



DOCUMENTO DI CONSENSO NELLA GESTIONE PERINEALE IN CASO DI PARTO OPERATIVO VAGINALE

Autori: G.L. Bracco – E. Finale – M.P. Messina -M. Vicario

Prefazione

Questo manuale sul Parto Operativo redatto dal TOPP è una narrazione affascinante in cui traspare il know-how degli Autori ed il notevole impegno profuso nel redigere questo ponderoso lavoro. Il lettore troverà molte risposte a come orientarsi in alcune situazioni critiche che avvengono durante le fasi operative del parto vaginale. La copiosa iconografia rendono questo manuale ancora più fruibile ed utilizzabile come linea guida nella buona pratica ostetrica. Va fatto un plauso agli Autori che hanno interpretato appieno lo spirito educativo e divulgativo dell'AIUG.

Mauro Cervigni

Segretario Scientifico

Epidemiologia del parto Operativo con applicazione di Ventosa Ostetrica

Il parto vaginale operativo (POV) è procedura ostetrica in cui si utilizza la ventosa e rappresenta una procedura fondamentale per la gestione di situazioni ostetriche critiche in cui è necessario accelerare la nascita nel rispetto della sicurezza materno-fetale.

L'epidemiologia del POV varia notevolmente a livello mondiale registrando una enorme variabilità dovuta a diversi fattori, il che suggerisce che le linee guida basate sull'evidenza per il parto vaginale assistito sono inadeguate o applicate in modo casuale, oppure che la familiarità e l'esperienza con la tecnica stanno diminuendo in alcune aree.

Negli Stati Uniti, circa il 3% di tutti i parti nel 2022 è avvenuto tramite un approccio vaginale assistito. I parti assistiti con forcipe hanno rappresentato lo 0,5% di tutti i parti; i parti assistiti con ventosa hanno rappresentato il 2,4% di tutti i parti. In Italia, l'incidenza è minore, intorno al 4,8% rapportato, però, ad una diversa percentuale di Taglio Cesareo a livello nazionale, pari al 30,3% e con notevole variabilità tra regioni compresa tra il 17% della Toscana e il 42,7% della Campania.

Alla luce di questi dati, il TOPP/AIUG intende esprimere una posizione chiara e condivisa a favore dell'adozione sistematica di strategie preventive efficaci e aggiornate, finalizzate a ridurre il rischio di lesioni perineali gravi associate al parto operativo integrando evidenze scientifiche, consenso professionale e attenzione alla centralità della salute della donna nel percorso nascita.

Classificazione del POV

Le prove su quando e come intervenire con POV sono molto limitate, e le raccomandazioni delle linee guida di settore non sono sempre di buona qualità, alcune di esse si basano in gran parte sull'opinione di esperti e sull'interpretazione della cardiocografia per il monitoraggio del benessere fetale. La correlazione tra parto operativo (forcipe o ventosa) e il trauma perineale ostetrico è un tema di grande rilevanza in ostetricia, in quanto, è stato dimostrato che il ricorso a tali interventi può aumentare il rischio di lesioni perineali di vario grado, a tassi elevati di OASIS (*Obstetric Anal Sphincter Injury Syndrome*) ed episiotomia medio laterale. Questo tipo di lesioni perineali sono associati a gravi complicanze quali: l'infezione e/o la deiscenza della ferita, problemi cronici a medio e lungo termine quali, incontinenza urinaria e fecale, disfunzioni sessuali e del pavimento pelvico e, quindi, un

peggioramento della qualità della vita della donna. In merito alla classificazione del parto operativo vaginale il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), nell'anno 2011, ha proposto una classificazione basata su quattro livelli di applicazione dello strumento operativo (ventosa o forcipe):

1. Al piano perineale

- La testa fetale è visibile senza la necessità di divaricare le piccole labbra. La parte ossea della testa fetale ha raggiunto il piano perineale.
- La sutura sagittale è o sul diametro antero-posteriore del bacino oppure l'occipite è anteriore o posteriore a destra o a sinistra, ma non necessita di una rotazione maggiore di 45°
- La testa fetale è a livello del perineo.

2. Allo stretto inferiore

- La parte ossea della testa fetale (da non confondere con il caput succedaneum) è alla stazione +2 o oltre, ma non ancora al piano perineale. - L'occipite può essere in due posizioni: a 45° o meno dalla posizione occipitoanteriore oppure a più di 45° in occipitoposteriore.

3. Al medio scavo

- La testa fetale è palpabile a livello sovrapubico per non più di un quinto del suo diametro.
- La parte ossea della testa fetale è sopra la stazione+2, ma non sopra le spine ischiatiche.
- L'occipite può essere in due posizioni: a 45° o meno dalla posizione occipitoanteriore oppure a più di 45° in occipitoposteriore.

4. Allo stretto superiore

Non è consigliabile effettuare un parto operativo vaginale quando la testa fetale è palpabile a livello addominale per 2 quinti o più e quando è sopra il piano delle spine ischiatiche.

Prevenzione

Un parto operativo vaginale è indicato quando, in periodo espulsivo, i dati cardiotocografici e i rilievi clinici materni evidenziano un sospetto di compromissione del benessere fetale e/o materno-fetale, tale per cui è necessario espletare il parto nel minor tempo possibile. L'esecuzione di un parto operativo in periodo espulsivo è preferibile al taglio cesareo in quanto riduce il rischio di complicanze

materne e permette l'estrazione del feto in tempi più rapidi ma risulta fondamentale che gli operatori che assistono la nascita siano adeguatamente addestrati all'esecuzione della procedura ostetrica anche sulla base di una matrice di responsabilità istituzionalmente condivisa e validata. TOPP/AIUG ha espresso una chiara posizione a favore dell'adozione sistematica di azioni che possono ridurre il ricorso al parto operativo vaginale rappresentate dall'individuazione e definizione dei fattori di rischio, dalle misure di prevenzione in gravidanza, durante il parto e nel riconoscimento e definizione del trauma perineale correlato al parto operativo.

L'identificazione e definizione dei fattori di rischio correlate al POV consente la modifica della pratica ostetrica con l'obiettivo di ridurre il tasso di trauma perineale, la conseguente morbilità associata a breve, medio e lungo termine ed un maggiore soddisfazione delle donne rispetto all'esperienza del parto. Alcuni autori hanno dimostrato una correlazione tra lesioni ostetriche e POV. Gli stessi autori hanno identificato fattori di rischio modificabili e non modificabili associati al trauma perineale; tra i fattori di rischio modificabili si annovera il POV e le posizioni materne che causano una maggiore flessibilità dell'osso sacro (litotomica, supina e seduta anziché accovacciata, in ginocchio e laterale). Tra i fattori di rischio non modificabili si annovera l'età materna, il peso neonatale alla nascita e il prolungamento del secondo stadio del travaglio.

In fase prenatale però è possibile adottare misure di prevenzione rappresentate da una preliminare presa di coscienza della donna delle strutture anatomo-funzionali (propriocezione) che saranno coinvolte nel meccanismo del parto e che devono essere illustrati nel corso degli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN), dal massaggio perineale che può essere iniziato nel terzo trimestre di gravidanza per aumentare l'elasticità muscolare e consentire l'allungamento del perineo durante il parto, riducendo così il rischio di lacerazione o la necessità di episiotomia.

Durante il travaglio (tutti gli stadi), in presenza di benessere fetale, è indispensabile supportare emotivamente la madre attenzionando la cura dell'ambiente (intimo e familiare), la costruzione di una buona relazione e comunicazione (ascolto attivo ed empatico) evitando interferenze esterne fisiche ambientali e preferendo sempre la presenza di due ostetriche quale misura che sembra ridurre i danni perineali severi e ottimizzando così la componente muscolare volontaria materna.

Il setting assistenziale sopra descritto risulta essere appropriato per promuovere il movimento libero, l'adozione di posture scelte dalla donna, la modalità di spinta spontanea, per osservare i messaggi che emette il corpo materno e preservare il rispetto dei tempi, applicando calore su tutta la zona vulvovaginale quale misura per migliorare il trofismo muscolare, ridurre il traumatismo perineale e la percezione di sensazioni dolorose nella donna, mentre controverse risultano le proposte di

interventi manuali di protezione del perineo (metodo viennese, metodo finnish, manovra di Ritgen, ecc.).

In costanza di benessere materno-fetale bisogna promuovere la distensione lenta e graduale dei muscoli perineali senza alcun limite temporale e consentire ai muscoli puborettale e bulbocavernoso di modellarsi sulla testa fetale prima che sopraggiunga il riflesso d'eiezione del feto e contestualizzare se adottare un'assistenza *hands on* oppure *hands off* visto che non vi sono robuste evidenze delle manovre nel prevenire lesioni perineali.

Diagnosi e classificazione del trauma perineale correlato al parto operativo

Ogni parto vaginale è associato a un rischio di lacerazioni perineali. Più dell'85% delle donne sostiene (subisce) un qualche trauma a carico del perineo durante il parto. La maggior parte sono traumi compresi entro il 2° grado.

La prevalenza dipende dalle differenze nella pratica ostetrica, incluso tasso di episiotomia, che varia non solo tra un paese e l'altro, ma anche a livello nazionale da un punto nascita all'altro e da un operatore all'altro. Il sistema di classificazione è riportato nella Figura 1. L'incidenza delle OASIS (Obstetrics Anal Sphincter Injuries) riportata in letteratura varia dallo 0,5% in caso di episiotomia medio-laterale sino al 17% in caso di episiotomia mediana .

CLASSIFICAZIONE LACERAZIONI PERINEALI	
1° grado:	epitelio vaginale e/o cute perineale
2° grado:	muscoli perineali
3° grado:	sfintere dell'ano
	3a <50% spessore sfintere esterno dell'ano
	3b >50% spessore sfintere esterno dell'ano
	3c lacerazione sfintere interno dell'ano
4° grado:	lacerazione epitelio anale

Figura 1 – Sistema di classificazione delle lacerazioni perineali

Dopo OASIS 50% delle donne lamenta dolore e/o dispareunia che possono durare anche per diversi anni. La morbilità materna è significativa, dipende dalla severità del trauma e dall'efficacia del trattamento e coinvolge la salute fisica, psicologica e sociale delle donne colpite con conseguenze negative anche su allattamento, stile di vita familiare e relazioni sessuali

La OASIS è il fattore etiologico più importante per la patogenesi dell'incontinenza fecale nella donna. All'incirca il 30-50% delle donne con OASIS soffrirà di incontinenza anale dopo la prima riparazione. È raccomandata al termine di ogni parto e soprattutto se operativo, l'ispezione del perineo, prevedendo anche la visita rettale che permette di diagnosticare meglio le lesioni di 3° e 4° grado e anche eventuali lesioni più interne non visibili ad una normale ispezione del perineo.

Nel parto operativo è raccomandato l'uso della episiotomia che deve essere ben eseguita con un'angolazione di 60° (non inferiore ai 45°) e per una lunghezza di circa 4 cm.

Indicazioni

Le indicazioni al parto operativo vaginale possono essere ricondotte alle seguenti 4 condizioni cliniche:

1. Alterazioni patologiche del tracciato cardiocografico: il tipo di alterazioni da considerare valida indicazione all'applicazione di VO, dipende dalla classificazione che si intende usare per valutare il tracciato cardiocografico (CTG).
2. Indicazione elettiva alla riduzione del II stadio: es. cardiopatia materna, miastenia gravis, retinopatia materna, ecc.
3. Rifiuto della madre di proseguire nel periodo espulsivo: solo dopo aver valutato altre possibili soluzioni, es. partoanalgesia, mobilizzazione della donna, cambio dell'ostetrica che assiste ecc.
4. Ritardo o arresto della progressione della parte presentata.

Prima di procedere con un parto assistito da ventosa ostetrica (VO), è fondamentale considerare attentamente i seguenti punti:

- Minimizzare l'intervento: è cruciale adottare ogni strategia possibile per ridurre la necessità di ricorrere alla ventosa. Questo implica valutare e implementare approcci alternativi che possano favorire un parto naturale.
- Confermare la necessità: assicurati che l'uso della ventosa sia realmente indispensabile. La decisione deve basarsi su una valutazione clinica accurata che ne giustifichi la necessità.
- Tempismo perfetto: scegliere il momento più opportuno per procedere con l'intervento, considerando sia le condizioni materne che fetali per massimizzare le probabilità di successo e minimizzare i rischi.
- Team preparato: assicurati di avere a disposizione un'équipe medica e sanitaria qualificata ed esperta, pronta a gestire ogni fase del parto e a intervenire in caso di complicanze.
- Sala operatoria: è essenziale avere accesso rapido a una sala operatoria. In caso di insuccesso dell'applicazione della ventosa, la velocità d'azione può fare la differenza per la sicurezza della madre e del-feto.
- Valutazione del rischio di fallimento: essere pienamente consapevole del livello di rischio di insuccesso associato all'uso della ventosa (basso, moderato o elevato), basandoti sulle circostanze specifiche e sulle condizioni cliniche.

Il rischio è stimato principalmente dall'indicazione al parto operativo, ma fattori aggiuntivi influenzano questa valutazione complessiva.

Basso rischio di fallimento

Il basso rischio si riscontra quando vi è un ritardo o arresto della progressione con testa fetale visibile durante le contrazioni, un'indicazione elettiva al raccorciamento del secondo stadio, o una madre esausta ma collaborante.

Rischio moderato di fallimento

Il rischio moderato è presente quando si verifica un arresto o rallentamento della progressione con testa fetale non visibile durante le contrazioni, un tracciato cardiocografico indeterminato (classe II

ACOG) con parte presentata non visibile, una rotazione sacrale persistente dell'occipite con colonna fetale anteriore, il parto del secondo gemello con parte presentata non visibile, oppure una combinazione di più condizioni a basso rischio.

Rischio elevato di fallimento

Il rischio elevato di fallimento si presenta in caso di tracciato tococardiografico patologico (classe III ACOG), quando il secondo gemello ha una presentazione non impegnata e la cervice uterina è parzialmente ricostituita, in presenza di una rotazione sacrale persistente dell'occipite con colonna fetale posteriore, o se vi è una combinazione di più condizioni di rischio moderato.

Comunicazione, informazione e consenso informato

La classificazione del rischio nell'uso della ventosa ostetrica è cruciale per adattare la comunicazione con la donna e il suo partner (coppia), informandola sulla procedura e ottenendo un consenso verbale. È fondamentale sfruttare il tempo limitato per costruire un rapporto di fiducia. In questi casi, la comunicazione dovrebbe essere diretta e rassicurante, seguendo un modello come: *"Signora [nome paziente], sono il Dottor [nome del medico], e dovremo applicare una ventosa sulla testa di [nome del feto]. Questo è necessario perché [indicazione specifica]. Vedrà che suo figlio/a nascerà entro venti minuti dall'applicazione. Nel caso improbabile in cui ciò non avvenga, abbiamo già allestito la sala operatoria per un taglio cesareo, che verrà eseguito nella maniera più sicura possibile."*

Indicazioni pratiche sull'assistenza in sala parto

Per un intervento rapido ed efficace, è fondamentale allertare tutto il personale sanitario necessario, inclusi il secondo medico di guardia (reperibile), l'anestesista, la seconda ostetrica presente in sala parto, il pediatra o neonatologo, l'infermiere pediatrico, e il personale di supporto.

Azioni da compiere:

Il medico di guardia decide sull'uso della ventosa, basandosi sul livello di rischio (basso, moderato, elevato). Prima di iniziare, spiega la procedura e ottiene il consenso verbale dalla donna, avvisando contemporaneamente il secondo medico o il reperibile.

La prima ostetrica che assiste la donna collabora con il medico, fornendo gli strumenti sterili e assistendolo. Se necessario, esegue il cateterismo vescicale e allerta il restante personale: la seconda ostetrica di guardia, l'anestesista e il personale di supporto per la sala parto e il nido. Se il rischio è elevato, viene allertato anche il personale della sala operatoria.

Il personale di supporto apre la confezione della ventosa e posiziona correttamente la paziente sul letto parto. Su indicazione del ginecologo, monitora l'orario. La seconda ostetrica verifica il corretto posizionamento delle sonde del cardiocotografo per registrare il battito cardiaco fetale e le contrazioni, tenendo anche il tempo. L'anestesista si posiziona alla testa della donna. Se il rischio è elevato, una terza ostetrica e il personale di supporto preparano il campo sterile e il tavolo operatorio per un eventuale taglio cesareo. In caso di fallimento dell'applicazione della ventosa, il medico di guardia ottiene il consenso della paziente per il taglio cesareo di urgenza (preferibilmente scritto, ma non obbligatorio). La seconda ostetrica collabora con l'anestesista per le procedure anestesologiche, mentre la terza ostetrica è già pronta con il tavolo operatorio sterile per eseguire il cesareo.

Controindicazioni

Il parto vaginale assistito deve essere eseguito esclusivamente da medici ostetrici qualificati ed esperti, operando in strutture dotate della capacità di eseguire un taglio cesareo d'urgenza qualora il tentativo vaginale non abbia successo. L'uso della ventosa ostetrica è controindicato se non si conosce la posizione esatta della testa fetale, o se si sospettano condizioni fetali come demineralizzazione ossea (es. osteogenesi imperfetta) o disturbi della coagulazione (es. trombocitopenia alloimmune, emofilia, malattia di von Willebrand). Tuttavia, un suo utilizzo in assenza di tale sospetto non dovrebbe mai essere oggetto di sanzione. La prematurità fetale è la controindicazione relativa più comune. Il RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) sconsiglia l'uso della ventosa prima delle 34 settimane di gestazione, data l'elevata vulnerabilità del neonato pretermine a complicazioni quali cefaloematoma, edema del cuoio capelluto, emorragia intracranica, fratture ossee e ittero neonatale. Il parto strumentale non dovrebbe essere tentato con una dilatazione cervicale incompleta. Le uniche eccezioni accettabili includono prolasso del cordone ombelicale o distacco massivo di placenta a 9 cm di dilatazione della cervice uterina in donne pluripare, o nel caso di un

secondo gemello quando non esistono alternative valide (ad esempio, difficoltà o impossibilità di raggiungere la sala operatoria). In ogni scenario, è sempre fondamentale valutare attentamente le circostanze oggettive per assicurarsi che i benefici dell'intervento superino ampiamente i rischi associati.

Tecnica di applicazione VO

Una volta accertate le condizioni favorevoli e dopo aver attentamente valutato le indicazioni e l'assenza di controindicazioni per un parto vaginale assistito con ventosa ostetrica (VO), è essenziale individuare il punto di flessione della testa fetale. L'operatore dovrà posizionare la coppetta con la massima precisione su tale punto, assicurandosi che non ci siano tessuti materni interposti. Se la coppetta è ben posizionata, si procederà con una leggera trazione verso il basso.

La procedura dovrebbe essere interrotta se non si osserva alcuna discesa della parte presentata dopo due trazioni (il che implica assenza di progressione, anche minima, non un limite massimo di trazioni). Solitamente, il parto con VO si completa entro tre trazioni, mentre una quarta trazione può essere consentita solo se la testa fetale è ormai coronante. Dato che il perineo materno è un tessuto molle e non può impedire il parto operativo, la decisione di praticare l'episiotomia durante un parto con ventosa deve seguire le stesse linee guida/raccomandazioni del parto spontaneo. Per proteggere il feto, è fondamentale limitare la durata delle trazioni. Osservazioni cliniche dimostrano che, con contrazioni uterine efficaci e buoni sforzi espulsivi materni, la maggior parte delle estrazioni con ventosa si conclude entro 15 minuti dall'applicazione della coppetta. Di conseguenza, se l'estrazione supera i 20 minuti, la procedura dovrebbe essere interrotta e si dovrebbe procedere con un taglio cesareo di urgenza. Il limite di due distacchi della coppetta è raccomandato come massima precauzione. È preferibile non permettere che la coppetta si stacchi spontaneamente ("sbuffando"); in tal caso, è più prudente rimuoverla volontariamente e, dopo un'attenta riflessione sulle cause del mancato distacco, valutare una eventuale riapplicazione con l'assistenza di un operatore esperto.

Dopo l'applicazione di VO

È fondamentale eseguire il prelievo del cordone ombelicale per determinare l'equilibrio acido-base neonatale, mentre la puerpera va rassicurata riguardo la risoluzione dello "chignon" post-VO.

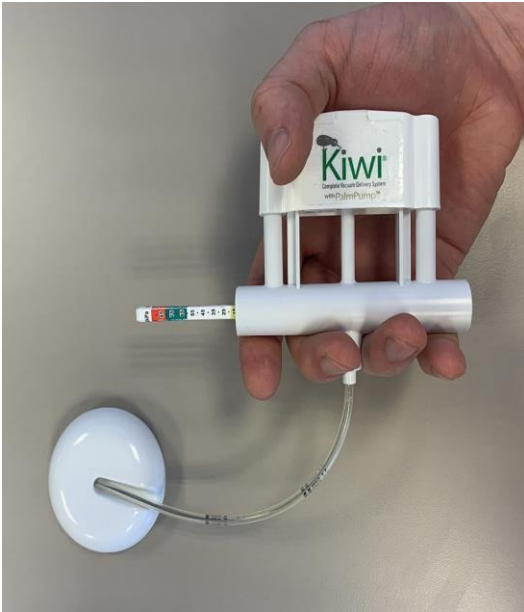
Il taglio del cordone ombelicale in caso di applicazione di VO segue le normali procedure, ma il clampaggio immediato potrebbe essere preferito se è necessario un intervento neonatale urgente a causa di stress fetale.

La documentazione clinica deve accuratamente descrivere la procedura, includendo: posizione e livello della presentazione fetale, indicazione e tempistiche della manovra; il presidio sanitario adoperato (Omnocup, Malmstrom o coppa in silicone); il numero di trazioni e distacchi della coppetta; l'eventuale esecuzione della manovra di Kristeller e dell'episiotomia; la presenza e il grado di lacerazioni perineali; il punteggio APGAR al primo e quinto minuto; e qualsiasi lesione neonatale riscontrata. (consenso materno verbale)

Scelta della strumentazione

Attualmente, il modello monouso della ventosa ostetrica è il più diffuso, in particolare il KIWI OMNICUP TFI®. Questo dispositivo si distingue per essere un sistema integrato che include una micro-pompa manuale per il vuoto e un indicatore della forza di trazione. La sua compattezza offre all'operatore un controllo immediato e completo, riducendo il bisogno di coinvolgere ulteriore personale in sala parto.

La micro-pompa è dotata di una valvola di rilascio del vuoto, azionabile con un solo dito, e di un indicatore visivo preciso del livello di vuoto, il tutto integrato in un tirante ergonomico a maniglia. Il KIWI OMNICUP TFI® è particolarmente efficace in situazioni complesse, come posizioni fetali laterali sfavorevoli, presentazioni occipito-posteriori asinclitiche e quando è necessaria un'estrazione combinata con la rotazione del feto. Il suo design a basso profilo consente un posizionamento accurato sul punto di flessione della testa fetale. Inoltre, il KIWI OMNICUP TFI® si rivela uno strumento prezioso per la formazione, in laboratorio ostetrico, del personale nell'esecuzione di parti assistiti da vuoto, grazie all'indicatore della forza di trazione che visualizza l'intensità della forza applicata sulla testa fetale.



Tecnica dell'applicazione della ventosa

Per eseguire un parto vaginale assistito con ventosa, si seguono passaggi precisi:

- 1 - Determinazione e posizionamento: si individua la posizione della testa fetale e il punto di flessione, quindi si inserisce la ventosa verificando che non ci siano tessuti materni intrappolati sotto la coppetta e la si manovra accuratamente su tale punto.
- 2 - Creazione del vuoto: si applica la pressione negativa e si verifica la corretta adesione della ventosa.
- 3 - Trazione: si procede con una trazione a due mani, guidando il feto attraverso la fase di discesa e, successivamente, attraverso il pavimento pelvico.

La decisione di eseguire un'episiotomia durante il parto strumentale con ventosa segue le stesse linee guida/raccomandazioni di un parto spontaneo. Infine, la tecnica prevede l'uso di ventose ostetriche per parti rotazionali e non rotazionali, a seconda della presentazione fetale.

Le immagini seguenti sono state gentilmente donate dal Prof. Aldo Vacca visionabili anche nel suo **HANDBOOK OF VACUUM DELIVERY IN OBSTETRIC PRACTICE.**

Il parto operativo con la ventosa dovrebbe replicare il meccanismo del travaglio



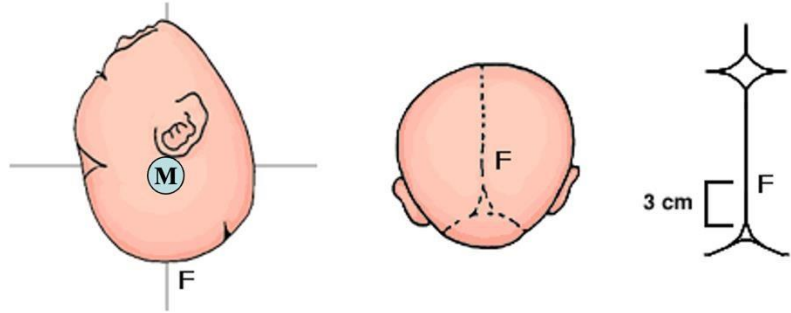
Localizzare il punto di flessione

Il punto di flessione della testa fetale si trova sulla sutura sagittale, a circa 3 cm dalla fontanella posteriore.

Per posizionare correttamente la ventosa, è possibile stimare la distanza durante la visita vaginale. Si usa il dito medio della mano che adotta come riferimento: la distanza tra la punta del dito e la nocca è di circa 10-11 cm, mentre tra la punta del dito e l'articolazione interfalangea prossimale è di circa 56 cm. Questa misura corrisponde alla distanza a cui la ventosa deve essere inserita. La ventosa OmniCup facilita questo processo diagnostico grazie a tacche/linee di demarcazione sul tubo a 6 cm e 11 cm, che indicano all'operatore quando il centro della ventosa è precisamente sul punto di flessione desiderato.

Il Punto di Flessione

localizzato lungo
la sutura sagittale
a 3cm dalla
fontanella posteriore

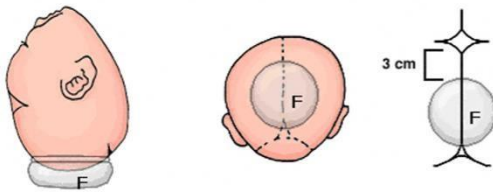


Il punto di flessione - F

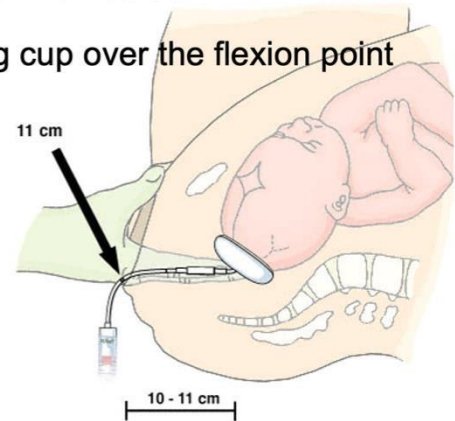
(il punto centrale - M)

Corretta applicazione della ventosa

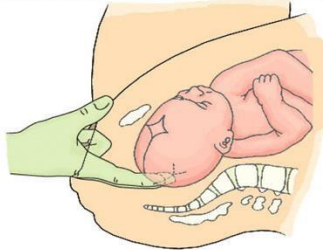
Defining the flexion point



Applying cup over the flexion point



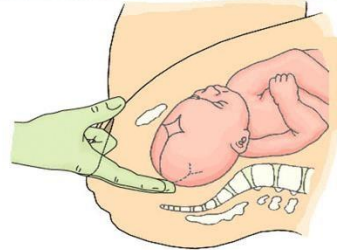
Determinazione della posizione



© YaccaResearch

la punta del dito medio è stata posizionata sulla fontanella posteriore e l'articolazione metacarpo-falangea appoggia sulla forchetta (la distanza è di circa 10 cm).

Localizzazione del punto di flessione



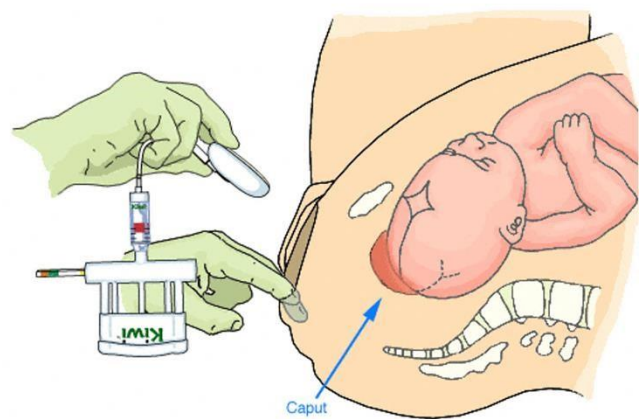
© YaccaResearch

la punta del dito medio è stata spostata in avanti facendola scorrere lungo la sutura sagittale di 3 cm e tocca il punto di flessione (la distanza è di circa 8 cm).

Retrazione del perineo, come maneggiare ed inserire la ventosa ostetrica



© YaccaResearch



© YaccaResearch

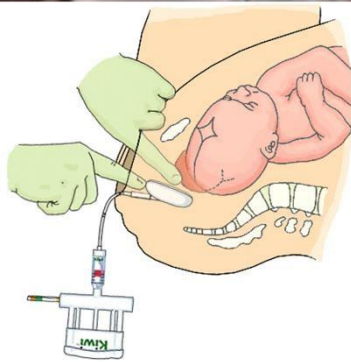
Tenere la ventosa con il pollice sulla parte superiore della coppa e due dita sul bordo. Abbassare il perineo con due dita dell'altra mano. Inserire la ventosa con un unico movimento attraverso l'introito nello spazio perineale.

Richiamare alla mente la distanza di inserzione precedentemente stimata e localizzarla sul tubo della ventosa basandosi sulle tacche dei 6 cm e 11 cm.

'Sollevamento' del tumore da parto



Fare avanzare la coppa della ventosa



Il tumore da parto viene compresso con il dito indice di una mano mentre l'indice dell'altra mano spinge la coppa verso il sacro *rimanendo sulla linea mediana*. Fare avanzare la coppa fino a che la lunghezza del tubo ha raggiunto la distanza stimata fino al punto di flessione (basandosi sulle tacche dei 6 cm e 11 cm). In questo modo il centro della coppa sarà proprio al di sopra o molto vicino al punto di flessione.

Mantenimento della posizione della ventosa



Creazione dell'adeguata pressione negativa



Quando la coppa della ventosa ha raggiunto la distanza di inserzione necessaria, il dito indice della mano sinistra tiene la ventosa in posizione, liberando in questo modo l'altra mano per azionare la pompa.

La pressione negativa viene aumentata fino al livello ottimale (80kPa) rapidamente. La ventosa OmniCup ha un dispositivo colorato per la misurazione della pressione negativa che si retrae nel cilindro man mano che si aumenta la suzione.

Verifica di assenza tessuto vaginale intrappolato e conferma della corretta applicazione della ventosa.

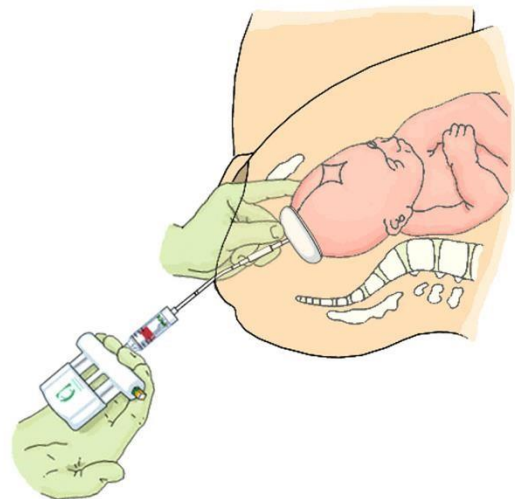


La mano sinistra controlla che non ci siano tessuti materni (vagina o genitali esterni) intrappolati al di sotto della ventosa. Prima che lo scalp sia visibile, è improbabile che tessuti materni siano risucchiati al di sotto della ventosa.



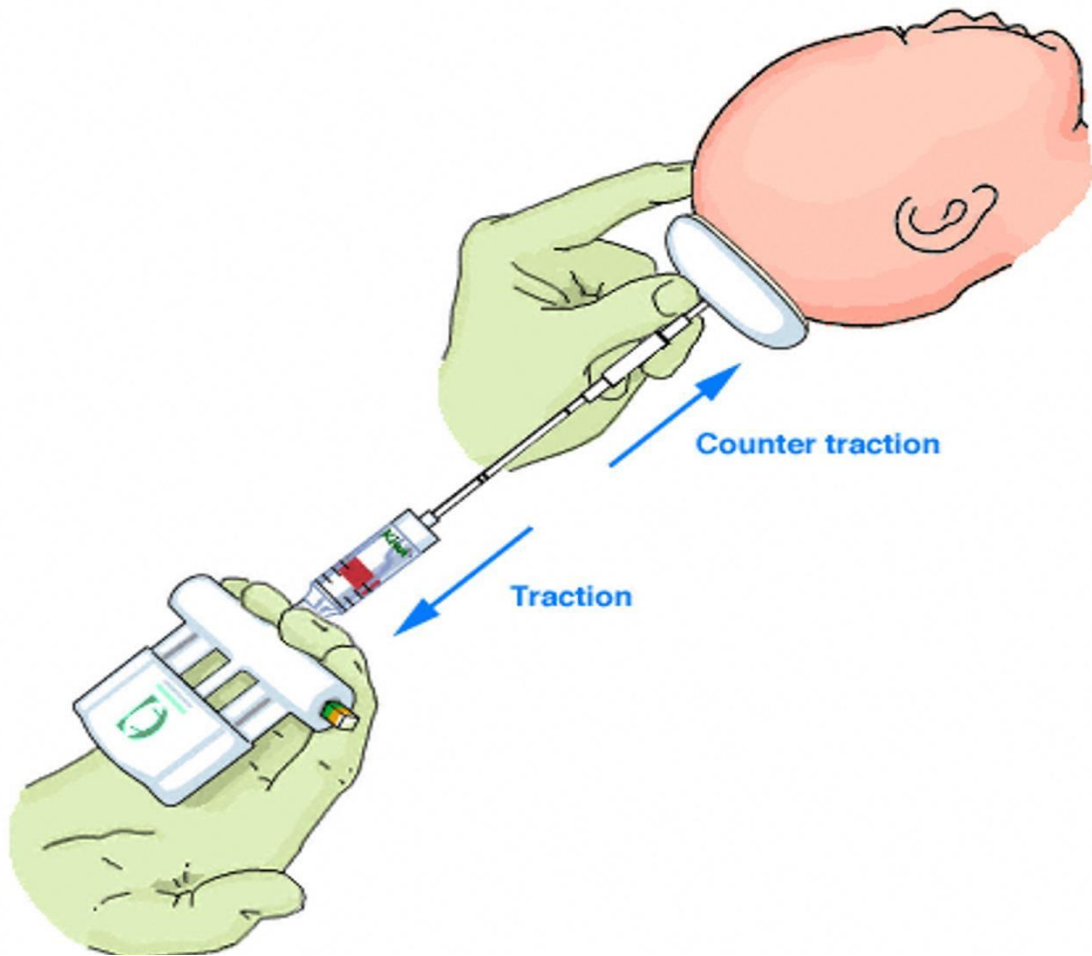
Confermare che la corretta lunghezza del tubo sia stata inserita riferendosi alle tacche indicatrici del tubo della ventosa in relazione alla forchetta (vedi lo step 3).

Metodi standard di trazione – un esercizio a due mani



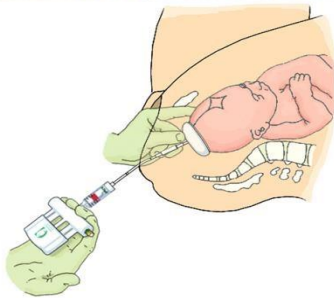
La trazione utilizzata per un parto operativo con la ventosa ostetrica è un esercizio a due mani. Contemporaneamente alla contrazione uterina e alla spinta materna, il pollice sinistro viene posizionato sulla coppa della ventosa e l'indice appoggia direttamente sulla testa fetale dove il cranio fetale può essere percepito sotto la cute. Spostare il dito dalla sede del tumore da parto.

Forza di trazione sulla testa fetale



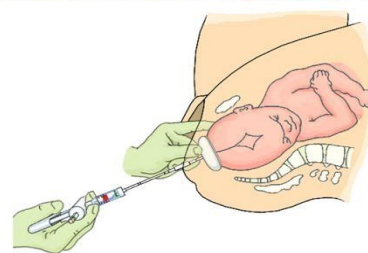
La fase di discesa

la coppa della ventosa non è visibile



la fase del pavimento pelvico

la coppa ha raggiunto l'introito (visibile)



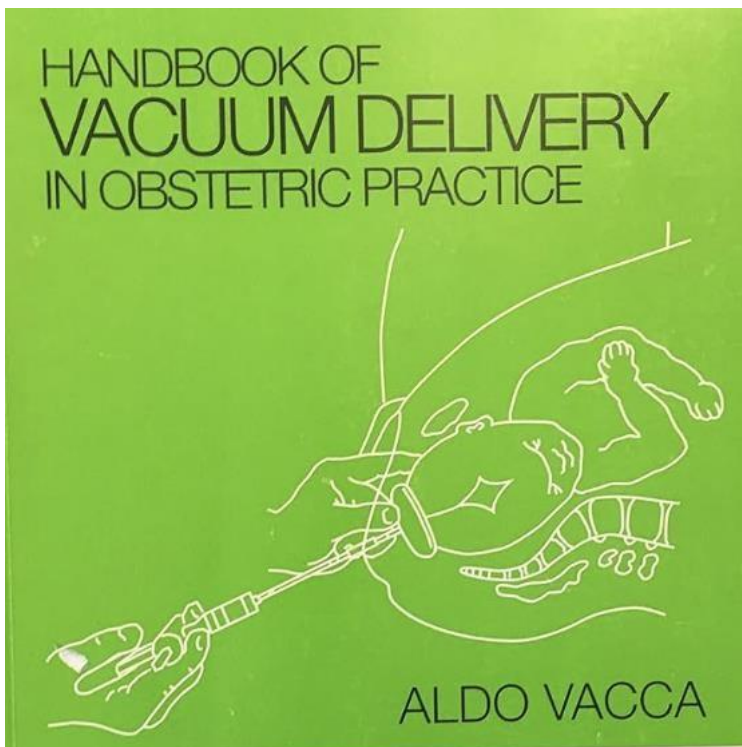
Episiotomia col parto strumentale vaginale



Auto-rotazione della testa fetale



Se la scanalatura del tubo della ventosa viene inserito lungo l'asse mediano della pelvi, una rotazione della scanalatura verso destra o sinistra indica che si sta verificando la rotazione della testa fetale. Nell'esempio precedente, il movimento della scanalatura verso la destra della madre indica che si stava verificando un' *autorotazione* della testa fetale dalla posizione sinistro occipito posteriore. Notare la direzione di trazione verso il basso facilita il passaggio del tumore da parto sotto l'arcata pubica ed anche che la rotazione in senso antiorario della ventosa indica che si sta verificando una rotazione in senso anteriore della testa fetale.



Aspetti tecnici

Per un parto assistito da ventosa, è essenziale impostare una pressione negativa ottimale (450-600 mmHg) in modo rapido; non è necessario ridurla tra le contrazioni, poiché non apporta benefici al feto. È cruciale controllare che non ci siano tessuti materni intrappolati sotto la coppetta e garantire che le spinte materne e le contrazioni uterine siano efficaci. Ogni trazione deve promuovere la progressione del feto (flessione, discesa e rotazione), applicando la massima forza quando la testa fetale è al livello del pavimento pelvico. È importante monitorare e comprendere le ragioni di eventuali distacchi della ventosa. Le attuali tendenze nelle procedure ostetriche, come la tolleranza per un secondo stadio più lungo, l'uso dell'epidurale e la riduzione delle episiotomie, influenzano le modalità del parto strumentale. La procedura prevede di norma un massimo di tre trazioni e dovrebbe completarsi in 10-15 minuti, senza mai eccedere i 20 minuti.

Flussi informativi legati alla nascita

Il Decreto del Ministero della salute del 5 maggio 2025 *"Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di natimortalità ed ai nati affetti da patologie congenite"*, che aggiorna il *Certificato di assistenza al parto (CeDAP)*, istituisce un sistema informativo avanzato.

La modifica apportata al disciplinare tecnico, allegato al decreto 5.5.2025, non è un fatto puramente quantitativo: numero cinque (5) sezioni del DM 349/2001 e numero sette (7) sezioni del DM 5.5.2025 ma opera, tra l'altro, una netta distinzione tra la rilevazione dei dati relativi al parto e dei dati relativi al neonato passando da una raccolta di natura quantitativa ad una raccolta qualitativa del singolo parto, singolo neonato e quindi della singola nascita.

Nella sezione **PARTO** l'ostetrica/o deve riportare i dati relativi alla tipologia e classificazione delle lesioni perineali, mentre, nella sezione **NEONATO**, oltre ai classici dati di data e orario del parto, deve riportare le modalità con cui esso è avvenuto specificando se sia stato un parto operativo vaginale (POV) e il presidio medicale utilizzato da ginecologo.

Dimissione

La dimissione ospedaliera dal Punto Nascita (PN) si concretizza con la consegna di una lettera che riassume le informazioni cliniche e fornisce indicazioni per eventuali cure future. Nel caso di un parto operativo vaginale (POV) o di lacerazioni perineali, questa può trasformarsi in una dimissione protetta e concordata. Quest'ultima prevede un trasferimento coordinato e pianificato verso servizi di assistenza territoriali. Una comunicazione efficace tra il PN e i servizi territoriali è cruciale per assicurare la continuità dell'assistenza, specialmente quando la madre torna a casa e deve gestire il neonato e l'allattamento. Spesso, la dimissione dal PN è percepita dalla neo-mamma come un momento di transizione delicato. Si passa da un'assistenza continua, 24 ore su 24, a un supporto ridotto, che può pesare sul nucleo familiare, spesso di dimensioni ridotte. La dimissione protetta è quindi uno strumento essenziale per garantire che la madre e il suo bambino siano presi in carico dalle strutture territoriali di riferimento, all'interno di un modello di assistenza integrata e continuativa. L'implementazione della dimissione protetta mira ad assicurare alla donna un percorso di cure anche al di fuori del PN, richiedendo una collaborazione tra azienda ospedaliera, ASL e distretti sociosanitari. Questo approccio integrato mira a garantire una continuità nel processo di cura, specialmente in caso di POV che potrebbero richiedere un percorso riabilitativo specifico. È fondamentale che la lettera di dimissione dal PN sia uno strumento di comunicazione accurato, che includa dettagli specifici sulle modalità del POV, sugli esiti perineali e su un programma di visite di follow-up, eventualmente meno frequenti, o un follow-up specifico per un approccio di cura multidisciplinare.

Conclusioni

L'assistenza al parto operativo vaginale (POV), richiede un approccio olistico e multidisciplinare. È imperativo che tutti i professionisti coinvolti ricevano una formazione strutturata e continuativa che abbracci competenze tecniche (hard skills), relazionali (soft skills) e organizzative (skill mix).

Adottare queste pratiche è essenziale per migliorare gli esiti materni e neonatali:

- La prevenzione dei danni perineali deve diventare un obiettivo cardine nell'assistenza al parto, soprattutto nel POV, integrando le migliori evidenze scientifiche e ponendo al centro la salute della donna.

-

- Le raccomandazioni attuali enfatizzano l'assistenza continua e personalizzata durante il travaglio, l'uso mirato dell'ossitocina, l'adozione di posizioni verticali in fase espulsiva, il ritardo nelle spinte attive (specialmente con epidurale), la rotazione manuale della testa fetale in caso di posizioni posteriori persistenti e l'abolizione dell'episiotomia di routine.
- Una valutazione accurata e sistematica del perineo post-parto è fondamentale per l'identificazione precoce e tempestiva delle lesioni, per attuare uno schema terapeutico personalizzato e finalizzato al recupero della funzionalità perineale, riducendo il rischio di lesioni a breve e lungo termine.

Bibliografia

- 1 - Percentage of births delivered by forceps or vacuum extraction in the United States from 1990 to 2022 <https://www.statista.com/statistics/276067/us-births-delivered-by-forceps-or-vacuumextraction/> (Ultimo accesso 29 luglio, 2025).
- 2 - Rapporto sull'evento nascita in Italia (CeDAP) – anno 2023
- 3 - Parto Operativo Vaginale - Società Editrice Universo - SBN 9788865152003- Salvatore Felis anno 2022
- 4 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Green-top Guideline No 26 January 2011
- 5 - Raccomandazione su prevenzione, riconoscimento e cura del trauma perineale ostetrico. Fondazione Confalonieri Ragonese. Aprile 2024
- 6 - Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2024 Mar;230(3S):S991-S1004. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.021. Epub 2023 Aug 11. PMID: 37635056.
- 7 - Crescini C., Ragusa A., (2012) Parto operativo vaginale mediante vacuum extractor. *Rivista di ostetricia ginecologia pratica e medicina perinatale* VOL XXVII N.2

- 8 - Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG* 2013;120:1516–25.
- 9 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Third-and fourth-degree perineal tears, management (Green-top Guideline no. 29). 2015. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
- 10 - ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics Dystocia and augmentation of labor. *ObstetGynecol.* 2003 Dec;102(6):1445-54. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003
- 11 - ACOG Obstetric care consensus Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery, Number 1, March 2014
- 12 - Vayssière C, Beucher G, Dupuis O, Feraud O, Simon-Toulza C, Sentilhes L, Meunier E, Parant O, Schmitz T, Riethmuller D, Baud O, Galley-Raulin F, Diemunsch P, Pierre F, Schaal JP, Fournié A, Oury JF; French College of Gynaecologists and Obstetricians. Instrumental delivery: clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Nov;159(1):43-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.06.043. Epub 2011 Jul 28. PMID: 21802193.
- 13 - Vacca A. Vacuum-assisted delivery: an analysis of traction force and maternal and neonatal outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006 Apr;46(2):124-7. doi: 10.1111/j.1479828X.2006.00540.x. PMID: 16638034.
- 14 - Vacca A. Operative vaginal delivery: clinical appraisal of a new vacuum extraction device. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2001 May;41(2):156-60. doi: 10.1111/j.1479-828x.2001.tb01200.x. PMID: 11453263.
- 15- American College of Obstetrics and Gynecology. Operative vaginal delivery. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. 2015

- 16 - Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for operative vaginalbirth. SOGC. Number 148, May 2004. Int J GynaecolObstet2005;88:229–36
- 17 - Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice by Aldo Vacca Fully Revised 3rd Edition 2009).
18. Raccomandazioni per il parto operativo vaginale (POV) mediante ventosa ostetrica. Fondazione Confalonieri 2012
- 19 - DeLancey JOL, Masteling M, Pipitone F, LaCross J, Mastrovito S, Ashton-Miller JA. Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? Am J Obstet Gynecol. 2024 Mar;230(3):279-294.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2023.11.1253. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38168908; PMCID: PMC11177602.
- 20 - Decreto del Ministero della salute del 5 maggio 2025 *”Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanita' pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di natimortalita' ed ai nati affetti da patologie congenite”*