



COLLEGIO PROVINCIALE DELLE OSTETRICHE DI ROMA

**"RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA ALLA  
GRAVIDANZA FISIOLÓGICA"**

**I° parte**

Gruppo di lavoro "Percorso Nascita"



## Consiglio delle Ostetriche di Roma e Provincia

Presidente:	Ost. Dott.ssa Pellegrini Maria Grazia
Vice Presidente	Ost. Dott.ssa Rinaldi Iolanda
Segretaria	Ost. Vecchione Celeste
Tesoriere	Ost. Innocenzi Fabio
Consigliera	Ost. Dott.ssa Antolini Sabrina
Consigliera	Ost. Dott.ssa Burlon Barbara
Consigliera	Ost. Dott.ssa Campagna Elisabetta
Consigliera	Ost. Dott.ssa Oliva Carla
Consigliera	Ost. Dott.ssa Proietti Patrizia

*Le presenti raccomandazioni basate su evidenze scientifiche sono il risultato del lavoro svolto da un gruppo di ostetriche del collegio di Roma e Provincia. Grazie alla specificità e diversità di ognuna si è riuscite a creare condivisione, dialogo e obiettivi comuni per la crescita professionale.*

*Queste raccomandazioni verranno aggiornate di volta in volta in base alle evidenze più recenti, nel frattempo ci auguriamo che siano un utile strumento operativo.*

*Gruppo di Lavoro composto dalle seguenti Ostetriche:*

*Annamaria Altobelli, Sabrina Antolini, Ivana Arena, Carmela Biscione, Barbara Burlon, Michela Cicia, Pierina Coscarella, Ornella Fantini, Annamaria Galeotti, Annamaria Gioacchini, Manuela Mariotti, Antonella Talarico, Paola Trinca.*

*Dedicato all' Ostetrica Annamaria Galeotti*

## INDICE

<b>CAPITOLI</b>	<b>PAGINA</b>
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI E LIVELLO DELL'EVIDENZA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Forza della raccomandazione</i></li><li>- <i>Livello dell' evidenza</i></li></ul>	<b>8</b>
<b>L'ASSISTENZA OSTETRICA IN GRAVIDANZA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Organizzazione dell'assistenza</i></li><li>- <i>Incontro pre-concezionale</i></li><li>- <i>Appuntamenti in gravidanza</i></li></ul>	<b>10</b>
<b>INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Efficacia</i></li><li>- <i>Riferimenti legislativi</i></li><li>- <i>Modalità</i></li><li>- <i>Metodiche</i></li><li>- <i>Strumenti</i></li></ul>	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>21</b>

## Introduzione

L'ostetrica/o è la professionista deputata a promuovere e sostenere, in collaborazione con la donna, la fisiologia durante il percorso della gravidanza, del parto e del puerperio (14).

L'ostetrica/o ha un ruolo importante nel consigliare ed educare non solo la donna, ma anche la coppia, la famiglia e la comunità. Può offrire la sua competenza in vari contesti come la casa, il territorio, l'ospedale e la clinica (14). Tale assistenza deve essere offerta in modo personalizzato e continuativo poiché migliora gli esiti in termini di salute e soddisfazione, a breve e lungo termine (1).

Per continuità dell'assistenza si intende:

- Condivisione tra operatori della stessa filosofia di assistenza
- Adozione di protocolli comuni
- Integrazione tra territorio e ospedale, laddove il consultorio risulta essere struttura di base per la presa in carico della donna e deputato all'invio in continuità con le strutture ospedaliere più appropriate.

La continuità dell'assistenza può essere offerta secondo un modello one-to-one o in un piccolo team e permette di educare verso la salute creando uno spazio per attivare le risorse endogene delle donne permettendo così un adattamento ai cambiamenti biologici ed emozionali costanti durante le fasi della maternità: la capacità di adattamento è salute fisica, affettiva e sociale.

L'assistenza così concepita integra i principi della promozione e tutela della salute ad un modello di assistenza che richiede un approccio bio-psico-sociale, con l'idea che il benessere/malessere risiedono anche nella qualità delle relazioni con l'ambiente e che la salute è in funzione dell'armonia psicosociale, dell'accordo intersistemico, della congruenza tra le capacità e le attese della persona e le risorse e richieste dell'ambiente.

Attualmente si colgono più chiaramente le strette interconnessioni tra salute/benessere e stato mentale: la salute si raggiunge con coordinate attività di tre sistemi (nervoso, immunitario, endocrino); il loro equilibrio e la capacità di adattamento agli stimoli della vita, genera salute.

Per raggiungere una buona assistenza ostetrica, quindi, occorre integrare alle basi della biologia la relazione esistente tra le diverse dimensioni del "sistema persona" (Rockenschaub, 2003) poiché la gravidanza, il parto e l'allattamento sono strettamente connessi all'ambiente, alla cultura e al pensiero.

Per comprendere e valutare quindi la salute in gravidanza bisogna essere capaci di interpretarla nella sua complessità e di leggere i movimenti e le dinamiche biocomportamentali, la cui osservazione da parte dell'ostetrica/o permette la

valutazione dell'evoluzione fisiologica del processo e la possibilità di intervenire fornendo strumenti di facilitazione e rafforzamento.

In un modello assistenziale ostetrico di questo tipo, l'attenzione è centrata sulle donne e le loro risorse e l'ostetrica/o realizza gli interventi assistenziali attraverso l'integrazione degli **strumenti clinici, teorici e relazionali**: saper, saper fare e saper essere si coniugano per fornire un'assistenza appropriata e congruente con i bisogni delle donne.

Il **saper fare** si esprime attraverso l'osservazione clinica del sistema ormonale, del sistema neurovegetativo e del sistema fetoplacentare. (Schimid, 2007)

Il **saper essere** si esprime attraverso un rapporto di sostegno continuativo durante la gravidanza, i cui strumenti sono la relazione terapeutica, il "counseling" e il "problem solving". (Schimid, 2007)

La relazione terapeutica è *"data dalla capacità e abilità a tirare fuori cose meravigliose, portentose dall'essere, dall'individuo che è sovrano, stando a lato, al suo fianco"* (C. Joly in Schmid, 2007)

La relazione terapeutica ha come fine l'educazione sia individuale che di gruppo (incontri di educazione alla nascita) e accresce l'autostima.

L'educazione produce l'"empowerment", un processo grazie al quale le persone conquistano un maggiore controllo sulle decisioni e sulle iniziative che riguardano la propria salute (OMS, 1998). L'acquisizione di maggiore autorevolezza riconosce e stimola le competenze e l'emancipazione delle donne, mettendole in grado di sfruttare pienamente il proprio potenziale di salute.

Il saper essere si manifesta anche nella capacità di ascolto ossia nella capacità di percepire al di là delle parole: l'ascolto empatico e attivo avviano verso il "problem solving" e stimolano l'"empowerment".

Il "problem solving" permette di analizzare il problema, delineandolo con più chiarezza e definendo le possibili soluzioni.

In conclusione possiamo dire che l'ostetrica/o segue l'evoluzione fisiologica della gravidanza non limitandosi a consigliare e controllare le indagini ematochimiche e strumentali, ma attraverso la presa in carico globale della donna, che sottintende una visione innovativa del concetto di salute e la consapevolezza che essa è il risultato di una serie di determinanti in costante interazione tra loro e che le risorse, le capacità reattive o di adattamento, sono fondamentali per determinare le modalità con cui la persona affronta la vita, il significato che riesce a dare agli eventi e l'esito di questi ultimi in termine di salute globale.

La relazione è il centro dell'assistenza, attorno a lei si strutturano le strategie per:

- valutare le risorse attraverso l'anamnesi,
- stendere il piano di assistenza più appropriato,
- valutare l'adattamento emozionale, fisiologico e sociale,
- rilevare i segni di rischio.

Come evidenziato dall'OMS (11) e da alcuni studi di settore (10,12), il prendersi cura offerto dalle ostetriche alle donne durante la **gravidanza**, il **parto** e il **puerperio** fisiologici, secondo un modello di continuità dell'assistenza, esita in un miglioramento complessivo di alcuni importanti indicatori di salute pubblica come:

- ↻ riduzione dei ricoveri antenatali impropri
- ↻ riduzione dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- ↻ riduzione delle richieste di trattamenti farmacologici per la riduzione del dolore in travaglio
- ↻ riduzione del numero di neonati che necessitano di rianimazione
- ↻ minor tasso di interventi medici, minor tasso di parti operativi vaginali
- ↻ minor numero di gravidanze complicate da ipertensione e preeclampsia in assenza di fattori eziopatogenetici specifici
- ↻ minor tasso di episiotomie, maggiore frequenza di donne con il perineo integro
- ↻ minore incidenza di mortalità perinatale
- ↻ minore frequenza di depressione post-partum
- ↻ minor incidenza di neonati con indice di apgar minore di 7 a 15 minuti (12)
- ↻ maggiore partecipazione agli incontri prenatali
- ↻ maggiore gradimento dell'assistenza da parte delle donne
- ↻ maggiore durata dell'allattamento materno esclusivo
- ↻ maggiore competenza genitoriale

Il ruolo dei professionisti in campo ostetrico è dunque di accompagnamento, sorveglianza e controllo finalizzato a verificare che l'evoluzione del processo si mantenga entro i limiti della fisiologia garantendo la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite.

L'ostetrica/o gestisce l'intervento assistenziale di propria competenza in autonomia e le situazioni patologiche in collaborazione con altre figure professionali: medico ostetrico, internista, neonatologo, anestesista, altri specialisti .

L'ostetricia è un ambito nel quale esiste un riconosciuto divario tra evidenze di efficacia e pratica clinica. Troppo spesso i trattamenti di routine non sono "evidence based" e c'è una forte resistenza ad abbandonare definitivamente procedure desuete o dannose. L'appropriatezza degli interventi è intesa come la distanza che intercorre fra il comportamento clinico praticato e quello atteso in base alle conoscenze scientifiche e/o ad aspetti normativi. Negli ultimi anni sono state prodotte autorevoli linee guida utili ad orientare la pratica clinica e prendere delle decisioni razionali basate sulle prove di efficacia, riducendo al minimo la variabilità individuale nelle scelte cliniche legate alla carenza di conoscenza e alla consuetudine.

Le seguenti linee guida:

- 1) NICE (National Institute for Clinical Excellence) - Antenatal Care - Routine care for the healthy pregnant woman - 2008
- 2) NICE - Planning place of birth- 2007
- 3) NICE - Intrapartum care - September 2007

#### 4) NICE - Induction of labour - luglio 2008

sono alla base di queste raccomandazioni stilate ad uso delle/dei colleghe/ghi ostetriche/ci e dell'equipe con cui collaborano con l'augurio che contribuiscano ad un miglioramento generalizzato dell'assistenza nell'esclusivo interesse delle donne e dei/delle loro bambini/e.

## **CLASSIFICAZIONE DELLA "FORZA" DELLE RACCOMANDAZIONI**

- A.** *Esistono buone evidenze scientifiche, che supportano la raccomandazione di utilizzare l'intervento/procedura nella pratica clinica*
- B.** *Esistono discrete evidenze scientifiche, che supportano la raccomandazione di utilizzare l'intervento/procedura nella pratica clinica*
- C.** *Esistono scarse evidenze scientifiche, per consigliare o meno l'uso dell'intervento/procedura nella pratica clinica*
- D.** *Esistono discrete evidenze scientifiche, che supportano la raccomandazione di non utilizzare l'intervento/procedura nella pratica clinica*
- E.** *Esistono buone evidenze scientifiche, che supportano la raccomandazione di non utilizzare l'intervento/ procedura nella pratica clinica*

*Adattata da: Woolf S.H., Sox, 1991*



## GERARCHIA DELLE FORME DI PROVA

### **Studi randomizzati e/o controllati**

**I** Studi randomizzati controllati ben progettati

**II- 1a** Studi controllati ben progettati, con pseudorandomizzazione

**II- 1b** Studi controllati ben progettati senza randomizzazione

### **Studi su coorti**

**II- 2a** Studi su coorte ben progettati(prospettici) con controlli concorrenti

**II- 2b** Studi su coorte ben progettati(prospettici) con controlli storici

**II- 2c** Studi su coorte ben progettati(retrospettivi) con controlli concorrenti

**II- 3** Studi caso-controllo ben progettati(retrospettivi)

### **Altri studi**

**III** Ampie differenze derivanti da comparazioni fra tempi e/o luoghi, con o senza intervento

(in alcune circostanze ciò può essere equivalente ai livelli **I/II**)

**IV** Opinioni autorevoli basate sull' esperienza clinica; studi descrittivi e rapporti

provenienti da commissioni esperte

---

Fonte: Università di York, Center for Reviews and Dissemination

## I° PARTE

### L'ASSISTENZA OSTETRICA IN GRAVIDANZA

Il piano dell'assistenza ostetrica è impostato su:

- 1- *promozione della fisiologia*; potenziamento delle risorse endogene della donna e delle sue competenze legate al sapere del proprio corpo, attraverso un modello assistenziale personalizzato centrato sulla donna, in una relazione tra pari, in cui si promuovono le sue scelte e la sua indipendenza.
- 2- *valutazione del rischio* che si attua attraverso un'accurata anamnesi, l'esame clinico e l'uso di test di screening che risultano efficaci se utilizzati in modo selettivo, concentrandoli solo su ciò che è realmente utile, evitando di disperdere energie e risorse economiche in attività di dubbia efficacia. Sono previsti screening di I livello da prescrivere a tutte le donne in gravidanza (prevenzione primaria) (5).

3- *scelta informata* cioè offrire informazioni significative, spiegazioni chiare e dare alla donna la possibilità di discutere gli argomenti e di fare domande. Dovrebbe essere chiarito, il suo diritto di accettare o di rifiutare ogni tipo di test. (1) Sarebbe auspicabile annotare in cartella l'avvenuta informazione riguardo alle procedure offerte e farla firmare dalla donna.

4- *Comunicazione e informazione* offerte in modo da rispettare le esigenze di donne con bisogni particolari, per esempio quelle con disabilità fisiche, cognitive o sensoriali e quelle che non comprendono l'italiano. (1)

#### ***Organizzazione dell'assistenza***

Per l'assistenza in gravidanza sarebbe opportuno usare una cartella clinica ostetrica strutturata che accompagni la donna lungo tutto il percorso nascita quale unico strumento di lavoro per tutte le ostetriche.

#### **Incontro pre-concezionale**

Si consiglia, qualora possibile, un incontro preconcezionale orientato al counselling e alla prevenzione per le donne/coppie che abbiano in programma una gravidanza.

Durante questo incontro, possibilmente con la coppia, l'ostetrica dovrà effettuare un'accurata anamnesi e consigliare l'effettuazione di alcuni test di screening (5).

Per la donna:

- Test di Coombs indiretto
- Rubeo e Toxo test
- Emocromo
- Pap-test, *se non effettuato negli ultimi tre anni con esito negativo*
- Rilevare indice di massa corporea (IMC= kg/m<sup>2</sup>) e se opportuno offrire informazioni su alimentazione e stili di vita salutari
- In caso di emoglobina corpuscolare media (MCH) inferiore a 27pg ( ) suggerire screening per emoglobinopatie ( )
- In caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie: suggerire screening per emoglobinopatie ( ) anche all'uomo.

Per la coppia:

- HIV
- Gruppo sanguigno ABO e Rh
- TPHA
- VDRL

Consigliare l'assunzione di acido folico 0,4mg/die.

Se Rubeo test negativo per le IgG suggerire eventuale vaccinazione con copertura anticoncezionale per il mese successivo (11).

### ***Appuntamenti in gravidanza***

Si raccomanda qui di seguito una scaletta di appuntamenti (1,5).

Tale proposta può essere adattata alle esigenze specifiche di ogni donna.

Si segnala in modo particolare che:

- L'esplorazione vaginale di routine non ha specificità nel prevedere nascite pretermine, non è pertanto raccomandata (1)
- La supplementazione di routine con ferro non dovrebbe essere offerta poiché non crea benefici e può dare sgradevoli effetti collaterali alla madre mentre va incoraggiata l'assunzione di acido folico già in periodo preconcezionale (1,8)
- Per la prima visita è necessario prevedere circa un'ora di tempo

#### **I° appuntamento**

*possibilmente entro la 10° settimana*

È opportuno dedicare i primi momenti dell'incontro alla conoscenza reciproca e al riconoscimento dei bisogni della donna/coppia per poi:

- Concordare il piano assistenziale per la gravidanza fisiologica
- Offrire informazioni chiare, eventualmente anche in forma scritta, riguardo al percorso nascita e ai diritti ed alle tutele garantiti in gravidanza (*decreto legislativo 151/2001*).

- Rilevare l'eventuale rischio ostetrico attraverso un'accurata anamnesi .
- Rilevare con sensibilità eventuali problematiche relative a: mutilazione dei genitali ( ), violenza domestica e sessuale ( ), disturbi psichiatrici.
  - Rilevare la pressione arteriosa
  - Rilevare l'indice di massa corporea (IMC= kg/m<sup>2</sup>) e se opportuno offrire informazioni su alimentazione e stili di vita salutari
- Considerare lo stile di vita ed offrire eventuali suggerimenti riguardo a fumo, alcol, stupefacenti, viaggi, uso delle cinture di sicurezza in auto
- Suggestire alla donna/coppia di continuare a vivere liberamente la sessualità
- Offrire informazioni sull'alimentazione e la prevenzione di infezioni alimentari
- Informare sulle cautele atte a limitare la possibilità di contrarre la toxoplasmosi in attesa di conoscere la suscettibilità o meno della donna all'infezione
- Consigliare l'assunzione di acido folico 0,4 mg al giorno fino a 12 settimane
- Offrire informazioni sulla gestione dei sintomi più comuni in gravidanza anche a seconda delle esigenze specifiche della donna: nausea, pirosi gastrica, stipsi ed eventuali emorroidi, perdite vaginali, vene varicose, mal di schiena
- Suggestire screening per *citomegalovirus*, *veginosi batterica*, HCV, *gonorrea* e *clamydia tracomatis* solo in presenza di fattori di rischio
- Offrire informazioni specifiche sulle indicazioni e i limiti dei seguenti test di screening e di diagnosi prenatale cercando di rendere chiaro che spetta alla donna/coppia la scelta se effettuarli o meno ed evidenziando le diverse possibilità di scelta a seconda dei risultati

**Translucenza nucale** (nuchal translucency, NT): si intende lo spessore dei tessuti della regione posteriore del collo fetale, ovvero lo spazio compreso tra la cute e la colonna vertebrale, misurabile ecograficamente a 10-13 settimane complete di gestazione.

**Test combinato:** test del primo trimestre basato sulla combinazione della misura della translucenza nucale e dei livelli plasmatici di beta-hCG e proteina plasmatica A associata alla gravidanza (PAPP-A) con l'età materna. L'epoca migliore per l'esecuzione, in termini di efficacia, è la 11a settimana.

**Doppio, triplo, quadruplo test:** test del secondo trimestre basati sulla determinazione dei livelli di alfa-fetoproteina, beta-hCG libera o hCG totale (doppio test) oltre a estriolo non coniugato (triplo test) e inibina A (quadruplo test), associati all'età materna.

**Test integrato:** integrazione delle misure della NT e PAPP-A del primo trimestre con il quadruplo test del secondo trimestre.

**Test integrato sierologico:** una variante del test integrato che utilizza solamente i marcatori sierici (PAPP-A del primo trimestre e quadruplo test del secondo trimestre) senza NT. Per il test integrato sierologico, la misurazione della PAPP-A è preferibile a 10 settimane compiute, epoca in cui la sua sensibilità è maggiore.

(Tratto da [www.saperidoc.it](http://www.saperidoc.it) - *screening per la sindrome di Down*)

Per le donne a rischio offrire informazioni e ascolto sui rischi/benefici e sull'opportunità o meno di eseguire esami di diagnosi prenatale invasivi quali:

- ✓ villocentesi (entro la 12° settimana).
- ✓ amniocentesi (15°-18° settimana)

Raccomandare i seguenti test sierologici:

- emocromo completo
- gruppo sanguigno e fattore Rh
- GOT e GPT
- rubeotest
- toxotest
- TPHA e VDRL
- HIV
- Glicemia basale
- Test di Coombs indiretto: in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese
- Urine esame completo e urinocoltura (spiegare come effettuare il prelievo e la corretta conservazione del campione)
- Ecografia ostetrica per la datazione della gravidanza (1)
- \* Consegnare schema di effettuazione delle prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica escluse dalla partecipazione al costo.
- \* Si raccomanda di offrire la profilassi anti-D di routine alla 28° settimana (con dose unica da 1500u.i.) alle donne Rh negativo non immunizzate. (18)
- \* Proporre ed eseguire Pap-test se non ne ha effettuato uno negli ultimi tre anni.
- \* Raccomandare esame urine tra 14 e 18 settimane ed ecografia morfologica tra 19 e 21 settimane

*I risultati dei primi test di screening vanno valutati e registrati appena possibile in modo da concordare al meglio il piano di assistenza.*

- ✓ In caso di valori di hgb < 11g/100mL valutare eventuale terapia marziale
- ✓ In caso di di emoglobina corpuscolare media (MCH) inferiore a 27pg proporre screening per emoglobinopatie qualora non eseguito in precedenza
- ✓ In caso di suscettibilità alla rosolia ripetere test a 17 settimane
- ✓ In caso di toxotest con IgG negative far ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto
- ✓ In caso di urinocoltura positiva ( $\geq 10^5$  unità formanti colonie/mL) chiedere la ripetizione del test per conferma ed eventualmente suggerire esecuzione terapia antibiotica mirata

## **II° appuntamento**

*16-18 settimane*

- \* accogliere e rispondere a domande e dubbi
- \* aggiornare la cartella clinica, rivalutare il piano di assistenza
- \* offrire informazioni sull'utilità e la possibilità di frequentare un gruppo di accompagnamento alla nascita.
- \* controllare aumento ponderale nelle donne con IMC ai limiti superiori
- \* controllare PA
- \* auscultare BCF
- \* misurare sinfisi-fondo
- \* se non precedentemente raccomandata suggerire ecografia per diagnosi anomalie strutturali fetali così da offrire l'opportunità di proseguire consapevolmente la gravidanza
- \* suggerire e spiegare esercizi di Kegel così da permettere alla donna una maggiore conoscenza del proprio pavimento pelvico
- \* valutare mobilità del bacino

- raccomandare esame urine da effettuare tra 18 e 21 settimane e tra la 24° e la 26° settimana
- raccomandare ripetizione test di Coombs indiretto se Rh negativo
- raccomandare ripetizione rubeotest e toxotest se suscettibile
- raccomandare alle donne con uno dei fattori di rischio per diabete gestazionale OGTT (oral glucose tolerance test) con 75g di glucosio a 2 ore da effettuarsi a 24-28 settimane

fattori di rischio:

- anamnesi familiare per diabete
- IMC>30
- macrosomia fetale pregressa >4,5kg
- pregresso diabete gestazionale
- originaria di aree ad alta prevalenza: Caraibi, Asia meridionale, Medio Oriente

## **III° appuntamento**

*22-24 settimane*

- accogliere e rispondere a domande e dubbi
- aggiornare la cartella clinica, rivalutare il piano di assistenza
- rilevare PA
- auscultare BCF
- misurare sinfisi-fondo
- visionare ecografia morfologica
  - ✓ in caso di placenta ricoprente del tutto o in parte il segmento inferiore organizzare esecuzione di ecografia trans-vaginale a 32 settimane

- raccomandare test sierologici da eseguire tra la 28° e la 32° settimana :
  - emocromo
  - ferritina (in caso di riduzione del volume globulare medio)
  - esame urine
  - test di coombs indiretto anche per Rh positive

#### **IV° appuntamento**

*28-32 settimane*

- accogliere e rispondere a domande e dubbi
- aggiornare la cartella clinica, rivalutare il piano di assistenza
- rilevare PA
- auscultare BCF
- misurare sinfisi-fondo
- proporre ed eseguire manovre di Leopold, eventualmente suggerire moxibustione in quanto efficace nel ridurre le malposizioni fetali
- suggerire profilassi anti-D se Rh negativo
- raccomandare test di screening da eseguire tra la 33° e la 37° settimana
  - HBsAg (per eventuale trattamento al neonato)
  - HCV nei casi a rischio
  - Emocromo
  - Esame urine completo
  - HIV
  - Tampone vagino-rettale per la ricerca dello streptococco beta emolitico (tra 36 e 37 settimane)
  - Tampone vaginale per Clamydia e Gonorrea nei casi a rischio

#### **V° appuntamento**

*34-36 settimane*

- accogliere e rispondere a domande e dubbi
- aggiornare la cartella clinica, rivalutare il piano di assistenza
- rilevare PA
- auscultare BCF
- misurare sinfisi-fondo
- valutare la situazione e la presentazione del bambino con le manovre di Leopold. Qualora la presentazione sia podalica offrire informazioni sulle diverse metodiche di rivolgimento, in particolare la versione cefalica per manovre esterne (ECV) effettuabile a partire da 37 settimane (1)
- offrire informazioni sul travaglio
- richiedere ripetizione dell'ecografia qualora vi siano dubbi sull'accrescimento fetale o sulla presentazione.

- Consigliare prenotazione CTG da effettuare dopo 40 settimane compiute.
- raccomandare esame urine da effettuare tra la 38° e la 40° settimana

### **VI° appuntamento**

*38-40 settimane*

- accogliere e rispondere a domande e dubbi
- aggiornare la cartella clinica, rivalutare il piano di assistenza
- rilevare PA e consigliare alla donna di effettuare misurazione settimanale della P.A fino al parto
- misurare sinfisi-fondo
- auscultare BCF
- eventuale esplorazione vaginale
- offrire informazioni sui possibili segnali di inizio del travaglio
  - ✓ *offrire informazioni sui metodi di induzione e sulla sorveglianza della gravidanza oltre il termine*

### **VII° appuntamento**

*41 settimane compiute*

- accogliere e rispondere a domande e dubbi
- rilevare PA
- Visionare CTG se effettuata
- Controllo AFI
- Suggestire esplorazione vaginale offrendo ed eventualmente eseguendo scollamento delle membrane (1)
- Discutere con la donna l'eventuale ricovero per induzione o un monitoraggio più frequente della gravidanza (CTG + stima ecografica L.A. 2vv a settimana).

*Si raccomanda di prevedere un incontro dopo-parto durante il quale poter parlare degli esiti del travaglio e del parto e verificare l'andamento dell'allattamento offrendo alla donna sostegno pratico ed emotivo per eventuali problematiche non risolte*

## **INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA**

In un'ottica assistenziale salutogenica, per favorire l'adattamento fisiologico e sociale verso l'empowerment della donna, diventa necessario ridefinire obiettivi e strumenti per delineare gli *standard* da adottare per l'educazione e la preparazione alla nascita. L'importanza degli incontri di accompagnamento alla nascita è ampiamente dimostrata in quanto associata ad una riduzione degli esiti negativi per la salute della mamma e del bambino (6).



Alle donne in gravidanza dovrebbe essere offerta l'opportunità di frequentare incontri pre-natali. (evidenza di tipo A)

### **Efficacia:**

Le donne che frequentano gli incontri (6,7):

- Sono a minor rischio di ricorrere ad un taglio cesareo
- Sono a minor rischio di ripetere un cesareo aumentando la possibilità di un parto
- Richiedono meno frequentemente l'uso di analgesici preferendo utilizzare altre strategie (movimento, massaggio, sostegno emotivo, voce, rilassamento, acqua)
- Allattano più a lungo e/o in modo esclusivo

### **Scopo**

Organizzare corsi di accompagnamento alla nascita *rispondendo ad un modello assistenziale centrato sulla donna e sul suo protagonismo nel processo della maternità, far leva sulle competenze che ella possiede e rispondere ad un modello sociale della nascita in cui l'evento non è solo medico, fisico e meccanico ma anche evento emozionale, sociale, legato alla vita della donna e della coppia e da essa influenzata.*

Attraverso le tecniche di rilassamento e la respirazione profonda favorire l'iteriorizzazione, il silenzio, la consapevolezza delle potenzialità del proprio corpo e sviluppare il più possibile la capacità di ascoltarsi e fidarsi in un clima non giudicante.

### **Riferimenti legislativi:**

- Istituzione dei consultori L. 405/75
- Legge Regionale Regione Lazio n° 84 del 03/06/1985
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000

**L'ostetrica**, grazie alle sue competenze globali per madre, bambino e famiglia, è la professionista più indicata per la conduzione degli incontri in gravidanza.

Tenendo conto di quanto detto finora, possono essere identificati degli *standard* a cui fare riferimento per l'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita, sotto i quali non si può scendere senza intaccare la qualità del servizio offerto e il lavoro di promozione della salute.

I gruppi di accompagnamento alla nascita dovrebbero gettare le basi per una maggiore continuità tra la gravidanza e l'esogestazione per rompere l'isolamento sociale in cui vengono a trovarsi le donne dopo il parto, per rielaborare l'esperienza della nascita e promuovere la salute di madre e bambino.

L'ambiente in cui si svolgono i corsi deve essere curato ed esprimere l'attenzione e la disponibilità che abbiamo per la donna, possibilmente un luogo familiare, dove si può

stare senza scarpe, a terra, attivando così una comunicazione paritaria dove tutto il gruppo si pone allo stesso livello.

**Obiettivo** degli incontri:

- **Dare sostegno** alla donna e alla coppia in tutto il percorso nascita e sostenere l'incontro con il bimbo reale;
- **Promuovere** la cultura della nascita e della salute;
- **Fornire** una corretta informazione sui processi fisiologici, fisici ed emotivi della gravidanza, del parto e del puerperio ed evidenze scientifiche in merito;
- **Offrire** strumenti per comprendere, affrontare e contenere il dolore fisiologico del travaglio e del parto;
- **Sostenere** l'allattamento al seno;
- **Favorire** il ruolo attivo decisionale dei genitori e promuoverne le capacità assertive per mediare con le strutture;
- **Creare** uno spazio di condivisione dell'esperienza;
- **Ridurre** il divario tra miti e realtà del dopo;
- **Attivare** la rete di sostegno dopo la nascita;
- **Facilitare** l'acquisizione di nuove abilità pratiche.
- **Informare** sui luoghi della nascita
- **Valorizzare** le competenze delle donne/coppie in merito alla naturalità dell'evento nascita

**Modalità**

- Inizio almeno dal 6° mese di gravidanza
- Rivolti alla donna e alla coppia (max 8-12 donne, max 7 coppie)
- Almeno 12 incontri a cadenza settimanale
- Un incontro dopo il parto
- Ogni incontro suddiviso in una parte teorica ed una pratica
- Conduzione attiva, esperienziale

**Metodiche**

*È importante per la buona riuscita degli incontri:*

- *conoscere* e chiarire gli obiettivi (del conduttore e del gruppo)
- *stimolare* l'attenzione dei partecipanti (curiosità, tono di voce), e le loro motivazioni (prendere in considerazione i loro bisogni specifici)
- *passare* da situazioni concrete a livelli più astratti, come discussioni e problem-solving (soluzione di casi proposti)
- *stabilire* una buona comunicazione

- *dare* spazio alle riflessioni ed espressioni personali
- *porre* al centro il gruppo e i vissuti delle/dei partecipanti
- *presentare* l'informazione in un contesto reale e che abbia un significato
- *prendere* in considerazione il feedback e le valutazioni
- *acquisire* la coscienza di non essere le/i protagoniste/i della preparazione, ma facilitatrici/ori nel cammino che conduce dalla gravidanza alla nascita.

## Strumenti

- **Lavoro corporeo:** acquisizione di maggiore consapevolezza delle proprie potenzialità corporee (esercizi per il perineo, rilassamento, stretching, uso del respiro, "sentire" il bambino, posizioni utili durante il travaglio e il parto).  
Il movimento e gli esercizi in gravidanza riducono sintomi somatici, ansia ed insonnia e promuovono un buon livello di benessere psicologico. (evidenza di tipo A).
- **Brain-storming:** raccolta 'lampo', a ruota libera, senza sequenza logica, di parole o concetti chiave su un determinato argomento. Può essere verbale o scritto, personale o di gruppo.
- **Compilazione di frasi:** si utilizzano per far emergere vissuti, situazioni.
- **Lavoro di coppia:** riflessione, discussione, condivisione e situazioni pratiche
- **Dimostrazioni:** osservazione, imitazione e feedback.
- **Discussione:** in modo da poter esprimere cosa pensano, come si sentono, e possano condividere risorse, problemi e opinioni.
- **Audio-visivi:** uso di filmati, diapositive, cassette registrate. Poiché la comunicazione in gravidanza tra donna e bambino avviene attraverso un linguaggio simbolico è importante limitare l'uso eccessivo di immagini.

**Gli incontri possono essere suddivisi secondo uno schema tipo, tenendo conto che ogni incontro può essere a tema e della suddivisione tra parte informativo-partecipativa e lavoro corporeo.**

I temi di fondamentale importanza sono:

- Cambiamenti in gravidanza
- Alimentazione e sessualità
- Fisiologia della nascita
- Dolore fisiologico e metodi per sostenerlo
- Luoghi del parto
- Travaglio e parto
- Allattamento materno
- Puerperio e primi giorni con il bambino
- Genitorialità
- Controllo della fertilità

Alcuni di questi temi in genere necessitano di due o più incontri per essere affrontati "in toto" e per dare la possibilità di dirimere dubbi e di rispondere a domande.

*Il Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma ha prodotto le presenti raccomandazioni previa un'accurata analisi delle evidenze scientifiche disponibili attualmente. Si raccomanda alle/agli ostetriche/ci di tenerle in considerazione quando esercitano la loro professione.*

*In ogni caso le raccomandazioni non hanno capacità di sostituire la responsabilità individuale degli operatori sanitari che devono prendere decisioni appropriate in base alle circostanze e alla singola donna e in accordo con la stessa.*

*Di prossima elaborazione le raccomandazioni sul percorso assistenziale di base per:*

*II° parte - Travaglio e parto*

*III° parte - Puerperio e allattamento*

## Bibliografia

- 1) NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE - Routine care for the healthy pregnant woman - 2008
- 2) NICE - Induction of labour - luglio 2008
- 3) ASSR - Assistenza alla gravidanza ed al parto fisiologico. Linee guida nazionali di riferimento.
- 4) Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002
- 5) D.M. 10 settembre 1998 "Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo".
- 6) Baglio A., Spinelli A., Donati S., Grandolfo M.E., Osborn J.- "Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato"- in Ann.Ist. Super. Sanità, vol. 36, n.4, 2000
- 7) ISTAT- Gravidanza, parto, allattamento al seno 2004-2005, Roma 2006
- 8) Enkin e Chalmers - efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto - red edizioni - 1998
- 9) D.M. 24 aprile 2000 - Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000»
- 10) Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software; 2001
- 11) Department of Making Pregnancy Safer. World Health Organization. Standards for Maternal and Neonatal Care. Geneva: World Health Organization; 2006
- 12) Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software; 2001
- 13) Logan S, Tookey P, Peckham C. National Screening Committee (NSC). Antenatal and Newborn Screening for Cytomegalovirus Report of the working party. NSC; London, UK: 2000
- 14) Definition of Midwife - International Confederation of Midwives Council meeting, 19th July, 2005, Brisbane, Australia
- 15) Codice deontologico delle ostetriche (completare)
- 16) Lo stato di salute delle donne in Italia - Ministero della Salute - marzo 2008
- 17) Decreto legislativo n° 206 del 06.11.2007 in recepimento direttiva Europea 2005/36/CE art.42
- 18) Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation- Crowther CA, Middleton P.- Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.
- 19) D & D, Numero 5/6, Settembre- Dicembre 1994;
- 20) D & D, Preparazione alla nascita nuovi standard, Settembre 2000;
- 21) D & D, I gruppi dopo parto, Settembre 2003;
- 22) Schmid V., Salute e Nascita- La salutogenesi in gravidanza, Edizioni Urra, Milano 2007.