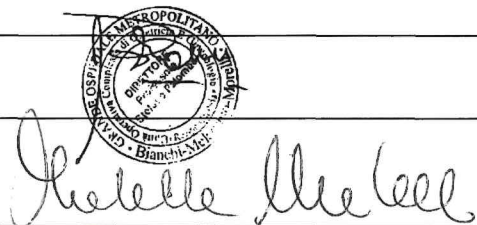
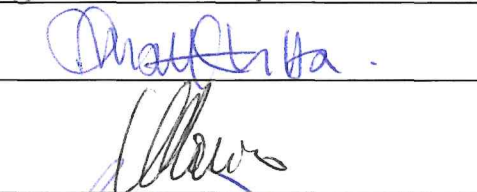



**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER
L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO IN ACQUA**

Rev.	1.0	
Data	14.12.2025	
Redazione	Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia: Prof. Dr Stefano Palomba	
	Direttore U.O.C. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale: Dott.ssa Isabella Mondello	
Verifica	Direttore Sanitario di Presidio Dott. Matteo Galletta	
	Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management Dott. Demetrio Marino	
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Salvatore M. Costarella	

SOMMARIO

1. Premessa
2. Terminologia e Abbreviazioni
3. Scopo
4. Campo di applicazione
5. Gruppo e strumenti di Lavoro
6. Criteri di inclusione ed esclusione
 - 6.1. Criteri di inclusione
 - 6.2. Criteri di esclusione
7. Management ostetrico
 - 7.1. Personale coinvolto
 - 7.2. Predisposizione e verifica della sala parto
 - 7.3. Management del parto in acqua
 - 7.4. Assistenza al neonato
8. Sostituzione filtro e misure di sanificazione della vasca per il travaglio/parto in acqua
9. Responsabilità
10. Riferimenti bibliografici
11. Allegati

1. PREMESSA

Il posizionamento della vasca per il travaglio/parto in acqua, all'interno dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia del GOM di Reggio Calabria, in associazione al completamento del nuovo Blocco chirurgico Ostetrico-Ginecologico attiguo, ha introdotto una nuova tecnica assistenziale di crescente utilizzo nelle realtà sanitarie nazionali ed internazionali.

L'uso dell'acqua durante il travaglio e il parto è stato promosso fin dagli anni '60 con le esperienze di Charkovsky e successivamente negli anni '70 di Leboyer e Odent, i quali intuirono i benefici dell'immersione in acqua durante le varie fasi del parto sia per la madre sia per il neonato. Negli stessi anni, in Italia, e più precisamente all'ospedale di Poggibonsi (Siena), fu introdotta la vasca per il parto naturale in acqua, la prima nel nostro Paese.

Dati osservazionali non controllati hanno in passato sostenuto l'impiego del travaglio-parto in acqua supponendo che l'uso dell'acqua riduca il ricorso all'analgesia epidurale, l'impiego dell'episiotomia nel secondo stadio, il trauma perineale, la durata del II stadio, il rischio di emorragia del post partum maggiore, di distocia di spalla e di altre complicanze post partum e migliori la soddisfazione materna senza rischi aggiuntivi per il neonato durante il parto in acqua (Cluet et al., 2018; Kartikasari et al., 2021; Taliento et al., 2022; Edwards et al., 2022; Zhang et al., 2022)

Al momento, in letteratura vi sono numerosi dati meta-analitici che sintetizzano le evidenze scientifiche sul travaglio e il parto in acqua.

Il più ampio studio di sintesi su studi non randomizzati (osservazionali, di coorte e prospettivi non controllati e controllati) e randomizzati (McKinney et al., 2024) ha evidenziato che il parto in acqua è un intervento sicuro per la madre e per il neonato. Il rischio di infezioni materne non è risultato aumentato, mentre si è assistito ad una riduzione del 20% del rischio di emorragia postpartum, del 40% di necessità di aspirazione neonatale, del 36% del rischio di infezione neonatale, del 31% di un basso Apgar score alla nascita, e del 44% di accessi in terapia intensiva neonatale (TIN) (McKinney et al., 2024). Di nota, tuttavia, l'aumentato rischio di avulsione del cordone al momento del parto (McKinney et al., 2024). Una interessante meta-analisi di 36 studi per 157,546 partecipanti, avente come scopo l'analisi degli interventi ostetrici in corso di travaglio-parto in acqua, ha confermato il minor uso di epidurale e di oppioidi, ma anche di episiotomia, di lesioni perineali e di emorragia post-partum (Burns et al., 2022). Il rischio, sebbene basso, di rottura di funicolo è risultato, anche in questo studio, circa 3 volte superiore in corso di parto in acqua (Burns et al., 2022).

Infine, una recentissima review sistematica di soli trial controllati randomizzati includente parti di donne con feto singolo in presentazione cefalica ed età gestazionale superiore alle 37 settimane ha identificato solo sei studi comparativi per un totale di 706 pazienti (Edwards et

al., 2024). L'impiego di "labor augmentation" e di anestesia neuroassiale risultavano meno frequenti nelle pazienti randomizzate al travaglio-parto in acqua. Non sono risultate differenze significative in termini di perdita ematica, emorragia postpartum, lacerazioni perineali, episiotomie, tipologia di parto, e mortalità/morbilità neonatale. Nessuno studio ha riportato tassi di corioamnionite e di endometrite. I tassi di soddisfazione materna e i punteggi del dolore sono risultati migliori nel gruppo travaglio-parto in acqua. La durata del I, II e III stadio è risultata inferiore in corso di travaglio-parto in acqua (Edwards et al., 2024).

Su base degli studi presenti in letteratura, quindi, il parto in acqua risulta associato a una minore probabilità di infezione materna, a minori punteggi di Apgar bassi alla nascita, a minor rischio di infezione neonatale, di ricorso a manovre di rianimazione neonatale e ricovero in unità di TIN. Pertanto, le evidenze scientifiche dimostrano come realmente il parto in acqua non aumenti apparentemente il rischio di complicanze materne e neonatali, rispetto al parto non in acqua.

L'uso dell'acqua è considerato sicuro anche in caso di rottura intempestiva delle membrane fino a 24 ore e in assenza di segni clinici di infezione materno/fetale. Le evidenze scientifiche supportano il travaglio/parto in acqua anche in presenza di tampone vagino-rettale positivo per streptococco Gruppo B (SBG) quando è garantita la profilassi antibiotica secondo linee-guida.

L'immersione in acqua nelle donne che scelgono di effettuare il parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC) è un valido strumento per fronteggiare il dolore, sebbene sia richiesto un monitoraggio continuo della FCF in acqua (SIGO 2021).

Non esistono, invece, sufficienti evidenze che dimostrino un rapporto rischio-benefici vantaggioso quando il terzo stadio del parto avvenga in immersione (Burns et al., 2022; McKinney et al., 2024).

In ogni caso, va garantita comunque alla donna la possibilità di effettuare il *bonding* neonatale e di iniziare l'allattamento al seno precocemente.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

BCF	Battito Cardiaco Fetale
BMI	Body Mass Index (Indice di massa corporea)
BRO	Basso Rischio Ostetrico
CTG	Tracciato Cardiotocografico
DISINFEZIONE	Metodica separata e successiva all'adetergenza che si avvale dell'uso di agenti chimici o fisici per eliminare tutti i microrganismi patogeni presenti sulle superfici ambientali, tranne le spore.
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
EGA	Emogasanalisi arterioso
FC	Frequenza cardiaca

PV	Parametri vitali
I STADIO DEL PARTO	Fase dilatante > 4 cm di dilatazione
II STADIO DEL PARTO	Fase espulsiva
III STADIO DEL PARTO	Fase del secondamento
PA	Pressione arteriosa
PDTA	Protocollo Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale
PROM	Rottura Prematura delle Membrane
SANIFICAZIONE	Procedura di pulizia che prevede l'impiego di soluzioni detergenti al fine di rimuovere ed asportare dalle superfici il materiale organico (sporco) e di ridurre la carica microbica presente
SGB	Streptococco Gruppo B
STERILIZZAZIONE	Procedura di eliminazione di tutti i microrganismi patogeni, incluse le spore
T°	Temperatura
TIN	Terapia intensive neonatale
TRAVAGLIO DI PARTO	Presenza di contrazioni uterine valide che determinano l'appiannamento e la dilatazione della cervice uterina
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean (Parto vaginale dopo taglio cesareo)

3. SCOPO

La stesura del presente PDTA si pone l'obiettivo di definire le modalità clinico-assistenziali per l'assistenza al travaglio e al parto in acqua, su basi di razionalità scientifica, al fine di offrire alla gravida l'opportunità di avvalersi di una procedura alternativa, a quella del parto tradizionale, in condizioni di massima sicurezza e tutela per la propria salute e per quella del neonato.

Il presente documento è stato realizzato al fine di definire, ed uniformare, all'interno dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia, le modalità clinico-assistenziali ed organizzative necessarie a fornire alla gravida, che travaglia e partorisce in acqua, un servizio efficace, efficiente e sicuro, a tutela della sua salute e di quella del neonato.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente PDTA si applica a tutte le donne gravide che accedono ai servizi dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia del GOM di Reggio Calabria che rispondono ai criteri di inclusione dettagliati nel paragrafo 6 e che li mantengono per tutta la durata del travaglio/parto.

I destinatari del presente PDTA sono tutto il personale sanitario, medico (ginecologo-neonatalogo) e ostetrico, che gestiranno il percorso e l'assistenza della gravida che sceglie il percorso del travaglio/parto in acqua.

5. GRUPPO E STRUMENTI DI LAVORO

Il presente PDTA è il frutto del lavoro di gruppo multidisciplinare delle UOC di Ginecologia e Ostetricia e di Neonatologia del GOM di Reggio Calabria.

Nella stesura del presente PDTA sono stati presi in considerazione come riferimenti le linee guida del Royal College of Midwives "Evidence Based Guidelines, immersion in water for labour

and birth," le Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Intrapartum care for a positive childbirth Experience" del 2018, del National Institute for Health and Care Excellence "Intrapartum care for healthywomen and babies" del 2014 e successivi aggiornamenti, dell'Istituto Superiore di Sanità sulla Gravidanza fisiologica del 2011. Sono stati revisionati inoltre i principali protocolli e PDTA delle UOC che hanno implementato il parto in acqua.

Il PDTA è stato ottimizzato contestualizzandolo alla realtà ospedaliera (incluso competenze specifiche, personale disponibile, strumentazioni presenti e/o acquisibili, logistica, etc..) del GOM.

6. CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE PER ACCEDERE AL PERCORSO

Di seguito sono dettagliati i criteri di inclusione e di esclusione delle donne al travaglio e parto in acqua.

In linea generale, le migliori candidate al travaglio/parto in acqua sono donne con gravidanza BRO di cui si rimanda ai criteri contenuti nel DCA della Regione Calabria n. 215/2023 "Linee di indirizzo operative per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico".

Tuttavia, si può proporre/supportare il travaglio/parto in acqua alle donne non BRO, che presentano condizioni di rischio di ipossia fetale (es. ipertensione lieve adeguatamente controllata, diabete gestazionale in dietoterapia e adeguatamente compensato), alle donne con tampone vagino-rettale positivo per SBG (somministrando un'adeguata profilassi antibiotica) e alle candidate al VBAC solo per il periodo del travaglio di parto, se necessario con CTG telemetrica in registrazione continua.

6.1. Criteri di inclusione

- Gravidanza fisiologica e a termine (> 37 settimane)
- Gravidanza singola con PP cefalica in presentazione di vertice
- Travaglio di parto attivo insorto spontaneamente
- Parametri vitali materni nella norma
- Liquido amniotico chiaro o lievemente tinto (T1)
- CTG antepartum rassicurante (nelle gravidanze non BRO)
- Donne con BMI <30 (valutare per BMI superiori la capacità della donna ad entrare e uscire dalla vasca)

6.2. Criteri di esclusione

Materni:

- Ipertensione moderata e severa
- Preeclampsia
- Iperpiressia materna

- PROM > 24 h (in caso di PROM <24 h la procedura è consentita in associazione ad eventuale profilassi antibiotica)
- Patologie trasmissibili per via ematica o da contatto (HBV, HCV, HIV, Herpes)
- Cardiopatie e vasculopatie materne
- Emorragie in atto
- Induzione del travaglio di parto
- Scelta della donna di non effettuare il travaglio/parto in acqua
- Utilizzo di analgesia epidurale

Fetali:

- Polidramnios/Oligoamnios
- Gravidanza gemellare
- Anomalie placentari
- Ritardo di crescita intrauterina (FGR)
- Liquido amniotico fortemente tinto di meconio (T2, T3)
- CTG antepartum non rassicurante (nella gravidanza non BRO)
- Presentazione podalica o altre malposizioni fetali.

La rivalutazione dei fattori di rischio verrà effettuata durante tutta la durata del travaglio/parto. Qualora dovessero presentarsi circostanze cliniche quali perdite ematiche anomale, alterazioni del BCF, liquido amniotico fortemente tinto di meconio, alterazioni dei parametri vitali, ripensamento sulla modalità del parto da parte della donna, difficoltà organizzative che non permettono la realizzazione di un'assistenza ostetrica one-to-one la procedura di immersione in acqua verrà interrotta (Allegato 1).

7. MANAGEMENT OSTETRICO

Di seguito verrà illustrata la gestione della gravida che sceglie di effettuare il travaglio/parto in acqua.

Durante la fase del pre-ricovero o in fase di ricovero alla donna/coppia verrà fornita un'informativa sui benefici attribuiti alla procedura e all'eleggibilità della stessa. La presente informativa dovrà essere allegata alla cartella clinica e firmata dalla donna e dal personale sanitario (Allegato 1).

7.1. Personale sanitario coinvolto

L'uso della vasca per travaglio/parto in acqua presuppone la presenza di almeno due ostetriche, con competenze e conoscenze necessarie a fornire un'adeguata assistenza alla gravida che sceglie di avviare tale procedura.

Nella fase di implementazione del PDTA sarà necessaria la formazione del personale sia da un punto di vista clinico/assistenziale sia sul corretto utilizzo dei DPI, sull'uso della vasca e della

telemetria CTG con sonde impermeabili. Tale formazione verrà eseguita in forma teorico-pratica a piccoli gruppi sul personale medico, ostetrico-infermieristico e OSS.

7.2. Predisposizione e verifica della sala parto

Nella predisposizione della sala parto si raccomanda di creare un ambiente sicuro e confortevole per la partoriente, rispettoso della privacy, con l'uso di luci soffuse, musica a scelta e una temperatura della sala compresa tra 23 e 24°.

L'ostetrica deve verificare e, eventualmente, predisporre:

- che la vasca sia stata ricondizionata prima di provvedere a riempirla con l'acqua;
- che la temperatura dell'acqua sia compresa tra i 36,5-37,5°C (NICE 2007) al fine di essere confortevole ed evitando il surriscaldamento corporeo (aumento della frequenza cardiaca fetale e iperpiressia materna) attivando il sistema di automonitoraggio della temperatura (di cui è dotata la vasca presso l'UOC di Ostetricia e Ginecologia);
- il riempimento della vasca. Procedura autoregolata, garantendo un livello di riempimento ottimale da consentire un'adeguata immersione e il massimo comfort della donna in acqua;
- la presenza dei DPI necessari all'assistenza al travaglio e/o al parto in acqua (guanti lunghi monouso, camici protettivi ed impermeabili, cuffia per capelli);
- la presenza di dispositivi medici, materiali e apparecchiature elettromedicali che possono rendersi necessari in corso di travaglio e/o parto in acqua, quali: CTG telematico con sonde impermeabili, sfigmomanometro; teleria per asciugare la donna all'uscita dalla vasca; teli di cotone adeguatamente riscaldati per asciugare il neonato.

7.3. Management del parto in acqua

Per ogni stadio del parto si raccomanda una costante rivalutazione ostetrica della donna e dell'eventuale comparsa di fattori di rischio materno/fetali che comportano l'interruzione del percorso assistenziale in vasca.

I stadio

L'assistenza alla gravida durante il I stadio effettuato in acqua prevede:

- immersione della donna in fase attiva di travaglio per periodo massimi di due ore con possibilità di re-immersione successiva;
- assistenza one-to-one, basata sul modello di continuità delle cure;
- compilazione standard del partogramma;
- esecuzione della visita ostetrica ogni 4 ore (o prima in base al giudizio ostetrico) sia in immersione che al di fuori della vasca;

- auscultazione intermittente del BCF (ogni 15 min con registrazione cartacea) per almeno 60 sec;
- CTG per almeno 20 min se si rileva un BCF anormale; se il CTG risulta normale si ritorna all'auscultazione intermittente nei casi in cui invece risulti il CTG non rassicurante la paziente termina il percorso assistenziale in vasca;
- CTG continua con sonde impermeabili nei casi che lo richiedono;
- rilevazione dei PV: FC materna ogni 15min, PA ogni ora, T ° ogni 2 ore; in caso di T° tra 37,5°C e 38°C, ridurre la temperatura dell'acqua e della sala, aumentare l'assunzione di liquidi per via orale, controllare FC materna e BCF e rivalutazione dopo 30 minuti. Se la temperatura corporea supera i 38°C la paziente termina il percorso assistenziale in vasca;
- garantire alla donna la possibilità di entrare e uscire liberamente dalla vasca quando lo richiede;
- in caso di permanenza continua della donna all'interno della vasca per un periodo massimo di 2 ore, senza che sia stato espletato il parto, valutarne l'uscita con possibilità di re-immersione;
- incoraggiare la donna all'assunzione di cibi e bevande durante il travaglio nel periodo di pausa dall'immersione.

II stadio

L'assistenza al II stadio del parto prevede:

- auscultazione intermittente del BCF (ogni 5 min con registrazione cartacea) per almeno 60 sec, se BCF anormale passare a CTG;
- valutazione della progressione della parte presentata mediante l'utilizzo di uno specchio;
- preferenza di tecnica "hands off" per la protezione del perineo, allo scopo di favorire il disimpegno della testa in immersione;
- clampaggio ritardato del cordone (almeno 60 sec fino a 3min);
- alla completa espulsione fetale, far emergere lentamente il neonato dalla vasca e coprirlo con teli caldi per evitare la dispersione di calore;
- qualora la donna si sollevi col bacino dal livello dell'acqua durante il disimpegno della testa il parto dovrà essere espletato fuori dall'acqua.

III stadio

L'assistenza del III stadio del parto prevede che possa essere espletato sia in acqua che fuori dalla vasca. Si suggerisce e si raccomanda, tuttavia, un'assistenza del III stadio fuori dalla vasca con management attivo e somministrazione di uterotonici.

Qualora l'assistenza al terzo stadio avvenga in immersione, la somministrazione di uterotonici può essere effettuata sul muscolo deltoide e si suggerisce di abbassare il livello dell'acqua.

7.4. Assistenza al neonato

L'assistenza neonatale verrà espletata dall'ostetrica in caso di BRO; in caso di parto non BRO sarà richiesta la presenza del neonatologo in sala parto.

È stato dimostrato che il passaggio in un ambiente acquatico riduce lo stress della nascita (assenza della forza di gravità, maggior contenimento offerto dall'acqua, non differenza di temperatura ecc.), facilita la transizione, permette al neonato di riorganizzare tutti i sottosistemi ed al suo organismo di adattarsi in modo ottimale all'ambiente extrauterino.

Al momento della nascita si farà riemergere il neonato gradualmente (una volta che entra a contatto con l'aria non si può reimmergere totalmente), è una nascita dolce quindi il pianto potrà essere assente, bisogna valutare la tonicità e reattività del neonato.

Una volta fuori dall'acqua viene adagiato sul grembo materno, coperto con telini precedentemente riscaldati.

Se le condizioni cliniche lo permettono è vantaggioso eseguire il taglio ritardato del cordone ombelicale ad almeno 1 minuto dalla nascita. Una volta clampato e reciso il funicolo si effettua prelievo per determinazione del gruppo sanguigno neonatale, test di Coombs diretto ed eventuale EGA.

Deve essere incoraggiato l'attaccamento precoce al seno valutando di far uscire dall'acqua la donna o di abbassare il livello dell'acqua se arriva/supera le mammelle limitandone un attacco efficace e sicuro.

Se il secondamento (III stadio) avviene fuori dall'acqua il neonato verrà tenuto in braccio dal papà o dall'ostetrica durante il trasferimento della donna sul lettino da parto e successivamente avviato il *bonding* neonatale e l'allattamento, se invece il secondamento avviene in acqua il neonato può rimanere in atteggiamento *skin-to-skin* con la mamma fino al termine delle procedure ostetriche.

Le altre procedure relative all'assistenza al neonato non differiscono da quanto dettagliato nel PDTA sulla "gestione del parto a basso rischio e neonato fisiologico".

8. SOSTITUZIONE FILTRO E MISURE DI SANIFICAZIONE DELLA VASCA PER IL TRAVAGLIO/PARTO IN ACQUA

La vasca per il travaglio/parto in acqua deve essere sempre e adeguatamente ricondizionata sia dopo ogni utilizzo che nel quotidiano al fine di garantire alla partoriente e poi al neonato, in qualunque momento della giornata, un "ambiente" igienicamente sicuro.

La procedura di sanificazione della vasca viene effettuata dalla Ditta di pulizie Coopservice come descritto nella procedura operativa dettagliata nell' Allegato 3, dove è contenuta la check list per il monitoraggio dell'avvenuta pulizia da parte del personale addetto.

Il personale ostetrico è tenuto ad annotare su apposito registro l'avvenuta immersione della donna in vasca per travaglio/parto (Allegato 2).

La vasca è dotata di un filtro che necessita di essere sostituito ogni 30 travagli/parti, il personale ostetrico si farà carico della sostituzione dello stesso e dello scarico sul registro come da allegato con timbro e firma.

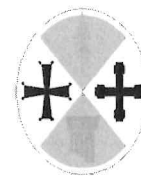
8. RESPONSABILITA'

Le responsabilità dell'efficienza, efficacia e sicurezza del parto-travaglio in acqua nell'ambito dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia del GOM di Reggio Calabria è del Personale Ostetrico e del Dirigente Medico Ginecologo.

In caso di pazienti BRO, la responsabilità sarà interamente del Personale Ostetrico in tutte le fasi contemplate dal presente PDTA. In caso di pazienti non-BRO, che presentano, cioè, condizioni di rischio di ipossia fetale (es. ipertensione lieve adeguatamente controllata, diabete gestazionale in dietoterapia e adeguatamente compensato), o donne con tampone vagino-rettale positivo per SBG (somministrando un'adeguata profilassi antibiotica) e candidate al VBAC (solo per il periodo del travaglio di parto, se necessario con CTG telemetrica in registrazione continua) la responsabilità clinica sarà del Medico Ginecologo supportato (come da prassi) dall'Ostetrica di riferimento.

Sotto una tabella riassuntiva.

FIGURA	RESPONSABILITA' PRINCIPALI
Ginecologo	• Presa in carico della paziente.



	<ul style="list-style-type: none"> • Informazione alla paziente sui potenziali effetti positivi e rischi differenziali del travaglio e del parto in acqua. • Informazione, verifica e conferma sull'eventuale possibilità di accesso alla procedura. • Verifica e conferma circa il rischio ostetrico (BRO versus non-BRO). • Firma delle informative e dei consensi (e/o verifica di quelli già compilati e firmati). • Affidamento all'ostetrica di riferimento di sala parto per il travaglio/parto in acqua. • Monitoraggio materno-fetale in caso di paziente non-BRO con supporto ostetrico. • Assistenza al travaglio e al parto in caso di paziente non-BRO con supporto ostetrico. • Presa in carico clinico-assistenziale in caso di allerta da parte dell'Ostetrica di riferimento.
Ostetrica	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della documentazione cartacea di accesso alla procedura. • Monitoraggio materno-fetale in autonomia in caso di paziente BRO su indicazione medica. • Supporto clinico-assistenziale al Ginecologo per il monitoraggio materno-fetale in caso di paziente non-BRO. • Assistenza al travaglio e al parto in autonomia professionale in caso di paziente BRO. • Supporto clinico-assistenziale al Ginecologo per l'assistenza al travaglio e al parto in caso di paziente non BRO. • Assistenza al neonato BRO.

	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto clinico-assistenziale al Neonatologo per l'assistenza al neonato in caso di paziente non BRO (vedi altro PDTA). • Monitoraggio della funzionalità, sostituzione filtri e misure di sanificazione della vasca per il travaglio-parto in acqua.
Direzione Strategica del GOM	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione della procedura. • Gestione del percorso dedicato contemplato nel presente PDTA con l'acquisizione dei fabbisogni richiesti (ad esempio, sostituzione filtri, controlli tecnici, etc.).

10. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI e SITOGRAFICI

ACOG-Clinical Guidance and Publications Immersion-in-Water-During-Labor-and-Delivery. 2016

British Columbia College of Nurses and Midwives (BCCNM). "Guideline for the use of water in labour and birth". 2020.

Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*. 2022 Jul 5;12(7):e056517.

Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 16;5(5):CD000111.

DCA della Regione Calabria n. 215 "Linee di indirizzo operative per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico". 28 Luglio 2023.

Edwards S, Angarita AM, Talasila S, Berghella V. Waterbirth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Perinatol*. 2024 Jul;41(9):1134-1142.

Hywel Dda University Health Board. Use of Water for Labour and Birth Guideline. 2022.

McKinney JA, Vilchez G, Jowers A, Atchoo A, Lin L, Kaunitz AM, Lewis KE, Sanchez-Ramos L. Water birth: a systematic review and meta-analysis of maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Mar;230(3S):S961-S979.e33.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). "Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth". National Collaborating centre for Women's and Children's Health. 2014. Last updated: 14 december 2022.

National Institute for Health and Clinical Excellence NICE Intrapartum Care - "Care of healthy women and their babies during childbirth. Waterbirth and the use of water during labour and birth - clinical guideline" (2007).

New Zealand College of Midwives. "Consensus Statement: The Use of Water for Labour and Birth". 2015.

NHL Wales. "Use of Water for Labour and Birth Guideline". 2022.

Odent M., Johnson J., Primal Health Reserch Center, London: We are all Water babies. Surrey: dragon's World Ltd. 1994.

Royal College of Midwives. "Evidence Based Guidelines, immersion in water for labour and birth". 2009.

Sanders J, Barlow C, Brocklehurst P, Cannings-John R, Channon S, Cutter J, et al. Maternal and neonatal outcomes among spontaneous vaginal births occurring in or out of water following intrapartum water immersion: The POOL cohort study. BJOG. 2024; 00: 1-10.

SIGO, AOGOI. "Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate". Fondazione Confalonieri (dicembre 2021).

Sistema Nazionale Linee Guida, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, CeVEAS. Linea guida n. 20: Gravidanza fisiologica. Novembre 2010 (prima pubblicazione) Settembre 2011 (aggiornamento).

Vidiri A, Zaami S, Straface G, Gullo G, Turrini I, Matarrese D, Signore F, Cavaliere AF, Perelli F, Marchi L. Waterbirth: current knowledge and medico-legal issues. Acta Biomed. 2022 Mar 14;93(1):e2022077.

WHO. "Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience". Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

11. ALLEGATI

Allegato 1. Informativa per il travaglio-parto in acqua.

Il travaglio-parto in acqua rappresenta un'esperienza unica che contribuisce a rendere ancora più speciale il primo incontro tra il bambino e la coppia. L'acqua e il suo calore hanno da sempre rappresentato un metodo antalgico nella vita della donna e sin dal concepimento ogni essere umano è stato accolto e si è sviluppato in quello che è un liquido caldo, ovvero il liquido amniotico. L'acqua rappresenta un metodo naturale per affrontare le contrazioni del parto senza minare o condizionare la sua fisiologia.

QUALI SONO I VANTAGGI?

Il travaglio-parto in acqua rappresenta un nuovo approccio assistenziale, di tipo olistico, in grado di garantire numerosi benefici quali:

- minore sensibilità al dolore delle contrazioni: il clima caldo - umido riduce il tono catecolinergico e aumenta la produzione di endorfine, riducendo la percezione del dolore;
- promozione del rilassamento muscolare generale, in particolare della zona perineale e dei muscoli pelvici, con possibile riduzione dei tempi del periodo dilatante e delle lacerazioni vagino- perineali;
- ridotta necessità di analgesia epidurale

COSA C'E' DA SAPERE?

Le donne possono accedere al travaglio-parto in acqua solo se rispecchiano i criteri d'inclusione previsti dal protocollo diagnostico terapeutico assistenziale dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia del GOM di Reggio Calabria.

L'immersione in acqua consente di monitorare il benessere materno fetale durante tutto il travaglio e parto. Qualora in qualsiasi momento del travaglio/parto dovessero insorgere fattori di rischio materno-fetali la procedura verrà interrotta. Inoltre, si mette a conoscenza la coppia che indipendentemente dalla presenza dei criteri di inclusione al travaglio/parto in acqua, questo NON verrà garantito se si dovessero ravvisare circostanze organizzative che non consentano un'assistenza ostetrica one-to-one o la disponibilità della stessa vasca.

L'assistenza del III stadio prevede che possa essere espletato sia in acqua che fuori dalla vasca. Si suggerisce, tuttavia, un'assistenza del III stadio fuori dalla vasca con management attivo e somministrazione di uterotonici poiché i dati della letteratura non sono tutti concorsi in un chiaro rapporto rischio-benefici a favore dei benefici.

Si richiede alla paziente di esprimere la propria volontà circa la modalità di assistenza al III stadio del travaglio di parto:

- | | | |
|---------------------|-------------------------------------|---|
| - in vasca | <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO |
| - fuori dalla vasca | <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO |

Reggio Calabria, _____

Firma della Paziente _____

Firma del Sanitario _____

Allegato 2. Scheda per il monitoraggio e la sostituzione del filtro della vasca per il parto-travaglio in acqua.

	DATA	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	TRAVAGLIO	PARTO	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31		SOSTITUZIONE FILTRO				

Allegato 3. Procedura di pulizia, disinfezione/decontaminazione e sterilizzazione della vasca da parto.

Si raccomanda la pulizia giornaliera della vasca per il travaglio-parto in acqua indipendentemente dal suo utilizzo, come dettagliato nella seguente procedura e successiva compilazione della Scheda n. 1 in allegato.

Prima del primo utilizzo, e dopo i successivi utilizzi, è necessaria un'accurata pulizia, disinfezione/decontaminazione e sterilizzazione (delle parti autoclavabili) della vasca e dei suoi accessori. Queste procedure devono essere compiute garantendo la sicurezza dell'operatore per mezzo di guanti, indumenti protettivi, dispositivi di protezione del volto da schizzi contaminanti.

Primo utilizzo e pulizia quotidiana:

- rimuovere polveri e residui di imballaggio e montaggio del presidio;
- lavare con acqua o liquidi a temperature non superiori a 60°C;
- per la pulizia possono essere utilizzati alcuni di prodotti liquidi generalmente adoperati dalla struttura ospedaliera, controllando che essi non contengano granuli, sostanze abrasive, iodio, solventi (ad es. acetone), cloro e che, in generale, non siano aggressivi verso la FIBRA DIVETRO, materiale di cui si compone la vasca. In particolare, il cloro potrebbe risultare aggressivo verso la fibra di vetro modificandone il colore e, in generale, verso tutte le parti in gomma, quelle cromate e i componenti dello scarico. Pur non causando quindi danni nell'immediato, l'utilizzo di prodotti a base di cloro può portare a danneggiamenti della vasca che non saranno coperti da garanzia.
- applicare liquido con uno straccio morbido, non abrasivo. Per la quantità consultare le indicazioni della casa produttrice del prodotto che si intende utilizzare.

Pulizia della vasca dopo l'utilizzo

Per una corretta pulizia si consiglia di:

- rimuovere l'acqua presente nella vasca;
- con l'aiuto di garze non abrasive o teli, rimuovere le parti organiche visibili per evitare che passino nello scarico. In alternativa si può utilizzare l'accessorio specifico "aspiratore maceratore";
- effettuare un lavaggio manuale con l'utilizzo di una soluzione di liquido detergente a base di tensioattivi, enzimatico o plurienzimatico, rispettando le indicazioni del produttore per concentrazione, temperatura e tempo d'azione;
- effettuare il primo risciacquo con acqua corrente per rimuovere i residui del detergente utilizzato per il lavaggio. Questa procedura può essere effettuata con la doccia;

- dopo il risciacquo si deve procedere ad un'accurata asciugatura, può essere effettuata con pistole ad aria compressa o con panni di carta o tela che non rilascino fibre.

Disinfezione/decontaminazione dopo l'utilizzo

È una misura di sicurezza che permette di ridurre la carica batterica e microbica.

Dopo la disinfezione/decontaminazione bisogna sciacquare la vasca dalla soluzione decontaminante, effettuando un secondo lavaggio manuale con soluzione di liquido detergente come precedentemente indicato.

Sterilizzazione delle parti autoclavabili ("Tubo di aspirazione")

Prima dell'invio in sterilizzazione è necessario assicurarsi che i residui organici vengano completamente aspirati, mantenendo il tubo in posizione verticale. Il tubo di aspirazione della vasca è autoclavabile.

Allegato 4. Scheda di sanificazione giornaliera della vasca per il travaglio-parto in acqua.

MESE _____ ANNO _____

GIORNO	ORARIO INTERVENTO	FIRMA OPERATORE DITTA	FIRMA DELL'OSTETRICA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			