

Alma Mater Studiorum-Università di bologna

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Ostetricia

Partorire in ambiente extra ospedaliero.

**Un'alternativa poco conosciuta, caratterizzata da
grandi vantaggi. L'importanza per le donne di
ricevere informazioni adeguate da parte dei servizi
territoriali**

Tesi in Laboratorio 3

Relatrice

Prof.ssa Dila Parma

Laureanda

Aurora Casarano

Correlatrice

Dott.ssa Martina Palli

I sessione di laurea

Anno accademico 2021/2022

Abstract

Background: Dalla letteratura si evince chiaramente come, nel caso di una gravidanza fisiologica, il parto extra ospedaliero sia un'alternativa sicura, al pari dell'assistenza ospedaliera. In Italia avviene in una bassa percentuale di casi, nonostante sul territorio siano presenti, seppur in maniera non uniforme, le strutture e le/i professionist* per poter attuare in sicurezza questa scelta. Un aumento, seppur non significativo, è avvenuto negli ultimi due anni probabilmente dovuto alla pandemia da Covid e le restrizioni di accesso ai luoghi del parto. Ponendo particolare attenzione alla regione Emilia Romagna, si è voluto indagare quali informazioni e secondo quali modalità, i servizi territoriali e ospedalieri offrono alle gestanti in merito ai luoghi del parto. Un secondo obiettivo è stato capire, attraverso le testimonianze delle donne, come avessero reperito informazioni specifiche e a chi si fossero rivolte per la pianificazione del proprio parto. Si è ulteriormente posta l'attenzione sull'opinione che Ostetric* che operano nel SSN hanno delle colleghe che operano in attività libero professionale a domicilio o in Casa di Maternità, nonché quanto ritengano “sicuro” il parto extra ospedaliero.

Metodi: Sono state effettuate otto interviste semi-strutturate, e raccolti 27 questionari tra Ostetriche operanti nei Consultori e nei punti nascita dell'Ausl e Aosp di Bologna. Sono stati inoltre analizzati 62 questionari inviati in forma telematica a donne che hanno partorito in ambiente extra ospedaliero afferenti alla Casa di Maternità “Il Nido” di Bologna, sede di tirocinio del CDL di Ostetricia. Tutti i dati raccolti, sono stati utilizzati in forma anonima.

Risultati: Dai dati raccolti emerge la necessità di ampliare, nel corso della gravidanza, gli spazi e i tempi dedicati alla scelta del luogo del parto al fine di offrire alle coppie ogni alternativa possibile; sia le Ostetriche che le donne coinvolte suggeriscono diversi metodi per facilitare la conoscenza e il contatto con la realtà extra ospedaliera che vanno da una più ampia diffusione di informazioni da parte delle strutture del SSN a momenti di formazione condivisa con chi opera a domicilio o in casa di Maternità: strategia utile anche per migliorare i rapporti tra professioniste.

Conclusioni: l'aumento seppur minimo dei parti extra ospedalieri avvenuto negli ultimi anni, richiede una riflessione da parte delle istituzioni. Molte donne sottolineano la difficoltà di reperire informazioni dettagliate e come la scelta sia spesso influenzata da pregiudizi anche tra le/i professionist*che incontrano nel corso della gravidanza. I consultori, luoghi deputati al controllo delle gravidanze, dovrebbero fornire informazioni dettagliate su tutti i luoghi del parto a tutte le donne per permettere una scelta libera da pregiudizi. Momenti di

formazione/aggiornamenti condivisi tra ostetriche ospedaliere e ostetriche libere-professioniste potrebbero aiutare a colmare quel gap esistente dettato dai pregiudizi e dalla scarsa conoscenza delle modalità di lavoro negli altri luoghi di assistenza alla nascita. Questo agevolerebbe l'accoglienza ed il passaggio di consegne soprattutto delle donne che vengono trasferite in ospedale da un parto extra-ospedaliero.

Sommario

Introduzione	5
1 Il parto extra ospedaliero	7
1.1 L'evoluzione nella storia	7
1.2 Possibilità assistenziali extra ospedaliere in Italia.....	10
1.3 Le case maternità	10
2 Vantaggi e rischi del parto extra ospedaliero.....	17
2.1 Revisione della letteratura	17
3 Epidemiologia del parto extra ospedaliero	22
3.1 I paesi europei.....	22
3.2 L'italia	24
3.3 Emilia Romagna	27
4 L'indagine.....	30
4.1 Materiali e metodi.....	30
4.2 Gli strumenti	31
4.2.1 L'intervista semi-struttura	31
4.2.2 Il campione	32
4.2.3 I questionari.....	32
5 I risultati	35
5.1 I risultati: l'intervista	35
5.2 I risultati: questionario 1	39
5.3 I risultati: questionario 2.....	41
5.4 Discussione.....	45
Conclusione.....	48
Bibliografia.....	50
Sitografia	52

Introduzione

Questa tesi origina dall'interesse nato nei confronti del parto extra ospedaliero. Ciò che maggiormente stupisce è stato riflettere quanto al giorno d'oggi sia quasi scontato pensare alla figura della donna che da alla luce il proprio bambino all'interno dell'ospedale, luogo che nasce per curare e prendersi cura di persone che soffrono di qualche patologia. La nascita, però, non rappresenta un evento patologico, che necessita dell'aiuto e del controllo della medicina, ma *“dare la vita è in primis un atto d'amore, non un atto medico”* (V. Schmid, 2018), un atto che le donne possono affrontare con le proprie forze poiché dispongono di tutti gli strumenti utili per portarlo a termine.

L'arrivo della medicalizzazione ha fatto sì che la medicina si appropriasse di questo evento pieno di magia e intimità rendendolo impersonale.

Oggi si assiste a un lento e timido ritorno dell'evento nascita fuori dalle mura ospedaliere, all'interno delle case maternità o presso il domicilio delle coppie in attesa, luoghi nei quali Ostetriche libere professioniste offrono la loro assistenza.

Tramite l'università è stato svolto un periodo di tirocinio in casa maternità, presso la quale è stato possibile osservare una modalità di nascita diversa da quella a cui si assiste più comunemente: un posto dove la fisiologia trova spazio, dove viene preziosamente ascoltata e custodita.

Per questo motivo lo scopo del presente lavoro è quello di capire come mai la possibilità di partorire in un ambiente extra ospedaliero in Italia sia ancora così poco conosciuta.

Durante questo percorso di studi è stata appresa l'importanza dell'empowerment della donna, termine che si riferisce all'abilità dell'Ostetrica di fornire gli strumenti giusti alla partoriente per trovare le risposte dentro di sé, infatti, il corpo femminile ha tutte le carte in regola per agire: basta dare la possibilità alle gestanti di cercarle dentro se stesse. Avere pieno potere sulla scelta di dove e come partorire, può aumentare l'empowerment di quella donna, perché solo se si sentirà a suo agio, nel posto che lei ha individuato come sicuro per partorire, potrà farlo lasciandosi attraversare dalla forza del travaglio e permettendo non solo la nascita del suo bambino ma anche la sua rinascita di donna come madre. Che questo posto sia un ospedale, una casa maternità o il proprio domicilio, non importa, basta che la coppia abbia avuto tutte le informazioni per poter compiere una scelta consapevole.

Nella stesura di questa tesi, si prova a comprendere il motivo per cui l'alternativa extra ospedaliera per il luogo del parto sia così poco richiesta, nonostante la letteratura ci suggerisca che sia associata a numerosi benefici e rappresenti un'alternativa sicura. Si cerca di indagare se durante la gestione di una gravidanza da parte dei servizi territoriali, questa alternativa venga proposta e argomentata. Si tenta di conoscere i modi in cui le donne, che hanno deciso di vivere questa esperienza, siano venute a conoscenza dell'argomento, quale sia la percezione delle Ostetriche ospedaliere riguardo alla nascita extra ospedaliera e quali possano essere le strategie per migliorare la collaborazione tra i professionisti che assistono le donne in due contesti diversi e quali possano essere le strategie per aiutare la diffusione e la conoscenza dell'argomento, al fine di renderlo facilmente accessibile alle donne eventualmente interessate.

Questo elaborato non si propone di fornire un modo di affrontare la nascita migliore rispetto a un altro, ma sottolineare l'importanza di far conoscere tutte le alternative possibili per le donne e per le coppie, affinché possano compiere una scelta consapevole e più adatta a loro.

1 Il parto extra ospedaliero

1.1 L'evoluzione nella storia

L'arte ostetrica nasce con le donne. Attraverso un sapere che si tramandava di generazione in generazione, le donne aiutavano altre donne durante il travaglio e la nascita. Il parto avveniva in ambiente extra ospedaliero e ciò non rappresentava un fatto eccezionale.

Il parto a casa era reputato la scelta più naturale, perché un evento come la nascita era considerato parte integrante della vita della famiglia e della donna. Essendo quasi esclusivamente un evento gestito da figure femminili, oltre a quelle della famiglia che contribuivano con la propria esperienza personale, era ammessa la Levatrice o Ostetrica come sarà denominata in futuro. Le Levatrici dapprima individuate nella comunità come donne che avevano una profonda esperienza sia personale sia assistenziale, verranno in seguito formate al fine di utilizzare norme igieniche adeguate all'evento, nel tentativo di ridurre il tasso di mortalità materna e neonatale.

Queste donne, parte integrante del gruppo sociale, potevano contare su una profonda conoscenza delle gestanti che assistevano, conoscendone le eventuali malattie o disabilità. In seguito, quando furono formate in modo più specialistico, si occupavano anche di raccogliere tutti i dati anamnestici che potevano interferire con la normalità dell'evento.

Al momento del parto la levatrice era chiamata presso il domicilio della partoriente anche se a volte succedeva che arrivasse quando il parto era già avvenuto, in particolare se la puerpera non era al suo primo parto. A volte arrivata al domicilio della partoriente, capiva di essere stata chiamata perché erano insorte situazioni particolarmente difficili ed in quel caso poteva essere necessario chiamare il Medico condotto, che non sempre era in grado di arrivare in tempi brevi. L'esperienza, la formazione e la saggezza delle Levatrici o Ostetriche permetteva loro, in molti casi, di risolvere la situazione con interventi che potevano anche andare oltre quelle definite dal "mansionario" in uso, ma salvavano la vita sia al nascituro che alla madre.

Il parto rappresentava un evento familiare, sociale e intimo: peculiarità che ai giorni nostri, si sono perse, nella stragrande maggioranza dei casi, per effetto dell'imponente medicalizzazione dell'evento parto. La levatrice diventava parte della famiglia, in quanto le

sue competenze non si esaurivano con l'arrivo del nascituro, ma accompagnava la donna nel puerperio e durante la vita del bambino.

La rivoluzione scientifica che ha caratterizzato il '600, ebbe un riscontro anche dal punto di vista ostetrico e ginecologico. Il parto comincia a rientrare in una dimensione nuova, strumentale e meccanica, al centro della quale cominciava ad ergersi la figura del ginecologo, affiancato da nuovi strumenti quali il forcipe e i primi uterotonici, sottraendo la scena a quella che era stata per secoli un'assistenza tutta al femminile.

Nel 1700 vennero istituiti corsi e scuole per Levatrici, la formazione a cui erano sottoposte da parte di docenti Medici, dava loro l'opportunità di approfondire la conoscenza e la preparazione dal punto di vista soprattutto teorico, in quanto, in un primo tempo, le donne che erano coinvolte nella formazione avevano già un importante bagaglio nell'assistenza e quindi dal punto di vista pratico. Una delle poche donne ad occuparsi della formazione delle Ostetriche fu la Le Boursier Du Coudray (1712-1791), a cui si deve la ristrutturazione di un sistema formativo moderno e scientificamente aggiornato.¹

Contestualmente, nel Settecento la presenza della figura maschile nei luoghi del parto venne rafforzata. Questa evoluzione comportò una nuova concezione dell'evento nascita: da un evento naturale e spontaneo, accolto in ambito familiare e con l'aiuto delle Ostetriche, ad un fenomeno del quale la medicina doveva controllare modi e tempi e con l'utilizzo sempre più crescente di ferri ed interventi chirurgici; in questo contesto le ostetriche passano definitivamente ad una figura subordinata alla professione medica.

La progressiva e dirompente medicalizzazione, che raggiungerà il culmine tra '800 e '900, ha determinato nel tempo un inevitabile cambiamento culturale portando la donna a diventare un soggetto passivo e facendo passare l'assistenza al parto dalle mani femminili a quelle dei medici, per lo più uomini. La medicina compiva in questi anni degli incredibili passi in avanti, ma ciò ha contribuito a trasformare il parto da evento corale a individuale, distruggendo l'antico sapere del parto e del corpo, spostando la pratica all'interno di luoghi istituzionali. La medicina affermava in questo modo il suo unico e incontestabile sapere sul parto e sul corpo femminile, spersonalizzando ogni nascita. Il periodo post bellico e il secondo dopoguerra in particolare, ha rappresentato lo sfondo ideale per il passaggio dal parto tradizionale al parto medicalizzato; è un periodo, infatti, caratterizzato da importanti trasformazioni della società,

¹ Walter Costantini, Trattando di Scienza ed Arte della Professionalità ostetrica, Piccin, 2021

la potente industrializzazione, l'urbanizzazione, il grande sviluppo tecnologico, che ebbero effetti sulla medicina in generale e sulla riproduzione in particolare. In quegli anni la "normalità" del parto era rappresentata dalla figura di una donna da sola, sdraiata, l'episiotomia era una pratica di routine, il ricorso al cesareo era molto frequente. Ha iniziato a farsi strada l'idea del parto e della nascita come una malattia, per cui si necessita di assistenza e cure mediche e per questo la donna delega l'atto di mettere al mondo a figure come il medico, l'ostetrica o addirittura la tecnologia. La potenza della nascita era stata strappata dalle mani delle donne e la medicina se ne stava appropriando prepotentemente. In questo contesto la figura dell'ostetrica era apparentemente destinata ad estinguersi. È proprio da qui che prende corpo la rivoluzione contro il paradigma medico ostetrico. Tra le donne cominciò a farsi strada il desiderio di vivere il loro parto come lo desideravano: in intimità, accompagnate da altre donne, lasciando spazio alla spontaneità. Molte ci riuscirono e le loro esperienze vennero raccolte e pubblicate nel libro *Riprendiamoci il parto*, che una volta arrivato in Italia, ma non solo, diede vita a un'onda pronta a travolgere il paradigma dell'ospedalizzazione del parto. A partire da questi presupposti emersero numerose figure pronte a restituire alla nascita la sua natura e alla donna il suo ruolo da protagonista: F. Leboyer, M. Odent, S. Arms, S. Kitzinger, I. M. Gaskin e molti altri il cui obiettivo era rivoluzionare il parto, restituendo alla nascita la sovranità del corpo.

Si dovrà attendere la seconda metà del '900 per assistere al tentativo di riportare la donna al centro del suo parto. L'intento era quello di garantire la massima sicurezza con il minimo intervento, fornirle supporto e starle accanto, riscoprendo l'importanza di considerare la storia individuale di ogni donna e sostituirla con la passività con la partecipazione attiva e consapevole durante la nascita, aiutandola a scavare dentro se stessa, ricercando le proprie competenze innate, aumentandone l'autostima e la fiducia nel proprio corpo. Gli anni Settanta del '900 sono gli anni più ardenti del femminismo e dei movimenti delle donne che rivendicavano le proprie competenze procreative.

La volontà di partorire a domicilio riemerge grazie alle stesse donne, il cui obiettivo era ritrovare un luogo sicuro dove potersi esprimere, dove poter vivere questo rito di passaggio e questa rinascita di donna come madre, senza interferenze indesiderate. Questo divenne anche

per le Ostetriche una scelta di autonomia professionale, e di riappropriazione della loro antica arte della maieutica e della capacità di stare accanto alla donna.²

Oggi, solo una minuscola percentuale delle donne in attesa sceglie di partorire fuori da una struttura ospedaliera, optando per il proprio domicilio o affidandosi ad una Casa di Maternità. Le ragioni più comuni che spingono le coppie verso un percorso assistenziale al di fuori dei punti nascita ospedalieri sono principalmente la ricerca di una continuità assistenziale, la creazione di uno stretto rapporto tra donna e Ostetrica, il ricorso ad un minimo grado di medicalizzazione dell'evento, il rispetto dell'intimità riservato alla nascita della nuova famiglia e probabilmente in questi ultimi anni, anche la situazione Covid, le restrizioni dei reparti di ostetricia e la paura di entrare in contatto con luoghi ad alto rischio di contagio.

Oggi, la volontà delle donne e delle coppie di partorire in ambito extra-ospedaliero è frequentemente causa di reazioni di sorpresa e sconcerto, poiché rimanda ad una situazione di pericolo per la donna e il neonato, il che è davvero strano se si pensa che le stesse parole, pronunciate in un momento storico diverso avrebbero suscitato una reazione diametralmente opposta rispetto a quella attuale.

1.2 Possibilità assistenziali extra ospedaliere in Italia

Attualmente, il parto extra-ospedaliero in Italia si realizza in tre diverse possibilità:

- Partorire a domicilio con l'assistenza di un'Ostetrica libera professionista
- Partorire in Casa di Maternità con l'assistenza di un'Ostetrica libera professionista
- Partorire presso il domicilio con l'assistenza di un'Ostetrica dipendente del SSN³

1.3 Le case maternità

Secondo le linee di indirizzo, promulgate dalla regione Emilia Romagna per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra ospedaliero, le coppie in attesa che intendono

² V. Schmid, *Il parto in casa e in casa maternità. Criteri di qualità e sicurezza. I vantaggi di un parto fisiologico e consapevole*, Terra nuova edizioni, dicembre 2018

³ P. Quattrocchi, *Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità*, Firenze editpress, 2018

vivere la loro nascita in questo contesto, dovranno rivolgersi entro la 32° settimana all'Ostetrica che potrà prenderla in carico per un parto a domicilio o in casa maternità.

Le Case di Maternità, nello specifico, rappresentano un'opportunità in più per chi desidera una nascita extra-ospedaliera: ad esse sono associati i vantaggi del parto a domicilio, permettendo alla donna di partorire in un ambiente intimo, accogliente e protetto, uniti alla professionalità di un team di Ostetriche esperte, che hanno tra i loro obiettivi quello di favorire la salute psicofisica della coppia mamma-bambino, il legame al momento del parto e la socializzazione della maternità. Altro punto cardine dell'esperienza di parto in casa maternità è la continuità assistenziale da parte di una professionista conosciuta, nella quale la coppia ha riposto completa fiducia, che può seguire la famiglia dalle prime fasi della gravidanza al primo anno di vita del bambino, coinvolgendo nell'assistenza il partner e gli altri famigliari.

Tra i vari criteri di sicurezza è previsto che la struttura sia collegata ad una struttura ospedaliera per i rari casi di necessità. Il team di Ostetriche si reca anche a domicilio per l'assistenza al puerperio, in gravidanza o per il parto in casa.⁴

Sono gli Stati Uniti a dare vita alle prime Case di Maternità intorno agli anni Settanta, per diffondersi poi lentamente in Europa, soprattutto in Germania e in Svizzera, all'interno di un contesto storico caratterizzato dal fermento dei movimenti di liberazione femminile e durante il quale la tecnologia e la ricerca opprimevano tutti gli aspetti della vita, inclusa purtroppo anche la nascita.

'Autodeterminazione' è il filo conduttore di questo periodo ed esprime il desiderio delle donne di assumersi la responsabilità delle decisioni, reclamando la possibilità di decidere del proprio corpo e del proprio parto, vivendolo da protagoniste.

In Europa queste realtà sorsero su quasi tutto il territorio, grazie all'impegno e alla determinazione di ostetriche e grazie alle istituzioni che hanno investito fondi in alternative sicure ed efficaci alla nascita ospedalizzata e medicalizzata.

Sul territorio europeo il paese che detiene il primo posto per numero di Case Maternità è la Germania, che conta ben 64 strutture; la segue la Gran Bretagna con 55 e infine la Svizzera con 16. Questi numeri sono dovuti alla presenza di assicurazioni che ne coprono le spese. Anche in Spagna e in Olanda è possibile trovare queste realtà, private, pubbliche, intra ed

⁴ E. Malvagna, *Il parto in casa. Istruzioni per l'uso*, Red edizioni, Milano 2010

extra ospedaliera. La realtà olandese, in particolare, ha fatto scuola sul parto extra ospedaliero. L'Olanda detiene il più alto numero di parti in ambiente extra ospedaliero, qui si assiste infatti a circa il 35% delle nascite a domicilio.

L'istituzione di queste strutture in Italia non è stata semplice, ma, nonostante ciò, le Case di Maternità sono state istituite e attualmente attive; secondo la definizione italiana di Marta Campiotti, la casa maternità è *“[...] un luogo che ha le caratteristiche abitative di una vera casa. Le norme di sicurezza e gli standard igienico/sanitari sono gli stessi di una abitazione. Non è uno studio professionale. Non è una struttura sanitaria e non è all'interno di un Ospedale. Nella Casa Maternità non lavorano medici, ma solo ostetriche che accompagnano e assistono la gravidanza, il parto e il puerperio fisiologici cioè "naturali" senza interventi, farmaci o medicalizzazione. Nel caso raro di insorgenza di una patologia si effettua sempre il trasferimento in Ospedale, attraverso il servizio 118, con cui si è collegati. Generalmente non dista più di 30 minuti da un Ospedale di riferimento, con cui si stabiliscono rapporti di buona collaborazione.”*⁵

Una delle prime Regioni in Italia ad introdurre la possibilità del parto extra ospedaliero rimborsato da parte delle Istituzioni e ad aprire alla possibilità della creazione di Case di Maternità è l'Emilia Romagna. Tali disposizioni sono contenute nella Legge Regionale n° 26 del 1998, la quale sancisce, in particolare negli articoli 1 e 5, il diritto della donna di poter scegliere tra ospedale, domicilio e case di maternità per dare alla luce il suo bambino, rimborsando a chi sceglie di partorire in ambiente extra ospedaliero una somma equivalente all'80% della quota prevista dal DRG (raggruppamento omogeneo di diagnosi) per un parto vaginale senza complicanza. Si citano, in particolare i seguenti articoli:

- Articolo 1: *“[...] favorire la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione assistenziale e sanitaria dell'evento, ferme restando le esigenze primarie della sicurezza e della riduzione dei fattori di rischio ambientali, personali e sanitari incidenti sui tassi di morbilità e mortalità materna e neonatale.”*

⁵<https://www.associazioneandria.it/website/wp-content/uploads/2016/10/Casa-Maternita-definizione-appropriata.pdf>

- Articolo 5 comma 4: *“Per le spese inerenti al parto a domicilio, come previsto alla lettera a) del comma 2 dell'art. 4, comprendenti tutte le prestazioni ad esso connesse, dalla presa in carico al termine del puerperio, l'Azienda unità sanitaria locale eroga un rimborso pari all'80% della spesa documentata, per un importo massimo non superiore alla tariffa DRG regionale, prevista per il parto fisiologico senza complicanze, in ospedale di fascia B, in vigore all'atto del pagamento.”*⁶

Alla definizione di “Casa di Maternità” concorrono le seguenti istituzioni:

1. il Decreto Regione Lombardia n.16072n del 3.07.2001, par. 1.2: enuncia *“si intende per casa maternità una struttura extra ospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casa, che offre un ambiente accogliente e familiare per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologici, la cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione alla assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici [...]”*
2. l'Organizzazione Mondiale della Sanità che afferma *“so where then should a woman give birth? It is safe to say that a woman should give birth in a place she feels is safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe (FIGO 1992). For a low-risk pregnant woman this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital” (WHO1992)*

E' evidente che con l'espressione *“birth centre in town”* ci si riferisce ad una struttura civile, esterna all'ospedale. In particolare *“in town”* tende a sottolineare che si sta parlando di una *“casa tra le case”*, ovvero all'interno di una realtà civile.

3. La XII commissione permanente igiene e sanità, nel 2012 afferma: *“In Italia attualmente si fa uso dei termini Case Maternità o Case da parto, definite come spazi distinti da quelli ospedalieri, gestiti completamente da ostetriche, con requisiti di privacy e comfort raffigurativi di una dimensione familiare”*

⁶https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:1998;26&dl_t=text/xml&dl_a=y&dl_id=10&pr=idx,0;artic,1;articparziale,0&ev=1

Le principali Case di Maternità sul territorio italiano sono: “Il Nido” – Bologna; “L’Albero della vita” - Frosinone (FR); “La Casa di Caterina” – Trieste; “Dora Luce” - Vicenza; “La Via Lattea” Milano; “Le Maree” – Genova; “Montallegro” – Induno Olona (VA); “Nascere e Crescere”- Roma; “Il Nido a Testaccio” – Roma; “La Casa di Pachamama” – Vigonzone (PV); “Prima Luce” - *Torino*; “La Quercia” - *Merone (LC)*; “La Via di Casa” - *Civezzano (TN)*; “Zoè” – *Roma*.⁷

Di seguito all’esempio emiliano romagnolo, altre regioni legiferarono successivamente:

⁷ Associazione nazionale ostetriche parto a domicilio e casa maternità; www.nascereacasa.it

REGIONE	LEGGE REGIONALE	RIMBORSO PREVISTO
Lombardia	Legge regionale n. 16 sulla tutela della maternità dell'8/5/1987, Decreto della regione Lombardia n. 16072n del 3/7/2001 [non attuato]	Non previsto
Toscana	Piano sanitario regionale 9/4/99, n.41 [mai attuato]	Non previsto
Marche	Legge regionale 27/7/98, n. 22, delibera n. 2440 del 4/10/99	Previsto
Campania	Piano sanitario 1998-2000 art. 17 bis DTO, VO, N.229, 19/6/99 [non attuato]	Non previsto
Piemonte	Norme per il parto nelle case maternità, delibera del 12/6/2000, n. 40	Non previsto
Lazio	Decreto del commissario ad Acta 23/12/2016, n. U00395	Previsto
Trentino Alto Adige	L.R. 20/12/2013, n.27	Previsto (per il parto a domicilio)

Tabella 1 Leggi regionali italiane per le case maternità extra ospedaliere pubbliche*

* V. Schmid, *Il parto in casa e in casa maternità. Criteri di qualità e sicurezza. I vantaggi di un parto fisiologico e consapevole*, Terra nuova edizioni, dicembre 2018

L'obiettivo principale che la Casa di Maternità si propone è di restituire il parto/ la nascita ai suoi protagonisti: le donne, i nascituri, il partner, la famiglia e tutto il contesto sociale che ruota attorno all'evento; tutto questo con il fine di dare la possibilità di vivere questo evento come la vetta più alta dell'esperienza umana, senza interferenze, promuovendo il benessere della donna e del bambino, sia nella loro individualità sia nel rispetto della loro forte simbiosi.

Il segreto per una buona nascita, senza blocchi e interruzioni, è la possibilità di aprirsi senza inibizioni, lasciarsi attraversare dalla potente forza e dal flusso di energia del travaglio.

L'ambiente che circonda la donna è di estrema importanza per il buon andamento del travaglio. Un luogo sicuro, familiare, conosciuto, accogliente, come può essere quello della propria casa o in alternativa della casa maternità, permette alla donna di lasciarsi andare verso un senso di calma dominante, in cui il corpo si espande, si apre e facilita la strada per guardarsi dentro; è stata dimostrata infatti la relazione tra dinamiche ambientali e dinamiche fisiologiche.

Tutto questo permette il verificarsi di un'altra importantissima condizione: la produzione di ossitocina, ormone che non solo permette l'insorgenza e l'incremento delle contrazioni, ma viene anche riconosciuto come il potentissimo ormone dell'amore, in grado di creare il legame e l'innamoramento con il proprio bambino.

Lo scopo ultimo, infine, è quello di promuovere una **cultura femminile della nascita**, creare un ambiente che esalti i cambiamenti della maternità, stimolando la creatività intrinseca della donna, dando luce ad un luogo protetto per la nascita naturale e la promozione della fisiologia e la salute.

*“Nascere non è routine. Arriva un essere umano sulla terra che prima non c'era. E la persona che in quel momento diventa mamma, senza sapere né come né cosa, anche lei, in quell'incredibile istante si trasforma.”*⁸

⁸ E. Zaccherini, *Siamo nati in casa. Parto naturale ed energia femminile*, Stampa alternativa, 12 febbraio 2014.

2 Vantaggi e rischi del parto extra ospedaliero

2.1 Revisione della letteratura

Il motore di ricerca principalmente utilizzato è PubMed .

Sono stati selezionati articoli pubblicati da non più di dieci anni di cui fosse disponibile, sulla piattaforma di ricerca utilizzata, il testo completo. Sono stati esclusi tutti quegli studi che riguardavano paesi a basso reddito o culturalmente molto differenti dall'Italia, così da avere dati comparabili con la situazione italiana. Infine sono stati selezionati tre studi, che sono riportati nella tabella sottostante.

Banca dati	Parole chiave	Articoli selezionati
Pubmed	Home childbirth; Obstetric Labor Complications; Hospitals;	<i>Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study</i> Ellen Blix, Anette Schaumburg Huitfeldt, Pål Oian, Bjørn Straume, Merethe Kumle; 2012
Pubmed	Home childbirth; Low risk birth; Neonatal mortality; Perinatal mortality;	<i>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</i> E.Hutton, A. Reitsma, J.Simioni, G. Brunton, K. Kaufman, 2019.
Pubmed	Home birth; Home childbirth; Home delivery; Maternal mortality; Obstetrical intervention;	<i>Maternal outcomes 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</i> A.Reitsma, Simioni ,G. Brunton ,K. Kaufman, E. Hutton, 2020.

Tabella 2 Ricerca con parole chiave

La letteratura esaminata evidenzia che il parto extra ospedaliero è un'alternativa sicura per le donne che rientrano nei criteri di selezione relativi ad una gravidanza fisiologica, che rappresenta un'alternativa che permette di ridurre gli interventismi medici e l'allontanamento dalla fisiologia, garantendo benefici dal punto di vista assistenziale e miglioramento per quanto riguarda gli esiti materni. Non emerge inoltre alcuna differenza statisticamente significativa in merito agli esiti neonatali tra le nascite in ambiente extra ospedaliero e le nascite in ospedale.

- Sulla base delle “*Linee di indirizzo per l’assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero dell’Emilia-Romagna*”, aggiornate al 2021, si conferma che:

le prove di efficacia di migliore qualità disponibili indicano che il luogo del parto non modifica in misura statisticamente significativa, in donne con gravidanza fisiologica, gli esiti perinatali e riduce, in misura statisticamente significativa, gli esiti di morbosità materna.⁹

Il parto in ambiente extra-ospedaliero - quando realizzato in un contesto in cui siano garantite 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 - rappresenta per le donne con gravidanza fisiologica che lo desiderano una opzione con un favorevole rapporto beneficio/danno.¹⁰ (Bacagnani et al, 2019)

Di seguito i fattori di rischio volti ad escludere le donne con gravidanza complicata:¹¹

⁹ Linee di indirizzo per l’assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extraospedaliero, regione Emilia Romagna, 2021

¹⁰ Bagnacani G, Basevi V, Catellani MB, Stagni S, Baricchi M, Rossi F, Di Mario S., 2019, Revisione sistematica delle prove su efficacia e sicurezza del parto in ambiente extra ospedaliero. Bologna: Regione Emilia-Romagna.

¹¹ Linee di indirizzo per l’assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extraospedaliero, 2021

Controindicazioni assolute materne				
ipertensione, pre-eclampsia, eclampsia, HELLP	BMI pregravidico > 35	diabete pre-gravidico, diabete gestazionale in terapia insulinica	altre malattie materne che possono influenzare negativamente gli scambi placentari	Emoglobina < 9g/100ml a termine di gravidanza o < 8g/100ml a termine di gravidanza in gravidanza microcitemica
trombo-flebopatie	iso-immunizzazione materno-fetale	patologie neurologiche	nefro-uropatie	Cardiopatie
emorragia ante-partum e/o sanguinamenti anomali	malattie autoimmuni	malattie sistemiche	precedente taglio cesareo o altra isterotomia	
asma grave	infezioni genito-urinarie ricidivanti/resistenti alla terapia instaurata in precedenza	precedente distocia di spalla	piastrinopenia (<100.000/mm ³)	Anamnesi positiva per allergia ai β-lattamici (penicillina, cefalosporine) in gravida con TVR positivo per streptococco β emolitico gruppo B
infezioni virali attive (varicella, parvovirus, morbillo)	anamnesi positiva per patologia del secondamento (pregressa emorragia post partum ≥ 1000 mL e/o necessità di emotrasfusioni e/o secondamento manuale e/o grave shock)	epatopatia, colestasi	dipendenza attuale (cocaina, crack, eroina, ecstasy, alcol)	

Tabella 3 Patologie e condizioni materne - identificate prima del travaglio di parto - che costituiscono controindicazioni assolute all'assistenza extra-ospedaliera.

Controindicazioni assolute fetali	
gravidanza a $\leq 37+0$ o $\geq 41+6$ settimane di età gestazionale ($\geq 40+6$ settimane di età gestazionale in caso di donna con diabete gravidico in sola dietoterapia)	Oligoidramnios
rottura prematura delle membrane ≥ 24 ore	Polidramnios
feto piccolo sospetto o accertato (restrizione della crescita fetale o piccolo costituzionale)	gravidanza multipla
malformazioni fetali	macrosomia fetale
presentazione anomala	alterata velocimetria arteria ombelicale

Tabella 4 Condizioni associate a difficoltà di adattamento neonatale - identificate prima del travaglio di parto - che costituiscono controindicazioni assolute all'assistenza extra-ospedaliera

Controindicazioni relative	
Statura materna < 150 cm	Età materna < 16 aa
Obesità materna BMI > 30	Anamnesi positiva per pregressa morte fetale/neonatale
Grande multiparità > 4	

Tabella 5 Controindicazioni relative all'assistenza extra-ospedaliera identificate prima dell'incingere del travaglio di parto.

3 Epidemiologia del parto extra ospedaliero

Di seguito viene analizzata l'epidemiologia del parto extra ospedaliero nei paesi ad alto reddito, in particolare l'obiettivo è capire qual è la situazione in Europa, in Italia e fare infine un focus della situazione in Emilia Romagna, facendo riferimento ai dati riportati all'interno dei CeDAP.

3.1 I paesi europei

In tutta Europa a partire dagli anni '50-'60 del secolo scorso, è stata promossa una campagna di persuasione atta ad incoraggiare l'ospedalizzazione della nascita; questo ha determinato in quegli anni, e in quelli immediatamente successivi, una diminuzione, se non un totale arresto in alcune realtà, della presenza di parti in ambiente extra ospedaliero, poiché queste campagne definivano questa scelta del luogo del parto come pericolosa.

In Regno Unito le donne che partorivano a domicilio erano 33.2% nel 1960; successivamente si è osservato un lento continuo decremento, fino al raggiungimento del tasso più basso, raggiunto tra 1985 e 1988. Gli anni successivi hanno visto un progressivo incremento di 0.1%-0.3% ogni anno. Negli ultimi anni, il sistema sanitario inglese ha promosso una politica che lascia spazio alla possibilità di scelta, incrementando l'acquisizione di una maggiore consapevolezza e coinvolgimento delle donne nella scelta del luogo del parto. I dati più recenti relativi al 2016, affermano che, in tutto il Regno Unito, sono avvenuti a domicilio 2.1% dei parti. La tendenza degli ultimi anni ci mostra che le donne con età superiore ai 30 anni hanno registrato la maggiore diminuzione della percentuale dei parti a domicilio; è invece lievemente aumentata quella relativa alle donne di 20 anni che hanno scelto di partorire a casa.

La Danimarca detiene una percentuale di parti a domicilio programmati fra 1% e 2% di tutti i parti, mentre in Norvegia i parti in ambiente extra ospedaliero rappresentano l'1,5 per mille.

In Svezia, per intraprendere questo percorso attualmente, la gestante interessata, deve contattare personalmente un'ostetrica libera professionista, facendosi carico di tutte le spese del servizio che sta ricevendo. Secondo i dati più recenti, relativi al 2011, i parti a domicilio

effettuati rappresentano lo 0,06%, mentre i parti avvenuti nelle midwife-led units¹² si aggirano attorno allo 0.7%. Le percentuali così basse possono essere dovute al fatto che nel 1990 la *National Board of Health and Welfare* raccomandava il parto ospedaliero sostenendo che la nascita a domicilio fosse rischiosa e veniva per questo sconsigliata; queste raccomandazioni furono successivamente revocate nel 2005, ma probabilmente nella popolazione svedese è rimasto questo retaggio culturale. Tra i criteri di selezione per l'accessibilità a questo percorso sono presenti la multiparità con un pregresso parto vaginale, la casa non deve distare più di 35 minuti dall'ospedale, la disponibilità di due ostetriche e un pediatra deve garantire la visita a domicilio entro 72 ore dalla nascita.

Nei Paesi Bassi la Professione ostetrica possiede una grande autonomia, che si concretizza in un'attività svolta individualmente o in associazione con altre professioniste. Il sistema olandese differisce da altri sistemi europei in quanto è caratterizzato da una categorica distinzione tra assistenza primaria e secondaria. Ostetriche indipendenti forniscono assistenza primaria alle donne a basso e medio rischio. La gravidanza ad alto rischio, invece, viene presa in carico da un ginecologo. Le donne nei Paesi Bassi hanno anche la possibilità di partorire con l'assistenza di un' Ostetrica in una delle 26 case di maternità esistenti - adiacenti o interne agli ospedali – o in strutture ambulatoriali. Complessivamente, quindi, nei Paesi Bassi il tasso di nascite in ambiente extra-ospedaliero, nel 2016, sotto la responsabilità di una Ostetrica o del Medico di famiglia, è risultata pari a 30% e rappresenta il dato più alto in Europa.

In Belgio, i parti a domicilio, nel periodo 2000-2009, sono rimasti costantemente intorno all'1%.

In Germania, a partire dal 2000 il numero di parti effettuati a casa è progressivamente diminuito, per dare spazio, invece, all'aumento dei parti condotti nelle *Freestanding midwifery unit*, case di maternità certificate. Nel 2016 sono state 7.187 le nascite avvenute in unità la cui gestione è affidata a ostetriche come le case di maternità, mentre le nascite a domicilio sono state 4.983.

In Islanda la popolazione fruisce di assicurazioni sanitarie che garantiscono tutti i servizi legati alla maternità, comprese l'assistenza al parto a domicilio e le visite nei successivi sette

¹² La Midwifery Unit (MU) è un luogo che fornisce assistenza alla maternità a donne sane con gravidanze fisiologiche in cui le ostetriche assumono responsabilità professionale dell'assistenza in autonomia. Le MU possono essere situate in un luogo separato (*freestanding*) o adiacenti (*alongside*) ad un punto nascita del presidio ospedaliero.

Midwifery Unit Standards, 2018 – Traduzione italiana, 2020

giorni dopo il parto. Una donna che intende partorire a domicilio, deve firmare un consenso informato. Tra i criteri di accessibilità per le donne che intendono partorire in ambiente extra ospedaliero ci sono: la condizione di gravidanza fisiologica, con feto singolo in posizione cefalica e un inizio spontaneo del travaglio. Le nascite, sia a domicilio che in ospedale, sono assistite da Ostetriche che hanno ottenuto la licenza dopo 4 anni di studi di infermieristica e 2 anni di corso di ostetricia. Nel 2016 sono avvenuti a domicilio 85 nascite ed hanno rappresentato il 2.1% di tutti i parti.

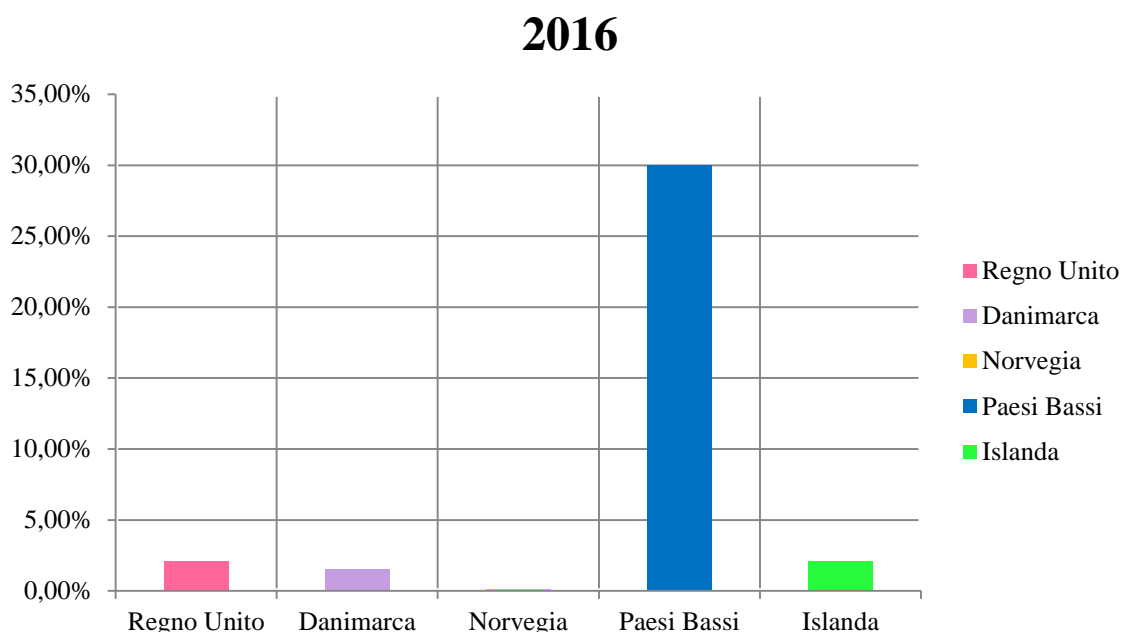


Figura 1 Situazione Europea dei parti avvenuti a domicilio nel 2016. (sono stati esclusi dal grafico i Paesi di cui non si disponeva di dati relativi al 2016)

3.2 L'italia

I Certificati di assistenza al parto (CedAP), elaborati dall'Ufficio direzionale di statistica del Ministero della salute, rappresentano - insieme alle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) - la più estesa fonte nazionale di informazioni, di carattere sia sanitario che epidemiologico, relative all'evento nascita. L'informazione purtroppo non rileva il luogo programmato del parto, né distingue fra parto a domicilio e in Casa di Maternità. Per questo di seguito vengono riportati i dati relativi alle nascite a domicilio negli ultimi 5 anni.

Nel 2017, i parti a domicilio in tutta Italia hanno rappresentato lo 0,08% di tutti i parti. La più alta percentuale, pari allo 0,58%, è detenuta dalla provincia autonoma di Trento, a seguire il

Friuli Venezia Giulia e il Veneto con rispettivamente lo 0,37% e 0,30% delle nascite a domicilio e l'Emilia Romagna con lo 0,20%. Il Piemonte, con lo 0,15%, a seguire la Liguria e la Sardegna con la medesima percentuale dello 0,1% e per finire le Marche e la Puglia con lo 0,07%, la Lombardia con lo 0,05% e la Toscana con lo 0,02%. In Valle d'Aosta, provincia autonoma di Bolzano, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia, la percentuale dei parti a domicilio è pari allo 0,0%. (CeDAP 2017)

Nel 2018, si osserva una lieve diminuzione dei parti effettuati a domicilio nella nostra penisola con una percentuale dello 0,06% di tutti i parti. In particolare la provincia autonoma di Trento, si mantiene sulla medesima percentuale dell'anno precedente (0,58%). Si osserva un decremento di parti a domicilio in Friuli Venezia Giulia (0,15%), Veneto (0,13%) e Puglia (0,03%); in Sardegna, Toscana e Liguria, dove l'anno precedente la percentuale era comunque molto bassa, ma presente, nel 2018 questa diminuzione arriva a toccare lo 0,0%. La situazione resta più o meno statica in regioni quali l'Emilia Romagna (0,18%), il Piemonte (0,12%) e la Lombardia (0,06%). L'unica regione in cui si assiste ad un incremento è le Marche che arriva a circa il doppio dell'anno prima (0,13%). In Valle d'Aosta, provincia autonoma di Bolzano, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia, i parti a domicilio sono sempre assenti. (CeDAP 2018)

Nel 2019, si assiste ad un lieve aumento della situazione totale italiana, si arriva infatti allo 0,07%, ma ancora non supera il 2017. Nella provincia autonoma di Trento si osserva una diminuzione pari quasi al dimezzamento della percentuale di inizio (0,22%). Le percentuali diminuiscono inoltre in Lombardia (0,03%) e in Puglia (0,01%). In aumento, le regioni del Friuli Venezia Giulia (0,28%), Veneto (0,30%), Toscana (0,01%), Liguria (0,1%) e provincia autonoma di Bolzano (0,6%), in cui fino all'anno prima erano assenti i parti a domicilio. La situazione è più o meno la stessa in Emilia Romagna (0,17%), Piemonte (0,13%) e Marche (0,10%). In Valle d'Aosta, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e quest'anno anche la Sardegna, i parti a domicilio sono allo 0,0%. (CeDAP 2019)

Nel 2020, si è registrato un deciso incremento dei parti a domicilio, fino a raggiungere lo 0,12%, probabilmente anche a causa della situazione pandemica al culmine in Italia in questo periodo. L'aumento è decisamente significativo nella provincia autonoma di Trento (0,69%) e Bolzano (1,1%). Si assiste ad un aumento in Emilia Romagna (0,27%), Friuli Venezia Giulia (0,40%), Lombardia (0,12%), Liguria (0,2%), Veneto (0,36%), Piemonte (0,16%), Toscana

(0,05%) e Puglia (0,06%). Nelle Marche la percentuale diminuisce (0,08%) rispetto all'anno precedente. Nel resto d'Italia le nascite a domicilio rappresentano lo 0,0%. (CeDAP 2020)

Lo scorso anno, si è assistito a un continuo aumento della percentuale dei parti a domicilio in Italia, arrivando allo 0,15% di tutte le nascite. Le province nelle quali si è osservato un aumento sono la provincia autonoma di Trento, con il valore più alto in Italia dello 1,09%, in Emilia Romagna (0,36%), Lombardia (0,16%), Veneto (0,46%), Piemonte (0,19%), Puglia (0,10%) e Marche (0,11%). La situazione rimane circa la stessa nella provincia autonoma di Bolzano (1,0%), mentre rispetto all'anno precedente, le percentuali diminuiscono in Friuli Venezia Giulia (0,25%) e Liguria (0,1%). In Toscana la percentuale di parti a domicilio nel 2021 arriva a toccare lo 0,0%, come nelle restanti parti d'Italia. (CeDAP 2021)

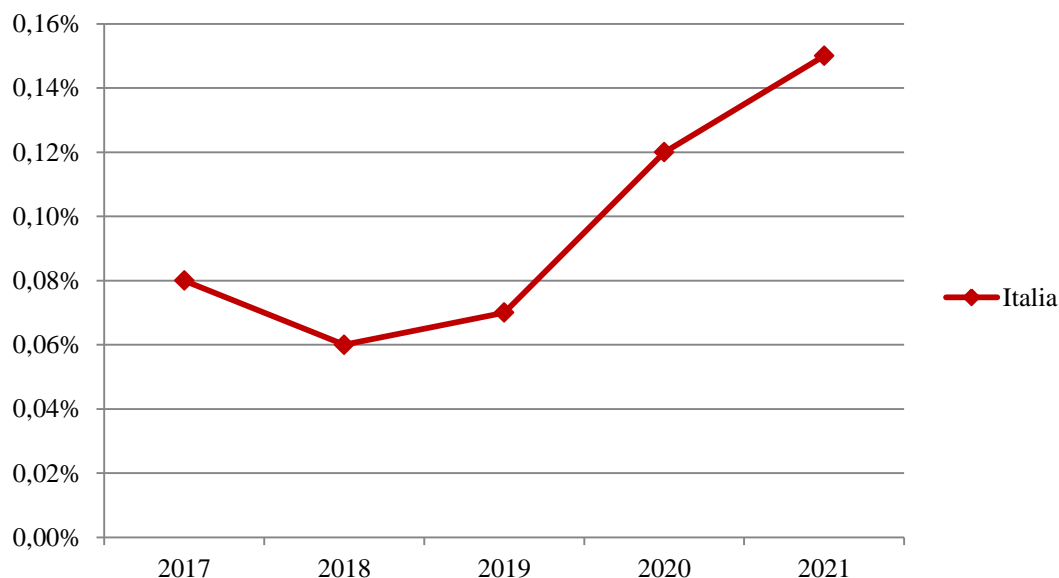


Figura 2 Situazione italiana dei parti a domicilio

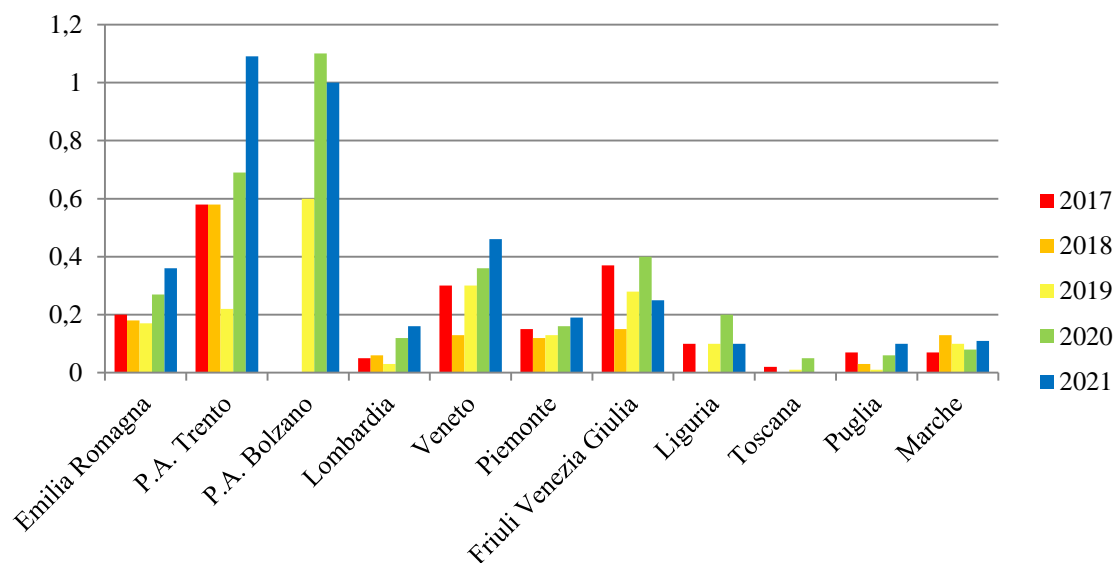


Figura 3 Situazione dei parti a domicilio nelle regioni italiane nell'intervallo 2017-21 (sono state escluse dal grafico quelle regioni nelle quali la percentuale dei parti a domicilio è pari allo 0,0%)

3.3 Emilia Romagna

Come ribadito in precedenza, l'Emilia Romagna, grazie alla *Legge Regionale* n° 26 del 1998, permette alle donne sia di poter scegliere il luogo del parto tra ospedale, Casa di Maternità e domicilio, ma anche di ricevere un aiuto economico per fronteggiare queste spese, rimborsando a chi sceglie di partorire in ambiente extra ospedaliero una somma equivalente all'80% della somma prevista dal DRG per un parto vaginale senza complicanza.

Di seguito viene analizzata l'epidemiologia del parto extra ospedaliero in Emilia Romagna negli ultimi anni; per l'interpretazione dei dati sono stati consultati i Certificati di Assistenza al parto dal 2017 al 2020. Il CedAP dell'Emilia Romagna, fornisce informazioni più precise per quanto riguarda la differenziazione del parto in ambiente extra ospedaliero. È infatti possibile estrapolare dati rispetto alle nascite programmate presso il proprio domicilio e presso le case di maternità, distinguendo, inoltre, i parti avvenuti in luogo non ospedaliero che non erano stati programmati.

Dai parti registrati nella banca dati CedAP 2017 dell'Emilia Romagna risulta che il 99,6% dei parti è avvenuto in un ospedale, 67 parti (0,2%) sono stati programmati a domicilio, 36 parti in una casa di maternità e 26 in un luogo extra-ospedaliero non programmato. La percentuale dei parti effettuati presso la propria abitazione si mantiene sulla stessa percentuale per i

successivi due anni (0,02 %) (CedAP 2017). In particolare nel 2018 ci sono stati 63 parti programmati a domicilio, 33 nascite programmate in casa maternità e 37 in ambiente extra ospedaliero non programmato (CedAP 2018); nel 2019, invece, 55 parti programmati a domicilio, 33 programmati in una casa di maternità e 37 in un luogo extra-ospedaliero non programmato (CedAP 2019). I dati relativi al 2020 restituiscono un'immagine molto diversa, la percentuale dei parti avvenuti in ambiente extra ospedaliero, complessivamente è più che raddoppiata.. Nel 2020, infatti, i parti risultano avvenuti in 99,4% dei casi in un ospedale, in 0,5% dei casi programmati in ambiente extra ospedaliero (85 in abitazione privata; 56 in una casa di maternità) e in 41 casi in un luogo extra ospedaliero non programmato. Questi dati potrebbero essere il risultato delle restrizioni adoperate nei centri nascita ospedalieri a causa della pandemia per contenere la diffusione del virus. Le modifiche della rete ospedaliera, le restrizioni all'accesso alle strutture ospedaliere che hanno interessato sia il partner che familiari e amici della donna, il timore di recarsi in un ambiente a rischio di contagio, potrebbero avere contribuito all'aumento del desiderio e della necessità, in alcuni casi, da parte delle donne e dei loro partner di ricorrere a una assistenza in gravidanza, travaglio e parto in ambiente extra ospedaliero. Per avvalorare questa teoria, viene riportata nella figura sottostante, l'analisi mensile del numero di parti in ambiente extra-ospedaliero, che rileva un incremento a partire da aprile 2020, un mese dopo la dichiarazione della pandemia. (CedAP 2020)

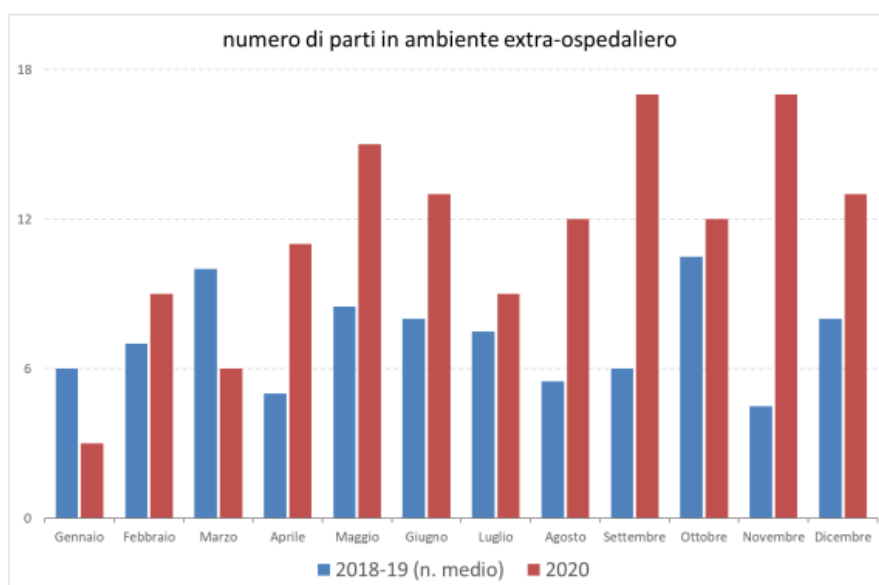


Figura 4 Confronto delle percentuali relative al parto extra ospedaliero per gli anni 2018/19/20. (CedAP, 2020)

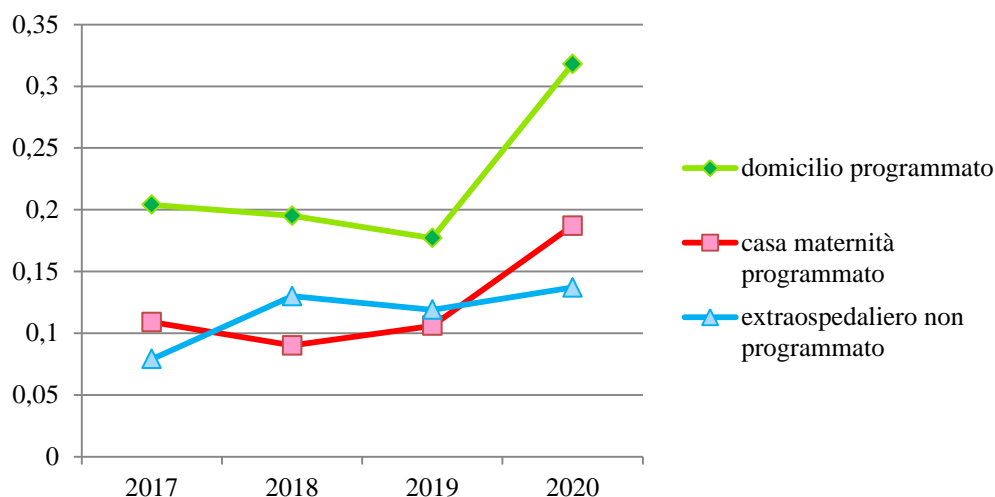


Figura 5 Grafico relativo all'andamento percentuale del parto extra ospedaliero programmato e non nell'intervallo 2017-2020 in Emilia Romagna.

Le donne che hanno scelto il parto extra-ospedaliero in Emilia Romagna del 2020 hanno un'età compresa tra 30-34 anni nel 43% dei casi, sono di nazionalità italiana nel 94% dei casi e hanno un tasso di scolarità medio-alto: il 99% tra loro è laureata o ha un diploma di scuola media superiore. Le donne al primo parto erano il 33%. A 30 giorni dal parto, circa il 90% di loro allattava in modo esclusivo. La continuità assistenziale offerta dall'ostetrica può essere identificata come fattore protettivo per l'allattamento.¹³

¹³ <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1560>

4 L'indagine

Questa tesi si propone di approfondire i seguenti aspetti relativi all'assistenza extra ospedaliera:

- 1) conoscere le motivazioni della bassa percentuale di donne che accedono ai servizi extra ospedalieri nonostante la presenza di una legge regionale in Emilia Romagna che prevede la possibilità di scegliere il luogo del parto e di poter usufruire di rimborsi per le spese sostenute per l'assistenza domiciliare o in Casa di Maternità;
- 2) indagare quanto questa possibilità sia effettivamente proposta dai servizi territoriali e quindi quanto le informazioni siano alla portata degli utenti;
- 3) quale sia la percezione del parto extra ospedaliero delle Ostetriche che lavorano all'interno degli ospedali;
- 4) quali possibilità e strategie si possano mettere in atto per migliorare la collaborazione tra ostetric* liber* professionist* e le operatrici e gli operatori del SSN;
- 5) quale vissuto abbiano le donne che hanno avuto questa esperienza, le modalità con cui sono giunte a conoscenza di questa possibilità e le strategie che suggeriscono per migliorare la diffusione di tutte le possibili modalità per affrontare la gravidanza e il parto.

4.1 Materiali e metodi

“La ricerca qualitativa, è una ricerca attenta alla qualità delle cose, [...] si preoccupa di descrivere quello che c'è e quello che accade” [...] (Mortari, 2017)

Con l'indagine qualitativa la ricercatrice o il ricercatore sono interessati a comprendere un vissuto, le percezioni, opinioni e punti di vista di determinate esperienze o fenomeni; questo rappresenta sia il suo punto di forza che quello di debolezza, poiché l'oggettività analitica lascia spazio alla soggettività delle esperienze. Lo scopo della qualitativa, infatti, non è quello di misurare dati relativi ad un particolare evento, ma di descriverlo.

Il disegno di ricerca qualitativo è da privilegiarsi nel momento in cui l'argomento di interesse rientri in un ambito poco conosciuto o si vogliono approfondire circostanze complesse.

4.2 Gli strumenti

4.2.1 L'intervista semi-strutturata

Il primo strumento utilizzato è quello dell'intervista qualitativa semi-strutturata; la scelta è ricaduta su questa tipologia in quanto accosta il rigore nei temi e negli argomenti trattati alla malleabilità nello scambio: dando la possibilità di approfondire punti specifici che emergono durante la discussione con l'intervistato.¹⁴ L'intervista si compone di dieci domande aperte, in modo da non avere delle risposte chiuse che vincolino l'intervistato. Lo scopo è stato quello di lasciare ampio spazio ai feedback degli interlocutori, approfondendo le questioni indagate, in base alla disponibilità del singolo soggetto e alla propria esperienza e interesse circa l'argomento preso in esame.

Le domande guida dell'intervista sono state le seguenti:

- 1) Da quanto anni esercita la professione di ostetrica?
- 2) In che anno ha conseguito la laurea triennale in ostetricia/ il diploma di ostetricia?
- 3) È in possesso di formazione post base (laurea magistrale, master I-II livello, dottorato)
- 4) Ha sempre svolto la sua attività lavorativa in consultorio? Che altre esperienze lavorative ha avuto? (ospedale, sala parto, reparto, ecc)
- 5) E' previsto un incontro con le gestanti durante il quale viene eseguito un counseling specifico in merito al luogo del parto?
- 6) Nella presentazione dei luoghi del parto include sempre il parto extra ospedaliero?
- 7) Ritene esistano dei benefici correlati al parto extra ospedaliero? Se sì, quali?
- 8) Quanto pensa sia in termini di percentuale il rischio di emergenza correlato al parto extra ospedaliero?
- 9) È a conoscenza del rimborso che la regione Emilia Romagna offre alle coppie che compiono questa scelta?
- 10) È a conoscenza delle possibilità assistenziali extra ospedaliere che offre la regione Emilia Romagna?

Le prime quattro domande sono state poste per inquadrare il background professionale dell'operatore; le successive hanno lo scopo di indagare se e come gli operatori propongono la possibilità del parto extra ospedaliero, qual è la loro percezione circa questa alternativa e se

¹⁴ <https://www.intotheminds.com/blog/it/ricerca-qualitativa-3-tipi-intervista/>

sono informati circa le procedure le possibilità assistenziali a cui l'Emilia Romagna fa riferimento.

L'intervista è stata condotta in forma anonima assegnando ad ogni soggetto un codice numerico per la tutela della privacy, chiedendo un consenso informato per la registrazione della stessa, al fine di raccogliere in maniera più attendibile possibile le risposte.

4.2.2 Il campione

Per l'intervista sono state arruolate ostetriche*, che esercitano attualmente la professione presso i consultori del bacino territoriale bolognese. Non sono stati utilizzati criteri di esclusione nella selezione del campione. Le Ostetriche (alle interviste hanno aderito persone di genere femminile) intervistate sono differenti per età anagrafica e condizione professionale.

Ai fini dell'arruolamento è stata inviata una mail a tredici ostetriche selezionate in base alla attività professionale svolta nei Consultori dell'AUSL di Bologna; otto tra quelle contattate si sono rese disponibili e hanno volontariamente deciso di aderire allo studio. Le interviste si sono svolte tramite appuntamenti individuali precedentemente concordati, offrendo loro la modalità in presenza, il colloquio telefonico o online tramite Teams. Alcune hanno scelto una call online e altre un appuntamento telefonico.

La durata di ogni intervista è stata variabile e dipendente dalla predisposizione, dall'esperienza e dall'interesse dell'intervistata per il tema trattato. L'incontro è stato aperto con una breve presentazione dell'intervistatrice, dell'argomento oggetto della tesi; successivamente è stato chiesto il consenso per la registrazione dell'intervista. Ciò ha permesso, al termine di ogni colloquio, che l'intervistatrice potesse trascrivere in maniera fedele quanto è stato detto dalle Ostetriche. Sono stati eliminati dalla trascrizione elementi distintivi o cenni a luoghi di lavoro specifici, per il rispetto della privacy. Ad ogni Ostetrica è stato assegnato casualmente un codice numerico da 01 a 08, per identificarle e attribuirne i pensieri.

4.2.3 I questionari

Sono stati formulati inoltre due questionari somministrati garantendo l'anonimato: il primo rivolto a* ostetriche* delle sale parto e il secondo destinato alle donne che hanno vissuto l'esperienza del parto in ambiente extra ospedaliero.

Sono stati strutturati con domande a risposta chiusa, ad eccezione dell'ultima, che in entrambi i questionari prevede una risposta aperta al fine di permettere a chi compilava di esprimersi in maniera più approfondita sul tema implicito nella domanda.

QUESTIONARIO 1

Il primo questionario è stato indirizzato alle ostetriche che svolgono la loro professione presso le sale parto di alcuni punti nascita ospedalieri di Bologna e dintorni. Il questionario è stato somministrato in forma anonima. Non sono stati utilizzati criteri di esclusione per la selezione del campione. È stato divulgato tramite posta elettronica e, una volta ricevuto, il professionista poteva decidere liberamente se rispondere al questionario o meno; questo ha permesso di ottenere risposte da operatori di diversa età anagrafica e professionale. Sono stati mandati a tutte le ostetriche delle sale parto di tre punti nascita, ma solo in 27 hanno risposto al questionario. Le prime domande si propongono di fornirci un background professionale e lavorativo. Le successive si propongono di comprendere la percezione ed eventuali resistenze nei confronti del parto extra ospedaliero da parte delle ostetriche, se credono sia importante la collaborazione tra ostetriche ospedaliere e libere professioniste e se sono a conoscenza delle linee di indirizzo regionali sull'assistenza al travaglio e parto extra ospedaliero.

QUESTIONARIO 2

Il secondo questionario si rivolge alle donne che hanno scelto di intraprendere il percorso di assistenza extra ospedaliera per il proprio parto; il questionario preparato è stato diffuso con la collaborazione dell'Associazione Culturale "Il Nido" sede di tirocinio delle studentesse e degli studenti del CDL di Ostetricia di Bologna. Oltre alla raccolta dei dati sociodemografici, il questionario è volto alla raccolta di informazioni sul percorso scelto per il controllo della gravidanza al fine di intraprendere il parto in assistenza extra ospedaliera, il processo che ha condotto a questa decisione, le percezioni del personale sanitario incontrato nelle strutture pubbliche e le eventuali difficoltà e le modalità nel reperire informazioni a riguardo e infine suggerimenti per promuovere la conoscenza di questa possibilità.

Hanno aderito 62 donne di diversa età anagrafica, residenti nella regione Emilia Romagna, non sono stati applicati criteri di esclusione per la selezione del campione. Anche in questo caso, il questionario è stato somministrato in forma anonima.

Le domande presenti in entrambi i questionari erano tutte obbligatorie, fatta eccezione per alcune alle quali i soggetti potevano rispondere solo se aventi dei requisiti posti all'interno della domanda stessa.

5 I risultati

5.1 I risultati: l'intervista

Dopo aver condotto le interviste, si è proceduto con la trascrizione e l'analisi. In particolare, sono state individuate diverse tematiche, applicando ad esse colorazioni differenti:

- In verde: l'età professionale dell'operatore;
- In azzurro: il possesso di formazione post-base
- In rosa: esperienze lavorative pregresse
- In blu: la conduzione e la presenza di un counseling specifico sul luogo del parto
- In arancione: l'inclusione del parto extra ospedaliero nella presentazione delle alternative possibili
- In verde scuro e in viola: la percezione di eventuali benefici e rischi
- In grigio: la conoscenza dell'operatore della possibilità di rimborso
- In giallo: la conoscenza delle possibilità assistenziali extra ospedaliere presenti sul territorio

In seguito verranno analizzate le singole tematiche nello specifico.

- 1) Età professionale dell'operatore, possesso di formazione post-base, esperienze lavorative pregresse.

OPERATORE	ETÀ PROFESSIONALE	FORMAZIONE POST-BASE	ESPERIENZE LAVORATIVE PREGRESSE
Ostetrica 01	28 anni, dal 1994	No	Ospedale: sala parto e reparto
Ostetrica 02	37 anni, dal 1985	No	Ospedale: sala parto Università
Ostetrica 03	26 anni, dal 1995	No	Ospedale: sala parto, reparto, ambulatori
Ostetrica 04	15 anni, dal 2006	Laurea magistrale + master di I livello	Ospedale: sala parto, ambulatori, reparto, pma, clinica privata
Ostetrica 05	17 anni, dal 2005	No	Ospedale: reparto e sala parto

Ostetrica 06	18 anni, dal 2004	No	Ospedale: sala parto
Ostetrica 07	37 anni, dal 1985	No	Ospedale Università
Ostetrica 08	34 anni, dal 1988	No	Ospedale Casa di cura privata

Tabella 1 Caratteristiche sociodemografiche e relative alla formazione e alle esperienze lavorative pregresse

Le prime domande avevano lo scopo di fornire un quadro dell'operatore dal punto di vista professionale, formativo ed esperienziale. Le ostetriche intervistate, come si evince dalla tabella, hanno età lavorativa differente, solo una di loro è in possesso di formazione post base e il 100% di loro ha lavorato in precedenza in ospedale.

Alcune di loro sostengono che aver lavorato nelle sale parto, soprattutto di punti nascita più piccoli, le abbia aiutate nell'attuale incarico per accompagnare al meglio le coppie durante la gravidanza e nella scelta del luogo del parto.

“Questa esperienza mi è servita molto anche con l' attuale incarico in consultorio, nonostante io non mi occupi più del momento della nascita, in senso stretto, nel momento in cui accompagno la donna verso una scelta” (ostetrica 03)

2) La conduzione e la presenza di un counseling specifico sul luogo del parto.

La maggior parte delle intervistate non individua un incontro preciso nel quale parlare esclusivamente del luogo del parto, ma ne parlano quando la coppia desidera informazioni, poco prima del momento della presa in carico da parte dell'ambulatorio della gravidanza a termine in ospedale o comunque nel corso di un appuntamento per la visita di controllo. Il 100% di loro sostiene che affronta l'argomento con la coppia. Molte affermano che il motivo per il quale non ne parlino approfonditamente è che l'argomento viene trattato per lo più durante gli incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Alcune di loro individuano come punto di riferimento temporale, dal quale partire per chiedere le intenzioni della coppia riguardo al luogo del parto, indicativamente la 28° settimana.

“Non è solo ed esclusivamente se la donna me lo chiede, nel senso che io esploro un pochino per sondare dove la donna andrà a partorire e che proiezioni ha nei confronti del luogo del parto, però non è così estesa come durante un corso di accompagnamento alla nascita. Quindi nella conduzione di una gravidanza, durante

questo percorso non è soltanto che durante un incontro tutto il colloquio verte sul punto di nascita ma sono degli spot informativi o esplicativi.” (ostetrica 01)

L’Ostetrica 01 racconta, inoltre, durante l’intervista, la presenza negli anni passati, di incontri organizzati da parte dei punti nascita ospedalieri per visitare e conoscere la struttura e vedere le sale parto.

“Io aspetto che abbia fatto la morfologica, che vada tutto bene, che si possa tirare quel sospiro di sollievo riguardo alle diagnosi prenatali e poi si iniziano a mettere le basi per tutto il resto” (ostetrica 03)

“di solito mi faccio guidare dai loro bisogni” (ostetrica 04)

“[...] non sono lì per suggerire una risposta ma per ascoltare quello che la donna pensa. Ogni donna sa quello che cerca, per cui cerco di portarla verso la sua decisione. Le porto a guardarsi intorno, a capire come funzionano i vari punti nascita e in base alle loro necessità, scegliere il luogo in cui andare a partorire.” (ostetrica 06)

3) L’inclusione del parto extra ospedaliero nella presentazione delle alternative possibili. Sei intervistate su otto sostengono di includere sempre il parto extra ospedaliero nella presentazione dei luoghi del parto, sia che il professionista in questione conduca dei CAN o che non lo faccia. Di contro molte affermano che la proposta di tale possibilità viene effettuata spesso sulla base della conoscenza della coppia che viene approfondita durante il corso della gravidanza.

“[...] Faccio compilare il foglio delle scelte per il parto che si trova nella cartella fornita dall’Ausl, lì infatti viene menzionato il luogo del parto (ospedale, casa maternità, domicilio). [...] il parto extra ospedaliero è una scelta molto selettiva. Di solito viene contemplata da persone che sono informate, che hanno dei bisogni specifici, ecc., di solito non lo menziono, probabilmente invece dovrei, perché magari alcuni non lo conoscono[.]” (ostetrica 04)

“Spesso si capisce quando una donna è interessata all’argomento o all’intenzione [...], ti danno degli input, poi ne parliamo a voce” (ostetrica 07)

“Non lo includo a tutte le donne, ma nei casi in cui trovo il terreno fertile per proporlo [...], possiedo una conoscenza di quella donna e cerco di capire se può essere una

persona interessata a questa alternativa. Il covid ha determinato una facilitazione in questo senso [...] (ostetrica 08)

4) La percezione di eventuali benefici e rischi.

Si è deciso di chiedere agli operatori la percezione dei rischi e dei benefici attribuibili al parto extra ospedaliero al fine di comprendere la relazione che c'è tra la predisposizione delle Ostetriche a promuovere alternative sul luogo del parto e la loro opinione a riguardo.

Il 100% delle intervistate sostiene che questa alternativa porti a dei benefici per la donna, per la coppia madre-bambino e per la nascita della famiglia. Tra i benefici emersi durante le interviste ci sono:

- Continuità assistenziale (3/8)
- Relazione e assistenza one to one con una persona scelta in precedenza (5/8)
- Maggiore compliance dell'utente
- Coinvolgimento maggiore della famiglia e della comunità attorno alla coppia
- Maggiore intimità (2/8)
- Aumento della probabilità di successo di un parto spontaneo
- Promozione del legame mamma-bambino (2/8)
- Promozione dell'allattamento
- Far vivere alla donna il ruolo di protagonista del suo parto
- Umanizzazione della nascita
- Rispetto della fisiologia e dei tempi (2/8)
- Aumento del senso di sicurezza, la possibilità di sentirsi a proprio agio in un luogo considerato familiare (4/8)
- La presenza di minori introduzioni esterne

Allo stesso modo, la totalità del campione preso in esame dichiara che il rischio di insorgenza di emergenze durante un parto extra ospedaliero sia molto basso, alcune lo hanno identificato come inferiore al 5% o comunque non superiore rispetto a un parto che avvenga in un punto nascita ospedaliero.

5) La conoscenza dell'operatore della possibilità di rimborso e delle possibilità assistenziali extra ospedaliere presenti sul territorio.

Il 100% delle intervistate sostiene di conoscere la possibilità che fornisce la regione Emilia Romagna circa il rimborso, pari all'80%, delle spese relative all'assistenza extra ospedaliera,

probabilmente, da come alcune di loro sostengono durante i colloqui, anche grazie alle giornate di formazione che sono state organizzate di recente.

Più o meno tutte le Ostetriche dei Consultori conoscono le possibilità assistenziali che la regione offre alle coppie che scelgono di vivere questa esperienza, la casa maternità, le ostetriche libere professioniste che seguono i parti a domicilio. Alcune di loro suggeriscono alle coppie interessate di rivolgersi all'Ordine delle Ostetriche per ricevere informazioni più approfondite.

5.2 I risultati: questionario 1

I risultati dei questionari sono stati raccolti e processati dalla piattaforma Google form. Di seguito vengono riportati gli elementi più rilevanti.

Nelle prime domande è stata chiesta l'età, l'anno di conseguimento della laurea, se si è in possesso di formazione post base e da quanto tempo le Ostetriche svolgono questa professione, al fine di ottenere un quadro del campione delle professioniste.

In seguito, si è indagato se avessero mai svolto la libera professione. È emerso che il 7,4% di queste ha esercitato la libera professione e la stessa percentuale ha assistito ad almeno un parto extra ospedaliero.

Successivamente è stato domandato un valore, da 0 a 10, che identificasse per loro il rischio di insorgenza di complicanze durante un parto extra ospedaliero. Il valore che ha ottenuto il maggior numero di voti è stato il 7; nonostante ciò, il 62,9% delle intervistate, si è mantenuta sotto il 6.

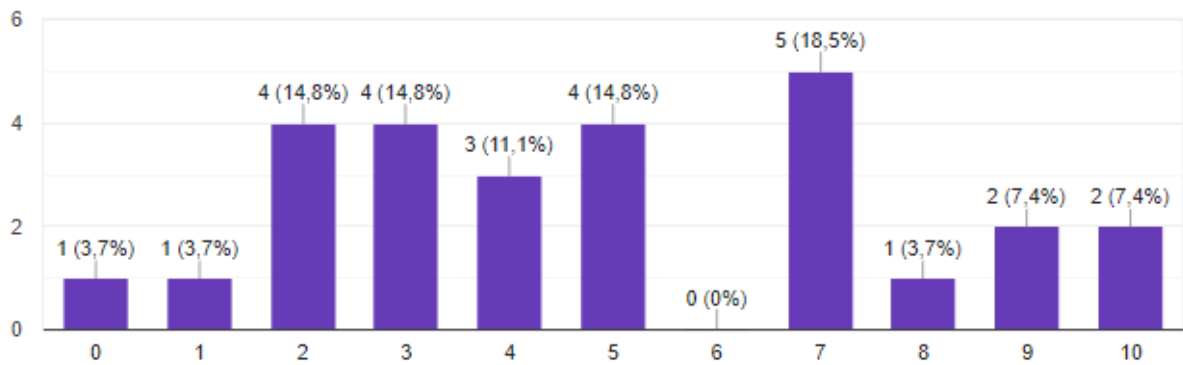


Figura 6 Domanda: *In una scala da 0 a 10, che valore attribuirebbe all'insorgenza di complicanze durante un parto extra ospedaliero?*

Nel grafico che segue è riportata l'opinione delle Ostetriche ospedaliere, circa l'importanza della presenza dell'Ostetrica libera professionista che ha seguito la donna, una volta giunti in ospedale in caso di necessità. L'88,9% delle intervistate ritiene che sia molto importante, il 7,4% sostiene sia poco importante e solo un'Ostetrica che sia indifferente.

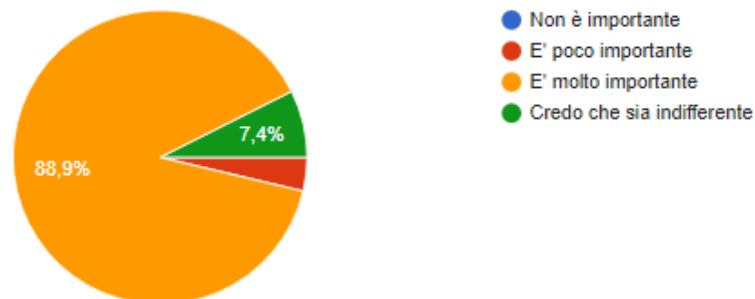


Figura 7 Domanda: *Quanto crede sia importante la presenza, una volta giunta in ospedale, dell'ostetrica che ha seguito il travaglio precedentemente?*

Il 74,1% di loro riterrebbe molto utili incontri con le Ostetriche libere professioniste, per comprendere il loro modo di lavorare, per alcune è indifferente, mentre una sola di loro non ritiene esista nessuna utilità.

Il 33,3 % delle intervistate non conosce la normativa esistente in Emilia Romagna, che permette alle donne di ricevere un rimborso delle spese per l'assistenza del parto extra

ospedaliero. Inoltre il 40,7% di loro non è a conoscenza del recente aggiornamento delle linee di indirizzo riguardo l'assistenza extra ospedaliera. Il 18,5% non saprebbe dove indirizzare una gravida interessata al parto extraistituzionale.

L'ultima domanda ha lo scopo di identificare l'eventuale presenza di resistenze o attriti della struttura in cui lavora l'intervistata, nei confronti del parto extra ospedaliero. Alcune di loro hanno riportato che le resistenze sono presenti e sono principalmente causate da sentimenti di diffidenza e dalla presenza di pregiudizi a riguardo. Di seguito vengono riportate le risposte salienti.

“Sì, si vedendo le Ostetriche libere professioniste come un'interferenza che limita la possibilità di attuare l'assistenza come si fa di solito. Perché bisogna negoziare con un'altra visione e la Donna, giustamente, si fida dell'ostetrica che l'ha seguita.”

“Sì, la diffidenza nei confronti delle ostetriche che svolgono la libera professione è presente ed è maggiormente percepibile nel momento in cui la donna che ha scelto il parto extra ospedaliero e le ostetriche devono, a causa degli eventi, interfacciarsi con la struttura istituzionale. Credo comunque che le ostetriche libere professioniste cerchino di colmare un grande vuoto lasciato dai servizi istituzionali.”

“[...] le resistenze sono probabilmente dovute al fatto che spesso non si condividono le modalità assistenziali delle colleghe libere professioniste, o forse le si conoscono poco...”

5.3 I risultati: questionario 2

Come è stato descritto in precedenza, il secondo questionario è stato destinato alle donne che hanno scelto di vivere l'esperienza del parto a domicilio. La prima domanda va alla ricerca della residenza di provenienza della donna intervistata. Il 35,5% delle donne è residente a Bologna, le restanti si distribuiscono in maniera uniforme in tutto il resto della regione.

Il 59,7% di loro possiede il diploma di laurea, a seguire il 38,7% possiedono il diploma di scuola superiore, mentre solo una di loro ha un titolo di studio di scuola media inferiore. Si evince dunque che la maggior parte delle donne che fanno questa scelta ha un'istruzione di livello medio-alto.

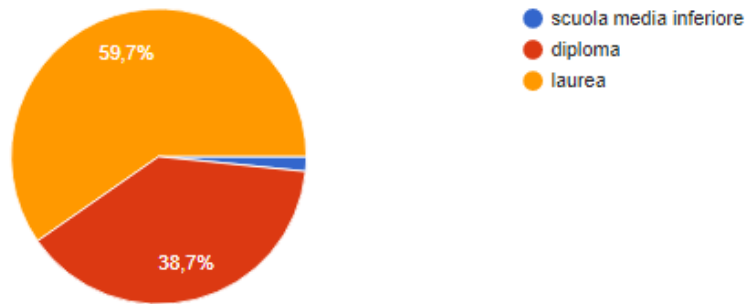


Figura 8 Domanda: Titolo di studio

Nel grafico sottostante è possibile notare che dal 2020 si ha un aumento consistente del numero di parti effettuati in ambito extra istituzionale. Questo dato va a riconfermare come la pandemia da Covid-19, abbia, a partire dal 2020, influenzato notevolmente le scelte relative al luogo del parto.

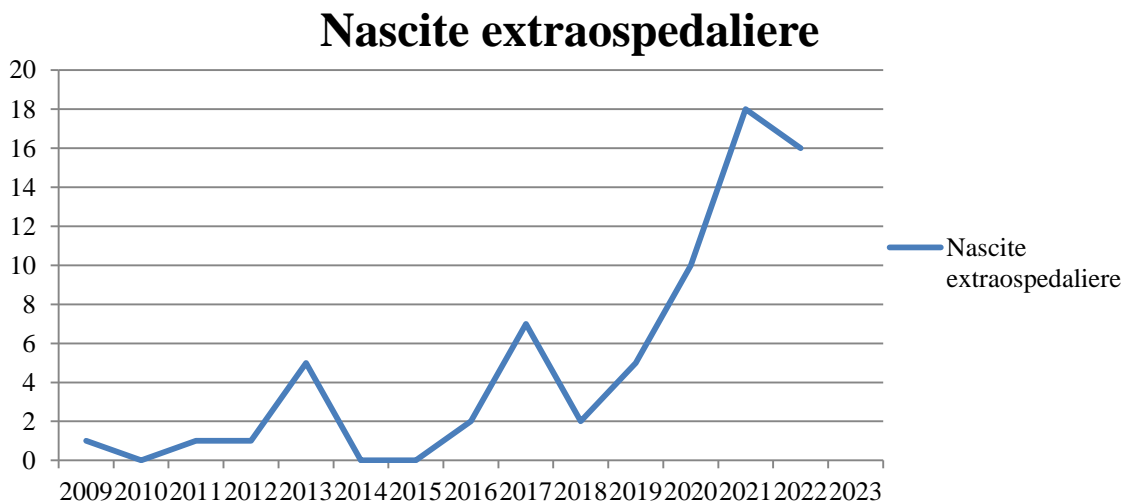


Figura 9 Andamento annuale delle nascite extra ospedaliere all'interno del campione preso in esame.

L'età delle donne che hanno vissuto questa esperienza fuori dall'ospedale varia dai 23 ai 40 anni, con un'età media di 32 anni del campione preso in esame.

Il 64,5% delle intervistate ha preso questa decisione in occasione del primogenito, mentre il 6,5% delle donne ha scelto questa alternativa per tutte le gravidanze. Prima di rivolgersi alle

Ostetriche della Casa di Maternità, il 51,6% era seguito dalle Ostetriche dei Consultori, mentre il 48,4% dal Ginecologo privato.

Rispetto alle modalità tramite le quali le donne abbiano ricevuto informazioni sui luoghi extra ospedalieri per il loro parto, si può notare come il 56,5%, delle gestanti abbia reperito in maniera del tutto autonoma le informazioni; nel 38,7% le informazioni sono state apprese tramite l'esperienza di amici/conoscenti; solo nel 3,2% dei casi le gestanti sono giunte a conoscenza di questa possibilità grazie alle Ostetriche del Consultorio, mentre l'1,6% grazie ad altro personale sanitario.

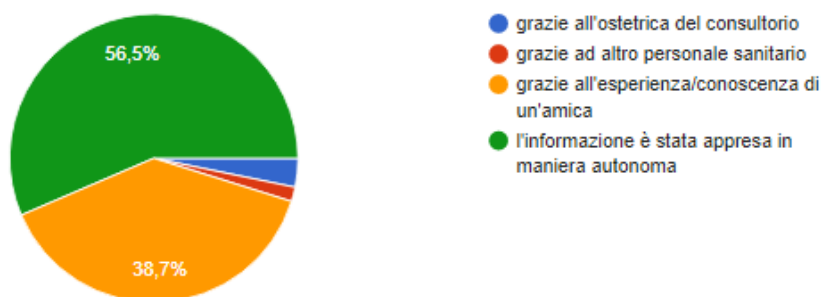


Figura 10 Domanda: *In che modo è venuta a conoscenza della possibilità di partorire in ambiente extra ospedaliero?*

Alle donne che hanno optato per questa scelta in autonomia, ovvero senza che ci fosse stata una proposta specifica da parte di altro personale, è stato chiesto quale fosse stata la reazione del personale del SSN che le seguiva in precedenza; quasi la metà del campione in esame ha affermato che sono stati dati consigli/opinioni personali, piuttosto che delle opinioni oggettive. Inoltre, tra le donne che erano seguite in consultorio, l'84,8% sostiene che nei consultori non venga dato affatto il giusto spazio alla scelta del luogo del parto, che l'argomento non è trattato o, in alternativa, affrontato solo qualora sia la gestante a parlare del luogo da lei scelto.

La maggior parte delle donne intervistate, ribadisce quanto sia difficoltoso (attribuendo un punteggio di 8/10, in cui i numeri indicano in ordine crescente la difficoltà percepita) reperire informazioni utili per le persone interessate ad avviare questo tipo di percorso. Di seguito si riportano le opinioni personali più significative delle donne riguardo alle strategie per la promozione del parto extraistituzionale.

“Bisogna partire dai consultori, dai ginecologi, da chi segue dall'inizio la gravidanza.”

“Iniziare a parlarne di più cercando di sfatare il mito che sia pericoloso, spiegare sempre di più anche attraverso i mass media più comuni (tv, giornali, radio etc) la prassi che si segue, come avviene l'assistenza e soprattutto perchè è più sicuro rispetto a 50 anni fa. Normalizzare il più possibile questa scelta” “anche nella mente degli operatori ospedalieri”

“Sfatare i falsi miti e le paure che circondano il parto a domicilio. In primis nel personale sanitario che ancora oggi è poco informato e guarda con diffidenza chi cerca questa strada.”

“[...] che durante i corsi preparto ospedalieri e del consultorio si parli di tutti i possibili luoghi del parto e che magari si faccia intervenire ad un incontro anche un'ostetrica che si occupa di parto extra ospedaliero (magari portando con sé qualche mamma che possa testimoniare la propria esperienza di parto).”

“Formazione già a livello scolastico (superiori) anche per i ragazzi.”

“[...]Ancora meglio sarebbe se non "demonizzassero" questa scelta quando gli viene presentata come possibilità dalle partorienti che chiedono specifiche informazioni.”

“Far sì che tutte le figure che si occupano di donne in gravidanza le mettano davanti ad una scelta tra due opzioni ugualmente valide in modo imparziale, analizzando insieme pro e contro e parlandone sempre di più, così che ognuna di esse possa essere accompagnata in una scelta consapevole. In merito al parto in casa spesso c'è molta ignoranza e chiunque, anche se non adeguatamente formato/informato, si sente in dovere di fare terrorismo gratuito.”

“Formazione universitaria alle ostetriche che poi possano parlarne alle donne”

“Il parto extra ospedaliero dovrebbe essere trattato esattamente come quello che è: un parto e non un evento coraggioso o da invase “fricchettoni”. E per questo dovrebbero essere fornite informazioni chiare sulle varie possibilità: la casa maternità e la propria casa dovrebbero essere proposte esattamente come vengono proposti i diversi ospedali. [...]Finché le donne gravide sane verranno trattate come pazienti bisognose di cure, rimarrà l'idea che il parto necessiti per forza di una terapia intensiva, di medici chirurghi e macchinari all'avanguardia nella porta accanto.”

“Promuovere l'autoconsapevolezza e la fiducia del proprio sentire”

“Presentare il parto a domicilio per quello che è realmente, sicuro, rispettoso dei tempi, intimo, emozionante, coinvolgente, ...”

5.4 Discussione

Dai risultati analizzati, emergono tre punti di vista differenti: quello delle Ostetriche dei Consultori, delle Ostetriche delle sale parto e delle donne che hanno vissuto l’esperienza del parto extra ospedaliero. L’individuazione di queste tre categorie è stata indispensabile anche per evidenziare cosa avviene nei casi in cui una partoriente debba essere trasferita in ospedale; in particolare quale sia la relazione e la collaborazione che intercorre tra l’Ostetrica libera professionista e l’Ostetrica ospedaliera che si trovano di assistere la stessa donna.

Il coinvolgimento nella ricerca delle donne che hanno optato per il parto extra ospedaliero è stato indispensabile per analizzare quale fosse il percorso, quali le facilitazioni o gli ostacoli che hanno affrontato per decidere cosa fosse meglio.

Dalle interviste con le Ostetriche dei Consultori è emerso come non sia individuato un momento specifico all’interno degli incontri e visite effettuati in gravidanza, destinato alla tematica del luogo del parto. Nonostante ciò, la maggior parte delle intervistate ha sostenuto che l’ambiente extra ospedaliero, come alternativa di luogo del parto viene proposto a tutte le donne, in particolare nelle occasioni in cui le Ostetriche reputano di trovare il “terreno fertile” per parlare dell’argomento. Molte sostengono di trattare l’argomento, o quando la donna chiede informazioni a riguardo, o prima di effettuare la presa in carico presso gli ambulatori della gravidanza a termine nei punti nascita. Molte professioniste hanno aggiunto che le informazioni sul luogo del parto vengono fornite verso il termine della gravidanza, momento in cui si ha già una conoscenza più profonda della donna/coppia, quindi pensano di sapere a chi potrebbe interessare o meno. La strategia in questo senso potrebbe essere quella di proporlo a tutti, poiché una donna che non si presenta immediatamente interessata/predisposta, potrebbe non essere a conoscenza del ventaglio completo di possibilità. Così facendo, sarà possibile fornire alle gestanti, nessuna esclusa, tutti gli strumenti per poter prendere una scelta consapevole sul luogo del parto. Inoltre, sarebbe importante fornire queste informazioni in un’epoca di gravidanza più precoce rispetto al momento della presa in carico in ospedale, che di solito avviene a 36/38 settimane. È fondamentale che le ostetriche dei consultori sappiano che un parto extra ospedaliero prevede un percorso con l’ostetrica libero-professionista che assisterà il parto che si deve

necessariamente instaurare parecchie settimane prima, almeno entro le 32 settimane; non solo perché è entro quella data che bisogna presentare all'Ausl i documenti utili per la richiesta di rimborso, ma perché è fondamentale che le ostetriche che assisteranno il parto possano avere tempo per approfondire la conoscenza della donna, valutare i possibili fattori di rischio per un parto extra ospedaliero ed instaurare la relazione terapeutica, premessa indispensabile per la sicurezza del parto a domicilio o in casa maternità. Nonostante le ostetriche consultoriali dicano di fornire sempre queste informazioni, ciò non è rispecchiato dalle risposte raccolte nei questionari destinati alle donne. Infatti, la maggior parte delle donne, afferma di essere venuta a conoscenza del parto extra ospedaliero autonomamente o tramite l'esperienza di amici/conoscenti.

Dall'analisi delle risposte delle Ostetriche operanti nelle sale parto delle strutture sanitarie, si evince come alcune di loro non siano a conoscenza della normativa vigente in Emilia Romagna, relativa all'assistenza del travaglio e parto in ambiente extra ospedaliero.

Emerge, inoltre, che molte di loro lo ritengano un'alternativa fonte di rischi, o comunque non sicura.

Tutte sostengono che, laddove la donna giunga in ospedale dopo aver iniziato il travaglio in Casa di Maternità o a domicilio e sia accompagnata dall'Ostetrica di fiducia possa essere difficoltoso, per chi la riceve in Ospedale instaurare un'efficacia collaborazione per scarsità di conoscenza reciproca. È necessario che questa collaborazione venga migliorata attraverso la conoscenza reciproca fra operatori e interventi atti a promuovere incontri dove si descrivano finalità e organizzazione di tutti i luoghi del parto, in particolare quelli extra ospedalieri. Quando una donna, intenzionata a partorire a domicilio o in Casa di Maternità, viene trasferita in ospedale, può vivere questa esperienza con un senso di fallimento, che potrebbe essere lenito creando una situazione di continuità tra il professionista a cui aveva fatto affidamento prima e quello a cui deve affidarsi dopo, per non perdere fiducia in se stessa e non sentirsi persa.

A questo proposito è emerso che la maggiore difficoltà nell'instaurare questa collaborazione, è dovuta a diffidenza e pregiudizio nei confronti del parto extra ospedaliero, e quindi per questo è fondamentale che anche le Ostetriche che lavorano nei punti nascita siano adeguatamente informate sulle modalità con cui si effettua l'assistenza fuori dall'ospedale e i benefici correlati a tale alternativa. Forse la difficoltà maggiore è la possibilità di negoziare delle visioni alternative sull'assistenza, da entrambe le parti. In qualunque contesto

l'assistenza ostetrica venga erogata, il focus deve rimanere sempre lo stesso: il desiderio di quella donna/famiglia, le scelte informate e condivise e la qualità dell'esperienza. Operatori di diversi contesti dovrebbero sempre cercare di cooperare al fine di garantire la miglior esperienza di nascita possibile con il livello minimo necessario di intervento, anche se non si condividono a pieno le scelte delle colleghe o delle donne. Rispetto a questo, è fondamentale come operatori continuare a lavorare su di sé, sulle proprie emozioni, sui propri vissuti, per averne piena consapevolezza e per riconoscerli come tali, distaccandosi dalle esperienze delle donne, pur rimanendo al loro fianco ed accompagnandole nell'esperienza che loro desiderano. Tutto questo fa parte della relazione empatica, terapeutica tipica dell'assistenza ostetrica.

Rilevanti, al fine del lavoro di ricerca, sono state le esperienze delle donne, acquisite tramite i questionari. Nelle strategie proposte dalle donne, ci sono l'implementazione di strumenti multimediali e cartacei per la diffusione delle informazioni su quali luoghi e con quali modalità rivolgersi a professionisti che assistono in ambiente esterno all'Ospedale. Le donne affermano che un punto di informazione fondamentale, in quanto accessibile a tutti, sia il Consultorio, visto come un luogo in cui dare il giusto spazio al tema. Un altro suggerimento per promuovere la conoscenza del parto extra ospedaliero è quello di organizzare incontri specifici sia all'interno dei Consultori che durante i CAN, trattando il tema da più punti di vista, analizzando i pro e i contro e sfatare i falsi miti di un preesistente retaggio e proponendo giornate di informazione con testimonianze dirette.

Durante un'intervista di un'Ostetrica del Consultorio, è emerso che in passato erano organizzati incontri per le coppie in attesa, che avevano, tra gli altri, l'obiettivo di far visitare le strutture delle sale parto ospedaliere. Questi erano molto richiesti dalle coppie, quindi probabilmente erano ritenuti estremamente utili per prendere una decisione consapevole. Presumibilmente il Covid ha reso difficile la possibilità di continuare ad organizzare questi incontri, che potrebbero essere nuovamente proposti.

Conclusione

L'importanza della scelta del luogo del parto è essenziale per l'incremento dell'empowerment della donna. Questa scelta viene tutelata anche dalla Carta dei diritti della partoriente e dal Codice etico internazionale delle Ostetriche.

È importante che le donne basino la propria decisione su informazioni veritiere e oggettive e che vengano loro esplicitati tutti i pro e i contro di ogni opzione. È essenziale che venga fornito il giusto tempo per maturare una scelta consapevole; in tali scelte le donne/le coppie devono essere sostenute ed informate dall'Ostetric* e dagli altri professionisti a cui fanno riferimento. La nascita è un evento che comprende l'imprevedibile e l'imponderabile, e, come tale, è importante che sia la coppia, sotto la guida dell'Ostetrica che li segue, a decidere quale grado di incertezza si sentano di assumere. (Schmid, 2018)

Dallo studio effettuato in questo elaborato, si evince come le donne spesso vadano autonomamente alla ricerca delle informazioni utili per vivere questa scelta/esperienza; è importante, invece, che siano le Ostetriche a spiegare tutte le alternative possibili per il luogo del parto, perché sono la figura professionale che meglio possiede tutti gli strumenti per adempiere a questo compito, descrivendo tutte le caratteristiche delle varie opportunità. Tra le strategie che potrebbe essere utile mettere in atto, per promuovere la conoscenza di tutte le alternative possibili sul luogo del parto, c'è la possibilità di creare un colloquio dedicato con le gestanti, durante le visite presso i consultori. Fornire le varie opzioni potrebbe essere utile al fine di ridurre al minimo stereotipi e pregiudizi sulle donne che vertono verso il parto extra ospedaliero. È indispensabile, quindi, che se ne parli con tutti, indipendentemente da impressioni personali, poiché si corre il rischio di far entrare in campo il giudizio soggettivo del* professionist*. Durante questi incontri sarebbe possibile approfondire il tema e la donna potrebbe esprimere i suoi dubbi e incertezze, ampliando la sua conoscenza sull'argomento. In questo modo, il professionista non fornisce una risposta, ma consegna la scelta nelle mani dei diretti interessati. Questo non deve essere visto solo come uno scarico di responsabilità, ma un accompagnamento guidato verso una scelta che sia la più consapevole possibile. Le coppie arrivano sì da soli alla loro decisione, ma sempre sostenuti ed accolti. Si può considerare questo percorso come un processo di empowerment ed un percorso che genera salute. Le donne hanno identificato i social, come utile mezzo di diffusione delle varie alternative; gli altri elementi riconosciuti come strumenti di divulgazione sono stati, i consultori, come detto

in precedenza, i CAN, le scuole, le testimonianze dirette e la normalizzazione di tutte le scelte. È emerso, inoltre, che potrebbe essere utile organizzare degli incontri periodici che favoriscano la collaborazione tra ostetriche libere professioniste e ostetriche ospedaliere, per comprendere le modalità assistenziali nei vari contesti e promuovere un buon lavoro di squadra per i casi di trasferimento dal domicilio/casa maternità all'ospedale. Quest'ultimo suggerimento aumenterebbe il comfort della partoriente nel momento in cui si è costretti a cambiare le aspettative che aveva creato per il suo parto.

La letteratura ci suggerisce come il parto extra ospedaliero sia un'alternativa sicura, al pari di quella ospedaliera, per le donne che rientrano nei criteri di una gravidanza fisiologica. Tra i benefici riscontrati rientrano: maggiore successo del parto spontaneo, meno probabilità di ricevere interventi medici e parto operativo, minor ricorso all'analgesia epidurale e all'episiotomia e all'ossitocina, minor incidenza di lacerazioni di 3° o 4° grado. Dal punto di vista dell'esperienza, aumenta anche il grado di soddisfazione, sia per l'esperienza in sé, sia per l'assistenza ricevuta. Infatti, l'evento avviene in un ambiente intimo, favorendo l'apertura e la fiducia e questo permette di per sé una buona nascita, in quanto si rispettano i tempi e i modi della fisiologia, delle competenze endogene della donna, del bambino e del padre. L'ambiente facilita la donna a sentirsi a proprio agio, consentendole di partorire da sé, lasciando il corpo fare ciò per cui è competente; inoltre il dolore percepito è minore perché il ritmo doglia-pausa è fisiologico e si ha rispetto per l'intimità familiare.

È necessario sfatare i falsi miti e i luoghi comuni legati alla pericolosità del parto extra ospedaliero, fornendo agli interessati le opzioni disponibili e le informazioni relative, in maniera imparziale.

Il parto extra ospedaliero, non trovando un largo consenso sociale, mette in crisi le gestanti che desiderano sceglierlo. Per sostenere queste donne, è necessario trovare un gruppo che fornisca oggettive informazioni basate su evidenze e promuovere un compromesso il più vicino possibile ai bisogni individuali. Viviamo in una realtà sociale in cui è possibile scegliere tra centri nascita ospedalieri, case maternità e domicilio. Opzioni diversificate per il luogo e la modalità della nascita permettono ad ogni coppia di vivere il loro momento nel luogo più adatto alle loro esigenze. *“A ogni donna il suo ambiente. Tutto è soggettivo, per questo è bene che la donna possa scegliere.”* (Schmid, 2018)

Bibliografia

Angela Reitsma, Julia Simioni ,Ginny Brunton ,Karyn Kaufman ,Eileen KHutton. Maternal outcomes 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. Elsevier, 2020.

Bagnacani G, Basevi V, Catellani MB, Stagni S, Baricchi M, Rossi F, Di Mario S., 2019, Revisione sistematica delle prove su efficacia e sicurezza del parto in ambiente extra ospedaliero. Bologna: Regione Emilia-Romagna.

Eileen K.Hutton, Angela Reitsma, Julia Simioni ,Ginny Brunton ,Karyn Kaufman 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. The Lacet, Elsevier, 2019.

Elena Zaccherini, Siamo nati in casa. Parto naturale ed energia femminile, Stampa alternativa, 12 febbraio 2014.

Elisabetta Malvagna, Il parto in casa. Istruzioni per l'uso, Red edizioni, Milano 2010

Elisabetta Malvagna, Partorire senza paura, Come superare I luoghi comuni sulla nascita e riconquistare una capacità perduta, Red edizioni, Milano 2008

Ellen Blix, Anette Schaumburg Huitfeldt, Pål Øian, Bjørn Straume, Merethe Kumle Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study; 2012

Enrica Perrone, Camilla Lupi, Vittorio Basevi, Sergio Battaglia, Giancarlo Gargano. LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA 15° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2017.

Enrica Perrone, Debora Formisano, Giancarlo Gargano, Sergio Battaglia, Simona Di Mario, Vittorio Basevi. LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA 16° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2018

Enrica Perrone, Debora Formisano, Giancarlo Gargano, Sergio Battaglia, Simona Di Mario, Vittorio Basevi. LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA 17° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2019

Enrica Perrone, Debora Formisano, Giancarlo Gargano, Sergio Battaglia, Vittorio Basevi. LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA 18° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2020

L. Mortari e L. Zannini, La ricerca qualitativa in ambito sanitario, Carocci editore, 2017

Michela Zuffrano, Giulia Bagnacani, Vittorio Basevi, Giuseppe Battagliarin, Elena Castelli, Maria Benedetta Catellani, Cristina Galli, Giancarlo Gargano, Elisabetta Mazzanti, Rachele Montini, Marilena Pedroni, Annalisa Pini, Chiara Serafini, Nicoletta Telleri, Sonia Tesoriati, Marilena Toscani, Alessandro Volta. Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extraospedaliero, 2021.

Patrizia Quattrocchi, Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità, Firenze editpress, 2018

Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare, Fulvio Basili, Campo Gaia, Antonella Giannetti, Moroni Rossana, Morgan Romanelli, Elvira Rizzuto. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2019

Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare, Fulvio Basili, Campo Gaia, Moroni Rossana, Morgan Romanelli, Elvira Rizzuto. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2020

Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare, Fulvio Basili, Campo Gaia, Moroni Rossana, Morgan Romanelli, Elvira Rizzuto, Vito Trevisani. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita – Anno 2021

Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare, Fulvio Basili, Irene Messia e Antonella Giannetti. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2017

Rosaria Boldrini, Miriam Di Cesare, Fulvio Basili, Irene Messia, Antonella Giannetti, Morgan Romanelli, Elvira Rizzuto. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2018

Verena Schmid, Il parto in casa e in casa maternità. Criteri di qualità e sicurezza. I vantaggi di un parto fisiologico e consapevole, Terra nuova edizioni, dicembre 2018

Walter Costantini, Trattando di Scienza ed Arte della Professionalità ostetrica, Piccin, 2021

Sitografia

Associazione nazionale ostetriche parto a domicilio e casa maternità; www.nascereacasa.it

[https://demetra.regione.emilia-](https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:1998;26&dl_t=text/xml&dl_a=y&dl_id=10&pr=idx,0;artic,1;articparziale,0&ev=1)

[romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:1998;26&dl_t=text/xml&dl_a=y&dl_id=10&pr=idx,0;artic,1;articparziale,0&ev=1](https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:1998;26&dl_t=text/xml&dl_a=y&dl_id=10&pr=idx,0;artic,1;articparziale,0&ev=1)

https://docs.wixstatic.com/ugd/03a777_51a605fa61a9404d81019f4480f86af8.pdf

<https://www.associazioneandria.it/website/wp-content/uploads/2016/10/Casa-Maternita-definizione-appropriata.pdf>

https://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/MUNET-Standards_Italian1.pdf

<https://www.intotheminds.com/blog/it/ricerca-qualitativa-3-tipi-intervista/>

[https://www.ordineostetrichematera.it/wp-](https://www.ordineostetrichematera.it/wp-content/uploads/2018/04/Cartadeidirittidellapartoriente.pdf)

[content/uploads/2018/04/Cartadeidirittidellapartoriente.pdf](https://www.ordineostetrichematera.it/wp-content/uploads/2018/04/Cartadeidirittidellapartoriente.pdf)

<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1560>