

Dal parto in casa a quello in acqua: le tecniche non convenzionali



Parto a casa

Fino agli anni '50 le donne partorivano in casa, assistite in genere dall'ostetrica, meno frequentemente dal medico, e si recavano in ospedale solo se vi erano rischi evidenti. Nei decenni successivi le nascite sono avvenute sempre più spesso in ospedale, fino a fare scomparire quasi del tutto il parto in casa. Negli ultimi anni, in Italia, anche se in una percentuale poco significativa, continuano ad aumentare le donne che scelgono questa antica pratica. Nella gran parte dei Paesi europei meno dell'1% delle nascite si verifica a casa. Il parto a casa è più frequente in Scozia (1,4%), Islanda (1,8%), Inghilterra (2,7%), Galles (3,7%) e soprattutto in Olanda (16,3%).

Una domanda che ci viene posta sempre più frequentemente è se sia meglio partorire a casa o in ospedale.

Gli studi pubblicati sulla pratica del parto in casa presentano numerose limitazioni metodologiche legate alla piccola dimensione del campione, alla mancanza di un gruppo di controllo adeguato, alla difficoltà a distinguere tra parti in casa pianificati e non, nonché all'eterogeneità nelle competenze e nella formazione del personale di assistenza al parto. Per evitare i dubbi, legati a queste problematiche metodologiche, una recente ricerca, pubblicata su una autorevole rivista, è stata condotta negli Stati Uniti su un campione di circa 80.000 gravidanze che includevano solo mamme e bambini sani e senza fattori di rischio. Sono stati esclusi dall'analisi parti gemellari, podalici e prematuri e bambini con difetti congeniti. È emersa una differenza significativa fra chi aveva deciso di partorire in ospedale e chi aveva pianificato la nascita a casa o in una struttura dove non sono presenti medici (le cosiddette "case delle ostetriche"). Nel primo caso la mortalità perinatale e neonatale è stata di 1,8 e 0,6 per mille parti, mentre quando si sceglieva la nascita a casa la mortalità aumentava a 3,9 e 1,6 per mille parti. In ogni caso, come gli autori dichiarano, i rischi di morte erano bassi in entrambi i gruppi. C'era un aumento anche delle probabilità di trasfusioni per la madre. Si è invece osservato con il parto a casa una riduzione dei cesarei e delle lacerazioni. Va sottolineato che ben seicento donne che volevano partorire a casa (un



Mario De Curtis

Professore Ordinario di Pediatria, Università di Roma La Sapienza
Direttore UOC di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale Policlinico Umberto I, Roma

sesto del totale di questo sotto gruppo) sono dovute ricorrere all'ospedale per complicanze sopraggiunte durante il travaglio domestico. Questo ampio studio conferma che il parto in ospedale è più sicuro e riduce i rischi di mortalità neonatale e di complicanze per la mamma. I fautori del parto al di fuori dell'ospedale sottolineano i vantaggi soprattutto psicologici, opzione questa che si inserisce in un quadro di scelte più naturali e meno medicalizzate.

La maggior parte delle donne sane partorisce a termine senza problemi e quindi la gran parte delle nascite potrebbe realizzarsi senza la necessità di interventi medici. Ma va sempre tenuto presente che anche nelle condizioni ideali non si può escludere, con assoluta certezza, l'eventualità che insorgano delle complicazioni, che potrebbero mettere a rischio la salute della mamma e del bambino. In questi casi diventa necessario un immediato tra-

La maggior parte delle donne sane partorisce a termine senza problemi e quindi la gran parte delle nascite potrebbe realizzarsi senza la necessità di interventi medici. Ma va sempre tenuto presente che anche nelle condizioni ideali non si può escludere, con assoluta certezza, l'eventualità che insorgano delle complicazioni, che potrebbero mettere a rischio la salute della mamma e del bambino. In questi casi diventa necessario un immediato tra-

La maggior parte delle donne sane partorisce a termine senza problemi e quindi la gran parte delle nascite potrebbe realizzarsi senza la necessità di interventi medici. Ma va sempre tenuto presente che anche nelle condizioni ideali non si può escludere, con assoluta certezza, l'eventualità che insorgano delle complicazioni, che potrebbero mettere a rischio la salute della mamma e del bambino. In questi casi diventa necessario un immediato tra-



sferimento in ospedale, non sempre facile da realizzare soprattutto in condizioni di emergenza.

La Società Italiana di Neonatologia (SIN), come l'American Academy of Pediatrics (AAP) e l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), continua a sostenere che l'ospedale è il posto più sicuro dove partorire e ribadisce che partorire in casa espone mamma e neonato a rischi maggiori e imprevedibili. Tuttavia, qualora una donna decida di optare per il parto a domicilio, la SIN fornisce delle indicazioni per affrontare la nascita nelle condizioni di maggiore sicurezza possibile, sulla base anche dell'organizzazione sanitaria di riferimento. È preliminare una accurata selezione delle pazienti che vogliono partorire a casa. Debbono essere in buona salute, senza malattie pregresse o in sorte durante la gravidanza. Il feto, con un'età gestazionale di 37-41 settimane, deve essere in posizione cefalica. La gravidanza multipla, una malposizione fetale o un precedente taglio cesareo sono considerate come controindicazioni assolute.

La SIN inoltre raccomanda che:

1. la donna deve essere correttamente informata sui rischi del parto a domicilio e sulla organizzazione dello stesso nella città dove intende partorire.
2. Deve esservi un presidio ospedaliero attrezzato facilmente raggiungibile.
3. Deve essere garantito un trasporto rapido in ospedale per mamma e neonato ad opera di personale esperto ed addestrato nelle manovre di rianimazione.
4. Occorre pre-allertare l'ospedale con Terapia Intensiva Neonatale più vicina.
5. La futura mamma deve rivolgersi a un'ostetrica con training appropriato nell'assistenza sia in ospedale sia a domicilio e che abbia una documentata capacità nelle manovre rianimatorie neonatali.
6. È necessario garantire al neonato e alla mamma, nelle ore immediatamente dopo il parto, tutti i controlli necessari e di routine.

Se da un lato esistono fondate preoccupazioni per la sicurezza del parto a casa, dall'altro va ribadito che anche l'organizzazione del parto in ospedale dovrebbe decisamente migliorare in molte realtà ita-

liane. Dovrebbe essere data una maggiore attenzione all'umanizzazione delle cure e alla riduzione degli interventi medici non giustificati (es. tagli cesarei). Il percorso nascita di ogni donna e del suo bambino dovrebbe essere personalizzato, assicurando alla gran parte delle donne cure semplici e non invasive e utilizzando per le gestanti che presentano problemi un livello di cure adeguato al tipo di patologia presente. In questo percorso dovrebbero riemergere gli aspetti relazionali, psicologici, personali e sociali della gravidanza e della nascita. Le routine ospedaliere dovrebbero tener sempre presente che il parto è nella gran parte dei casi un evento fisiologico. Le sala parto anche strutturalmente dovrebbero essere locali confortevoli e tali da creare un ambiente rilassato e familiare.

Parto in acqua

Il parto in acqua è diventato molto popolare negli ultimi decenni. L'idea alla base è costituita dal fatto che il feto trascorre i primi nove mesi della sua vita in un milieu acquoso (liquido amniotico) e che il suo passaggio dall'utero al mondo esterno dovrebbe essere più facile, più dolce e meno stressante se viene effettuato in acqua.

Si parla di immersione in acqua quando l'addome della madre è completamente immerso in una o più fasi del travaglio e del parto. Questa situazione implica l'utilizzo di una vasca più grande di una vasca da bagno comunemente utilizzata in casa, al fine di consentire non solo la presenza di due persone, ma anche alla donna di muoversi e di partorire senza difficoltà. I vantaggi riferiti di questa pratica sono: diminuzione del dolore perinatale, maggiore senso di benessere, minore frequenza di traumi perinatali e minore stress materno.

Nei paesi sviluppati le complicanze ostetriche non sono frequenti e per questo motivo è necessario ricorrere ad un gran numero di osservazioni per identificare i vantaggi e i rischi potenziali associati al parto in acqua rispetto al parto convenzionale.

Due autorevoli società scientifiche come l'AAP e l'ACOG, dopo aver analizzato i lavori pubblicati su questo tema, si sono espresse su questo argomento



Pub Med

▼ European perinatal health report. The Health and Care of Pregnant Woman and Babies in Europe in 2010. EURO-PERISTAT 2013.

▼ Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, et al. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *Engl J Med* 2015;373(27):2642-53.

▼ SIN Informa, Parto in Casa: per la Società Italiana di Neonatologia è una scelta rischiosa. 2017, 45: 10.

▼ Watterberg KL; Committee on Fetus and Newborn. Committee on Fetus and Newborn. Policy statement on planned home birth: upholding the best interests of children and families. *Pediatrics* 2013;132(5): 924-6.

▼ The American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Care Physicians Committee Opinion No 697 Summary: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol* 2017;129(4):779-80.

▼ Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD000111.

▼ American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Immersion in water during labor and delivery. *Pediatrics* 2014; 133(4):758-61.

▼ Iriondo Sanz M, Sánchez Luna M, Botet Mussons F, et al. Underwater delivery. Consensus of the Spanish Neonatology Society and the Perinatal Section of the Spanish Obstetrics and Gynecology Society. *An Pediatr (Barc)* 2015;82(2):108.e1-3.



in un articolo su "Pediatrics". Da questa attenta revisione della letteratura sono emersi numerosi limiti metodologici degli studi pubblicati, per la gran parte non sottoposti al controllo di revisori indipendenti. Gli articoli, che fanno riferimento ad un numero ridotto di casi, sono prevalentemente retrospettivi, spesso sono revisioni di casi osservati in un singolo centro, talora studi osservazionali che hanno utilizzato un controllo storico e in alcuni casi sono solo opinioni personali. Manca inoltre una definizione uniforme di immersione in acqua e spesso non viene indicato quando questa è stata iniziata se durante il travaglio o il parto, la sua durata, la profondità della vasca e la temperatura dell'acqua. Non viene riportata l'eventuale presenza di un'ostetrica o di altro personale dedicato che naturalmente può condizionare i risultati. Tutte queste variabili, raramente documentate, possono aver avuto un importante effetto sui risultati e ne limitano la loro validità ed escludono la possibilità di un confronto tra gli studi.

È ugualmente difficile definire l'incidenza di complicazioni materne e neonatali del parto in acqua. Una serie di casi pubblicati ha segnalato numerose e gravi complicazioni neonatali: infezioni e sepsi (soprattutto quando si verifica una rottura delle membrane amniotiche), disturbi della termoregolazione, shock ipovolemico per rottura del cordone ombelicale, distress respiratorio per aspirazione di acqua associata a iponatremia per intossicazione da acqua, annegamento, encefalopatia ipossico ischemica.

Sulla base dei dati disponibili si può oggi affermare che nelle gravidanze a termine, il parto in acqua iniziato nel primo stadio del travaglio riduce la necessità di un'analgesia farmacologica e la durata del travaglio, ma non migliora la prognosi perinatale. Il parto in acqua nel secondo stadio del travaglio ha mostrato una maggiore soddisfazione materna, ma non altri benefici per la madre, mentre per il neonato sono stati segnalati complicazioni talora molto gravi e mortali.

Le madri che desiderano avere un parto in acqua debbono ricevere informazioni precise su dati certi ed in particolare sulle indicazioni, le possibili controindicazioni, i benefici e i rischi sia per loro che per i neonati.

L'AAP e ACOG e successivamente la Società spagnola di Neonatologia hanno definito che l'immersione in acqua nel secondo stadio del travaglio dovrebbe essere considerata una procedura sperimentale che dovrebbe essere eseguita solo nell'ambito di appropriati studi clinici controllati. È necessario stabilire rigorosi protocolli con indicazioni precise sulla selezione delle pazienti, sul mantenimento dell'igiene delle vasche, sulle procedure di controllo delle infezioni, sul monitoraggio della madre e del feto ad appropriati intervalli e sulle procedure da attivare immediatamente per togliere la donna dalla vasca se ci sono timori per la salute della mamma e del feto.

In ogni caso la sicurezza del neonato va sicuramente anteposta all'autonomia e alla libertà di scelta della madre. ■

I vantaggi ipotizzati con la "Lotus Birth" di maggiore passaggio di sangue dalla placenta al neonato vengono meno dopo i primi minuti quando il cordone cessa di pulsare, mentre elevato può essere il rischio di infezione

La "Lotus Birth" è una modalità di parto caratterizzata dalla mancata recisione alla nascita del cordone ombelicale con la conseguenza che la placenta e gli annessi fetali rimangono attaccati al neonato anche dopo il secondamento.

La separazione del neonato dalla placenta, se non viene reciso il cordone ombelicale, avviene generalmente dopo 3-10 giorni quando il cordone si secca e si distacca spontaneamente dall'ombelico. In questo periodo la placenta, trasportata sempre con il neonato, viene conservata in un sacchetto o in una bacinella e a volte viene cosparsa con sale grosso per favorirne l'essiccamento e con qualche goccia di olio profumato per mascherarne il cattivo odore.



Nuove mode rischiose: la “Lotus Birth”

Il nome deriva da Clair Lotus Day, infermiera californiana, che al momento della nascita di suo figlio, nel 1974, chiese di non recidere il cordone, inaugurando così questa pratica che si è diffusa da allora in vari Paesi.

I fautori di questa procedura ritengono che con la “Lotus Birth” il distacco avviene quando bambino e placenta hanno realmente concluso il loro rapporto e decidono sia giunto il momento della separazione. Ritengono che questo costituisca un modo più dolce, sensibile e rispettoso di nascere. Questa procedura inizia ad essere richiesta da alcune donne anche nel nostro Paese.

A parte le motivazioni ideologiche e mistiche di discutibile condivisione, va in modo chiaro sottolineato che al momento non esiste alcuna ricerca che abbia dimostrato un possibile beneficio.

I vantaggi ipotizzati con la “Lotus Birth” di maggiore passaggio di sangue dalla placenta al neonato vengono meno dopo i primi minuti quando il cordone cessa di pulsare, mentre elevato può essere il rischio di infezione.

Il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Regno Unito ritiene che la placenta, poco dopo la nascita, diviene un tessuto morto ed è particolarmente suscettibile di andare incontro ad un'infezione che può diffondersi al neonato.

È stato segnalato recentemente un caso a Modena di un nato a termine a casa da parto spontaneo che, su richiesta dei genitori, non ha avuto il cordone clampato e tagliato. La placenta è stata mantenuta collegata al bam-

bino per tre giorni in un sacchetto. Questo neonato ha sviluppato a 25 giorni un'epatite che è stata associata alla “Lotus Birth”.

Alcuni importanti ospedali italiani, ai quali era stata fatta richiesta di effettuare il parto con la “Lotus Birth”, hanno concluso che questa procedura non può essere praticata perché non consente il rispetto delle norme igienico-sanitarie vigenti e perché il rischio infettivo è reale. Inoltre questa procedura non è compresa in nessuna linea guida ministeriale e come tale non è riconosciuta.

In base a quanto indicato, per la mancanza di evidenze scientifiche di un vantaggio per mamma e neonato, per i pericoli fondati di infezione, per le norme amministrative in vigore, la SIN esclude la possibilità di effettuare la “Lotus Birth”.

Se questa procedura venisse in ogni caso effettuata, per esempio a casa, la SIN raccomanda un attento e stretto controllo del neonato per identificare precocemente segni clinici di una possibile infezione. (Mario De Curtis, Professore Ordinario di Pediatria, Università di Roma La Sapienza) ■

Il punto di vista medico-legale

Nello scorso mese di settembre l'argomento controverso della “Lotus Birth” è tornato ad essere di attualità per il caso avvenuto in un ospedale italiano in cui una partoriente ha rifiutato il taglio del cordone ombelicale richiedendo che lo stesso andasse incontro ad una involuzione naturale. Ciò ha comportato il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria e il caso, considerato l'intercorrente peggioramento clinico del bambino, si è concluso con la recisione del cordone e pertanto con un diniego rispetto alla volontà della partoriente.

Dal punto di vista medico-legale il primo aspetto da valutare è rappresentato dalla legittimità della richiesta, ma, prima ancora, dai fondamenti scientifici della stessa, per poi interrogarsi sulla legittimità o meno della prestazione professionale.

Ovviamente, le basi scientifiche non possono precludere eventuali condizioni di rischio a cui eventualmente si espone il neonato.

Sulla base delle evidenze scientifiche, ad oggi, non ci sono assodati fondamenti che possano conferire una relativa sicurezza di tale pratica, riconoscendo invece un concreto rischio di infezione per il neonato.

La Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nel 2008* raccomandava in primo luogo una piena informazione sui potenziali rischi tra cui, in particolare, quello di infezioni e i conseguenti pregiudizi per la salute del neonato. Segnalava inoltre la carenza di informazioni scientifiche a supporto.

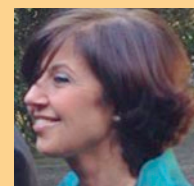
A distanza di alcuni anni possiamo ancora ribadire la carenza di evidenze scientifiche e in particolare di linee guida che prevedano tale procedura a seguito del parto. Inoltre, secondo la normativa vigente, la placenta è da considerarsi un rifiuto speciale e, come tale, non può fuoriuscire dall'ospedale, dovendo seguire determinate modalità di smaltimento (Decreto Legge 152/2006; GSA igiene urbana N.3/2012; DPR 254, luglio 2003).

Sulla base di tali premesse, in caso di danno al neonato, si configurerebbe un profilo di responsabilità per il medico e per la struttura che non verrebbe meno neppure a fronte della sottoscrizione di un consenso informato da parte della madre ovvero dei genitori.

Allo stato attuale, dunque, ci troviamo nella posizione di considerare non applicabile la pratica soprattutto a causa dei non trascurabili rischi d'infezione per il neonato, cui si aggiungano la scarsa gestibilità e la mancanza di chiari ed evidenti vantaggi per il neonato che merita particolare attenzione.

Ovviamente ben vengano proposte di ricerca su robuste basi scientifiche, purché essa si concentrino sull'obiettivo primario della tutela della salute del bambino.

* “Before choosing umbilical non-severance, all women should be fully informed of the potential risks, which may include infection and associated risks to the baby's health. The RCOG would like to stress that at present, the practice of lotus birth is new to the UK and there is a lack of research regarding its safety”.



Caterina Offidani

Responsabile UO
Medicina Legale,
Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù



▼ www.lotusbirth.it

▼ www.rcog.org.uk/en/news/rcog-statement-on-umbilical-non-severance-or-lotus-birth

▼ Tricarico A, Bianco V, Di Biase AR, et al. Lotus Birth associated with idiopathic neonatal hepatitis. *Pediatr Neonatol* 2016;pii: S1875-9572(16) 30075-4.