

IL PARTO A DOMICILIO IN PROVINCIA DI TRENTO

Trend e caratteristiche materno-infantili

Anni 2000-2005

Osservatorio Epidemiologico
Direzione Promozione ed Educazione alla Salute

A cura di

Piffer Silvano
De Nisi Martina

Osservatorio Epidemiologico - APSS

Con la collaborazione di

AS Livia Bianchi **Osservatorio Epidemiologico - APSS**

Un ringraziamento particolare al dott. Emilio Arisi (U.O. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale S.Chiera Trento) per i suggerimenti in occasione della revisione del testo e al dott. Giuseppe De Nisi (U.O. Neonatologia – Ospedale S.Chiera Trento) per il controllo dei dati sugli accessi in Terapia Intensiva Neonatale.

Indice

Presentazione	Pag. 4
Il Parto in casa nell' evoluzione del contesto socio-economico e sanitario	5
Studi e valutazioni in merito al parto in casa	8
L'organizzazione del parto a domicilio in Provincia di Trento	10
Il parto a domicilio in provincia di Trento negli anni 2000-2005	12
- Materiali e metodi	13
- Andamento temporale del fenomeno	14
- Caratteristiche generali delle madri che partoriscono a domicilio	15
- Processo assistenziale nel corso della gravidanza delle madri che partoriscono a domicilio	21
- Indicatori clinici per il neonato	26
Conclusioni	29
Bibliografia	32
Allegati	34

Presentazione

Il presente report illustra i dati sul ricorso al parto in casa in provincia di Trento nel periodo 2000-2005, mettendo in evidenza le caratteristiche delle madri, del parto e del neonato.

Ne analizza nel contempo gli aspetti organizzativi, in relazione all'evoluzione del contesto socio-sanitario ed alla luce delle linee guida e delle disposizioni normative della provincia autonoma di Trento.

Le caratteristiche di analisi sono quelle dell'epidemiologia descrittiva per cui, per analisi di maggiore dettaglio e precisione, che focalizzino in particolare sui fattori materni che "predispongono" al parto a domicilio, si rimanda ad una successiva indagine di epidemiologia analitica.

Il Parto in casa nell'evoluzione del contesto socio-economico e sanitario

La gravidanza e il parto sono normali processi fisiologici e come tali andrebbero vissuti da chi ne è coinvolto e da chi è chiamato a prestare l'opportuna assistenza nelle diverse fasi. Questo concetto andrebbe peraltro declinato in relazione al contesto storico e socio-culturale cui ci si riferisce. In effetti, nella maggior parte dei paesi industrializzati, soprattutto a partire dagli anni '60, la nascita, sia in condizioni fisiologiche che patologiche, è diventata un evento progressivamente sempre più ospedalizzato o se si vuole "medicalizzato", tanto che oggi la quota dei parti programmati a domicilio risulta del tutto trascurabile.

In Italia nel 2004 (informazione nazionale più recente disponibile), la proporzione di nascite a domicilio è stata dello 0,17% di tutti i parti, con valori compresi tra 0,04% della Sicilia e 0,85% dell'Emilia-Romagna (mancano completamente i dati di Molise, Calabria e provincia autonoma di Bolzano (1)

Tra i Paesi maggiormente sviluppati, la proporzione dei parti assistiti a domicilio, variava agli inizi dell'anno 2000 dallo 0,04% della Svezia, all'1% della Finlandia e degli USA, al 2% del Regno Unito e, caso a parte, fino al 30% dell'Olanda (2,3,4,5,6).

Diversi sono i fattori che hanno concorso nel tempo allo spostamento delle nascite in ambito ospedaliero: le migliorate condizioni socio-economiche, l'urbanizzazione, l'allentamento dei legami parentali, il consolidamento e lo sviluppo dei sistemi sanitari pubblici e l'avvento della tecnologia in ambito sanitario, le scelte di politica sanitaria con le conseguenti riorganizzazioni dei servizi sanitari pubblici e la necessità, percepita sia dagli utenti che dai professionisti, di garantire una maggiore sicurezza all'assistenza in epoca perinatale. La progressiva riduzione della natalità, associata ad un aumento dell'età materna, ha d'altra parte reso non più accettabili socialmente ed anche dal punto di vista della responsabilità professionale, gli esiti sfavorevoli legati alla gravidanza ed al parto ed ha contribuito a riconoscere un maggior valore al neonato in quanto tale (7).

Proprio la necessità di garantire la maggior sicurezza possibile ha portato a considerare inoltre che i migliori criteri assistenziali, validi per le condizioni patologiche ad alto rischio, debbano/possano essere utilizzati in tutte le gravidanze comprese quelle fisiologiche e che l'assistenza del medico specialista – erogata in ospedale - unitamente alla pronta disponibilità della dotazione tecnologica, dia sempre maggiore garanzia rispetto alla "semplice" assistenza dell'ostetrica.

E' storicamente documentato come tutto ciò abbia dato, nei Paesi sviluppati soprattutto e quindi anche in Italia, un contributo rilevante all'abbattimento degli indici di mortalità e morbosità materna e neonatale (8,9).

Nonostante queste evidenze, dopo l'ospedalizzazione totale degli anni 70 e il boom dell'ostetricia tecnologica, dopo i messaggi di Leboyer, che propone un approccio più naturale e non violento dal punto di vista del bambino, e Odent, che promuove la libertà della donna nella gravidanza e il parto in acqua, ha avuto sviluppo, a partire dai primi anni 80, un nuovo e rinnovato movimento di ostetriche e donne per il parto a domicilio. Questo movimento, nato come una sorta di "rebound" rispetto al "tecnologismo" ostetrico ha contribuito a dare il là ad un desiderio crescente delle donne, o perlomeno alla frazione di esse con maggiore consapevolezza "politica" di passare ad una gestione più autonoma, più responsabilizzata ed

umanizzata della gravidanza e della nascita, dove la donna stessa non sia un mezzo ma un'attiva protagonista (10)

Il questo contesto il parto a domicilio potrebbe rappresentare l'evento in cui queste necessità possono trovare una sintesi. Non dovrebbe trattarsi, oggi, di riproporre il parto a domicilio come avveniva ad esempio in Italia fino a 50-60 anni fa, ma di unire le migliorate condizioni sociali e di salute alle più recenti acquisizioni in campo medico-scientifico, per ottenere gli esiti migliori e fare della casa un luogo per il parto dove si uniscono benessere e sicurezza. Le ostetriche attuali sono in generale più preparate che in passato a distinguere e selezionare le condizioni fisiologiche da quelle patologiche anche perché attivano con la donna un contatto già durante la gravidanza e non si trovano ad affrontare in modo empirico la situazione del momento.

Tutto ciò ha innescato un dibattito con toni più ideologici (i diritti della partoriente contro i diritti del nascituro) che organizzativi tanto da non favorire l'espandersi delle iniziative sul parto a domicilio che è rimasto marginale, in genere al di sotto dell'1% della totalità dei parti. Le motivazioni per le quali questa opzione viene poco utilizzata/richiesta dalle donne ed anche poco proposta dalle strutture pubbliche sono varie e comprendono fra l'altro una mancanza di consenso sociale ed istituzionale sul parto a domicilio, l'assenza di un rapporto strutturato con l'ospedale ed i costi inerenti all'ottenimento di questo tipo di assistenza (11). Un ulteriore elemento è rappresentato, senza dubbio, dalla percezione di una minore sicurezza del parto domiciliare rispetto a quello istituzionale.

Solo poche regioni in Italia (Piemonte, Emilia-Romagna, Marche e provincia di Trento) hanno deliberato, a partire dalla seconda metà degli anni 90, sostegni specifici al parto in caso, con parziale rimborso dei costi per l'assistenza ed a fronte di condizioni sociali e cliniche ben selezionate (12,13).

L'avvento dell'aziendalizzazione in sanità, con la necessità di coniugare l'efficienza con l'efficacia e talora anche con "il razionamento" delle risorse, non ha rappresentato un passaggio facilitante la possibile opzione della donna tra parto istituzionale/in casa anche perché non si è verificata contestualmente quella riorganizzazione dei servizi ostetrici che rappresentava e rappresenta l'essenziale premessa per rendere fattibile e sostenibile questa possibilità di scelta. La gestione a livello comunitario delle gravidanze fisiologiche da parte delle ostetriche che lavorano condividendo i casi determina in effetti, fra altri vantaggi, un maggior numero di parti fisiologici e una maggiore frequenza di nascite a domicilio (14).

Le donne, di per sé potrebbero essere orientate al parto a domicilio, anche in una proporzione rilevante, qualora ne esistessero i presupposti e fossero sostenute dagli operatori e dalle strutture sanitarie, come indica per esempio una indagine campionaria effettuata nel recente passato in Puglia (15).

Va comunque detto che il tema della qualità dell'assistenza ha fatto la sua strada anche in ambito ostetrico e soprattutto a partire dalla seconda metà degli anni 90 in diversi punti nascita ospedalieri di varie realtà regionali si è fatto e si sta facendo molto per render il parto istituzionale più umanizzato e se vogliamo più rispettoso delle attese della madre oltre che del bambino per cui potrebbe, oggi, non avere di per sé significato il "dove" rispetto al "come" si partorisce (16).

In ogni caso il parto a domicilio oggi richiede, oltre al sostegno normativo e organizzativo, una forte consapevolezza da parte della coppia, e le poche madri che oggi decidono di partorire a domicilio di regola presentano una estrazione sociale ed un livello di istruzione e cultura ad alti livelli. Si tratta inoltre di madri con contestuale buona disponibilità economica.

Il partorire a domicilio richiede inoltre una selezione accurata delle gestanti, con indicazione esclusiva per la gravidanza fisiologica e la presenza di una casa che dia le migliori garanzie per assicurare un'assistenza ed una igiene ai più elevati standard possibili. Infine deve essere garantito un rapido e facile accesso ai servizi ospedalieri, dato che non si possono mai escludere completamente serie complicanze durante il travaglio.

Studi e valutazioni in merito al parto in casa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1985 legittima pienamente l'assistenza demedicalizzata alla nascita ed il ricorso al parto in casa, qualora esistano delle condizioni complessive di sicurezza (17).

Dati i bassi numeri registrati, risulta però difficile disegnare degli studi sperimentali che aiutino a capire veramente se nascere a casa, in un ambiente magari più confortevole per la madre e che favorisce il rapporto madre-bambino sin dalla nascita, possa essere sicuro come il parto istituzionale oppure più rischioso in caso di complicanze (18). Oltre ai problemi etici vanno segnalati anche problemi di "numerosità". In effetti è stato determinato che per valutare una differenza di 20% nella mortalità perinatale fra parto a domicilio e parto in ospedale per donne a basso rischio (con una potenza dell'80% e al livello di significatività del 5%) sarebbe necessario un campione di 704.000 donne (19) (20)

Le conoscenze di cui disponiamo, sono quindi, ricavate quasi esclusivamente da studi osservazionali, le cui conclusioni possono peraltro essere pesantemente condizionate da distorsioni nel disegno o nell'analisi, e dalla bassa potenza statistica, come emerso da una recente metanalisi sull'argomento (21).

Del tutto recentemente (aprile 2007) il *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* e il *Royal College of Midwives del Regno Unito*, affermano in un documento congiunto che non vi sono motivazioni per non offrire la possibilità di un parto a domicilio alle donne a basso rischio di complicazioni, visto il favorevole rapporto benefici/rischi di questo intervento. La rassegna valuta come le prove disponibili dimostrino la sicurezza della opzione domiciliare per molte donne, non solo in termini di sicurezza fisica, ma anche per quegli elementi che riguardano il benessere emozionale e psichico (22). Nel Regno Unito risulta peraltro attivato il programma *Birthplace* che è un programma integrato di ricerca per confrontare gli esiti di nascite pianificate a domicilio, in differenti contesti organizzativi, e in ospedale. Obiettivo dello studio è rispondere ai quesiti su benessere, sicurezza, qualità assistenziale e esperienza delle donne nei diversi setting assistenziali. Lo studio si concluderà nell'anno 2009 e permetterà di formulare un consenso fondato su prove di efficacia su benefici e rischi delle diverse opzioni di assistenza alla nascita (23).

Si ricordano con maggior dettaglio i seguenti studi:

Uno studio prospettico nei Paesi Bassi su 1836 donne complessive a basso rischio ostetrico non ha riscontrato differenze negli esiti prenatali tra assistite in casa e in ospedale, sia nelle primipare che nelle pluripare (24). A conclusioni simili giunge analogo studio osservazionale condotto nel Regno Unito (25).

Uno studio di follow up effettuato a Zurigo che ha confrontato 489 donne che avevano pianificato di partorire a casa con 385 donne che avevano pianificato di partorire in ospedale ha evidenziato come nelle donne del primo gruppo la ricorrenza di procedure operative risultasse minore e gli esiti sfavorevoli a carico delle donne e del neonato fossero comparabili nei due gruppi (26).

Un confronto della mortalità perinatale tra i nati da parti assistiti a casa e la totalità dei nati dell'Australia, nel periodo 1985-90, ha evidenziato un eccesso di mortalità nella casistica assistita a domicilio. L'eccesso era statisticamente significativo e riguardava sia i basso peso che i normo peso. La mancanza di idonei criteri di

selezione delle gravidanze e la sottostima dei rischi ostetrici risultavano comunque alla base dell'eccesso della mortalità (27).

L'esito di tutti i parti a domicilio in una regione canadese (British Columbia) fra l' 1.1.98 e il 31.12.99 è stato valutato confrontando un gruppo di 862 donne assistite a casa dall'ostetrica con due gruppi di donne con rischio ostetrico comparabile assistite in ospedale rispettivamente dall'ostetrica (571) o dal medico (743). Le donne assistite a casa presentarono una minore proporzione di interventi operativi in travaglio, esiti prenatali comparabili con i due gruppi assistiti in ospedale ma con un lieve eccesso di mortalità perinatale e di necessità rianimatorie per il bambino che non risultavano comunque statisticamente significativi rispetto all'atteso (28).

Uno studio prospettico, effettuato nell'anno 2000 su una coorte di 5.418 donne statunitensi e canadesi con un basso rischio ostetrico che avevano pianificato di partorire a casa e sono state assistite da una ostetrica diplomata ha valutato gli outcome materno-infantili. Rispetto al sottogruppo di donne, con rischio ostetrico comparabile ed assistite in ospedale, quelle assistite a casa dall'ostetrica hanno presentato un più basso tasso di interventi medico-operativi ed un simile tasso di morbosità e mortalità neonatale (29).

Una metanalisi di sei studi osservazionali controllati, con gli esiti perinatali di 24.092 gravidanze selezionate e a basso rischio, ha prodotto i seguenti risultati: mortalità perinatale che non differisce fra parto in casa e parto in ospedale e frequenza superiore di punteggio di Apgar basso e di lacerazioni perineali nel gruppo delle nascite domiciliari (30).

Uno studio prospettico controllato di 4.500 parti a casa nel Regno Unito conclude che madre e feto accuratamente selezionati per una nascita a domicilio non hanno un rischio superiore a quello di una madre ugualmente a basso rischio che partorisce in ospedale (31).

La ricerca sugli esiti a breve termine di tutti i travagli di parto iniziati in *casa di maternità* in Norvegia nell'arco di due anni ha incluso 1275 donne, 1% del totale dei parti registrati nel periodo dello studio. 1217 donne (95,5%) hanno partorito in casa di maternità, mentre 58 donne (4,5%) sono state trasferite in ospedale durante il travaglio. Vi sono stati 57 (4,7%) trasferimenti di madre e neonato entro la prima settimana dopo il parto, periodo ultimo considerato nello studio. I parti operativi vaginali, comprensivi di tre casi di assistenza al parto podalico, sono stati 13 (1,1% delle donne). Si sono registrati 5 (0,4%) nati con punteggio di Apgar <7 al quinto minuto e, dato rilevante, due morti (2 per mille), entrambe in neonati con infezione da streptococco β -emolitico gruppo B (32).

Le evidenze attuali sembrerebbero indicare che qualora in una comunità esista una buona organizzazione ed integrazione dei servizi ostetrici, una adeguata disponibilità di operatrici ostetriche territoriali competenti ed addestrate, in grado di selezionare correttamente le gravidanze in relazione alle linee guida disponibili, possa essere realistico poter offrire alle donne a basso rischio ostetrico – qualora ne venga manifestata l'intenzione - una possibile opzione tra parto in ospedale e parto in casa (33). La sostenibilità va ovviamente valutata in relazione alle scelte di politica sanitaria.

L'organizzazione del parto a domicilio in Provincia di Trento

Caratteristiche e criticità

Il servizio di assistenza al parto in casa viene espletato in accordo con la delibera della Provincia Autonoma di Trento n.15077 del 1998 e successive modificazioni/integrazioni. Tale delibera prevede, per l'assistenza ostetrica e la prima visita pediatrica un rimborso di 750 Euro. Gli aspetti operativi fanno riferimento alle linee guida aziendali (allegato 2) che si ispirano per altro alle linee guida nazionali (allegato 1). Il servizio è assicurato per tutta la provincia da una sola ostetrica che opera come libera professionista. Occasionalmente questa ostetrica è sostituita o supportata da altre ostetriche, che nell'occasione operano sempre come libere professioniste.

Dopo la chiamata da parte della donna, in genere verso l'8-10^a settimana ma anche dopo questo termine, l'ostetrica effettua un colloquio informativo gratuito, includendo possibilmente anche il partner. In circa un'ora, un'ora e mezza, l'ostetrica cerca di capire le motivazioni della donna, le condizioni sociali/familiari, la relazione con il partner, con eventuali altri figli e la rete sociale, l'esistenza di condizioni che potrebbero controindicare l'assistenza a domicilio. Successivamente, dopo una positiva valutazione per la presa in carico, si passa alla parte clinica, misurando la pressione sanguigna, rilevando il peso, il battito cardiaco, fornendo consigli in merito agli esami ematochimici da fare e misurando la lunghezza sinfisi-fondo. Viene spiegato alla donna che esiste un protocollo per l'assistenza al parto a domicilio, che garantisce maggiore sicurezza e che al tempo stesso può essere letto con una certa elasticità, in base al contesto specifico. Ad esempio in Provincia di Trento i parti a domicilio sono seguiti prevalentemente da *un'unica ostetrica*, anche se le linee guida prevederebbero la presenza, dall'avvio del travaglio, di due ostetriche.

Durante il primo colloquio e in tutte le visite gli strumenti tecnologici sono ridotti al minimo, dando maggiore rilievo agli aspetti relazionali, cercando di conoscere la storia della donna e della coppia. Si analizza inoltre la storia ostetrica e la gravidanza anche dal punto di vista clinico, registrando eventuali interventi ginecologici o all'utero. Dalla presa in carico fino alla 37^a settimana, l'ostetrica assicura di norma almeno 1 visita al mese.

Alla fine della 37^a settimana, inizia la reperibilità da parte dell'ostetrica, che quindi la donna può chiamare in qualsiasi momento. L'ostetrica, da questo momento effettua visite settimanali, ascoltando il battito cardiaco, rilevando peso, pressione e l'evoluzione del quadro ostetrico. Per almeno una volta effettua un'esplorazione interna e una valutazione della funzionalità del perineo (eventualmente ripetibili al bisogno).

L'ostetrica si ferma a casa della donna quando il travaglio è cominciato. Non viene preso alcun contatto preliminare con nessun punto nascita ospedaliero nelle vicinanze, se non in casi particolari. Al momento del travaglio attivo per le primipare si effettua una visita interna per valutare la dilatazione e a tutte viene misurato il battito cardiaco. A discrezione dell'ostetrica si effettuano successive visite interne.

Nel momento espulsivo si cerca di trovare la posizione più comoda per la donna: l'ostetrica porta sempre con se uno sgabello nell'eventualità che possa essere utile. Il taglio del cordone ombelicale viene effettuato dopo l'uscita della placenta, possibilmente dal padre.

Dopo il parto l'ostetrica rimane per qualche ora a casa della donna, per assicurarsi che non ci siano complicazioni, per aiutare la neo-madre e per effettuare i prelievi utili per lo screening neonatale per le

malattie metaboliche. Rimane comunque reperibile per qualsiasi consiglio o problema che sorga successivamente. Nella settimana successiva al parto, l'ostetrica, nei limiti del possibile, si reca una volta al giorno a casa della donna per una visita (altrimenti controlla la situazione per telefono).

La limitata disponibilità di operatori non consente una presa in carico maggiore ed è fonte di difficoltà qualora pervengano contemporaneamente più richieste oppure in caso di sovrapposizione temporale dell'inizio del travaglio. La presenza in travaglio – generalmente – di una unica ostetrica non appare in accordo con le linee guida nazionali ed aziendali.

L'esistenza del servizio non appare nota in modo omogeneo sul territorio e questo spiega in parte le differenze temporali e la variabilità nel primo contatto con l'ostetrica.

**IL PARTO A DOMICILIO IN PROVINCIA DI TRENTO
ANNI 2000-2005**

Materiali e metodi

La registrazione dell'evento nascita avviene in provincia di Trento, così come nelle altre regioni d'Italia, tramite il Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), documento obbligatoriamente compilato da chi assiste il parto, avvenga esso in ospedale o al domicilio (DM 16 luglio 2001, n.349). Presso i punti nascita ospedalieri provinciali il CEDAP viene archiviato su supporto informatico direttamente nelle sale parto. In caso di parto in casa, le ostetriche coinvolte redigono un CEDAP cartaceo che viene successivamente inviato all'Osservatorio Epidemiologico per l'archiviazione informatizzata. I dati relativi ai parti assistiti in casa sono quindi archiviati nella banca dati generale del CEDAP e sono stati estratti da questa.

Sulla base dei dati estratti sono state approntate delle analisi descrittive uni e bivariate. I dati relativi alle diverse variabili sono commentati anche in relazione alle caratteristiche delle madri e dei neonati assistiti presso i punti nascita ospedalieri della provincia di Trento nel periodo 2000-2005. Si è scelto questo periodo temporale in quanto, solo a partire dal 2000, anche i dati relativi al parto in casa presentano caratteristiche di completezza ed accuratezza comparabili con quelli pertinenti ai parti ospedalieri.

I dati fanno esclusivo riferimento ai casi con completamento dell'assistenza a casa, non tengono quindi conto di:

- *gravidanze con pianificazione del parto a domicilio con susseguente scelta del parto in ospedale prima dell'avvio del travaglio,*
- *gravidanze con pianificazione del parto a domicilio con susseguente trasferimento della gestante in ospedale, a travaglio avviato.*

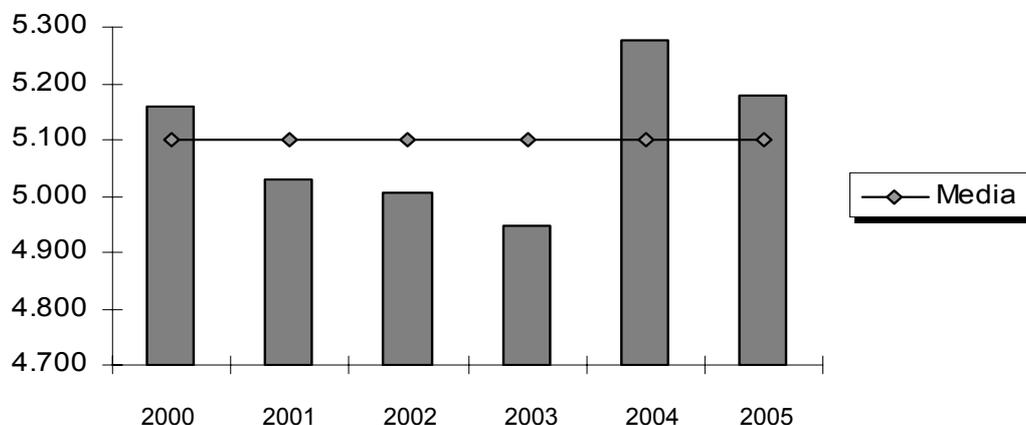
Questi dati non risultano allo stato disponibili in quanto non correntemente registrati dal servizio che si occupa dell'assistenza del parto in casa.

Si tratta quindi, nel complesso, di una casistica selezionata sia a monte che a valle del processo assistenziale.

Per avere un quadro più completo delle gravidanze con pianificazione preliminarmente del parto a domicilio e non necessariamente concluse al domicilio stesso (trasferimento pre-travaglio o in travaglio) si è proposto l'utilizzo, da parte dell'ostetrica che assiste i parti in casa, di una scheda ad hoc, a partire dall'anno 2008 (allegato n.3).

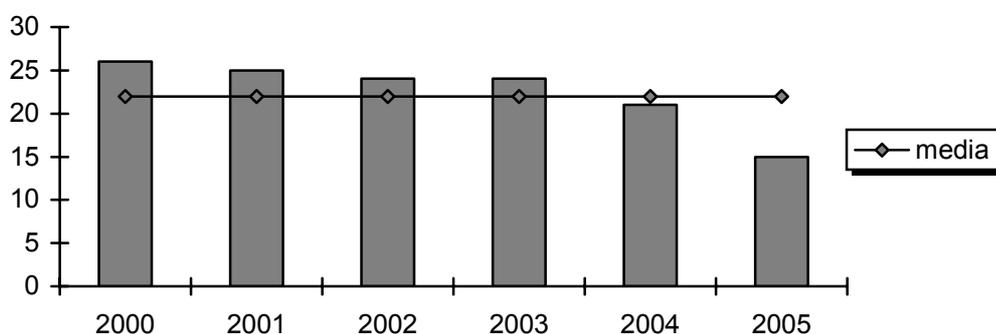
Andamento temporale del fenomeno

Fig. 1 Provincia di Trento. Trend temporale dei parti complessivi. Anni 2000-2005



Si registra una media di 5.100 parti/anno. La natalità riprende nel 2004 grazie soprattutto al contributo degli stranieri.

Fig. 2 Provincia di Trento. Trend temporale dei parti a domicilio. Anni 2000-2005.



Nel periodo in studio si registra una media di circa 22 parti a domicilio per anno. Il trend presenta una flessione a partire dall'anno 2004. Le differenze non appaiono comunque statisticamente significative.

Tab. 1 Provincia di Trento. Proporzioni dei parti a domicilio sui parti totali, per anno.

ANNO	Parti a domicilio	Parti totali	% Parti totali
2000	26	5.157	0,50 %
2001	25	5.030	0,50 %
2002	24	5.004	0,48 %
2003	24	4.947	0,49 %
2004	21	5.275	0,40 %
2005	15	5.179	0,29 %
2000-2005	135	30.592	0,44 %

Il parto a domicilio rappresenta mediamente, nel periodo 2000-05, lo 0,44% del totale dei parti. Nell'assistenza sono intervenute 5 ostetriche, di cui una ha assistito 126 casi su 135 (93,3%).

Caratteristiche generali delle madri che partoriscono a domicilio

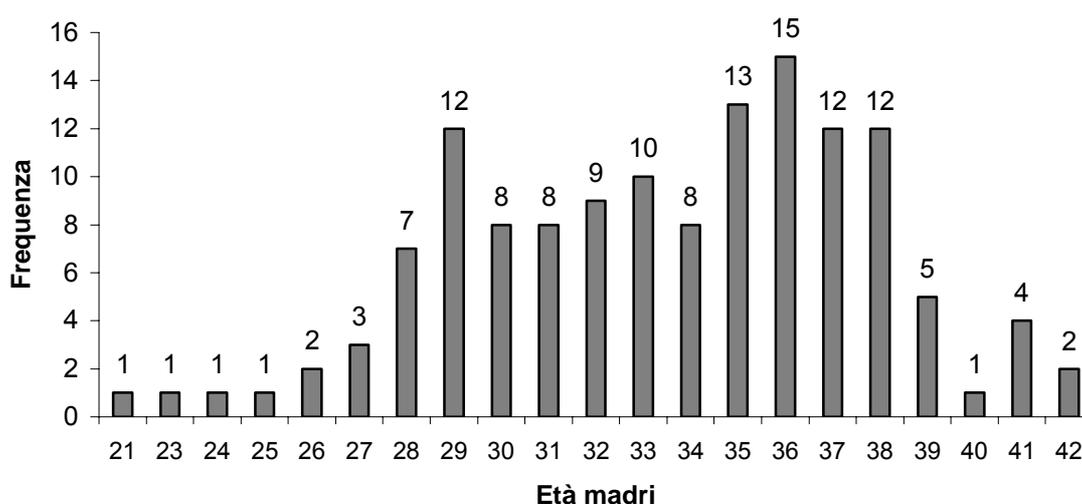
Età

Tab. 2 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri per classi di età, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Classi di età										Totale
	<25		25-29		30-34		35-39		>39		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	1	3,8	4	15,4	10	38,5	11	42,3	0	0,0	26
2001	0	0,0	6	24,0	6	24,0	11	44,0	2	8,0	25
2002	1	4,2	6	25,0	7	29,2	10	41,7	0	0,0	24
2003	1	4,2	4	16,7	10	41,7	8	33,3	1	4,2	24
2004	0	0,0	2	9,5	6	28,6	10	47,6	3	14,3	21
2005	0	0,0	3	20,0	4	26,7	7	46,7	1	6,7	15
2000-2005	3	2,2	25	18,5	43	31,9	57	42,2	7	5,2	135

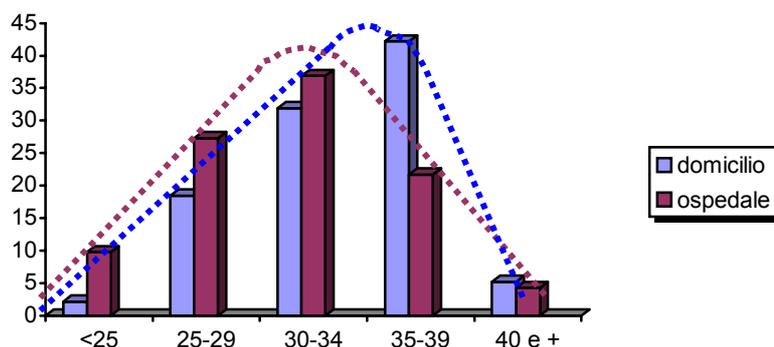
Negli anni 2000-2005 il 50% circa delle donne che partoriscono a casa hanno un'età compresa tra i 25 e i 35 anni. Le donne sotto i 25 anni in media rappresentano solo il 2,2% del totale. Risulta invece leggermente più consistente la classe di età superiore ai 39 anni, con una percentuale media pari a 5,2. Le donne di età 35 anni o più sono 64, pari al 47,4% dei casi.

Fig. 3 Provincia di Trento. Distribuzione per età delle madri che hanno partorito a domicilio. Anni 2000-2005.



La curva di distribuzione delle madri per età presenta un aspetto asimmetrico, con età media di 33,5 anni ed un valore modale di 36 anni.

Fig. 4 Confronto per l'età al parto tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



La curva delle età nelle donne che partoriscono in ospedale approssima una distribuzione gaussiana “normale” mentre quella relativa alle donne che partoriscono a casa è asimmetrica a destra per una maggiore frequenza delle età più avanzate. L'età media di chi partorisce in ospedale è di 31,1 anni (30,7 nel 2000 e 32,1 nel 2005) e la proporzione della classe di età 35 anni e oltre è mediamente pari al 26,0% con una differenza statisticamente significativa rispetto a chi partorisce a casa (47,4%), $p < 0,0001$.

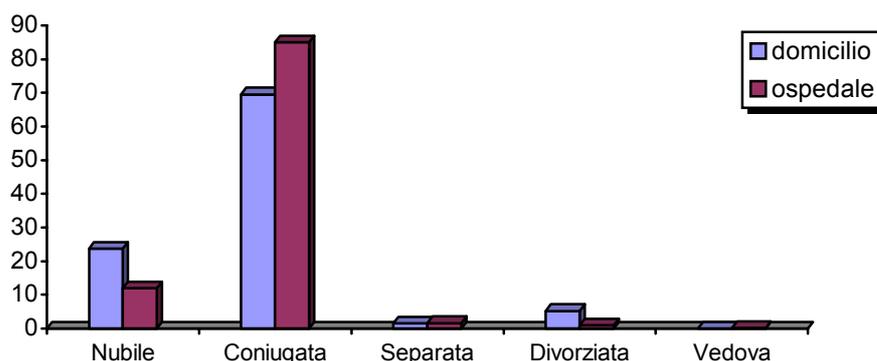
Stato civile

Tab. 3 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri per stato civile, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Stato civile								Totale
	Nubile		Coniugata		Separata		Divorziata		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	7	26,9	16	61,5	2	7,7	1	3,8	26
2001	6	24,0	17	68,0	0	0,0	2	8,0	25
2002	6	25,0	17	70,8	0	0,0	1	4,2	24
2003	5	20,8	17	70,8	0	0,0	2	8,3	24
2004	4	19,0	17	81,0	0	0,0	0	0,0	21
2005	4	26,7	10	66,7	0	0,0	1	6,7	15
2000-2005	32	23,7	94	69,6	2	1,5	7	5,2	135

Quasi il 70% delle donne che partorisce a casa è coniugato. Si passa poi ad un 23,7% di madri nubili. Molto meno rilevanti le proporzioni di madri separate o divorziate, che insieme contribuiscono per il 6,7% del totale. Il dato Cedap non consente di verificare quale proporzione di queste ultime siano effettivamente conviventi.

Fig.5 Confronto per stato civile tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Si registra tra le donne che partoriscono a domicilio un eccesso, statisticamente significativo ($p < 0,0001$), di nubili e di divorziate, rispetto a quelle che partoriscono in ospedale.

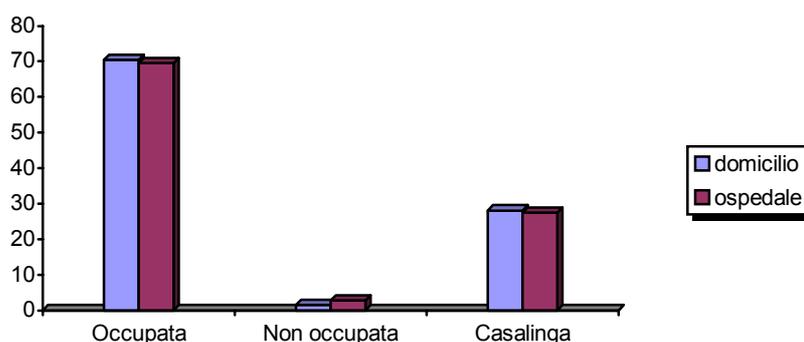
Condizione professionale

Tab. 4 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri per condizione professionale, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Condizione della Madre						Totale
	Occupata		Non occupata (*)		Casalinga		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	15	57,7	0	0,0	11	42,3	26
2001	20	80,0	0	0,0	5	20,0	25
2002	16	66,7	0	0,0	8	33,3	24
2003	17	70,8	0	0,0	7	29,2	24
2004	15	71,4	1	4,8	5	23,8	21
2005	12	80,0	1	6,7	2	13,3	15
2000-2005	95	70,4	2	1,5	38	28,1	135

(*) La condizione non occupata comprende: la disoccupata, chi è in cerca di prima occupazione e chi non è in condizione professionale

Fig. 6 Confronto per condizione professionale tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla condizione professionale.

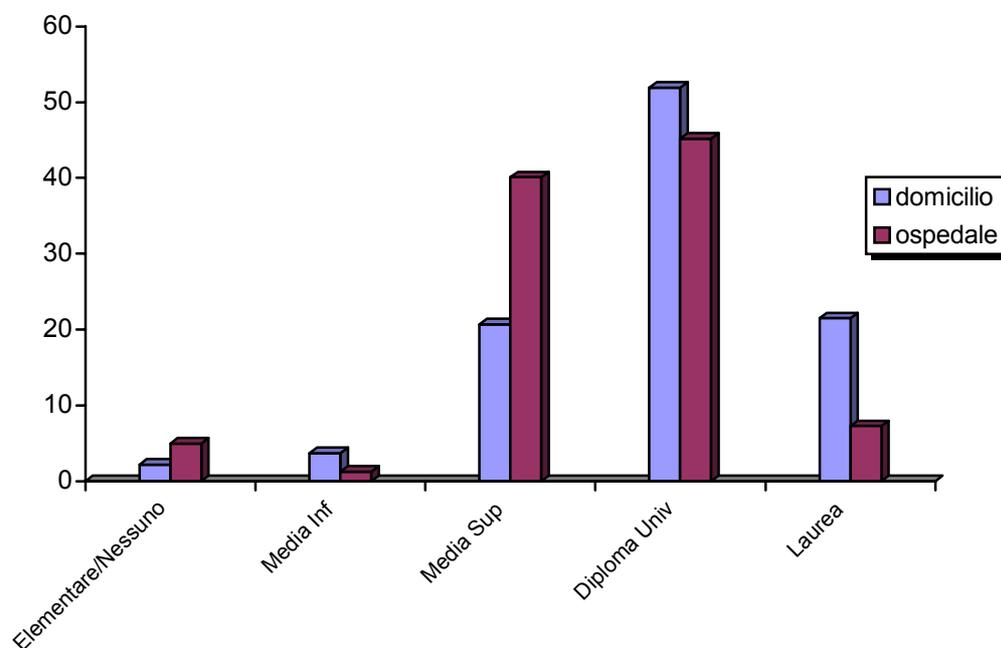
Livello di istruzione

Tab. 5 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri per titolo di studio, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Titolo di Studio										Totale
	Elementare o nessuno		Scuola media inferiore		Scuola media superiore		Diploma Univ. o Laurea breve		Laurea		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	0	0,0	0	0,0	2	7,7	19	73,1	5	19,2	26
2001	0	0,0	0	0,0	1	4,0	16	64,0	8	32,0	25
2002	0	0,0	0	0,0	1	4,2	15	62,5	8	33,3	24
2003	0	0,0	0	0,0	2	8,3	16	66,7	6	25,0	24
2004	3	14,3	0	0,0	12	57,1	4	19,0	2	9,5	21
2005	0	0,0	5	33,3	10	66,7	0	0,0	0	0,0	15
2000-05	3	2,2	5	3,7	28	20,7	70	51,9	29	21,5	135

Analizzando il titolo di studio, emerge un livello d'istruzione alto, in quanto il 73,4% ha un diploma universitario o una laurea, mentre solo il 2,2% ha al più un'istruzione elementare. Data la casistica contenuta, non è possibile esprimersi in modo preciso sul trend temporale, tenuto anche conto delle caratteristiche peculiari manifestate dalle utenti nell'anno 2005.

Fig.7 Confronto per titolo di studio tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



La distribuzione per titolo di studio appare maggiormente asimmetrica a destra nel caso delle partorienti a domicilio, tenuto conto che la proporzione di donne con diploma/laurea è pari al 73,4% mentre nel caso della partorienti in ospedale è pari al 52,5%. La differenza è statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Residenza

Tab. 6 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri per comprensorio di residenza, per anno. Anni 2000-2005.

Comprensorio	Parti a domicilio	
	n.ro	%
Fiemme	7	5,2
Primiero	4	3,0
Bassa Valsugana	9	6,7
Alta Valsugana	19	14,1
Valle dell'Adige	51	37,8
Valle di Non	4	3,0
Giudicarie	13	9,6
Alto Garda - Ledro	9	6,7
Vallagarina	16	11,9
Fuori provincia	3	2,2
TOTALE	135	100,0

In provincia il fenomeno occorre più frequentemente nella Valle dell'Adige con il 37,8% dei casi. A seguire Alta Valsugana, Vallagarina e Giudicarie che insieme arrivano a poco più del 35% del totale. Non sono stati invece registrati casi di parto a domicilio nel corso degli anni 2000-2005 nei comprensori della Valle di Sole e Fassa, aree che d'altro canto si collocano tra le più lontane e "periferiche" rispetto al capoluogo della provincia. Solo 3 sono i casi "non residenti" in provincia di Trento. Si registra un lieve eccesso di parti in casa, peraltro non statisticamente significativo, tra le residenti nei comprensori della Valle dell'Adige e dell'Alta Valsugana.

Cittadinanza

Tab. 7 Provincia di Trento. Distribuzione delle utenti per cittadinanza, per anno. Anni 2000-2005.

Cittadinanza	Parti a domicilio	
	n.ro	%
Italiana	131	97,0
Americana	1	0,7
Non indicata	3	2,2
TOTALE	135	100,0

Ad eccezione di una donna di cittadinanza americana, nella totalità dei casi registrati la cittadinanza delle donne che partoriscono a domicilio è italiana. Questo contrasta con la proporzione di donne di cittadinanza straniera, tra quelle che partoriscono in ospedale che, nel periodo 2000-05, corrisponde in media al 13,1%, con un trend crescente dal 2000 al 2005.

Storia ostetrica

a) Parità

Analizzando la storia ostetrica delle donne che partoriscono a domicilio osserviamo prima di tutto che il 28,9% di esse (39 su 135) sono *primipare* a fronte di una proporzione media di primipare tra chi partorisce in ospedale del 40,5%. La proporzione di *pluripare* è quindi maggiore tra chi partorisce a casa, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$).

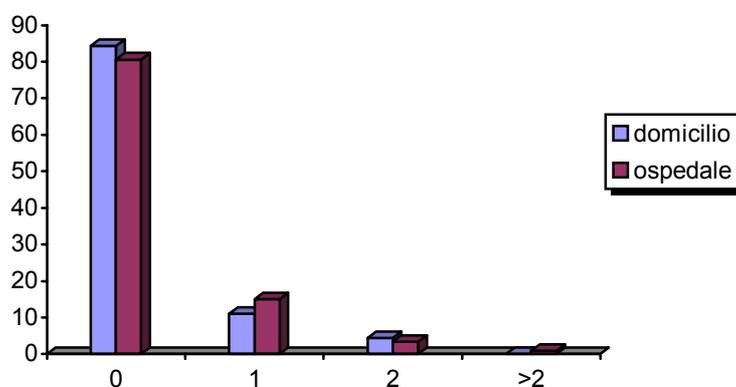
b) Abortività spontanea

Tab.8 Provincia di Trento. Numero di aborti precedenti, per anno. Anni 2000-2005.

ANNO	ABORTI						TOTALE
	0		1		2		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	20	76,9	4	15,4	2	7,7	26
2001	19	76,0	5	20,0	1	4,0	25
2002	23	95,8	0	0,0	1	4,2	24
2003	21	87,5	2	8,3	1	4,2	24
2004	17	81,0	3	14,3	1	4,8	21
2005	14	93,3	1	6,7	0	0,0	15
2000-2005	114	84,4	15	11,1	6	4,4	135

Dai dati raccolti sugli aborti spontanei e volontari emerge che l'84,4% delle utenti non ha avuto nessun aborto precedente, mentre il 15,6% ha avuto in passato 1 o più aborti.

Fig. 8 Confronto per aborti precedent (spontanei e volontari) tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla precedente ricorrenza di aborti spontanei e volontari.

Processo assistenziale nel corso della gravidanza delle madri che partoriscono a domicilio

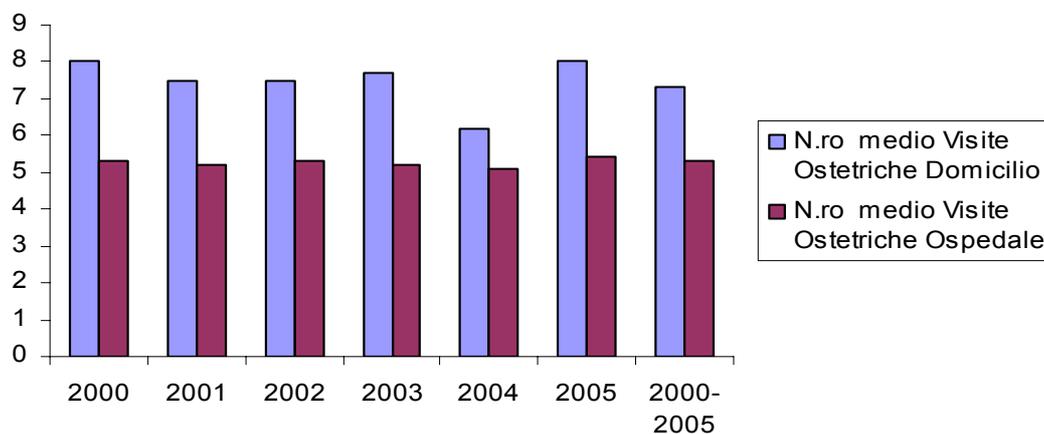
Visite ostetriche

Tab.9 Provincia di Trento. Distribuzione delle visite ostetriche durante la gravidanza, per anno. Anni 2000-2005.

ANNO	VISITE OSTETRICHE (%)										
	0	1-2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
2000	0,0	0,0	0,0	3,8	3,8	23,1	7,7	30,8	3,8	15,4	11,5
2001	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	12,0	28,0	20,0	4,0	16,0	4,0
2002	0,0	4,2	0,0	8,3	4,2	8,3	25,0	16,7	16,7	8,3	8,3
2003	4,2	0,0	0,0	0,0	8,3	16,7	25,0	4,2	12,5	12,5	16,7
2004	0,0	0,0	4,8	28,6	28,6	23,8	4,8	9,5	0,0	0,0	0,0
2005	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,3	33,3	13,3	20,0	20,0	0,0
2000-2005	0,7	0,7	0,7	6,7	10,4	16,3	20,0	16,3	8,9	11,9	7,4

Il 20% delle donne si è sottoposto a 7 visite ostetriche e circa l'84% effettua tra le 5 e le 10 visite.

Fig.9 Confronto per visite ostetriche tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Il numero medio di visite ostetriche effettuate dalle donne che partoriscono a domicilio risulta costantemente superiore alla media annuale delle partorienti in ospedale. La differenza tra le medie, esplorata con il Test T di Student a due code, risulta statisticamente significativa ($p < 0,05$).

Per converso la proporzione di donne con meno di tre visite ostetriche è pari in media all'1,5% tra chi partorisce in casa ed al 4,5% tra chi partorisce in ospedale. In questo caso la differenza non è statisticamente significativa.

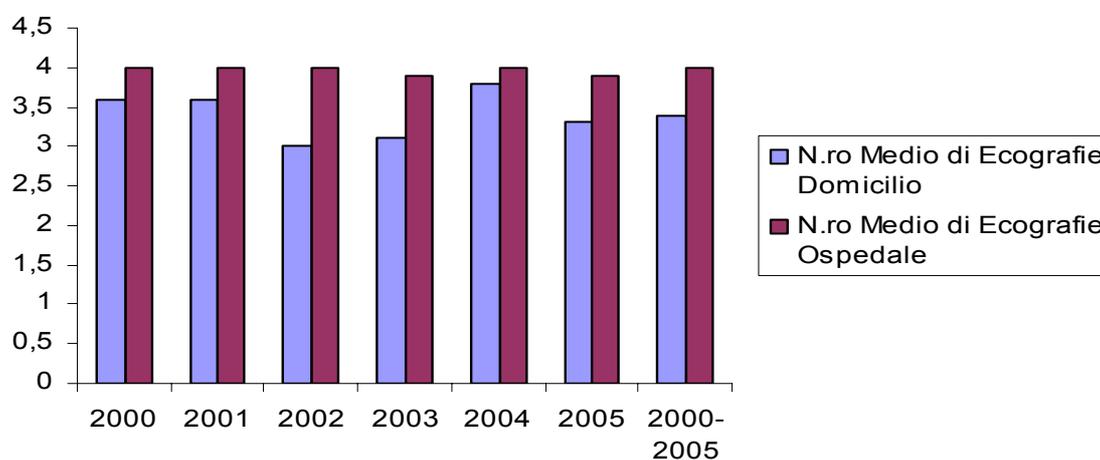
Controlli ecografici

Tab.10 Provincia di Trento. Distribuzione dei controlli ecografici durante la gravidanza, per anno. Anni 2000-2005.

ANNO	NUMERO CONTROLLI ECOGRAFICI														TOTALE
	0		1		2		3		4		5		> 5		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	0	0	3	11,5	0	0	10	38,5	5	19,2	7	26,9	1	3,8	26
2001	0	0	1	4	3	12	10	40	7	28	1	4	3	12,0	25
2002	0	0	1	4,2	2	8,3	18	75	2	8,3	1	4,2	0	0	24
2003	1	4,2	2	8,3	0	0	15	62,5	3	12,5	2	8,3	1	4,2	24
2004	0	0	0	0	1	4,8	7	33,3	10	47,6	1	4,8	2	9,5	21
2005	0	0	0	0	1	6,7	8	53,3	6	40	0	0	0	0	15
2000-2005	1	0,7	7	5,2	7	5,2	68	50,4	33	24,4	12	8,9	7	5,4	135

Circa il 75% delle donne che ha partorito a domicilio negli anni 2000-2005 si è sottoposta a 3 o 4 controlli ecografici. Solo il 5,4% ha effettuato più di 5 ecografie ed in particolare solo una madre si è sottoposta a 7 controlli.

Fig. 10 Confronto per numero medio di ecografie tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Chi partorisce a domicilio effettua un numero medio di ecografie costantemente inferiore rispetto a chi partorisce in ospedale, anche se le differenze non sono statisticamente significative. Le diversità di rischio ostetrico tra le due casistiche possono spiegare le differenze, per altro esigue, nella media. Le differenze risultano peraltro evidenti se si considera la proporzione di utenti con meno di tre controlli ecografici che risulta essere pari all'11,1% tra le partorienti a domicilio ed al 4,7% tra le partorienti in ospedale.

Corso di preparazione alla nascita

Tab. 11 Provincia di Trento. Frequenza al corso di preparazione alla nascita, per anno. Anni 2000-2005.

ANNO	CORSO PREPARATO								TOTALE
	NO		PARZIALE		COMPLETO		NON DISPONIBILE		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	15	57,7	1	3,8	10	38,5	0	0,0	26
2001	20	80,0	0	0,0	5	20,0	0	0,0	25
2002	13	54,2	3	12,5	8	33,3	0	0,0	24
2003	13	54,2	1	4,2	9	37,5	1	4,2	24
2004	14	66,7	0	0,0	6	28,6	1	4,8	21
2005	12	80,0	0	0,0	3	20,0	0	0,0	15
TOTALE	87	64,4	5	3,7	41	30,4	2	1,5	135

Solo un terzo circa (34,1%) delle donne che partoriscono a domicilio segue in modo completo o parziale un corso di preparazione alla nascita.

Tab. 12 Provincia di Trento. Frequenza al corso di preparazione alla nascita, per comprensorio di residenza. Anni 2000-2005.

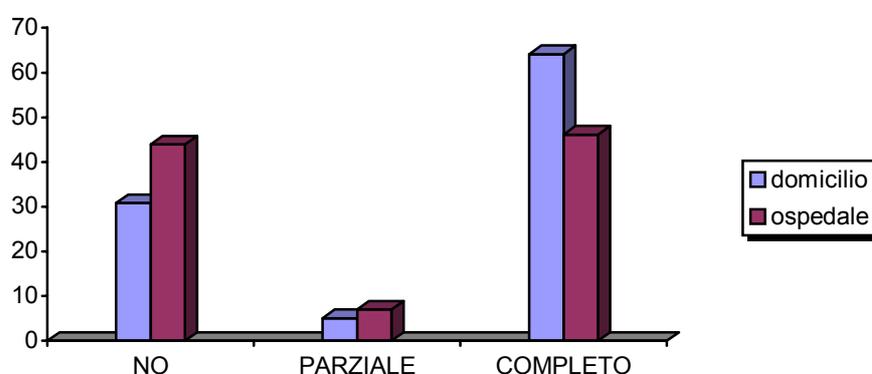
COMPENSORIO	CORSO PREPARATO						TOTALE
	NO		PARZIALE		COMPLETO		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
Fiemme	5	71,4	0	0,0	2	28,6	7
Primiero	2	50,0	0	0,0	1	25,0	4
Bassa Valsugana	3	33,3	0	0,0	6	66,7	9
Alta Valsugana	15	78,9	0	0,0	4	21,1	19
Valle dell'Adige	33	64,7	3	5,9	15	29,4	51
Valle di Non	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4
Giudicarie	7	53,8	2	15,4	3	23,1	13
Alto Garda - Ledro	9	100,0	0	0,0	0	0,0	9
Vallagarina	8	50,0	0	0,0	8	50,0	16
Fuori provincia	2	50,0	0	0,0	1	50,0	3
Totale	87	64,4	5	3,7	41	30,4	135

La casistica è numericamente esigua, tuttavia emerge come sostanzialmente in tutte le aree territoriali la copertura del corso di preparazione alla nascita non sia adeguata. Questo profilo è modificato se il dato è analizzato in relazione alla parità. Nelle primipare emerge una copertura del 64,1%.

Tab. 13 Provincia di Trento. Frequenza al corso di preparazione alla nascita nelle primipare partorienti a domicilio. Anni 2000-2005.

PRIMIPARA	CORSO PREPARATO								TOTALE
	NO		PARZIALE		COMPLETO		NON INDICATO		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
SI	12	30,8	0	0	25	64,1	2	5,1	39
NO	75	78,1	5	5,2	16	16,7	0	0	96

Fig. 11 Confronto per frequenza del corso di preparazione alla nascita tra primipare che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Le primipare che partoriscono a domicilio frequentano più frequentemente e più frequentemente in modo completo, il corso di preparazione alla nascita, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$) rispetto alle primipare che partoriscono in ospedale.

Problemi clinici ed esposizione a fattori di rischio voluttuari in gravidanza

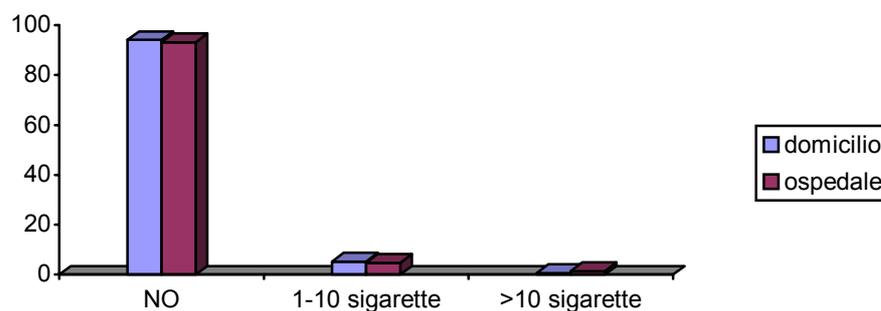
Nelle 135 madri assistite a domicilio non è registrato alcun caso di ipertensione pregravidica/gravidica, come pure alcun caso di diabete mellito pre/gravidico e di emorragia antepartum. Nella casistica dei parti ospedalieri la proporzione annuale media di ipertensione (pre e/o gravidica) è del 6,1%, quella di diabete mellito (pre e/o gravidico) è dell'1,8% e la ricorrenza di emorragie antepartum è mediamente pari all'1,0%. Per quanto macroscopici questi indicatori fanno capire, da una parte, come i casi assistiti a casa abbiano una rilevante connotazione "fisiologica" e dall'altra esprimono – con il concorso di altre variabili, la correttezza della selezione della casistica.

Tab. 14 Provincia di Trento. Fumo in gravidanza, per anno. Anni 2000-2005.

ANNO	FUMO						TOTALE
	NO		1-9 sigarette		>10 sigarette		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	25	96,2	1	3,8	0	0,0	26
2001	23	92,0	2	8,0	0	0,0	25
2002	22	91,7	2	8,3	0	0,0	24
2003	24	100,0	0	0,0	0	0,0	24
2004	18	85,7	2	9,5	1	4,8	21
2005	15	100,0	0	0,0	0	0,0	15
2000-2005	127	94,1	7	5,2	1	0,7	135

Il 94,1% delle donne che hanno partorito a domicilio negli anni 2000-2005 in Provincia di Trento dichiara di non aver fumato in gravidanza, 7 donne hanno fumato da 1 a 9 sigarette e solo 1 donna su 135 ha fumato almeno 10 sigarette al giorno.

Fig. 12 Confronto per fumo in gravidanza tra donne che partoriscono a domicilio e in ospedale. Anni 2000-05



Il dato medio non evidenzia differenze rilevanti tra chi partorisce a casa o in ospedale se si fa eccezione per le forti fumatrici (10+) che risultano maggiormente rappresentate in chi partorisce in ospedale.

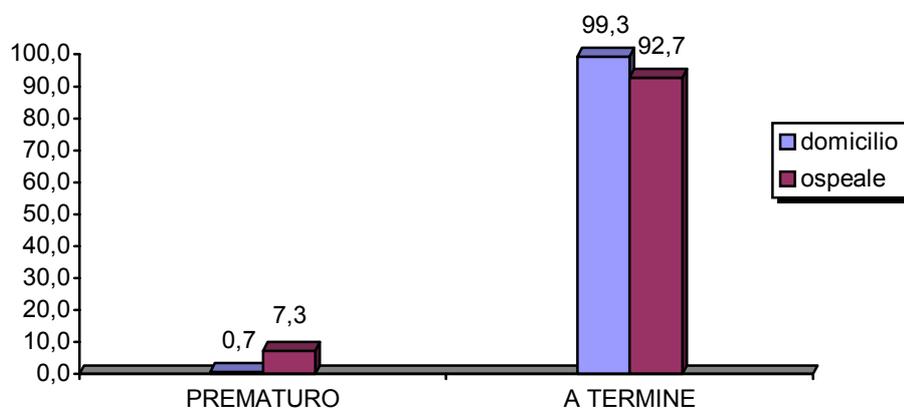
Indicatori clinici per il neonato

Premettendo che si è trattato in tutti i casi di parto singolo, per via vaginale, con inizio spontaneo del travaglio e con presentazione di vertice, in questa sezione si analizzano alcuni indicatori clinici del neonato, come la nascita a termine, il peso alla nascita, il punteggio APGAR ai primi 5 minuti di vita, la presenza di malformazioni e l'eventuale necessità di rianimazione. Questi dati sono messi a confronto con quelli di tutti i nati in ospedale. Quello che ci si aspetta, data la necessaria preselezione della casistica, sono risultati "migliori" per i nati in casa.

Nati pretermine

Nell'arco dei sei anni oggetto di studio, si è registrato 1 solo caso di nato pretermine tra i nati a domicilio e 6 nati nella 37 settimana. Il 94,1% delle madri ha partorito tra la 38^a e la 41^a settimana di gestazione. Come si può vedere dal grafico seguente la percentuale di nati prematuri in ospedale è maggiore, con una proporzione del 7,3%.

Fig.13 Confronto per nati pretermine tra nati a domicilio e nati in ospedale. Anni 2000-05



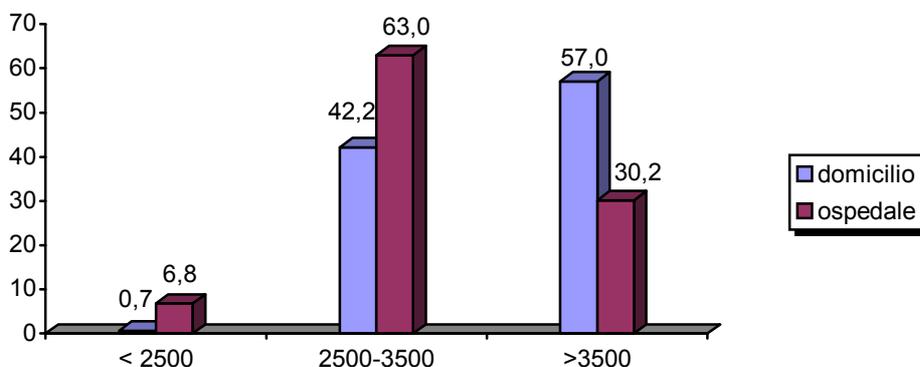
La proporzione di nati pretermine è maggiore nei nati in ospedale con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$)

Peso alla nascita

Anche per quanto riguarda il peso alla nascita i dati sono "migliori" per i nati a domicilio, in quanto si è registrato un solo caso di peso inferiore ai 2500 g (2350g). Il 57% ha un peso compreso tra i 2.500 e i 3.500 g e il 42,2% ha un peso superiore ai 3.500g, con un peso massimo di 4.760g.

Nei nati in ospedale si osserva una proporzione media di basso peso del 6,8%, di cui circa l'1% è sotto i 1.500g (toccando un minimo di 350 g). La proporzione di basso peso (inferiore al 2.500 g) è maggiore pertanto nei nati in ospedale con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Fig.14 Confronto per nati di basso peso tra nati a domicilio e nati in ospedale. Anni 2000-05



Apgar a 5 minuti

Tab. 15 Provincia di Trento. Proporzioni di nati con APGAR minore o uguale a 7 al 5° minuto. Anni 2000-2005.

APGAR	n.ro	%
non indicato	1	0,7
7	2	1,5
9	9	6,7
10	123	91,1
TOTALE	135	100,0

Anche i punteggi APGAR al 5° minuto sono molto buoni, se si considera che il 91,1% dei nati ha un punteggio APGAR pari a 10 e solo 2 casi hanno un punteggio APGAR uguale a 7, valore minimo registrato.

Per quanto riguarda i nati in ospedale (nati vivi) si registra un 81% di nati con APGAR a 5 minuti pari a 10, il 14,8% con APGAR pari a 9, il 2,5% con APGAR uguale a 8, lo 0,6% con APGAR pari a 7 e l'1,1% con APGAR inferiore.

Malformazioni congenite

Nei nati a domicilio si registra un solo caso di malformazione congenita "visibile e registrabile alla nascita" (sindattilia isolata), pari allo 0,7% (1 su 135). Nei nati in ospedale la proporzione di malformazioni è come atteso maggiore e mediamente pari all'1,02%.

Procedure rianimatorie

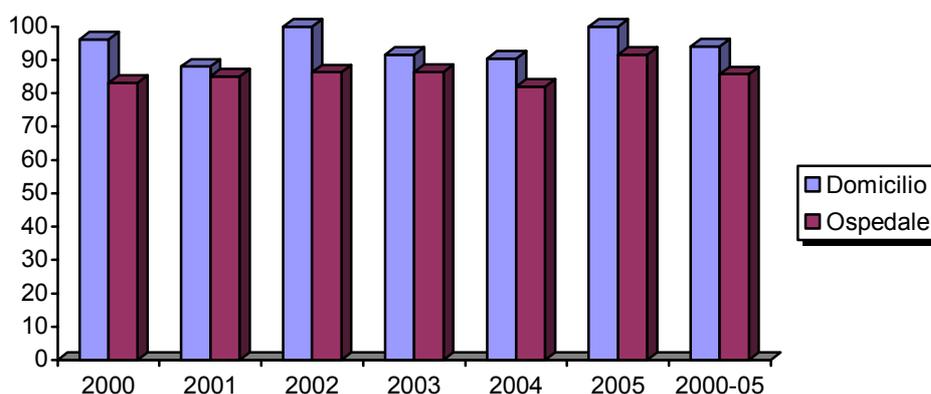
Nei parti a domicilio, si è verificato nel corso dei 6 anni in studio, un solo caso di necessità rianimatorie, pari allo 0,7%, con esito favorevole. Nei nati in ospedale, la proporzione di rianimazione è pari al 5,7%.

Allattamento esclusivo alla dimissione

Tab. 16 Provincia di Trento. Nnati con allattamento esclusivo con latte materno alla nascita. Anni 2000-2005.

Anno	Allattamento esclusivo	
	n.ro	%
2000	25	96,1
2001	22	88,0
2002	24	100,0
2003	22	91,6
2004	19	90,4
2005	15	100,0
TOTALE	127	94,0

Fig.15 Confronto per proporzione di neonati con allattamento materno esclusivo alla nascita tra nati a domicilio e nati in ospedale. Anni 2000-05



La proporzione di neonati allattati al seno in modo esclusivo è costantemente maggiore tra i nati a domicilio rispetto ai nati in ospedale con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$), pur dovendo registrare, tra questi ultimi, un aumento nel tempo della proporzione degli allattati in modo esclusivo.

Trasferimenti post-nascita

La banca dati del Cedap integrata con quella delle SDO e l'archivio dell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale dell'ospedale S.Chiera di Trento, consente di identificare un totale di 15 trasferimenti ospedalieri post-natali del neonato nel periodo oggetto di studio, pari all'11,1% della casistica. In 9 casi il trasferimento è stato motivato da necessità di accertamenti *non urgenti*, mentre in soli 6 casi si configurava uno stato di urgenza o comunque uno *stato di non differibilità clinica* (1 caso di ittero da incompatibilità, 1 caso di polipnea, 2 casi di distress respiratorio, 2 casi di infezione neonatale).

Conclusioni

Il parto a domicilio può essere un'alternativa al parto in ospedale che la donna, la coppia potrebbe scegliere, posti i necessari requisiti organizzativi e clinico-sanitari. Una adeguata selezione delle gravidanze, un personale ostetrico disponibile e competente ed una buona integrazione tra servizi ostetrici territoriali ed ospedalieri stanno alla base dei risultati sostanzialmente positivi degli studi osservazionali condotti in vari paesi ai fini di valutazione dei parti assistiti a domicilio. Le linee guida disponibili, nazionali e locali, precisano in modo puntuale i prerequisiti necessari. A livello locale ravvisiamo una certa distanza tra le raccomandazioni delle linee guida e gli aspetti operativi sul campo, alla cui base si colloca una relativa disponibilità di ostetriche tali da assicurare una continuità ed una omogeneità dell'assistenza.

Nell'attuale contesto socio-sanitario, il parto assistito a casa resta e resterà comunque un evento marginale considerata la priorità di garantire da vari punti di vista i massimi standard di sicurezza per la madre ed il bambino e che, come tali, possono essere universalmente garantiti solo in ambito ospedaliero, anche se inevitabilmente, ma non automaticamente, a scapito di un "rischio medicalizzazione".

In Provincia di Trento sono stati effettuati, nel periodo 2000-2005, 22,5 parti a domicilio ogni anno, con un trend che sembrerebbe in diminuzione, poiché si passa dai 26 parti del 2000 (0,44% dei parti totali) ai 15 del 2005 (0,29% dei parti totali). Questo calo potrebbe essere una risposta a offerte migliori, più rispettose della qualità e delle attese relazionali delle donne da parte dei punti nascita ospedalieri, che devono comunque fare i conti anche con gli aspetti strutturali delle degenze e delle sale parto che non sono sempre facilmente superabili e che sicuramente condizionano il complesso delle interazioni madre-bimbo-operatori sanitari.

Caratteristiche generali delle donne

Confermando studi condotti in altri ambiti (6,26,34), le donne che scelgono di partorire a casa hanno in genere un'età *media* più avanzata di chi partorisce in ospedale, quindi una quota di *pluripare* maggiore; presentano inoltre un *livello di istruzione* più elevato con maggior proporzione di persone con un'*occupazione fuori casa*. A differenza di quanto emerso da altri studi si registra nella casistica locale un eccesso, statisticamente significativo ($p < 0,0001$), di nubili e divorziate, rispetto a quelle che partoriscono in ospedale anche se il dato può essere enfatizzato dalla relativa consistenza della casistica locale. Dall'analisi della *residenza* della madre, si osserva che il fenomeno occorre più frequentemente nel comprensorio della Valle dell'Adige, con il 37,8% dei casi totali e con un lieve eccesso, peraltro non statisticamente significativo, rispetto all'atteso. Nessun parto a domicilio è stato registrato in donne residenti in Valle di Sole e Fassa, aree tra le più lontane e "periferiche" rispetto al capoluogo della provincia dove è collocata la sede del servizio di assistenza domiciliare al parto e comunque sprovviste di specifico personale ostetrico territoriale. Il fenomeno riguarda in modo quasi esclusivo (97% dei casi) le cittadine italiane residenti.

Storia ostetrica delle donne

Il 28,9% delle donne che hanno partorito a domicilio sono *primipare*, a fronte di una proporzione media di primipare, tra chi partorisce in ospedale, pari al 40,5%. Per quanto riguarda gli *aborti* precedenti (spontanei e/o volontari) non si trovano sostanziali differenze tra le partorienti a casa e in ospedale.

Processo assistenziale nel corso della gravidanza:

Le donne che partoriscono a domicilio effettuano un numero medio di *visite ostetriche* superiore a quello delle partorienti in ospedale, mentre il numero medio di *ecografie* risulta inferiore. Per spiegare queste differenze bisogna tenere in considerazione, da un lato la diversità di rischio ostetrico tra le due casistiche, data la necessaria preselezione delle gravidanze e dall'altra la verosimile "minore propensione" agli accertamenti medico-tecnologici nelle donne che scelgono di partorire a domicilio. Le differenze sono più rilevanti considerando l'accesso ai *corsi di preparazione alla nascita*, che nelle primipare assistite a domicilio è pari al 64% a fronte del 45% delle primipare assistite in ospedale.

La frequenza di ipertensione, di diabete e di emorragie antepartum risulta del tutto trascurabile nelle donne assistite a domicilio rispetto a quelle assistite in ospedale, a riprova anche dell'adeguata selezione delle gravidanze.

Indicatori clinici per il neonato

La preselezione delle gravidanze rende ragione dei soddisfacenti outcome neonatali, in linea con gli studi osservazionali internazionali sull'argomento. Tra i 135 nati nel corso degli anni 2000-2005 si è verificato un solo caso di nato pretermine (0,7%, contro il 7,3% dei nati in ospedale). Allo stesso modo si è registrato un unico neonato di peso inferiore ai 2500g (2350g), contro il 6,8% nei nati in ospedale. Anche per quanto riguarda il punteggio APGAR, si registra il 91,1% dei nati a domicilio con punteggio pari a 10, contro l'81% dei nati in ospedale. In ogni caso tra i nati a domicilio il punteggio APGAR non va mai sotto il valore 7, mentre in ospedale troviamo l'1,1% dei nati con punteggio inferiore. Allo stesso modo si è presentato un solo caso di malformazione alla nascita (0,7%) contro l'1,02% in ospedale e un solo caso di necessità di rianimazione (0,7%) contro il 5,7% in ospedale.

La proporzione di neonati allattati al seno in modo esclusivo alla nascita è pari mediamente al 94,0%, contro l'85,7% dei nati in ospedale.

La proporzione dei trasferimenti clinicamente necessari è bassa (1/135, 4,4%) e in linea con i più favorevoli studi osservazionali condotti in altri paesi.

Il quadro che ne esce risulta nel complesso soddisfacente, anche se va tenuto conto che una più precisa disamina degli outcome dovrebbe scaturire da un confronto di casistiche omogenee, restringendo per esempio l'analisi ai soli parti singoli con presentazione cefalica, assistiti a casa ed in ospedale. Questa valutazione – di dettaglio - sarà un campo che sarà oggetto di esplorazione a breve.

Emerge la necessità infine di monitorare in senso più ampio il ricorso o la richiesta del parto a domicilio, valutando i dati a monte (richieste pervenute, parti in casa pianificati) e quelli a valle (trasferimenti in travaglio o dopo la nascita). L'ipotesi di scheda fornita in allegato-3 potrebbe essere utile in questo senso.

Bibliografia

1. Ministero della salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale sistema informativo. Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita – anno 2004. Roma, Ministero della salute, 2007.
2. Viisainen K., Gissler M., Rääkkönen O., Perälä M.L., Hemminki E.: Interest in alternative birth settings in Finland, *Acta Obstet Gynecol Scand* **77** (1998), pp. 729–735.
3. Declercq E.R., Paine L.L., Winter M.R.: Home birth in the United States, 1989-1992. A longitudinal descriptive report of national birth certificate data, *J Nurse Midwifery* **40** (1995), pp. 464–482.
4. Newburn M.: Culture, control and the birth environment, *Pract Midwife* **6** (2003), pp. 20–25.
5. De Vries R.G. The warp of evidence-based medicine: lessons from Dutch maternity care, *Int J Health Serv* **34** (2004), pp. 595–623.
6. Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B, Rådestad IJ. : Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Nov;195(5):1366-72. Epub 2006 May 16.
7. Di Renzo G.C., Cutuli A., Mosconi P. et al.: La moderna assistenza alla gravidanza e al parto. Cosa è cambiato). In Masellis G., Mezzani MD., Picco P., Galassi MC. (a cura di) *Nascere nel 2000*, Atti del convegno, pp: 3-9, Carpi, 25-26 maggio, 1998.
8. Rapporto OsservaSalute. 2005. La salute materno-infantile 187-206, Roma dicembre 2005
9. Rapporto OsservaSalute. 2007. La salute materno-infantile, in press
10. Schmid V.: Il parto a domicilio. Salute e territorio. 120: 116-119, 2000
11. Pastura S.: Parto a domicilio: Esperienza di elite o possibile forma di assistenza istituzionale. In Masellis G., Mezzani MD., Picco P., Galassi MC. (a cura di) *Nascere nel 2000*, Atti del convegno. Pp.:73-76, Carpi, 25-26 maggio, 1998.
12. Sartori M.: Parto a casa=pericolo, parto in ospedale=sicurezza?. In: *Partorire in casa*. Macro edizioni, Cesena, 1997, 23
13. Schmid V. Linee guida per l'assistenza al parto fisiologico a domicilio e nelle case maternità. Modalità di selezione, di collaborazione, di organizzazione. Centro Studi il marsupio. 1999
14. Benjamin Y, Walsh D, Taub N. A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes. *Midwifery* 2001;17:234-40
15. Lo Palco P.L., Greco P., Graps E., Sanguedolce A., Prato R., Rizzo C.: Indagine conoscitiva sul parto domiciliare in Puglia – parte II. *OER*, 2: 40-43. 2002.
16. Buckley R.E.: La qualità dell'assistenza ostetrica. Mc Graw-Hill Ed. Italiana (Guana Miriam a cura di). 1998
17. WHO. Regional Office for Europe. Having a baby in Europe. Copenhagen 1985
18. Lombardo P, Sartori M, Tartaglia B. Public assistance for home birth *Epidemiol Prev*. 1996 Apr-Sep;20(2-3):92-3
19. Lilford RJ. Clinical experimentation in obstetrics. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;295:1298-300
20. Campbell R, Macfarlane A. Where to be born? The debate and the evidence. 2nd edition. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 1994

21. Stewart M et al. Birth centre review. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2004
22. Home Births. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives Joint Statement No.2. April 2007. London: RCOG; 2007
23. National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU). The Birthplace in England Research Programme. www.saperidoc.it
24. Wieggers TA, Keirse MJ, van der Zee J, Berghs GA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. *BMJ* 1996;313:1309-13
25. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *BMJ* 1996;313:1306-9
26. Ackermann-Lieblich U., Voegeli T., Kunz I. et al, and Zurich Study Team: Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *BMJ* 1996;313:1313-8
27. Bastian H., Keirse MJNC, Lancaster PAL.: Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMJ* 1998; 317:384-388.
28. Janssen PA, Lee S.K., Ryan E.M. et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002;166:315-23
29. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005;330:1416
30. Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997;24:4-13
31. Chamberlain G, Wraight A, Crowley P. Birth at home. *Pract Midwife* 1999;2:35-9
32. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2002;81:731
33. Fullerton JT., Navarro AM., Young SH : Outcomes of planned Home Birth: An integrative review. *JMWH*; 2007, 4: 323-333.
34. Antony S., Buitendijk SE, Offerhaus R.M., et al.: Maternal factors and the probability of a planned home birth. *BJOG* 2005; 112: 748-753.

ALLEGATI

1. Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio

Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità. Prima edizione del 1991, a cura di Marta Campiotti.

Dall'*introduzione*:

“...lo scopo di approfondire e diffondere una cultura sul parto a domicilio che promuova e tuteli innanzitutto la qualità dell'esperienza per la donna e per la coppia e garantisca un'assistenza qualificata da parte dell'ostetrica professionista.

...L'assunzione di responsabilità che il parto a domicilio certamente comporta è individuale, così come il rendere conto delle proprie azioni agli organi competenti, ma soprattutto alle donne e ai bambini che abbiamo in cura.

...Definire un limite tra fisiologia e patologia vuol dire dare una base concreta al concetto di 'selezione'. Il parto in casa che garantisce alla donna la maggior sicurezza possibile è quello:

- a) selezionato durante la gravidanza dall'ostetrica che sarà presente al parto
- b) frutto della scelta consapevole ed informata della donna e della coppia.

E' fondamentale che l'ostetrica sappia affinare le sue capacità di riconoscere le situazioni con attenzione e vigilanza, e sappia lavorare con la donna attraverso misure preventive.

...ci sono i limiti che la casa ha in sé, quando aumenta la probabilità di dover ricorrere ad interventi assistenziali di secondo livello, erogati per definizione in ambiente ospedaliero.”

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi le linee guida prevedono la presenza di due ostetriche nell'assistenza al travaglio e al parto, in modo che in caso di dubbio diagnostico, non si verifichino ansie inutili e stressanti sia per l'ostetrica che per la madre. Inoltre è obbligatorio che un ospedale prescelto sia raggiungibile in un tempo massimo di 30-40 minuti, ed è preferibile prendere accordi locali con l'ospedale di riferimento e il servizio 118, per l'organizzazione di eventuali trasferimenti.

Anche nell'ambito del parto a domicilio si effettua una raccolta dati, sia a livello pre-parto con la *cartella ostetrica*, sia con il *partogramma*, come strumento di registrazione dell'andamento del travaglio, che con la *scheda di assistenza domiciliare*, compilata dopo sette giorni dal parto dall'ostetrica.

Le linee guida elencano inoltre tutti i casi in cui è sconsigliato il parto a domicilio.

Controindicazioni all'assistenza domiciliare, identificate prima del travaglio:

- Presenza di patologia materna che controindica il travaglio e il parto
- Presenza di patologia materna che richiede una sorveglianza intensiva del travaglio di parto
- Presenza di patologia materna importante e/o che necessita di trattamento
- Presenza di patologia fetale nota
- Gravidanza gemellare
- Grande multiparità (> 6 parti pregressi)
- Emoglobina <9,5 g/100ml a termine di gravidanza
- Anamnesi positiva per problemi di secondamento

Controindicazioni relative, in quanto possono consentire il travaglio ed il parto a domicilio dopo una accurata valutazione

- Statura materna < 150 cm
- Obesità materna
- Anamnesi positiva per pregressa morte fetale/neonatale
- Pregressa cesarizzate con successivo parto spontaneo eutocico
- Sospetto clinico di oligo/poliamnios
- Tampone vaginale positivo per streptococco betaemolitico a termine gravidanza
- Parte presentata extrapelvica nella nullipara alla 38.a settimana e all'inizio del travaglio

Condizioni permettenti l'assistenza domiciliare all'insorgere del travaglio

- Epoca gestazionale compresa tra le 38 e le 42 settimane di gravidanza; è possibile assistere anche a 37 settimane compiute e accertate, dopo una attenta valutazione clinica
- Feto singolo, presentazione cefalica
- Peso fetale previsto ≥ 2500 g e ≤ 4000 g
- PROM < 24 ore in presenza di liquido limpido e non alterazioni del BCF.

2. “Linee guida per il parto a domicilio”

(Dipartimento Materno-Infantile, **APSS Provincia Autonoma di Trento**, Luglio 1999)

Il parto a domicilio e la casa di maternità possono in certi casi ed a certe condizioni rappresentare delle soluzioni alla richiesta di demedicalizzazione e di umanizzazione del parto. Vi sono dati della letteratura che evidenziano come una meticolosa selezione della donna a basso rischio di complicanze ostetriche possa rendere sicuro il parto a domicilio.

Il problema è che se molto spesso è possibile individuare una “gravidenza fisiologica”, purtroppo non è sempre possibile prevedere un “parto fisiologico”, un “post-parto fisiologico”, un “neonato fisiologico”.

La Provincia di Trento riconosce attualmente (1999) un contributo di 1.443.000 lire (pari a circa 750 euro), che copre l’assistenza sanitaria ostetrica e la prima visita pediatrica connesse al parto domiciliare, solo per donne residenti in provincia ed iscritte al Servizio Sanitario Nazionale.

Il parto a domicilio in Provincia di Trento

Il parto a domicilio è un fenomeno presente nella nostra provincia con un’entità numerica modesta. Dai dati dal 1991 al 1998, il valore medio annuale di parti a domicilio è di 18,5, che rappresentano circa lo 0,4% dei parti totali che avvengono ogni anno.

Il ruolo dell’ostetrica nel parto a domicilio, quale visto a livello nazionale

Queste “linee guida” contengono alcune raccomandazioni per l’ostetrica, che possono essere così schematizzate:

1. Le ostetriche coinvolte all’assistenza al travaglio e al parto siano almeno due;
2. L’ospedale più vicino possa essere raggiunto in un tempo massimo di 30-40 minuti;
3. Venga utilizzata una cartella standardizzata predisposta a livello nazionale;
4. Venga utilizzato un “partogramma” come strumento di registrazione dell’andamento del travaglio;
5. Venga attivata una visita pediatrica a domicilio entro 12 ore dal parto.

Suggerimenti operativi per la Provincia di Trento

...Sono dunque necessari:

- ◆ selezione adeguata delle pazienti atte per il parto a domicilio;
- ◆ uso della cartella ostetrica e del partogramma;
- ◆ consenso informato scritto dalla gestante e dal partner; il consenso informato deve essere parte integrante della cartella;
- ◆ profilassi MEN, quando necessaria: il medico di base prescriverà le immunoglobine, che saranno poi somministrate dall’ostetrica;
- ◆ anche per la profilassi MEN è necessario il consenso informato scritto.

Per ottenere il finanziamento dalla Provincia la donna deve iscriversi in un apposito elenco-registro entro il 6° mese di gravidanza.

L’Azienda si dovrebbe far carico, attraverso la sala parto-nido dell’Ospedale di riferimento, di fornire all’ostetrica:

1. Cord-clamp;
2. Cartoncino screening malattie metaboliche;
3. Libretto pediatrico;
4. Scheda CEDAP;
5. Farmaci ossitocici (Methergin, ossitocina).

Il ruolo dell'ostetrica nell'assistenza al parto in casa

1. Assistenza alla gravida ed alla partoriente

In corso di gravidanza e durante il parto l'ostetrica deve:

- a. Far iscrivere la donna nell'apposito registro depositato presso il Distretto Sanitario di competenza entro i termini indicati (fine 6° mese);
- b. Visitare e selezionare le donne atte per il parto a domicilio secondo gli schemi consolidati;
- c. All'inizio del travaglio di parto avvisare l'Ospedale più vicino;
- d. Visitare ed assistere la donna durante il travaglio ed il parto, e compilare adeguatamente cartella e partogramma;
- e. Compilare il certificato di assistenza al parto (CEDAP);
- f. Eseguire l'immunoprofilassi anti-D nelle donne Rh negativo, quando necessario.

2. Assistenza al neonato: compiti dell'ostetrica che ha seguito il parto

L'ostetrica che ha seguito la donna durante il travaglio e parto a domicilio ha anche la responsabilità di una serie di procedure:

- a. Rilevare l'adattamento postnatale secondo il punteggio di APGAR al primo e al quinto minuto di vita. Se al quinto minuto il punteggio è inferiore a 7/10, è necessaria la valutazione anche a 10 minuti, e ad ogni 5 minuti successivi fino a quando il punteggio non raggiunga i 7/10.
- b. Prime cure del neonato: bagnetto, disinfezione del moncone ombelicale.
- c. Eseguire la profilassi oculare prevista per legge.
- d. Somministrare la Vitamina K.
- e. Prendere le misure del neonato: peso, lunghezza e circonferenza cranica.
- f. Attaccare precocemente il bambino al seno materno.
- g. Avvisare della nascita il più vicino ospedale dotato di sala parto. Se il neonato risulta di basso peso (< 2500 g), pretermine (età gestazionale < 37 settimane), con APGAR ≤ 7/10 al 5° minuto o con patologia evidente l'ostetrica dovrà contattare il servizio di trasporto di emergenza neonatale presso l'U.O. di Neonatologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento per concordare l'assistenza e l'eventuale trasporto del neonato.
- h. Eseguire gli screening per malattie metaboliche, ipotiroidismo e fibrosi cistica, tra la terza e la settima giornata di vita.
- i. Compilare e consegnare ai genitori il libretto pediatrico.

Conclusioni

Nel momento in cui la Provincia e le Istituzioni Sanitarie accettano l'idea del parto a domicilio, occorre che ci si renda conto dei costi organizzativi e clinici che vi si possono correlare. In particolare va ricordato che:

1. Le complicità del travaglio e del parto non sono mai totalmente prevedibili, anche in quelle gravidanze che vengono selezionate come *non a rischio*;
2. Se capitano complicazioni e la donna e/o il neonato vengono trasferiti in Ospedale, l'Istituzione ospedaliera si deve attivare in una situazione clinica sicuramente peggiore e in ritardo a quanto sarebbe se il parto avvenisse in ospedale, con tutte le ovvie conseguenze;
3. Per quanto al punto 2 i costi per l'Istituzione possono lievitare moltissimo (autolettiga, elicottero, personale del 118, eccetera)

Quale corollario a tutto ciò è necessario verificare se esiste un qualche tipo di contratto o assicurazione che impegni l'Istituzione a garantire un eventuale servizio di assistenza a domicilio ed in che modo, oltre all'assistenza intra-ospedaliera.

In altri termini devono essere precisati e formalizzati i rapporti tra la donna che partorisce a domicilio, l'ostetrica che la assiste, il servizio di emergenza 118, le U.O. di Ostetricia e di Neonatologia, che eventualmente venissero attivate per un qualche problema, l'Ospedale di riferimento territoriale, l'Ospedale centrale Provinciale, che è presumibilmente quello la cui equipe viene attivata se venisse attivato l'elicottero.

3. Scheda riepilogo attività annuale parto a domicilio in provincia di Trento

(proposta per avviare la compilazione dai casi del 2007)

Anno _____

N. totale richieste			
N. totale colloqui			
N. totale prese in carico		% prese in carico/totale richieste:	
N. totale assistite al parto		% assistite al parto/prese in carico	
N. donne che hanno optato per il parto ospedaliero prima del travaglio	<i>Per decisione della donna</i>	<i>Per decisione dell'ostetrica</i>	<i>Altra condizione</i>
N. donne trasferite in ospedale in travaglio	<i>Urgente (causa)</i>	<i>Non urgente (causa)</i>	
<i>Fase del travaglio</i>			
Trasferimenti nel post-parto	<i>Cause materne</i>	<i>Cause neonatali</i>	<i>Altra causa</i>
Osservazioni			

Data _____

L'ostetrica _____