

# Un grande risultato per un grande impegno

**L'Aogoi è nell'elenco delle società scientifiche pubblicato dal Ministero della Salute il 7 novembre scorso. Siamo l'unica Società scientifica di ostetricia e ginecologia 'generalista' a essere nell'elenco**

**ELSA VIORA**  
Presidente Aogoi

**IL 7 NOVEMBRE IL MINISTERO DELLA SALUTE** ha pubblicato l'elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, in attuazione dell'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24 e del Dm 2 agosto 2017. Con grande piacere e orgoglio vi comunico che Aogoi è tra queste.

**Ogni presente ha un passato alle spalle** che conta e il passato in questo caso è stato fondamentale. È proprio grazie al lavoro svolto nei trent'anni precedenti dal nostro mitico segretario nazionale **Antonio Chiàntera**, dai Presidenti che mi hanno preceduto, da tutti i Soci se oggi la nostra Associazione ha ora tutte le 'carte in regola' per poter entrare nell'elenco del-

le società scientifiche accreditate dal Ministero.

Devo precisare che siamo l'unica Società scientifica di ostetricia e ginecologia "generalista", permettetemi il termine, a essere nell'elenco. Vi sono altre società di settore che si occupano di ostetricia oppure di ginecologia ma in ambiti specifici.

**Il nuovo Statuto della Federazione Sigo**, approvato nell'assemblea straordinaria del 30 ottobre, assume oggi ancora maggiore rilevanza in quanto Aogoi costituisce la stragrande maggioranza di Sigo e ad essa conferisce indirettamente il riconoscimento comune della rappresentatività. È davvero fondamentale essere uniti perché una ostetricia e ginecologia italiana unita e compatta può aiutarci a migliorare la qualità della assistenza alle donne, intesa sia come prevenzione sia come cure.

**Sono certa di poter affermare a nome di tutti i Soci che siamo grati a chi ci ha preceduto** non solo per il patrimonio di esperienza e conoscenza che ci hanno trasmesso ma anche per la lungimiranza di molte scelte, la capacità di innovare e di sapere interpretare e molte volte anticipare i cambiamenti, nella società e nel mondo medico-scientifico.

Un sentito "grazie" dunque a chi lavora ogni giorno, siano i "grandi" Maestri o i "semplici" soci che sono e devono continuare a essere sempre di più l'elemento essenziale: senza di loro nulla si può fare.

**L'elenco sarà aggiornato ogni due anni e perciò è indispensabile che continuiamo a lavorare tutti insieme**, ricordandoci che il nostro obiettivo primario è migliorare la salute delle donne e questo può essere raggiunto anche garantendo alle ginecologhe e ai ginecologi italiani un adeguato supporto scientifico e un fattivo sostegno nell'ambito di una così impegnativa professione.

“

Un sentito "grazie" a chi lavora ogni giorno, siano i "grandi" Maestri o i "semplici" soci che sono e devono continuare a essere sempre di più l'elemento essenziale: senza di loro nulla si può fare!



## Trasformare le cure alle donne e ai neonati per migliorare la loro salute e il loro benessere

**LA MAGGIORANZA DELLE GRAVIDANZE** non presenta fattori di rischio per la mamma e il bambino, ciononostante in alcune circostanze al momento del parto possono insorgere complicanze che mettono a rischio la vita e la salute di entrambi.

Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio e il parto sono notevolmente aumentate con induzioni, accelerazioni e controllo stretto di un evento fisiologico con la finalità di migliorare i risultati.

Questa medicalizzazione ha sottratto alle donne la capacità di gestire questo evento con completa realizzazione personale, ha prodotto effetti negativi sul vissuto di questa esperienza e, in alcuni casi, ha causato deviazioni dalla fisiologia e complicanze iatrogene.

Queste 56 raccomandazioni (26 nuove e 30 già presenti in altri documenti dell'Oms) sono rivolte a tutti coloro che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita, sono basate sulle evidenze scientifiche di cui oggi disponiamo e sono applicabili in tutti i Paesi del mondo.

**Sono raccomandazioni che si applicano a tutte le donne in buona salute con una gravidanza e un travaglio fisiologici.**

La finalità è vivere il parto come una esperienza positiva, in un ambiente sicuro da un punto di vista professionale e psicologico, con un sostegno pratico ed emozionale continuo da parte di persone scelte dalla donna e sotto l'attenta e amorevole sorveglianza clinica di personale competente. Possiamo osservare che molte di queste raccomandazioni in numerosi punti nascita italiani sono pratica corrente, qualcuna è in via di applicazione e altre sono oggetto di valutazione in merito alla loro reale conformità ai bisogni e al-



# OMS: Le ultime raccomandazioni sulle cure intrapartali per un'esperienza positiva del parto

le richieste della popolazione ostetrica italiana. È necessario inoltre tenere sempre in considerazione che le raccomandazioni e le linee guida emanate dall'Organizzazione mondiale della sanità sono indirizzate a tutte le nazioni del mondo ed in particolare ai Paesi a basso e bassissimo reddito dove la mortalità materna e neonatale è altissima, le risorse economiche ridottissime e l'assistenza sanitaria spesso assente o minimale. **Questa attenzione alle aree più svantaggiate del mondo** può indirizzare verso proposte che talvolta possono entrare in conflitto con le pratiche consolidate della medicina dei Paesi ricchi.

## ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO

- 1 CURE MATERNE RISPETTOSE**  
Cure materne rispettose: ci si riferisce a cure organizzate e assicurate a tutte le donne per garantire la loro dignità, la loro intimità e riservatezza, per proteggerle dal dolore e dalle procedure scorrette, per consentire scelte chiare e un sostegno continuo durante il travaglio e il parto. **Sono raccomandate.**
- 2 COMUNICAZIONE EFFICACE**  
La comunicazione efficace tra il personale di assistenza e le donne che partoriscono utilizzando metodi semplici e culturalmente comprensibili. **È raccomandata.**
- 3 ACCOMPAGNAMENTO DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO**  
La presenza di una persona scelta dalla donna è **raccomandata** per tutte le donne durante il travaglio e il parto.

- 4 CONTINUITÀ DELLE CURE**  
Modelli di continuità delle cure sotto la direzione delle ostetriche, tra queste una ostetrica o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute dalla donna in un percorso continuativo dal periodo prenatale al postnatale **sono raccomandati** per tutte le gravide.

## PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO

- 5 DEFINIZIONE DELLE FASI DI LATENZA E DI TRAVAGLIO ATTIVO**  
L'adozione delle seguenti definizioni per fase di latenza e fase attiva del travaglio sono raccomandate nella pratica clinica.  
a) La fase di latenza è un periodo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e modificazioni variabili del collo uterino che includono un certo grado di appiamento ed una lenta progressione della dilatazione fino ai 5 centimetri, sia per la primigravida che per la pluripara.  
b) La fase attiva del travaglio è caratterizzata da contrazioni uterine dolorose e regolari, da un significativo appiamento cervicale e da una dilatazione del collo dell'utero più rapida e che va dai 5 centimetri alla dilatazione completa, sia per la primigravida che per la pluripara.

**CLAUDIO CRESCINI**  
Vicepresidente Fondazione Confalonieri Ragonese

“  
Negli ultimi anni l'intervento medico e le pratiche interventiste durante il travaglio e il parto sono notevolmente aumentate con induzioni, accelerazioni e controllo stretto di un evento fisiologico con la finalità di migliorare i risultati

“

Queste 56 raccomandazioni, di cui 26 nuove e 30 già presenti in altri documenti dell'Oms, sono rivolte a tutti coloro che hanno un qualsiasi ruolo nell'assistenza alla nascita. Sono basate sulle evidenze scientifiche di cui oggi disponiamo e sono applicabili in tutti i Paesi del mondo

- 6 DURATA DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO**  
Le donne dovrebbero essere informate che la durata standard della fase di latenza non è definita e può notevolmente variare da una donna all'altra. Tuttavia la durata della fase attiva (dai 5 centimetri fino alla dilatazione completa) non supera generalmente le 12 ore nella primigravida e le 10 ore nella pluripara.
- 7 PROGRESSIONE DELLA PRIMA FASE DEL TRAVAGLIO**  
Per le gravide con inizio del travaglio spontaneo la progressione della dilatazione di 1 centimetro all'ora durante la fase attiva (linea di allerta del partogramma) non identifica correttamente le donne a rischio di esito negativo del parto e quindi **non è raccomandata** per questa finalità.
- 8 Una velocità della dilatazione di almeno 1 cm/ ora** durante la fase attiva del travaglio è poco realistica e per certe donne troppo rapida e quindi **non è raccomandata** per definire la normalità di progressione del travaglio. La sola dilatazione cervicale ad una velocità inferiore a 1 cm/ ora non dovrebbe essere indicazione di routine per un intervento ostetrico.

- 9** Il travaglio può non accelerare spontaneamente prima che la dilatazione sia arrivata a 5 centimetri. Quindi gli interventi medici per accelerare il travaglio e il parto (ossitocina o taglio cesareo) prima dei 5 cm non sono raccomandati se le condizioni materne e fetali sono rassicuranti.
- 10** **RICOVERO IN SERVIZIO OSTETRICO**  
Per le gravide in buona salute con insorgenza spontanea del travaglio una politica di attesa fino all'inizio della fase attiva prima del ricovero (ammissione in sala travaglio/parto) è raccomandata solo in un contesto di ricerca clinica.
- 11** **ESAME CLINICO DEL BACINO AL MOMENTO DEL RICOVERO**  
Lo studio clinico della morfologia del bacino mediante esplorazione vaginale nelle donne in buona salute non è raccomandato.
- 12** **ESAME DI ROUTINE DELLE CONDIZIONI FETALI AL MOMENTO DEL RICOVERO**  
La cardiocografia di routine non è raccomandata per valutare il benessere fetale nelle donne in buona salute con travaglio spontaneo.
- 13** L'auscultazione con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o con uno stetoscopio fetale di Pinard è raccomandata al momento del ricovero per la valutazione del benessere fetale.
- 14** **DEPILAZIONE**  
La depilazione della vulva e del pube non è raccomandata per un parto vaginale.
- 15** **CLISTERE**  
L'uso del clistere per ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio non è raccomandato.
- 16** **ESPLORAZIONE VAGINALE**  
Una visita vaginale è raccomandata ogni 4 ore per valutare la fase attiva del primo stadio del travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico.
- 17** **CARDIOTOCOGRAFIA IN CONTINUO DURANTE IL TRAVAGLIO**  
La cardiocografia in continuo non è raccomandata per la valutazione del benessere fetale nelle donne gravide in buona salute durante un travaglio spontaneo.
- 18** **AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE DELLA FREQUENZA CARDIACA FETALE IN TRAVAGLIO**  
L'auscultazione intermittente della frequenza cardiaca del feto con un apparecchio ad ultrasuoni Doppler o uno stetoscopio di Pinard è raccomandata per le gravide in buona salute durante il travaglio.
- 19** **ANALGESIA PERIDURALE PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE**  
L'analgisia peridurale è raccomandata per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.



- 20** **OPPIACEI PER IL SOLLIEVO DAL DOLORE**  
Gli oppiacei parenterali come il Fentanyl, la diamorfina e la petidina sono opzioni raccomandate per le gravide in buona salute che richiedono un sollievo dal dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.
- 21** **TECNICHE DI RILASSAMENTO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE**  
Le tecniche di rilassamento, incluso il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione, la musica, gli esercizi di meditazione e altre tecniche sono raccomandate per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.
- 22** **TECNICHE MANUALI PER LA GESTIONE DEL DOLORE**  
Le tecniche manuali come il massaggio o l'applicazione di compresse tiepide sono opzioni raccomandate per le gravide in buona salute che chiedono un sollievo al dolore durante il travaglio, in base alle richieste della donna.
- 23** **SOLLIEVO DAL DOLORE PER PREVENIRE IL TRAVAGLIO PROLUNGATO**  
Il sollievo dal dolore per prevenire il travaglio prolungato e ridurre il ricorso all'accelerazione del travaglio non è raccomandato.
- 24** **ASSUNZIONE DI LIQUIDI E ALIMENTI PER VIA ORALE**  
Nelle donne a basso rischio ostetrico l'assunzione di liquidi e alimenti durante il travaglio è raccomandata.
- 25** **MOBILITÀ MATERNA E POSIZIONI DURANTE IL TRAVAGLIO**  
È raccomandato incoraggiare la mobilità e una posizione verticale durante il travaglio nelle donne a basso rischio ostetrico.
- 26** **LAVANDE VAGINALI**  
Le lavande vaginali di routine con clorexidina in travaglio di parto per ridurre la morbilità infettiva non sono raccomandate.
- 27** **GESTIONE ATTIVA DEL TRAVAGLIO**  
L'insieme di interventi per la gestione attiva del travaglio per impedire un suo prolungamento nel tempo non è raccomandato.
- 28** **AMNIOREXI DI ROUTINE**  
Il ricorso all'amniorexi precoce per prevenire il prolungamento del travaglio non è raccomandato.
- 29** **AMNIOREXI E OSSITOCINA PRECOCI**  
Il ricorso all'amniorexi precoce con una accelerazione precoce del travaglio con ossitocina per prevenire un prolungamento del travaglio non è raccomandato.
- 30** **OSSITOCINA NELLE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE**  
La somministrazione di ossitocina per prevenire il prolungamento del travaglio nelle donne con analgesia peridurale non è raccomandato.
- 31** **ANTISPASTICI**  
L'uso di antispastici per prevenire un allungamento del travaglio non è raccomandato.

**32** **INFUSIONE ENDOVENOSA DI LIQUIDI PER PREVENIRE UN ALLUNGAMENTO DEI TEMPI DEL TRAVAGLIO**  
L'uso di liquidi e.v. per accorciare la durata del travaglio non è raccomandato.

## SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO

**33** **DEFINIZIONE E DURATA DELLA SECONDA FASE DEL TRAVAGLIO**

L'adozione della definizione seguente e della durata della seconda fase del travaglio è raccomandata nella pratica clinica.

a) la seconda fase del travaglio è il periodo compreso tra la dilatazione completa del collo e la nascita del bambino, durante la quale la donna sente il bisogno involontario di spingere seguito dalle contrazioni espulsive

b) le donne dovrebbero essere informate che la durata della seconda fase varia da una donna all'altra. Durante il primo parto la durata del secondo stadio è generalmente inferiore a 3 ore mentre nei parti successivi è generalmente inferiore a 2 ore.

**34** **POSIZIONE ALLA NASCITA (per le donne senza analgesia epidurale)**  
Per le donne senza analgesia epidurale è raccomandato di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna, comprese le posizioni verticali.

**35** **POSIZIONE PER LE DONNE CON ANALGESIA PERIDURALE**  
Per le donne con analgesia peridurale è raccomandato di incoraggiare ad assumere posizioni per il parto scelte dalla donna, comprese le posizioni verticali

**36** **METODO DI SPINTA**  
Le donne durante la fase espulsiva a termine della seconda fase del travaglio dovrebbero essere incoraggiate e sostenute a seguire il proprio impulso a spingere.

**37** **METODO DI SPINTA (per le donne in analgesia peridurale)**  
Per le donne in analgesia peridurale nella seconda fase del travaglio è raccomandato di ritardare le spinte per una o due ore dopo la dilatazione completa fino a quando la donna avverte di nuovo il bisogno di spingere in un ambiente in cui sono disponibili le risorse per gestire una durata prolungata del secondo stadio e l'ipossia fetale può essere correttamente riconosciuta e gestita.

**38** **METODICHE DI PREVENZIONE DEL TRAUMA PERINEALE**  
Per le donne nella seconda fase del travaglio le tecniche finalizzate a ridurre il trauma perineale e a facilitare la nascita spontanea (compresi il massaggio perineale, le compresse calde e la sorveglianza "manuale" - hands-on - del perineo) sono raccomandate in base alle richieste della donna e alle opzioni disponibili.

**39** **INDICAZIONE ALL'EPISIOTOMIA**  
L'episiotomia di routine o il suo largo utilizzo non sono raccomandati per le donne che hanno un parto spontaneo.

**40** **MANOVRE DI KRISTELLER**  
Le manovre di compressione addominale sul fondo uterino per facilitare il parto nella seconda fase del travaglio non sono raccomandate.

## TERZO STADIO DEL TRAVAGLIO

**41** La somministrazione di uterotonici per prevenire l'emorragia del post partum nella terza fase del travaglio è raccomandata in tutti i parti.

**42** L'ossitocina (10 unità intramuscolo o endovena) è il farmaco raccomandato per la prevenzione dell'emorragia post partum

**43** Nei luoghi in cui l'ossitocina non è disponibile è raccomandato l'impiego di altri uterotonici iniettabili (ergometrina, metilergometrina) o di misoprostolo per bocca (600 mg).

**44** **CLAMPAGGIO TARDIVO DEL CORDONE OMBELICALE**  
Il clampaggio tardivo del cordone ombelicale (non prima di un minuto dalla nascita) è raccomandato per il benessere della mamma e del neonato

**45** **TRAZIONE CONTROLLATA DEL CORDONE OMBELICALE**  
Nei luoghi dove è presente personale di assistenza qualificato la trazione controllata del cordone è raccomandata nei parti in cui si ritiene importante una riduzione anche se lieve della perdita ematica e della durata del terzo stadio.

**46** **MASSAGGIO UTERINO**  
Il massaggio uterino energico non è raccomandato come procedura finalizzata a prevenire una emorragia post partum nelle donne che hanno ricevuto una profilassi con ossitocina.

## CURE AL NEONATO

**47** **ASPIRAZIONE NASALE O ORALE DI ROUTINE DEL NEONATO**  
Per il neonato che respira spontaneamente ed in presenza di liquido amniotico chiaro l'aspirazione della bocca o del naso non deve essere eseguita.

**48** **CONTATTO PELLE A PELLE**  
I neonati senza complicanze dovrebbero essere tenuti con un contatto pelle a pelle con la mamma durante le prime ore dalla nascita per prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento.

**49** **ALLATTAMENTO**  
Tutti i neonati, compresi quelli di basso peso che sono in grado di essere allattati, devono essere attaccati al seno il più presto possibile dopo la nascita quando sono clinicamente stabili e quando la mamma e il bambino sono pronti.



Molte di queste raccomandazioni in numerosi punti nascita italiani sono pratica corrente, qualcuna è in via di applicazione altre sono oggetto di valutazione in merito alla loro reale conformità ai bisogni e alle richieste della popolazione ostetrica italiana

**50** **PROFILASSI DELLA MALATTIA EMORRAGICA CON VITAMINA K**  
Tutti i neonati dovrebbero ricevere 1 milligrammo di vitamina K per via intramuscolare alla nascita (dopo la prima ora durante la quale il neonato dovrebbe essere in contatto pelle a pelle con la mamma e l'allattamento dovrebbe essere iniziato).

**51** **BAGNO E ALTRE CURE IMMEDIATE AL NEONATO**  
Il bagno dovrebbe essere rinviato di almeno 24 ore dopo la nascita. Se questo non è possibile per motivi culturali si dovrebbe attendere almeno 6 ore. Si raccomanda di coprire il neonato in modo adeguato in funzione della temperatura ambientale. Questo significa uno o due strati di abiti più dell'adulto e anche un berretto. Madre e bambino non dovrebbero essere separati e dovrebbero rimanere nello stesso ambiente 24 ore su 24.

## CURE ALLA DONNA DOPO IL PARTO

**52** **SORVEGLIANZA DELLA CONTRATTURA UTERINA**  
La sorveglianza del tono o contrattura uterina nel post partum per riconoscere precocemente una atonia uterina è raccomandata per tutte le donne.

**53** **ANTIBIOTICI NEL PARTO SENZA COMPLICANZE**  
La somministrazione profilattica di routine di antibiotici nel parto vaginale senza complicanze non è raccomandata.

**54** **ANTIBIOTICI PROFILATTICI DI ROUTINE PER L'EPISIOTOMIA**  
L'antibiototerapia profilattica di routine in tutte le donne che hanno avuto una episiotomia non è raccomandata.

**55** **SORVEGLIANZA MATERNA NEL POST PARTUM**  
Tutte le donne nel post partum dovrebbero avere un controllo di routine periodico della perdita ematica vaginale, della contrattura uterina, dell'altezza del fondo uterino, della temperatura corporea e della frequenza cardiaca nelle prime 24 ore dal parto. La pressione arteriosa dovrebbe essere misurata poco dopo il parto e se è normale andrebbe ricontrollata nelle successive sei ore. Si dovrebbe controllare il residuo post minzionale entro sei ore dal parto.

**56** **DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DOPO UN PARTO SPONTANEO**  
Dopo un parto senza complicanze in una struttura sanitaria la madre in buona salute e il neonato dovrebbero essere assistiti nella struttura per almeno 24 ore dopo il parto.