



AD OGNI DONNA IL SUO PARTO

Nascere a Verona e Provincia
dati 2014



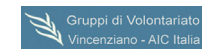
Via del Bersagliere 16, 37123 Verona - tel. 349 6418745 - info@melogranovr.org
www.melogranovr.org



Via Tito Speri 7, 37121 Verona - tel. e fax 045 8013043 - aiedconsultorioverona@gmail.com
www.aiedverona.org



La realizzazione di questo documento è stata possibile grazie a:



Presentazione di Anna Leso , Assessore alle Pari Opportunità e alla Famiglia del Comune di Verona	5
Presentazione della Dr.ssa Roberta Girelli , Presidente della Consulta delle Associazioni Femminili del Comune di Verona	6
Presentazione del Prof. Massimo Franchi , Direttore dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia, AOUI Verona	7
Introduzione del Gruppo di lavoro AIED - Melograno per la qualità dell'assistenza ostetrica	8

PUNTI NASCITA

1. Policlinico "Giambattista Rossi" - AOUI Verona (Borgo Roma)	12
2. Ospedale Civile Maggiore - AOUI Verona (Borgo Trento)	14
3. Ospedale "Girolamo Fracastoro" di San Bonifacio	16
4. Ospedale "Sacro Cuore" di Negrar	18
5. Casa di Cura "Pederzoli" di Peschiera	20
6. Ospedale "Mater Salutis" di Legnago	22
7. Il parto a domicilio in provincia di Verona	24

GLOSSARIO	28
------------------	-----------

TABELLE

1. Parte generale	34
2. Travaglio e parto	35
3. Dati sulle nascite	36
4. Post-partum e puerperio	39

APPENDICI

1. Raccomandazioni WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) sulla nascita	42
2. Iniziative "Ospedale amico del bambino" e "Cure amiche della madre"	45
3. Il piano della nascita	48

Presentazione dell'Assessore alle Pari Opportunità e alla Famiglia del Comune di Verona Anna Leso

Nel riscontrare quanto interesse ha suscitato nei futuri genitori la possibilità di poter avere delle informazioni, sulla scelta dei Punti Nascita e sulle metodologie che praticano le diverse strutture ospedaliere, con la prima edizione di questo opuscolo, credo sia molto importante mantenerne l'aggiornamento in modo da permettere alle nostre giovani famiglie un facile orientamento sul panorama dei Servizi offerti a Verona e Provincia.

Il lavoro svolto delle operatrici AIED e MELOGRANO in collaborazione con un gruppo di operatori sanitari qualificati e medici, rappresenta una notevole innovazione nel servizio ai futuri genitori.

La raccolta dei dati aggiornati, contenuti in questo opuscolo, sono frutto di un'osservazione accurata e fanno riferimento alle "Raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla Nascita". Le raccomandazioni si basano sul principio che ogni donna ha il diritto a ricevere un'assistenza prenatale appropriata e che le donne devono svolgere un ruolo centrale in tutti gli aspetti di questa assistenza, compresa la partecipazione nel pianificare, nel portare avanti e nel valutare l'assistenza stessa; e che i fattori sociali, emotivi e psicologici sono estremamente importanti per un'assistenza appropriata. Inoltre, a tutte le donne che partoriscono in una struttura deve venir garantito il rispetto dei loro valori e della loro cultura.

In qualità di Assessore alle Pari Opportunità e Famiglia sono entusiasta di condividere e di lavorare in rete con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, le ULSS 20, 21 e 22 l'Associazione il Melograno e l'AIED che ringrazio per la loro professionalità.

L'Amministrazione Comunale ha concesso il patrocinio alla pubblicazione di questo opuscolo per essere vicina ai futuri genitori nel meraviglioso processo naturale della nascita.

Presentazione della Presidente della Consulta delle Associazioni Femminili del Comune di Verona Dr.ssa Roberta Girelli

La Consulta delle Associazioni Femminili di Verona è impegnata da oltre quarant'anni a proporre temi di attualità e di interesse sociale, con particolare attenzione a quelli che riguardano le sfera di interesse della donna e della famiglia, favorendo contatti, scambi culturali, promuovendo incontri, dibattiti, manifestazioni di interesse collettivo.

Tutto ciò passa attraverso l'informazione, la diffusione di notizie, la raccolta di dati frutto dell'analisi delle situazioni oggetto di interesse, la proposta di soluzioni. Il percorso di sostegno al periodo della gestazione, il momento della nascita, l'accompagnamento della neo-mamma, la crescita della famiglia, sono argomenti affrontati dall'associazione AIED, componente della Consulta, che hanno destato interesse nelle altre associazioni. Queste hanno deciso a gran voce di sostenere la pubblicazione della raccolta di dati ed informazioni relative ai Punti Nascita della provincia di Verona per poter dare sostegno alla collettività, perché possa conoscere la disponibilità di assistenza, competenze, professionalità e servizi per la donna nel momento in cui si trova ad esercitare il diritto alla nascita per il nascituro.

Dare alla luce un bimbo è l'istante più emozionante della vita della donna e desideriamo che sia possibile per ognuna di noi affrontare il parto nelle migliori condizioni, guardando a strutture in cui si opera con competenza e professionalità. Va un ringraziamento a coloro che hanno effettuato un'attenta raccolta ed interpretazione di dati, con l'obiettivo di rendere fruibile alle donne e alle loro famiglie le opportunità che possono avere al momento del parto.

Un ringraziamento va ad alcune associazioni della Consulta che hanno voluto contribuire anche individualmente alla pubblicazione della raccolta, per consentire la migliore riuscita nella diffusione: Telefono Rosa, Terziario Donna, Confcommercio Verona, Soroptimist, Ammi, Galm, Filo D'Arianna, Gruppo Volontariato Vincenziano.

Un grazie alle donne che danno alla luce nuove vite con coraggio e consapevolezza.

Presentazione del Direttore della Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona Prof. Massimo Franchi

Presento con grande piacere la seconda edizione di questo documento, che riguarda i principali caratteri distintivi dei vari punti nascita operanti in Provincia di Verona.

L'informazione dettagliata riguardo le possibilità clinico assistenziali di un punto nascita costituisce un'esigenza assolutamente prioritaria. Come noto, è relativamente agevole dai vari siti aziendali ottenere dati affidabili, ma in pratica risulta difficoltoso acquisire una visione d'insieme della questione, e trattandosi di una nascita... che questione!

I numerosi commenti positivi e il grande successo della prima edizione hanno confermato l'utilità di disporre di un documento che in modo semplice delinea le peculiarità dei percorsi assistenziali offerti dai differenti punti nascita.

La seconda edizione è inoltre arricchita dal fondamentale contributo dei Professionisti del CeDAP che ha fornito i risultati regionali relativi all'assistenza ostetrica dei punti nascita della Provincia di Verona. A questi dati ufficiali sono state aggiunte ulteriori informazioni cliniche (ad esempio quelle riguardati le episiotomie) che consentono una scelta basata su dati ancora più oggettivi fornendo un documento con un ottimale equilibrio tra immediata comprensibilità, rigore e veridicità clinica.

Disponiamo oggi nella nostra provincia di uno strumento ancora più fruibile reso possibile dal puntuale lavoro di tutti ma soprattutto da un coordinamento competente ed estraneo a particolarismi quale quello svolto dalle Associazioni veronesi AIED e Melograno. La puntuale opera di AIED e Melograno ha consolidato ed ampliato il concreto clima di fattiva collaborazione esistente tra i Ginecologi ed Ostetriche della Provincia a tutto, grande, esclusivo vantaggio di donne e bambini.

PERCHÉ QUESTO OPUSCOLO?

Lo scopo principale di questo opuscolo, ora alla seconda edizione, è fornire alla donna in gravidanza e al suo compagno informazioni utili per la scelta del luogo del parto e per riflettere sul tipo di assistenza desiderata. Altri obiettivi importanti sono: contribuire alla trasparenza dei dati relativi all'assistenza, facilitare la comunicazione tra i professionisti della nascita e le donne, favorire la collaborazione tra i Punti Nascita, diffondere e generalizzare le buone pratiche ostetriche.

Siamo convinti che il più potente fattore di cambiamento dell'assistenza alla nascita sia la libertà di scelta della donna, ben informata e consapevole dei suoi bisogni e delle sue preferenze. Abbiamo quindi ritenuto necessario prima di tutto fotografare la realtà del nostro territorio. Confidiamo che le informazioni contenute in questo opuscolo favoriscano il confronto e l'incontro tra i bisogni della donna (e della coppia) e le opportunità offerte dai Servizi. In tal senso è utile che le donne possano stendere un proprio "Piano della nascita": si tratta di uno strumento di comunicazione tra donna / coppia e Punto Nascita, che elenca preferenze e scelte riguardo ai vari aspetti dell'assistenza durante il travaglio, il parto e nei primi giorni dopo la nascita. I dati presentati possono dare un'idea generale del tipo di assistenza fornito da ciascun Punto Nascita, ma non possono sostituire l'incontro e il dialogo con gli operatori.

L'OMS afferma che ogni taglio cesareo ingiustificato è potenziale fonte di patologia per madre e neonato. In Italia i tagli cesarei costituiscono il 36,3% delle nascite; questo rende il nostro Paese primo in Europa e terzo nel mondo per percentuale di cesarei. In Europa, l'Olanda ha il tasso di cesarei più basso (15,5%), senza che ciò comporti una diminuita sicurezza per il neonato. Questi numeri ci costringono a prendere atto di una realtà molto pesante: una donna italiana su 5 viene privata senza un valido motivo della possibilità di partorire naturalmente. Siamo convinti che il parto vaginale sia l'obiettivo in ostetricia. Anche le donne mielose possono partorire per via vaginale.

Studi attendibili hanno dimostrato che gli interventi non necessari e l'uso inappropriato della tecnologia peggiorano la qualità dell'assistenza ostetrica e provocano più danni di quanti non ne prevenivano. Questo nostro lavoro vuole contribuire a contenere, nel nostro territorio, la tendenza alla medicalizzazione della nascita.

I dati contenuti in questo opuscolo sono stati raccolti grazie al Registro Nascite, progetto dell'Osservatorio Regionale Veneto della Patologia in Età Pediatrica, che elabora il Certificato di assistenza al parto (CeDAP), e alla generosa collaborazione dei Responsabili e dei colleghi di 6 dei 7 Punti Nascita della Provincia di Verona, che hanno compilato un questionario aggiuntivo, elaborato dal gruppo di medici, ostetriche e psicologhe che firma questa presentazione.

I dati, relativi al 2014, sono stati confermati e approvati dai Responsabili dei Punti Nascita, ai quali le bozze di questo opuscolo sono state sottoposte. Gli indirizzi email delle due Associazioni promotrici - **AIED Verona - Consultorio Familiare** e **il MELOGRANO Verona - Centro Informazione Maternità e Nascita** - sono a disposizione del pubblico per segnalare errori, incongruenze o cambiamenti delle informazioni e dei dati riportati in questo opuscolo. Ciò permetterà di aggiornare le future edizioni e migliorarne la qualità.

Ringraziamo l'Assessore alle Pari Opportunità e Famiglia Anna Leso, la Dsssa Roberta Girelli, Presidente della Consulta delle Associazioni Femminili del Comune di Verona, il Prof. Massimo Franchi, Direttore della UOC di Ostetrica e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, e la Prof. Paola Facchin (Dipartimento di Pediatria, Azienda Ospedaliera di Padova) per la fiducia e il sostegno che da subito hanno assicurato a questa iniziativa. Un sentito ringraziamento anche al Dr. Nikos Papadopoulos, (AOUI Verona) che ha aiutato a raccogliere ed elaborare una parte dei dati, e alle Dsse Debora Balestreri (AOUI Verona), Anna Ferrante e Laura Salmaso (Dip. Pediatria, AO Padova) per il loro personale impegno e la costante attenzione. Un grazie infine all'equipe del Coordinamento e Sviluppo Rete per l'Allattamento materno dell'Uss 20 per l'Appendice 2.

Il gruppo di lavoro AIED – MELOGRANO "Accoglienza e Qualità dell'Assistenza Ostetrica"

Coordinamento: Francesco Cardini

Partecipanti (in ordine alfabetico): Valeria Boschi, Silvana Cappellaro, Nicoletta Fusaro, Maria Geneth, Isabella Sciarretta, Santina Ugolini, Paola Vairani, Silvia Zoppei.

A stylized purple outline of a person's head and shoulders. The head is on the left, and the shoulders are on the right. Inside the head area, there is a heart shape. The text "PUNTI NASCITA" is positioned to the right of the head.

PUNTI NASCITA

PUNTO NASCITA I

Ospedale Policlinico “Giambattista Rossi” - Borgo Roma

Piazzale Ludovico Antonio Scuro n. 10, 37134 Verona - tel. 045 8124407/08

Certificato per la Qualità ISO 9001: 2008

Totale parti nel 2014: **1512** (vaginali 67,1%, cesarei 32,9%) *

i

INDICAZIONI GENERALI

- Gli interventi ostetrici, derivati dalle evidenze cliniche, sono stabiliti in precedenza e scritti (a disposizione) al fine di uniformare il trattamento
- L'aderenza al percorso preordinato è verificata e discussa, dopo ogni parto, dalla Direzione
- Nel caso di gravidanza oltre il termine il travaglio di parto viene indotto a partire dalla 41^a settimana e 6 giorni
- Le donne pre-cesarizzate possono richiedere un travaglio di prova, previa firma dell'apposito consenso. Tale possibilità è riservata alle donne con solamente un taglio cesareo precedente e in caso di travaglio spontaneo
- In caso di presentazione podalica viene proposto il rivolgimento per manovre esterne a 37 settimane
- Per il travaglio di parto la donna viene accolta in qualsiasi epoca di gestazione
- È possibile il parto di gemelli per via vaginale se la presentazione di entrambi i gemelli è cefalica
- La donna può proporre il Piano Nascita

PROCEDURE DI TRAVAGLIO E PARTO

- Per il travaglio sono disponibili stanze singole, compatibilmente con le possibilità organizzative
- Il travaglio e il parto non si svolgono nella stessa stanza
- Durante il travaglio:
 - la donna può mangiare e bere
 - può assumere posizioni libere, anche in fase espulsiva
 - il BCF (battito cardiaco fetale) viene auscultato e monitorato in modo intermittente
 - l'analgia peridurale è disponibile gratuitamente, ma non h24
- L'episiotomia viene praticata nel 17 % dei casi **
- Sia durante il travaglio che durante il parto vaginale è consentita la presenza di una persona di fiducia

+

NEONATO

- Alla nascita, il taglio del cordone ombelicale avviene dopo la cessazione della pulsazione.

È possibile la donazione del sangue cordonale

- Subito dopo la nascita è possibile il contatto “pelle a pelle” per un tempo superiore ai 60 minuti, sia in caso di parto vaginale che di taglio cesareo
- È possibile il rooming-in, con l'orario scelto dalla donna
- Durante la degenza la madre e il padre possono accedere al Nido in qualsiasi orario
- È presente un reparto di Terapia Intensiva Neonatale

ALLATTAMENTO

- La madre può attaccare il bambino al seno entro 2 ore dal parto. L'allattamento al seno è a richiesta
- Nel reparto è presente un protocollo di sostegno per l'allattamento conosciuto da tutto il personale

DEGENZA IN REPARTO

- Dopo la nascita, la degenza è di 3 giorni dopo un parto vaginale e di 3 giorni dopo taglio cesareo; è possibile chiedere la dimissione anticipata
- Durante la degenza la presenza di una persona di fiducia è consentita solo di giorno
- Nella lettera di dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti da ospedale e territorio

ORARI DI VISITA

- Il papà può accedere a qualsiasi orario
- parenti possono accedere tutti i giorni dalle 19 alle 20

ALTRI SERVIZI

- Corsi di accompagnamento alla nascita
- Corsi di accompagnamento alla nascita per gravidanze gemellari
- Pronto Soccorso Ostetrico h24
- Ambulatorio per counselling preconcezionale, controlli in gravidanza e follow up della gravidanza fisiologica e non fisiologica
- Ambulatorio multidisciplinare con i seguenti specialisti: chirurghi, pediatri, infettivologi, internisti, diabetologi
- Presa in carico dei casi di patologia in gravidanza da parte di equipe multidisciplinare.
- Centro di procreazione medicalmente assistita
- Screening malattie congenite
- Servizio psicologico di sostegno alle madri, su indicazione medica o su richiesta
- Mediazione culturale linguistica

* Dati dal Registro Nascite – Regione Veneto

** Dato fornito dal Punto Nascita (raccolta prospettica mediante software prodotto dal Dr. N. Papadopoulos)



PUNTO NASCITA 2

Ospedale Civile Maggiore - Borgo Trento

Piazzale Stefani n. 1, 37126 Verona - tel. 045 8122720

Certificato per la Qualità ISO 9001: 2008

Totale parti nel 2014: **1808** (vaginali 80,3%, cesarei 19,8%) *



INDICAZIONI GENERALI

- Nel caso di gravidanza oltre il termine, il travaglio di parto viene indotto a partire dalla 41^a settimana e 6 giorni
- Le donne pre-cesarizzate possono richiedere un travaglio di prova, previa firma dell'apposito consenso. Tale possibilità è riservata alle donne con solamente un taglio cesareo pregresso e in caso di travaglio spontaneo
- In caso di presentazione podalica viene proposto il rivolgimento per manovre esterne a 37 settimane
- Per il travaglio di parto la gravida viene accolta in qualsiasi epoca di gestazione
- È possibile il parto di gemelli per via vaginale in caso di entrambi i gemelli in presentazione cefalica
- La donna può proporre il Piano della Nascita



PROCEDURE DI TRAVAGLIO E PARTO

- Per il travaglio sono disponibili stanze singole
- Il travaglio e il parto si svolgono nella stessa stanza
- Durante il travaglio:
 - la donna può mangiare e bere
 - può assumere posizioni libere, anche durante la fase espulsiva
 - il BCF (battito cardiaco fetale) viene auscultato e monitorato in modo intermittente
 - l'analgesia peridurale è disponibile gratuitamente h24
- L'episiotomia viene praticata nel 18% dei casi **
- Sia durante il travaglio che durante il parto vaginale è possibile la presenza di una persona di fiducia



NEONATO

- Alla nascita, il taglio del cordone ombelicale avviene dopo la cessazione della pulsazione. È possibile la donazione del sangue cordonale
- Subito dopo la nascita è possibile il contatto "pelle a pelle" per un tempo superiore ai 60 minuti, sia in caso di parto vaginale che di taglio cesareo
- Il rooming-in h24 è di routine, infatti nel punto nascita non è presente il Nido
- È presente un reparto di Terapia Intensiva Neonatale

* Dati dal Registro Nascite – Regione Veneto

** Dato fornito dal Punto Nascita (raccolta prospettica mediante software prodotto dal Dr. N. Papadopoulos)



ALLATTAMENTO

- La madre può attaccare il bambino al seno entro 2 ore dal parto. L'allattamento al seno è a richiesta
- Nel reparto è presente un protocollo di sostegno per l'allattamento, conosciuto da tutto il personale



DEGENZA IN REPARTO

- Dopo la nascita, la degenza in ospedale è di 2 giorni per un parto vaginale e di 3 giorni per un taglio cesareo; è possibile chiedere la dimissione anticipata
- Durante la degenza, è consentita la presenza di una persona di fiducia senza limite di orario
- Nella lettera di dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti da ospedale e territorio



ORARI DI VISITA

- Per tutti: Lun-Sab 19.30-21.30 Dom 10.00-11.00 e 19.30-21.30
- Durante tutto il periodo della degenza (giorno e notte) ogni mamma ha diritto ad avere vicino una persona di sua fiducia, a sua scelta, non necessariamente il marito. Si sollecita la presenza della "persona di fiducia" anche durante la notte per le mamme sottoposte a taglio cesareo
- I fratellini e le sorelline hanno libero accesso durante la giornata e devono essere accompagnati da un adulto
- Se i parenti "stretti" (nonni, zii, fratellini e sorelline) non riuscissero a incontrare la neomamma e il neonato all'uscita dalla sala parto questo primo incontro avverrà in reparto, anche al di fuori dell'orario di visita



ALTRI SERVIZI

- Corsi di preparazione alla nascita
- Incontri informativi di gruppo su parto, analgesia, allattamento e aspetti dell'iniziativa BFHI (Ospedale amico del bambino), aspetti pediatrici, aspetti ginecologici e sicurezza in auto
- Pronto Soccorso Ostetrico h24
- Ambulatorio della gravidanza a rischio
- Ambulatorio multidisciplinare con i seguenti specialisti: cardiologi pediatri, cardiologi, neurochirurghi, neurologi, infettivologi, diabetologi
- Presa in carico dei casi di patologia in gravidanza da parte di equipe multidisciplinare
- Servizio di ecografia di II livello
- Screening malattie congenite
- Diagnosi prenatale invasiva e non invasiva e counselling genetico
- Servizio psicologico di sostegno alle madri, su indicazione medica o su richiesta
- Mediazione culturale linguistica



PUNTO NASCITA 3

Ospedale “Girolamo Fracastoro” - San Bonifacio

Via Circonvallazione n. 1, 37047 S. Bonifacio (VR) - tel. 045 6138689

Certificato OMS/UNICEF Ospedale Amico dei Bambini (BFHI) dal 2001

Totale parti nel 2014: **1719** (vaginali 83,9%, cesarei 15,8%) *



INDICAZIONI GENERALI

- Nel caso di gravidanza oltre il termine, il travaglio di parto viene indotto a partire dalla 41^a settimana e 5 giorni
- Le donne con precedente cesareo, possono richiedere un travaglio di prova previo colloquio
- Per il travaglio di parto, la gravida viene accolta a partire dalla 33^a settimana di gestazione; non è presente un reparto di Terapia Intensiva Neonatale
- In caso di presentazione podalica non viene praticato il rivolgimento per manovre esterne
- È possibile il parto di gemelli per via vaginale, se entrambi sono in presentazione cefalica, e la gravidanza è biamniotica e bicoriale
- La donna può proporre il Piano Nascita contattando l'ospedale entro la 36^a settimana



PROCEDURE DI TRAVAGLIO E PARTO

- Per il travaglio sono disponibili stanze singole
- Il travaglio e il parto possono svolgersi nella stessa stanza
- Durante il travaglio:
 - la donna può mangiare e bere
 - può assumere posizioni libere, anche in fase espulsiva
 - è disponibile l'utilizzo della vasca
 - il BCF (battito cardiaco fetale) viene auscultato e monitorato in modo continuo quando la situazione della sala parto lo consente
 - l'analgesia peridurale è disponibile h24, su richiesta della donna, gratuitamente
- L'episiotomia viene praticata nel 14,1% dei casi **
- Sia durante il travaglio che durante il parto vaginale è consentita la presenza di una persona di fiducia



NEONATO

- Alla nascita, il taglio del cordone ombelicale avviene dopo la cessazione della pulsazione. È possibile la donazione del sangue cordonale
- Subito dopo la nascita il contatto “pelle a pelle” viene eseguito di routine per un tempo superiore ai 60' sia in caso di parto vaginale che di parto cesareo
- Il rooming-in h24 è di routine, infatti nel punto nascita non è presente il Nido



ALLATTAMENTO

- La madre può attaccare il bambino al seno entro 2 ore dal parto. L'allattamento al seno è a richiesta
- Nel reparto è presente un protocollo di sostegno per l'allattamento, conosciuto da tutto il personale



DEGENZA IN REPARTO

- Dopo la nascita, la degenza è di 2-3 giorni per un parto vaginale e di 4 giorni dopo taglio cesareo; è possibile chiedere la dimissione anticipata
- Alla dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti da ospedale e territorio



ORARI DI VISITA

- Dalle 19.30 alle 21.00
- È ammessa la presenza del papà e fratellini dalle ore 12.00 alle ore 21.00



ALTRI SERVIZI

- Corsi di accompagnamento alla nascita
- Ambulatorio per MOXA
- Pronto Soccorso Ostetrico h24
- Disponibilità del pediatra h24
- Servizio psicologico di sostegno alle madri, su richiesta
- Ambulatorio pavimento pelvico
- Screening malattie congenite
- Diagnosi prenatale

* Dati dal Registro Nascite – Regione Veneto

** Dato fornito dal Punto Nascita (raccolta prospettica mediante software proprio)



PUNTO NASCITA 4

Ospedale “Sacro Cuore” - Negrar

Via Sempredoni n. 5, 37024 Negrar (Vr) - tel. 045 6013358

Certificato UNI EN ISO dal 2003

Totale parti nel 2014: **919** (vaginali 71,5%, cesarei 28,4%) *

i

INDICAZIONI GENERALI

- Nel caso di gravidanza oltre il termine, il travaglio di parto viene indotto a partire dalla 41^a settimana e 5 giorni
- Le donne pre-cesarizzate possono richiedere un travaglio di prova, a patto che l'insorgenza del travaglio sia spontanea o che il canale cervicale sia preparato (Bishop score > 6) e sia quindi proponibile un'induzione
- Per il travaglio di parto, la gravida viene accolta dopo la 33^a settimana di gestazione. Non è presente un reparto di Terapia Intensiva Neonatale
- In caso di presentazione podalica il rivolgimento per manovre esterne non viene praticato di routine
- Non è praticato il parto di gemelli per via vaginale
- La donna può proporre il Piano Nascita

PROCEDURE DI TRAVAGLIO E PARTO

- Il travaglio è seguito in stanze singole
- Il travaglio e il parto si svolgono nella stessa stanza
- Durante il travaglio:
 - la donna può mangiare e bere
 - può assumere posizioni libere, anche in fase espulsiva
 - è disponibile l'utilizzo della vasca
 - il BCF (battito cardiaco fetale) viene auscultato e monitorato in modo intermittente
 - l'analgesia peridurale è disponibile h24, gratuitamente e su richiesta della donna, previa visita di consulenza con l'anestesista durante la gravidanza
- Per il parto è possibile l'utilizzo della vasca
- L'episiotomia viene praticata nel 12,7% dei casi **
- Sia durante il travaglio che durante il parto vaginale è consentita la presenza di una persona di fiducia

+

NEONATO

- Alla nascita, il taglio del cordone ombelicale avviene come da piano parto
- Non è possibile la donazione del sangue cordonale; è possibile la raccolta per uso autologo
- È offerta la possibilità di contatto “pelle a pelle” madre-neonato; viene eseguito di routine

- per un tempo superiore ai 60' sia in caso di parto vaginale che di parto cesareo
- È possibile il rooming-in h24
- Durante la degenza la madre e il padre possono accedere al Nido in qualsiasi orario

ALLATTAMENTO

- La madre può attaccare il bambino al seno entro 2 ore dal parto; l'allattamento al seno è a richiesta
- Nel reparto è presente un protocollo di sostegno per l'allattamento, conosciuto da tutto il personale
- L'ospedale aderisce al Progetto Regionale “Ospedale Amico del Bambino” (fase 2 del progetto)

DEGENZA IN REPARTO

- Dopo la nascita, la degenza in ospedale è di 3 giorni per un parto vaginale e di 3-4 giorni dopo taglio cesareo; è possibile chiedere la dimissione anticipata
- Durante la degenza, la presenza continuativa del padre è consentita solo di giorno
- Nella lettera di dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti da ospedale e territorio

ORARI DI VISITA

- Il papà dalle 8 alle 21.30
- I parenti ore 12.30-13.30, 16-17 e 19.30-20.30; la domenica e i giorni festivi anche ore 10-11

ALTRI SERVIZI

- Corsi di preparazione alla nascita
- Presa in carico di gravidanze patologiche
- Pronto Soccorso Ostetrico h24; consulenza telefonica h24
- Presenza del pediatra e dell'anestesista-rianimatore h24
- Servizio psicologico di sostegno alle madri, su richiesta
- Monitoraggio cardiografico nelle gravidanze dopo il termine o a rischio
- Ambulatorio dedicato per l'assistenza al puerperio
- Servizio di moxibustione per la correzione della presentazione podalica
- Screening per malattie congenite: oltre a quelle obbligatorie a livello nazionale e a quelle previste dalla Regione Veneto, viene effettuato lo screening per galattosemia, deficit di biotinidasi, deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi e iperplasia congenita del surrene (previa firma del consenso informato da parte dei genitori)

* Dati dal Registro Nascite – Regione Veneto

** Dato fornito dal Punto Nascita (raccolta prospettica mediante software proprio)



PUNTO NASCITA 5

Casa di Cura "Pederzoli" - Peschiera

Via Monte Baldo n. 24, 37019 Peschiera del Garda (VR) - tel. 045 6449216

Certificazione Istituzionale della Regione Veneto, Delibera 3137/2010

Totale parti nel 2014: **846** (vaginali 74,2%, cesarei 25,8%) *

i

INDICAZIONI GENERALI

- Nel caso di gravidanza oltre il termine, il travaglio di parto viene indotto a partire dalla 41^a settimana e 4 giorni
- Le donne pre-cesarizzate possono richiedere un travaglio di prova, nei casi in cui ci sia stato solo un taglio cesareo precedente e non abbiano subito interventi chirurgici complessi sull'utero
- In caso di presentazione podalica non viene praticato il rivolgimento per manovre esterne; è disponibile servizio di moxibustione
- Per il travaglio di parto la donna viene accolta dopo la 34^a settimana di gestazione; non è presente un reparto di Terapia Intensiva Neonatale
- Non è possibile il parto di gemelli per via vaginale
- La donna può proporre il Piano Nascita

PROCEDURE DI TRAVAGLIO E PARTO

- Per il travaglio sono disponibili stanze singole
- Il travaglio e il parto possono svolgersi nella stessa stanza
- Durante il travaglio:
 - la donna può mangiare e bere
 - può assumere posizioni libere, anche durante la fase espulsiva
 - è disponibile l'utilizzo della vasca
 - il BCF (battito cardiaco fetale) viene auscultato e monitorato in modo continuo; può essere ascoltato anche in modo intermittente
 - l'analgesia peridurale è disponibile h24 gratuitamente su indicazione medica, a pagamento se richiesta dalla donna
- L'episiotomia viene praticata nel 14% dei casi **
- Durante la fase espulsiva e il parto è possibile l'utilizzo della vasca
- Sia durante il travaglio che durante il parto vaginale è consentita la presenza di una persona di fiducia

neonato

NEONATO

- Alla nascita, il taglio del cordone ombelicale avviene dopo la cessazione della pulsazione. È possibile la donazione del sangue cordonale solamente per uso autologo
- Subito dopo la nascita è possibile il contatto "pelle a pelle" madre-bambino; viene eseguito

- di routine per un tempo superiore ai 60' sia in caso di parto vaginale che di parto cesareo
- È possibile il rooming-in h24
- Durante la degenza la madre e il padre possono accedere al Nido in qualsiasi orario

ALLATTAMENTO

- La madre può attaccare il bambino al seno entro 2 ore dal parto
- Nel reparto è presente un protocollo di sostegno per l'allattamento, conosciuto da tutto il personale

DEGENZA IN REPARTO

- Dopo la nascita, la degenza è di 2-3 giorni dopo un parto vaginale e di 3 giorni dopo taglio cesareo; è possibile chiedere la dimissione anticipata
- Durante la degenza, la presenza del papà del bambino è consentita senza limiti di orario
- Nella lettera di dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti da ospedale e territorio

ORARI DI VISITA

- Il papà ha libero accesso fino alle 22.30
- I parenti: ore 15-16 e 19-20, nei giorni festivi anche 10.30-11.30

ALTRI SERVIZI

- Corsi di preparazione alla nascita
- Ambulatorio di Diagnostica e Screening prenatale (Villocentesi, Amniocentesi, Combitec, Harmony test)
- Ambulatorio Ostetrico per gravidanze fisiologiche e a rischio
- Pronto Soccorso Ostetrico h24
- Mamma e bambino possono tornare gratuitamente in reparto per problemi relativi alla prematurità, puerperio e allattamento
- Ambulatorio Ostetrico di Riabilitazione perineale dopo il parto
- Servizio psicologico di sostegno alle madri, su richiesta
- Screening per malattie congenite (ipotiroidismo, fenilchetonuria, iperplasia congenita del surrene, galattosemia, deficit di glucosio 6-fosfato deidrogenasi, malattie delle urine a sciropo d'acero, deficit di biotinidasi, fibrosi cistica)

* Dati dal Registro Nascite – Regione Veneto

** Dato fornito dal Punto Nascita (raccolta prospettica mediante software prodotto dal Dr. N. Papadopoulos)



PUNTO NASCITA 6

Ospedale “Mater Salutis” - Legnago

Via Gianella n. 1, 37045 Legnago (Vr) - tel. 0442 622224

Totale parti nel 2014: **964** (vaginali 71,6%, cesarei 28,5%) *

i

INDICAZIONI GENERALI

- Nel caso di gravidanza oltre il termine, il travaglio di parto viene indotto a partire dalla 41^a settimana e 4 giorni
- Le donne precesarizzate possono richiedere un travaglio di prova previo colloquio e firma di apposito consenso informato
- In caso di presentazione podalica non viene praticato il rivolgimento per manovre esterne
- Per il travaglio di parto la gravida viene accolta dopo la 33^a settimana di gestazione; non è presente un reparto di Terapia Intensiva Neonatale
- Per il travaglio/parto è disponibile l'utilizzo della vasca
- È possibile il parto di gemelli per via vaginale se entrambi sono in presentazione cefalica
- La donna può proporre il Piano Nascita



PROCEDURE DI TRAVAGLIO E PARTO

- Per il travaglio sono disponibili stanze singole
- Il travaglio e il parto possono svolgersi nella stessa stanza
- Durante il travaglio:
 - la donna può mangiare e bere
 - può assumere posizioni libere, anche durante la fase espulsiva
 - il BCF (battito cardiaco fetale) viene auscultato e monitorato in modo intermittente
 - l'analgesia peridurale è disponibile h24, gratuita, su richiesta della donna
- L'episiotomia viene praticata nel 43% dei casi **
- Durante il travaglio e il parto vaginale è consentita la presenza di una persona di fiducia



NEONATO

- Alla nascita, il taglio del cordone ombelicale avviene immediatamente nel caso in cui venga richiesta la donazione del sangue cordonale, altrimenti in base alle richieste materne. È possibile la donazione del sangue cordonale
- Subito dopo la nascita è possibile il contatto “pelle a pelle” madre-bambino; viene eseguito di routine per un tempo superiore ai 60' solamente in caso di parto vaginale
- È possibile il rooming-in h24, e comunque in base alle esigenze della donna
- Durante la degenza la madre e il padre possono accedere al Nido in qualsiasi orario



ALLATTAMENTO

- La madre può attaccare il bambino al seno entro 2 ore dal parto. L'allattamento al seno è a richiesta
- Nel reparto è presente un protocollo di sostegno per l'allattamento, conosciuto da tutto il personale
- L'ospedale aderisce al Progetto Regionale “Ospedale Amico del Bambino”



DEGENZA IN REPARTO

- Dopo la nascita, la degenza in ospedale è di 2 giorni dopo un parto vaginale e di 3 giorni dopo un taglio cesareo; è possibile chiedere la dimissione anticipata
- Durante la degenza, la presenza di una persona di fiducia è consentita senza limiti di orario
- Nella lettera di dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti da ospedale e territorio



ORARI DI VISITA

- Tutti i giorni ore 19-20



ALTRI SERVIZI

- Corsi di accompagnamento alla nascita
- Pronto Soccorso Ostetrico h24
- Disponibilità del pediatra h24
- Servizio psicologico di sostegno alle madri, su richiesta
- Screening malattie congenite
- Ambulatorio di sostegno all'allattamento materno e al puerperio

* Dati dal Registro Nascite – Regione Veneto

** Dato fornito dal Punto Nascita (raccolta prospettica mediante software prodotto dal Dr. N. Papadopoulos)



PARTORIRE IN CASA

Partorire a domicilio è una delle scelte che una donna con gravidanza valutata a basso rischio può fare. Secondo recenti studi partorire a casa con l'assistenza di ostetriche formate non comporta un aumento del rischio per madre e neonato.

Le ostetriche incontrano la coppia che desidera un parto a domicilio per un colloquio informativo durante il quale vengono condivise le modalità assistenziali, viene accertata l'evoluzione fisiologica della gravidanza e proposto un percorso assistenziale.

L'assistenza personalizzata (one-to-one) è uno dei criteri fondamentali per poter partorire a casa in sicurezza: pertanto è necessario che la presa in carico della gravidanza avvenga almeno entro l'inizio del terzo trimestre.

Qualora le condizioni di salute di madre e bambino possano necessitare di un intervento medico sarà cura delle ostetriche accompagnarne e seguirne il trasferimento nell'ospedale di riferimento.



ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO

- Assistenza one-to-one
- Possibilità di mangiare e bere durante il travaglio
- Possibilità di scegliere dove travagliare e partorire
- Posizioni libere durante la fase dilatante, espulsiva e del secondamento
- Controllo del benessere fetale e del BCF (battito cardiaco fetale) ad intermittenza
- Strategie non farmacologiche per il contenimento del dolore
- Sostegno emotivo della donna e della famiglia
- Possibile la presenza di più persone scelte dalla donna
- Travaglio e parto in acqua
- Rispetto dei tempi della donna e del bambino in condizione di sicurezza
- Continua condivisione delle procedure di assistenza, anche in regime di urgenza



NEONATO

- Contatto "pelle a pelle" subito dopo la nascita per tutto il tempo desiderato dalla coppia (madre/neonato e padre/neonato)
- Taglio tardivo del cordone ombelicale a cessata pulsazione
- Lotus birth a richiesta
- Profilassi neonatale e test di screening metabolici
- Prima valutazione del benessere neonatale da parte dell'ostetrica
- Visita pediatrica a domicilio entro 12 ore dal parto
- Compilazione dell'attestato di nascita e schede CEDAP



PUERPERIO

- Visite ostetriche domiciliari dalla nascita al quarantesimo giorno dopo il parto
- Sostegno dell'avvio e della prosecuzione dell'allattamento al seno
- Accompagnamento nel recupero della salute materna

- Sostegno nelle cure neonatali e valutazione dell'accrescimento del bambino

Attualmente il sistema sanitario della Regione Veneto non rimborsa le spese inerenti al parto a domicilio, che sono a carico del privato e detraibili.



BIBLIOGRAFIA

- <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations#place-of-birth>
- http://www.nascereacasa.it/wp-content/uploads/2013/05/linee_guida_Partore_a_domicilio_2013.pdf
- <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/66>
- Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ. 2009 Sep 15;181(6-7):377-83.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742137/>
- http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-for-women-during-childbirth

Nota bene

Nel 2014 sono state registrate con CEDAP 14 nascite in casa in provincia di Verona, tutte assistite solo da ostetriche. In 12 casi era presente alla nascita il padre, in un caso una persona di famiglia, e in un caso una persona di fiducia della madre. Nella metà dei casi (7) le madri hanno preferito il travaglio / parto in acqua.

Intervistate dal nostro gruppo di lavoro, le ostetriche di due Associazioni (Mamaninfea e il Melograno) che operano per il parto a domicilio in provincia di Verona ci hanno fornito le seguenti ulteriori informazioni sulla loro attività nel corso del 2014:

- 17 donne hanno richiesto l'assistenza per il parto a domicilio;
- di queste, 13 hanno effettivamente partorito in casa, mentre 4 sono state trasferite in ospedale per arresto del travaglio. Una donna è stata trasferita in ospedale dopo il parto per ritenzione di frammenti placentari. Tutti i trasferimenti in ospedale si sono conclusi con una dimissione precoce.
- Nessun trasferimento in ospedale è avvenuto per cause fetali o neonatali. Sia i nati in casa che i nati in ospedale sono stati bene subito (indice di APGAR 10/10) e sono stati attaccati al seno precocemente. A 6 mesi di vita 16 dei 17 nati erano in allattamento al seno esclusivo.

Associazioni

IL MELOGRANO, CENTRO INFORMAZIONE MATERNITÀ E NASCITA
tel. 0458300908 / 349 6418745
www.melogramovr.org

GRUPPO OSTETRICHE e ASSOCIAZIONE CULTURALE MAMANINFEA
tel. 328 6065380
www.nascitanaturale.com



GLOSSARIO

ALLATTAMENTO: ESCLUSIVO = solo latte materno; PREVALENTE = latte materno + liquidi non nutritivi (esempio acqua semplice o zuccherata, tisane, camomilla, succhi di frutta, infusi); COMPLEMENTARE = latte materno + aggiunta di alimenti nutritivi (latte liquido o in polvere, brodi di carne o vegetali).

ANALGESIA PERIDURALE O EPIDURALE O SPINALE: si elimina in modo parziale o totale il dolore delle contrazioni in travaglio con l'uso di farmaci anestetici iniettati nello spazio spinale che precede il rivestimento più esterno del midollo spinale, detto dura madre.

ANALGESIA FISIOLÓGICA mediante AROMATERAPIA, MUSICOTERAPIA, CROMOTERAPIA: uso di aromi (odori), musica o colori per attenuare e controllare il dolore delle contrazioni in travaglio.

ASSISTENZA OSTETRICA “ONE TO ONE”: si realizza quando la stessa ostetrica assiste in modo esclusivo la partoriente per tutta la durata del travaglio e del parto.

Ce.D.A.P. : acronimo che significa Certificato di Assistenza al Parto. E' una scheda che i sanitari dei reparti di Ostetricia e Pediatria devono compilare ad ogni parto e inviare all'Osservatorio Regionale Veneto della Patologia in Età Pediatrica.

CONTATTO PELLE A PELLE: il neonato viene tenuto tra le braccia della madre, appoggiato al suo corpo, senza alcuna interposizione di indumenti, lenzuolini, coperte o altro.

DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE: è possibile donare il sangue fetale contenuto nel cordone ombelicale perché utile alla ricerca e (forse, in futuro) anche alla cura di numerose malattie. E' anche possibile chiedere a banche di crioconservazione private (quindi a pagamento) la conservazione del sangue cordonale del proprio figlio (DONAZIONE AUTOLOGA).

EPISIOTOMIA: incisione della vulva a partire dall'apertura vaginale per facilitare il parto. EPISOTOMIA MEDIANA: l'incisione viene praticata in direzione dell'ano. EPISIOTOMIA MEDIO-LATERALE: l'incisione è diretta in basso e di lato (verso la natica) per evitare il rischio di lesioni dell'ano.

FASE ESPULSIVA: è la seconda parte del travaglio. La madre sente il bisogno di spingere per far uscire il figlio dall'apertura vaginale.

FETO SINGOLO: nell'utero è presente un solo bambino.

GEMELLI ENTRAMBI CEFALICI: entrambi i bambini presenti nell'utero hanno la testa rivolta verso l'apertura vaginale.

ISTEROTOMIA PREGRESSA: precedente intervento chirurgico sull'utero.

LACERAZIONI PERINEALI: sono classificabili in 4 gradi. I grado, quando interessano la forchetta e/o la mucosa vaginale, ma non i muscoli perineali; II grado, quando interessano sia la mucosa che i muscoli perineali; III grado, quando – oltre la mucosa

vaginale e i muscoli perineali – interessano alcune/tutte le fibre dello sfintere anale; IV grado, quando interessano anche la mucosa anale.

MACROSOMIA: macrosoma è un neonato che pesa più di 4500 grammi. Durante la gravidanza questa condizione può essere sospettata in base alla stima del peso mediante ecografia.

MANOVRA DI KRISTELLER: procedimento ostetrico durante il quale si mantiene una pressione sul fondo uterino, forzando così l'uscita del neonato. Il procedimento non ha sempre esito favorevole e comporta il rischio di rottura uterina.

MOXIBUSTIONE (o MOXA): stimolazione con il calore generato da un bastoncino di artemisia di un punto di agopuntura situato sul quinto dito di ciascun piede. Viene proposta per favorire il rivolgimento dei feti che si presentano di podice. Va effettuata dopo 32 settimane di gestazione in prima gravidanza, dopo 34 settimane in seconda gravidanza o successive.

N.I.C.E.: acronimo che sta per National Institute for health and Care Excellence, un organismo pubblico britannico che si occupa della pubblicazione di linee guida.

NULLIPARE A TERMINE: donne a termine di gravidanza, al loro primo parto.

PARTO IN ANONIMATO: è l'opportunità di partorire un bambino e lasciarlo all'istituzione senza notificare all'ospedale i propri dati personali, restando dunque anonime, non rintracciabili.

PIANO NASCITA (detto anche PIANO DEL PARTO): serie di disposizioni scritte dalla donna gravida; serve a definire il tipo di assistenza desiderato per il proprio travaglio e parto.

PLURIPARE A TERMINE: donne a termine di gravidanza che hanno già partorito in passato.

POSIZIONE LIBERA IN TRAVAGLIO: la donna in travaglio di parto può scegliere liberamente la posizione che preferisce, quindi non è costretta a stare distesa a letto.

PRE-CESARIZZATA (donna): donna sottoposta a taglio cesareo in una gravidanza precedente.

PRESENTAZIONE DI VERTICE (o CEFALICA): il VERTICE, cioè la testa del bambino, si presenta per prima all'uscita dall'utero. E' la presentazione più comune.

PRESENTAZIONE PODALICA: il PODICE, cioè la parte inferiore del corpo (natiche o piedi) del bambino, si presenta per prima all'uscita dall'utero (dal latino PODEX: ano, natiche).

RIVOLGIMENTO PER MANOVRE ESTERNE: è possibile modificare la presentazione podalica di un feto e portarlo in presentazione di vertice agendo

con le mani sulla pancia della donna gravida. Deve essere praticata in ospedale, sotto controllo ecografico continuo, nelle ultime tre settimane di gravidanza.

ROBSON (classi di...): sistema di classificazione dei tagli cesarei. In particolare, le Classi 1 e 3 comprendono donne al primo parto (Classe 1) o pluripare (Classe 3), a termine di gravidanza, con feto singolo in presentazione di vertice e con travaglio spontaneo. Si tratta di due categorie di donne nelle quali il ricorso al taglio cesareo può essere particolarmente limitato.

ROOMING-IN: madre e figlio hanno la possibilità di stare insieme, condividendo la stessa stanza.

TC (TAGLIO CESAREO): intervento chirurgico che comporta il taglio della parete addominale e dell'utero (ISTEROTOMIA) per estrarre il bambino. Si esegue quando il parto per via vaginale è impossibile o pericoloso.

TAGLIO CESAREO ELETTIVO: scelta preventiva di fare un taglio cesareo.

TRAVAGLIO: l'insieme degli eventi che conducono alla nascita di un bambino. Comprende due fasi: il PERIODO DILATANTE in cui il collo dell'utero – per effetto delle contrazioni – si allarga fino a lasciar passare la testa del bambino e il PERIODO ESPULSIVO, durante il quale le spinte spontanee della partoriente determinano la fuoriuscita del bimbo.

TRAVAGLIO DI PROVA IN PRE-CESARIZZATE: la donna che ha subito un taglio cesareo ha una cicatrice sull'utero. Il parto successivo può avvenire per via vaginale solo se il travaglio di parto si avvia e decorre in modo spontaneo, senza la somministrazione di farmaci. Non si sa se questo avverrà: si prova, sotto attenta sorveglianza.

TRAVAGLIO SPONTANEO: è il travaglio che INIZIA e CONTINUA fino al parto con contrazioni spontanee, senza somministrazione di farmaci.

TRAVAGLIO INDOTTO: travaglio il cui inizio viene stimolato mediante sostanze che fanno contrarre l'utero (prostaglandine e ossitocina). Si applica nei casi in cui il travaglio non inizia spontaneamente o in presenza di patologie ostetriche che richiedono l'avvio di un travaglio di parto..

TRAVAGLIO o PARTO ACCELERATO: è il risultato dell'uso di farmaci che fanno contrarre l'utero (ossitocina) per aumentare il numero e l'intensità delle contrazioni e ridurre il tempo del travaglio o del parto.

UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: reparto in cui vengono assistiti neonati che necessitano di assistenza particolarmente complessa; per esempio: neonati pretermine e/o di basso peso, neonati con problemi di adattamento alla vita extrauterina a causa di una gravidanza, di un travaglio o di un parto difficili; neonati con difetti o malattie congeniti.

VENTOSA (VACUUM EXTRACTOR): uno strumento costituito da una coppetta collegata ad un dispositivo che crea il vuoto. La coppetta, applicata alla testa del feto nella seconda fase del travaglio, ne accelera l'uscita evitando il parziale fisiologico arretramento che si verifica alla fine di ogni contrazione.



TABELLE

TABELLA 1 - PARTE GENERALE		Verona Policlinico	Verona Bg. Trento	S. Bonifacio	Negrar	Peschiera	Legnago	
1	Numero di corsi di preparazione alla nascita nel 2014	20	30	25	23	17	46	
1a	Numero minimo e massimo di gravide partecipanti per ciascun corso	8 - 12	8 - 13	15 - 18	10 - 14	10 - 15	6 - 20	
2	I dati (aggiornati) relativi all'attività del punto nascita sono disponibili per l'utenza?	No	No	No	Su richiesta	No	Su richiesta	
3	Disponibilità di:	Pronto soccorso ostetrico ad accesso diretto	Si	Si	Si	Si	Si	
		Terapia intensiva neonatale	Si	Si	No	No	No	No
		Anestesista h24 (per analgesia peridurale)	Non h24	Si	Si	Si	Si	Si
		Ginecologo/a h24 (guardia interna)	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		Pediatra h24 (guardia interna)	Si	Si	Si	Si	Si	Si
		Psicologo/a	Su richiesta	Su richiesta	Su richiesta	Su richiesta	Su richiesta	Su richiesta
4	In caso di presentazione podalica si pratica il rivolgimento per manovre esterne?	Si	Si	No	No	No	No	
5	L'ospedale presenta un suo piano nascita?	No	No	Si	Si	No	No	
6	Viene accettato un piano nascita presentato dalla gestante?	Si	Si	Su condivisione	Si	Si	Si	
7	È consentito il parto in anonimato?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
8	Sono disponibili e facilmente accessibili informazioni sul parto in anonimato?	Si	Si	Si	Si	No	Si	

Fonte dei dati: questionario elaborato dal Gruppo di lavoro AIED - Melograno e compilato da ciascun Punto nascita. Dati del Punto nascita di Bussolengo: non pervenuti

TABELLA 2 - TRAVAGLIO E PARTO		Verona Policlinico	Verona Bg. Trento	S. Bonifacio	Negrar	Peschiera	Legnago
9	Viene consigliato alla gestante a termine di prendere contatto con il punto nascita prima del travaglio?	No	No	No	Si, 30 giorni prima della data presunta del parto	Si, 15 giorni prima della data presunta del parto	Si, 30 giorni prima della data presunta del parto
9a	Riferimento telefonico	045 8124407	045 8123104	045 6138689	045 6013358	045 6449126	0442 622980
10	A partire da quale età gestazionale il travaglio viene accolto (cioè non trasferito ad altro Centro)?	A qualsiasi età gestazionale	A qualsiasi età gestazionale	33 settimane	33 settimane	34 settimane	33 settimane
11	Chi esegue la diagnosi di ingresso?	Medico	Medico	Medico e ostetrica	Ostetrica	Medico e ostetrica	Medico
12	Disponibilità di stanza singola per il travaglio	Si, < 50% dei travagli	Si, sempre	Si, sempre	Si, sempre	Si, sempre	Si, sempre
13	Possibilità di travaglio e parto nella stessa stanza	No	Si	Si	Si	Si	Si
14	Possibilità di bere e mangiare in travaglio	Si	Si	Si	Si	Si	Si
15	Disponibilità di analgesia peridurale	Gratuita, non h24	Gratuita, h24	Gratuita, h24	Gratuita, h24	A pagamento, h24	Gratuita, h24
16	Possibilità di posizioni libere sia in travaglio sia durante il parto	Si	Si	Si	Si	Si	Si
17	Monitoraggio BCF in travaglio fisiologico	Intermittente	Intermittente	Continuo	Intermittente	Continuo	Intermittente
18	È consentito il travaglio di prova alle donne precesarizzate?	Si	Si	Si	Si	Si	Si
18a	Se sì, con quali limitazioni?	Firma dell'apposito consenso, non più di 1 taglio cesareo precedente, il travaglio deve essere spontaneo		Non più di 1 taglio cesareo precedente	Il travaglio deve essere spontaneo o la cervice dilatata (Bishop > 6)	Non più di 1 taglio cesareo pregresso, o miomectomie multiple	Non più di 1 taglio cesareo precedente, eseguito dopo la 35ª settimana
19	Qual è la procedura per la prenotazione dei tagli cesarei elettivi?	Telefonare allo 045 8124432 con impegnativa per visita ostetrica dal lunedì al venerdì, dalle 10.30 alle 12.00		Previo colloquio in pre-ricovero	Contattare di persona il reparto al mattino dal lunedì al venerdì	Accesso al pre-ricovero ed apertura della cartella clinica	Proposta del medico di ricovero per intervento, gestita dal Day hospital
20	Vengono eseguiti tagli cesarei su richiesta della donna?	Si	Si	No	No	Si	Si

Fonte dei dati: questionario elaborato dal Gruppo di lavoro AIED - Melograno e compilato da ciascun Punto nascita. Dati del Punto nascita di Bussolengo: non pervenuti

TABELLA 3.1 - DATI SULLE NASCITE			Verona Policlinico	Verona Bg. Trento	S. Bonifacio	Negrar	Peschiera	Bussolengo	Legnago
21	Parti nel 2014 (n)	Singoli	1.439	1.778	1.706	916	839	829	960
		Plurimi	73	30	13	3	7	4	4
		Totale	1.512	1.808	1.719	919	846	833	964
22	Dopo gravidanza (%)	Fisiologica	72,5	84,2	82,7	90,6	90,9	85,6	85,0
		Patologica	27,5	15,8	17,3	9,4	9,1	14,4	15,0
PARTI PER VIA VAGINALE									
23	Nascite per via vaginale (% su tutti i parti)		67,1	80,3	83,9	71,5	74,2	76,5	71,6
24	Travagli indotti (% su tutti i parti vaginali)		21,6	24,8	29,3	20,7	23,2	23,4	22,6
25	Utilizzo di una o più manovre di Kristeller (% su tutti i parti vaginali)		5,6	7,3	2,5	6,2	n.u.	n.p.	13,2
26	Perinei integri (% su tutti i parti vaginali)		22,2	14,5	18,3	17,3	21,1	n.p.	14,8
27	Episiotomie (% su tutti i parti vaginali)		16,9	17,8	14,1	12,7	13,8	n.p.	42,7
28	Utilizzo di ventosa ostetrica (% su tutti i parti vaginali)		3,4	3,5	5,8	10,4	11,8	8,9	6,5
29	Nascite per via vaginale in donne con uno o più precedenti parti cesarei (%)		19,0	31,5	39,3	20,0	21,1	23,9	6,1
TAGLI CESAREI									
30	Tagli cesarei (% su tutti i parti)		32,9	19,8	15,8	28,4	25,8	23,4	28,5
31	Tagli cesarei elettivi (% su tutti i parti)		21,3	11,0	9,5	14,5	16,0	16,4	15,6
32	Tagli cesarei in travaglio (% su tutti i parti)		11,6	8,8	6,3	13,9	9,8	7,0	12,9
33	Tagli cesarei in classe I di Robson (% sul totale delle nullipare a termine con feto singolo, cefalico e travaglio spontaneo)		6,9	6,9	5,7	14,7	11,7	5,1	8,0
34	Tagli cesarei in classe 3 di Robson (% sul totale delle multipare a termine con feto singolo, cefalico e travaglio spontaneo)		3,6	1,6	0,6	3,7	2,4	1,7	1,9

LEGENDA

n.p. = non pervenuto

n.u. = non utilizzabile per eccesso di dati mancanti

TABELLA 3.2 - DATI SULLE NASCITE			Verona Policlinico	Verona Bg. Trento	S. Bonifacio	Negrar	Peschiera	Bussolengo	Legnago
TECNICHE DI CONTROLLO DEL DOLORE									
35	Tecniche del controllo del dolore (% su tutti i parti esclusi i cesarei)	Nessuna	86,5	72,2	84,9	48,2	73,9	93,9	83,2
		Epidurale	0,9	15,2	14,3	36,9	10,5	3,0	9,6
		Inalatoria (protossido)	1,9	7,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0
		Travaglio/parto in acqua	0,0	0,0	0,2	10,0	9,7	2,4	0,7
		Altri metodi	10,4	5,3	0,5	4,6	0,6	0,7	0,7
		Più metodi combinati	0,3	0,3	0,1	0,3	0,5	0,0	5,8
36	Se taglio cesareo: tipo di anestesia	Epidurale/spinale combinate	0,0	2,0	0,7	0,0	0,0	0,0	1,1
		Epidurale	1,8	10,9	7,7	11,5	3,2	5,6	10,9
		Generale	25,4	9,8	8,1	13,0	5,0	3,1	13,1
		Spinale	68,0	71,7	70,6	74,7	87,6	85,1	67,9
		Non indicato	4,8	5,6	12,9	0,8	4,1	6,2	6,9

Fonte dei dati della Tabella 3 (escluse le righe 25-26-27): Registro Nascite, a cura dell'Osservatorio Regionale Veneto della Patologia in Età Pediatrica - Università di Padova.

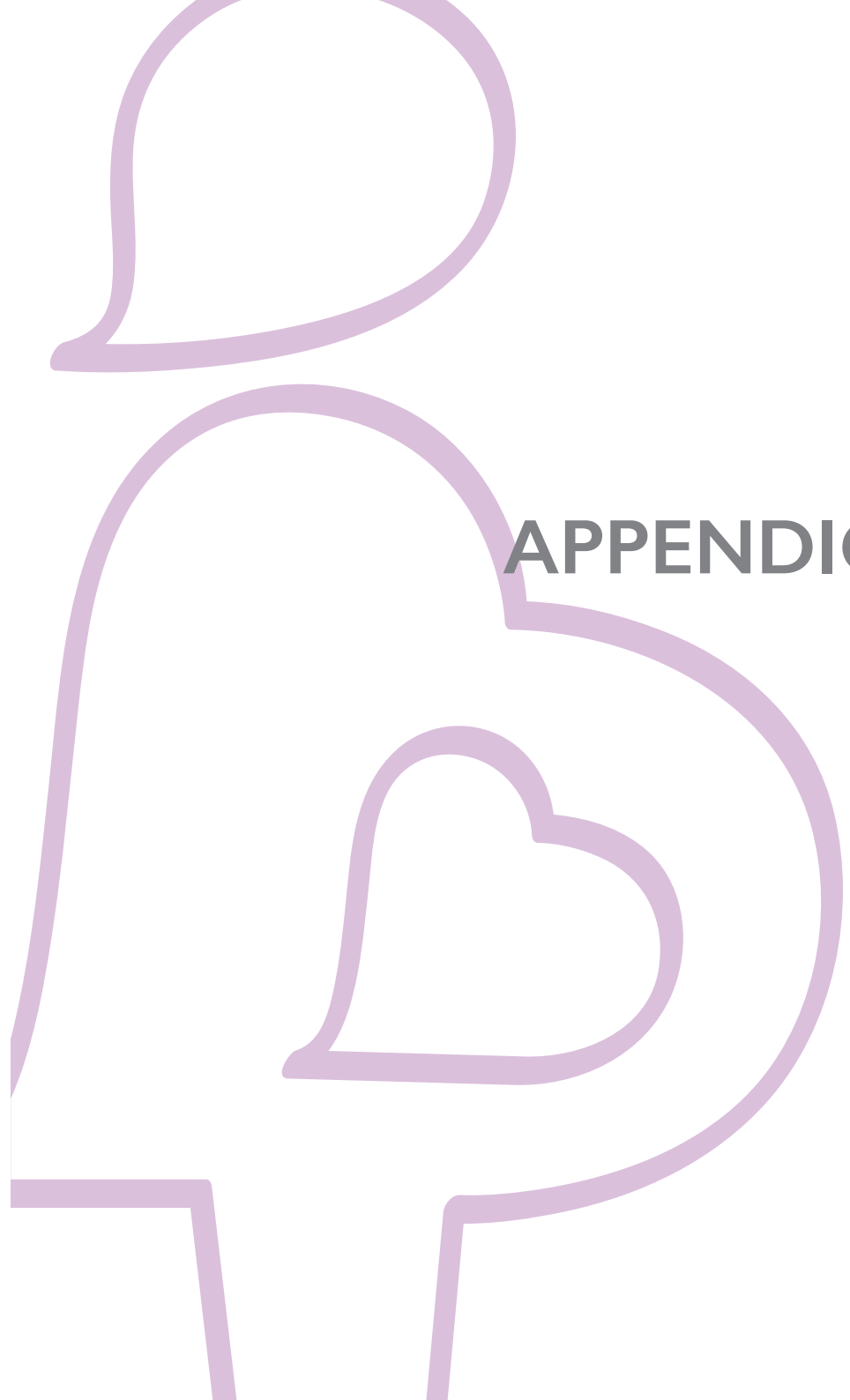
Fonte dei dati alle righe 25-26-27: i Punti nascita di Verona, Peschiera e Legnago hanno utilizzato un database messo a punto ad hoc dal Dr. Nikos Papadopoulos (AOUI Verona), che ne ha anche curato l'elaborazione; i Punti nascita di S. Bonifacio e Negrar si sono serviti di software proprio ed hanno fornito i dati già elaborati.

TABELLA 3.3 - DATI SULLE NASCITE			Verona Policlinico	Verona Bg.Trento	S.Bonifacio	Negrar	Peschiera	Bussolengo	Legnago
PERSONE E OPERATORI PRESENTI AL PARTO									
37	Familiari o persone di fiducia presenti al parto (esclusi i cesarei)	Padre del neonato	87,9	92,9	89,8	94,2	91,4	92,3	83,9
		Altra persona di famiglia della partoriente	2,7	2,4	2,4	1,5	2,7	1,1	2,6
		Altra persona di fiducia della partoriente	0,7	0,7	0,7	0,9	0,5	1,4	0,4
		Nessun familiare o persona di fiducia	8,8	4,0	7,1	3,3	5,4	5,2	13,0
38	Personale presente al parto	Ostetrica	99,5	99,8	99,8	99,7	99,5	99,8	99,6
		Ginecologo	77,8	75,0	87,0	56,2	79,8	76,1	99,0
		Pediatra	45,8	40,7	35,9	41,7	26,6	49,8	46,0
		Anestesista	35,4	33,0	20,5	29,8	28,0	27,2	36,6
		Altro personale	97,9	97,3	97,9	95,7	90,0	92,2	96,1

Fonte dei dati della Tabella 3 (escluse le righe 25-26-27): Registro Nascite, a cura dell'Osservatorio Regionale Veneto della Patologia in Et  Pediatrica - Universit  di Padova.

TABELLA 4 - POST-PARTUM E PUERPERIO		Verona Policlinico	Verona Bg.Trento	S. Bonifacio	Negrar	Peschiera	Legnago	
39	Quando avviene il taglio del cordone ombelicale?	Dopo la cessazione della pulsazione	Dopo la cessazione della pulsazione	Dopo la cessazione della pulsazione	Dopo la cessazione della pulsazione, salvo necessit� di eseguire il ph fetale	Dopo la cessazione della pulsazione	Immediato, se richiesta donazione del sangue cordonale, altrimenti in base al piano nascita	
40	Possibilit� di donazione di sangue cordonale?	Si	Si	Si	Possibile solo la raccolta per uso autologo	Possibile solo la raccolta per uso autologo	Si	
41	Contatto "pelle a pelle" alla nascita per pi� di 60 minuti	dopo parto vaginale	Si	Si	Si	Si	Si	
		dopo taglio cesareo	Si	Si	Si	Si	No	
42	Timing del primo attaccamento al seno	Entro le 2 ore dopo il parto	Entro le 2 ore dopo il parto	Entro le 2 ore dopo il parto	Entro le 2 ore dopo il parto	Entro le 2 ore dopo il parto	Entro le 2 ore dopo il parto	
43	Adozione del protocollo per l'allattamento al seno	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
44	Rooming-in	Si, h24	Si, h24	Si, h24	Si, h24	Si, h24	Si, h24	
45	Esiste il nido?	Si	No	No	Si, in caso di richiesta materna	Si	Si	
46	La madre e il padre possono accedere al nido in qualsiasi orario?	Si	-	-	Si	Si	Si	
47	Presenza di persona di fiducia dopo il parto	Solo di giorno	Si, sia di giorno che di notte	Si, ad orari	Solo di giorno	Il pap� sempre, gli altri ad orari	Si, sia di giorno che di notte	
48	Durata media della degenza (giorni)	dopo parto vaginale	3	2	2	2-3	2	2
		dopo taglio cesareo	3	3	4	3	3	3
49	Viene effettuato uno screening per malattie congenite?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
50	Nella lettera di dimissione vengono indicati i servizi di sostegno alla madre offerti dall'ospedale e dal territorio?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
51	La donna viene informata della possibilit� di donare il latte?	Si	Si	Si	Si	Si	Si	

Fonte dei dati: questionario elaborato dal Gruppo di lavoro AIED - Melograno e compilato da ciascun Punto nascita. Dati del Punto nascita di Bussolengo: non pervenuti



APPENDICI

APPENDICE I

Raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la nascita

Elaborate durante il Convegno

“TECNOLOGIA APPROPRIATA PER LA NASCITA” – Fortaleza, 9 maggio 1985.

Disponibili in lingua originale al sito: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02\(s\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02(s).pdf)

INTRODUZIONE

Il Congresso sulla Tecnologia Appropriata per la Nascita ha prodotto le raccomandazioni che seguono.

Queste raccomandazioni si basano sul principio che ogni donna ha il diritto fondamentale a ricevere un'assistenza prenatale appropriata; che la donna deve svolgere un ruolo centrale in tutti gli aspetti di questa assistenza, compresa la partecipazione nel pianificare, nel portare avanti e nel valutare l'assistenza stessa; e che i fattori sociali, emotivi e psicologici sono decisivi per capire e porre in atto un'assistenza perinatale appropriata.

Il Congresso ha riconosciuto che la nascita è un processo naturale e normale, ma che perfino le gravidanze non a rischio possono dare origine a complicazioni. Alcune volte è necessario l'intervento [medico] per ottenere il migliore esito; in questi casi è richiesta una particolare assistenza umana e sociale insieme con un'appropriata sorveglianza clinica.

Infine si è compreso che, perché queste raccomandazioni non restino lettera morta, è necessario che si verifichi una trasformazione completa della struttura dei servizi sanitari, insieme con la modificazione degli atteggiamenti degli Operatori e la redistribuzione delle risorse umane e fisiche.

RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE

1. Il benessere psicologico della neo-madre deve essere assicurato non soltanto permettendo il libero accesso durante il parto ad un membro della sua famiglia, di sua scelta, ma anche favorendo la possibilità che lei riceva visite nel periodo post-natale; inoltre l'équipe terapeutica deve assicurare un supporto emotivo sia in presenza che in assenza di persone che accompagnano la donna e che non appartengono all'Istituzione.
2. A tutte le donne che partoriscono in un'istituzione devono essere garantiti il rispetto dei loro valori e il diritto a porre in atto quelle pratiche che appartengono alla loro cultura, come il modo di vestire, sia se stesse sia il bambino, la consumazione di cibi culturalmente significativi, l'utilizzazione finale

della placenta e altre manifestazioni inerenti alla loro cultura. I servizi sanitari perinatali devono sforzarsi ad ogni costo di adattarsi a tali pratiche culturali, senza pregiudizio per la loro efficacia.

3. Il neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni dei due lo permettano. Nessun processo di osservazione della salute del neonato giustifica la separazione dalla madre.
4. Si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento al seno, perfino prima che sia lasciata la sala parto.
5. Alcuni Paesi con bassa percentuale di mortalità infantile hanno percentuali di cesarei inferiori al 10%. Chiaramente non c'è nessuna giustificazione, in nessuna regione geografica, per avere più del 10-15% di parti cesarei.
6. Non c'è nessuna prova che dopo un precedente taglio cesareo trasversale basso sia richiesto un ulteriore taglio cesareo per la gravidanza successiva. Parti vaginali, dopo un cesareo, dovrebbero essere di norma incoraggiati dove è possibile disporre di un servizio di emergenza per eventuale intervento chirurgico.
7. Non c'è nessuna prova che il monitoraggio elettronico fetale, fatto di routine, abbia un effetto positivo sull'esito della gravidanza. Il monitoraggio elettronico fetale dovrebbe essere eseguito soltanto in situazioni particolarmente selezionate, rapportate all'alto tasso di mortalità perinatale, e nel travaglio indotto.
8. Quelle nazioni che dispongono di apparecchiature elettroniche e di personale qualificato, dovrebbero progettare e attuare ricerche al fine di identificare quei gruppi specifici di donne incinte che potrebbero trarre beneficio dal monitoraggio elettronico.
9. Si raccomanda di controllare il battito cardiaco fetale attraverso auscultazione clinica sistematica frequente durante il primo stadio del travaglio; più frequentemente durante l'espulsione.
10. Non c'è nessuna indicazione per la rasatura del pube e per il clistere prima del parto.
11. Si raccomanda di non mettere la partorienti nella posizione dorsale litotomica durante il travaglio e il parto. Si deve incoraggiare la donna a camminare durante il travaglio, e ogni donna deve decidere liberamente quale posizione adottare durante il parto.
12. Si deve valutare e adottare la protezione del perineo attraverso metodi alternativi. L'uso sistematico dell'episiotomia non è giustificato.
13. Il processo di parto non deve essere indotto per comodità: l'induzione del travaglio dovrebbe essere riservata solo in quelle situazioni dove vi sono specifiche indicazioni mediche. Nessuna regione geografica dovrebbe avere un

tasso di travaglio indotto più alto del 10%.

14. Durante il parto si dovrebbe evitare la somministrazione routinaria di analgesici o anestetici che non siano richiesti specificamente per correggere o prevenire complicazioni nel processo di parto.
15. Normalmente la rottura delle membrane non è richiesta fino a uno stadio abbastanza avanzato del parto. La rottura artificiale precoce delle membrane, come un processo di routine, non ha nessuna giustificazione scientifica.
16. Si dovrebbero promuovere ulteriori ricerche per valutare il minimo indispensabile degli indumenti speciali richiesti per coloro che assistono al parto e per il neonato.

Nota Bene

Una versione aggiornata di queste raccomandazioni è contenuta nel documento: World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: WHO; 1996. Questo documento (vedi al sito: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/) richiama esplicitamente le raccomandazioni pubblicate dall'OMS nel 1985 (vedi sopra) rilevando come numerose delle procedure giudicate inappropriate dal precedente rapporto vengano ancora troppo frequentemente utilizzate.

APPENDICE 2

Iniziative “Ospedale amico del bambino” e “Cure amiche della madre”

La Regione Veneto è da tempo impegnata nella Promozione, Protezione e Sostegno dell'allattamento materno attraverso il Progetto di “Promozione e sostegno dell'allattamento materno”, (DGR n° 3139 del 2010 e successivi provvedimenti).

Ad oggi, questa linea progettuale regionale è diventata parte integrante del “Piano per la promozione della salute materno infantile” all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 (DGR n°2705 del 29.12.2014) ed è stata rinominata “Ospedali e Comunità Amici del Bambino OMS/UNICEF – Coordinamento e sviluppo Rete per l'Allattamento Materno” e si integra con il “Programma di prevenzione precoce - monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita (GenitoriPiù)”.

All'Ulss20 di Verona è stato confermato il Coordinamento Regionale di tale linea. Le adesioni ed i risultati sono andati oltre le aspettative ed i tassi medi regionali di allattamento materno esclusivo alla dimissione, nei Punti Nascita aderenti al Progetto, hanno visto dal marzo 2012 al novembre 2013 un incremento dal 56% al 71%. Questo dato conferma le evidenze scientifiche che vedono nella realizzazione dell'Iniziativa “Insieme per l'allattamento: Ospedali e Comunità Amici dei Bambini (BFHI/BFCI)”, lo strumento di eccellenza per il perseguimento dell'obiettivo.

I Punti Nascita della Provincia di Verona già Baby Friendly sono l'ospedale Fracastoro di San Bonifacio e l'ospedale Orlandi di Bussolengo, mentre quelli impegnati nel Percorso Unicef sono: i due punti nascita dell'Azienda Ospedaliera: Borgo Roma e Borgo Trento, l'ospedale Sacro Cuore di Negrar, e il Mater Salutis di Legnago.

OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO (BABY FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE)

Sviluppati nel 1991 da Organizzazione mondiale della sanità (WHO) e UNICEF, nella traduzione presente nel sito di UNICEF Italia¹ i 10 passi per il successo dell'allattamento al seno praticati dagli Ospedali amici del bambino sono:

1. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno, da far conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario, per attuare compiutamente questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto

5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica

CURE AMICHE DELLA MADRE (MOTHER FRIENDLY CARE)

Nel 2009 il materiale contenuto nel manuale della Baby Friendly Hospital Initiative è stato aggiornato. Riconoscendo l'importanza di adeguare anche le pratiche ospedaliere di assistenza alla donna oltre a quelle che riguardano il neonato per garantire un'assistenza integrata e "umanizzata" a madre e bambino, la nuova edizione rivista, aggiornata e espansa del manuale, scaricabile², introduce il concetto di Mother-Friendly Care e identifica nuovi criteri globali relativi alle Cure Amiche della Madre:

1. incoraggiare la donna a identificare una persona di sua scelta che le garantisca un supporto continuo fisico e emozionale durante il travaglio e il parto se lo desidera;
2. permettere alla donna di bere e mangiare cibi leggeri durante il travaglio se lo desidera;
3. incoraggiare la donna ad utilizzare metodi non farmacologici per il controllo del dolore a meno che analgesici o anestetici non siano necessari a causa di complicazioni, nel rispetto delle preferenze personali della donna;
4. incoraggiare la donna a camminare e muoversi durante il travaglio se lo desidera e a assumere la posizione che preferisce per partorire, a meno che non ci siano restrizioni specifiche dovute a complicazioni che in questo caso devono essere spiegate alla donna;
5. assistere la donna senza ricorrere a atti invasivi quali la rottura delle membrane, episiotomia, accelerazione o induzione del travaglio, parto strumentale o taglio cesareo, a meno che non siano necessari a causa di complicazioni che in questo caso devono essere spiegate alla donna.

Questa pubblicazione si allinea a due valori fondamentali che Unicef con l'Iniziativa "Insieme per l'Allattamento: Ospedali e Comunità Amici dei Bambini" ha sempre portato avanti, che sono la trasparenza dei dati e la valutazione come strumenti di implementazione della qualità dell'assistenza alle madri e ai bambini.

Per questa ragione ogni iniziativa che si allinea a tale visione è accolta e supportata dal Programma Regionale "Ospedali e Comunità Amici del Bambino OMS/UNICEF – Coordinamento e Sviluppo Rete per l'Allattamento Materno" che, come sopra descritto, coordina e sostiene i Punti Nascita della Regione che, nella quasi totalità, hanno intrapreso il percorso Unicef.

Staff del Programma Regionale
 "Ospedali e Comunità Amici del Bambino OMS/UNICEF
 Coordinamento e Sviluppo Rete per l'Allattamento Materno"

¹ <http://www.unicef.it/doc/150/dieci-passi-per-allattamento-al-seno>

² <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594950/en/index.html>

APPENDICE 3

Piano della Nascita

Il piano della nascita, o piano del parto è un elenco di ciò che la madre e il padre desiderano per la nascita del loro bambino.

Proprio perché frutto di un percorso personale e di coppia, è un documento del tutto individuale, da utilizzare come strumento di comunicazione tra donna / coppia e Punto nascita.

È opportuno che questo documento venga proposto per tempo (non oltre il settimo mese di gravidanza) all'attenzione del responsabile del Punto Nascita, in modo che vi sia il tempo per un confronto costruttivo tra la donna / coppia e i professionisti della nascita e venga chiarito quali delle procedure richieste sono disponibili o ammesse presso quel particolare Punto Nascita.

Qui di seguito sono elencati alcuni punti su cui può essere importante esprimere le proprie preferenze e scelte.

Possibilità di:

1. avere accanto una persona a propria scelta
2. essere libera di muoversi e alimentarsi durante il travaglio
3. evitare il monitoraggio fetale continuo non necessario
4. ridurre al minimo le esplorazioni vaginali durante il travaglio
5. utilizzare rimedi naturali per attenuare il dolore
6. rifiutare clistere e tricotomia
7. rifiutare l'esecuzione di routine di alcune procedure, quali: rottura del sacco amniotico, la somministrazione di ossitocina, l'episiotomia
8. scegliere quando tagliare il cordone ombelicale
9. contatto precoce con il bambino subito dopo la nascita per tutto il tempo che desidera la mamma
10. rooming in 24 ore al giorno
11. rifiutare la somministrazione al neonato di soluzione glucosate e latte artificiale
12. rifiutare la somministrazione al neonato di ciucci, biberon, tettarelle, paracapezzoli
13. essere assistita da una persona a propria scelta durante la degenza
14. essere informata sulle motivazioni e dare il consenso nel caso di qualunque manovra o intervento d'urgenza (taglio cesareo, ventosa, episiotomia etc.)
15. usufruire dell'anestesia epidurale durante l'intervento di taglio cesareo
16. travaglio di prova dopo un precedente taglio cesareo

Nota Bene

L'ordinamento giuridico italiano con la legge del 28 marzo 2001, n. 145 ha ratificato la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina elaborata dal Consiglio d'Europa (Oviedo, 4 Aprile 1997, <http://conventions.coe.int/Treaty/ita/Treaties/Html/I64.htm>)

La convenzione di Oviedo dedica al consenso informato il Capitolo II (articoli da 5 a 9) in cui stabilisce come regola generale che:

“Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.” (art.5). Inoltre la Convenzione stabilisce che “I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.”



NOTE

La realizzazione di questo documento è stata possibile grazie a:

