



PARTO SICURO EXTRA-OSPEDALIERO

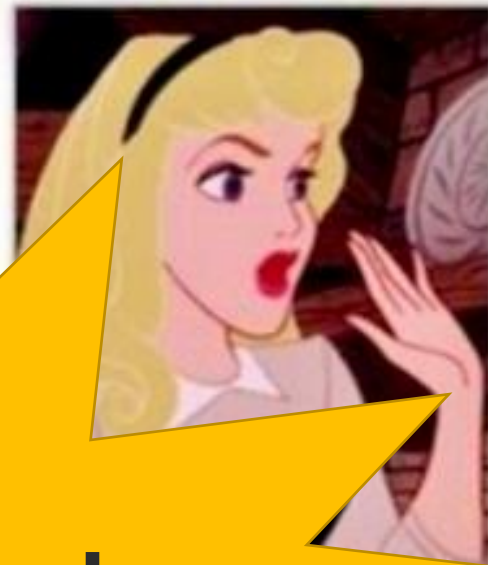
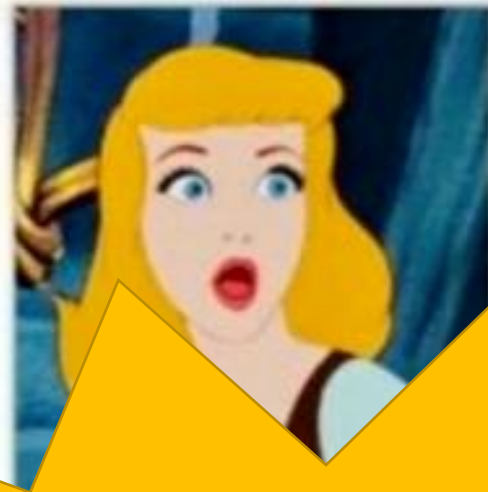
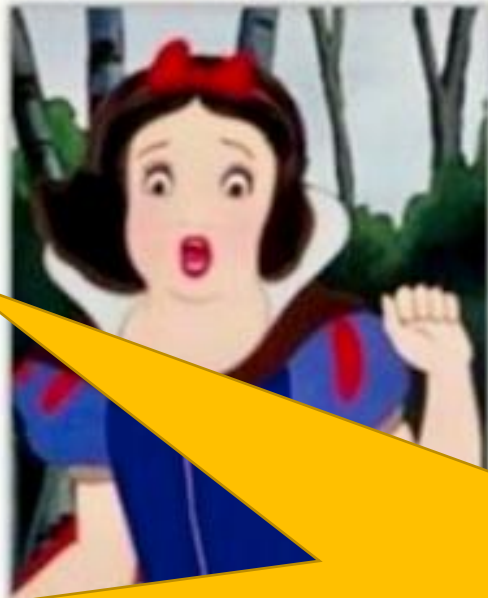
Giulia Bagnacani, ostetrica

Osservatorio regionale parto extra-ospedaliero (P.E.O.)

Bologna, 15 settembre 2025

Ho deciso di
partorire a casa





**...e se succede
QUALCOSA??**

La nascita: rischi reali, pericoli percepiti

Anita Regalia
Grazia Colombo



Carocci Faber

«L'organizzazione dell'assistenza alla nascita riflette la cultura sociale di un Paese sulla nascita. Nella nostra cultura è considerato un momento di rischio per la vita, anche se nella maggioranza dei casi questo evento è espressione di benessere ed equilibrio».

Per il 76,7% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. I dati evidenziano ancora il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza.

Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita Anno 2023

PERCEZIONE DEL RISCHIO

«Il pericolo è reale ma il rischio è socialmente costruito. Chi controlla la definizione del rischio controlla la soluzione razionale del problema.

La definizione del rischio è dunque un esercizio di potere».

P. Slovic, 2000

Il ***priming*** è un effetto psicologico per il quale l'esposizione a uno stimolo influenza la risposta a stimoli successivi.

È una forma di apprendimento implicito, perché le persone non sono consapevoli dell'effetto che il primo stimolo ha sull'elaborazione del secondo.

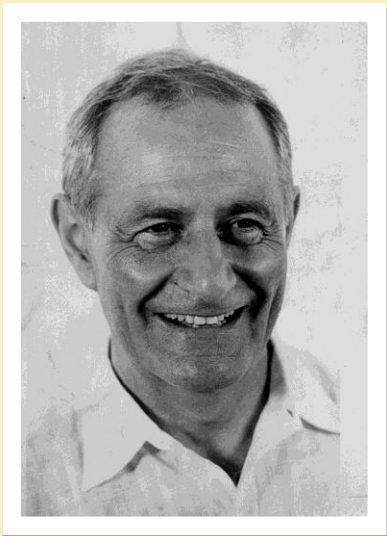


Il ***priming negativo*** del parto si può interpretare come un paradigma di parto negativo influenzato dalla paura.

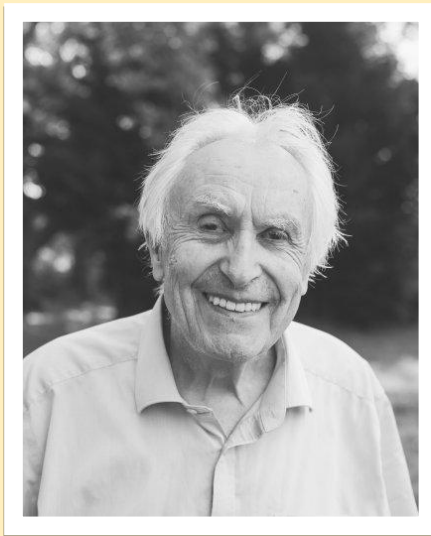
Un'idea costruita e stratificata nel tempo (a livello del sistema tronco limbico) che genera risposte automatiche e guida la nostra percezione (a livello della neocorteccia).

... di parto si moriva!





1918 - 2017



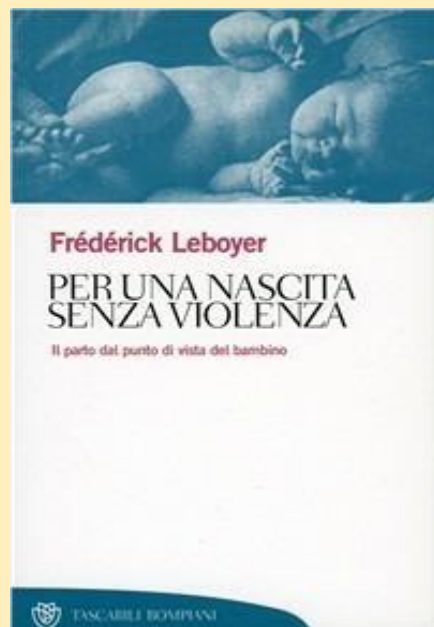
1930 - 2025



1940 -



2018



Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis

Vanessa L Scarf¹, Chris Rossiter², Saraswathi Vedam³, Hannah G Dahlen⁴, David Ellwood⁵, Della Forster⁶, Maralyn J Foureur⁷, Helen McLachlan⁸, Jeremy Oats⁹, David Sibbritt¹⁰, Charlene Thornton¹¹, Caroline S E Homer¹²

> EClinicalMedicine. 2019 Jul 25;14:59-70. doi: 10.1016/j.eclim.2019.07.005. eCollection 2019 Sep.

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

Eileen K Hutton^{1 2}, Angela Reitsma², Julia Simioni², Ginny Brunton³, Karyn Kaufman²

> Appl Health Econ Health Policy. 2025 Jul;23(4):551-568. doi: 10.1007/s40258-025-00957-w
Epub 2025 Apr 2.

The Cost and Cost-Effectiveness of Birth Settings: A Systematic Review

Vanessa Scarf¹, Habtamu Kasaye^{2 3}, Kate Levett

Affiliations + expand
PMID: 40175688 PMCID: PMC12170722 DOI: 10.1007/s40258-025-00957-w

Characteristics of out-of-hospital births and perinatal outcomes: data from the Lazio Region cross-sectional study from 2019 to 2021

Roberta Vittoria Cicero, Francesca Zambri, Michele Grandolfo, Federica Varone, Maria Colaceci

Conclusions and implications for practice: High-quality evidence about low-risk pregnancies indicates that place of birth had no statistically significant impact on infant mortality. The lower odds of maternal morbidity and obstetric intervention support the expansion of birth centre and home birth options for women with low-risk pregnancies.

Interpretation: The risk of perinatal or neonatal mortality was not different when birth was intended at home or in hospital.

Conclusions Most studies found that births in MLBUs and at home were less costly than births in hospital. There is the potential for these settings to provide a cost-effective option for women through reduced intervention rates and favourable outcomes in high-income countries and could offer birthing options to women in low- and middle-income countries that includes care by skilled maternity practitioners in potentially more affordable settings.

CONCLUSIONS

This study confirms that a planned out-of-hospital birth is a safe, adequate, appropriate, and effective choice for low-risk pregnant women. However, it is essential to emphasise that the safety, quality, and appropriateness of such births depend on a regulatory system that includes careful planning and appropriate monitoring. Additionally, in view of the possible increase of out-of-hospital births, and in order to maintain the high standards of safety and quality, it would be desirable to implement a national surveillance system for monitoring maternal and neonatal outcomes of out-of-hospital births. A

low obstetrical risk

low-risk pregnancies

low-risk pregnant women.

careful planning

skilled maternity practitioners

favourable outcomes in high-income countries

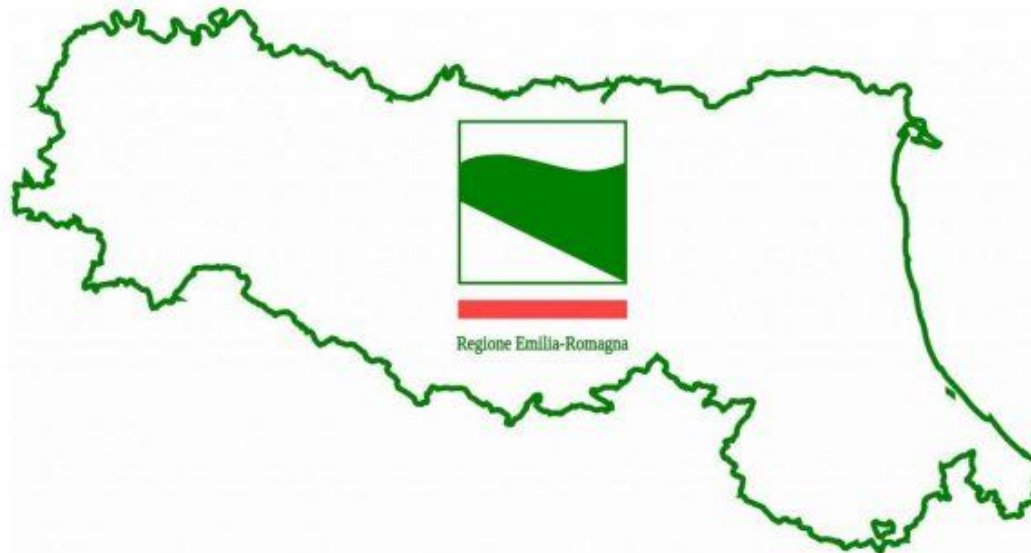
network

regulatory system

surveillance system for monitoring

Condizioni che permettono l'assistenza extra-ospedaliera all'insorgere del travaglio di parto

- presa in carico della donna da parte della/del professionista abilitata (definita d'ora in avanti responsabile del caso) entro un'epoca gestazionale (32⁺⁰ settimane) che consenta di instaurare un rapporto di conoscenza e fiducia reciproche fra donna e professionista, di identificare condizioni di rischio e di disporre delle informazioni necessarie per l'assistenza
- assenza di patologie materne che controindichino il travaglio di parto in ambiente extra-ospedaliero, come definite nei box 2 e 3 ed elencate in appendice 1, o in protocolli aziendali
- epoca gestazionale compresa tra 37⁺⁰ e 40⁺⁶ settimane di età gestazionale, fino a 41⁺⁶, se viene contestualmente garantito il monitoraggio della gravidanza (sempre fino a 40⁺⁶ in caso di donna con diabete gravidico in sola dietoterapia, in accordo con le raccomandazioni regionali su induzione al travaglio di parto di ottobre 2020)
- feto singolo, presentazione cefalica
- peso fetale previsto ≥ 2.500 grammi e ≤ 4.500 grammi
- PROM <24 ore in presenza di liquido limpido e di BCF rassicurante e in assenza di iperpiressia o di sospetto clinico di infezione amniotica (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$)
- presenza contemporanea di due ostetriche nell'assistenza al travaglio e al parto



L.R. 26 del 1998

identifica percorso per P.E.O. e sancisce il diritto per la donna, che decide di partorire in ambiente E.O. e che rientra nei criteri di sicurezza previsti, a ricevere una somma pari alla quota prevista dal DRG per un parto vaginale senza complicanze.

OSSERVATORIO REGIONALE P.E.O.

- promozione linee di indirizzo
- monitoraggio percorsi
- valutazione esiti
- ricerca / formazione
- costruzione di una rete multi-professionale

network



regulatory system

skilled maternity practitioners

**La cartella clinica dell'ostetrica
nell'assistenza extra-ospedaliera**
Approfondimento-prima parte



Mercoledì 5 febbraio 2025
Ore 13 - 16

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Sala 315/c - via A. Moro 21 - Bologna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Per iscrizione inviare una email ENTRO GIOVEDÌ 23 GENNAIO a: partoextraosp@regione.emilia-romagna.it



surveillance system for monitoring



- 181 schede inoltrate
- 152 donne hanno avviato il travaglio in ambiente E.O.
- Trasferimenti in travaglio 4%
- PEO 96%, PS ospedale 3%, TC 1% (no PO)
- Tra i nati da PEO: 96% Apgar > 8 a 1/5/10 min. + 1 rianimazione neonatale (no TIN) e 2 TIN dimessi in buona salute
- Tra i 6 nati dopo trasferimento in travaglio: 100% Apgar > 7 (tuttavia 1 ricovero TIN), tutti dimessi in buona salute
- Esiti di salute per donne e neonati non inferiori a quelli dei parti ospedalieri
- Tasso di allattamento esclusivo a 30 gg. 95%
- Gradimento ottimo

« Non è stata assolutamente la nascita che mi aspettavo, ma nonostante questo è stata perfetta: rispettata dall'inizio alla fine. Prodromi e travaglio sono stati lunghissimi, ma mi hanno permesso di toccare il fondo e di arrendermi alla nascita reale, senza fissarmi su come avrei voluto andasse. Alla fine è stata proprio quella lunghezza a permettermi di partorire! Sono grata profondamente dell'assistenza ricevuta sia a casa che in ospedale; nonostante le complicazioni (battito fetale tachicardico, liquido tinto, emorragia postparto, tachipnea neonatale che ha portato a trasferimento in TIN) sono stata sempre messa al centro di ogni processo decisionale »

«Il parto a casa è pericoloso perché ti fa venire voglia di rifarlo molte volte!»



« Il rischio, come la bellezza, è una questione di punti di vista.»

Goethe – I dolori del giovane Werther