesso sono sottovalutati.

*OCSE:
«Uno Stato è fragile quando non intende o non è in grado di assumere le necessarie funzioni per la lotta contro la povertà, la promozione dello sviluppo, la sicurezza della popolazione e il rispetto dei diritti dell'uomo»

1.2 La salute del bambino

A livello globale è stato fatto un grande progresso nella riduzione della mortalità dei bambini sotto i cinque anni; rimane comunque considerevole il numero dei bambini che ancora muoiono per cause prevenibili come complicazioni durante il travaglio e il parto, prematurità, polmonite, diarrea, sepsi e malaria. Quasi la metà di tutti i morti sotto i cinque anni sono associati con la denutrizione.
La sfida più grande nella riduzione della mortalità infantile si concentra nel periodo temporale intorno alla nascita; il 45% dei decessi dei bambini sotto i cinque anni si verifica nel periodo neonatale dove i primi 28 giorni di vita sono i più critici.

Nel 2015, 2.7 milioni di bambini sono morti durante i primi 28 giorni di vita e 2.6 milioni di bambini sono nati morti. Nell'Africa sub-sahariana, si stima che 900.000 bambini muoiano durante le ultime dodici settimane di gravidanza. I nati morti antepartum sono riconducibili a una serie di cause, tra cui le infezioni materne e le complicazioni durante la gravidanza.

I neonati subiscono conseguenze dai problemi che hanno complicato la gravidanza, come le nascite pretermine e altri fattori che influenzano la crescita (ad esempio le infezioni congenite e la sindrome alcolica fetale). La famiglia, il contesto e le credenze nella comunità influenzano la salute durante la gravidanza, positivamente o negativamente. Alcune culture promuovono alimenti speciali e il riposo durante la gestazione, ma in altre la gravidanza non ha alcun riconoscimento. In questi casi, le donne continuano a lavorare duramente, e tabù nutrizionali possono privarle di nutrienti essenziali, aggiungendo nuovi problemi a carenze nutrizionali croniche (ferro, proteine e alcune vitamine).

Tuttavia, la maggior parte dei decessi infantili sono facilmente prevenibili con interventi collaudati e prontamente disponibili. Il tasso di riduzione della mortalità infantile può accelerare notevolmente se si concentrano gli interventi sulle regioni con i più alti livelli di mortalità come l'Africa sub-sahariana e l'Asia meridionale.

1.3 La vision e le raccomandazioni del CSG

Il Centro di Salute Globale (CSG), frutto di un'alleanza innovativa tra Aziende Sanitarie, Governo Regionale ed Università, coordina le iniziative regionali relative alle tematiche di salute globale (migrazione e salute, disuguaglianze in salute e sistemi sanitari, malattie tropicali, cooperazione sanitaria internazionale). In questa logica il CSG promuove e realizza progetti di cooperazione sanitaria internazionale orientati all'equità, alla lotta alle diseguaglianze ed all'accessibilità dei servizi sanitari, cercando di rafforzare in primis i sistemi sanitari locali nel loro complesso.
I progetti sono realizzati in loco da Enti Locali, Aziende Sanitarie, Enti Pubblici, soggetti privati senza finalità di lucro, associazioni che diventano ponte tra il CSG e il terreno di intervento per garantire l'efficacia della strategia e l'aderenza alla vision.

I principali ambiti di azione dei progetti di cooperazione concorrono:

1. alla formazione del personale sanitario
2. all'assistenza tecnico-istituzionale
3. ad interventi sugli ospedali e sul territorio nella logica della Primary Health Care
4. ad interventi nelle comunità locali
5. all'informazione e all'educazione alla salute delle comunità locali e di quelle migrate in Toscana
6. alla ricerca scientifica ed allo sviluppo dell'innovazione in ambito sanitario

1.Cornice istituzionale e vision del CSG

La salute materno-infantile rappresenta un tema prioritario delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale ed attualmente il CSG, in linea con le strategie nazionali e regionali di cooperazione, concentra l'area di intervento sui quadranti geo-politici più prossimi, come l'Africa sub Sahariana ed il Mediterraneo.

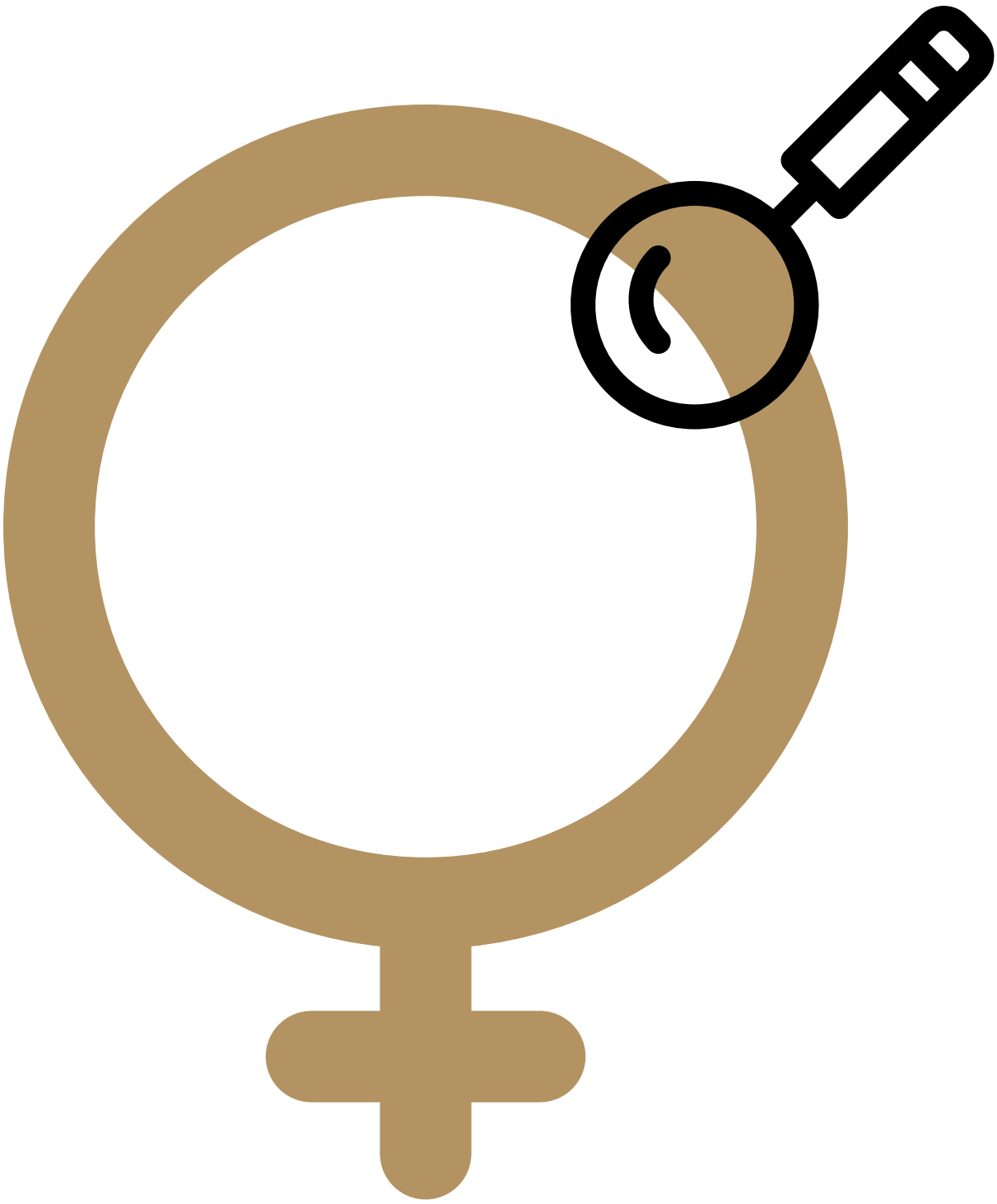
Le cure perinatali sono un'opportunità fondamentale per gli operatori sanitari di fornire assistenza, sostegno e informazioni alle popolazioni locali, un momento cruciale per promuovere comportamenti sani e adeguati stili di vita, tra cui una buona alimentazione, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi delle malattie, la consulenza per la pianificazione familiare, il monitoraggio della crescita del bambino.
Le stesse attività devono essere garantite alle comunità migrate in Toscana che possono diventare catalizzatori per la diffusione delle informazioni anche nei paesi di origine.

Allo scopo di condividere la cultura di base, rendere efficaci ed omogenei gli interventi sanitari, dare visibilità alle buone pratiche che hanno avuto successo ed al lavoro prezioso che i gruppi conducono da anni in situazioni di grande disagio, il CSG mette a disposizione il presente documento. Lo strumento ha l'obiettivo di facilitare la pratica dei sanitari che si avvicendano nelle varie situazioni operative ed è realizzato in collaborazione con gli stessi attori coinvolti sul campo nei progetti in essere.

Per la stesura del documento è stato utilizzato un metodo partecipativo, attraverso il lavoro per gruppi su argomenti definiti. La partecipazione è stata spontanea, la pianificazione del lavoro è stata suddivisa in 4 gruppi che hanno elaborato i capitoli del documento:

- CORNICE ISTITUZIONALE E VISION DEL CSG
- ANTENATAL CARE
- INTRAPARTUM CARE
- POSTNATAL CARE

2. Antenatal Care



2. Antenatal Care

2.1 Buone pratiche e raccomandazioni per l'assistenza della donna in gravidanza e per una positiva esperienza della nascita

All'inizio dell'era del Sustainable Developement Goals (SDGs)*, la mortalità e la morbilità prevenibile correlata alla gravidanza rimangono inaccettabilmente alte. Nonostante siano stati compiuti sostanziali miglioramenti, i paesi coinvolti hanno bisogno di consolidare e incrementare questi progressi e di espandere le loro agende per andare oltre la sopravvivenza, con una visione che massimizzi la salute e i potenziali delle loro popolazioni. La qualità e la sicurezza delle cure e la positiva esperienza della donna circa le cure ricevute sono le chiavi per migliorare le cure prenatali e creare famiglie e comunità prospere.

*Obiettivi di sviluppo comuni a tutti i paesi del mondo, promulgati dalle Nazioni Unite nel 2016 e validi fino al 2030.

2.2 Le nuove linee guida WHO

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/1/WHO-RHR-16.12-eng.pdf

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promulgato nel Novembre 2016 una nuova serie di raccomandazioni per migliorare la qualità delle consultazioni prenatali (CPN - ANC). L'obiettivo del pacchetto è quello di preparare la nascita e la genitorialità, nonché prevenire, individuare, alleviare, e gestire i tre principali problemi di salute che interessano madri e bambini durante la gravidanza:

- complicanze della gravidanza stessa
- condizioni pre-esistenti che peggiorano durante la gravidanza
- effetti di stili di vita insalubri

Le visite prenatali (ANC: antenatal clinic) si definiscono come l'insieme delle cure che una donna riceve durante la gravidanza, in base alla sua situazione individuale al fine di assicurare un esito favorevole della gravidanze per se stessa e il suo nuovo nato.
Nello specifico le visite prenatali hanno i seguenti obiettivi di salute:

- ridurre il rischio di complicazioni della gravidanza e di morbilità/mortalità materna
- ridurre il rischio di nati morti
- aiutare le donne ad avere un'esperienza positiva della gravidanza e della nascita

Focalizzando l'attenzione su un'esperienza di gravidanza positiva, le nuove linee guida mirano a garantire non solo una gravidanza sicura per la madre e il bambino, ma anche un efficace passaggio verso un travaglio ed un parto positivi e, infine una esperienza positiva della maternità.

Una caratteristica importante di queste linee guida è la loro completezza. Non solo forniscono raccomandazioni sugli standard di valutazione materne e fetali, ma anche spaziano sulla nutrizione durante la gravidanza, sulla prevenzione e il trattamento di problemi comuni (nausea, bruciore gastrico, ecc), e sugli interventi di prevenzione in determinati contesti geografici (malaria, HIV, tubercolosi, sifilide, ecc.).
Le linee guida includono anche raccomandazioni sulla modalità di counseling in caso di sospetta violenza domestica ed una guida ai servizi di assistenza prenatale che tiene conto dei contesti diversi in cui vengono erogati.

La cura prenatale è un'opportunità fondamentale per gli operatori sanitari per fornire assistenza, sostegno e informazioni alle donne in gravidanza, per la promozione di un sano stile di vita, per il rilevamento e la prevenzione delle malattie, e infine una grande opportunità di consulenza per promuovere la pianificazione familiare.

Il nuovo modello di assistenza prenatale WHO prevede di incrementare da quattro a otto il numero di contatti consigliati fra la donna in gravidanza e i servizi che erogano le cure. Recenti evidenze indicano che una maggiore frequenza di contatti prenatali con il sistema sanitario da parte di donne e ragazze adolescenti è associato ad una minore probabilità di nati morti e complicanze materne, grazie alla maggiore opportunità di rilevare e gestire potenziali problemi.

www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/

Da quanto detto, si chiarisce che il concetto di "contatto" fra la donna e coloro che erogano la consultazione prenatale, più volte ribadito nei documenti divulgati, dovrebbe rappresentare più di una semplice "visita", ma piuttosto la garanzia di assistenza e di sostegno durante tutta la gravidanza.
Il termine "contatto" implica una relazione attiva tra una donna in gravidanza e coloro che la prendono in cura.

2.3 Le raccomandazioni basilari per le consultazioni prenatali:

- Un minimo di otto contatti di assistenza prenatale per ridurre i decessi perinatali e materni, e migliorare l'esperienza delle donne
- Counselling su una dieta sana, su uno stile di vita attivo durante la gravidanza, e sulla prevenzione degli incidenti domestici
- Supplementazione giornaliera di acido folico e ferro per via orale per prevenire l'anemia materna, sepsi puerperale, basso peso alla nascita e parto pretermine
- Vaccinazione antitetanica, per tutte le donne in gravidanza per prevenire la mortalità neonatale da tetano
- Riconoscimento e gestione delle complicanze legate alla gravidanza, in particolare la preeclampsia
- Riconoscimento e trattamento di malattia preesistenti o concomitanti che potrebbero complicarsi durante la gravidanza
- Promozione dell'uso di zanzariere medicate e del trattamento preventivo intermittente della malaria in gravidanza (IPTp)
- Assicurare una ecografia entro la 24a settimana (meglio entro la prima metà della gravidanza) per stimare l'età gestazionale, ridurre l'induzione del travaglio per la gravidanza post-termine, individuare la diagnosi di anomalie fetali e di gravidanze multiple
- Chiedere a tutte le donne in gravidanza se fanno uso di alcol e di altre sostanze (nel passato e nel presente) il più presto possibile in gravidanza, e ad ogni visita prenatale
- Informare ed educare al riconoscimento di segnali di pericolo per la donna e il neonato, e fornire collaborazione nella preparazione di un piano per il raggiungimento delle strutture sanitarie alla fine della gravidanza o all'avvio del travaglio e per il trasporto in ospedale in caso di emergenze
- Aiutare la gestante e il suo compagno a prepararsi alla nascita e alla cura del bambino, in particolare per l'inizio dell'allattamento esclusivo al seno
- Promuovere la pianificazione familiare postnatale

http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf

L'assistenza prenatale facilita l'identificazione e la gestione delle complicanze della gravidanza, particolarmente della pre-eclampsia. Favorisce anche il riconoscimento e il trattamento di malattie concomitanti, anche quelle sessualmente trasmissibili, in particolare della sifilide e delle infezione da HIV, e la sorveglianza della salute mentale. Anche la prevenzione della malaria in gravidanza, e in particolare la promozione dell'uso di zanzariere impregnate di insetticida, aumenta la consapevolezza delle madri rispetto ai bisogni di salute e cura di sé, dell'igiene della casa e del neonato. La trasmissione di informazioni circa il riconoscimento dei segnali di pericolo e la focalizzazione anticipata delle tematiche logistiche e finanziarie relative al bisogno di trasferimento in caso di emergenza, aiuta le famiglie a prepararsi per tempo, sviluppando un piano per il parto e per eventuali complicazioni.
Durante i colloqui non viene mai tralasciato il tema dei vantaggi dell'allattamento al seno prolungato, della pianificazione familiare e della necessità di distanziare le nascite, cercando anche di coinvolgere il partner e di considerarne il ruolo di appoggio all'intera esperienza della nascita.

2.4 Il calendario delle visite prenatali

Le visite devono essere organizzate secondo il seguente calendario.

Contatto 1:	**Entro 12 settimane**
SECONDO TRIMESTRE	
Contatto 2:	**20 settimane**
Contatto 3:	**26 settimane**
TERZO TRIMESTRE	
Contatto 4:	**30 settimane**
Contatto 5:	**34 settimane**
Contatto 6:	**36 settimane**
Contatto 7:	**38 settimane**
Contatto 8:	**40 settimane**
RICOVERO PER PARTO A 41 SETTIMANE	

Al primo contatto a 12/13 settimane
Routine, valutazione anemia, test HIV, sifilide, epatite B, ricerca segni clinici di tubercolosi, ricerca batteriuria asintomatica, controllo stato vaccinazione antitetanica ed esecuzione vaccinazione se necessario (come da calendario).

Al secondo contatto a 20 settimane
Routine, ecografia (se disponibile), trattamento antielmintico, trattamento preventivo antimalarico, trattamento batteriuria se presente.

Al terzo contatto a 26 sett.
Routine, valutazione anemia, controllo batteriuria e suo eventuale trattamento, trattamento preventivo antimalarico

Al quarto contatto a 30 sett.
Routine, trattamento preventivo antimalarico

Al quinto controllo a 34 sett.
Routine, controllo batteriuria, trattamento preventivo antimalarico

Sesto controllo a 36 sett.
Routine, valutazione anemia, trattamento preventivo antimalarico,

Al settimo controllo a 38 sett.
Routine

All' ottavo controllo a 40 sett.
Routine, trattamento preventivo antimalarico

Ricovero a 41 settimane
se il parto non è avvenuto

2.5 Interventi e attività da effettuare durante le visite prenatali.

Ad ogni contatto o visita prenatale

- Counseling orientato alla raccolta di informazioni sullo stato psicosociale della donna e sulla eventuale presenza di violenze domestiche.
- Counseling su alimentazione e stili di vita sani (consumo caffeina, tabacco, alcool, droghe)
- Riconferma della supplementazione giornaliera di Ferro e Acido Folico
- Valutazione di glicemia, proteinuria
- Valutazione peso, PA
- Trattamento preventivo antimalarico dal secondo trimestre, una volta al mese, somministrare almeno quattro dosi
- Visita Ostetrica:
  - Manovre di Leopold (secondo e terzo trimestre)
  - Rilevazione misura Sinfisi/Fondo (dalla 24a settimana)
  - Auscultazione battito cardiaco fetale (dal secondo controllo)
- Valutazione e trattamento di problemi accessori:
  - Dolore gastrico
  - Varici
  - Lombosciatalgie
- Informare circa il riconoscimento dei segnali di pericolo per sé stessa e il neonato
- Compilare la cartella ostetrica che deve essere consegnata alla donna
- Stabilire la data del controllo successivo

Note e precisazioni:

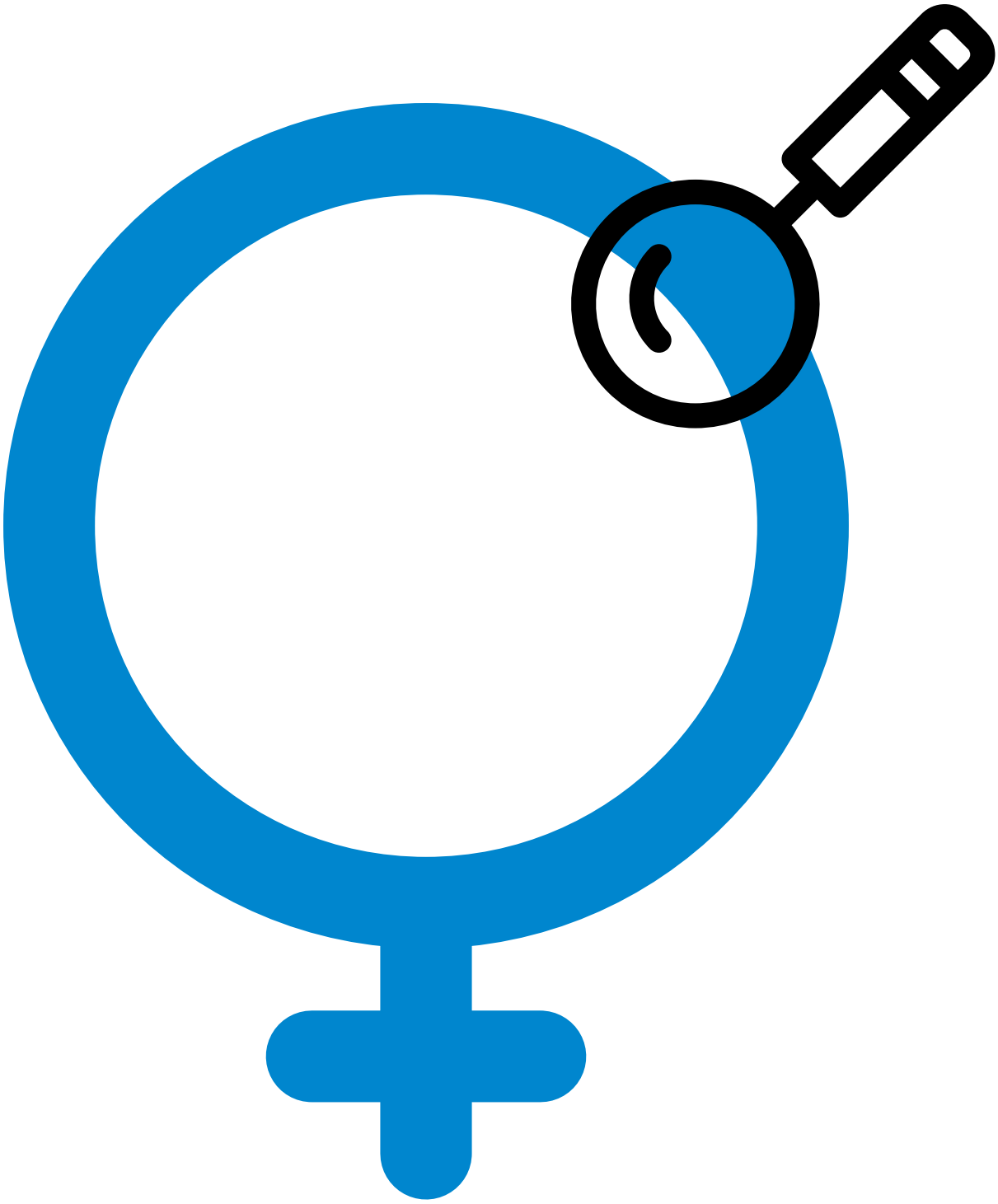
Vaccinazione antitetanica (IVA) secondo il seguente calendario:

1. dose: al primo contatto
2. dose: 1 mese dopo il primo
3. dose: 6 mesi dopo il secondo (o in una successiva gravidanza)
4. dose: 1 anno dopo il terzo (o in successiva gravidanza)
5. dose: 1 anno dopo il quarto (o in successiva gravidanza)

Trattamento intermittente della malaria:
la somministrazione di sulfadoxine pirimetamina si esegue dal secondo trimestre, una volta al mese, fino a raggiungere almeno quattro dosi

Trattamento antielmintico:
il trattamento con mebendazolo si esegue alla 16 sett. e successivamente si può ripetere alla 32 settimana.

3. Intrapartum care



3. Intrapartum care

3.1 Buone pratiche e raccomandazioni per l'assistenza intra partum (Essential intrapartum and newborn care / EINC)

Il set di raccomandazioni pratiche che seguono riguardano gli aspetti più cruciali del processo del parto e dell'assistenza al neonato, focalizzando le cosiddette "Cure Essenziali", Essential Intrapartum and Newborn Care (WHO/UNICEF 2015) e approfondendo nello specifico le tematiche relative a:

- Checklist Parto Sicuro (WHO Safe Childbirth Checklist)
- Uso del partogramma
- Tempistiche di clampaggio del funicolo
- Contatto pelle a pelle fra madre e bambino

Le pratiche EINC sono standard evidenced-based che promuovono qualità e sicurezza delle cure per le donne che partoriscono e per i loro neonati, entro 48 ore dalla nascita (periodo intrapartum che comprende travaglio, parto e post partum), fino ad una settimana di vita per il neonato. Sviluppate e testate sul campo da esperti internazionali e locali, le pratiche EINC riflettono le attuali conoscenze, distinguendo le pratiche da garantire alla madre e al neonato.

3.2 Le pratiche EINC raccomandate durante il periodo Intrapartum

- Sostegno continuo per la madre da parte di un compagno o di altra persona di sua scelta, durante il travaglio e il parto
- Possibilità di muoversi durante il travaglio
- Possibilità di scegliere la posizione durante il travaglio e il parto
- Uso di metodi non farmacologici per il controllo del dolore da parto, prima dell'offerta di partoanalgesia
- Spinta spontanea, non guidata
- Ricorso all'episiotomia solo se necessario
- Gestione attiva del terzo stadio del travaglio
- Uso del partogramma per il controllo della progressione del parto

3.3 Le pratiche EINC raccomandate per la cura del neonato al momento della nascita

- Immediata asciugatura del neonato
- Precoce contatto pelle a pelle tra madre e il neonato anche per favorire l'avvio precoce dell'allattamento al seno
- Clampaggio del funicolo con tempistica appropriata

3.4 Interventi non necessari durante il travaglio e il parto

Gli interventi non necessari durante il travaglio e il parto, da eliminare, sono i seguenti.
Per la madre:

- clisteri
- rasatura del pube
- restrizione di assunzione di liquidi e cibo
- uso di routine di liquidi per via endovenosa

Si specifica che la pressione sul fondo dell'utero per facilitare il periodo espulsivo (manovra di Kristeller) non deve essere praticata, perché può portare a lesioni materne e neonatali e a morte.

Per il neonato:

- aspirazione di routine
- bagno precoce
- separazione di routine dalla madre
- impronta del piede
- somministrazione di latte artificiale, sostituti del latte materno o di altre sostanze

http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-ENGLISH_updated_July2014.pdf
https://www.everynewborn.org/
http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/every-newborn-action-plan/

3.5 WHO Safe Childbirth Checklist

In relazione agli oltre 130 milioni di gravidanze che si verificano ogni anno, si stima che le morti materne siano 303.000. Per quanto riguarda invece i bambini, 2.6 milioni di essi nascono morti, e di questi circa la metà muore nell'imminenza della nascita (fresh stillbirth); successivamente 2.7 milioni vanno incontro ad una morte neonatale entro i primi 28 giorni dalla nascita. La maggior parte di queste morti si verificano in ambienti con scarse risorse e la maggior parte potrebbero essere evitate.

In risposta a questa situazione inaccettabile, il WHO ha sviluppato una Checklist per il parto sicuro (WHO Safe Childbirth Checklist), che sostiene e indica le pratiche essenziali per le cure materne e perinatali.
Il parto è caratterizzato da eventi sia routinari che inaspettati, e le complicazioni per la madre, il neonato, o entrambi possono accadere imprevedibilmente. La WHO Safe Childbirth Checklist aiuta gli operatori sanitari ad assicurare le pratiche essenziali durante la nascita, in considerazione di "momenti critici" che possono essere affrontati attraverso una sequenza di pratiche codificate che hanno dimostrato di ridurre i danni alle madri e neonati. Ogni elemento della Checklist è un'azione fondamentale che, se persa, può portare a gravi danni per la madre, il neonato, o entrambi. Lo strumento è stato sviluppato seguendo una metodologia rigorosa e testato in dieci paesi in Africa e in Asia, con uno studio multicentrico randomizzato e controllato sostenuto da OMS.

La lista di controllo indica come affrontare:

- le principali cause di mortalità materna (emorragie, infezioni, distocie e disturbi ipertensivi)
- le cause di morte neonatale intrapartum (assistenza durante il parto inadeguata)
- le morti neonatali (asfissia, infezioni e complicanze legate alla prematurità)

Nel progettare la lista di controllo, è stato considerato il flusso di routine degli eventi e il processo del parto è stato suddiviso in quattro sezioni specifiche, denominate Punti Pausa.

Punto Pausa 1: Ammissione

Il controllo della madre al momento del ricovero è importante per individuare e trattare le condizioni e le complicanze che lei può avere all'ingresso, per valutare il bisogno eventuale di essere trasferita ad altra struttura, per preparare lei e il suo compagno al travaglio e al parto, e per coinvolgere anche la coppia sul riconoscimento dei segnali di pericolo per cui si deve chiamare aiuto.

Punto Pausa 2: Prima delle spinte (o prima del Taglio Cesareo)

Il controllo della madre immediatamente prima della fase espulsiva (o del Taglio Cesareo) è importante per prepararsi per la routine e per individuare e trattare le complicanze o gli eventi critici che potrebbero verificarsi, e prepararsi per l'assistenza al secondamento e al neonato.

Punto Pausa 3: Subito dopo la nascita (entro 1 ora)

Il controllo della madre e del neonato subito dopo la nascita (entro 1 ora) è importante per rilevare e trattare le complicazioni che possono verificarsi dopo il parto, per assicurare il contatto pelle a pelle e l'attacco precoce al seno, e per informare la madre (e il suo compagno) sui segnali di pericolo per i quali devono chiamare aiuto.

Punto Pausa 4: Prima della dimissione

Il controllo della madre e del neonato prima della dimissione è importante per essere sicuri che la madre e il neonato stiano bene, che i controlli successivi siano stati organizzati, che le opzioni di pianificazione familiare siano state discusse e trasmesse alla madre (e al suo compagno), e che sia stata trasmessa l'informazione sui segnali di pericolo sia per la madre che per il bambino, nel caso in cui vi sia necessità di immediata assistenza qualificata. La dimissione è sconsigliata prima delle 24 ore, e nella Check List vengono indicati i motivi per cui deve essere ritardata

Ogni Punto Pausa ha un set di condizioni essenziali da soddisfare, e la compilazione della check list guida coloro che assistono nel controllare la completezza delle cure erogate (vedi sotto).
Questi Punti Pausa non solo consentono a chi assiste di proteggere la madre e neonato contro pericolose complicazioni, ma anche indirizzano i sanitari a prendersi il tempo per eseguire i controlli.

check list

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199179/1/WHO_HIS_SDS_2015.26_eng.pdf?ua=
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/1/9789241549455_eng.pdf?ua=1
http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/

prevenzione e trattamento emorragia post partum:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

3.6 Uso del Partogramma

Il travaglio prolungato è una delle principali cause di morte tra madri e neonati nel mondo in via di sviluppo. Se il travaglio non progredisce normalmente, la donna può incorrere in gravi complicazioni come disidratazione e stanchezza, fino al travaglio ostruito e alla rottura dell'utero.
Oltre a ciò, si registra maggiore probabilità di incorrere in emorragie ed infezioni materne e neonatali e di fistole retto-vaginali.
L'uso del Partogramma è raccomandato per il monitoraggio di routine del travaglio, e aiuta coloro che assistono a individuare la lenta progressione del travaglio e ad avviare interventi appropriati per prevenire un parto prolungato e ostruito.
Il partogramma è uno strumento poco costoso progettato per fornire una visuale panoramica e continua del travaglio, e ha dimostrato di migliorarne i risultati se utilizzato correttamente. Aiuta a prevedere la deviazione dal normale svolgimento del travaglio, e supporta l'intervento tempestivo, facilitando la responsabilizzazione dell'operatore che assiste la donna.
Si tratta di un singolo foglio di carta che include informazioni circa lo stato fetale, lo stato materno, la progressione del travaglio.
La compilazione del Partogramma inizia all'avvio della Fase Attiva (active phase), dai 4 centimetri in poi, in presenza di contrazioni regolari (diagnosi di travaglio), e prevede la registrazione stringente dei dati richiesti sul grafico.
Nei paesi in via di sviluppo il Partogramma risulta tuttora la procedura raccomandata per monitorare in sicurezza il travaglio e decidere con sufficiente anticipo quando trasferire la donna dalle strutture sanitarie periferiche verso una struttura di livello superiore dove il taglio cesareo od altri interventi appropriati possono essere garantiti.

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnact388.pdf
http://books.mcai.org.uk/2.3.%20Managing%20normal%20labour%20and%20delivery.1.5MB/part3.htm
http://www.open.edu/openlearnworks/mod/oucontent/view.php?id=272&printable=1

3.7 Tempistiche di clampaggio del funicolo

La tempistica ottimale per il clampaggio del cordone ombelicale è stata oggetto di dibattito nella letteratura scientifica per almeno un secolo, e i comportamenti circa questa pratica risultano ancora non allineati alle evidenze attuali.
Si definisce "precoce" il clampaggio effettuato nei primi 60 secondi dopo la nascita (più comunemente nei primi 15-30 secondi); si definisce "ritardato" il clampaggio effettuato più di 1 min dopo la nascita o quando la pulsazione del cordone ombelicale è cessata.

http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/

Dal 2012 il WHO raccomanda che nei neonati a termine o pretermine che non richiedono ventilazione a pressione positiva, il cordone non venga clampato prima di 1 minuto dopo la nascita (raccomandazione forte). Inoltre le raccomandazioni del WHO per la prevenzione e il trattamento delle emorragie post-partum (sia nel parto vaginale che nel TC) prevedono il clampaggio del cordone ritardato (eseguito circa 1-3 minuti dopo la nascita).

Il clampaggio ritardato non deve essere confuso con la mungitura del cordone. I termini non sono necessariamente sinonimi (mungitura significa spremere fisicamente il sangue dal cordone ombelicale). Ci sono vari studi recenti che valutano l'effetto della mungitura e che necessitano di ulteriori approfondimenti, comunque la mungitura è stata proposta come alternativa al taglio del cordone ritardato, particolarmente per neonati prematuri.

Le Linee Guida WHO consigliano la gestione attiva del travaglio che comprende:
- controllare l'assenza del gemello
- usare un farmaco uterotonico, preferibilmente ossitocina, e se non disponibile utilizzare ergometrina/misoprostolo (non nelle donne ipertese)
- clampare il cordone fra 1 e 3 minuti dopo la nascita
- esercitare trazione controllata del cordone e praticare massaggio uterino (in presenza di personale esperto)
- il clampaggio precoce è generalmente controindicato

http://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/cord_clamping/en/

3.8 Contatto Pelle a Pelle fra madre e neonato

I bambini sono spesso separati dalle loro madri subito dopo la nascita, o tenuti avvolti o vestiti fra le braccia della madre.
Il Pelle-a-Pelle (SSC) prevede che il neonato venga posto nudo sul torace nudo della madre al momento della nascita (immediato, entro 10 minuti) o subito dopo (precoce).
L'immediato o precoce posizionamento in questa modalità migliora l'adattamento neonatale e i sistemi che governano la transizione alla vita extrauterina, favorisce il legame e l'allattamento al seno prolungato.
I bambini tenuti pelle a pelle hanno meno difficoltà di termoregolazione, piangono meno, ritornano più rapidamente alla condizione di equilibrio acido-base, hanno migliori livelli glicemici e sono più calmi.
Di questi vantaggi possono godere anche le donne che partoriscono con taglio cesareo.
I bambini posti in questa condizione devono essere posizionati correttamente, con le vie aeree libere, e sorvegliati; devono essere protetti dal freddo, allo scopo di evitare complicanze cardiorespiratorie (ALTE/SUPC) che possono verificarsi e sono state segnalate.
I genitori devono essere informati in merito al posizionamento sicuro del neonato, ed educati a riconoscere i segnali di pericolo.

http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Safe+Sleep+and+Skin-to-Skin+Care+in+the+Neonatal+Period+for+Healthy+Term+Newborns

4. Postnatal care

4. Postnatal care

4.1 Buone Pratiche e Raccomandazioni per l'assistenza post-natale

L'adozione del termine "post-natale" (Post Natal Care) si utilizza per tutte le tematiche relative alla la madre e al bambino dopo la nascita fino a 6 settimane (42 giorni). Questa terminologia suggerita dall' OMS ci permette di superare l'uso dei termini "post-partum", con riferimento alle tematiche materne e "post-natale", con riferimento alle tematiche neonatali. (Postnatal care for mothers and newborn/Essential intrapartum and newborn care / EINC)

http://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_4.pdf

4.2 Il contesto

Le prime sei settimane dopo il parto sono fondamentali per la salute e la sopravvivenza di una madre e del suo neonato, e le prime ore e giorni dopo la nascita sono il momento più vulnerabile per entrambi.
Quasi la metà delle morti materne avvengono entro le prime 24 ore, e il 66% si verifica durante la prima settimana successiva al parto.
La mancanza di cure in questo periodo di tempo può provocare la morte o la disabilità, nonché occasioni mancate per la promozione di comportamenti sani, che interessano le donne, i neonati e i bambini.
Molte donne africane e molti dei loro neonati non hanno accesso all'assistenza sanitaria durante il periodo postnatale precoce, e ciò aumenta il rischio di malattia e morte.
Il fatto che 18 milioni di donne in Africa attualmente non partoriscano in una struttura sanitaria pone sfide per la pianificazione e l'attuazione delle cure post-natali (PNC) per le donne e i loro neonati.
L'Africa sub-sahariana ha i più alti tassi di mortalità neonatale nel mondo e ha dimostrato il più lento progresso nella riduzione della mortalità neonatale, in particolare dei morti nella prima settimana di vita. 2.7 milioni di neonati sono morti nel 2013 nel primo mese di vita, e 1 milione nel primo giorno.

Conseguenze sulle donne:

La principale causa di mortalità materna diretta in Africa (il 34% delle morti) è l'emorragia, soprattutto emorragia post partum. Sepsi e infezioni post natali sostengono un altro 10 per cento delle morti materne.
Nel periodo postnatale precoce l'adeguata informazione e l'accesso alla pianificazione familiare (Post Partum Family Planning PPFP) è molto importante, e la mancanza di questa opportunità aumenta il rischio di gravidanze numerose e poco distanziate.
Il periodo post natale è particolarmente stressante per le madri, e la disponibilità di supporto emotivo e psico-sociale è importante per ridurre il rischio di depressione.

Conseguenze sui neonati:

L'asfissia è la causa di morte di molti neonati durante il primo giorno; la maggior parte dei decessi dovuti alla nascita pretermine si verificano durante la prima settimana.
IL 38% dei bambini nell'Africa sub-sahariana muore di infezioni, soprattutto dopo la prima settimana di vita, e la maggior parte di questi sono di basso peso alla nascita, spesso pre-termine.
Almeno uno su quattro dei decessi che avvengono sotto un anno di vita si verificano durante il primo mese, cioè prima che i servizi sanitari comincino a fornire assistenza.

La bassa copertura delle cure nel periodo postnatale influenza negativamente la salute dei bambini. Ad esempio, la mancanza di supporto a comportamenti corretti e sani, come l'allattamento al seno, può avere effetti per il bambino in termini di infezioni e denutrizione.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf

4.3 Le Linee Guida "Postnatal care for mothers and newborns. Highlights from the WHO, 2013"

si articolano in 13 raccomandazioni, e nello specifico:
1-2-3 riguardano tutte le madri e i bambini
4-5-6-7 riguardano le cure riferite al neonato
8-9-10-11-12-13 riguardano le cure riferite alle mamme
Da esse si ricavano le **Best Practices** descritte di seguito

4.4 Sintesi dei contenuti delle raccomandazioni n. 1-2-3, riferite sia alle madri che ai bambini:

- Se il parto avviene in una struttura sanitaria l'accoglienza della madre e del neonato deve protrarsi per almeno 24 ore. (Questa raccomandazione è un aggiornamento rispetto alla precedente versione del 2006, che prevedeva una durata minima del soggiorno di 12 ore)
- L'evidenza suggerisce che la dimissione a 24 ore è accettabile solo se la perdita ematica della madre è sotto controllo, la madre e il bambino non hanno segni di infezioni o altre malattie, e l'allattamento al seno è avviato bene
- È importante fornire assistenza post-natale nelle prime 24 ore a tutte le mamme e neonati, indipendentemente da dove la nascita si verifica
- Un esame clinico completo dovrebbe essere fatto circa 1 ora dopo la nascita, dopo la prima poppata. La mamma e il bambino devono essere controllati di nuovo prima della dimissione
- Se il parto avviene in casa, il primo contatto post-natale dovrebbe essere il più presto possibile entro 24 ore dalla nascita e un contatto in più a 24-48 ore è auspicabile
- Tutte le madri ed i bambini hanno bisogno di almeno quattro controlli postnatali nelle prime 6 settimane. (Questa raccomandazione è un aggiornamento rispetto alla precedente versione del 2006, che prevedeva tre visite di controllo post-natali entro 6 settimane dopo la nascita)
- In aggiunta alle cure post-natali che prevedono due valutazioni complete il primo giorno, si raccomandano tre ulteriori visite: giorno 3 (48-72 ore), tra i giorni 7 e 14, e a 6 settimane dopo la nascita
- Questi contatti possono avere luogo a casa o in una struttura sanitaria, a seconda del contesto. Ulteriori contatti possono essere necessari per affrontare i problemi intercorrenti
- Le visite post-natali a domicilio devono essere effettuate da personale qualificato, ben addestrato e controllato

Raccomandazioni supplementari relative a madri e bambini correlate ad altre linee guida dell'OMS

- L'assistenza qualificata da parte di professionisti è importante per tutte le donne e neonati durante il travaglio, il parto e il primo giorno dopo la nascita
- Le donne devono essere incoraggiate a partorire con personale qualificato in una struttura sanitaria, in modo da ricevere anche cure postnatali di qualità
- Promuovere una modalità delle cure rispettosa e centrata sulla donna e i suoi bisogni, in cui le donne siano trattate con gentilezza, dignità e rispetto

4.5 Sintesi dei contenuti delle raccomandazioni n. 4-5-6-7 riferite ai neonati:

- Rafforzare l'assistenza post-natale attraverso visite a domicilio e presso le strutture sanitarie
- In ciascuna delle quattro visite di controllo post-natali, i neonati dovrebbero essere valutati in base alla presenza o meno di nove segni clinici (elencati nella Raccomandazione 4 nella tabella 2), identificati come segnali di pericolo
- Continuare a promuovere l'allattamento al seno esclusivo (EBF) in tutte le visite post natali, offrendo consulenza su problemi di allattamento comuni e relativa modalità di gestione
- Curare il moncone ombelicale tenendolo asciutto e pulito è una raccomandazione valida per i nati in strutture sanitarie o a casa, in contesti nei quali la mortalità neonatale è più bassa. In ambienti con mortalità neonatale elevata (30 o più morti per 1.000 nati vivi), si raccomanda di applicare clorexidina alla concentrazione prevista
- L'uso di clorexidina può essere considerato per sostituire l'applicazionem di una sostanza tradizionale dannosa
- Rafforzare i messaggi chiave quali non necessitàdel bagno e importanza del contatto pelle-a-pelle per il neonato, e l'importanza delle vaccinazioni
- Intervenire allo scopo di identificare i neonati pretermine o di basso peso, data la loro particolare vulnerabilità

Raccomandazioni supplementari relative al neonato correlate ad altre linee guida dell'OMS

- Immediatamente alla nascita, tutti i bambini dovrebbero essere asciugati a fondo e valutati in base al loro respiro
- Il cordone deve essere clampato e tagliato non prima di un minuto (fra 1 e 3 minuti), a meno che il bambino abbia bisogno di rianimazione
- L'aspirazione delle vie aeree non deve essere fatta di routine
- Durante la prima ora dopo la nascita, il bambino dovrebbe essere posto pelle-a-pelle con la madre per facilitare il mantenimento della temperatura e la non dispersione del calore, e l'avvio dell'allattamento al seno
- L'esame clinico completo (compreso il peso, i segnali di pericolo, gli occhi, il cordone) e le altre cure dovrebbero essere praticate circa un'ora dopo la nascita, dopo la prima poppata. La profilassi oftalmica, la somministrazione di vitamina K e la vaccinazione per epatite B, quando necessario, devono essere garantite dopo la prima ora, e comunque appena possibile (entro 24 ore)
- Il parto assistito da personale sanitario qualificato, sia a casa che nella struttura sanitaria, prevede che il neonato riceva al bisogno cure aggiuntive che comprendono la rianimazione neonatale di base con pallone autoinsufflante e maschera

4.6 Sintesi delle raccomandazioni 8-9-10-11-12, riferite alle madri:

- Rafforzare la cura postnatale per le madri attraverso visite a domicilio e presso le strutture sanitarie
- Il contatto postnatale comprende consulenza sulla pianificazione familiare, la salute mentale materna, la nutrizione, l'igiene e la violenza di genere

Raccomandazioni supplementari relative alla madre correlate ad altre linee guida dell'OMS

- Continuare a garantire a tutte le donne che partoriscono una gestione attiva del terzo stadio del travaglio e un attento monitoraggio subito dopo la nascita, come parte della loro cura . Questa pratica riduce il rischio di emorragia del post-partum del periodo post-natale

Slide:

https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/Bernadette-Daelmans.pdf

RIFERIMENTI GENERALI E TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA

The global library of women's Medicine

www.glowm.com

Biblioteca OMS

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community/en/

Managing complication pregnancy and childbirth WHO

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43972/1/9241545879_eng.pdf

Essential obstetrics and newborn care MSF 2015

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/obstetrics/obstetrics_en.pdf

Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/en/

Primary surgery (cap 19 – 20 – 21 – 22)

http://global-help.org/publications/books/help_primarysurgery.pdf

Essential drugs MSF 2016

http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/essential_drugs/ed_en.pdf

Managing newborn problems : a guide for doctors, nurses, and midwives

http://www.who.int/iris/handle/10665/42753http://www.who.int/iris/handle/10665/42753

Newborn health

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/en/

Caring for newborns and children in the community · Package of resources

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/

Midwifery care

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/en/

Guidelines Neonatal Resuscitation ILCOR 2015
Document PDF

http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S543

Centro
Salute Globale

www.centrosaluteglobale.eu