



***Associazione Nazionale Ostetriche
Parto a Domicilio e Casa Maternità***

**IL PARTO A DOMICILIO E IN CASA MATERNITÀ:
IL RUOLO E LE MODALITÀ ASSISTENZIALI
DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE OSTETRICHE
PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ**

anno 2020

A cura di

Lisa Forasacco, Marta Montani

e con il gentile contributo di

Luana Bellotti, Marta Campiotti, Nadia Fagiani, Paola Iop e Annalisa Pini

SOMMARIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PREMESSA..... | 3 |
| STATO DELL'ARTE..... | 4 |
| <i>LA CASA MATERNITÀ</i> | 5 |
| PRINCIPI DI SICUREZZA, PREVENZIONE E SALUTE..... | 7 |
| NEL PARTO IN CASA O IN CASA MATERNITÀ | 7 |
| <i>LO STUDIO DELLE EBM E L'ORIENTAMENTO ATTRAVERSO LE LINEE GUIDA, DI INDIRIZZO E RACCOMANDAZIONI</i> | 7 |
| <i>IL NOSTRO MODELLO ASSISTENZIALE NEL SETTING DOMICILIARE</i> | 9 |
| <i>L'APPROCCIO DINAMICO DI VALUTAZIONE DELLA SALUTE</i> | 9 |
| <i>LA RETE: LE ISTITUZIONI, IL TERRITORIO, GLI OSPEDALI</i> | 10 |
| <i>E I PROFESSIONISTI</i> | 10 |
| <i>L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E LA CURA DELL'AMBIENTE</i> | 10 |
| <i>LA SCELTA INFORMATA, CONDIVISA E CONSAPEVOLE</i> | 11 |
| <i>LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E LA PRESENZA AL PARTO DI DUE OSTETRICHE SPECIALIZZATE</i> | 12 |
| <i>LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSTETRICA</i> | 13 |
| <i>LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON LA DONNA/COPPIA</i> | 13 |
| <i>LA BORSA OSTETRICA</i> | 14 |
| LE PECULIARITÀ ASSISTENZIALI DEL PARTO DOMICILIARE | 15 |
| CONCLUSIONI..... | 16 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 17 |
| APPENDICE A..... | 20 |
| RIFERIMENTI | 21 |

PREMESSA

In questo documento offriamo una lettura della realtà italiana sul parto programmato a domicilio e in Casa Maternità con gli obiettivi di presentare la nostra Associazione, fare informazione e favorire il confronto.

Dal 1996 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) afferma che *“la donna con gravidanza a basso rischio ostetrico dovrebbe partorire al livello più periferico possibile, quindi in ordine di luogo, in casa, Casa Maternità, centro nascita e infine ospedale”* (WHO, 1996).

In Italia il Comitato Percorso Nascita nazionale, con l'erogazione del documento *“Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle Ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)”*, ritiene utile implementare soluzioni organizzative con modello assistenziale a conduzione autonoma dell'Ostetrica. Tale modello va esclusivamente applicato alla donna con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio ostetrico (BRO). Queste soluzioni organizzative rispondono a criteri di qualità, sicurezza, garantiscono una maggiore continuità dell'assistenza e offrono alla donna, debitamente informata, la possibilità di scelta del setting assistenziale (CPNn, 2017).

Le ostetriche della nostra associazione, ispirandosi da sempre alle esperienze del Nord-Europa, offrono come setting assistenziali il domicilio e la Casa Maternità.

STATO DELL'ARTE

In Italia, il parto in casa è una realtà ancora poco diffusa, artigianale ma presente in pressoché tutte le regioni italiane.

In alcune regioni come l'Emilia Romagna, il Piemonte, le Marche, il Trentino Alto Adige e il Lazio, l'assistenza ostetrica domiciliare è riconosciuta e valorizzata (Regione Emilia Romagna, 1998). Per le famiglie è infatti possibile richiedere il rimborso parziale delle spese sostenute per la scelta del parto extraospedaliero garantendo una conseguente maggior accessibilità al servizio.

In Emilia Romagna, la Commissione Percorso Nascita a livello regionale ha redatto delle linee d'indirizzo sul parto a domicilio e ha previsto un PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) che include la nascita extraospedaliera.

Il parto a domicilio in Italia ha radici molto antiche e oggi è assistito da ostetriche laureate e specificatamente formate. Assieme alle competenze ostetriche, le professioniste abbinano una valutazione clinico-anamnestica a un approccio globale alla persona, per individuare con accuratezza chi è candidabile al parto domiciliare. Il parto a domicilio è un progetto che si costruisce assieme alla famiglia e centrato sulla salute materna e perinatale a breve e lungo termine.

L'assistenza prevede che l'ostetrica sia provvista dello strumentario e della competenza che servono per assistere in sicurezza e in autonomia alla nascita.

Proprio per implementare la qualità assistenziale domiciliare dal 1985 un gruppo di colleghe, provenienti da più regioni, ha cominciato a ritrovarsi annualmente per condividere, formarsi e porre le basi di un lavoro che ha trovato consenso culturale e scientifico sempre maggiore. Questo gruppo, il cui nome è Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità, oggi conta più di 160 ostetriche libero professioniste che hanno in comune un modello assistenziale basato sulla continuità dell'assistenza ostetrica, sull'appropriatezza, la personalizzazione e la scelta libera e consapevole.

Nel 1991 l'Associazione ha elaborato le prime Linee Guida Italiane sul parto extra ospedaliero (Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità, 1991), revisionate più volte negli anni. In seguito, sul principio della continuità assistenziale, è stata creata una cartella ostetrica integrata che include il percorso dalla gravidanza al puerperio. Nel 2016 è stato organizzato il primo Convegno Nazionale presso la Triennale di Milano dal titolo *“Nascere in casa si può, noi ci siamo”*.

Grazie all'impegno delle nostre associate, i dati delle nascite vengono quotidianamente raccolti anche attraverso una cartella interattiva telematica (Zanetti, M. *et al.*, 2019), grazie alla quale è stato possibile pubblicare un primo studio di ricerca sul campo condotta dal Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano. Lo studio conclude che *“il parto fuori dall'ospedale tra le*

donne con gravidanze a basso rischio è possibile e sicuro se è garantita un'appropriatezza assistenziale" (Campiotti M. et al, 2018).

Le ostetriche che appartengono a questo gruppo nazionale si impegnano in modo trasparente e professionale ad incarnare i principi etici e deontologici e a formarsi continuamente per garantire appropriatezza assistenziale e sicurezza nel percorso della nascita extraospedaliera.

LA CASA MATERNITÀ

La Casa Maternità è un luogo che accoglie le persone nei loro processi di salute e sociali, in particolare il diventare genitori, la gravidanza, il parto e il puerperio.

La Casa Maternità costituisce, insieme al domicilio, un luogo del parto indipendente e autonomo.

Il documento dell'Associazione Nazionale Ostetriche parto a domicilio e Casa Maternità a cura dell'Ostetrica Marta Campiotti *"Casa Maternità: un luogo speciale"* definisce la Casa Maternità un luogo extra ospedaliero con le caratteristiche abitative di una casa, un luogo sociale di benessere e salute basato sulla continuità assistenziale ostetrica (Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità, 2016).

CARATTERISTICHE DELLA CASA MATERNITÀ:

a) ha una o più stanze nascita, dove le Ostetriche assistono la nascita con le stesse modalità assistenziali del parto a domicilio. Per la coppia la Casa Maternità è, al momento della nascita, un luogo conosciuto, intimo e accogliente.

Oltre ad un luogo di nascita, in Casa Maternità le ostetriche offrono servizi ostetrici, corsi di preparazione alla nascita, gruppi di sostegno al puerperio e all'allattamento, promozione culturale e sociale e momenti di aggregazione.

b) ha le caratteristiche strutturali di una vera casa, le coppie possono scegliere di permanere per qualche ora o qualche giorno e vivere gli spazi come se fossero i propri.

c) è un luogo dove vengono offerti servizi in continuità assistenziale

d) come per il parto in casa, la presa in carico avviene da parte di un'ostetrica o di un team di ostetriche che rimarranno il riferimento per la donna

e) è luogo di un'assistenza ostetrica basata sulla appropriatezza, la continuità e la personalizzazione dell'assistenza, capisaldi chiari da sempre per le ostetriche della Associazione.

f) può essere luogo di formazione post-base per Ostetriche e operatori della nascita.

Anche le norme regionali, ove ci sono, definiscono la Casa Maternità come: una struttura extra-ospedaliera con le norme di sicurezza e gli standard igienico-sanitari previsti per l'abitazione (Regione Lazio, 2016; Regione Lombardia, 2001) e che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici (Regione Lombardia, 2001). Si aggiunge che la Casa Maternità è un luogo separato strutturalmente dall'ospedale, ma ad esso funzionalmente collegato attraverso la disponibilità di collegamenti e procedure concordate con una struttura ospedaliera in caso di emergenza od anche il coordinamento e l'integrazione delle attività ostetriche. In Casa Maternità si svolgono inoltre attività correlate alla gravidanza ed al parto non solo in senso strettamente sanitario, bensì anche di tipo sociale, culturale, relazionale (Regione Emilia Romagna, 1998).

Le case maternità possono assomigliare ad alcuni modelli proposti in Europa, come le *Midwifery Unit Freestanding* inglesi, le *Geburtshäuser* tedesche e svizzere, i *Birth Center* dell'American Association of Birth Centers (AABC, 2017), le *Casa de Naixements* catalane, le *Maison de Naissance* francesi. Queste strutture sono generalmente a conduzione ostetrica e in molti di questi esempi le Case Maternità sono integrate nei relativi servizi sanitari nazionali.

PRINCIPI DI SICUREZZA, PREVENZIONE E SALUTE NEL PARTO IN CASA O IN CASA MATERNITÀ

Intendiamo il concetto di sicurezza come un sistema multifattoriale che comprenda:

- lo studio delle EBM e l'orientamento attraverso le Linee Guida, di Indirizzo e le Raccomandazioni
- il nostro modello assistenziale nel setting domiciliare (casa o casa maternità)
- l'approccio dinamico di valutazione della salute
- la rete: le istituzioni, il territorio, gli ospedali e i professionisti
- l'appropriatezza assistenziale e la cura dell'ambiente
- la scelta informata, condivisa e consapevole
- la continuità assistenziale e la presenza al parto di due ostetriche specializzate
- la personalizzazione dell'assistenza ostetrica
- la relazione terapeutica con la donna/coppia
- la borsa ostetrica adeguatamente attrezzata

LO STUDIO DELLE EBM E L'ORIENTAMENTO ATTRAVERSO LE LINEE GUIDA, DI INDIRIZZO E RACCOMANDAZIONI

È fondamentale citare che il NICE nel suo documento *"Intrapartum care for healthy mother and baby"* del 2017 ricorda che:

- le donne a basso rischio ostetrico hanno il diritto di essere informate che partorire a casa o in una *midwifery unit* (struttura a gestione ostetrica es. *freestanding o alongside birth centers*) è generalmente molto sicuro sia per le donne che per i neonati
- le donne a basso rischio ostetrico hanno diritto a scegliere qualsiasi luogo per il proprio parto e ad essere sostenute nella scelta del luogo del parto
- il rischio di interventismo in un parto a casa e o in una *midwifery unit* è basso e non c'è differenza negli out-come neonatali rispetto ai neonati nati in ospedale (NICE, 2017).

Le EBM ad oggi depongono a favore della scelta del parto extraospedaliero.

Ad oggi "la rigorosa revisione sistematica degli studi condotti in paesi industrializzati e caratterizzati dalla presenza di un sistema sanitario universalistico indica che - laddove il parto extraospedaliero sia assistito da un'ostetrica esperta e quando la donna e il suo bambino non presentino determinati fattori di rischio - gli indici di mortalità e morbosità materne e perinatali non sono significativamente superiori a quelli osservati in ospedale. Le donne pluripare a basso

rischio rappresentano il modello ideale al quale proporre un parto a domicilio o in casa di maternità.” Giuseppe Battagliarin (Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia Romagna, 2019).

È importante citare che a livello nazionale il documento *“Assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero”* che, oltre alle Linee di Indirizzo, presenta anche una accurata revisione sistematica dedicata anche alle prove di efficacia in ambiente extra-ospedaliero (Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia Romagna, 2019).

Qui di seguito ne riportiamo alcune conclusioni.

La scelta di un parto pianificato a domicilio, in donne con gravidanza fisiologica, è associata a una riduzione di interventi ostetrici sulla madre:

- *parto pilotato con ossitocina, parto operativo con ventosa*
- *bassa incidenza di episiotomia*
- *riduzione delle lacerazioni vaginoperineali di 3° o 4° grado*
- *rischio diminuito di taglio cesareo*

La ridotta frequenza degli esiti avversi consegue a eventi imprevedibili, i quali possono essere ulteriormente contenuti grazie a:

- *una precisa, appropriata, prudente e ricorrente valutazione del rischio ostetrico nel corso della gravidanza e del travaglio di parto;*
- *una rigorosa selezione attuata dalle ostetriche che assistono a domicilio;*
- *una scrupolosa valutazione della loro competenza ed esperienza professionale;*
- *una verifica degli aspetti e dei requisiti del luogo del parto;*
- *la disponibilità di un sistema integrato territorio-ospedale agibile in caso di emergenza.*

La revisione della letteratura individua in questi fattori gli elementi che possono determinare una differenza negli esiti.

In fase di pubblicazione delle Linee di indirizzo è stata analizzata un'ulteriore metanalisi appena pubblicata, i cui risultati non mostrano differenze nell'esito primario (mortalità perinatale e neonatale) fra parti programmati a domicilio e parti programmati in ospedale, indipendentemente dal disegno dello studio e dalla parità (Hutton EK et al, 2019).

Uno studio condotto negli Stati Uniti di America ha esaminato le differenze nella soddisfazione alla nascita delle donne che hanno partorito a casa e nei centri di nascita e quelli che sono nati in un ospedale usando la scala di soddisfazione alla nascita/*Birth Satisfaction Scale* (BSS) e la scala di soddisfazione alla nascita revisionata/*Birth Satisfaction Scale-Revised* (BSS-R). Dallo studio emerge che la soddisfazione era maggiore per le donne che avevano pianificato una

nascita in casa o in un centro di nascita, e che avevano effettivamente partorito in una casa o in un centro di nascita, rispetto alle donne che avevano pianificato una nascita in ospedale (Fleming S.E. *et al.*, 2016).

Nell'aprile 2020 su *The Lancet* viene pubblicata una revisione sistematica e metanalisi che analizza gli out-come materni e gli interventi sulla nascita tra le donne che pianificano un parto in casa comparate a donne a basso rischio con un parto ospedaliero programmato. Lo studio riporta che il parto in casa è sicuro per le donne a basso rischio, che programmano un parto in casa e dove l'assistenza al parto a domicilio è ben integrata nel sistema sanitario territoriale (Reitsma A. *et al.*, 2020).

IL NOSTRO MODELLO ASSISTENZIALE NEL SETTING DOMICILIARE

Il nostro modello assistenziale integra i modelli della Midwifery e della Salutofisiologia con un approccio alla maternità di tipo bio-psico-sociale e una decennale esperienza sul campo.

Alla base del nostro modello assistenziale ci sono l'ascolto e la conoscenza della donna, per creare una relazione di fiducia indispensabile e una presa in carico personalizzata e appropriata. La valutazione dinamica della salute materno-fetale e del rischio ostetrico viene proposta in continuità assistenziale e tiene conto dei bisogni della donna/coppia.

L'APPROCCIO DINAMICO DI VALUTAZIONE DELLA SALUTE

L'approccio dinamico si riferisce alla valutazione continua di criteri oggettivi clinici, relazionali e ambientali grazie ai quali orientiamo la nostra pratica per leggere appropriatamente la salute complessiva della donna e del suo bambino.

L'approccio dinamico prevede quindi che l'ostetrica, con cautela e attenzione, identifichi attraverso le linee guida le donne che possiedono i parametri di salute e benessere per espletare un parto a domicilio (o in Casa Maternità) in sicurezza.

Le caratteristiche per accogliere la richiesta di un parto a domicilio o in Casa Maternità sono generalmente:

- che la gravidanza sia a basso rischio ostetrico e giunga a termine
- che la gravidanza presenti aspetti clinico anamnestici rassicuranti
- che si sia instaurata una buona relazione terapeutica tra le ostetriche e la coppia

Nello specifico ogni ostetrica mette in gioco le competenze e l'esperienza per identificare e accompagnare la donna nella scelta del luogo del parto più sicuro per sé e il suo bambino.

L'ostetrica ha il compito di individuare eventuali condizioni border-line o patologiche per le quali studia un appropriato piano assistenziale di accompagnamento in ospedale, qualora permesso dalle strutture sanitarie di riferimento (*American College of Nurse-Midwives*, 2016).

LA RETE: LE ISTITUZIONI, IL TERRITORIO, GLI OSPEDALI E I PROFESSIONISTI

La rete e la continuità assistenziale tra il territorio e l'ospedale sono due criteri che rafforzano il concetto di sicurezza.

L'assistenza ostetrica erogata da ostetriche competenti e con un buon sistema di trasferimento e invio a livelli di cura superiori non aumenta il rischio di mortalità e morbilità perinatale per le donne a basso rischio ostetrico (De Jonge A. *et al.*, 2009). Il Sistema Sanitario Nazionale dovrebbe garantire protocolli condivisi per il trasferimento della donna tra i vari setting del parto (Cartabellotta *et al.*, 2015). In mancanza di questa disponibilità, laddove possibile, l'ostetrica suggerisce alla donna di prendere contatto con l'ospedale di riferimento già in gravidanza e in caso di un eventuale trasferimento, la professionista si premura di avvisare la struttura ospedaliera. È consuetudine che le ostetriche domiciliari si rendano disponibili a prestare continuità assistenziale anche all'interno dell'ospedale, mettendo a disposizione la scheda di trasferimento come anche consigliato dalle linee d'indirizzo della Regione Emilia Romagna (Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia Romagna, 2019).

Ci auspichiamo di creare dei piani integrati di assistenza formalmente riconosciuti tra il domicilio/Casa Maternità, i servizi di emergenza e l'ospedale con il fine di facilitare l'accessibilità a livelli di cura superiori e lavorare assieme per una positiva esperienza di nascita per la donna anche quando un trasferimento è necessario.

Nelle realtà in cui si sono costruiti percorsi integrati sono aumentati fiducia e rispetto reciproci. La presenza in ospedale delle ostetriche di riferimento è percepita dalla donna come un fattore protettivo e migliorativo dell'esperienza. Per questo nella nostra etica professionale c'è l'intenzione di lavorare con lealtà, rispetto e collaborazione con le/i colleghe/i delle strutture ospedaliere e del territorio.

L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E LA CURA DELL'AMBIENTE

L'assistenza ostetrica extra-ospedaliera si basa su un approccio valutativo, dinamico, multifattoriale che l'ostetrica mette in atto in ogni momento del percorso e di cui tiene traccia attraverso la cartella ostetrica.

L'ostetrica assiste alla gravidanza, il parto e il puerperio integrando le linee guida da noi redatte sul parto a domicilio con le *"Linee guida della gravidanza fisiologica"* dell'Istituto Superiore di

Sanità, “Le Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna” e il documento Nice “*Intrapartum Care for healthy mother and baby*”.

Alla nascita viene allertato il neonatologo/pediatra di riferimento che visita il bambino nelle prime ore dopo il parto e documenta la sua visita nella cartella integrata. L'ostetrica torna nelle giornate successive a visitare mamma e bambino fino a che l'allattamento al seno sia avviato, il recupero psico-fisico materno sia avvenuto, accompagnando così la famiglia nelle prime 4-6 settimane dal parto.

In ogni momento dell'assistenza le ostetriche sono attrezzate e competenti per rispondere all'emergenza, stabilizzare e prestare le prime cure alla madre e al neonato, attendere l'arrivo dei soccorsi e continuare a prestare soccorso se necessario fino all'arrivo in ospedale. Le emergenze ostetriche a domicilio sono rare (Hutton *et al.*, 2009): le condizioni ambientali e l'assistenza *one-to-one* (Gidaszewski *et al.*, 2019) favoriscono la prevenzione e il precoce riconoscimento delle alterazioni della fisiologia. Nella assistenza extraospedaliera si esclude la componente iatrogena in travaglio e nel parto responsabile talvolta dell'aumentato tasso di interventismi (Bolten *et al.*, 2016) e out-come sfavorevoli in donne con gravidanza a basso rischio (Khireddine *et al.*, 2013).

In caso di trasferimento urgente della donna durante il travaglio o nel post parto, viene utilizzato il Numero Unico per le Emergenze 112. Nella maggior parte dei casi, in situazioni di non emergenza/urgenza, il trasferimento viene utilizzata l'auto privata accompagnati dall'ostetrica (Rowe, 2011; Hermus *et al.*, 2017).

L'appropriatezza assistenziale si costruisce mediante l'esperienza, lo studio personale e la formazione. Le ostetriche associate, oltre ad essere responsabili della formazione e dell'aggiornamento del proprio profilo professionale, sono tenute anche alla frequentazione della formazione specifica sulle emergenze a domicilio.

Ogni ostetrica è tenuta a conoscere le potenzialità, i limiti e i confini della propria professionalità e fornire una assistenza calibrata sulle reali competenze ed esperienza. Le ostetriche che si avvicinano all'assistenza domiciliare sono incoraggiate ad affiancare un'ostetrica *senior* o a completare una adeguata formazione specifica.

L'Associazione propone alle proprie socie due corsi di formazione accreditati:

- *Professionalità a domicilio e formazione sul campo*
- *Quando a domicilio scatta l'emergenza*, corso pratico accreditato sulle manovre ostetriche di urgenza.

LA SCELTA INFORMATA, CONDIVISA E CONSAPEVOLE

Alla coppia viene inizialmente proposto un colloquio informativo durante il quale vengono spiegati i pilastri di sicurezza, le peculiarità assistenziali, vengono forniti in modo trasparente i dati e si condividono i desideri per la nascita del bambino. Se la famiglia è intenzionata a iniziare

il percorso, avviene la presa in carico attraverso l'apertura della cartella ostetrica, la pianificazione delle visite in gravidanza e la disponibilità telefonica. Attorno alla 37ma settimana le ostetriche e i futuri genitori prendono visione del consenso informato e ne condividono i contenuti. Questi riguardano i doveri assistenziali dell'ostetrica e la consapevolezza dei futuri genitori di aver compreso il percorso e di essere in accordo con le modalità assistenziali.

Gli obiettivi della presa in carico nel parto sono la *scelta informata*, la *centralità della madre e del partner* per rendere l'esperienza della nascita soddisfacente, positiva e appagante (WHO, 2018).

“Ho potuto vivere questo momento senza preoccupazioni per tutto ciò che sarebbe potuto avvenire in un luogo non conosciuto, in quanto tutto è stato pianificato secondo i miei desideri e tenendo in considerazione ogni possibile variabile”.

Testimonianza di Serena

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E LA PRESENZA AL PARTO DI DUE OSTETRICHE SPECIALIZZATE

A ogni donna la sua ostetrica, anzi le sue ostetriche. Il parto a domicilio è assistito da due ostetriche specializzate che, avendo seguito la gravidanza almeno a partire dalla 32 settimana, offrono reperibilità continua alla coppia dalla 37ma alla 42ma settimana e continuano l'assistenza fino alla chiusura del puerperio.

L'Ostetrica è quindi la *Case Manager* della donna, la professionista responsabile della pianificazione e della realizzazione dell'assistenza ostetrica ed esegue una valutazione globale basata sui bisogni della coppia e sulla continuità delle cure.

Una revisione sistematica suggerisce che le donne che hanno ricevuto assistenza ostetrica secondo modelli di continuità hanno meno probabilità di ricevere interventi e più probabilità di essere soddisfatte delle cure ricevute rispetto alle donne che hanno scelto altri modelli di cura (Sandall *et al.*, 2016).

La continuità dell'assistenza risponde infatti al bisogno primario delle donne di sentirsi accompagnate.

Le ostetriche della nostra associazione propongono un concetto di *continuità assistenziale di percorso* che si compone dei seguenti criteri:

- la continuità dell'operatore (*continuity of Carer*): ogni donna si affida a due o a un piccolo team di ostetriche che si mantengono le referenti conosciute reperibili per tutta la durata del percorso assistenziale. Tra queste una di loro condurrà primariamente la coppia nella presa in carico.

- la continuità nelle cure (*continuity of Care*): il team di ostetriche abbraccia un modello assistenziale e informazioni comuni atte a sostenere il processo di orientamento e di supporto alle scelte durante il percorso assistenziale.
- la continuità nel luogo (*continuity of Setting*): il team di ostetriche assiste nel luogo che la donna sente familiare (casa o Casa Maternità). La donna non deve preoccuparsi dell'adattamento ambientale a un contesto non conosciuto, muoversi dal proprio territorio o cambiare setting.

LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSTETRICA

Ogni donna, ogni neonato sono unici e irripetibili ed è così che vengono considerati.

L'ostetrica prevede un piano di assistenza personalizzato basato sui bisogni e desideri nel rispetto della condizione di salute della donna.

La donna può decidere le persone/familiari dai quali si farà accompagnare durante il percorso e in particolare durante la nascita.

“Ho fatto l'esperienza della più piena manifestazione del rapporto che si può avere con una o le due ostetriche, essendo stata accompagnata durante la gravidanza, al parto e nel puerperio. Si sono presi cura di me e di Johann seguendo i parametri obiettivi, ascoltandomi e sostenendomi cordialmente come mai mi era capitato prima.”

Testimonianza di Valérie

LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON LA DONNA/COPPIA

La relazione tra la famiglia e le ostetriche rappresenta il fulcro del parto domiciliare. È consigliabile prevedere, prima del parto, un tempo sufficiente (solitamente non oltre le 32 settimane) per poter costruire la relazione terapeutica e intercettare precocemente eventuali condizioni che farebbero decadere questo principio di sicurezza. In caso di richiesta tardiva le ostetriche valuteranno attentamente la fattibilità della presa in carico, ascoltando le motivazioni della coppia, la condizione di salute della madre assieme a una analisi delle proprie competenze e disponibilità.

Il concetto di relazione è trasversale e deve sussistere sia tra le ostetriche e la coppia, sia tra le ostetriche stesse.

Grazie alla relazione di fiducia la donna sente che le ostetriche custodiscono la sua storia, conoscono le sue dinamiche di salute, le sue caratteristiche corporee e psichiche, personalizzando così l'assistenza. Visita dopo visita avviene un vero e proprio allineamento di

intenti e nel tempo il linguaggio diventa comune assicurando alla donna la piena comprensione e protagonismo del processo assistenziale. Anche il padre/partner è importante che condivida e dia sostegno al percorso: viene infatti coinvolto il più possibile a partecipare attivamente e a esprimere i propri bisogni. Quando nella famiglia ci sono altri bambini, i genitori decidono autonomamente in che modo e quanto coinvolgerli; vengono così preparati e informati e incontrano le ostetriche durante gli incontri mensili.

Le ostetriche nutrono la relazione di fiducia con la donna e la famiglia costruendo una vera e propria partnership: un'alleanza fatta di rispetto dei ruoli, partecipazione attiva, collaborazione, stima ed empatia (*Midwifery partnership model*, Guilliland e Pairman).

Sovente le ostetriche diventano un punto di riferimento, un appoggio saldo e un "porto sicuro" al quale affidare le proprie paure e dubbi. L'approccio relazionale è inclusivo, rispettoso e compassionevole: la diade madre e bambino sono la base attorno a cui si costruisce l'assistenza anche quando ci sono delle complicanze. La relazione non si esaurisce con la nascita e il puerperio, ma continua nel cammino genitoriale talvolta per anni.

Anche le ostetriche devono condividere la comune intenzione di collaborare ed essere di supporto tra loro, sostenendosi nella gestione lavorativa e nella relazione con la donna per creare le migliori condizioni possibili.

LA BORSA OSTETRICA

Ogni borsa ostetrica, come delineato nelle Linee Guida, è costituita dallo strumentario periodicamente rivisto e dal materiale sanitario necessario sia per una assistenza di base sia per rispondere alle emergenze (es. ossitocina per emorragia del post partum, ambu neonatale per la rianimazione etc).

Comporre la borsa ostetrica però è anche corredarla del sapere, delle competenze maturate e dall'arte ostetrica.

LE PECULIARITÀ ASSISTENZIALI DEL PARTO DOMICILIARE

Le caratteristiche assistenziali che nel parto a domicilio vengono assicurate, perché basate sulle più recenti evidenze e raccomandazioni scientifiche (NICE, 2017), sono:

- possibilità di avere continuità nelle cure, nel *carer* (ostetrica) e nel setting
- il coinvolgimento della famiglia nelle decisioni assistenziali (*Istituto Superiore di Sanità, 2011*)
- il travaglio e il parto in posizione libera
- la possibilità di travagliare e partorire in acqua
- il monitoraggio del battito cardiaco fetale ad intermittenza (*American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017*)
- il clampaggio tardivo del cordone ombelicale (Fogarty *et al.*, 2018) e dopo il secondamento o per le famiglie che lo richiedano la possibilità di accompagnare ad un *lotus birth* (con le necessarie precauzioni igienico e di cura per un adeguato processo di essiccamento/mummificazione placentare)
- il bonding tra madre e bambino attraverso un ricongiungimento precoce e continuativo alla nascita (nessun bambino viene mai separato dalla madre)
- la rianimazione neonatale viene fornita accanto alla madre (*bedside*) e a cordone integro (Thomas *et al.*, 2014; Katheria *et al.*, 2016; Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia Romagna, 2019)
- la scelta informata sul trattamento attivo o fisiologico del secondamento (*Istituto Superiore di Sanità, 2016*)
- la cura delle lacerazioni e delle cicatrici del parto: si predilige una sutura in continua se necessaria, il coinvolgimento materno ed eventuale protocollo di cura in caso di non sutura (Aasheim *et al.*, 2017)
- assistenza al puerperio e sostegno all'avvio e al proseguimento dell'allattamento al seno e rete con i servizi territoriali, per un sostegno nel tempo dell'accudimento e degli aspetti genitoriali (Comitato Italiano per l'UNICEF, 2018)
- esecuzione delle profilassi e dei test di screening neonatali come da direttive ministeriali
- prevenzione, accompagnamento ostetrico e invio a servizi territoriali nei casi di disagio psichico.

CONCLUSIONI

La questione sulla sicurezza del parto a domicilio non può e non deve essere un'opinione.

Riconosciamo che le evidenze sul parto in casa esistono e che come tali è importante che nel tempo vengano confermate con indagini sempre più accurate.

Il parto in casa non è proposto come un evento circoscritto, ma come un percorso di continuità assistenziale con tutti i benefici che tale principio comporta (*Australian College of Midwife, 2018*).

La nostra Associazione è aperta al dialogo e al confronto e sempre lo sarà, amiamo crescere ogni giorno e maturare una visione responsabile, lungimirante e consapevole.

Con il nostro lavoro intendiamo accompagnare le donne e le famiglie che lo desiderano nel percorso del parto a domicilio e in Casa Maternità, valutandone assieme i rischi e le potenzialità e considerando in ogni istante la domanda "È questo il luogo più sicuro per la nascita di questo bambino e per il parto di questa madre?".

È nostra cura fornire una assistenza appropriata, cauta e attenta per assicurare la salute, il benessere di madre e bambino e una buona esperienza percepita e vissuta a breve e lungo termine.

Concludiamo affermando che ci sentiamo consapevolmente umane, appassionatamente in ricerca e umilmente a servizio della comunità di madri e bambini.

BIBLIOGRAFIA

Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. (2017) Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672.DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

American Association Of Birth Center (2017) Definition of Birth Center.

American College of Nurse-Midwives (2016) Midwifery Provision of Home Birth Services: American College of Nurse-Midwives. *J Midwifery Womens Health*. 61(1):127-33. doi: 10.1111/jmwh.12431. Epub 2015 Dec 16.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2017) Committee Opinion No.687: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstet Gynecol* 2017;129:e20-e28

Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità (1991) Linee Guida sull'assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e Casa Maternità. Ultima Revisione 2017.

Associazione Nazionale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità (2016) Definizione di Casa Maternità.

Australian College of Midwife (2018) Continuity of care - A summary of the evidence.

Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ, Geerts CC. (2016) Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal out-comes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 28;16(1):329.

Campiotti Marta, Campi Rita, Zanetti Michele, Olivieri Paola, Faggianelli Alice, Bonati Maurizio (2018) Nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, in Italia. *Ricerca&Pratica* 2018;34(2):58-66

Cartabellotta, A. et al. (2015) Linee guida per l'assistenza a partorienti sane e neonati e per la scelta del setting del parto. *Evidence Volume t*, Issue 5, e1000113.

Comitato Italiano per l'UNICEF (2018) Insieme per l'Allattamento: Le Linee Guida OMS/ UNICEF per la BFHI.

Comitato Percorso Nascita nazionale (2017) Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO).

Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia Romagna (2019) Linee di Indirizzo e Revisione sistematica delle prove "Assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero".

De Jonge A. et al. (2009) Perinatal mortality and morbidity in nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009 Aug;116(9):1177-84.

Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (2015) Gruppo di lavoro FNCO “Assistenza al parto domiciliare - extra ospedaliero”. *Lucina, la rivista dell'Ostetrica/o*. Numero 2/2015. Pagina 11.

Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (2018) Relazione della Presidente, approvata il 22 novembre 2018 dal Comitato Centrale della FNOPO Consiglio Nazionale 24 novembre 2018.

Fleming SE, Donovan-Batson C, Burduli E, Barbosa-Leiker C, Hollins Martin CJ, Martin CR (2016) Birth Satisfaction Scale/Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS/BSS-R): A large scale United States planned home birth and birth centre survey. *Midwifery*; 41:9-15. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.008. Epub 2016 Jul 7.

Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, Simes J, Tarnow-Mordi W (2018) Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 218(1):1-18. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.231. Epub 2017 Oct 30.

Gidaszewski B, Khajehei M, Gibbs E, Chua SC. (2019) Comparison of the effect of caseload midwifery program and standard midwifery-led care on primiparous birth out-comes: A retrospective cohort matching study. *Midwifery*. 69:10-16. doi: 10.1016/j.midw.2018.10.010. Epub 2018 Oct 18.

Hermus, M. A. A. et al. (2017) Defining and describing birth centres in the Netherlands - a component study of the Dutch Birth Centre Study, *BMC Pregnancy and Childbirth*. doi: 10.1186/s12884-017-1375-8.

Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. (2009) Out-comes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study. *Birth*. 36(3):180-9. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x.

Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. (2019) Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*; 14:59-70

Istituto Superiore di Sanità (2011) Linee guida della Gravidanza fisiologica

Istituto Superiore di Sanità (2016) Linee guida Emorragia post-partum, come prevenirla come curarla.

Katheria A, Poeltler D, Durham J, Steen J, Rich W, Arnell K, Maldonado M, Cousins L, Finer N. (2016) Neonatal Resuscitation with an Intact Cord: A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr*; 178: 75-80.

Khireddine I, Le Ray C, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. (2013) Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. *PLoS One*. 2013;8(1):e54858. doi: 10.1371/journal.pone.0054858. Epub 2013 Jan 25.

NICE (2017) Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline

Regione Emilia Romagna (1998) Legge Regionale n°26 della Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle Case di Maternità e a domicilio.

Regione Emilia Romagna (1998) Delibera di Giunta Regionale n. 10 del 8 gennaio 1999 Criteri e modalità attuative per il parto in ambiente extraospedaliero: direttiva alle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna in applicazione dell'art. 3, comma 2, della LR n.26 del 11-8-98.

Regione Lazio (2016) Decreto del Commissario ad Acta del 23 dicembre 2016, n. U00395 Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità.

Regione Lombardia (2001) Decreto Direzione Generale Sanità N. 16072 del 2001 Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa di maternità, in attuazione della LR 16/87.

Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton EK (2020) Maternal out-comes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020 Apr; 21: 100319. Published online 2020 Apr 5. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100319. PMCID: PMC7136633

Rowe R. (2011) Birthplace terms and definitions : consensus process Birthplace in England research programme . Final report part 2. NIHR Service Delivery and Organisation.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28;4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Review. PMID: 27121907

Schmid V. (2018) Il parto in Casa e in Casa Maternità. Firenze. Terra Nuova Edizioni.

Schmid V. (2007) Salute e Nascita. Milano. Urrà Edizioni.

Thomas MR, Yoxall CW, Weeks AD, Duley L. (2014) Providing newborn resuscitation at the mother's bedside: assessing the safety, usability and acceptability of a mobile trolley. *BMC Pediatr*; 14:135. 30.

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research (1996) Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: WHO; 1996

World Health Organization (2018) WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. ISBN 978-92-4-155021-5

Zanetti, M. et al. (2019) A web-based form with interactive charts used to collect and analyze data on home births in Italy. *Journal of Medical Internet Research*. doi: 10.2196/10335.

APPENDICE A

Nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, in Italia

Marta Campiotti, Rita Campi, Michele Zanetti, Paola Olivieri, Alice Faggianelli, Maurizio Bonati
Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità, Induno Olona (VA), Italia. *Laboratorio per la Salute Materno Infantile*, Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Le ostetriche dell'Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità offrono, in regime libero-professionale, assistenza in gravidanza, parto e puerperio.

I dati si riferiscono al triennio 2014-2016 e a 424 donne italiane, pari a quasi la metà (47%) di tutti i parti extra-ospedalieri registrati in Italia nel periodo considerato.

Sono state incluse donne senza malattie rilevanti, a una età gestazionale di 37-42 settimane di gravidanza compiute, con feto in presentazione cefalica, 321 (76%) delle quali hanno partorito a domicilio e 103 (24%) in casa di maternità.

La maggior parte delle nascite (79%) è stata registrata in Italia settentrionale. L'età media delle madri e dei padri era, rispettivamente, 33.6 (deviazione standard, DS: 4.7) e 37.0 (DS: 5.6) anni.

Le madri avevano un livello di istruzione superiore rispetto ai padri; la condizione di occupato era più frequente fra i padri (99%) rispetto alle madri (78%).

Lo studio descrive le differenze osservate fra parto a domicilio e in casa di maternità nella distribuzione delle madri per parità, età al primo parto e livello di istruzione. In un modello di regressione multivariata, essere primipara e avere il primo figlio in età ≥ 35 anni era associato a una probabilità maggiore di partorire in una casa maternità rispetto a domicilio (RR: 1.89; IC 95%: 1.11, 3.21; RR: 2.29; IC 95%: 1.10, 4.77 rispettivamente).

Fra le 247 donne pluripare, era maggiore la frequenza di coloro che avevano precedentemente partorito in ospedale (63%) e avevano avuto un parto vaginale (91.9%). Poco più della metà (51.2%) delle pluripare che hanno partorito in casa di maternità aveva precedentemente partorito in casa.

Non sono stati registrati trasferimenti in travaglio; sono stati ricoverati entro una settimana dal parto una madre e otto neonati, tutti dimessi dall'ospedale dopo pochi giorni. Sono risultati fattori associati a una maggiore probabilità di parto extra-ospedaliero il luogo di residenza, l'età superiore a 35 anni, la primiparità, l'alto livello di istruzione, essere sposata e/o convivente con un partner con un alto livello di istruzione.

Nel modello di regressione multivariata, i fattori statisticamente significativi di scelta di partorire fuori dall'ospedale sono risultati la residenza in piccola città (OR: 2.27; IC 95%: 1.59, 3.25), il livello di scolarità dei genitori uguale a scuola secondaria superiore o università (per ciascuna stratificazione OR >2) e, limitatamente alla scelta di partorire in una casa di maternità, la primiparità (OR: 1.48; IC 95%: 1.11, 2.00) (Campiotti et al, 2018).

RIFERIMENTI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE CULTURALE OSTETRICHE PARTO A DOMICILIO E CASA MATERNITÀ

Il DIRETTIVO è composto dalle Ostetriche Forasacco Lisa (Presidente), Montani Marta (Vicepresidente), Bellotti Luana (Segretaria), Iop Paola (Tesoriera), Pini Annalisa (consigliera), Fagiani Nadia (consigliera).

direttivonascereacasa@gmail.com

segreteriaascereacasa@gmail.com

www.nascereacasa.it