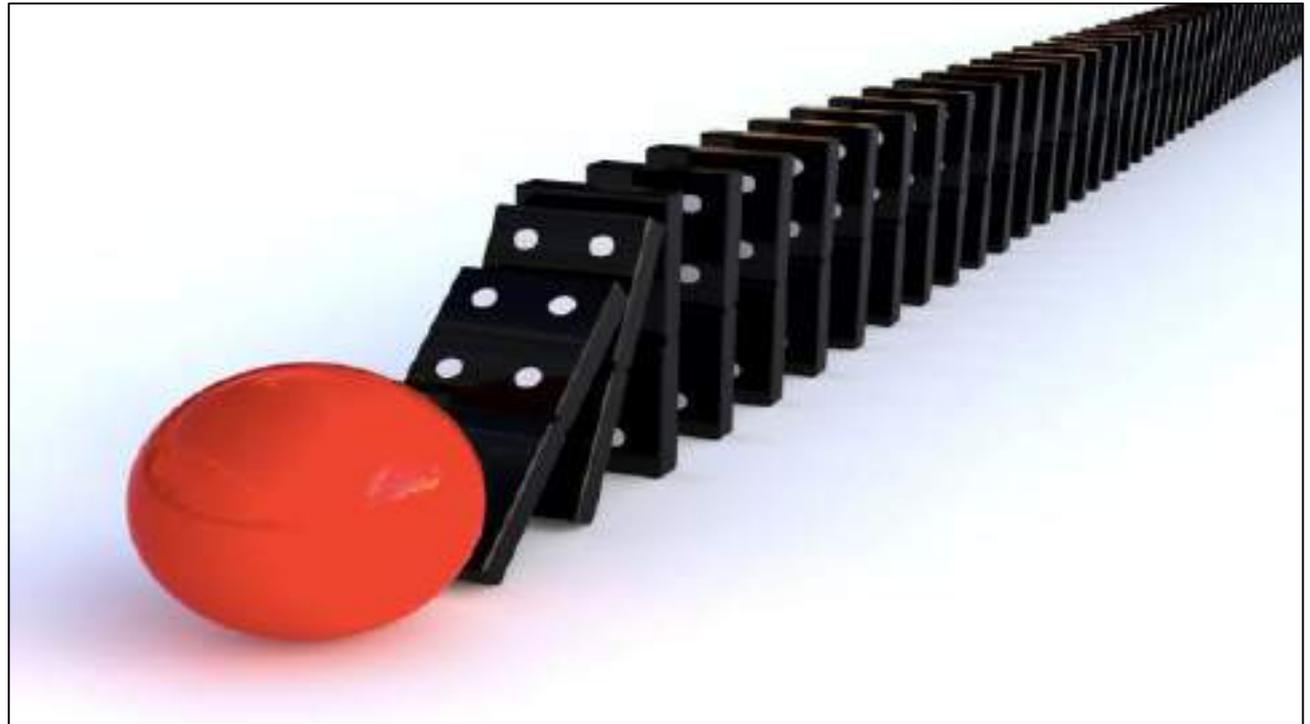


# La gestione della fase latente e la diagnosi di travaglio di parto



Societe Italiana di Medicina Perinatale  
LA SALA PARTO TRA FISILOGIA E  
PATOLOGIA

Auditorium CTO - AOU Careggi Largo  
Piero Palagi, 1, 50139 Firenze Italy

**February 21 2020**

**SOO DOWNE**

Thanks to all and especially the women  
and staff of ELHT for the use of the  
photographs

# Labour onset and latent phase

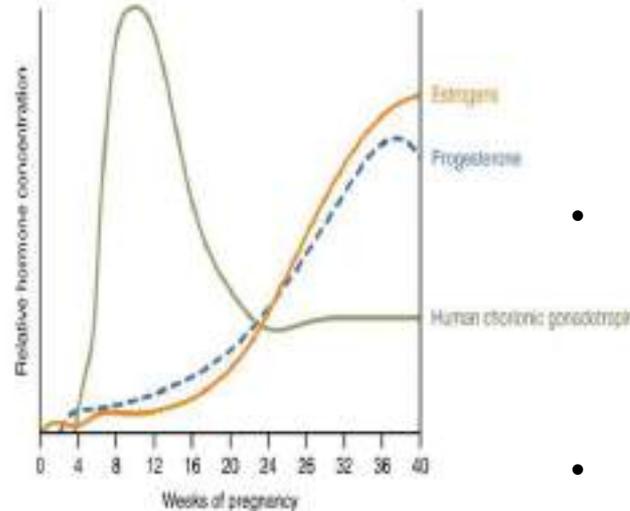


## Key messages (1)



# Inizio del travaglio e fase latente

- Recognition of labour onset and effective support for women during the latent phase of labour are the set up for optimal progress and birth
- Complex neuro-hormonal, biophysical & psychological factors contribute to labor onset and progress
- New global and professional guidelines recognise that individual women and babies vary in their expression of physiological labour onset and progress



- Stabilire come riconoscere l'inizio travaglio e come supportare effettivamente le donne durante la fase latente per garantire il miglior andamento possibile del travaglio
- I fattori neuro-ormonali, biofisiologici e psicologici contribuiscono all'insorgenza e alla progressione del travaglio
- Le nuove Linee Guida internazionali riconoscono che l'insorgenza e l'andamento del travaglio variano fisiologicamente per ciascuna donna e il suo bambino

## Labour onset and latent phase



Key messages (2)



## Inizio del travaglio e fase latente

- It is important not to make intervention decisions in the latent phase of labour based only on population level standards
- Women need to feel positive, supported, safe, believed, confident, and competent in the latent phase
- Access to continuity of midwifery care and mutually respectful interprofessional collaboration from the onset of labour are essential to enable women to have a safe, positive labour and birth



- È importante non decidere di intervenire nella fase latente basandosi solo sugli standard generali della popolazione
- Durante la fase latente le donne necessitano di positività e di supporto, di sentirsi sicure e al sicuro, di sentirsi competenti e capaci
- La continuità delle cure e il rispetto reciproco della collaborazione interprofessionale fin dall'insorgenza del travaglio sono essenziali per consentire alle donne di avere un'esperienza sicura e positiva del travaglio e del parto

# PARTOGRAMMA: Si? No? Quale?

OST FUMAGALLI SIMONA



 **SIMP**  
Società Italiana di Medicina Perinatale  
**ON LABOR AND DELIVERY**

**DIRETTRICE DEL CORSO:** Mariarosaria Di Tommaso, Firenze  
**PRESIDENTI DEL CORSO:** Felice Petraglia, Firenze; Luca Antonio Ramenghi, Genova  
**RESPONSABILE SCIENTIFICO:** Anna Locatelli, Carate Brianza

The poster is divided into several colored sections. The top left section is teal and contains the word 'Oxytocin' in white, with the chemical formula  $C_{43}H_{66}N_{12}O_{12}S_7$  and a molecular structure diagram below it. The top middle section is pink and contains the dates '21-22 FEBBRAIO 2020' in white. The top right section is blue and features a white line-art illustration of the Florence Cathedral dome, with the text 'FIRENZE Auditorium CTO AOU Careggi' below it. The bottom left section is pink and contains three anatomical illustrations of a fetus in the uterus, showing different positions. The bottom right section is pink and contains the website address 'simpcourse.eu' in white.

# PARTOGRAMMA SI? NO? QUALE?

- PARTOGRAMMA ≠  
DA PROGRESSIONE DELLA DILATAZIONE CERVICALE
- REGISTRAZIONE CONTINUA E PUNTUALE DI MULTIPLI  
FATTORI COINVOLTI
- GIOCA UNA RESPONSABILITA'  
PROFESSIONALE/MULTIDISCIPLINARE
- MIGLIORA LA TRASFERIBILITA' DELLE INFORMAZIONI  
(INTRA E POST; PROFESSIONISTI E DONNE)
- SUPPORTO ALLA FORMAZIONE

# PARTOGRAMMA SI? NO? QUALE?

TAKE HOME MESSAGE

LETTERATURA NON SUFFICIENTE PER  
DIMOSTRARE EFFICACIA NEL MIGLIORARE  
OUTCOMES (QUALI OUTCOMES?)

LA SOLA CURVA NO TRIGGER DI INTERVENTO,  
MA TRIGGER DI RAGIONAMENTO CLINICO

QUALE?... COSA?



# SIMP 2020

SIMP ON LABOR & DELIVERY

21 – 22 FEBBRAIO 2020  
Firenze, Italia

Diagnosi di *fallita* induzione  
e di *fallita* progressione

Anita Regalia

# TAKE HOME MESSAGE

- L'**induzione** del travaglio è **indicata** quando **il rischio di proseguio** della gravidanza, per la madre o il feto, **supera il rischio** del travaglio e del parto **associato all'induzione**.
- È influenzata da fattori assistenziali (indicazione, metodo, tempi di attesa), fattori organizzativi e culturali
- La fallita induzione e il ricorso al TC ha una frequenza accettabile del 2-3%
- **TEMPI ADEGUATI** ("Il tempo **non e' una variabile oggettiva** che appartiene ai meccanismi del parto, **ma e' espressione delle variabili** che condizionano l'andamento del travaglio", *Fisiologia della nascita*)
- **Valutare l'anelgesia epidurale**
- **Importanza del luogo e dell'assistenza offerta dall'ostetrica**

# Quanto tempo prima di dichiarare fallimento?

- Non raggiungimento della fase attiva del travaglio (dilatazione cervicale  $\geq 4$ cm) dopo maturazione e stimolazione con **ossitocina** per **15 ore nelle N /12 nelle P** (*Xenakis 1993*)
- Non raggiungimento della fase attiva del travaglio (dilatazione cervicale  $\geq 5$ cm) nonostante **attività contrattile valida** (*Roman 2004*)
- Non raggiungimento della fase attiva del travaglio nonostante **attività contrattile valida per 48 ore** (*Yang 2004*)
- Non raggiungimento della **fase attiva del travaglio** (dilatazione cervicale  $\geq 4$ cm entro **12 ore uso ossitocina**) **entro 24 ore** dall'inizio dell'induzione (*Park 2007- 2009*)

La **durata del primo stadio varia da donna a donna** e è influenzata dalla parità. La progressione non è necessariamente lineare.

In **travaglio attivo senza interventi** deve essere considerata rallentata **una dilatazione cervicale  $< 2$  cm in 4 ore sia** nelle **nullipare** che nelle **pluripare**

# Diagnosi «Fallimento progressione»

Qualunque **misura standardizzata** adottiamo rappresenta una mediazione tra fattori **organizzativi, ambientali, biologici, ormonali** che **non ne rendono assoluto il valore clinico**



# Monitoraggio benessere fetale: approccio fisiopatologico

Herbert Valensise, Roma



LE PROBLEMATICHE FREQUENTI IN SALA PARTO



## SIMP

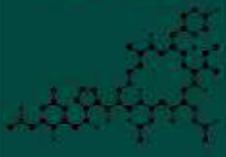
Società Italiana di Medicina Perinatale

### ON LABOR AND DELIVERY

**DIRETRICE DEL CORSO:** Mariarosaria Di Tommaso, Firenze  
**PRESIDENTI DEL CORSO:** Felice Petraglia, Firenze; Luca Antonio Ramenghi, Genova  
**RESPONSABILE SCIENTIFICO:** Anna Locatelli, Carate Brianza

**Oxytocin**  
 $C_{43}H_{66}N_{12}O_{12}S_2$

21-22  
FEBBRAIO  
2020



**FIRENZE**  
Auditorium CTO  
AOU Caroggi



[simpcourse.eu](http://simpcourse.eu)

- Il feto è un palombaro collegato alla nave madre (placenta) attraverso un tubo (cordone). Può nuotare in acque calme (gravidanza) o agitate (travaglio).
- Le due condizioni NON sono uguali

## **ELEMENTI SFAVOREVOLI IN GRAVIDANZA**

1. Tachicardia o bradicardia improvvisa
2. Assenza di accelerazioni
3. Assenza di variabilità
4. Decelerazioni spontanee variabili e tardive

## **EVOLUZIONE DELL'IPOSSIA GRADUALE IN TRAVAGLIO DI PARTO**

1. Scomparsa delle Grandi accelerazioni
2. Aumento della linea di base
3. Riduzione della variabilità
4. Decelerazioni ripetitive variabili e /o tardive

Il feto paga un prezzo al travaglio di parto in termini di consumo di basi e di adattamento?

Le domande da porsi sono:

- Come arrivo al travaglio?
- Sono cresciuto bene o no?
- La mia placenta funziona bene?
- Ho abbastanza liquido?
- Il cordone ombelicale è libero o compresso?



SIMP

Società Italiana di Medicina Perinatale

ON LABOR AND DELIVERY

21-22  
FEBBRAIO  
2020



## Induzione del travaglio: pro e contro

Viola Seravalli

*Università degli Studi di Firenze*

*AOU Careggi*

*viola.seravalli@unifi.it*



## Take home messages

- Sono ancora insufficienti le evidenze a sostegno o a favore dell' induzione del travaglio in casi di sospetta macrosomia, polidramnios o oligoidramnios isolati

### INDUZIONE ELETTIVA:

- Sulla base di 1 RCT e studi osservazionali (USA) l' induzione elettiva a 39 settimane in nullipare a basso rischio sembra ridurre l'incidenza di TC
- Ridurrebbe anche l'incidenza di complicanze ipertensive e la necessità di supporto respiratorio del neonato.
- Questi risultati hanno indotto le società scientifiche americane, ma non le altre, a modificare le loro raccomandazioni



# Take home messages



Ma..

- Gli studi americani includevano una maggioranza di donne sovrappeso o obese (>50% BMI $\geq$ 30 nell ARRIVE trial)
- L'induzione del travaglio non è una procedura libera da rischi, richiede un monitoraggio più stretto e molte donne possono trovarla più dolorosa.
- Considerare anche i desideri della donna, e le sue preferenze riguardo a questo tipo di intervento
- Problematiche legate ai costi (necessità di personale aggiuntivo, maggiore durata degenza) e sovraffollamento reparti vanno considerate.
- Da tenere in considerazione i limiti temporali per la diagnosi di fallita induzione

# **SIMP 2020**

**SIMP ON LABOR & DELIVERY**

**21 – 22 FEBBRAIO 2020**  
**Firenze, Italia**

## **Medicina non convenzionale nel travaglio di parto**

**Dr. Laura Iannuzzi**

PhD, MSc, PgCert, Bmid, RM





# SIMP

Società Italiana di Medicina Perinatale  
**ON** LABOR AND DELIVERY

## TAKE HOME MESSAGES

- **CONTRIBUTO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI NELL'APPROFONDIRE CONOSCENZA DI FONDAMENTI ANCHE DELLA MEDICINA 'CONVENZIONALE'**
- **NECESSITA' DI CONTINUARE A STUDIARE MECCANISMI - EFFICACIA DI APPROCCI CONSIDERATI 'NON CONVENZIONALI'**
- **MAI APPLICARE TECNICHE SENZA ADEGUATA FORMAZIONE**
- **MAI APPLICARE TECNICHE SENZA ADEGUATA INFORMAZIONE**



# SIMP

Società Italiana di Medicina Perinatale  
**ON** LABOR AND DELIVERY

## TAKE HOME MESSAGES

- **NEL VALUTARE I DIVERSI APPROCCI, QUALI ESITI CONSIDERIAMO?**
- **INDUBBIA IMPORTANZA E IMPATTO CLINICO DELLE ASPETTATIVE RISPETTO A QUALUNQUE APPROCCIO ADOTTATO**
- **LIMITI DEL CERCARE/UTILIZZARE NUOVI APPROCCI DENTRO VECCHI PARADIGMI**



**FIRENZE  
2020**

**INDUCTION OF LABOR : A NEW MECHANICAL METHOD**

**GIAN CARLO DI RENZO, MD PhD, FRCOG, FACOG, FICOG**

**UNIVERSITY of PERUGIA, ITALY**

**1. The ideal method of labour induction is still not available**

**2. Method and timing of labour induction should be individually tailored**

**3. Induction of labour in special cases still debatable**

- S/p cesarean section
- Multiple pregnancy
- Grand multiparity
- Refractory inductions
- Home/office inductions

## Motivation for the use of Dilapan-S®:

- Safe device
- Not contraindicated in patients with previous cesarean section (candidate for TOLAC)
- Outpatient procedure
- Cost-effective
- Highly accepted as it is a „non-drug“ device

# Second Stage of labor

**Vincenzo Berghella, MD**

Professor, Ob-Gyn  
Director, MFM Division  
Director, MFM Fellowship



*Firenze, February 22, 2020*

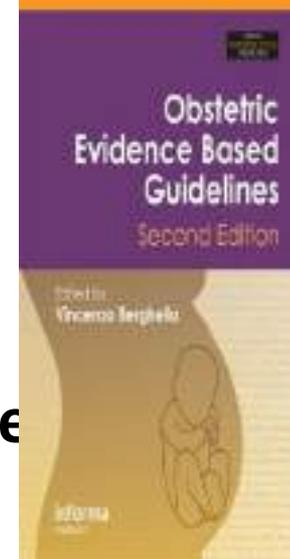
## Summary

- **Oxytocin 20-40u**
- **Placental removal**
  - Spontaneous with cord traction
- **Uterine exteriorization - safe**
- **Closure of uterine incision**
  - single layer if BTL: continuous and full-thickness; more data on long-term outcome
- **No peritoneal closure**
- **Subcutaneous tissue closure if  $\geq 2\text{cm}$**
- **Closure of skin**
  - **SUTURE!**



# Summary

- **Antibiotics**
  - 30min prior, Amp or Ancef, 1 dose
- **VTE prophylaxis**
- **Tranexamic acid**
- **No oxygen; No Shaving; No adhesive drapes**
- **Skin cleansing**
  - Chlorhexidine-alcohol
- **No bladder flap**
- **Uterine incision**
  - Transverse, blunt expansion, cephalad-caudad





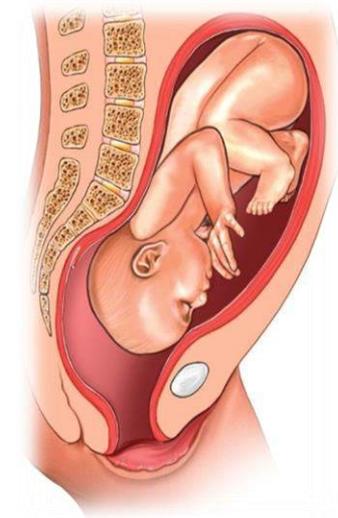
LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO

21-22  
FEBBRAIO  
2020  
simpcourse.eu



**Le malposizioni fetali, l'asinclitismo e la rotazione manuale dell'occipite.**

*Massimo Cordone e Alessandra Maltoni, Genova.*



# TAKE HOME MESSAGES

Se il feto non è mobile nel bacino, è il bacino materno che deve mobilizzarsi intorno al feto

- **Il supporto continuo in travaglio, qualunque modalità abbia, è anti-distocico ...**
- La ROT è una manovra che inizia sempre con un tentativo di flessione, perché una testa che non si flette non ruota e non progredisce.
- La rotazione digitale è più semplice e meno efficace; è favorita dal molding della sutura lambdoidea.
- La rotazione manuale richiede analgesia. Quando si esegue la rotazione è opportuno che un altro operatore aiuti il dorso a ruotare con manovre esterne. Se il dorso è in sacrale e la testa non ruota, bisogna sapersi fermare per evitare lesioni spinali

# TAKE HOME MESSAGES

Se il feto non è mobile nel bacino, è il bacino materno che deve mobilizzarsi intorno al feto

- La tecnica usata per eseguire la rotazione può essere **appresa** e **insegnata** mediante simulazione su un manichino a basso costo
- La rotazione **diminuisce il ricorso al taglio cesareo** in caso di occipite posteriore persistente
- La rotazione **aumenta il ricorso al parto operativo vaginale**, ma permette di eseguirlo con l'occipite anteriore



# Vacuum assisted vaginal delivery: indications and correct application

Anna Locatelli

# Take home messages

- ✓ Non abbandonare la conoscenza e la pratica del parto operativo
- ✓ Misura la tua esperienza anche con la capacità di fare di meno
- ✓ Insegnando continua a imparare
- ✓ Ricordati dell'importanza delle mani e del loro tocco  
(che possono servire anche per una carezza)

*Mi basta solo una lieve carezza che faccia tremare un pò la la mia vita*

*Alda  
Merini*



LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO



SIMP

Società Italiana di Medicina Perinatale  
ON LABOR AND DELIVERY

DIRETTRICE DEL CORSO: Mariarosaria Di Tommaso, Firenze

PRESIDENTI DEL CORSO: Felice Petraglia, Firenze; Luca Antonio Ramenghi, Genova

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Anna Locatelli, Civate Brianza

Oxytocin $C_{43}H_{64}N_2O_{13}S_2$ 	21-22 FEBBRAIO 2020	 FIRENZE Auditorium CTO AGG Careggi
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<a href="http://simpcourse.eu">simpcourse.eu</a>
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

# IL TRAUMA PERINEALE OSTETRICO

## LA PROTEZIONE DEL PERINEO E LA SUA RIPARAZIONE

C. CRESCINI



Gruppo Emergenze Ostetriche C  
ASST BG EST OSPEDALE BOLOGNINI  
SERIATE ( BG)

[crescini1152@gmail.com](mailto:crescini1152@gmail.com)

# TAKE HOME MESSAGES

1. Ancora nel XXI secolo la morbilità associata al trauma perineale ostetrico rimane un problema per milioni di donne
2. Il pavimento pelvico è un diaframma dinamico e l'espulsione della testa fetale impegna il muscolo puborettale , lo sfintere anale e il nervo pudendo
3. La posizione posteriore dell'occipite è un fattore di rischio per OASIS e la rotazione manuale sembra essere protettiva
4. Rallentare la progressione della testa all'incoronamento consente il rilassamento dei tessuti

# TAKE HOME MESSAGES

- Gli esercizi muscolari perineali in gravidanza strutturati e guidati ed il massaggio perineale sono efficaci
- manovre di protezione manuale del perineo probabilmente riducono l'incidenza di lacerazioni dello sfintere anale
- La manovra viennese modificata potrebbe essere una azione promettente
- L'episiotomia routinaria è controindicata
- L'episiotomia nel parto operativo probabilmente riduce l'OASIS
- L'episiotomia può ridurre di 5-10 minuti il tempo necessario per l'espulsione della testa

# TAKE HOME MESSAGES

- L'episiotomia se indicata deve essere mediolaterale con angolo di 60 °
- L'episiiorrafia viene eseguita con tecnica in continua con filo a rapido assorbimento 2-0 ( un filo due nodi )
- La sutura deve evitare di transfiggere l'area di transizione tra la cute e la vagina definita " forchetta"
- Le lesioni dei muscoli del complesso dello sfintere anale devono essere riconosciute, stadiate correttamente e adeguatamente riparate
- Ogni team di sala parto deve essere formato per la prevenzione e la gestione del danno perineale ostetrico
- E' necessario un adeguato follow up

# TAGLIO CESAREO: PROGRAMMATO, EMERGENZA, URGENZA

*note di tecnica*

## TAGLIO CESAREO NEL SECONDO STADIO

**Fabio Facchinetti**

Francesca Monari

Enrico Pascucci

Matteo Visconti

# OUTCOMES MATERNI DEL TC

- Complicanze anestesia-correlate
- Elevato rischio trombo-embolico
- **Rischi procedurali chirurgici (lesioni vescicali, ureterali, sviluppo di aderenze pelviche)**
- **Aumentato rischio infettivo puerperale e complicanze della ferita chirurgica**
- **Maggiore probabilità di ri-ospedalizzazione entro 30 giorni dal parto**
- Morte materna
- Ridotta fertilità, aumentato rischio di aborto spontaneo e gravidanze ectopiche (scar pregnancy)
- Anomalie di placentazione e distacco di placenta
- Rottura uterina e aumentato rischio di isterectomia

## E QUALI EFFETTI SU NEONATI E BIMBI ?

### ▶ **Rischio di ARDS/morbidity respiratoria**

### ▶ **Difficoltà e ritardo nell'attaccamento al seno**

- Rischio di patologie autoimmuni e immuno-mediate: **DM 1, celiachia, rinite ed asma allergico**
- Infiammazione sistemica di basso grado e insulino-resistenza: **obesità e sindrome metabolica**
- Disturbi neurodegenerativi e del neurosviluppo: **ASD, ADHD, Depressione, Schizofrenia, Morbo di Parkinson**
- **IBD**

# RACCOMANDAZIONI TECNICHE

- ▶ INCISIONE CUTANEA: JOEL- COHEN
- ▶ DIGITOCCLASIA sottocutanea
- ▶ DIGITOCCLASIA fasciale
- ▶ DIGITOCCLASIA peritoneale
- ▶ ISTEROTOMIA: BISTURI superficiale, poi DIGITOCCLASIA
- ▶ Secondamento: SPONTANEO
- ▶ Isterorrafia: STACCATI, SINGOLO STRATO
- ▶ NON sutura del peritoneo
- ▶ SUTURA SOTTOCUTANEA (solo se spessore >2cm)
- ▶ Cute: INTRADERMICA

## TC nella donna obesa: (1)

- **Incisione cutanea: SOVRAOMBELICALE** (se >181kg) verticale (minor rischio infettivo) o trasversale (migliore outcome della trasversale sottombelicale)
- Incisione larga per esposizione dell'utero

### **ISTETROTOMIA TRASVERSA SUL SUI** (da preferire qualora possibile)

- **ESTRAZIONE DIFFICOLTOSA** del feto, per localizzazione dell'isterotomia o difficoltà nell'esercitare pressione fundica: estrazione in podalica o utilizzo di ventosa. **necessità di retrattori e strumenti adeguati!**

### **ISTEROTOMIA VERTICALE**

- Estrazione fetale più agevole nell'estrazione podice/piedi
- Minore trazioni sul feto
- **MAGGIOR RISCHIO DI ROTTURA D'UTERO NELLE GRAVIDANZE SUCCESSIVE** (valutare il desiderio di gravidanze future)

## TC nella donna obesa: (2)

**FASCIA:** importante avvicinare i lembi della breccia, senza stringere eccessivamente! **Punti staccati** o **in continua** sono risultati equamente efficaci in RCT

**SOTTOCUTE:** sutura in continua con filo assorbibile 3-0  
riduzione sostanziale (-30%) delle deiscenze nel postoperatorio  
**no drenaggio nel sottocute!** (aumento di rischio infettivo!)

**CUTE:** **graffette vs sutura intradermica** in donne obese di iii grado: non differenze nel tasso di complicanze (19.3% vs 17.6%)

## Placenta previa: Management (1)

- Screening ecografico prenatale di accretismo, percretismo
- Invio della paziente a centro HUB di riferimento
- Timing 36-37 settimane
- Attivazione radiologia interventistica per posizionamento di cateteri arterie uterine, se disponibile
- Attivazione servizio trasfusionale e richiesta di UEC
- Presenza di operatore ginecologo esperto e anestesista esperto
- **Ampia incisione** laparotomica verticale per esplorazione ottimale e cmq in caso di sospetto accretismo/percretismo
- Eventuale localizzazione ecografica intraoperatoria della placenta per determinare il miglior sito di incisione isterotomica

## Placenta previa: Management (2)

- **EVITARE incisione isterotomica TRANSPLACENTARE**: emorragia dei vasi placentari fetali con **anemia neonatale**
- TECNICA PUSH-BACK: se placenta previa è **anteriore**, durante l'isterotomia, staccare rapidamente la placenta verso le membrane e restrarle con la pinza verso verso la breccia isterotomica
- Placenta in posizione antero-laterale: incisione verticale a livello del SUI antero-laterale opposto a quello di inserzione
- Placenta che aderisce circonferenzialmente al SUI o SUI poco sviluppato: incisione **trasversale alta** o verticale alta

Antonio Ragusa

Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Ospedale S.G. Calibita Fatebenefratelli; Isola Tiberina. Roma.

---



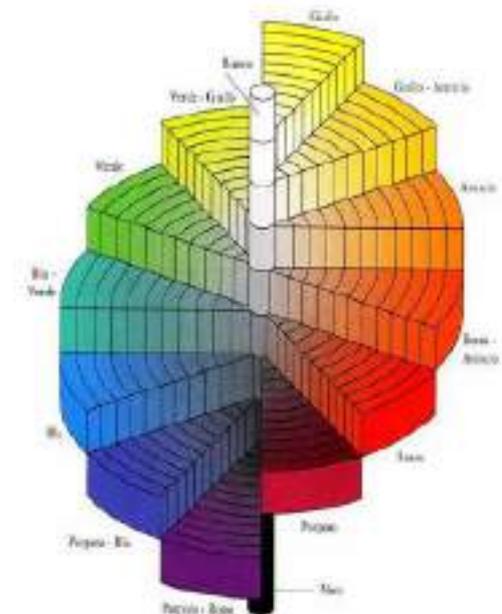
**Travaglio in situazioni particolari: liquido amniotico tinto di meconio, febbre e prevenzione MAS**

# Riassunto e...

- La presenza di LAT non significa necessariamente che le cose andranno male, anzi nel lungo termine...
- Il LAT è segno di «maturazione» nella maggior parte dei casi ed è legato all'epoca gestazionale
- Avere a mente l'etnia
- La presenza di LAT non implica che si debba far nulla per se, ma il travaglio va monitorato con grande attenzione **“wait and watch”**.
- Versare il LAT in provetta e conservarlo per confrontarsi con i colleghi di guardia e le guardie successive, si da avere un riferimento.
- Porsi il problema della diagnosi differenziale: maturazione; infezione; ipossia/acidosi?
- Più è tinto peggio è
- Se vira in travaglio è peggio, ma se vira in espulsivo è molto peggio
- In generale, se il CTG è nella norma non intervenire, ma se il CTG non è nella norma avere una soglia di intervento bassa.
- Non fare sciocchezze (amnioressi, amnioinfusione, induzionee, terapia antibiotica, intubazione scriteriata)
- Non aspettarsi la «canonica» sequenza fisiopatologica dell'ipossia a lenta insorgenza (gaspig).
- Valutare l'equilibrio acido/base sul funicolo alla nascita.
- Chiamare un buon neonatologo, che sia presente alla nascita (se non l'avete affittatelo per l'occasione).
- Inviare la placenta per l'E.I.

# ...suggerimenti per il futuro

- **Quale definizione è la migliore per valutare il colore del LA?**
  1. Grade 1; 2; 3.
  2. Tinto 1; 2; 3.
  3. Light; intermediate; heavy.
  4. Thick; thin.
- È possibile usare metodi colorimetrici qualitativi o semi quantitativi?
- Il meconio è sterile o no?
- Quali sono i componenti del meconio che proteggono i neonati dall'infezione?
- L'ecografia?
- È possibile valutare la differente composizione del meconio nei casi che vanno male rispetto ai controlli?
- Studiare il rapporto Th1/Th2 nei neonati da LA tinto e compararlo con i nati da LA chiaro.
- Affinare la diagnostica differenziale tra ipossia, maturazione e infezione (es. ruolo dei marcatori (PCR, leucociti, procalcitonina, etc)...



colorimetri di Nessler



LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO

21-22  
FEBBRAIO  
2020  
simpcourse.eu

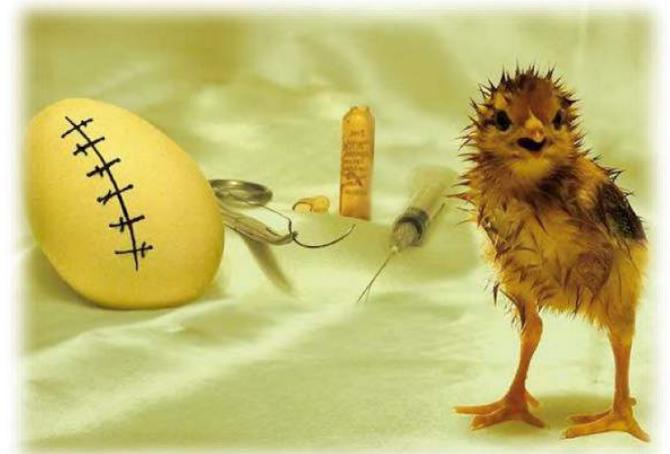


TOLAC: quale modalità di induzione,  
quale sala parto,  
quale sorveglianza in travaglio

DENISE

RINALDO

ASST Bergamo EST-  
Ospedale Seriate



# TAKE HOME MESSAGE



*\*Take home message*

**Mantenere alto il livello di attenzione** per una potenziale diagnosi di rottura d'utero, soprattutto nei pazienti ad alto rischio

In caso di dubbio (**la bradicardia fetale è il migliore indicatore**), **agire il più rapidamente** possibile perchè nel caso di estrusione fetale o placentare attraverso la parete uterina, danni irreversibili fetali si possono verificare trascorsi **18 minuti**.

**Percorsi organizzativi e gestionali** che consentano **l'attivazione della Sala Operatoria in regime di emergenza** (preTC solo se H 24)

La migliore strategia di prevenzione è **ridurre al minimo i pazienti ad alto rischio**.

LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO

21-22  
FEBBRAIO  
2020



# Il parto nella paziente gemellare (BCBA e MCBA)

Patrizia Vergani

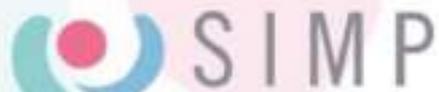


# ...non abbandonare, si può fare

Informazione alle  
donne  
Protocolli condivisi  
Criteri chiari di  
ammissione



Simulazioni  
pianificate e  
ripetute  
durante tutto  
il percorso  
formativo  
e  
mantenimento  
delle abilità

The logo for SIM P (Società Italiana di Medicina Perinatale) features a stylized figure in blue and green with a red circle, positioned to the left of the text 'SIM P'.

Società Italiana di Medicina Perinatale  
ONI LABOR AND DELIVERY



LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO

21-22  
FEBBRAIO  
2020  
simpcourse.eu



Oxytocin  
Ceftriaxone



# Il parto nelle basse epoche di gravidanza e al limite della vitalità

***Prof Irene Cetin***

*Dipartimento Donna, Mamma e Neonato  
Ospedale Vittore Buzzi  
Università degli Studi di Milano*



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI MILANO

# Take home messages

*...parto nelle basse epoche e al limite della vitalità...*



- ✓ **Trasporto ad un centro di livello adeguato**
- ✓ **Counselling perinatale che consideri tutte le variabili implicate, sia materne che feto/neonatali, e programmi la condotta**
- ✓ **Da 24 settimane proporre condotta proattiva: corticosteroidi e solfato di magnesio, cardiotocografia - a 23 settimane queste scelte vanno valutate singolarmente**
- ✓ **Praticare taglio cesareo per indicazioni di urgenza**
- ✓ **valutare sempre la via del parto migliore**

# Take home messages

## ...IL PARTO DEVE ESSERE ESPLETATO se...

- **Corionamniosite:** due o più dei seguenti segni (t>38° C, GB > 15000/mm<sup>3</sup>, dolorabilità uterina, tachicardia fetale, **sepsi materna**)
- **Distacco di placenta, grave emorragia**
- **Grave sofferenza fetale e/o IUGR severo (da 24 settimane)**
- **Preeclampsia severa (dopo stabilizzazione materna)**

# Take home messages

*...a 22 settimane...*



- ✓ **praticare resuscitazione neonatale ma**
- ✓ **non proporre condotta proattiva prenatale, non somministrare tocolitici, praticare terapie per benessere materno (esempio antibiotici)**
- ✓ **Considerare il benessere materno come prioritario**

# Take home messages

*...parto nelle basse epoche e al limite della vitalità...*

---

- ✓ ...tuttavia in presenza di malattie materne considerare anche il benessere fetale, cioè:
- ✓ se indicazioni a chirurgia materna, anche se in epoche superiori a 23 settimane, non considerare inevitabile l'estrazione del feto!
- ✓ Esempio: in casi di emoperitoneo spontaneo, indicazioni a neurochirurgia, *terapie materne per coronavirus..... 😊*

# Ecografia in travaglio: predittività e diagnosi precoce delle distocia

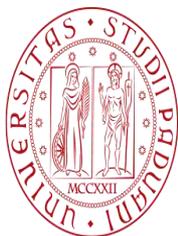


*tullio.ghi@unipr.it*

# Take home messages

- Arresto secondario del I stadio tra le cause piu' comuni di TC
- Nella maggiorparte dei casi dovuto a ostacolo/rallentamento della discesa della testa
- Malposizioni e/o malpresentazioni /true CPD
- L'ecografia in sala parto sembra promettente nella diagnosi differenziale di questi quadri e aiutare il medico nella gestione clinica del travaglio di parto

1222 · 2022  
**800**  
ANNI



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA



LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO



La “care” del neonato in  
sala parto: dall’ostetrica  
al pediatra/neonatologo

Daniele Trevisanuto

Università degli Studi di Padova



**SIMP**

Società Italiana di Medicina Perinatale

**ON LABOR AND DELIVERY**

(daniele.trevisanuto@unipd.it)

LE PROBLEMATICHE  
FREQUENTI  
IN SALA PARTO

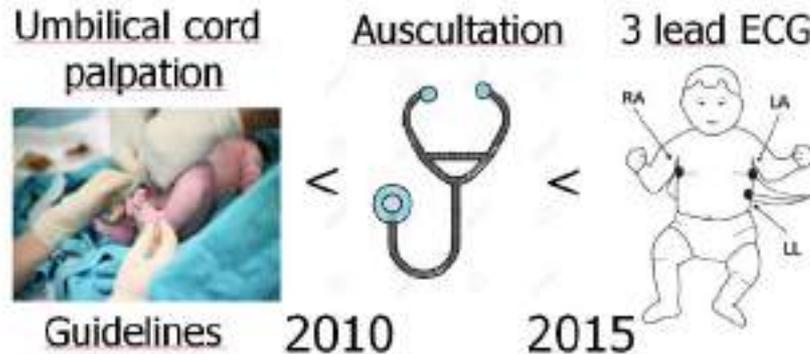
21-22  
FEBBRAIO  
2020



# TAKE HOME MESSAGES

## Primi steps della Rianimazione neonatale (60 sec.)

- La gestione è multidisciplinare: vede coinvolti ostetrica, neonatologo, pediatra, anestesista
- È fondamentale mantenere la temperatura del neonato intorno ai 37°C come all'interno dell'utero
- Non è più raccomandata l'aspirazione naso e orofaringea di routine
- Stimolazione tattile tramite back rubs sembra più efficace di quella tramite foot flicks
- Viene raccomandato il clampaggio ritardato del cordone di almeno 1 minuto dalla nascita
- Valutazione della frequenza cardiaca:





# SIMP

Società Italiana di Medicina Perinatale

**ON LABOR AND DELIVERY**

**DIRETRICE DEL CORSO:** Mariarosaria Di Tommaso, Firenze

**PRESIDENTI DEL CORSO:** Felice Petraglia, Firenze; Luca Antonio Ramenghi, Genova

**RESPONSABILE SCIENTIFICO:** Anna Locatelli, Carate Brianza

## Oxytocin

$C_{43}H_{66}N_{12}O_{12}S_2$



21-22  
FEBBRAIO  
2020



**FIRENZE**

Auditorium CTO  
AOU Careggi

**Antibiotici in sala parto:  
indicazioni e tempistica**

**Stefania Fieni**

UOC Ostetricia e Ginecologia  
Azienda Ospedaliera Universitaria di  
Parma

## TAKE HOME MESSAGE



1. Parto operativo (amoxi+ ac clavu) ?
2. Secondamento manuale (cef I gen) (liv C)
3. OASIS (cef II gen) (liv B)

# TAKE HOME MESSAGE

**Regime** Cef I gen o penicillina (liv A)

CEFAZOLINA 1 gr ev se < 80 Kg  
2 gr ev se > 80 kg  
3 gr EV se > 120 Kg (liv C)

**Timing** (liv A) < 60 minuti prima dell'incisione della cute

**Redose** (liv C) > 3 ore  
> 1500 ml

**Allergia** (liv B) Clindamicina 900 mg plus  
Gentamicina 5 mg/kg

**TC in travaglio o con PROM** Cefazolina plus Azitromicina (liv A)

Lavaggio vaginale con iodopovidone prima del TC (liv A)





# Labor epidural analgesia: alla ricerca dello "spazio perduto"

Massimo **Micaglio**

Anestesia di area Ostetrico Ginecologica

DAI Anestesia e Rianimazione

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze

## Conclusioni



- il controllo bi-manuale dell'ago sembra migliorare la percezione tattile dell'operatore aiutandolo a riconoscere i diversi tessuti che l'ago stesso attraversa
- il variare del suono con la "densità" del tessuto attraversato dall'ago, crea un "bio-feedback": l'operatore impara meglio e prima a riconoscere i tessuti che l'ago stesso attraversa
- è richiesto un minor volume di soluzione salina allo 0,9% per la localizzazione dello spazio epidurale
- semplifica la gestione dei casi più complessi (ad es. la paziente obesa)
- il sistema permette di immagazzinare e di esportare i dati raccolti, consentendo così la creazione di un database



# SIMP ON LABOR & DELIVERY

Firenze 21-22 febbraio 2020

*Organizzazione per i buoni esiti e per la prevenzione del contenzioso medico-legale*

**Mariarosaria Di Tommaso**

Dpt Scienze della Salute. Unità di Ginecologia e Ostetricia  
Università degli Studi di Firenze  
AOUCareggi Firenze

[mariarosaria.ditommaso@unifi.it](mailto:mariarosaria.ditommaso@unifi.it)



M Di Tommaso

# Organizzazione per i buoni esiti in sp

## Dotazione Organizzativa & Strumentale

### Rischio Clinico: trattamento

Identificazione del rischio

Prevenzione del rischio

Gestione della concretizzazione del rischio



### Ausili

Check list sala parto

Buone pratiche

Team work

Poster

Simulazioni

Meows



# LG/Protocolli di Sala Parto

Alimentazione /Igiene/Movimento  
Controllo del dolore  
Induzione (regime di infusione/diagnosi fallita induzione)  
Supplementazione del travaglio  
Diagnosi di Arresto 1° Stadio  
Diagnosi di Arresto 2° Stadio  
Monitoraggio fetale  
Parto Operativo  
Parto Precipitoso  
TOLAC  
P Pretermine con aspettativa di feto vitale  
P Pretermine con aspettativa di feto non vitale  
Sorveglianza travaglio p pre eclamptica  
Sorveglianza travaglio p diabetica(tipo I)  
Profilassi infezione Streptococcica tipo B  
Taglio Cesareo complicato  
Prevenzione EPP  
Emergenze ostetriche  
Sorveglianza post parto  
Protocolli anestesiolgici



# Errori da evitare

Errata lettura e interpretazione **CTG**

Uso errato **ossitocina**

**Trazione sulla testa fetale** in caso di DS

Sottostima **perdita ematica**

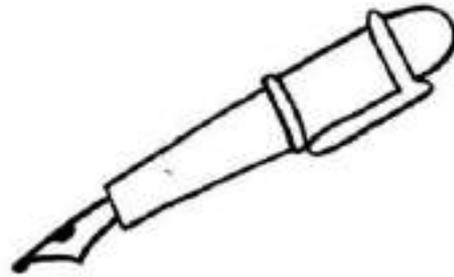
No sorveglianza materna nelle **2 ore post parto**

Mancata **sincronizzazione orologi**

Mancata accurata **compilazione cartella clinica**

Deficitaria o erronea **comunicazione**

*Grazie*



Anna Locatelli

Noemi Strambi

**Giulia Di Renzo**

Celine Ruggeri

Anais Ridolfi

Edda Campagnoli

Cosmara Sabatelli

Marta Ceruti

MCA

Relatori  
Moderatori  
Discussant

TUTTI VOI  
PARTECIPANTI