
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOSD Risk Management e Qualità Dr.ssa Manuela Serva	
	ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA CORRETTA PRESA IN CARICO DELLA COPPIA MATERNO INFANTILE	Rev. 0 26/05/2017 Pag. 1 di 9

INDICE

1. INTRODUZIONE	2
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	2
3. RIFERIMENTI NORMATIVI	2
4. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI.....	2
4.1 ABBREVIAZIONI.....	2
5. RESPONSABILITÀ.....	2
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	3
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	6
8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	8
8.1 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	8

REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO COORDINATORE DEL G.D.L.	VERIFICA DI QUALITÀ DIRETTORE RMQ	APPROVATO
Rev.0	26/05/2017	GdL	_____ Dr. F. Patacchiola _____ Dr. M. De Martinis	_____ Dott.ssa M. Serva	_____ Dott. P. Anibaldi

Gruppo di Lavoro (GdL)

Coordinatore: Dr. F. Patacchiola Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia
 Dr. M. De Martinis Responsabile UOSD Pediatria e Neonatologia

Dott.ssa A. Faraoni Dirigente Medico UOSD Pediatria e Neonatologia
 Sig.ra M.P. Boscardini Coordinatrice Infermieristica UOC Ostetricia e Ginecologia
 Sig.ra P. Petroni Coordinatrice Infermieristica UOSD Pediatria e Neonatologia
 Sig.ra B. Campanelli Coordinatrice Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia

1. INTRODUZIONE

La riorganizzazione della Rete Perinatale introdotta con il DCA 412 del 2014 ha ricondotto i tre livelli assistenziali previsti dal DCA 56 del 2010 a due livelli dove, il nuovo primo livello contiene i primi due livelli ed il II livello corrisponde al vecchio III livello.

Ne consegue che il punto nascita dell'azienda deve essere in grado di "assistere gravidanze e parti a rischio, nonché tutti i relativi nati con patologia che non ricada nel II Livello di cura e assistenza al neonato di età gestazionale \geq 34settimane.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo delle presente procedura è di definire in maniera uniforme le modalità organizzative tra UU.OO Ostetricia e Ginecologia e Pediatria e Neonatologia dell'assistenza alla gestante prima ed alla coppia materno infantile, in particolare della gestione delle infezioni da streptococco B Emolitico fino ai metodi di skin to skin e Rooming-in.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Commissario ad Acta 26 novembre 2014, n. U00412 Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto "Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio".
- Decreto del Presidente in Qualità di Commissario ad Acta 12 luglio 2010 n. 56. Rete dell'Assistenza Perinatale.

4. DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

- "**Skin to Skin**": il "contatto pelle a pelle" consiste nel posizionare il neonato alla nascita sul ventre nudo materno, dopo averlo accuratamente tamponato, mantenendo entrambi protetti da un telo caldo.
- **Coppia Materno Infantile**: la definizione, riferita alla madre puerpera e il suo bambino, intende enfatizzare la necessità che i percorsi assistenziali siano orientati alla gestione contemporanea della coppia, e alla necessità di superare i modelli organizzativi basati sul singolo paziente.
- **Tecnica Hands Off**: la tecnica hands-off comporta che l'operatore usi solo dei consigli verbali per far sì che la madre trovi la posizione e l'attacco giusti per sé e per il neonato, senza farlo al posto loro.

4.1 ABBREVIAZIONI

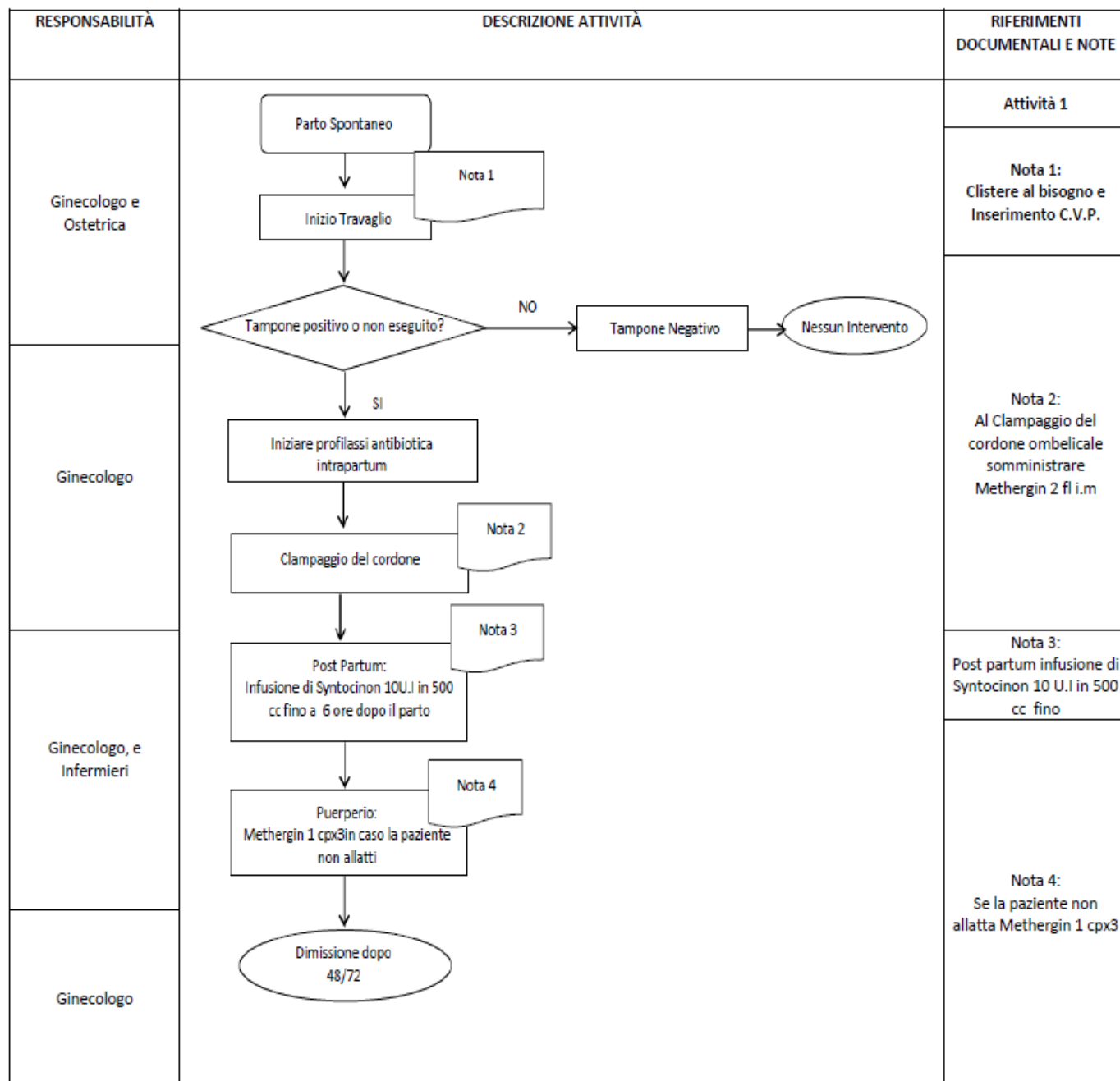
- SBEGB: Streptococco B emolitico gruppo B
- PROM: Rottura pretermine delle membrane.
- TVR: Tampone vagino rettale.
- PAI: Profilassi Antibiotico Intrapartum per SBEGB
- C.V.P.: Catetere Venoso Periferico
- OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
- UU.OO Unità Operative

5. RESPONSABILITÀ

Vedi diagramma di flusso

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO


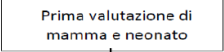
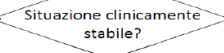
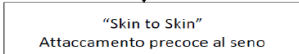
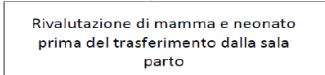
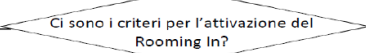
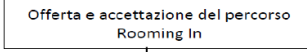
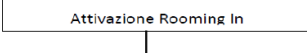
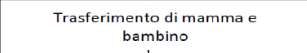
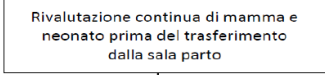
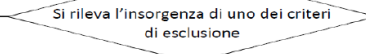
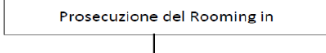
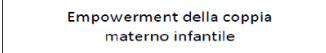
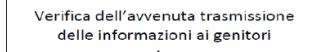
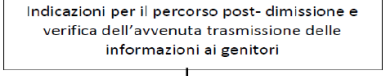
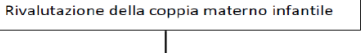


6.1 PARTO SPONTANEO A TERMINE



6.2 TRAVAGLIO PRETERMINE E PROM

RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RIFERIMENTI DOCUMENTALI E NOTE
Ginecologo e Ostetrica	<pre> graph TD A[Gestante con segni e sintomi di travaglio pretermine con PROM] --> B[Iniziare profilassi antibiotica intrapartum] B --> C{Inizio Travaglio?} C -- SI --> D[Continuare gli antibiotici fino alla nascita] C -- NO --> E[Risultati TVR] E --> F[Positivo] E --> G[Non disponibile prima del travaglio] E --> H[Negativo] F --> I([Profilassi per GBS all'inizio del vero travaglio]) G --> I H --> J([Nessuna profilassi all'inizio del vero travaglio.]) K[ripetere il TVR se la gestante raggiunge le 35-37 settimane e non ha ancora partorito] -.-> J </pre>	Attività 1

6.3 NASCITA

RESPONSABILITÀ	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RIFERIMENTI DOCUMENTALI E NOTE
Ginecologo, Ostetrica e Neonatologo Pediatra		Attività 2
Ostetrica		Attività 3
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 4
Ginecologo, Neonatologo Pediatra e Infermieri		Attività 5
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 6
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo, Neonatologo Pediatra e Infermieri		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo, Neonatologo Pediatra e Infermieri		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ginecologo e Neonatologo Pediatra		Attività 7
Ostetrica		Attività 3

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Prima del parto

È raccomandato lo screening prenatale mediante tampone vaginale e rettale (TVR) in tutte le donne gravide *tra 35-37 sett.* di E. G. per identificare le portatrici di SBEGB da sottoporre a profilassi antibiotica intrapartum.

La gravida che risulta positiva allo screening non va trattata durante la gravidanza, salvo in presenza di batteriuria (segno di colonizzazione intensa) che deve essere invece trattata sia in gravidanza che al parto.

Non è necessaria la profilassi nelle gravide con TVR positivo per SBEGB a cui viene effettuato un taglio cesareo fuori travaglio a membrane integre (es. taglio cesareo programmato) indipendentemente dall'età gestazionale.

Qualora vi sia un dubbio sulla integrità delle membrane è comunque consigliabile eseguire la PAI.

Per la profilassi intrapartum (PAI) sembra opportuno utilizzare

- **Ampicillina:** 2 gr. ev. all'inizio del travaglio e 1 gr. ogni 4 ore fino al parto.

In caso di allergia alle penicilline, utilizzare:

- **Cefazolina** (2 g e.v., seguiti da 1 g ogni 8 ore) o **Eritromicina** (500 mg e.v. ogni 6 ore) o **Clindamicina** (900 mg e.v. ogni 8 ore) che sono generalmente attivi contro il GBS .

Attività 1

Durante il parto

Partoriente con:

1. **TVR negativo:**
 - nessun intervento
2. **TVR non noto o non eseguito e presenza di fattori di rischio** (età gestazionale <37 settimane (parto pretermine; rottura delle membrane (PROM);18 ore; febbre 38°C).
 - PAI fino al parto
3. **TVR positivo** (non in TC fuori travaglio ed a membrane integre)
 - PAI fino al parto
4. **Rottura delle membrane <37 settimane di gestazione (pPROM) e TVR positivo o non noto:**
 - eseguire la PAI (Ampicillina 2gr. ev. + 1gr. ogni 6 ore) fino al parto, interrompendola nel caso il travaglio si interrompa.

qualora il parto non sia avvenuto, il risultato del TVR guiderà la successiva indicazione alla PAI alla ripresa del travaglio:

- *se il TVR è negativo la PAI non è indicata*
- *se il TVR è positivo o non disponibile la PAI è indicata.*

È compito del personale ostetrico/ginecologico l'identificazione dei fattori di rischio e della loro comunicazione al neonatologo/pediatra che deve essere presente durante il parto, in modo che sia al corrente del comportamento tenuto intrapartum (esecuzione della profilassi, farmaco usato, dosaggio, ora di somministrazione).

Attività 2

Al momento della nascita del neonato, il personale medico (ginecologo e neonatologo) ed ostetrico della sala parto valuta le condizioni cliniche della coppia materno infantile e, se non rileva la necessità di attivare percorsi clinico assistenziali di urgenza o emergenza, propone alla madre il contatto pelle a pelle con il neonato e l'attaccamento precoce al seno.

Attività 3

Per facilitare l'inizio dell'allattamento al seno, il neonato deve essere asciugato e messo in contatto pelle a pelle sul petto e l'addome della madre quanto più precocemente possibile dopo il parto. La parte del corpo del neonato che non è a contatto con la pelle materna deve essere accuratamente coperta, il viso del neonato deve rimanere scoperto mentre è consigliato l'utilizzo di un cappellino per evitare dispersioni di calore, se possibile utilizzare una copertina riscaldata. La temperatura ambientale deve essere mantenuta costante a circa 24 gradi.

Tutte le routine neonatali che non siano salvavita, e cioè il bagno, la determinazione del peso ed i procedimenti medici non urgenti, devono essere posticipate per consentire il completamento della prima poppata.

Se il neonato o la madre hanno bisogno di cure mediche urgenti, il contatto pelle a pelle deve essere offerto non appena le loro condizioni siano stabili.

Durante il contatto pelle a pelle iniziale, il neonato cerca ed esplora il seno, lo annusa e lo lecca, ed alla fine trova il capezzolo e vi si attacca per la prima poppata.

Gli operatori devono solo aiutare la madre a trovare una posizione confortevole e non forzare il processo di allattamento.

Per favorire il processo di attaccamento madre-bambino, il contatto pelle-pelle immediato e prolungato deve essere proposto anche per le madri che non allattano al seno.

La presenza del padre, correttamente identificato, deve essere incoraggiata per tutta la durata della permanenza della coppia materno infantile in sala parto.

Attività 4

Prima del trasferimento della madre e del bambino dalla sala parto, entrambi devono essere rivalutati dal ginecologo e del neonatologo pediatra.

Se non si rilevano criteri di esclusione definiti al punto 2 della presente procedura, l'ostetrica propone alla madre l'attivazione del percorso di rooming-in.

Nello specifico usufruiscono del Rooming-in:

- i neonati sani a termine da parto vaginale o cesareo con anestesia locoregionale, fin dalla sala parto
- i neonati nati da taglio cesareo o con altre procedure con anestesia generale, fin dal momento in cui le madri sono in grado di occuparsi dei loro figli
- i neonati pretermine e/o con patologia minore, su indicazione medica.

Non usufruiscono del Rooming-in (fino alla loro dimissione):

- neonati la cui mamma venga trasferita ad altra U.O. per cure specifiche;
- neonati non riconosciuti;
- neonati appartenenti a famiglie con gravi disagi psicologici o problemi sociali;
- neonati di mamme affette da gravi patologie, valutate dal medico di guardia/medico di reparto, non compatibili con l'attività di rooming-in (grave anemizzazione, crisi ipertensiva, patologie infettive, trombosi venose profonde, etc);
- neonati di madri che, adeguatamente informate sui rischi associati alla separazione dal loro bambino, scelgono di non usufruire del rooming-in.

Nel caso in cui il neonato non usufruisca del Rooming-in è necessario riportare la motivazione nella documentazione clinica della madre e del bambino.

Attività 5

Il trasferimento della coppia materno infantile alla UOC Ostetricia e Ginecologia per l'attivazione del rooming-in avviene secondo le procedure di UOC, e in maniera tale che la separazione della madre dal bambino sia ridotta al minimo tempo indispensabile per l'esecuzione delle procedure assistenziali.

Attività 6

Durante la degenza della coppia materno infantile l'assistenza è offerta da una equipe interdisciplinare che comprende:

- personale medico ginecologo;
- personale medico pediatra / neonatologo;
- personale infermieristico della UOSD Neonatologia e Pediatria;
- personale ostetrico.

Ciascun componente dell'equipe interdisciplinare, oltre ad erogare l'assistenza sanitaria di propria competenza, collabora con tutta l'equipe per assicurare la presa in carico globale della coppia materno infantile e il raggiungimento degli obiettivi formativi ed educativi descritti nella presente procedura.

Il personale medico dell'equipe interdisciplinare provvede, durante la degenza della coppia materno infantile, ad una rivalutazione continua dello stato di salute della stessa e verifica l'eventuale insorgenza di controindicazioni alla prosecuzione del rooming-in.

Se dovessero insorgere dubbi su eventuale ipogalattia materna, è necessario integrare l'alimentazione del neonato con il latte artificiale di tipo 1 per due o tre poppate ed eseguire i controlli di screening.

Attività 7

Attività assistenziali

La madre viene sostenuta e guidata dal personale sanitario nella presa in carico del bambino durante tutto il periodo della degenza, specie nei casi in cui le condizioni personali e/o cliniche della coppia materno infantile, non permettano una precoce gestione autonoma del figlio.

Nelle stanze di degenza può essere presente anche il padre (o un altro parente indicato dalla mamma) per l'assistenza della coppia materno infantile così da poter condividere la cura del neonato, sostenendo la neomamma.

Attività 8

La dimissione del neonato nato da parto spontaneo si effettua a 48 ore di vita, dopo avere espletato presso il nido tutte le procedure previste per la dimissione.

8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

8.1 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Hanley J Neonatal infections group B streptococcus; BMJ Clin Evid 2008; 01:323.
- Health protection Agency (2006). Processing swabs for Group B streptococcal carriage. National Standard Method BSOP 58 Issue 2.
- Quinlan JD, Hill DA. The necessity of both anorectal and vaginal cultures for group B streptococcus screening during pregnancy. J Fam Pract 2000; 49: 447-8.
- Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: A Public Health Perspective. CDC MMWR 1996; 45 (RR-7):1-24.

- Schrag S, Gorwitz R., Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised Guideline from CDC. MMWR 2002; 51 (RR11):1-22
- Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: Revised guidelines form CDC. CDC MMWR 2010; 59 (RR-10):1-36.
- OMS/UNICEF: Campagna mondiale "Ospedale amico dei bambini", 1991 Dichiarazione degli innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno (1990)
- Raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia sulla promozione dell'allattamento materno 21 settembre 2001.
- Davanzo R., Giustardi A. Il Rooming-in. Strumento Organizzativo essenziale per promuovere l'allattamento al seno. Pediatric & Neonatology Review 4,29-32, 1999.