



NASCERE IN CASA

Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità
IL COORDINAMENTO

www.nascereacasa.it
info@nascereacasa.it

LINEE GUIDA DI ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO FISIOLOGICO A DOMICILIO E CASA MATERNITA'

PRIMA EDIZIONE APRILE 1991

QUARTA REVISIONE MAGGIO 2017

Revisione: M. Campiotti, M. Dalle Pezze, L. Forasacco, P. Iop, M. Montani, P. Olivieri, A. Pini

Redazione a cura di Marta Campiotti e Maria Dalle Pezze

Approvate dalla Assemblea della Associazione nel maggio 2017

Introduzione

di Marta Campiotti

“LA DONNA DEVE AVERE LA POSSIBILITA' DI PARTORIRE IN UN LUOGO CHE SENTE SICURO, AL LIVELLO IL PIU' PERIFERICO POSSIBILE IN CUI SIA POSSIBILE FORNIRE ASSISTENZA APPROPRIATA E SICUREZZA. IN ORDINE TALI LUOGHI POSSONO ESSERE LA CASA, LA CASA MATERNITA', L'OSPEDALE

(O.M.S. FRH/MSM/ 96.24)

Le ostetriche italiane che come scelta professionale assistono la nascita in casa si riuniscono, dal 1981, nell'Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità con lo scopo di approfondire e diffondere una cultura sul parto a domicilio e in Casa Maternità che promuova e tuteli la qualità dell'esperienza del parto e della nascita anche grazie ad un'assistenza qualificata e appropriata da parte della professionista .

Il nostro principale obiettivo associativo è la condivisione della esperienza delle ostetriche che lavorano in questo ambito, con lo scopo di creare una base comune su cui confrontarsi e infine rendere visibili, ovvero esplicitare, i nostri criteri decisionali, essere un punto di riferimento unico per donne e operatori, promuovere salute.

La visibilità e condivisione dei criteri operativi (culturali, scientifici e clinici) è l' indispensabile strumento nel momento assistenziale vero e proprio (la capacità di "oggettivare" ciò che sta succedendo qui ed ora) ed è anche lo strumento per una comunicazione costruttiva tra noi e gli altri operatori con cui facciamo rete, quando siamo sul campo.

I riferimenti scientifici sono le evidenze della letteratura EBM , le linee Guida sulla Gravidanza fisiologica e sul Taglio Cesareo dell' Istituto Superiore Sanità e le Raccomandazioni sul luogo del parto del NICE 2014

SITOGRAFIA

http://www.snlg-iss.it/news_publicazione_LG_gravidanza

http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>

Le nostre linee guida sono nate e continuano a crescere attraverso un faticoso e proficuo lavoro di gruppo. La compilazione ha tenuto conto da una parte delle evidenze scientifiche, dall'altra della nostra decennale esperienza accanto alle donne e ai loro bambini, per arrivare a quello che chiameremo "la buona pratica", il buon senso, lo sguardo clinico...la realtà!

Le linee guida sono propriamente delle linee, dei binari entro cui noi abbiamo deciso di riconoscerci e ci aiutano a lavorare con consapevolezza e responsabilità nel presente per fornire l'assistenza ostetrica che riteniamo appropriata e per scegliere durante il percorso con la donna.

Sottolineiamo che l'assunzione di responsabilità che l'assistenza ostetrica comporta è individuale, così come lo è il rendere conto delle proprie scelte alle donne di cui abbiamo cura. D'altro canto l'appartenenza ad un gruppo in cui riconoscerci rende ogni nostra azione più sicura e responsabile, alla fine ci aiuta ad essere consapevoli che siamo tutti collegati.

Le nostre linee guida non sono uno strumento di controllo o di giudizio tra colleghe, ma piuttosto un **documento autorevole da** usare nella pratica quotidiana e nel rapporto con organismi professionali e politici con cui ci confrontiamo.

Definire un limite tra fisiologia e patologia vuol dire dare una base concreta al concetto di "selezione", ma nella assistenza personalizzata talvolta le situazioni sono in evoluzione, dinamiche, instabili. Le chiameremo borderline.

Non è facile scegliere nelle situazioni incerte se dare fiducia alla natura che forse farà perfettamente il suo corso oppure scegliere di cambiare luogo del parto: qui evidentemente dobbiamo tenere insieme più fattori, dalla clinica, alla appropriatezza assistenziale, nella fondamentale salvaguardia della relazione.

Ci discostiamo da frasi del tipo "la donna ha sempre ragione" oppure "è solo la donna che sceglie".

La donna non sceglierà mai da sola perché non è un'isola, ed ha attorno a sé delle relazioni affettive, sociali, professionali, amicali: il parto avviene dentro un sistema affettivo e relazionale, di cui anche l'ostetrica fa parte, di cui la donna tiene sempre conto.

Ci discostiamo da frasi del tipo "l'ostetrica **deve** avere coraggio" perché l'ostetrica domiciliare **ha** coraggio, e neppure "più si fa meglio è" perché la saggezza sta proprio nel riconoscere i limiti quando ci sono. Insomma, non vogliamo essere piccoli medici, ma "grandi ostetriche".

Quello che viene chiesto all'ostetrica è la capacità di offrire sicurezza ed assistenza appropriata alla esperienza del nascere e del partorire, attraverso la relazione professionale ed il patto terapeutico esplicitato, meglio se scritto e firmato, soprattutto in casi particolari.

Premettiamo che non si può parlare di sicurezza assoluta né di assenza di rischio di fronte all'evento parto-nascita dovunque esso avvenga.

Il parto in casa che garantisce alla donna la **maggior sicurezza possibile** è quello:

a) selezionato durante la gravidanza dall'ostetrica che sarà presente al parto

b) frutto della scelta consapevole ed informata della donna e della coppia

c) assistito secondo il principio della appropriatezza (chi, dove e come, quando)

La **conoscenza e la relazione** con la donna e la coppia sono la base in cui tutto questo avviene: la motivazione reciproca, il rispetto e l'ascolto attivo di ogni loro desiderio.

Ogni ostetrica deve entrare in rapporto con gli aspetti psicoemozionali della nascita, rispettando l'unicità di ogni situazione: questa è l'infinita ricchezza e novità che ogni nascita ci porta.

PER ANDARE OLTRE LE LINEE GUIDA PRIMA BISOGNA CONOSCERLE

Paradossalmente, quando decidiamo di andare "oltre le linee guida" è perché le abbiamo attraversate e le conosciamo e quindi sappiamo perché e dove la nostra vigilanza deve aumentare.

Conoscere le linee guida è soprattutto conoscere la fisiologia come quasi sempre ci appare: sapere cosa succede in un parto spontaneo senza intervento alcuno, insegna a riconoscere i segnali del "non fisiologico", si pensi al dolore quando diventa patologico, al piccolo sanguinamento "strano", a quei segni clinici sottili, rari ed imprevisti che solo una osservatrice che sa la differenza tra le due situazioni, può cogliere al volo.

La nostra presenza accanto al parto, quando il bisogno di assistenza diventa più intensivo, ha questa scala: osservare, accompagnare, sostenere, proporre, vigilare, intervenire, trasferire e "stare con".

La presenza dell'ostetrica è sempre attenta, sul qui ed ora, senza aspettative né ideali, senza sentirsi coraggiose, eroiche o spaventate. La nostra assistenza richiede qualche volta di fare un "salto quantico", (si vedano i testi di E. Francesca Poli "Anatomia della guarigione" e altri) cioè avere la capacità di cogliere al volo aspetti simbolici, cosmici, sottili, che la situazione sta esprimendo. Qui i nostri cinque sensi ed il nostro corpo come "antenna" ci possono aiutare. Essere in due ed oggettivare è il passo successivo.

Nel caso le due ostetriche decidano insieme alla coppia l'assistenza a domicilio in situazioni borderline (non completamente fisiologiche) è appropriato far compilare un consenso informato esplicito rispetto alla motivazione al parto domiciliare e alla **consapevolezza da parte della coppia della situazione particolare**.

E' inoltre necessario

- a) Avere una rete di supporto ben attivata ed un ospedale di riferimento con presenza di neonatologo e SALA Operatoria 24 ore
- b) Essere ostetriche competenti rispetto alla prevenzione e alla identificazione precoce dell'eventuale fattore di rischio aumentato (materno o fetale).
- c) Compilare come sempre la scheda raccolta dati per la ricerca e per la condivisione del caso

Aspetti deontologici/ professionali

È indispensabile compilare la Cartella Ostetrica dalla prima visita in gravidanza.

La Cartella Ostetrica dell'Associazione è lo strumento comune per seguire la gravidanza, il parto e il puerperio.

Durante il travaglio e il parto si compilerà il partogramma segnando scrupolosamente ogni dato clinico.

È opportuno che le ostetriche presenti al parto e al postpartum siano due.

È indispensabile verificare prima di ogni parto il contenuto della borsa ostetrica. (vedi allegato n.4).

L'ospedale prescelto deve essere raggiungibile in un tempo massimo di 30-40 minuti con il mezzo più adeguato.

È importante essere in rete con l'ospedale di riferimento e il servizio del 112 e, qualora sia previsto, avvisare dell'inizio del travaglio secondo le modalità concordate per organizzare l'eventuale trasferimento.

E' opportuno sapere da dove partirà l'eventuale ambulanza per raggiungere l'abitazione.

La rete è necessaria anche con: il pediatra, una farmacia, un laboratorio analisi, il centro regionale malattie metaboliche

È necessario considerare attentamente le implicazioni assistenziali quando la distanza del luogo del parto (Casa o Casa Maternità) /casa ostetrica è superiore ai 30 minuti.

E' buona pratica clinica che le ostetriche abbiano una formazione personale continua, cioè rinnovata almeno ogni 2/3 anni sul "trattamento delle emergenze ostetriche a domicilio" attraverso il corso specifico organizzato dalla nostra Associazione, dimostrabile con attestato di frequenza.

E' obbligatorio avere un'assicurazione personale per la responsabilità civile.

L'ostetrica dopo ogni prestazione rilascia regolare ricevuta sanitaria se ha partita IVA o, eccezionalmente, ricevuta di prestazione occasionale numerata.

Dopo l'assistenza al parto **è obbligatorio**

a) compilare il CEDAP e spedirlo alla ASST di riferimento secondo il metodo concordato: per via telematica con il modulo precompilato o cartaceo, facendosi protocollare l'avvenuta consegna. Si usa lo stesso CEDAP utilizzato nei punti nascita della Regione di residenza, manuale o elettronico. Se manca la voce "parto a domicilio" o "parto in casa maternità" lo si fa presente tutte le volte nell'ufficio dove lo si consegna o si spedisce

b) compilare l'attestazione per la formazione dell'atto di nascita (art. 8, comma 2, DPR n. 403 del 20/10/1998) e consegnarlo alla donna/coppia che entro dieci giorni dal parto deve presentarlo nel comune di residenza o nel comune dove è avvenuto il parto

c) compilare la scheda raccolta dati e inviarla attraverso il portale telematico all'Istituto Di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. www.nascereacasa.marionegri.it Ogni ostetrica dell'associazione ha la sua password privata.

Devono essere registrate TUTTE le nascite assistite compresi eventuali trasferimenti, eventi avversi e casi clinici al di fuori delle seguenti linee guida.

I casi avversi o problematici verranno poi condivisi con metodologia descrittiva all'interno delle nostre riunioni periodiche attraverso relazione delle ostetriche coinvolte.

d) Durante l'ultima visita in puerperio normalmente si emette la ricevuta sanitaria, in accordo con il preventivo dato in gravidanza.

1. La popolazione

La condizione ideale -quella che permette la miglior qualità della cura- è l'assistenza di tutta la gravidanza da parte dell'ostetrica che assisterà il parto.

In ogni caso, è opportuno seguire la gravidanza almeno dalla 32° settimana. Ove questo non fosse possibile per specifici e particolari motivi, si consiglia di valutare attentamente la richiesta e la motivazione della donna, e di considerare

comunque la situazione come “borderline”. Se la donna giunge a noi dopo aver iniziato ed interrotto una assistenza con una collega, sarebbe opportuno contattare la collega, in regime di segreto professionale.

Durante la prima visita è fondamentale una raccolta anamnestica accurata: valutazione della salute di base della donna benessere psicofisico e stile di vita, del decorso dell'attuale gravidanza, della storia ostetrica pregressa e di eventuali altre patologie materne concomitanti. Oltre all'anamnesi nel terzo trimestre la visita comprende: le manovre di Leopold, la misurazione sinfisi fondo, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF e la verifica dell'assenza di edemi importanti agli arti inferiori. Per quanto non espresso si fa riferimento alla nostra cartella ostetrica.

E' opportuno che la donna abbia effettuato almeno un'ecografia ostetrica, precisamente tra la 19° e la 24.ma settimana, al fine di conoscere la morfologia fetale. Nel dubbio di localizzazione placentare anomala si effettuerà una ecografia anche a 32 settimane

E' necessario prevedere un colloquio informativo dedicato, all'interno del quale considerare attentamente la scelta del parto a domicilio o casa maternità ed in particolare: motivazioni e desideri della coppia, criteri di sicurezza dell'assistenza domiciliare, descrizione delle linee guida che orientano l'assistenza ostetrica al parto a domicilio, condizioni cliniche che richiedono un trasferimento ospedaliero e gestione delle emergenze al domicilio. È altresì fondamentale valutare con la coppia l'ospedale di riferimento in caso si renda necessario un trasferimento durante il travaglio.

Tra la 37° e la 38° settimana di gestazione, le 2 ostetriche che assisteranno la nascita si recano al domicilio per valutare la presenza delle condizioni premettenti l'inizio della reperibilità: in questa occasione valutano la distanza del proprio domicilio dal luogo del parto prescelto, la condizione di salute psicofisica della gestante e, qualora il parto avvenga al domicilio, iniziano a predisporre tutto il materiale necessario. Controlleranno inoltre che la coppia abbia valutato e firmato tutti i moduli relativi alla “scelta informata” allegati alla cartella ostetrica dell'Associazione. (vedi Allegati) La visita prevede le manovre di Leopold, la misurazione sinfisi /fondo con la previsione del peso fetale con regola di Johnson, l'esplorazione vaginale, la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del BCF e la verifica dell'assenza di edemi importanti agli arti inferiori.

Si ricorda che la regola di Johnson ha valore su una curva sinfisi fondo personalizzata, che richiede almeno tre misurazioni e l'uso del grafico SF allegato alla cartella ostetrica.

È opportuno effettuare un controllo ematochimico nella 35°/36° settimana di gravidanza: emocromo completo, PT, PTT e Fibrinogeno, HbSAg, esame delle urine, HIV e HCV se previsto dalle linee guida nazionali per la gravidanza fisiologica.

Si consiglia anche l'esecuzione della visita anestesiológica per una eventuale epidurale nel caso di trasferimento.

Per quanto riguarda l'esecuzione del tampone vagino/rettale per la ricerca dello streptococco β-emolitico, si sottopone alla coppia la scelta informata (vedi allegato).

La profilassi antibiotica endovena può essere effettuata solo su prescrizione medica (allegare alla cartella la copia della ricetta).

Le ostetriche si assicurano che la donna abbia preparato il materiale necessario:

- Una cerata per proteggere il materasso
- Un foglio di cellophane per proteggere il pavimento
- Lenzuola e asciugamani vecchi, meglio se bianchi
- Un pacco di traverse di plastica per incontinenti
- Un cambio di lenzuola ben lavato
- Alcuni cuscini morbidi e comodi
- Qualche sacchetto grande di plastica
- Una stufetta che funzioni bene
- Una lampada orientabile e una torcia elettrica con pile
- Una borsa dell'acqua calda
- Un termometro
- 3 pacchi di garze sterili grandi 20×20
- 3 pacchi di garze sterili piccole 10×10
- 2 cappellini per neonato e 1 coperta/telo morbido
- Un cambio per il neonato
- Pannolini
- Bilancia per neonati
- Valigia pronta per eventuale trasferimento

Le ostetriche alla visita di inizio reperibilità devono lasciare a casa della donna, in frigorifero, i farmaci necessari (60 U.I. di ossitocina sintetica e quanto nell'allegato n.4 borsa ostetrica) .

E' buona pratica parlare della programmazione dei controlli della gravidanza a termine. In particolare, si identifica il luogo prescelto per la valutazione dei parametri del benessere materno-fetale (valutazione del liquido amniotico, misurazione sinfisi-fondo, rilevazione BCF e MAF).

1.1 Controindicazioni all'assistenza domiciliare, identificate in gravidanza

- Presenza di patologia materna che controindica il travaglio di parto e il parto: anamnesi positiva per distacco di retina, anomalie del bacino materno che costituiscano un ostacolo all'espletamento del parto per via vaginale, malformazioni uterine o presenza di neoformazioni miomatose che modifichino il canale del parto (miomi previ) infezione da HSV genitale in fase attiva, sentito anche il parere dello specialista.
- Presenza di patologia materna che richieda una sorveglianza intensiva del travaglio di parto
- Vi è evidenza che le miomectomie laparoscopiche che non hanno suturato l'area di enucleazione abbiano un maggiore rischio di rottura d'utero
- La miomectomia senza apertura di cavità ha un rischio di rottura d'utero paragonabile al pregresso TC. La deiscenza della pregressa cicatrice è un evento raro (4,7 per mille) ma estremamente grave, che richiede un trattamento tempestivo in struttura adeguata
- Pregresso taglio cesareo: vedi pagina 6
- Pre-eclampsia
- Cardiopatie a rischio di scompenso
Presenza di patologia materna importante e/o che necessita trattamento (come trombosi venosa profonda, epilessia)
- Diabete gestazionale che necessita insulina
- Presenza di patologia fetale nota: grave iposviluppo o macrosomia (ovvero biometria fetale attesa inferiore al 10* percentile o maggiore del 90.mo) confermata dalla sinfisi fondo e dall'ecografia, malformazioni che necessitano di assistenza specialistica alla nascita, ISO immunizzazione Rh-.
- Gravidanza gemellare
- Body Mass Index oltre i 35
- Grande multiparità (5 parti pregressi)
- Tenuto conto anche dell'andamento dell'Hb in gravidanza: emoglobina <9 g/100 ml a termine di gravidanza
- Anamnesi positiva per problemi del secondamento (pregressa emorragia del postpartum >1000cc. e /o necessità di trasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock)
- Diagnosi ecografica di inserzione anomala, placenta previa marginale o placenta bilobata. Inoltre se fosse stata diagnosticata nel secondo trimestre una placenta previa poi risalita richiedere una eco transvaginale per escludere la presenza di vasi previ.
- Oligo o polidramnios (oligoidramnios: presenza di una sola falda di dimensioni inferiori o uguali a 20mm x 20mm, o AFI inferiore a 50, polidramnios falda massima superiore a 80mm o AFI superiore a 250)
- la rilevazione di due parametri di P.A. superiori a 140/90 in prodromi e/o travaglio necessitano di trasferimento così come ogni rialzo di temperatura materna (aumento di un grado nel corso dell'osservazione)

1.1 Controindicazioni relative, in quanto possono consentire il travaglio ed il parto a domicilio solo dopo una accurata valutazione della condizione della donna e della propria esperienza, eventualmente avvalendosi di parere specialistico

- Body Mass Index pregravidico superiore a 30 o inferiore a 20.
- Anamnesi positiva per pregressa morte fetale/ neonatale.
- Statura materna < 150 cm
- Sospetto clinico di oligo/polidramnios a termine in attesa di valutazione ecografica
- Tampone vaginale positivo per streptococco beta emolitico a termine di gravidanza, che necessita di trattamento antibiotico endovenoso in travaglio, su prescrizione del medico
- Parte presentata extrapelvica nella nullipara alla 38° settimana.
- Diabete gestazionale compensato con la sola dieta (fare diagnosi coi valori glicemia riportati dalle Linee Guida Aggiornate dell'Istituto Superiore Sanità)
- Grande multiparità (4 parti pregressi)
- Apertura della cartella ostetrica dopo la 32° settimana, previo colloquio con il professionista che ha prestato assistenza alla gravidanza fino a quel momento
- Pregresso taglio cesareo (vedi più avanti)

1.2 Condizioni permettenti l'assistenza domiciliare all'insorgere del travaglio

- Epoca gestazionale compresa tra le 37 e le 41+6 settimane di gravidanza, valutando clinicamente il benessere fetale nei giorni vicini al “cut off” (37 più 1,2,3 e 41, più 4,5,6)
- Feto singolo, presentazione cefalica
- Peso fetale previsto alla nascita con curva personalizzata (vedi cartella) e la regola di Johnson ≥ 2500 e ≤ 4200 (considerato l'errore del $\pm 10\%$)
- PROM < 24 ore in presenza di liquido limpido (vedi allegato conduzione PROM)
- non alterazioni del BCF
- assenza di iperpiressia ($>37.5^\circ\text{c}$)
- P.A. inferiore a 140/90

1.3 La richiesta di Home VBAC

UNO) Le Raccomandazioni Internazionali

Il pregresso TC è definito come una situazione a rischio aumentato e le linee guida internazionali **affermano che il VBAC deve essere assistito in una struttura sanitaria con unità ostetrica che abbia possibilità di intervento immediato.**

Si veda:

Royal College 2015 (http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf)

NICE 2017 tabella 7 “Fattori di rischio aumentato che consigliano di pianificare la nascita in ospedale”

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>

Linee Guida Taglio Cesareo dell' ISS http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf

Da “Linee Guida ISS” Taglio Cesareo, pag. 106

Attualmente non sono disponibili strumenti o modelli in grado di predire in maniera affidabile la rottura dell'utero e le conseguenze per la salute neonatale: tra i segni e i sintomi più frequentemente riportati figurano la bradicardia fetale, il sanguinamento vaginale, il dolore e le anomalie della contrazione uterina. **Inoltre, alcuni fattori risultano associati a un maggior rischio di rottura, per esempio l'età, l'obesità della gestante, il precedente numero di cesarei, l'induzione del travaglio rispetto al travaglio insorto spontaneamente; al contrario, aver partorito precedentemente per via vaginale sembra giocare un ruolo protettivo.** Per quanto riguarda le conseguenze dei tagli cesarei multipli sulla salute materna, la revisione evidenzia come le donne con pregresso taglio cesareo presentino un maggior rischio di placentazione anomala (placenta previa e accreta) nel corso di una gravidanza successiva, rispetto alle donne non sottoposte a cesareo; tale rischio tende a crescere con il numero di precedenti tagli cesarei (OR: da 8,6 a 29,8 per le donne con due o più tagli cesarei precedenti) e si associa a diversi altri esiti negativi per la salute della donna, quali emorragia, isterectomia e morbosità materna composita.

Non emergono tuttavia dati relativi al rischio crescente di rottura dell'utero al crescere del numero di pregressi tagli cesarei in caso di Travaglio di Prova.

Dalle Linee guida italiane:

- *Quesito 21 • Quali sono i requisiti assistenziali e clinico-organizzativi in grado di garantire la sicurezza del travaglio dopo pregresso taglio cesareo?*
- **Risposta definita BPC cioè BUONA PRATICA CLINICA CONDIVISA DAL PANEL * Buona Pratica Clinica : l'esecuzione della procedura è raccomandata sulla base del giudizio condiviso del panel, in caso di non disponibilità di studi clinici.**

L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.

In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, pregressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio.

La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

DUE) Scelta appropriata in mancanza di “prove di efficacia”

Nelle linee guida viene dichiarato quindi che questa raccomandazione rientra nella categoria della “buona pratica”: poiché non esistono studi clinici controllati sul luogo del parto nel VBAC, i partecipanti al panel si basano sulla loro esperienza clinica.

Quindi? Forse si potranno fare valutazioni diverse, quando avremo più dati e un approccio clinico aperto e personalizzato, raccogliendo i dati in modo scrupoloso ed oggettivo.

Nel frattempo? In questa situazione l'importante è, come scrive il **RCOG UK** dare la corretta informazione alle donne che devono scegliere il luogo del loro parto.

“Dal riassunto delle raccomandazioni” ci pare particolarmente importante:

“Women should be advised that planned VBAC should be conducted in a suitably staffed and equipped delivery suite with continuous intrapartum care and monitoring with resources available for immediate caesarean delivery and advanced neonatal resuscitation.

Women with an unplanned labour and a history of previous caesarean delivery should have a discussion with an experienced obstetrician to determine feasibility of VBAC. [New 2015]” (RCOG UK 2015)

La scelta finale attorno al luogo del parto va fatta tenendo sempre quindi conto della informazione corretta, di una discussione costruttiva multidisciplinare e della personalizzazione dell'assistenza.

TRE) Studi osservazionali di VBAC assistito a domicilio

Gli studi osservazionali del 2004 (Liebman e al) e Rowe e coll (2016) giungono a conclusioni non del tutto condivise e chiare, sconsigliando l'HVBAC, mentre le esperienze domiciliari di ostetriche quali Nancy Cohen, Ina May Gaskin, Imma Marcos, Rosaria Santoro pur non raggiungendo naturalmente numeri statisticamente rilevanti per dimostrare una differenza significativa negli esiti avversi, dimostrano alti tassi di HVBAC a buon esito. Questo è sicuramente dovuto alla mancanza di qualsiasi forma di medicalizzazione a domicilio, alla grande esperienza delle ostetriche, alla forte motivazione condivisa e ad un processo di autoselezione delle donne. L'insuccesso invece è più alto dove si aggiungono altri fattori di rischio per la donna e/o per il bambino.

(Vedi contributi di Branchini, Santoro, Arena e altri in “Partorire dopo un cesareo” AAM Terra Nuova edizioni)

Si veda anche: Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Newburn M, Marlow N, Pasupathy D, Redshaw M, Sandall J, Silverton L, Hollowell J. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at 'higher risk' of complications: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. BJOG 2015;122:741–753.

QUATTRO) Conclusioni: un triennio sperimentale

Nel nostro paese sono in aumento le donne con preTC che ci chiedono l'assistenza a domicilio, anche perché il tasso dei TC nelle primipare rimane indiscutibilmente alto, nonostante le linee guida dell'ISS.

All'interno della Associazione ci sono colleghe che già in particolari situazioni assistono la donna precesarizzata a domicilio, più spesso laddove non è disponibile un ospedale che accompagni con assistenza appropriata un VBAC.

E' una scelta personale ed il Coordinamento la recepisce in tale eccezionalità, proponendo un periodo di osservazione e di studio.

Consideriamo quindi di darci un **periodo di osservazione di tre anni** (inizio 2017/ fine 2019) per raccogliere i dati dell'assistenza ostetrica all'HVBAC al fine del quale, con uno studio osservazionale, produrremo i nostri esiti.

I dati di ogni assistenza dovranno essere inviati per raccolta dati, osservazione e studio.

E' comunque indispensabile che il parto venga assistito da **due ostetriche** con attestato al corso sulle emergenze a domicilio, nello spirito della responsabilità condivisa con la coppia, e che le coppie correttamente informate sottoscrivano un consenso specifico, in cui venga esplicitato quale è l'ospedale di riferimento e che il trasporto debba avvenire con l'ambulanza.

E' importante inoltre la motivazione del pregresso cesareo, la distanza temporale tra i due parti, la distanza casa/ospedale ed ogni altra valutazione specifica delle ostetriche. E' raccomandato che qualora si decida di assistere un HVBAC non esistano nella donna altri fattori di rischio, quali obesità, più di un pregresso TC, precedente emorragia materna, inserzione placentare vicino alla cicatrice pregressa, oltre a quanto già indicato.

2. Diagnosi di travaglio in fase attiva

Si pone diagnosi di travaglio in presenza delle seguenti condizioni:

- a) contrazioni regolari riferite dalla donna, di durata superiore o uguale a 50/60 secondi valutati dall'ostetrica e ad intervalli inferiori ai 10 minuti
- β) collo appianato
- c) dilatazione di tre/ quattro cm.

L'inizio della compilazione del partogramma coincide con la diagnosi di travaglio in atto.

Si segnalerà sul partogramma la durata della fase latente o prodromica e le eventuali remissioni di travaglio.

I segnali di fase prodromica fisiologica sono: l'autonomia della donna, la durata compresa entro le 24 ore, la possibilità di recuperare energie, l'assenza di dolore riferito importante.

La durata dei prodromi se non ci sono remissioni con riposo e recupero è da considerarsi borderline tra le 24/48 ore e francamente patologica oltre le 48 ore.

3. Assistenza al periodo dilatante

3.1 Controllo del B.C.F.

L'auscultazione intermittente è la procedura adeguata per il monitoraggio del bcf nella fisiologia.

Il BCF viene controllato ad intermittenza mediante auscultazione con stetoscopio o trasduttore ad ultrasuoni.

L'auscultazione si effettua ad intervalli di 15- 20 -30 minuti (in relazione anche all'attività contrattile) per un minuto dopo la contrazione, annotando precisamente sul partogramma l'ora ed il valore della rilevazione.

In presenza di alterazioni evidenti del BCF o di un sospetto riconfermato in auscultazioni successive, è opportuno effettuare una registrazione cardiocografica continua, e pertanto è indicato il trasferimento in struttura ospedaliera.

Il benessere fetale a domicilio è evidente anche dai MAF, dal colore del liquido amniotico, dal benessere della donna in travaglio (alimentazione, colorito, PA, polso e temperatura materna, stato emotivo).

3.2 Valutazione della progressione del travaglio

Importanza particolare riveste a domicilio la preparazione e la tranquillità dell'ambiente, che deve permettere la maggior libertà di posizioni ed espressione, un adeguato riposo quando sia opportuno, nonché il rispetto dell'intimità della donna e della coppia

E' consigliabile invitare la donna a bere bevande di suo piacimento e a nutrirsi con cibi leggeri ma energetici in modo da garantire l'adeguato apporto di zuccheri semplici e minerali fondamentali per un buon travaglio.

La compilazione del partogramma allegato alla cartella è indispensabile, per oggettivare e registrare ogni atto assistenziale (dalla rilevazione del BCF alla visita ostetrica, ad ogni intervento).

Si è intenzionalmente evitato di definire dei limiti assoluti di durata del periodo dilatante ed espulsivo: ogni singolo caso va valutato secondo la permanenza dei parametri di benessere materno e fetali.

In presenza di contrazioni valide, con frequenza inferiore ai 10' e durata superiore ai 50/60 secondi, è prevedibile che si raggiunga una dilatazione di 5 cm all'incirca 2/ 3 ore dopo l'inizio del travaglio attivo nella pluripara e dopo 3-4 ore nella nullipara. E' opportuno che a questo punto si effettui una visita vaginale per:

- a) Confermare la progressione della dilatazione
- b) Valutare la stazione della parte presentata
- c) Definire la posizione della parte presentata

Le visite successive avverranno -in presenza di regolare attività contrattile- ogni quattro ore. Nel caso in cui si abbia una significativa diminuzione dell'attività contrattile (definita non solo palpatariamente ma anche dalla percezione soggettiva della donna o da un cambiamento nel suo atteggiamento: ad esempio sonno o aumento di interesse-interazione con l'ambiente circostante), la ritmicità delle visite sarà modulata tenendo conto dell'intervallo libero da contrazioni.

In presenza di attività contrattile valida, qualora la dilatazione cervicale risulti invariata a distanza di 3-4 ore dalla visita precedente, e tuttavia vi sia stata una regolare discesa della parte presentata senza alterazioni del BCF, è opportuno mettere in atto pratiche assistenziali di rilassamento della donna (bagno caldo, massaggio o altri metodi di competenza dell'ostetrica) o intervenire sulla situazione ambientale ed emotiva, favorendo l'espressione della donna e ricercando le migliori condizioni di benessere nella singola situazione. E' importante offrire alla donna il massimo sostegno, rispettando l'intimità della coppia e la libertà di espressione e di posizioni.

E' fondamentale fare diagnosi di posizione entro i 7 centimetri di dilatazione anche se le membrane sono integre. E' opportuno trasferire in ospedale le posizioni non di vertice (bregma, fronte, faccia) ed attivarsi con posizioni, massaggi, ecc. nel caso di asinclitismo.

Qualora le membrane si rompano spontaneamente prima del periodo espulsivo è necessario: effettuare una visita vaginale, auscultare il BCF prima durante e dopo la contrazione valutare il colore e le caratteristiche organolettiche del liquido amniotico.

Se il liquido non è limpido o è maleodorante, o qualsiasi altro parametro è alterato, è indicato il trasferimento in ospedale.

La rottura artificiale delle membrane non ha alcuna indicazione nel parto domiciliare.

Ricordiamo che nei rari casi in cui l'ostetrica valuti comunque di effettuarla, bisogna segnare in cartella la motivazione, la dilatazione della cervice uterina dovrebbe comunque essere completa e la parte presentata deve essere impegnata. Da qui in poi il BCF va auscultato in modo continuo fino alla nascita.

Il trasferimento in ospedale è evidentemente indicato in caso di perdite ematiche non dipendenti in modo evidente dalla dilatazione cervicale.

E' consigliabile invitare la donna ad urinare ogni due ore, per evitare la sovradistensione della vescica a parte presentata profondamente impegnata, condizione che impedisce la minzione spontanea.

4. Assistenza al periodo espulsivo

4.1. Durata del secondo stadio

Convenzionalmente si fa coincidere l'inizio del periodo espulsivo con il raggiungimento della dilatazione completa e la comparsa di una sensazione di premito irrefrenabile, accompagnata da spinte spontanee materne.

L'eventuale intervallo -definito periodo di transizione- tra il raggiungimento della completa dilatazione cervicale e la percezione del premito può avere una durata di 60- 120 minuti: generalmente si osserva una sensibile riduzione nell'intensità e frequenza delle contrazioni. In questo tempo è buona pratica incoraggiare il riposo della partoriente e non disturbarla.

Trascorso il tempo necessario a ogni donna e in rassicuranti condizioni psicofisiche materno-fetali, qualora non sopraggiunga la sensazione di premito (generalmente avvertito quando la PP è al medio scavo in posizione occipito/ anteriore) è buona pratica effettuare un'esplorazione vaginale per valutare la presentazione, la posizione e la stazione della PP, in seguito attivare la partoriente, promuovendo l'alimentazione e l'idratazione, il movimento e l'uso delle posizioni adeguate al caso, nonché altri strumenti specifici di ogni ostetrica, cercando le possibili cause del rallentamento e le strategie possibili di risoluzione.

Se, trascorsi 60/90 minuti dall'attivazione, non compaiono segnali di ripresa dell'attività contrattile uterina accompagnati da premito irrefrenabile, è bene considerare il trasferimento in ospedale.

Tenuto conto della frequenza delle contrazioni uterine e in rassicuranti condizioni psicofisiche materno-fetali, normalmente entro 120 minuti dal premito irrefrenabile il bambino nasce.

In caso contrario valutare il trasferimento.

E' opportuno evitare le continue esplorazioni vaginali per valutare la discesa della P.P. Tuttavia - qualora dopo 60 minuti di sforzi espulsivi non si manifestino segnali di evoluzione (svuotamento del retto, distensione del perineo) è opportuno effettuare una esplorazione vaginale per verificare la stazione della parte presentata.

Se questa non ha ancora raggiunto il medio scavo è da valutare il trasferimento in ospedale.

L'espulsivo è il tempo per nascere e fuori dall'ospedale dobbiamo considerare i fattori clinici, ma anche emotivi e relazionali del parto tenuti insieme dalla presenza e dalla intuizione dell'ostetrica che dovrà necessariamente saper cogliere le risorse ed i limiti di ogni situazione.

Tenere conto, nel decidere il tempo appropriato per il trasferimento, che la donna dovrà avere disponibili energie psicofisiche per partorire.

In caso di rottura spontanea delle membrane in presenza di liquido tinto: valutare la situazione (BCF, nullipara o pluripara, stazione e progressione della parte presentata, lontananza ospedale) e predisporre il trasporto in ospedale con il mezzo più adeguato.

In caso di nascita imminente chiamare l'ambulanza e nel frattempo attivare e promuovere la nascita, preparandosi ad assistere una possibile emergenza neonatale.

Se il neonato rimane a domicilio poiché tutti i parametri di benessere sono presenti è buona pratica anticipare comunque la visita del pediatra a domicilio.

La posizione nel periodo espulsivo

Diversi trial clinici controllati hanno valutato i vantaggi ed i rischi relativi alla posizioni libere versus quella litotomica in periodo espulsivo. Si sono riscontrate differenze significative nella durata media del periodo espulsivo, nel ricorso a parti operativi vaginali e ad episiotomia. Sono inoltre risultati significativamente migliori con la posizione libera gli esiti neonatali, in termini di punteggio di Apgar al primo minuto e ph del funicolo.

Gli studi che hanno utilizzato le sedie da parto hanno segnalato una maggiore incidenza di perdita ematica del postpartum (>500ml), contenibile utilizzando posizioni orizzontali per il secondamento.

Tutti gli studi che hanno preso in considerazione la soddisfazione delle donne hanno dimostrato un maggior benessere tra le donne che avevano partorito in posizioni non litotomiche.

La spinta istintiva, spontanea, con posizioni diversificate, è quella a cui per lo più si assiste e non necessita di alcun intervento.

Nei casi di difficoltosa discesa della parte presentata è opportuno sostenere la donna ad accompagnare la sensazione di premito assumendo liberamente diverse posizioni, verticale, accovacciata, asimmetrica, e quella carponi per prevenire od affrontare la distocia di spalla.

4.2 Controllo del BCF

In questa fase è opportuno valutare il BCF ogni una-due contrazioni per un minuto subito dopo la contrazione.

L'eventuale comparsa di modeste alterazioni del BCF - non è necessariamente un segno di sofferenza fetale:

Uno) in corrispondenza all'impegno della testa fetale –

Due) se si tratta di decelerazioni variabili lieve non tardiva che si risolvono velocemente con il cambio di posizione

Tre) un unico episodio di bradicardia di durata non superiore ai due minuti.

In tutti gli altri casi bisogna chiamare l'ambulanza e nel frattempo attivare e promuovere la nascita, preparandosi ad assistere un'emergenza neonatale

4.3 Assistenza al perineo

Non ci sono evidenze che documentino una riduzione nei traumi perineali con l'uso di manovre di sostegno del perineo.

Le evidenze sugli effetti dei massaggi emollienti sul perineo sono scarse e contraddittorie.

La letteratura scientifica sostiene la possibilità di favorire la distensione perineale con l'ausilio di impacchi caldi.

In generale al domicilio è da prediligere una conduzione del periodo espulsivo "hands-off", salvo esplicita richiesta della partoriente o per necessità delle condizioni cliniche.

Le evidenze scientifiche sconsigliano l'utilizzo dell'episiotomia di routine per prevenire il rischio di danni perineali gravi, incontinenza urinaria da stress, prolasso genito/urinario e i traumi fetali.

Al domicilio l'utilizzo dell'episiotomia è appropriato **solo** in caso di sofferenza fetale acuta durante l'incoronamento della PP, al fine di agevolare l'uscita del bambino, se le altre procedure assistenziali sono state inutili.

5. Procedure di assistenza al neonato

L'OMS raccomanda di non tagliare MAI il cordone ombelicale prima di un minuto.

Da sempre è stata nostra pratica la recisione del cordone ombelicale a secondamento avvenuto, a meno che i genitori non abbiano optato diversamente. Ora anche numerose ricerche ne hanno studiato i vantaggi.

L'aspirazione delle secrezioni dall'orofaringe e dalle vie aeree del neonato è una manovra non priva di rischi, quali aritmie cardiache, laringospasmo, vasospasmo arterioso polmonare.

Non trova giustificazione alcuna l'aspirazione gastrica di routine.

Non sono disponibili studi clinici controllati che dimostrino l'efficacia dell'aspirazione profilattica in presenza di LA tinto nel prevenire la sindrome da aspirazione da meconio.

Si propone ai genitori la scelta informata rispetto alla somministrazione di vit k. essendo la malattia emorragica una evenienza rara nel neonato sano a termine. Dare informativa e consenso/non consenso nel corso della gravidanza.

La profilassi oftalmica antibiotica è obbligatoria. Dare informativa e consenso nel corso della gravidanza.

Al momento della nascita asciugare il bambino accanto alla mamma.

Valutare l'adattamento neonatale precoce al primo minuto, anche attraverso i parametri convenzionali dell'indice di Apgar.

Mantenere asciutto e caldo il bambino, che sarà naturalmente in contatto pelle/pelle con lei.

Se il bambino non dà segni di adattamento e vitalità iniziare subito le manovre adeguate (vedi emergenze del neonato). Non è opportuno effettuare l'aspirazione dell'orofaringe e delle vie aeree superiori.

Il clampaggio del funicolo non va mai effettuato prima della fuoriuscita della placenta, salvo emergenze materne da risolvere nell'immediato post partum e anche in questo caso è opportuno farlo dopo qualche minuto dalla evidente cessazione delle pulsazioni.

Se è stato firmato il consenso, eseguire la profilassi della malattia emorragica e la profilassi oculare prevista per legge entro le prime tre ore dalla nascita, preferibilmente nella terza ora, per non compromettere l'interazione visiva madre-bambino (per le modalità di somministrazione vedere informativa).

Organizzare la prima visita pediatrica a domicilio entro le 12/24 ore di parto.

Anticipare l'arrivo del pediatra in caso di peso inferiore ai 2500 gr o Apgar ≤ 7 al 5° minuto e in caso di liquido tinto in espulsivo qualora non sia stato possibile il trasporto per l'imminenza del parto e in qualsiasi situazione di fattori di rischio infettivo aumentato (nascita dopo più di 24 ore dalla PROM o tampone positivo non adeguatamente trattato) o in qualsiasi altra situazione l'ostetrica lo ritenga opportuno.

Trasferire il neonato direttamente in ospedale in presenza di problemi respiratori, tremori persistenti o ipertermia (la temperatura interna di un neonato è tra i 37° e i 37,8°) o comunque in presenza di un Apgar ≤ 7 al 10° minuto.

6. Assistenza al secondamento

Fisiologicamente la fuoriuscita della placenta può avvenire anche 60-90 minuti dopo la nascita.

Le linee guida per la prevenzione della emorragia materna dicono che la somministrazione di uterotonici alla nascita riduce il rischio di emorragie "impreviste" del postparto del 30-40 %.(evidenza forte).

E' opportuno quindi parlarne con la donna e consegnare informativa e consenso/dissenso alla profilassi ossitocica intramuscolo alla nascita.

Conduzione fisiologica del secondamento: espulsione della placenta attraverso i soli sforzi espulsivi spontanei materni.

La conduzione fisiologica non è solo attesa: è importante che l'ostetrica eviti ogni fattore che possa disturbare la produzione endogena ormonale e aiuti la donna a concentrarsi sul suo corpo e sul suo bambino.

E' quindi opportuno non disturbare, sostenere il bonding e l'attacco precoce al seno.

Inoltre è importante garantire l'idratazione, l'alimentazione e la minzione.

Se la placenta è staccata (vedi segni clinici) ed è in vagina, è opportuno invitare la donna ad espellerla.

Qualora, dopo 30 minuti nel caso di profilassi con syntocinon o dopo 60 minuti senza profilassi, in rassicuranti condizioni psico-fisiche materne e in presenza di suzione valida, non si osservino segni di distacco placentare, l'ostetrica si attiva (controllo globo vescicale e valutazione di cateterismo estemporaneo se non c'è minzione spontanea, promuovere posizioni verticali, spinta attiva) e poi valuta l'opportunità di un trattamento ATTIVO del secondamento (trazione controllata del funicolo e somministrazione intramuscolo 10 U.I. ossitocina sintetica)

Qualora il secondamento non si sia verificato entro due ore dal parto è indicato il trasferimento in ospedale, anche in presenza di modestissime perdite ematiche, attivando il trasporto in ambulanza previo incannulamento di una vena.

L'entità della perdita ematica viene valutata quantitativamente usando sacchetti o bacinelle graduate, posizionati immediatamente dopo la nascita del neonato. E' fondamentale l'osservazione dei segni clinici della donna (PA, FC, TC°, FR, vertigini o sensazioni di ansia) oltre alla valutazione della perdita ematica, non sempre precisa.

E' opportuno predisporre un trasferimento in ospedale sempre tramite ambulanza previo incannulamento di una vena:

- a) in presenza di perdita ematica superiore ai 500 cc pre-secondamento, o superiore a 800 cc a secondamento avvenuto, qualora in presenza di atonia uterina non si ottenga l'immediata risposta alla somministrazione di uterotonici
- b) la perdita ematica sia attribuibile a ritenzione di membrane o di materiale placentare.

Se la donna è Rh negativa, effettuare il prelievo del funicolo per il test di Coombs diretto, più fattore e gruppo sanguigno neonatale.

Le ostetriche dell'Associazione accolgono la richiesta dei genitori della nascita Lotus qualora le condizioni cliniche materne-neonatali lo consentano.

Il Lotus Birth è la procedura di nascita in cui il cordone ombelicale non viene reciso e il neonato resta collegato alla sua placenta. Pochi giorni dopo la nascita (dai 2 ai 10, ma di media 3/4) il cordone si separa in modo naturale dall'ombelico del bambino.

In generale, in assenza di fattori di rischio materni, promuovono per ogni nascita un MINI LOTUS: clampando il funicolo almeno alla fuoriuscita della placenta e generalmente attendendo tra i 60 e i 120 minuti dall'espulsione della stessa, prima di separare la diade feto-placentare, così da assicurare al neonato tutto il sangue placentare.

Le ostetriche nei giorni successivi alla nascita valutano lo stato di conservazione della placenta e del cordone ombelicale e aiutano la famiglia nella gestione del Lotus Birth: se compaiono dei problemi è possibile interrompere la diade bambino-placenta.

7. Altre indicazioni al trasferimento in ospedale

Presenza di una lacerazione vagino-perineale non suturabile a domicilio.

Ogni condizione della donna che necessiti, a giudizio dell'ostetrica, un'osservazione di secondo livello, o intensiva o prolungata.

8. Assistenza al postpartum

Dopo il secondamento, l'ostetrica trascorre almeno 3 ore in osservazione della donna e del neonato.

In questo lasso di tempo, si controlla ciclicamente la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca materna, nonché la suzione, la perdita ematica, la presenza del globo uterino, la minzione spontanea.

Nel caso in cui uno di questi parametri risulti anche modestamente alterato, l'ostetrica prolunga la sua permanenza di altre 2 ore, al termine delle quali ci deve essere una completa normalizzazione dei parametri materni menzionati.

Qualora questo non sia avvenuto, è opportuno decidere per un trasferimento in ospedale.

Per quanto riguarda il neonato, è opportuno lasciare che il bambino raggiunga il capezzolo quanto più precocemente possibile per l'assunzione di colostro, favorire la relazione mamma/bambino e stimolare la produzione spontanea di ossitocina materna.

E' necessario controllare anche gli altri parametri del buon adattamento neonatale: colorito, battito cardiaco, movimenti respiratori, suzione valida, tono muscolare, temperatura. Nel caso di uno o più parametri alterati è indispensabile anticipare la visita del pediatra o considerare l'eventualità di un trasferimento.

9. Assistenza al puerperio

L'ostetrica effettua visite a domicilio quotidianamente fino a 3-5 giorni dopo il parto, e poi secondo il principio dell'assistenza personalizzata, fino al 10° giorno. Si prospettano alla mamma ulteriori appuntamenti se necessari e comunque un sostegno personalizzato fino al 42.mo giorno, che potrebbe includere telefonate, visite domiciliari, visite in studio, partecipazione a gruppi.

Vengono rilevati lo stato di salute globale della donna (riposo, alimentazione, stato emotivo, ecc.) ed i parametri clinici: la temperatura, il polso, la pressione arteriosa, le caratteristiche delle lochiazioni ed il grado di involuzione uterina, la produzione del colostro e del latte materno, le condizioni del perineo, del seno.

Qualora la donna sia RH negativa ed il neonato Rh positivo si deve eseguire la profilassi con immunoglobuline anti D i.m. entro 72 ore dal parto. E' compito dell'ostetrica reperire il farmaco.

Inoltre è opportuno che l'ostetrica favorisca al massimo la relazione della triade favorendo lo sviluppo delle competenze genitoriali, consigliando l'organizzazione della vita familiare laddove necessario e della rete allargata di supporto. E' inoltre compito dell'ostetrica verificare le condizioni del neonato nei giorni immediatamente successivi al parto: il calo fisiologico e la ripresa del peso, l'emissione di urina e di meconio/feci, la eventuale comparsa dell'ittero, la suzione, il ritmo sonno/veglia.

Bisogna conoscere e rilevare gli eventuali segni di infezione neonatale ed avvisare immediatamente il pediatra di riferimento e/ o predisporre il trasferimento. Questi sono: iper o ipotermia, ipotono, letargia, anomalie respiratorie, suzione difficoltosa, pianto acuto o lamentoso, sospetto clinico globale da parte dei genitori e/o dell'ostetrica.

E' indispensabile eseguire il test di Guthrie, secondo le indicazioni del Laboratorio Regionale di riferimento.

I controlli neonatali vengono effettuati secondo modalità preventivamente concordate con il pediatra di riferimento.

E' opportuno programmare una seconda visita pediatrica entro il settimo giorno di vita per valutare l'adattamento cardiocircolatorio ed identificare le possibili cardiopatie congenite non diagnosticabili nella prima visita. Al decimo giorno si conclude l'assistenza solo se l'allattamento è ben avviato e la mamma e il bambino sono in salute.

Allegato n° 1: Conduzione della rottura prematura delle membrane

La PROM è una evenienza fisiologica ma a casa va gestita come una situazione borderline, che necessita di una particolare vigilanza, sia per la donna che per il bambino.

1. Entro poche ore dalla prima telefonata andare a domicilio, tenendo conto dei parametri clinici riferiti dalla donna e dal suo stato emotivo e valutare l'effettiva rottura del sacco amniotico.
2. Valutare le caratteristiche organolettiche del L.A.: quantità, colore, odore.
3. In presenza di liquido amniotico limpido o rosato e non maleodorante è ragionevole attendere a domicilio l'insorgenza del travaglio. In questo lasso di tempo è opportuno:
evitare le esplorazioni vaginale prima dell'insorgenza del travaglio e misurare la temperatura e la frequenza cardiaca materna, controllare i M.A.F. ed il B.C.F. ogni quattro/cinque ore
VALUTARE con le manovre di Leopold la stazione della p.p.: se è extrapelvica è opportuno limitare la deambulazione e le posizioni verticali. Valutare la sicurezza della situazione globale ed il rischio di prolasso di funicolo.
4. **Entro le 24 ore dalla PROM** il bambino può nascere a domicilio ma col passare delle ore aumenta il rischio infettivo neonatale: incrementare quindi la vigilanza sul benessere fetale anche nel lasso di tempo 18/24 ore dalla PROM.
5. A 24 ore dalla PROM si propone comunque il trasferimento, anche nel caso di non insorgenza del travaglio, per la terapia antibiotica e la probabile induzione.
6. In caso di iperpiressia (temperatura superiore o uguale a 38°) o sospetto clinico di infezione intramniotica la donna sarà immediatamente trasferita in ospedale. Il trasferimento è indicato anche nel caso in cui la temperatura, pur non raggiungendo i 38°, aumenti di un grado nel corso dell'osservazione.

Allegato n°2: Trattamento dell'emergenza e del trasporto della donna

E' opportuno predisporre un trasferimento in ospedale previo incannulamento di una vena

- c) in presenza di perdita ematica superiore ai 500 cc pre-secondamento , o superiore a 800 cc a secondamento avvenuto, qualora in presenza di atonia uterina non si ottenga l'immediata risposta alla somministrazione di uterotonici
- d) la perdita ematica sia attribuibile a ritenzione di membrane o di materiale placentare.

Nell'evenienza di una emorragia materna: prima chiamare soccorso 118 , poi:

1. identificare, se possibile, la causa : lacerazione vagino-perineale, lacerazione collo dell'utero, emorragia uterina
2. nel caso di lacerazione vagino-perineale, suturare immediatamente, se possibile, altrimenti predisporre il trasferimento (come segue)
3. nel caso di lacerazione del collo uterino predisporre il trasferimento in struttura ospedaliera (come segue)

Nel caso di perdita dal corpo uterino

massaggiare l'utero qualora non sia contratto

verificare che la vescica sia vuota

somministrare 10 unità di ossitocina i.m. (anche nel caso in cui sia già stata effettuata la profilassi alla nascita)

incannulare una vena per reintegrare la volemia con soluzione fisiologica intiepidita 500 cc. più una seconda flebo con soluzione fisiologica 500 cc. con aggiunta di 40 unità di Syntocinon con velocità di 125/ml ora se la situazione non si è stabilizzata

L'azione dell'ossitocina in vena è immediata

A secondamento avvenuto in caso di emorragia

somministrare anche due fiale di Methergin in muscolo, poiché il tempo di latenza del Methergin è di 12 minuti ma la persistenza di due ore.
Non usare mai il Methergin in caso di asma bronchiale materna e di P.A. uguale o superiore a 140/90.

Nell'attesa dell'arrivo dell'ambulanza:

- mettere la donna in posizione di Trendelenburg
- ai primi sintomi di shock (colorito pallido, sudorazione, tachicardia, pressione arteriosa in diminuzione, giramento di testa) somministrare endovena liquidi di rimpiazzo riscaldati nell'attesa dell'arrivo dell'ambulanza
- accompagnare la donna durante il trasporto in ospedale, trasferendo sempre anche il neonato.

Tavola. Punteggio modificato ostetrico di allerta precoce (MEOWS) (modificato da: NNUH 2016)

| punteggio | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------------|-----|-------|-------|--------------|--------------------|--------------------|---------------|
| temperatura °C | | <35° | | 35°-37,4° | | 37,5°-39° | >39° |
| pressione arteriosa sistolica mmHg | ≤70 | 71-79 | 81-89 | 90-139 | 140-149 | 150-159 | ≥160 |
| pressione arteriosa diastolica mmHg | | | ≤45 | 46-89 | 90-99 | 100-109 | ≥110 |
| frequenza cardiaca | | ≤ 40 | 40-50 | 51-100 | 101-110 | 111-129 | ≥ 130 |
| frequenza respiratoria | | ≤ 8 | | 9-14 | 15-20 | 21-29 | ≥30 |
| livello di coscienza | | | | vigile | risponde alla voce | risponde al dolore | non cosciente |
| diuresi ml/ora | <10 | <30 | | non rilevata | | | |

Se la frequenza cardiaca è superiore alla pressione arteriosa sistolica attribuire il punteggio <2> a <frequenza cardiaca>

Allegato n.3: Trattamento dell'emergenza e del trasporto del neonato

Alla nascita non lasciare che il bambino si raffreddi (asciugarlo, avvolgerlo in un panno caldo e asciutto, darlo alla madre), lasciare che il cordone ombelicale continui a fornire al bambino ossigeno e glucosio.

Al primo minuto viene fatta la valutazione con indice di Apgar: se il bambino non ha iniziato gli atti respiratori, ma tutti gli altri parametri vanno bene (è tonico, è roseo o con le estremità cianotiche, è reattivo ed il cordone pulsa) praticare un massaggio gentile della pianta dei piedi e del dorso, dal basso verso l'alto

- a) aspirare le vie aeree superiori (cavo orale, e poi le due fosse nasali: suzione breve, asettica e atraumatica), suzione dello stomaco solo se rigurgiti abbondanti o liquido tinto

Ricordiamo che nel neonato sano, a termine, normopeso, le manovre "gentili" di aspirazione sono lo stimolo sufficiente per l'inizio della respirazione.

Se con queste prime manovre il bambino non inizia a respirare e molto probabilmente anche altri parametri sono alterati (è ipotonico e/o cianotico/pallido e/o iporeattivo e/o il battito cardiaco è inferiore a 100), **mentre la collega pre-allarma il 112**, in rapida sequenza:

- a) posizionare correttamente il capo del neonato, estendendolo leggermente e sostenendo il mento con un telino assicurandosi che la lingua non sia retroposta (alcuni usano la cannula di Mayo)
- b) dare ossigeno ai polmoni per due/ tre minuti: con la respirazione bocca a bocca o con l'ambu pediatrico (mascherina adeguata a tenuta naso/bocca) una insufflazione ogni due-tre secondi, dando tempo ai polmoni di svuotarsi ed osservando l'espansione toracica bilaterale.
- c) Valutare la frequenza cardiaca con lo stetoscopio o palpando il cordone ombelicale

Se la frequenza cardiaca è superiore a 100/min. e il neonato riprende colore ed inizia a respirare (30-60 atti respiratori/minuto) si può rimanere a domicilio, anticipando la visita pediatrica.

Se la frequenza cardiaca è inferiore a 100/min. ed il neonato non inizia a respirare spontaneamente:

- a) pratica il massaggio cardiaco : con due dita , il medio sovrapposto all'indice, provocando un affossamento di mezzo centimetro della gabbia toracica, una compressione al secondo,
- b) controlla la frequenza cardiaca spontanea e alterna ventilazione e massaggio fino a che la frequenza cardiaca non arriva a 100/min., il primo segnale di ripresa è un gasping seguito da una respirazione spontanea

Se entro un minuto il bambino non riprende (frequenza cardiaca superiore a 100 e 30/60 atti resp./minuto)

- a) conferma il 118 per il trasporto neonatale d'emergenza, possibilmente con il medico a bordo
- b) continuare in ogni caso le manovre fino all'arrivo dell'ambulanza, impedendo che il neonato si raffreddi ed alternando ventilazione e massaggio
- c) quando si taglia il cordone ombelicale, lasciare una lunghezza di tre-quattro centimetri

Non abbandonate la speranza di recupero: il neonato è molto più forte di un adulto di fronte ad un'anossia acuta.

Allegato n.4 CONTENUTO DELLA BORSA OSTETRICA

Per la madre:

Strumentario:

1. Termometro,
2. Stetoscopio o sonicaid (con batterie di ricambio),
3. Fonendoscopio e sfigmomanometro,
4. Laccio emostatico,

Ferri chirurgici:

1. N°1 Kocher,
2. N° 1 paio di forbici rette a punte smusse;
3. N°1 capsula,
4. N° 2 pinze ad anelli,
5. N° 1 portaghi,
6. N° 1 pinza anatomica,

Materiale monouso:

1. Guanti in lattice sterili di misure diverse,
2. Guanti non sterili,
3. N° 4 pacchi di garze sterili cm 10x10 e cm 20x20,
4. N° 1 telo sterile,
5. N° 4 telini sterili 80x80,
6. Sacchetti graduati per la valutazione della perdita ematica,
7. Aghi cannula N° 16G – 18G – 21G,
8. Siringhe da 5cc e da 10 cc,
9. Cateteri monouso,
10. Cerotti,
11. Deflussori per infusione,

Farmaci:

1. 1000/1500 ml di soluzione fisiologica in sacche di plastica,
2. Necessario per la profilassi oculare,
3. Vitamina K,
4. Ossitocina (Syntocinon 3 scatole),
5. Metilergometrina (Methergin 1 scatola),
6. Anestetici locali: Carbocaina o Xilocaina o lidocaina 2% in fiale,
7. Disinfettante (Betadine o altro),
8. Ringer lattato 500 cc.

Fili di sutura:

1. Safilquick e normale n° 0 – 00 – 000
2. Vicryl rapid n°0 (da 90cm)

Per il neonato:

3. Provette per prelievo funicolare,
4. Cord clamp,
5. Foglio termostatico per trasferimento,
6. Ambu con mascherina di misure per neonato a termine (pediatriche 5/4),
7. Cannula di Mayo misura 5,

8. Sondino morbido (6 -8 -10 CH).

Allegato n.6 IL PARTO IN ACQUA (a cura di Lisa Forasacco)

Lo scopo di questa linea guida è quella di suggerire delle strategie per sostenere il benessere materno e fetale e la qualità assistenziale quando a domicilio e in Casa Maternità si decide di utilizzare l'immersione in acqua durante il travaglio e il parto. Le seguenti indicazioni devono essere adattate alla singola paziente e ai suoi bisogni.

Il parto in acqua viene incluso tra quelle pratiche possibili anche a domicilio perché l'utilizzo dell'acqua calda sotto forma di bagno in immersione ha una documentata letteratura che descrive i benefici nell'aumentare il comfort materno supportando i processi endogeni di salute durante il travaglio e il parto.

CRITERI DI INCLUSIONE

- Tutte le donne con una gravidanza a basso rischio che lo desiderano e che sentono che l'elemento acqua può apportare comfort e benessere e che rientrano nei criteri di inclusione di un parto a domicilio secondo le linee guida
- Non ci sono evidenze che una donna con tampone positivo allo streptococco beta emolitico debba essere esclusa dalla possibilità di travagliare e partorire in acqua.

KIT PER IL PARTO IN ACQUA

Vasca gonfiabile/vasca di casa sufficientemente profonda e ampia da permettere alla donna di poter cambiare posizione liberamente, di muoversi e di essere immersa con la maggior parte del suo corpo. Nel caso si utilizzi una piscina gonfiabile i bordi della vasca dovrebbero essere insufflati in base all'altezza della paziente in modo da permettere un'uscita dalla piscina agevole e veloce se necessario.

- Un compressore per gonfiare la piscina
- Una canna dell'acqua ad uso alimentare (atossica) e un raccordo idraulico adatto al rubinetto da cui si ricava l'acqua
- Un telo monouso di plastica per ricoprire la vasca e da aprire prima dell'utilizzo
- Un termometro
- Un colino
- Una pompa per l'estrazione dell'acqua
- Una stufetta elettrica per riscaldare adeguatamente la stanza del parto in acqua in modo che non ci sia un marcato sbalzo termico
- Un doppler water-proof per il monitoraggio del bcf
- Uno specchietto da campeggio

Se si sceglie come vasca del parto quelle gonfiabili e trasportabili raccomandiamo birthpoolinabox, l'azienda provvede a mandare un adeguato materiale informativo sui dettagli tecnici del prodotto e sulle modalità di utilizzo e manutenzione.

RIEMPIMENTO E IMMERSIONE

Prima di riempire la vasca è utile mettere tra la base e il pavimento un telo o una coperta termica in modo da mantenere più a lungo la temperatura desiderata dopo il riempimento. In fase iniziale di riempimento conviene partire con acqua ben calda e andare a regolarla gradualmente, ricordiamo che il calore va verso l'alto quindi l'acqua va sempre accuratamente miscelata prima di misurare la temperatura.

Normalmente l'acqua dovrebbe ricoprire interamente il pancione della mamma fino alla linea sotto il seno quando la mamma è seduta o arrivare fino all'altezza delle vertebre toraciche (linea del reggiseno) se la donna è carponi. L'immersione profonda crea un senso di grande intimità e contenimento ideale per un rilascio aumentato di ossitocina endogena. L'ambiente dovrebbe essere adeguatamente riscaldato per aiutare la paziente a mantenere una buona termoregolazione. E' utile mantenere vicino una pezza bagnata fresca da utilizzare sui polsi, sulla fronte o sull'occipite se la donna si sente troppo accaldata.

La donna dovrebbe immergersi nell'acqua quando lo ritiene utile e possibilmente quando il travaglio è in fase attiva con una attività contrattile consolidata. Prendere in considerazione la dilatazione cervicale come unico criterio di inclusione per l'immersione è appropriato ma allo stesso tempo riduttivo se consideriamo che l'acqua può riordinare o smorzare dei prodromi spastici e per effetto del rilassamento e del libero movimento rende possibile la correzione delle malposizioni fetali e la progressione della dilatazione.

TEMPERATURA DELL'ACQUA

La temperatura dell'acqua deve essere controllata regolarmente e non dovrebbe superare la temperatura corporea della madre quindi generalmente non oltre i 36,5 °C. Un'acqua con una temperatura più bassa potrebbe provocare una maggiore stimolazione al neonato esitando in un migliore tono muscolare e presenza. In acqua i bambini tendono ad

avere una partenza più lenta dovuto ad un ritardo nella stimolazione dei recettori del nervo trigemino del viso attorno alla bocca e al naso, quindi è doveroso considerare anche una tolleranza maggiore sui tempi di ripresa del colore e del tono muscolare.

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELL'ACQUA

Gli effetti dell'acqua sul travaglio dovrebbero essere valutati dopo un adeguato tempo di immersione profonda di 20 minuti e ogni due ore la donna dovrebbe essere incoraggiata ad uscire per circa trenta minuti e idratarsi adeguatamente.

ASSISTENZA E MONITORAGGIO

• ASSISTENZA E MONITORAGGIO DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO IN ACQUA

Sia durante il travaglio che durante il parto, le indicazioni di monitoraggio sono uguali a quelle previste per un parto fisiologico a terra attraverso l'ascultazione intermittente del battito e la valutazione dei segnali di progressione del travaglio (es. linea interglutea,...). In caso di una alterazione del bcf in travaglio o durante il periodo espulsivo è raccomandato aiutare la donna ad uscire dall'acqua in modo da poter essere in una condizione più favorente per rispondere in maniera appropriata ad eventuali urgenze.

Assicurarsi che durante il travaglio la donna possa svuotare la vescica periodicamente anche facendola uscire se necessario e si hanno dubbi poiché talvolta in acqua la minzione può essere confusa.

Una volta riempita la vasca non è detto che la si utilizzi, va sempre vagliata con cautela la possibilità di utilizzarla e di proporla senza mai dare per scontato che la paziente la utilizzerà.

• ASSISTENZA AL PERIODO ESPULSIVO IN ACQUA

Durante il travaglio e il parto la madre potrebbe defecare inconsapevolmente in acqua, pertanto è necessario avere a portata un colino per estrarre residui o eventuali coaguli e mantenere l'acqua il più possibile pulita per il parto. Anche nell'assistenza del travaglio in acqua è preferibile un'assistenza hands-off e utilizzare le mani solo in caso i segnali di mancata restituzione e rotazione esterna o disimpegno spontaneo delle spalle non avvenga spontaneamente e con segnali clinici non rassicuranti (es. colore, ...). In caso il parto stia procedendo in maniera fisiologica si può incoraggiare la madre a prendere il bambino da sé, o il padre ad accoglierlo stando sempre attente che la fuoriuscita del neonato non avvenga troppo repentinamente da facilitare eventuali stiramenti del cordone. Durante il parto in acqua sono infatti riportati alcuni casi di rottura del cordone a causa di una discesa in acqua non controllata. In caso la madre preferisca le posizioni più verticali durante l'espulsivo controllare che all'espulsione della testa il parto avvenga comunque completamente sotto acqua. Una volta nato, il neonato dovrebbe emergere in maniera graduale ma progressiva e con il viso per primo e non c'è nessuna ragione per mantenere il neonato in immersione completa a lungo dopo la nascita.

In breve

- Il bcf dovrebbe essere monitorato adeguatamente anche in acqua
- Eventuali residui di feci/coaguli dovrebbero essere rimossi dalla vasca al momento tramite il colino
- Un'assistenza hands-off è preferibile per non stimolare il bambino precocemente prima dell'emersione
- Al momento del parto il bambino dovrebbe nascere sotto il livello dell'acqua e dovrebbe essere portato alla superficie facendo emergere il viso per primo
- Una volta nato il bimbo coprirlo con panno caldo e tenerlo a contatto con la madre in modo da favorire la termoregolazione
- Non tagliare precocemente il cordone in acqua
- Incoraggiare l'attaccamento precoce al seno e valutare di uscire dall'acqua o abbassarla se il livello arriva alla mammella e limita un attacco efficace e sicuro

MOTIVI PER ABBANDONARE LA VASCA

- Spossatezza e tachicardia
- Sanguinamento non giustificato o di entità non rassicurante
- Alterazioni del bcf
- Necessità di fare una episiotomia
- Segnali di distocia di spalle
- Liquido tinto
- Neonato che appare freddo e scomodo
- Neonato non reattivo alla nascita e che necessita di rianimazione
- Scelta istintiva della paziente

IL SECONDAMENTO

Non ci sono motivi per fare uscire dalla vasca una paziente prima del secondamento soprattutto se questo arrecherebbe un disturbo nel processo del bonding tra madre e neonato, anche la placenta può nascere nell'acqua. La placenta una volta nata potrà essere riposta in una terrina di plastica che permetterà il galleggiamento sulla superficie dell'acqua. Può

essere utile, se possibile abbassare il livello dell'acqua anche in previsione di un trattamento attivo del secondamento con utilizzo di ossitocina in muscolo.

E' opportuno però misurare le proprie competenze ostetriche sulla capacità di intercettare eventuali perdite anomale in tempo o in quantità dopo la nascita. Se ancora non ci sentiamo sicure nella valutazione non vale la pena portare ansia o frustrazione, molto meglio uscire dall'acqua e accompagnare il secondamento con le dovute precauzioni. In caso di trattamento attivo del secondamento.

In breve

- Evitare trazioni sul cordone mentre il bambino viene fatto emergere dall'acqua
- Abbassare il livello dell'acqua se possibile
- Asciugare la gamba prima di iniettare ossitocina in acqua in caso di trattamento attivo del secondamento

LACERAZIONI E SUTURA

Non sono riportate differenze significative tra i benefici e i rischi associati con l'uso dell'immersione in acqua durante il travaglio sugli out-come del trauma perineale.

Dopo il parto è raccomandabile ritardare la sutura se non complicata a causa della possibile saturazione dei tessuti.

BIBLIOGRAFIA: NICE (2007) Intrapartum Care – Care of healthy women and their babies during childbirth. NICE, London. WATERBIRTH AND THE USE OF WATER DURING LABOUR AND BIRTH – CLINICAL GUIDELINE

Review of 1600 water births. Does water birth increase the risk of neonatal infection?

A Thoeni, N Zech, L Moroder, and F Ploner. The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine Vol. 17 , Iss. 5,2005

Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.

.....

.