



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA' DI PADOVA**

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

**PROCEDURA DI ACCOGLIENZA  
DEL NEONATO IN SALA PARTO  
SUBITO DOPO LA NASCITA**

**Preparato da** *Ref. Gruppo di lavoro Sala Parto Clinica Ostetrica*

**Verificato da** *Servizio Qualità Azienda Ospedaliera*  
*M.L.Chiozza.....*

*Unità di Valutazione Tecnologie Sanitarie*  
*M.Castoro.....*

*Comitato per la Pratica Etica*  
*R.Pegoraro.....*

**Verificato per validazione** *Direzione Medica*  
*M.Grattarola.....*

*Direzione Sanitaria*  
*G.P.Rupolo.....*

**Approvato da** *Direttore UOC-GO*  
*G.B.Nardelli.....*  
*Coordinatrice Sala Parto*  
*R.Ciullo.....*

**Data 02/05/2010 Rev. 00**

**Data 30/07/2010 Rev. 01**

## INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI
- 4.0 GLOSSARIO E ACRONIMI
- 5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'
- 6.0 MODALITA' OPERATIVA
  - 6.1 NOTA 1: PROCEDURA DELLA PREPARAZIONE DELL'ISOLA NEONATALE PER L'ACCOGLIMENTO DEL NEONATO
  - 6.2 NOTA 2: PROCEDURA PER L' APERTURA DEL PACCO PARTO E PREPARAZIONE DELLA CASSETTA
  - 6.3 NOTA 3: PROCEDURA ASSISTENZIALE DEL NEONATO NON PATOLOGICO
- 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
- 9.0 ALLEGATI

### 1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

**MEDICI:** Nardelli G.B., Zambon A., Onnis G.L., De Toffoli K.

**INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC:** Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E., Greco A.

**OSTETRICHE:** De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B., Gambalonga I.

**OSS:** Brusamolín M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

### 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

LA PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITA' DI PADOVA.

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E OSS DELL'UNITA' OPERATIVA.

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DELLE INFERMIERE, DELLE OSTETRICHE E DELLE OSS NELLA ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO SUBITO DOPO LA NASCITA.

### **3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI**

- R. D. 15 Aprile 1926 n°718 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925 n°2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia".
- R. D. 24 dicembre 1934 n°2316 "Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia".
- Legge 23 dicembre 1975 n°698 "Scioglimento e trasferimento delle funzioni dell'opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia".
- Legge 10 agosto 2000 n°251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica".
- Legge 26 febbraio 1999 n°42 "disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- D. M. 14 settembre 1994 n°739 – Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995 n°6 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o".
- D. M. 14 settembre 1994 n°740 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o"
- Codice deontologico dell'ostetrica – marzo 2000.

### **4.0 GLOSSARIO E ACRONIMI**

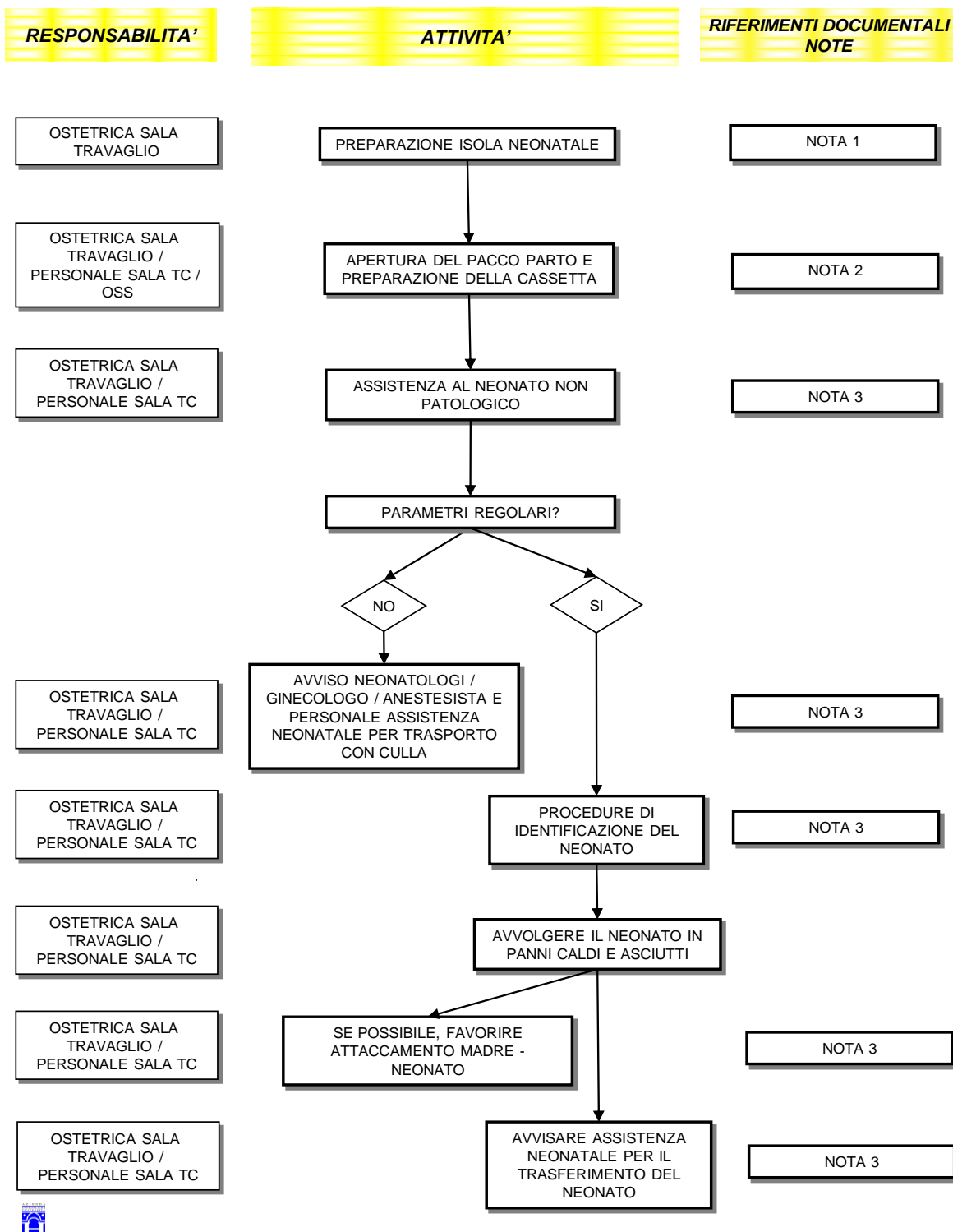
Isola neonatale: culla termica dove giunge il neonato, portato dall'ostetrica, subito dopo la nascita, e dove gli vengono date le prime cure.

Caratteristiche tecniche dell'isola neonatale:

- L'apparecchiatura è dotata di carrello per il trasporto corredato di sistema di freno per le ruote;
- Pannelli laterali in plexiglass, di tipo retraibile e asportabili senza l'impiego di utensili;
- Materassino riscaldato in gel per il massimo confort del paziente;
- Lampada di illuminazione del piano di lavoro con intensità sia diurna che notturna;
- Dispositivo conta ore per cronometrare la durata delle cure apportate al neonato dal momento del suo arrivo nell'isola neonatale al momento del suo invio al nido o in patologia neonatale;
- Display per l'indicazione dei principali parametri impostati e dei messaggi relativi allo stato di funzionamento e di eventuale allarme, ecc...;
- Telaio dotato di sistemi di aggancio per il fissaggio di altri dispositivi quali monitor, pompe infusionali, ecc...;
- Colonna del carrello preferibilmente regolabile in altezza;
- Cassettiera e vano porta oggetti;
- Aspiratore bronchiale.

**5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'**

**PROCESSO: ACCOGLIMENTO DEL NEONATO IN SALA PARTO**



**6.0 MODALITA' OPERATIVE**

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
PROTOCOLLO ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO SUBITO DOPO LA NASCITA

NOTA 1: PROCEDURA DELLA PREPARAZIONE DELL'ISOLA NEONATALE PER L'ACCOGLIMENTO DEL NEONATO:

1. Premere l'interruttore "ON" posto dietro l'apparecchio;
2. Selezionare la temperatura con il pulsante manuale – freccia rivolta verso l'alto;
3. Premere due volte il pulsante "OK"
4. Porre i panni spugna sotto il pannello radiante;
5. Verificare il funzionamento del sistema di aspirazione;
6. Verificare il funzionamento del sistema di erogazione dell'ossigeno: aprendo la valvola del flussometro deve fuoriuscire l'ossigeno e gorgogliare l'acqua distillata contenuta nell'umidificatore;
7. Verificare il collegamento del flussometro all'ambu pediatrico attraverso il tubo connettore;
8. Verificare la tenuta dell'ambu pediatrico provvisto di reservoir e di filtro, appoggiare una mano sull'imbocco dell'ambu in modo da evitare la fuoriuscita dell'aria, con l'altra mano esercitare 2-3 pressioni decise al pallone, la valvola di sfiato deve salire verso l'alto;
9. Controllare che siano a disposizione:
  - Sondini da aspirazione ch 8, ch 10, fr 06
  - Maschera laringea neonatale
  - Maschere oro facciali neonatali di varie misure
  - Lame laringoscopio varie misure
  - Laringoscopio
  - Pinza di magill
  - Mandrino
10. Verificare il funzionamento del laringoscopio: la luce emessa deve essere intensa e bianca (se la luce è arancione vanno cambiate le pile; se non eroga nessuna luce vanno cambiate le pile altrimenti va sostituita la lampadina).

NOTA 2: PROCEDURA PER L' APERTURA DEL PACCO PARTO E PREPARAZIONE DELLA CASSETTA

1. Indossare la cuffia;
2. Tagliare con una forbice il nylon che ricopre il pacco parto, toglierlo, aprire il pacco parto;
3. Aprire con attenzione la cassetta parto, facendo attenzione che le linguette che la chiudono non cadano dentro di essa;
4. Porre dentro la cassetta, in modo sterile:
  - Due siringe da 10 ml
  - 1 ago siringa rosa (18 ch)
  - 1 ago siringa azzurro (22 ch)
  - Garze sterili
  - Guanti sterili del numero dell'operatore

NOTA 3: PROCEDURA ASSISTENZIALE DEL NEONATO NON PATOLOGICO

La procedura assistenziale del neonato NON PATOLOGICO realizza due esigenze primarie:

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
PROTOCOLLO ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO SUBITO DOPO LA NASCITA

1. Valutazione immediata delle condizioni del bambino (respirazione, reattività, colorito, tono muscolare, riflessi, frequenza cardiaca);
2. Valutazione complessiva dello stato generale e dell'anatomia (presenza di malformazioni evidenti, valutazione della pervietà delle coane, valutazione della pervietà dell'esofago).

Le manovre da eseguire sono le seguenti:

1. Immediatamente dopo il parto il neonato va posto sull'isola neonatale ed asciugato con dei panni caldi per evitare la perdita di calore;
2. Si allontanano i panni bagnati;
3. Si esegue la pulizia delle vie aeree mediante aspirazione con un sondino nella bocca e nel naso;
4. La pressione di aspirazione non deve superare i 100 mmHg, la frequenza respiratoria ideale è di 10 – 15 atti respiratori in 15 secondi con un ritmo di 40 – 60 respiri al minuto;
5. Il neonato va posto con la testa rivolto verso l'ostetrica che rivolge la testa verso destra ed aspira in modo continuato il vestibolo della bocca;
6. Poi l'ostetrica pone un dito in bocca per verificare se c'è labio – palato - schisi, mette la testa del bambino in posizione tale da allineare la faringe posteriore, la laringe e la trachea, per mantenere la posizione può posizionare un telo arrotolato sotto le spalle, elevandole di 2 – 3 cm dal materassino;
7. Inizia a introdurre il sondino attraverso il naso per verificare la pervietà delle coane, prima a destra e poi a sinistra;
8. Molto importante quando si introduce il sondino, questo non deve essere in aspirazione;
9. Si introduce prima il sondino a destra, se si passa si arriva fino all'ipo – faringe, senza mai scendere al di sotto della radice linguale (dato che un'eventuale stimolazione dell'epiglottide potrebbe introdurre riflesso vagale e dare arresto respiratorio) e poi si aspira ad intermittenza;
10. Si introduce il sondino a sinistra, e se si passa, si cerca di arrivare fino all'esofago, per verificare la sua pervietà, aspirando sempre in modo intermittente;
11. Si rileva il battito cardiaco del bambino ponendo due dita nel moncone del cordone ombelicale, si conta per sei secondi, poi si moltiplica per dieci;
12. La frequenza cardiaca ideale è uguale o maggiore a 120, al di sotto di tale valore si devono mettere in atto le procedure rianimatorie;
13. Si osserva il colorito del bambino, che può essere roseo, roseo – pallido oppure cianotico;
14. Se il neonato respira autonomamente ma presenta cianosi centrale si deve somministrare ossigeno a flusso libero a circa 5 l/min;
15. A seconda della validità degli atti respiratori e del pianto si provvede successivamente ad una stimolazione tattile che consiste nel massaggio della colonna vertebrale. Questo movimento stimola, per riflesso, il gruppo muscolare paravertebrale e i muscoli estrinseci della gabbia toracica, inducendo l'inspirazione;

16. Per il liquido alveolare, invece, l'eliminazione avviene in modo passivo dato che è sufficiente mettere il bambino a pancia in giù e praticare un delicato ma deciso massaggio dalla base del torace verso gli apici;
17. Per quanto riguarda la reattività, questa viene constatata mediante evocazione del riflesso di prensione, di suzione e del riflesso di Moro (quest'ultimo è molto importante e si sollecita facilmente sollevando i piedini e poi lasciandoli andare all'improvviso: la risposta è un allargamento delle braccia del bambino. La simmetria del riflesso e l'eventuale presenza di tremori dicono molto sullo stato neurologico del bambino);
18. In merito al tono muscolare, l'osservazione è importante. Un bambino normale conserva la sua posizione accoccolata e il tentativo di stendere gli arti incontra una notevole resistenza. Dalla valutazione del tono si evincono molte informazioni utili per il follow – up. Una manovra che è molto utile è quella di evocare il riflesso plantare che consiste nello stimolare la pianta del piede ed osservare se e quanto il bambino retrae la gamba;
19. Tutte queste manovre vengono fatte al 1° e 5° minuto e forniscono l'apgar;
20. Poi si osserva il neonato per vedere se presenta eventuali imperfezioni evidenti, morfologia del volto, atteggiamento degli arti, eventuale presenza di labio – palato – schisi, valutazione dei genitali e della colonna vertebrale, ecc... ;
21. Se il neonato alla fine di tutte le manovre risulta essere in buona salute, si passa alla sua identificazione applicando il braccialetto identificativo ed eseguendo l'impronta del piede;
22. Si pesa il neonato;
23. Si misura la lunghezza;
24. Si applica il cord clamp sul cordone ombelicale lasciando almeno 2 cm di spazio dalla cute;
25. Si taglia il cordone ombelicale in eccesso;
26. Al termine di tutte queste manovre si avvolge il neonato in panni caldi, si consegna alla mamma o al papà se presente, oppure lo si tiene nell'isola neonatale al caldo vigilando sul suo stato, e garantendo la sua sicurezza alzando le spondine protettive, prima dell'invio al nido;
27. Se le condizioni del neonato lo consentono si cerca di favorire l'attaccamento al seno della madre, poco dopo la nascita, per poter avviare lo stimolo ossitocico, per la produzione del latte e favorire la contrazione dell'utero.

## **7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE**

La presente procedura entra in vigore dal 02/05/2010.

## **8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- Dispensa "corso teorico – pratico di rianimazione in sala parto e stabilizzazione del neonato in attesa di trasferimento"
- [www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)
- [www.plain.lombardiastorica.it](http://www.plain.lombardiastorica.it)
- [www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)



AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
PROTOCOLLO ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO SUBITO DOPO LA NASCITA

- [www.ispesl.it/profili-di-rischio](http://www.ispesl.it/profili-di-rischio)
- [http://www.aosp.bo.it/reparti\\_servizi/medicina-legale/pdf/luca\\_benci.pdf](http://www.aosp.bo.it/reparti_servizi/medicina-legale/pdf/luca_benci.pdf)
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10969113>
- L'evoluzione dell'autonomia e della responsabilità giuridica dell'infermiere e dell'ostetrica, Luca Benci.