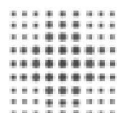


**OSSERVATORIO REGIONALE
SUL PARTO EXTRA-OSPEDALIERO**

**RAPPORTO
ANNO 2024**

**OSSERVATORIO REGIONALE
SUL PARTO EXTRA-OSPEDALIERO**

**RAPPORTO
ANNO 2024**



Ricerca patrocinata dall'Assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e curata dal Settore Assistenza Territoriale

© Regione Emilia-Romagna – Dicembre 2025

Tutti diritti riservati.

La riproduzione, in parte o totale, o la traduzione di questo documento sono consentite a condizione che venga citata la fonte e che la distribuzione non avvenga a fini di lucro o congiuntamente a prodotti commerciali.

Il documento è disponibile on line nel sito web SaPeRiDoc all'indirizzo:
<https://www.saperidoc.it/parto-in-ambiente-extra-ospedaliero>

La redazione del volume è stata curata da:

Giulia Bagnacani, SaPeRiDoc, Settore Assistenza Territoriale, AUSL Reggio-Emilia

Simona Di Mario, SaPeRiDoc, Settore Assistenza Territoriale

Barbara Paltrinieri, SaPeRiDoc, Settore Assistenza Territoriale

Federica Casoni, Responsabile, Settore Assistenza Territoriale

Si ringraziano

Le ostetriche che hanno seguito i parti in ambiente extra-ospedaliero nella regione Emilia-Romagna: senza il loro contributo questo lavoro non sarebbe stato possibile.

I genitori, le bambine e i bambini: grazie alla loro collaborazione è stata realizzata questa iniziativa ed è per migliorare l'assistenza offerta a chi sceglie il parto in ambiente extra-ospedaliero che questa stessa andrà avanti.

Le referenti aziendali ostetriche per il parto extra-ospedaliero.

La dott.ssa Doriana Filomeno (Engineering) e il dott. Gianluca Bandini (Settore Assistenza Ospedaliera) per la collaborazione sulla verifica delle chiamate alla centrale unica 112.

Le terapie intensive neonatali per la collaborazione sulla verifica dei ricoveri.

Infine, un ringraziamento particolare a: Michela Zuffrano (ostetrica di Bologna), Giuseppe Battagliarin (già presidente della Commissione nascita regionale), Vittorio Basevi (già coordinatore scientifico della Commissione nascita regionale), che hanno dato, e continuano a dare, un sostegno fondamentale all'ideazione del percorso sul parto in ambiente extra-ospedaliero, al suo sviluppo e al suo miglioramento.

Nota alla lettura

Questo documento è attento alla **prospettiva di genere** e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, alternando **di volta in volta il genere o utilizzandoli entrambi**.

Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica.

<https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazione-temi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regione-emilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

Sommario

Glossario	1
Presentazione	2
Introduzione	4
Metodo	7
Risultati	10
<i>Dati socio-anagrafici</i>	11
<i>Dati relativi al percorso nascita</i>	13
<i>Dati di esito</i>	16
Indicatori previsti nelle linee di indirizzo	25
Commenti	26
Risultati sul gradimento	34
Appendice. Sintesi delle prove su valutazioni economiche per il parto extra-ospedaliero	41
Allegato. Parto in ambiente extra-ospedaliero. Questionario di rilevazione dei dati	55

Glossario

Parto in ambiente extra-ospedaliero (PEO)

Evento nascita programmato fuori da un ospedale, sia a domicilio sia in casa di maternità.

Casa maternità

Struttura indipendente, solitamente gestita da ostetriche, pensata per accogliere chi desidera partorire fuori da un ospedale. Luogo accogliente e familiare, dotato di camere private e spazi comuni.

Parto a domicilio

Nascita che avviene in casa.

Presentazione

Il percorso del parto in ambiente extra-ospedaliero (PEO) in Regione Emilia-Romagna ha ormai una storia lunga e consolidata. Nasce per dare attuazione a una legge regionale, promulgata nel 1998 (L.R. 26/1998), che ha sancito il diritto per la donna di scegliere il luogo del parto, dando la possibilità di partorire al di fuori dell'ospedale, e ha contestualmente attribuito alla Commissione consultiva tecnico scientifica regionale sul percorso nascita il mandato di monitorare il fenomeno e di fornire indicazioni sull'assistenza a gravidanza, parto, puerperio in questo modello assistenziale. Un gruppo di lavoro costituito in seno alla Commissione nascita, in base a una revisione della letteratura, ha prodotto le linee di indirizzo per il PEO.

Personalmente, ho molto apprezzato questo rigoroso percorso, volto da un lato a riconoscere il diritto delle donne e delle coppie a scegliere il setting di cura più gradito e congeniale alle proprie preferenze e ai propri valori, dall'altro a garantire la maggior sicurezza possibile.

In questo senso mi piace sottolineare la rilevanza che le linee di indirizzo attribuiscono alla formazione delle ostetriche sulla rianimazione neonatale, divenuta un requisito vincolante, e l'adozione di uno specifico consenso informato, teso a garantire una scelta realmente consapevole da parte delle coppie.

A questo gruppo, che aggiorna, implementa e monitora la procedura PEO, garantendo l'appropriatezza del percorso e promuovendo la piena adesione dei professionisti coinvolti ai requisiti condivisi, va il nostro sincero ringraziamento. Così come dobbiamo essere grati a tutti gli altri professionisti a qualsiasi titolo interessati a questo percorso, che hanno dimostrato grande dedizione e rigore.

É per me quindi un grande piacere presentarvi il Rapporto 2024 dell'Osservatorio Regionale sul Parto Extra-ospedaliero, giunto alla sua quinta edizione, che si conferma uno straordinario strumento di revisione e di analisi, fonte di innumerevoli informazioni socio-sanitarie.

Nel 2024, in regione Emilia-Romagna, hanno partorito in ambiente extra-ospedaliero 146 donne – lo 0,4% del totale delle gravide - un dato sostanzialmente stabile negli ultimi anni. Si conferma che la popolazione di donne che afferisce al PEO presenta caratteristiche socio-demografiche peculiari: si tratta in grande prevalenza di donne di cittadinanza italiana, con scolarità medio-alta.

Nel complesso gli esiti rilevati sono estremamente positivi. Tra gli altri, segnalo la ridotta percentuale (4%) dei trasferimenti in ospedale in travaglio, a conferma della corretta selezione delle donne in gravidanza, effettuata in regione attraverso l'adozione di precisi

requisiti. Estremamente ridotte anche le perdite ematiche (nel 92% dei casi inferiori ai 500 ml) e la presenza di lacerazioni.

Tra gli esiti neonatali, in 141/146 casi l'indice di Apgar (in una delle rilevazioni a 1', 5' e 10') è risultato superiore o uguale a 8. Un solo neonato ha richiesto una rianimazione neonatale energica, con ripetuti cicli di ventilazione e ricorso al massaggio cardiaco esterno (MCE). Il trasferimento del neonato in ospedale è stato necessario in 3 casi, due dei quali con ricovero in terapia intensiva (TIN).

Il tasso di allattamento esclusivo a 1 mese di vita è risultato pari al 95%: si tratta di un risultato rilevante, verosimilmente anche collegato al ruolo del sostegno domiciliare per le neo-mamme e i neo-genitori.

In gravidanza, l'adesione vaccinale delle donne con parto programmato extra-ospedaliero è risultata pari al 41%, una proporzione ancora piuttosto bassa, ma conforta la tendenza in progressivo miglioramento

La percentuale di bambini non sottoposti, per rifiuto genitoriale, a profilassi antiemorragica con vitamina K alla nascita è risultata del 19%. Sebbene in numeri assoluti si tratta di un numero ridotto di casi (28) e in riduzione rispetto al passato, considerati i potenziali gravi esiti avversi associati a questa omissione e trattandosi di un obbligo di legge, è doveroso approfondire il tema per comprenderne le motivazioni e individuare gli interventi correttivi.

In conclusione, credo che il report 2024 offra una fotografia assolutamente nitida del percorso PEO in Emilia-Romagna. Molta strada è stata percorsa per garantire al sistema efficacia, efficienza e sicurezza per la diade; in questo contesto, il sistema di monitoraggio garantito dall'Osservatorio si dimostra utile strumento di analisi critica.

Consiglio a tutti di immergersi in una lettura approfondita del rapporto, perché fornisce una visione di insieme obiettiva, interessante per ogni professionista della salute coinvolto nel percorso nascita.

Buona lettura a tutte e tutti!

Giancarlo Gargano

*Presidente della Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita
della Regione Emilia-Romagna*

Introduzione

In Italia 0.13% delle donne sceglie di partorire fuori da una struttura ospedaliera, presso il proprio domicilio o in una casa di maternità; è quanto emerge dal “Certificato di assistenza al parto (CedAP) - Analisi dell’evento nascita - Anno 2023” pubblicato a febbraio 2025 dall’Ufficio di Statistica del Ministero della Salute [1]. Esistono, tuttavia, differenze regionali: la scelta di partorire in contesto extra-ospedaliero è più frequente nella provincia di Bolzano (0.9%), Trento (0.7%); seguono Friuli-Venezia Giulia, Veneto ed Emilia-Romagna (0.4%), Piemonte (0.2%), Liguria e Lombardia (0.1%). In alcune regioni il numero dei parti registrati come avvenuti a domicilio è pari a zero [1].

Il dato italiano è inferiore a quello di altri paesi europei come, ad esempio, Regno Unito (1.9% in Inghilterra e 2.3% in Galles) [2], Germania (1.9%) [3], Paesi Bassi (14.0%) [4] ed extra europei come USA (al domicilio 1.5% con variabilità tra stati min. 0.7%- max. 4.7%) [5], Australia (2.5%) [6], Nuova Zelanda (4.0%) [7].

Partorire fuori dall’ospedale è una scelta materna/della coppia che può evocare reazioni contrastanti nei professionisti e nelle professioniste della salute e non sempre positive: può capitare che venga giudicata negativamente, come possibile fonte di pericolo per la mamma e il bambino/a.

I motivi che vengono addotti da chi preferisce il percorso assistenziale al di fuori dei nosocomi sono: la ricerca di una continuità di cura basata su uno stretto rapporto di fiducia reciproca tra donna e ostetrica, il ricorso a un grado minimo di medicalizzazione del travaglio-parto e il rispetto dell’intimità della triade mamma-*partner*-bambino [8].

In passato il parto che avveniva in casa non era preceduto da approfondite valutazioni anamnestiche e cliniche che consentissero di identificare correttamente quali donne potessero partorire al di fuori dell’ospedale e quali invece, per presenza di patologia o di altro fattore di rischio, necessitassero dell’assistenza in strutture adeguatamente attrezzate. Oggi, rispetto al passato, la situazione è profondamente mutata, una corretta selezione – per fattori materni e fetali – è condizione imprescindibile per poter offrire un’assistenza di qualità.

Prove di efficacia basate su studi condotti in paesi industrializzati e caratterizzati dalla presenza di un sistema sanitario universalistico indicano che - laddove il parto extra-ospedaliero sia assistito da un'ostetrica esperta e quando la donna e il suo bambino/a non presentino fattori di rischio - gli indici di mortalità e morbosità materne e perinatali non sono significativamente superiori a quelli osservati in ospedale. Le donne pluripare al termine di una gravidanza fisiologica rappresentano il modello ideale al quale proporre un parto a domicilio o in casa di maternità [8].

Con lo scopo di arricchire il presente report, approfondendo un aspetto fino a ora non esplorato in questa pubblicazione, è stata condotta una revisione della letteratura per indagare il peso economico dell'assistenza alla nascita extra-ospedaliera. I risultati sono disponibili nell'Appendice *Sintesi delle prove su valutazioni economiche per parto extra-ospedaliero* a pag. 41.

Seppur in presenza di limiti metodologici e di contesto, le prove di efficacia vanno concordemente nella direzione di indicare, nelle gravidanze fisiologiche, rapporti beneficio/danno e efficacia/costo favorevoli per le nascite programmate a domicilio, in case di maternità integrate nel SSN e in strutture ospedaliere a conduzione ostetrica.

Alcune regioni italiane quali Piemonte (DGR 80-5989 del 7/5/2002), Marche (L.R. 22/1998) e Lazio (L.R. 29/2011), oltre che le province autonome di Trento (delibera n.15077 del 1998) e Bolzano (delibera n. 3322 del 24.09.2001), hanno normato la nascita a domicilio o in casa di maternità, prevedendo anche un rimborso per le spese sostenute da chi sceglie di avvalersi di questa possibilità. Altre regioni hanno deliberato promuovendo la creazione di percorsi assistenziali per il parto in ambiente extra-ospedaliero sul loro territorio: Lombardia (L.R. 16/1987), Toscana (Delibera n. 41 del 17/02/1999), Abruzzo (L.R. 35/1990), Liguria (L. R. 24/1995), Valle d'Aosta (L.R. 44/1998) e Sicilia (Decreto del 19/11/2010).

Anche la Regione Emilia-Romagna nel 1998 (L.R. 26/1998) [9] ha identificato un percorso per il parto in ambiente extra-ospedaliero e ha sancito il diritto, per la donna che sceglie di partorire al di fuori dell'ospedale e che rientra nei criteri di sicurezza previsti, a ricevere una somma pari alla quota prevista dal DRG per un parto vaginale senza complicanze.

L'art. 10 della legge regionale dà mandato alla Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita della Regione Emilia-Romagna (da ora in poi per brevità Commissione nascita) di monitorare i tassi di morbosità, mortalità materne e perinatali e, al tempo stesso, di elaborare raccomandazioni, linee di indirizzo e protocolli sull'assistenza a gravidanza, parto, puerperio, sia per i parti ospedalieri che per quelli extra-ospedalieri.

Per ciò che concerne la nascita extra-ospedaliera, nel 2019 un gruppo di lavoro multidisciplinare della Commissione nascita nel quale erano rappresentate, oltre a tutte le componenti professionali coinvolte nell'assistenza alla nascita, anche ostetriche libere professioniste, ha collaborato alla stesura delle "Linee di indirizzo per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero" (ultima revisione settembre 2021) [8]. Si tratta di uno strumento che rappresenta una solida base di lavoro per realizzare un'assistenza efficace e appropriata al parto extra-ospedaliero, renderne omogenei i contenuti e valutarne accuratamente gli esiti. Il documento suggerisce, inoltre, gli indicatori per valutare l'adesione alle Linee di indirizzo e la qualità dell'assistenza fornita.

Metodo

La Commissione nascita ha dato mandato all'Osservatorio per il parto extra-ospedaliero (istituito con determina regionale n. 13077 del 14/06/2023) di monitorare l'andamento e gli esiti delle nascite avvenute, in regione Emilia-Romagna, al di fuori degli ospedali. A questo scopo l'Osservatorio ha predisposto una dettagliata scheda per la raccolta dati *on-line* denominata *Parto in ambiente extra-ospedaliero - rilevazione dati* composta da domande a risposta chiusa e aperta (Allegato 1).

Il questionario si articola in diverse sezioni: dopo una parte riservata ai dati dell'ostetrica responsabile del caso, si continua con una sezione anagrafica materna. Successivamente si indaga l'anamnesi ostetrica della donna e l'assistenza ricevuta nel corso della gravidanza. Alcune domande sono riservate al percorso amministrativo (domanda di rimborso presentata ed eventualmente accettata). Il questionario si dipana seguendo tutti i percorsi possibili nell'ambito dell'assistenza extra-ospedaliera: la nascita avvenuta presso il domicilio o casa di maternità, l'eventuale trasferimento in ospedale ante, intra o post partum. Particolare attenzione è riservata alla raccolta dati relativa agli esiti di salute materni e neonatali dopo un trasferimento in ospedale (modalità del parto, diagnosi di dimissione).

Qualunque sia il luogo effettivo del parto, vengono indagate le caratteristiche del travaglio, del parto, del secondamento, le prestazioni offerte e accettate per madre e neonato/a, la modalità di allattamento a 30 giorni di vita.

L'ostetrica responsabile dell'assistenza al parto in ambiente extra-ospedaliero (che lavora sempre in coppia con una collega) è tenuta alla compilazione e invio all'Osservatorio della scheda entro l'anno solare per permettere l'elaborazione dei dati con cadenza annuale.

Il 2021 è stato il primo anno di consolidato utilizzo del questionario su piattaforma elettronica dopo l'anno di passaggio 2020 dalla modalità di raccolta dati cartacea a quella informatizzata. Negli anni seguenti sono state apportate modifiche al questionario, su suggerimento delle ostetriche responsabili dell'assistenza alla nascita, per agevolarne l'inserimento in piattaforma e, al contempo, rendere i dati raccolti

maggiormente informativi rispetto al percorso assistenziale. Si ricorda che la richiesta di rimborso necessita di comprovare l'avvenuto invio informatizzato della scheda di raccolta dati regionale.

Tutto questo ha permesso maggiore capillarità e precisione nella raccolta dei dati, migliorandone la qualità globale. Su tutto il territorio dell'Emilia-Romagna sono le ostetriche libero professioniste ad assistere le donne che partoriscono presso il proprio domicilio. Al momento della stesura di questo documento le uniche eccezioni a questo modello sono Bologna, dove sono presenti le uniche due case di maternità indipendenti private della regione, e Reggio Emilia, dove l'Azienda sanitaria offre un servizio pubblico di assistenza alla nascita a domicilio tramite le proprie ostetriche, sia ospedaliere che territoriali.

L'Osservatorio riceve annualmente anche i dati relativi alle nascite in ambiente extra-ospedaliero inviati dalla referente aziendale per questa attività - figura presente in ogni azienda sanitaria della regione - relativamente al numero di richieste di rimborso ricevute, approvate, negate, con dettaglio della motivazione.

A partire dall'anno 2022 sono state avviate due collaborazioni con altri servizi coinvolti nell'assistenza alla nascita extra-ospedaliera: la prima con la centrale operativa del 118 (ora centrale unica 112) per un confronto dati annuale sul numero di chiamate di preallerta ricevute all'inizio del travaglio e numero di mezzi effettivamente inviati per trasferimento verso l'ospedale. La seconda con le terapie intensive neonatali della regione (TIN) per la notifica, tramite e-mail inviata direttamente all'indirizzo dell'Osservatorio, dei casi di ricovero di neonati provenienti dal percorso extra-ospedaliero.

Nell'anno 2023, con determina regionale, è stato ufficializzato il gruppo di lavoro multi professionale dell'Osservatorio con lo scopo di favorire un dialogo e una analisi multidisciplinare di situazioni cliniche particolari che possano accadere in ambiente extra-ospedaliero.

A partire dall'anno 2020 il gruppo regionale che si occupa di PEO promuove la compilazione volontaria, da parte delle famiglie che hanno usufruito di assistenza alla

nascita extra-ospedaliera, di un questionario di gradimento anonimo. L'ostetrica, al termine dell'assistenza prestata, consegna alla famiglia l'invito alla compilazione contenente il collegamento per poter accedere alla piattaforma telematica. La prima parte del questionario prevede domande rivolte alla donna, mentre la seconda parte è dedicata al/alla *partner* o eventuale altra accompagnatrice/ore. Sono presenti sia domande a risposta chiusa sia domande aperte, con possibilità di utilizzare campi di scrittura liberi. I quesiti a risposta chiusa prevedono la possibilità di risposta SI o NO, numerica in scala da 1 a 10 oppure graduale: assolutamente d'accordo, parzialmente d'accordo, parzialmente in disaccordo, assolutamente in disaccordo. Per maggiore chiarezza espositiva, nel report, i dati sono stati analizzati, laddove non sia presente il grafico dettagliato, in forma dicotomica aggregando le risposte assolutamente e parzialmente d'accordo o in disaccordo. Per le risposte alle domande aperte sono stati riportati stralci ritenuti significativi perché esprimono concetti espressi dalla maggioranza o perché riportano temi rilevanti.

Dall'inizio della raccolta (anno 2020) a fine 2024 sono stati compilati 144 questionari di gradimento relativi a parti avvenuti in questo intervallo temporale. Nel presente report non verranno analizzati i dati dei 22 questionari relativi a nascite del 2024. L'esiguo numero di questionari ricevuti è dovuto a un fermo tecnico della piattaforma telematica per la raccolta dati durato diverse settimane.

Risultati

Nel corso del 2024 sono arrivate in Osservatorio 181 schede di donne che hanno fatto domanda di parto extra-ospedaliero in Emilia-Romagna, raccolte e inviate da 15 (18 nel 2023, 19 nel 2022) tra ostetriche e associazioni di ostetriche, alcune delle quali di provenienza extra-regionale (Repubblica di San Marino). Dai contatti con le ostetriche risulta che il numero di presa in carico di donne richiedenti assistenza extra-ospedaliera sia superiore a quello registrato; tuttavia il lavoro svolto in Osservatorio nel corso degli anni consente di ipotizzare che la rilevazione sia sempre più aderente alla realtà.

Il numero di schede ricevute è superiore a quelle dell'anno 2023 quando in Osservatorio sono arrivate 170 schede. Per gli anni 2020, 2021, 2022 abbiamo ricevuto 197, 242 e 240 schede.

I dati inviati all'Osservatorio dalle referenti aziendali per il parto extra-ospedaliero, tramite rapporto semestrale, riportano un numero annuale di comunicazioni di parto extra-ospedaliero ricevute pari a 186: tra queste ci sono 4 comunicazioni di parto extra-ospedaliero senza richiesta di rimborso.

Delle 181 donne che nel 2024 hanno comunicato l'intenzione di partorire in ambiente extra-ospedaliero 153 (84%; era 86% nel 2023, 84% nel 2022) hanno presentato all'Azienda Sanitaria di pertinenza la domanda di rimborso, 22 hanno invece usufruito del servizio pubblico gratuito offerto dall'AUSL di Reggio Emilia, le restanti 6 non hanno presentato domanda di rimborso per motivi non noti all'Osservatorio.

Dalle schede ricevute dalle ostetriche, emerge che sono state negate due domande di rimborso delle 153 che sono state avanzate (erano due nel 2023, tre nel 2022): entrambe motivate da una distanza superiore a 30 minuti dall'ospedale di riferimento. Tutte e due le donne hanno deciso di continuare il percorso extra-ospedaliero.

Dai dati inviati dalle referenti aziendali emerge invece che le domande rifiutate sono state quattro (erano quattro nel 2023, 10 nel 2022): tre per distanza superiore a 30 minuti dall'ospedale di riferimento e una per condizioni cliniche materne. L'azienda AUSL di Reggio Emilia ha accolto la totalità delle richieste di presa in carico del servizio di assistenza pubblico.

Di seguito si riportano i risultati relativi alle 181 schede ricevute distinti in:

1. dati socio-anagrafici;
2. dati relativi al percorso nascita e alla storia ostetrica;
3. indicatori di processo.

Dati socio-anagrafici

Le donne residenti in Emilia-Romagna che nel 2024 hanno scelto un'assistenza al parto extra-ospedaliero sono 179, due donne hanno residenza fuori regione (Figura 1).

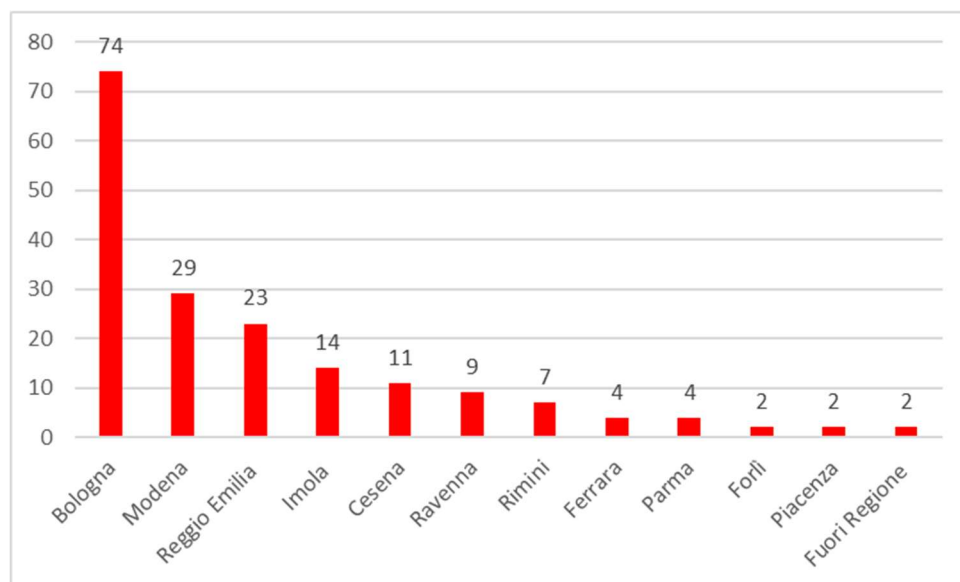


Figura 1. AUSL di appartenenza della donna, dati 2024 (valori assoluti)

Fra le donne che hanno fatto richiesta di assistenza extra-ospedaliera 169 (93%) hanno cittadinanza italiana (era 92% nel 2023, 95% nel 2022). Le cittadinanze delle 11 donne non italiane sono illustrate in Figura 2.

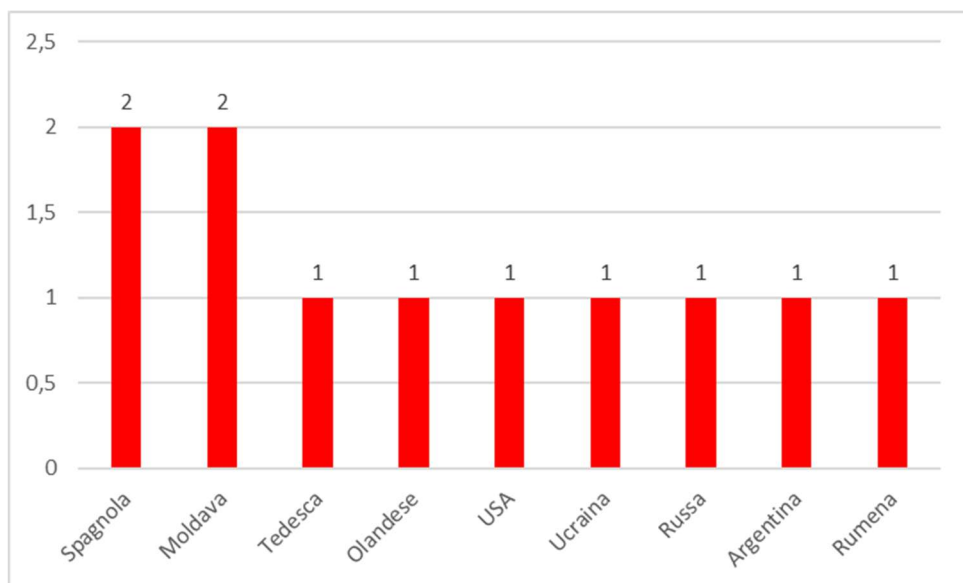


Figura 2. Cittadinanza estera, dati 2024 (valori assoluti)

L'età media al parto è di 34 anni (era 33 nel 2023 e 2022).

Per quanto riguarda la scolarità materna sono 137 (76%) le donne laureate (era 70% nel 2023, 67% nel 2022), 39 (21%) donne hanno un diploma di scuola media superiore (era 27% nel 2023, 30% nel 2022) mentre 5 (3%) donne hanno un titolo di scuole media inferiore (era 3% nel 2023, 2% nel 2022) (Figura 3).

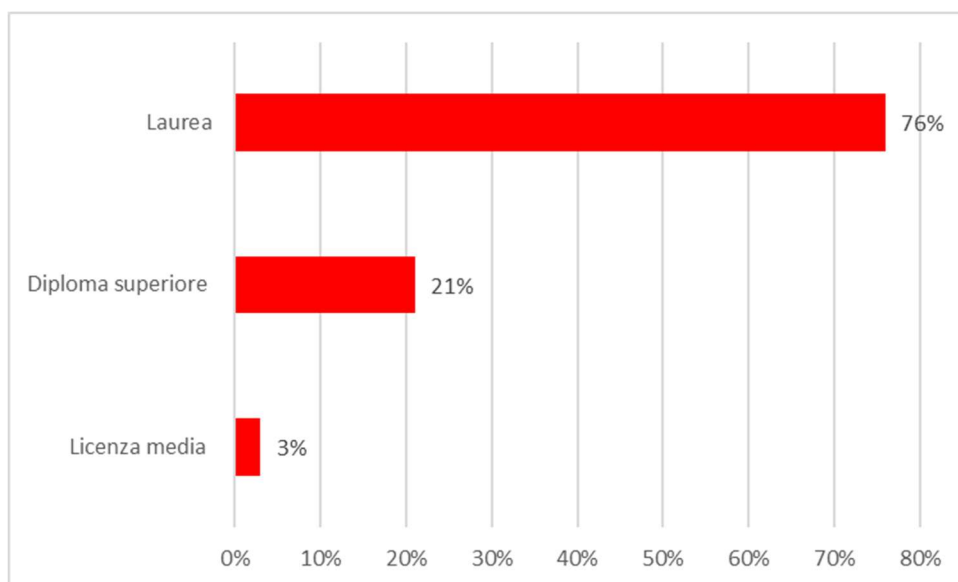


Figura 3. Scolarità materna, dati 2024 (valori percentuali)

Dati relativi al percorso nascita

L'assistenza durante la gravidanza è stata offerta a 84 donne (47%) da una ostetrica consultoriale (era 49% nel 2023, 43% nel 2022), a 42 donne (23%) da un medico libero professionista (era 11% nel 2023, 21% nel 2022), a 27 donne (15%) da un'ostetrica libero professionista (era 12% nel 2023, 22% nel 2022), a 24 (13%) da un medico consultoriale (era 26% nel 2023, 11% nel 2022), a due donne (2%) in un ambulatorio ospedaliero o di gravidanza a rischio (GAR) (nessuna negli anni precedenti), una donna, professionista sanitaria, si è fatta seguire in gravidanza da una collega dell'ospedale in cui lavora e per una donna la gravidanza risulta seguita da un medico in Australia (Figura 4).



Figura 4. Professionista di riferimento in gravidanza, dati 2024 (valori percentuali)

Fra tutte le donne che hanno scelto di partorire in ambiente extra-ospedaliero il 61% (era 65% nel 2023 e 66% nel 2022) hanno programmato un parto a domicilio, mentre il 39% (era 35% nel 2023 e 34% nel 2022) un parto in casa di maternità.

Le donne al primo parto erano 81 (45%) (era 49% nel 2023, 51% nel 2022), 100 donne (55%) avevano già uno o più figli (era 51% nel 2023, 49% nel 2022) (Figura 5).

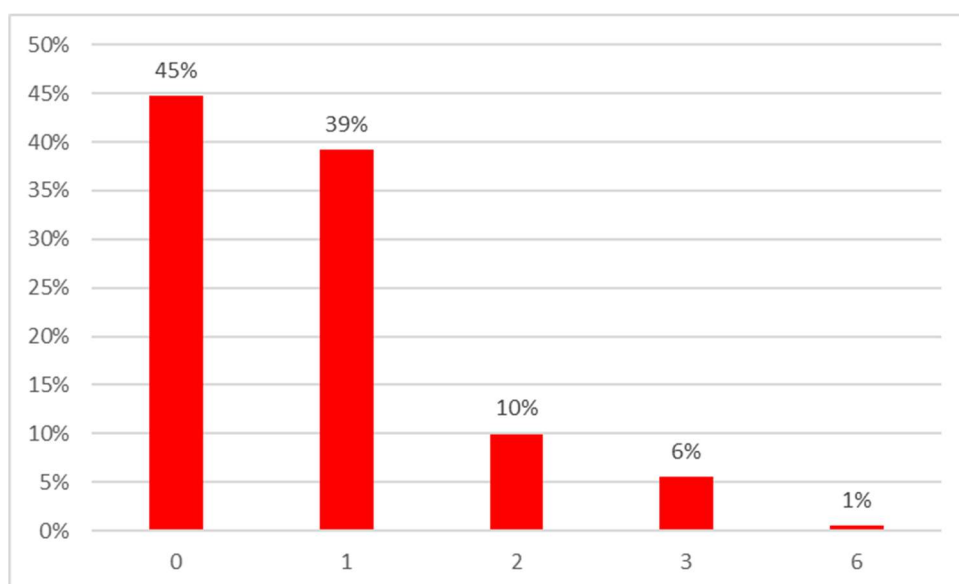


Figura 5. Numero di figli precedenti, dati 2024 (valori percentuali)

Una o più metodiche di diagnosi prenatale non invasiva (test combinato, test NIPT) sono state scelte da 148 donne (82%) (era 79% nel 2023, 77% nel 2022) mentre 25 donne (14%) hanno optato per non eseguire nessuna diagnosi prenatale (era 18% nel 2023, 20% nel 2022), le restanti otto donne (4%) - percentuali simili nel 2023 e 2022 - si sono sottoposte a diagnosi invasiva (amniocentesi o villocentesi) (Figura 6).

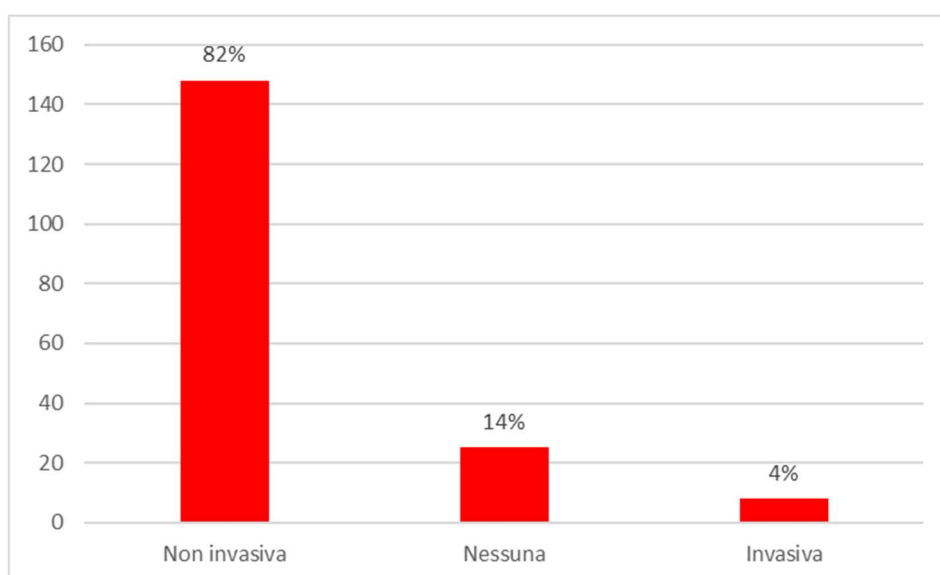


Figura 6. Diagnosi prenatale, dati 2024 (valori percentuali)

Hanno eseguito almeno una vaccinazione nel corso della gravidanza 73 donne (40%), (era 27% nel 2023, 32% nel 2022).

Tra queste donne – vaccinate in gravidanza con una o più vaccini – 72 (99%) hanno ricevuto la vaccinazione antipertosse (era 89% nel 2023, 69% nel 2022), 2 donne (3%) anche il vaccino anti Covid-19 (era 11% nel 2023, 59% nel 2022), 8 donne hanno eseguito anche la vaccinazione antinfluenzale (erano 8 donne nel 2023, 10 donne nel 2022), 1 donna ha inoltre ricevuto l’antitifica e l’antiepatite A (Figura 7).

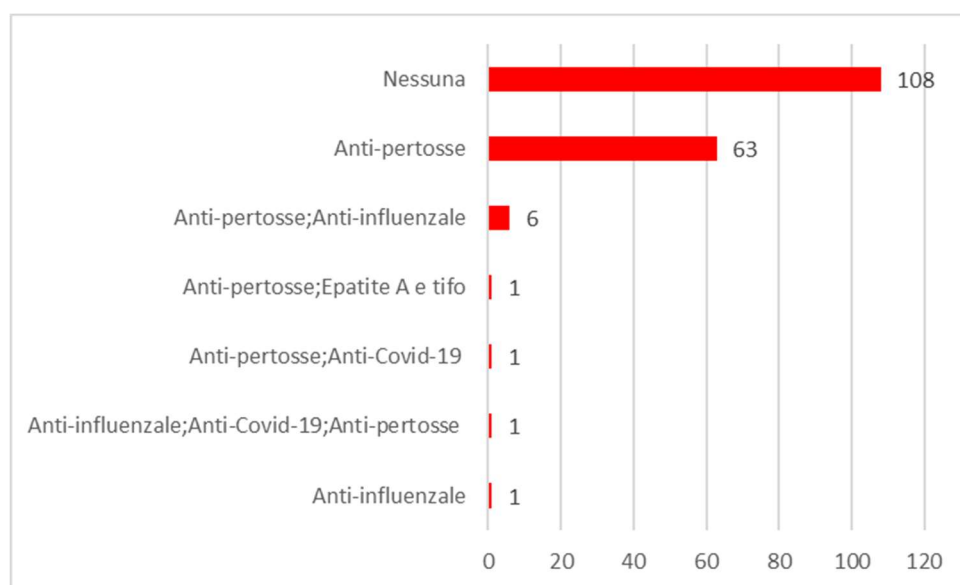


Figura 7. Vaccinazioni in gravidanza, dati 2024 (valori assoluti)

Tutte le donne sono state prese in carico dall’ostetrica entro la 32° settimana di gestazione (era 100% nel 2023, 99% nel 2022), in accordo con le indicazioni regionali.

Le donne escluse dal percorso extra-ospedaliero prima dell’avvio del travaglio di parto sono 29 (16%) (era 21% nel 2023, 16% nel 2022). La motivazione più frequentemente riportata è la richiesta materna - sette donne, 24% delle escluse - negli anni 2022 e 2023 lo avevano richiesto nove donne; altre motivazioni sono la durata della gravidanza inferiore a 37 o superiore a 41 settimane per sei donne e condizioni patologiche materne per altre sei donne, per quattro donne l’esclusione è stata causata da condizioni

patologiche fetali, la rottura prematura delle membrane amniocoriali prolungata oltre 24 ore (tre donne), presentazioni fetali anomale in 2 casi e periodo prodromico prolungato per una donna. (Figura 8). Anche nel 2023 e nel 2022 la richiesta materna era stata il motivo più frequente di esclusione.

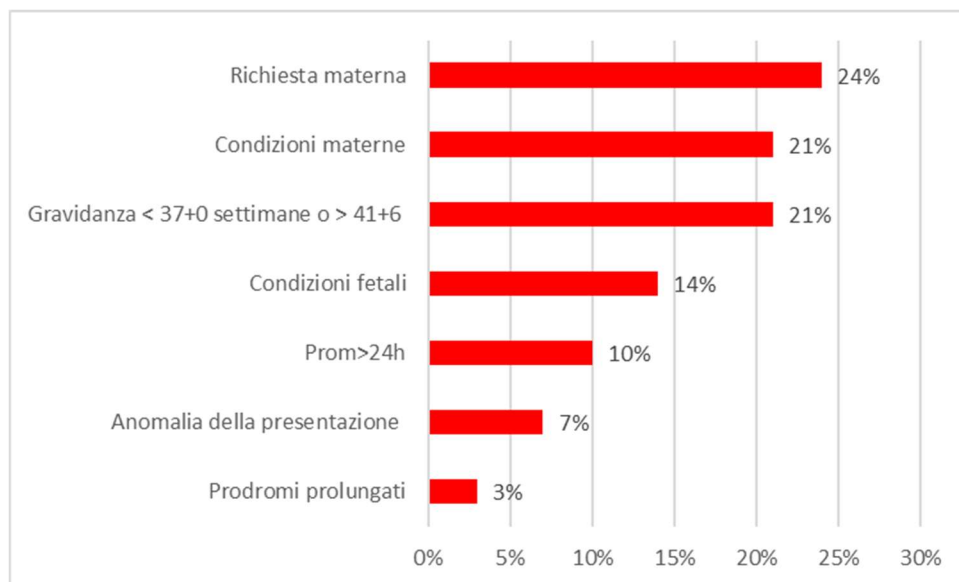


Figura 8. Esclusione prima del travaglio, dati 2024 (valori percentuali)

Dati di esito

Sono 152 le donne che hanno iniziato il travaglio di parto in ambiente extra-ospedaliero. Tra queste, sei donne (4%) sono state trasferite in ospedale prima del parto (era 10% nel 2023, 9% nel 2022).

Il momento del trasferimento è stato per cinque donne la fase di travaglio attivo e per una donna la fase espulsiva.

La motivazione unica al trasferimento in ospedale durante il travaglio di parto è stata una distocia del travaglio: per quattro donne dinamica, per due donne meccanica. Nel 2023 le motivazioni prevalenti erano state rottura prolungata delle membrane >24 ore e distocia dinamica. Nessuna donna è stata trasferita per una alterazione del battito cardiaco fetale (erano tre nel 2023 e 2022).

Per quanto riguarda la modalità di trasporto delle donne trasferite in corso di travaglio di parto si è utilizzato un mezzo proprio in cinque casi e un'autoambulanza in un caso.

Per tutte le donne è stato possibile essere accompagnate dall'ostetrica in sala parto per preservare la continuità assistenziale così come lo era stato nel 2023.

Le donne trasferite in ospedale durante il travaglio hanno avuto in quattro casi (67%) un parto spontaneo (era 64% nel 2023, 50% nel 2022), in due casi (33%) un taglio cesareo (era 14% nel 2023, 50% nel 2022), nessuna donna è stata assistita con parto operativo (21% nel 2023, nessuna nel 2022).

Allargando la prospettiva a tutte le donne che hanno iniziato un travaglio di parto in ambiente extra-ospedaliero (n.152), 146 di queste (96%) hanno avuto un parto spontaneo extra-ospedaliero (era 89% nel 2023, 91% nel 2022), quattro donne (3%) un parto spontaneo in ospedale (era 7% nel 2023, 4% nel 2022), nessuna donna un parto operativo (2% nel 2023, nessuno nel 2022) mentre due donne (1%) un taglio cesareo (era 1% nel 2023, 4% nel 2022) (Figura 9).



Figura 9. Modalità del parto per le donne con inizio di travaglio extra-ospedaliero, dati 2024 (valori percentuali)

Fra le donne trasferite in corso di travaglio, che hanno partorito spontaneamente in ospedale, nessuna ha riportato una lacerazione vagino-perineale di grado superiore al secondo. Per tutte le donne trasferite in corso di travaglio la perdita ematica è risultata <500 ml.

Per cinque dei sei neonati, nati da donne trasferite in ospedale in corso di travaglio, il punteggio di Apgar è stato ≥ 8 nelle rilevazioni previste al primo, quinto e decimo minuto dalla nascita. Nessuno ha avuto bisogno di manovre rianimatorie, ma un neonato ha ricevuto come indice di Apgar 7-8-8 e risulta essere stato ricoverato in terapia intensiva neonatale per distress respiratorio.

I neonati sono stati dimessi tutti in buone condizioni: quattro in allattamento esclusivo e due con modalità complementare.

146 sono le donne che hanno partorito spontaneamente in ambiente extra-ospedaliero, l'81% di tutte le donne prese in carico nel percorso extra-ospedaliero (era 70% nel 2023, 77% nel 2022): 91 (62%) hanno partorito a domicilio (era 64% nel 2023, 67% nel 2022), 55 (38%) in casa di maternità (era 36% nel 2023, 33% nel 2022).

Tra le posizioni prevalentemente utilizzate in travaglio di parto troviamo quella carponi adottata da 66 donne (45%) (era 37% nel 2023, 44% nel 2022), quella eretta da 34 donne (23%) (era 27% nel 2023, 11% nel 2022) mentre 28 donne (19%) (era 22% nel 2023, 23% nel 2022) hanno privilegiato la posizione in decubito laterale (figura 10).

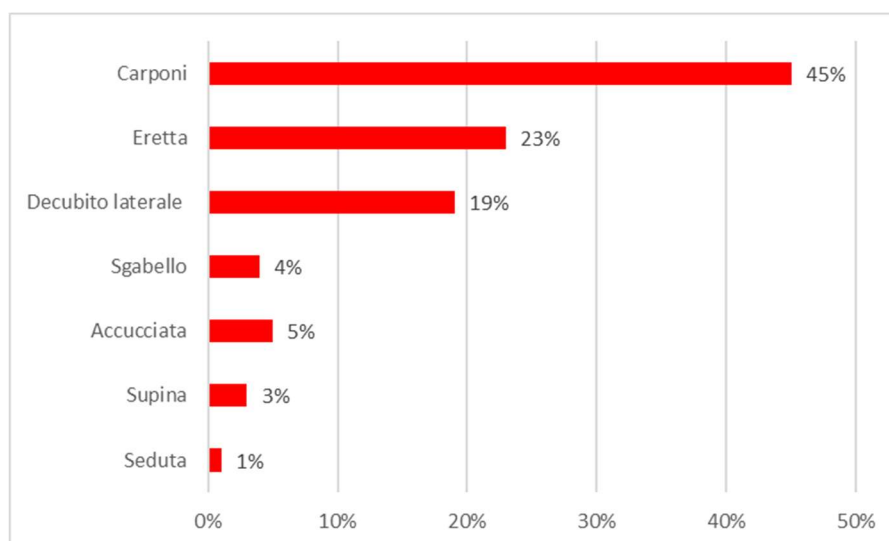


Figura 10. Posizione prevalente in travaglio, dati 2024 (valori percentuali)

Hanno fatto uso dell'acqua in travaglio - doccia o immersione in vasca - come forma di analgesia 98 donne (67%; era 68% nel 2023, 57% nel 2022). I parti in acqua sono stati 22 (15%; era 16% nel 2023, 14% nel 2022).

La perdita ematica è stata inferiore a 500 ml per 134 donne (92%; era 91% nel 2023, 94% nel 2022), compresa tra 500-1000 ml per 10 donne (7%; era 7% nel 2023, 5% nel 2022) mentre per due (1%) di loro è risultata superiore a 1000 ml (era 2% nel 2023, <1% nel 2022) (Figura 11).

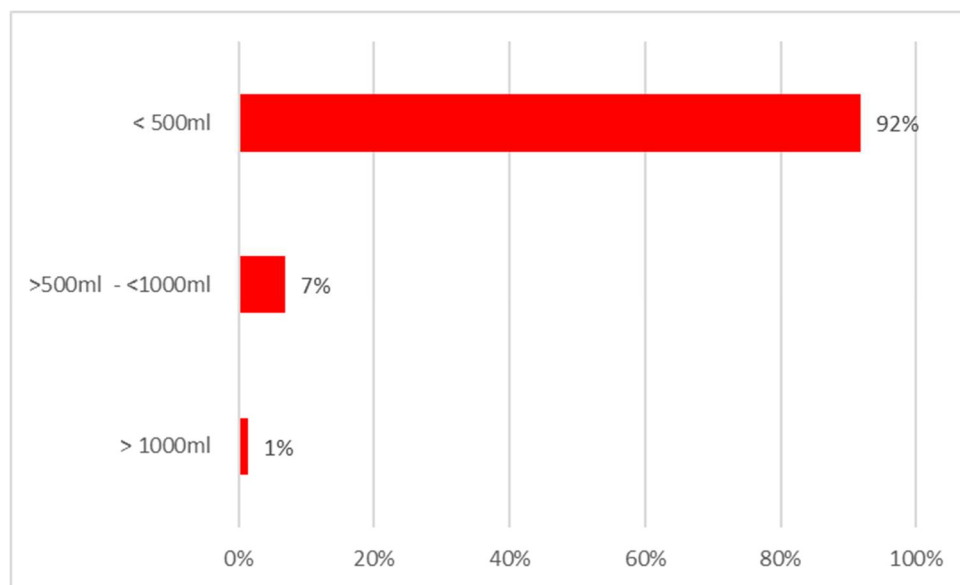


Figura 11. Perdita ematica, dati 2024 (valori percentuali)

A 112 donne (77%) è stata somministrata ossitocina come profilassi per emorragia post- partum (era 78% nel 2023, 71% nel 2022).

Rispetto alle lacerazioni vagino-perineale, 77 donne (53%) non ne hanno riportato alcuna (era 54% nel 2023, 56% nel 2022), 53 (36%) ne hanno avuta una di primo grado (era 31% nel 2023 e 2022), 15 donne (10%) di secondo grado (era 14% nel 2023, 11% nel 2022) e una donna (1%) ha riportato una lacerazione di terzo grado che è stata suturata in ospedale (una donna nel 2023, nessuna nel 2022). Nessuna donna ha subito un'episiotomia (nessuna nel 2023, erano due nel 2022) (Figura 13).

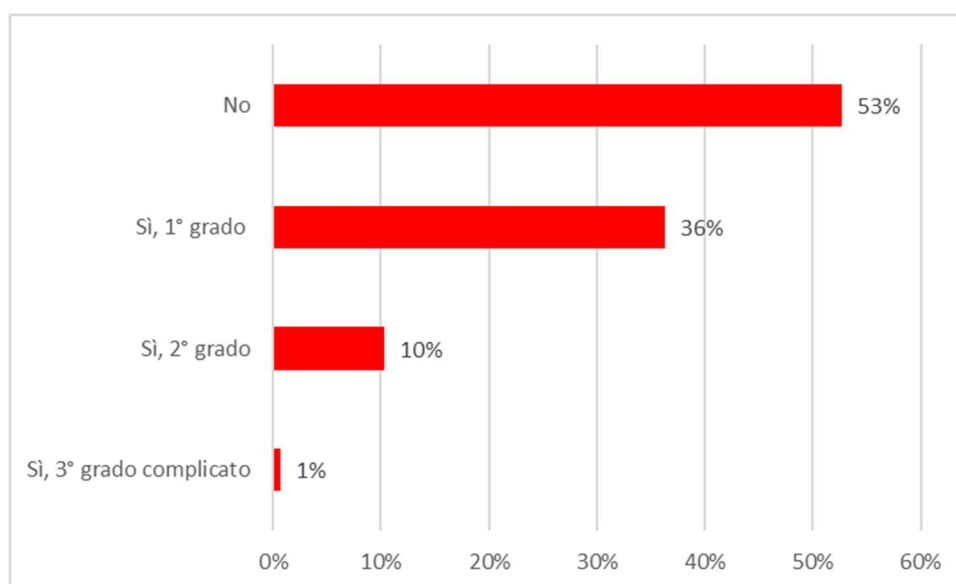


Figura 12. Lacerazione vagino-perineale, dati 2024 (valori percentuali)

Sono nati in ambiente extra-ospedaliero 146 neonati. L'indice di Apgar al primo minuto è risultato per 141 tra loro ≥ 8 nelle tre rilevazioni previste a uno, cinque e dieci minuti dalla nascita, a cinque neonati è stato attribuito un punteggio < 8 in una delle tre rilevazioni. Per uno di questi neonati, con Apgar 3-8-9, è stato necessario eseguire manovre rianimatorie: più di un ciclo di ventilazione e il massaggio cardiaco. La prima manovra rianimatoria è stata avviata al primo minuto di vita e il primo respiro spontaneo è occorso al terzo minuto di vita. È stato chiamato il servizio di emergenza. Il neonato non è stato ricoverato in TIN ed è stato dimesso dall'ospedale dopo visita di controllo per escludere patologia dopo distocia di spalla alla nascita e rianimazione, in allattamento esclusivo.

Sono, invece, stati ricoverati in TIN due neonati entro le due ore dal parto: uno (Apgar 9-9-9) per distress respiratorio e con diagnosi di dimissione: sindrome da aspirazione di meconio, in allattamento complementare; l'altro (Apgar 7-8-7) per ipotonia e cianosi, dimesso con diagnosi di ipertensione polmonare e distress respiratorio in allattamento esclusivo.

Risultano altri tre neonati ricoverati in TIN in terza, sesta e decima giornata per ittero.

Tra i nati in ambiente extra-ospedaliero il *range* del peso alla nascita era fra 2505 g. e 4650 g.

La profilassi con vitamina K è stata somministrata a 96 neonati (66%) per via intramuscolare (era 57% nel 2023, 50% ne 2022), a 22 (15%) per via orale (era 20% nel 2023, 19% nel 2022), nei restanti 28 casi (19%) non è stata somministrata (era 23% nel 2023, 30% nel 2022) (Figura 15). La causa riferita per non aver eseguito la profilassi è stata in tutti i casi “scelta familiare” (Figura 13).

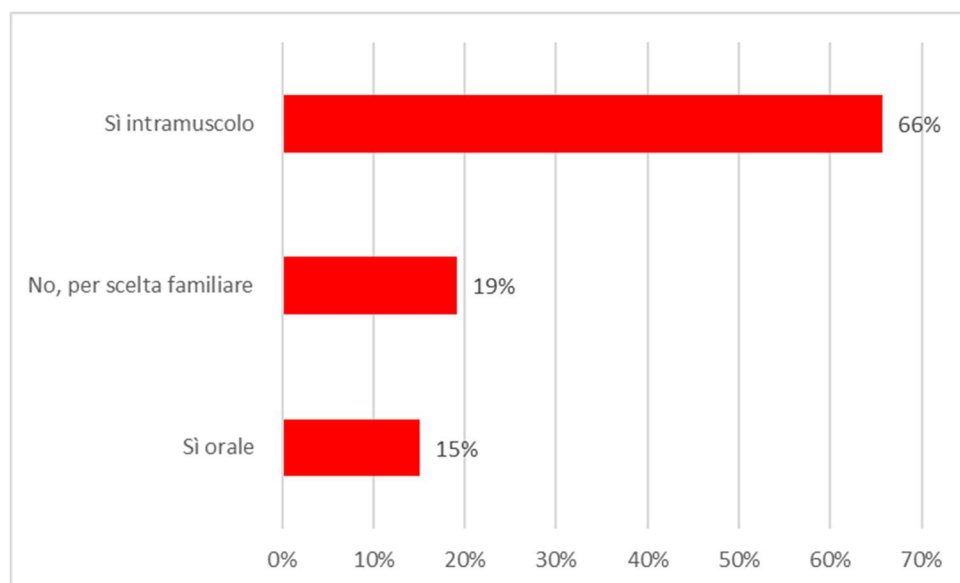


Figura 13. Profilassi con vitamina K, dati 2024 (valori percentuali)

La profilassi oftalmica è stata somministrata a otto neonati (5%) (era 14% nel 2023, 24% nel 2022); nei casi in cui non è stata somministrata la motivazione riportata è stata in 119 (82%) casi “non clinicamente indicata” mentre in 17 casi (12%) “scelta familiare, anche se clinicamente indicata”, per due neonati è stato indicato “altre motivazioni” (1%) (Figura 14).

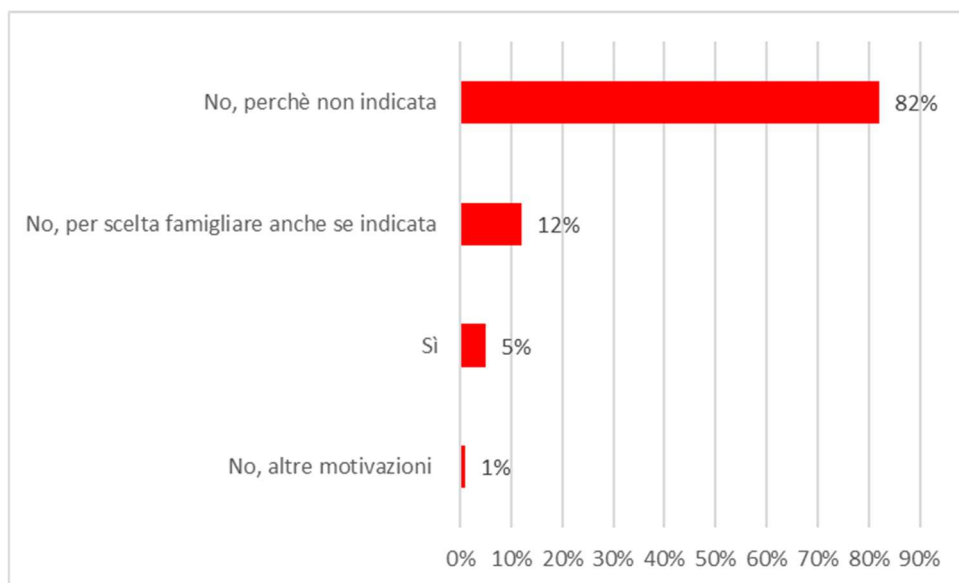


Figura 14. Profilassi oftalmica, dati 2024 (valori percentuali)

Lo screening per le malattie metaboliche è stato eseguito a tutti i neonati (100% anche nel 2023, tutti meno uno nel 2022).

Tutti i neonati non trasferiti in ospedale, tranne uno, hanno eseguito la visita pediatrica a domicilio entro le 24 ore di vita come da raccomandazione. Solo in un caso la famiglia ha scelto di attendere la prima visita pediatrica in consultorio.

L'emogruppo è risultato Rh negativo per 20 donne; tra queste 6 hanno avuto neonati Rh negativi. La profilassi tramite somministrazione di immunoglobuline anti-D è stata eseguita in 11 dei 14 casi per i quali era prevista entro le 72 ore, mentre 3 donne non l'hanno eseguita per scelta personale.

Il numero medio dei controlli nel dopo parto è di 4 visite da parte delle ostetriche (stesso numero medio anche nel 2023 e nel 2022).

La rilevazione del dato sul tipo di alimentazione neonatale a 30 giorni di vita è disponibile per 150 dei 152 casi nei quali si è avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero. 142 donne (95%) allattavano in modo esclusivo (era 91% nel 2023, 95% nel 2022 – dati parziali -, otto donne (5%) praticavano un allattamento complementare (misto) (era 8% nel 2023, 4% nel 2022 – dati parziali) mentre nessuna somministrava solo formula artificiale (era una donna nel 2023, due donne nel 2022 – dati parziali -) (Figura 15).

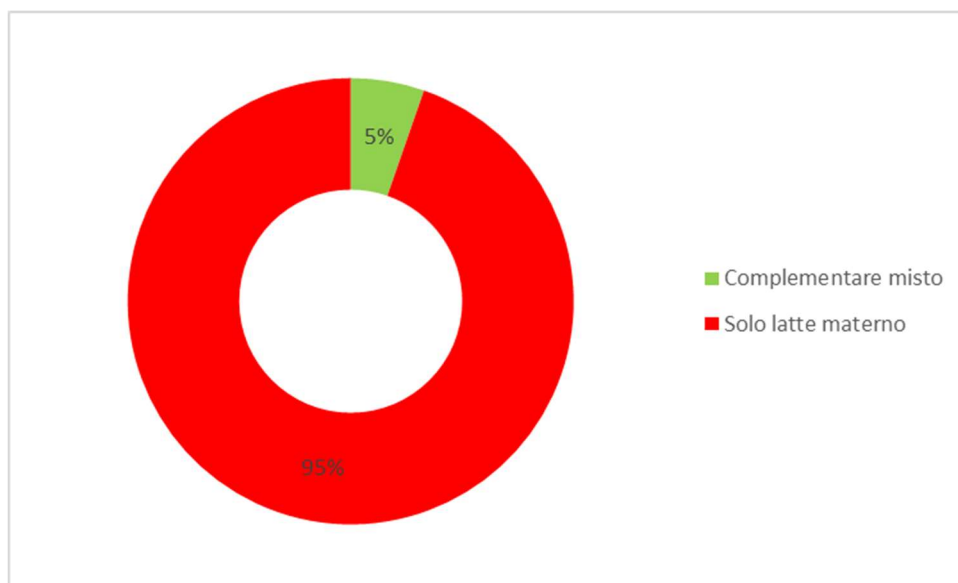


Figura 15. Allattamento a 30 giorni di vita, dati 2024 (valori percentuali)

Il numero di donne che hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero e che sono state trasferite in ospedale nel post partum per cause materne è pari a cinque (3%) (era 4% nel 2023, 3% nel 2022). In aggiunta, due donne sono state ricoverate esclusivamente a seguito del ricovero neonatale.

I motivi del trasferimento sono:

- mancato secondamento ed emorragia: tre donne
- emorragia/atonìa uterina: una donna
- necessità di sutura vagino-perineale per lacerazione di III grado: una donna.

La diagnosi di dimissione delle cinque donne ricoverate per cause materne nel post-partum è stata: secondamento manuale con revisione di cavità uterina per due donne, secondamento attivo in sala parto ed emorragia del post-partum per una donna, parto a domicilio ed emorragia del post-parto per una donna, sutura di lacerazione vagino-perineale di III grado complicato per una donna.

Per le cinque donne trasferite nel dopo parto la perdita ematica è compresa tra 500 ml. e 1000 ml. in due casi, è > 1000 ml. in due casi e < 500 ml. in un caso.

Anche otto donne che non sono state trasferite in ospedale hanno avuto una perdita ematica compresa tra 500 e 1000 ml.

Tra i nati in ambiente extra-ospedaliero 11 (7%) sono stati ricoverati in ospedale (era 6% nel 2023 e 2022, 5% nel 2021):

- cinque esclusivamente per seguire il ricovero materno (erano cinque anche nel 2023 e 2022)
- tre oltre le prime 24 ore dalla nascita per ittero
- tre entro le prime 24 ore dalla nascita: uno per ipotonia e cianosi con successiva diagnosi di ipertensione polmonare, uno per distress respiratorio da aspirazione di meconio, uno per una visita di controllo in seguito a parto con distocia di spalla.

Indicatori previsti nelle linee di indirizzo

Indicatore	Calcolo indicatore	% (n/N)
Percentuale di donne che completano il percorso parto-extra-ospedaliero dal momento della presa in carico	N. di donne che partoriscono in ambiente extra-ospedaliero / N. di donne prese in carico	80.6 (146/181)
Percentuale di donne che partoriscono in ambiente extra-ospedaliero avendo iniziato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero	N. di donne che partoriscono in ambiente extra-ospedaliero / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	96.0 (146/152)
Percentuale di trasferimenti in ospedale durante il periodo prodromico del travaglio	N. dei trasferimenti in periodo prodromico / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	0 (0/152)
Percentuale di trasferimenti in ospedale durante il periodo dilatante del travaglio	N. dei trasferimenti in periodo dilatante / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	3.2 (5/152)
Percentuale di trasferimenti in ospedale durante il periodo espulsivo del travaglio	N. dei trasferimenti in periodo espulsivo / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	0.6 (1/152)
Percentuale di trasferimenti in ospedale per cause legate al secondamento o nel periodo post partum	N. dei trasferimenti per secondamento e post partum / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	3.2 (5/152)
Percentuale di donne che eseguono un taglio cesareo dopo aver iniziato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero	N. dei tagli cesarei / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	1.3 (2/152)
Percentuale di donne che partoriscono con parto operativo dopo aver iniziato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero	N. di parti operativi / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	0 (0/152)
Percentuale di neonati che necessitano di assistenza supplementare alla nascita le cui madri hanno iniziato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero	N. dei punteggi di Apgar <7 al 1° min. e 5° min. / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	1.3 (2/152)
Percentuale di neonati trasferiti in ospedale dopo la nascita in ambiente extra-ospedaliero per cause legate al parto	N. dei trasferimenti neonatali / N. di travagli di parto iniziati in ambiente extra-ospedaliero	1.9 (3/152)

Tabella 1. Indicatori previsti nelle linee di indirizzo, dati 2024

Commenti

Nell'anno 2024 la percentuale di donne che ha intrapreso il percorso di nascita in ambiente extra-ospedaliero in Emilia-Romagna è invariata rispetto all'anno precedente (n. 146, dati Osservatorio).

I dati CedAP per l'anno 2024 riportano un totale di 28.214 parti avvenuti in regione Emilia-Romagna, con una percentuale di parti extra-ospedalieri pari a 0.4% [10]. La percentuale di nascite in ambiente extra-ospedaliero registrate nelle schede CedAP, pur con qualche oscillazione dovuta alla rarità dell'evento, sembra essere stabile nel tempo (tabella 2).

Anno	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PEO/N. parti tot.	88/31.123	141/29.868	171/29.912	128/30.044	120/28.709	118/28.214
(%)	(0.2%)	(0.5%)	(0.6%)	(0.4%)	(0.4%)	(0.4%)

Tabella 2. Parti extra-ospedalieri rispetto al totale dei parti, dati CedAP

La discrepanza tra i 118 parti extra-ospedalieri rilevati dal CedAP e i 146 registrati dall'Osservatorio è sintomatica della necessità di migliorare i percorsi di inserimento (a carico delle aziende sanitarie) dei certificati cartacei di assistenza alla nascita (redatti manualmente dalle ostetriche) sulla piattaforma di registrazione del flusso CedAP. L'incrocio con i dati dell'Osservatorio risulta utile per favorire il miglioramento dei percorsi a livello locale.

Dai dati rilevati dall'Osservatorio si nota che, fra chi partorisce fuori dall'ospedale, aumenta progressivamente negli anni la quota di donne che sceglie una nascita in casa di maternità (39%) rispetto al domicilio che tuttavia rimane il principale luogo di nascita extra-nosocomiale (61%).

Le schede di rilevazione dati inviate dalle ostetriche all'Osservatorio regionale (n=181) sono in numero lievemente inferiore rispetto ai casi di notifica di assistenza extra-ospedaliera rilevati dalle ostetriche referenti aziendali (n= 186). È ipotizzabile che la differenza sia dovuta a mancati invii di schede di donne per le quali è avvenuta una presa in carico ma escluse dal percorso prima dell'avvio del travaglio di parto. La differenza

residuale induce a ritenere che i dati raccolti dall'Osservatorio riflettano con buona precisione la realtà delle nascite extra-ospedaliere sul territorio regionale.

Dalle schede inviate dalle ostetriche emerge che il 97% delle donne che ha intrapreso il percorso di assistenza extra-ospedaliero ha inoltrato richiesta di rimborso all'Azienda USL di appartenenza (o è stata presa in carico dall'azienda USL di Reggio Emilia) e che solo 2 domande sono state ritenute non idonee. Dal report inviato dalle ostetriche referenti aziendali, risulta che la quota di donne che ha inoltrato richiesta di rimborso che non è stata accettata dall'Azienda USL di riferimento è pari a quattro. Rispetto all'anno precedente rimane invariato il numero dei dinieghi, possibile indicatore di appropriatezza nella richiesta di rimborso. La quota dei probabili parti extra-ospedalieri avvenuta in regione senza richiesta di rimborso e per i quali non avviene l'invio della scheda di raccolta dati non è calcolabile.

Cittadinanza

La cittadinanza delle donne che hanno scelto di intraprendere un percorso di parto al di fuori di una struttura ospedaliera è italiana nel 93% dei casi, sovrapponibile al dato degli anni precedenti. Secondo i dati CedAP 2024 della regione Emilia-Romagna, il 69% delle donne che hanno partorito in regione ha cittadinanza italiana [10].

Si conferma, quindi, un maggior ricorso al parto in ambiente extra-ospedaliero per la popolazione di donne italiane. Uno studio osservazionale condotto tra il 2019 e il 2021 in Lazio ha indagato le caratteristiche e gli esiti dei parti di 578 donne che hanno scelto di avviare un percorso di assistenza alla nascita extra-ospedaliera, di queste l'87.0% sono italiane [18].

Età

L'età media delle donne che partoriscono in ambiente extra-ospedaliero è 34 anni, superiore al dato regionale CedAP che riporta un'età media delle madri di 32 anni [10]. Questo dato è in linea con i risultati dello studio osservazionale condotto in Lazio [18] e con quelli di un lavoro condotto sul territorio nazionale fra il 2014 e il 2016 su un

campione di 599 parti extra-ospedalieri da Zanetti e colleghi [11]: entrambi riportano un'età media materna pari a 34 anni. Anche uno studio osservazionale spagnolo condotto in Catalogna tra il 2016 e il 2018, e che analizza 750 parti domiciliari, descrive il parto extra-ospedaliero come una scelta operata prevalentemente da donne con età superiore a 30 anni [19].

Scolarità

Il 98% delle donne che partorisce in ambiente extra-ospedaliero in Emilia-Romagna presenta un titolo di studio medio alto (laurea o diploma di scuola media superiore), dato in linea con l'anno precedente.

Questa percentuale è superiore a quello della popolazione descritta dal flusso CedAP regionale per l'anno 2024 (79%) [10].

L'alta scolarità di chi partorisce fuori da un ospedale è descritta anche nello studio laziale che riporta 96% di donne con titolo medio alto [18], in quello italiano (98%) di Zanetti et al [11] e in due lavori spagnoli che riportano in un caso una percentuale di donne con laurea o titolo universitario superiore pari a 70.5% [19] mentre nell'altro caso, uno studio retrospettivo pubblicato nel 2021 che riporta i dati di 820 nascite pianificate a domicilio avvenute tra il 1989 e il 2019 alle isole Baleari, è stata rilevata una percentuale di donne laureate pari a 84% [13].

Dati relativi al percorso nascita

La quota di donne che ha avviato il percorso extra-ospedaliero seguita dal servizio pubblico è 63%, dato mediamente allineato rispetto agli anni precedenti (75% nel 2023, 54% nel 2022). Secondo i dati CedAP per l'anno 2024, il servizio pubblico (consultorio e ambulatorio ospedaliero) ha offerto assistenza al 70% delle donne in regione [10].

Continua a essere prevalente (63%), come nel 2023, la quota di donne seguite in gravidanza da un'ostetrica (pubblica o privata).

In continua deflessione è il numero di donne al primo parto, 45%, (49% nel 2023, 51% nel 2022); questo dato è inferiore a quello del CedAP regionale 2024 secondo il quale le primipare rappresentano il 50% del campione [10]. Le donne dello studio condotto in Lazio e in Catalogna sono primipare rispettivamente nel 39% e 44% [18,19].

In leggero e costante aumento nel tempo è la percentuale delle donne che sceglie di sottoporsi a una o più metodiche di diagnosi prenatale non invasiva (test combinato e/o test NIPT), 82%, (era 79% nel 2023, 77% nel 2022). Il CedAP regionale raccoglie il dato relativo al solo test combinato che è pari a 76% [10].

Sono in aumento le donne che hanno ricevuto almeno una vaccinazione durante la gravidanza (40%) (era 27% nel 2023, 32% nel 2022). Tra le vaccinate la scelta più frequente è quella del vaccino antipertosse (99% delle vaccinate). La percentuale di donne vaccinate, in questo caso, è più basso rispetto a quelle descritte nel flusso CedAP regionale: nel 2024 il 66% delle donne gravide ha scelto di vaccinarsi contro la pertosse e il 15% contro l'influenza [10].

L'applicazione delle linee di indirizzo regionali *assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero* ha portato, nel tempo, a un incremento della quota di donne prese in carico entro la trentaduesima settimana di gestazione; questo dato ha raggiunto il 100% delle prese in carico nel 2024 come nel 2023. La 32° settimana di gestazione è il limite temporale ritenuto opportuno per favorire reciproca conoscenza e fiducia tra la donna-coppia e l'ostetrica che assisterà la nascita.

Le donne escluse dal percorso extra-ospedaliero prima dell'avvio del travaglio di parto rappresentano il 16% del totale (era 21% nel 2023, 16% nel 2022). Questo dato è superiore a quello riportato nello studio laziale (6%) che include le donne con precedente laparatomia da taglio cesareo [18], mentre è in linea con la percentuale, 20%, rilevata dal lavoro spagnolo condotto in Catalogna che non include le donne con precedente taglio cesareo [19].

In diminuzione rispetto agli anni precedenti la quota di donne (4%) che incomincia il travaglio in ambiente extra-ospedaliero e che viene trasferita in ospedale prima del parto: era 10% nel 2023, 9% nel 2022. La percentuale di donne trasferite nelle tre fasi

del parto (periodo prodromico, dilatante, espulsivo) non rispecchia quanto registrato per gli anni precedenti, i bassi numeri presi in analisi non consentono tuttavia un confronto.

La letteratura descrive, per i trasferimenti in corso di travaglio, dati simili a quelli registrati in Emilia-Romagna negli anni passati: 12% nel Lazio [18], 14% in Catalogna [19].

Un lavoro pubblicato nel 2021 su 10.609 nascite extra-ospedaliere avvenute nello stato di Washington (USA) tra il 2015 e il 2020 rileva una percentuale di trasferimento di 30% per le donne nullipare e di 4% per le donne multipare [15]. Un altro studio condotto alle Isole Baleari (Spagna), riporta una percentuale complessiva di trasferimenti materni (intra e post parto dal domicilio) pari a 11%, più elevata nelle donne nullipare 24%, più bassa nelle donne multipare 3% [13].

Una revisione sistematica pubblicata nel 2014 indica che, a seconda del contesto demografico e assistenziale, la percentuale di trasferimento in travaglio di parto si attesta tra 8% e 24%. Le donne nullipare hanno probabilità di trasferimento maggiori (da 22% a 56%) rispetto alle pluripare (da 4% a 16%). Inoltre, contesti assistenziali integranti il parto extra-ospedaliero all'interno del Servizio sanitario nazionale si associano a tassi di trasferimento più alti [14].

Il tasso di trasferimento nella nostra popolazione, costantemente basso, particolarmente nel 2024, potrebbe dipendere dai seguenti fattori:

1. criteri di ammissione al percorso nascita extra-ospedaliero ben definiti e condivisi;
2. integrazione non ancora completa del servizio nel contesto sanitario regionale rispetto ad altri paesi presi in esame dalla letteratura;
3. elevata prevalenza di ostetriche libero professioniste – e non di professioniste del Servizio sanitario regionale - che assistono il parto in ambiente extra-ospedaliero. Questo dato in letteratura si associa a minore tendenza al trasferimento.

A partire dal 2024 nella scheda di rilevazione dati regionale è stato introdotto il quesito sulla richiesta di trasferimento per usufruire di analgesia peridurale. La letteratura

internazionale la indica come una delle prime cause di trasferimento in travaglio (26%) in uno studio retrospettivo su 38 donne ricoverate in ospedale dopo aver avviato un travaglio extra-ospedaliero, pubblicato nel 2016 [16]. L'indicazione al trasferimento è dovuta in quattro casi su sei a distocia dinamica, nei restanti due casi a distocia meccanica. Non sono stati registrati casi di trasferimento per alterazioni del battito cardiaco fetale né per richiesta di analgesia epidurale. Anche in letteratura una distocia del travaglio è tra i motivi principali di trasferimento: la percentuale riportata, riferita al totale delle donne che hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero, è compresa fra 5% e 10% a seconda degli studi considerati [14,18,19]. In letteratura la quota di trasferimenti per *distress* fetale, calcolata rispetto al totale delle donne che hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero, è compresa tra 1% e 3.6% [14,18,19].

Un unico trasferimento in travaglio è avvenuto in autoambulanza. Questo dato non coincide con quello fornito dal servizio di emergenza-urgenza che ha registrato l'invio di un mezzo per trasferimento verso un ospedale in 8 casi non distinguendo tra trasferimento intra parto, dopo parto, materno o neonatale. Risulta inferiore il numero di chiamate di preallerta ricevute dalla centrale del 112 in Emilia-Romagna (n.100), rispetto al numero dei travagli di parto avviati in ambiente extra-ospedaliero (n.152). La discordanza dei dati potrebbe essere attribuita sia alla registrazione non puntuale da parte del servizio di emergenza-urgenza delle chiamate di preallerta quanto alla mancata preallerta delle ostetriche all'avvio del travaglio di parto.

La non completa aderenza tra i dati dell'Osservatorio e quelli del 112 ci suggerisce, per una più precisa futura descrizione della realtà, la necessità di un confronto con il servizio regionale di emergenza –urgenza e di migliorare il questionario regionale di raccolta dati. Dal 2026 la modalità di trasporto in ospedale verrà richiesta anche per i trasferimenti occorsi nel dopo parto.

La continuità assistenziale in caso di trasferimento - che prevede la possibilità di accesso in sala parto per la professionista extra-ospedaliera - è gradualmente aumentata dal 2021 dopo la progressiva abolizione delle norme di contenimento della pandemia da SARS-CoV-2. Tutte le donne trasferite nel 2024 ne hanno potuto beneficiare.

Per quanto riguarda i neonati, in caso di parto in ambiente extra-ospedaliero si evidenzia un basso ricorso alle profilassi: non ha ricevuto per “scelta familiare” (motivazione principale) la profilassi con vitamina K il 19% dei neonati, la tendenza è tuttavia in calo negli anni. La profilassi oftalmica non è stata somministrata al 95% dei neonati dato che mostra un’ottima adesione alle più recenti raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN) al riguardo, riservando solo a pochi neonati con indicazione clinica l’utilizzo dell’antibiotico profilassi. Viene rilevata aderenza totale allo *screening* per le malattie metaboliche.

In riferimento alla modalità di alimentazione dei neonati a 30 giorni di vita, dato rilevato nel 99% dei casi, e che include tutti i neonati nati da madri che hanno avviato il travaglio di parto in ambiente extra-ospedaliero, rimane generalmente stabile nel tempo la percentuale di donne che allattano in modo esclusivo (95%); non sono stati registrati casi di neonati non allattati. Si evidenzia una sempre maggior attenzione delle ostetriche all’invio in Osservatorio del dato sull’alimentazione neonatale.

Il dato relativo all’alimentazione neonatale a 30 giorni non ne ha uno di confronto a livello regionale né nazionale. Il monitoraggio regionale [17], infatti, è eseguito a tre e cinque mesi di vita del bambino. Riferendoci alle sole nascite extra-ospedaliere, lo studio condotto in Lazio riporta un tasso del 94.6% di allattamento esclusivo al primo mese di vita [18]. Lo studio condotto a Washington (USA), descrive un tasso di allattamento esclusivo a sei settimane di vita pari a 93% [15]. Lo studio italiano [11] riporta un tasso di allattamento esclusivo a 10 giorni pari al 94.6%. Nello studio condotto alle isole Baleari, il 96.3% delle 820 donne in campione ha continuato ad allattare anche dopo l’introduzione di cibi solidi, oltre il primo anno di vita del bambino [13]. Le caratteristiche delle donne che scelgono il parto in ambiente extra-ospedaliero, unitamente alla continuità assistenziale offerta dall’ostetrica e al numero di visite in puerperio - in media 4 - possono essere fattori protettivi per il sostegno all’allattamento.

La percentuale di donne che hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero e che sono state trasferite in ospedale nel post partum esclusivamente per motivi materni è 3% (5 donne), in linea con gli anni precedenti. In letteratura la percentuale di

trasferimenti dopo parto per cause materne, rispetto al totale delle donne che avviano il travaglio in ambiente extra-ospedaliero, risulta pari a 2% [18,19].

In 4 casi di trasferimento per cause materne nel periodo dopo parto, rispetto al totale delle donne che hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero, vi è stata una perdita ematica superiore a 500 ml (3%). La letteratura riporta risultati differenti: fra 0% e 0.2% [14,19] e 9% [18] per trasferimenti post-parto avvenuti a causa di emorragia. I bassi numeri osservati e i criteri adottati dai diversi autori per l'analisi di questa categoria suggeriscono cautela nel valorizzare questa differenza.

I neonati ricoverati dopo nascita extra-ospedaliera sono stati 11: tra questi 5 esclusivamente a seguito di ricovero materno, 3 oltre le prime 24 ore dalla nascita per ittero tre neonati (1.9% di tutti quelli le cui madri hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero) hanno avuto un accesso in ospedale entro le prime 24 ore dalla nascita. Uno tra loro, nato da parto complicato da distocia di spalla, è stato visitato e dimesso mentre gli altri due (1.3% di quelli le cui madri hanno avviato il travaglio in ambiente extra-ospedaliero) sono stati ricoverati in TIN: uno per ipotonia e cianosi con successiva diagnosi di ipertensione polmonare, uno per distress respiratorio da aspirazione di meconio.

In letteratura uno studio quantifica il dato sul trasferimento neonatale limitandosi ai casi legati a difficoltà respiratorie, che risultano pari a 0.3-1.4% [14], in altri studi la quota di neonati trasferiti in ospedale risulta pari a 0.2 e 1.2% [18,19].

A partire dall'anno 2024 l'Osservatorio, in accordo con le professioniste ostetriche, ha modificato il quesito della scheda di raccolta dati regionale per rendere più preciso il dato sui trasferimenti neonatali rispetto al momento (ore di vita) nel quale è avvenuto il passaggio in ospedale.

L'Osservatorio collabora con le terapie intensive neonatali della regione per la notifica dei casi di ricovero dei nati da parto extra-ospedaliero programmato con l'obiettivo di rendere maggiormente preciso questo dato. In corso di anno 2024, come nel 2023, non sono arrivate segnalazioni relative a parti programmati per essere condotti in ambiente extra-ospedaliero.

Risultati sul gradimento

Durante il 2024 in Osservatorio sono arrivati n. 22 questionari di gradimento (n. 49 nel 2023) da parte delle famiglie che hanno intrapreso un percorso di assistenza alla nascita extra-ospedaliero. La causa di questo numero esiguo è dovuta a un problema tecnico della piattaforma informatica che ospita il questionario durato diverse settimane.

Dato il numero ridotto di schede raccolte, per il 2024, non si ritiene appropriato presentare in questo rapporto una analisi dei risultati.

Sarà cura dell'Osservatorio continuare a promuovere la compilazione volontaria del questionario da parte dei genitori perché il numero delle schede raccolte possa aumentare nel tempo.

Conclusioni

Anche nell'anno 2024, seppur in minor misura rispetto all'anno precedente, sono stati apportati alcuni aggiornamenti alla scheda informatizzata di raccolta dati sulla base dei suggerimenti arrivati dalle professioniste coinvolte nell'assistenza alla nascita extra-ospedaliera al fine di migliorare costantemente la qualità dei dati raccolti.

In sintesi, si evidenzia che la popolazione di donne che sceglie di partorire al di fuori dell'ospedale ha caratteristiche sociodemografiche nettamente differenti dalla popolazione generale di donne che partoriscono in regione Emilia-Romagna, confermando i dati delle precedenti rilevazioni: sono più spesso italiane e con scolarità alta. Rispetto agli anni precedenti continua la diminuzione del numero di donne al primo parto, che risultano meno rappresentate rispetto alla popolazione generale di donne al primo parto in Emilia-Romagna.

Gli esiti di salute per donne e neonati, dopo nascita extra-ospedaliera, non sono inferiori a quelli di chi sceglie di partorire in ospedale.

La letteratura più recente ci sostiene nel continuare a promuovere, come indicato nelle linee di indirizzo regionali per l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero, la routinaria somministrazione della profilassi con ossitocina per la prevenzione dell'emorragia del dopo parto per le donne che partoriscono fuori da un ospedale [20].

Le valutazioni economiche attualmente disponibili (come da dettaglio riportato in Appendice) sebbene condotte in contesti e con metodi non omogenei, propendono coerentemente verso un risparmio economico, con rapporto beneficio/danno ed efficacia/costo favorevole, per le nascite programmate a domicilio, in case di maternità integrate nel SSN e in strutture ospedaliere a conduzione ostetrica. In un contesto di ridotta certezza e imprecisione delle prove acquisisce un significato dirimente il valore che le donne attribuiscono alla possibilità di scelta della modalità assistenziale. A livello decisionale (politico, di salute pubblica, economico), l'integrazione del parto extra-ospedaliero nel sistema sanitario pubblico rappresenta una opzione associata a benefici di salute e sostenibile.

La somministrazione neonatale di vitamina K, così come il numero di donne che in gravidanza si vaccina con almeno una vaccinazione, sono in aumento tra la popolazione del percorso nascita extra-ospedaliero pur rimanendo al di sotto dei tassi rilevati nella popolazione generale.

Nell'anno 2024 è manifesto l'abbattimento dell'uso di antibiotico per la profilassi oculare per i nati in ambiente extra-ospedaliero, in accordo con le più recenti indicazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN).

La percentuale di donne che allatta esclusivamente a 30 giorni dal parto non trova un dato di confronto regionale o extra-regionale per la popolazione generale, ma risulta comunque elevata.

I tassi di trasferimenti neonatali in ospedale sono complessivamente in linea con quanto riportato in letteratura. Per l'anno 2024 la percentuale di trasferimenti materni in ospedale in corso di travaglio di parto risulta particolarmente bassa, discostandosi dai dati degli anni precedenti e da quanto la letteratura descrive.

Pur non disponendo di fonti a confronto dei dati raccolti in Osservatorio, né essendo stabile il numero delle professioniste che assistono le nascite fuori dagli ospedali, sulla base del nostro lavoro, dei contatti con le ostetriche e delle relazioni instaurate, possiamo ritenere che la quasi totalità dei parti in ambiente extra-ospedaliero che presenta una richiesta di rimborso sia monitorato; come obiettivo per il futuro ci si propone quindi di continuare a mantenere questo livello di copertura.

L'aumento delle notifiche da parte delle professioniste che assistono i parti di donne che usufruiscono di assistenza extra-ospedaliera in regime di libera professione senza richiesta di rimborso così come di quelle donne che vengono escluse in gravidanza, prima dell'avvio del travaglio, potrà portare a una sempre più precisa descrizione della realtà della nostra regione che riteniamo ad oggi, in base ai dati in nostro possesso, soddisfacente ma ancora perfettibile.

Ulteriore obiettivo è mantenere attiva la collaborazione con il servizio di emergenza-urgenza e con i punti nascita, per una buona circolazione delle informazioni e dei dati fra i vari servizi interessati. Grazie alla collaborazione con il servizio di emergenza-

urgenza è emersa la necessità di precisare, tramite il questionario di raccolta dati regionale, la modalità di trasporto in ospedale in caso di trasferimento materno o neonatale nel dopo parto.

Nel corso del 2024, dopo l'aggiornamento dell'atto di determinazione dell'Osservatorio avvenuto nel 2023, il gruppo di lavoro multi professionale - che vede la partecipazione di ostetriche (libere professioniste e non), ginecologhe, neonatologi, anche provenienti da contesti extra-regionali – non ha avuto necessità di discutere casi specifici complessi con l'obiettivo di migliorare l'assistenza alla nascita extra-ospedaliera.

Per l'anno 2024, avvalendoci della collaborazione di professioniste esperte, è stata organizzata la prima giornata di un percorso formativo che ha coinvolto le ostetriche che assistono la nascita in ambiente extra-ospedaliero con l'obiettivo di riflettere sulla rilevanza dei determinanti, professionali e materni, dell'assistenza a domicilio e in casa di maternità, stimolare la produzione di conoscenze sulla fisiologia del parto e, possibilmente, definire una proposta operativa per integrare gli strumenti di lavoro previsti dalle Linee di indirizzo per l'Assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero per gli anni a venire.

Questo rapporto vuole essere uno strumento a disposizione di tutte e tutti per migliorare la conoscenza rispetto al parto extra-ospedaliero e per facilitare la libertà di scelta della donna/coppia rispetto al luogo del parto.

Bibliografia

[1] Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica - Ufficio di Statistica, Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2023. Roma, febbraio 2025. Testo integrale disponibile: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita-anno-2023/>

[2] Office for National Statistics, Birth characteristics in England and Wales: 2022. Testo integrale disponibile su:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/latest>

[3] QUAG. Summary for out-of-hospital Births in Germany. 2023. Testo integrale disponibile su:

<https://www.quag.de/downloads/Summary%20For%20Out%20of%20Hospital%20Births%20in%20Germany-2023.pdf>

[4] Perined. Kerncijfers Nederlandse Geboortezorg. 2021. Testo integrale disponibile su:

<https://www.perined.nl/onderwerpen/publicaties-perined/kerncijfers-2021>

[5] Statista, Percentage of births in the United States that were home births in 2023, by state.

Testo integrale disponibile su: [https://www.statista.com/statistics/276081/top-us-states-based-on-home-birth-](https://www.statista.com/statistics/276081/top-us-states-based-on-home-birth-percentage/#:~:text=The%20states%20in%20the%20U.S.%20with%20the%20highest,percent%20of%20births%20in%20Montana%20were%20home%20births.)

[percentage/#:~:text=The%20states%20in%20the%20U.S.%20with%20the%20highest,percent%20of%20births%20in%20Montana%20were%20home%20births.](https://www.statista.com/statistics/276081/top-us-states-based-on-home-birth-percentage/#:~:text=The%20states%20in%20the%20U.S.%20with%20the%20highest,percent%20of%20births%20in%20Montana%20were%20home%20births.)

[6] AIHW, Australia's mothers and babies, updated 31 Jul. 2025. Testo integrale disponibile su:

<https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/australias-mothers-babies/contents/labour-and-birth/place-of-birth>

[7] Te Whatu Ora, health New Zealand. Report on Maternity web tool, updated 24 Jul. 2025.

Testo integrale disponibile su: <https://www.tewhatauora.govt.nz/for-health-professionals/data-and-statistics/maternity/report-on-maternity-web-tool>

[8] Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita. Linee di indirizzo e revisione delle prove: assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero. Regione Emilia-Romagna. Settembre 2021. Testo integrale disponibile su:

<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1346>

[9] Regione Emilia-Romagna. Legge Regionale n. 26 dell'11 agosto 1998, Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio. Testo integrale disponibile su:

<https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:1998;26>

[10] Perrone E et al. La nascita in Emilia-Romagna. 22° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2024. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2025. Testo integrale disponibile su:

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni>

- [11] Zanetti M et al. A web-based form with interactive charts used to collect and analyze data on home births in Italy. *J Med Internet Res*. 2019 Mar 22;21(3): e10335
- [12] Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343: d7400
- [13] Galera-Barbero TM et al. Planned Home Birth in Low-Risk Pregnancies in Spain: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3784
- [14] Blix E Et al. Transfer to hospital in planned home births: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:179
- [15] Nethery E et al. Birth outcomes for planned home and licensed freestanding birth center births in Washington State, *Obstetrics & Gynecology*. 2021 - Volume 138 - Issue 5 - p 693-702
- [16] Lundeen T Intrapartum and Postpartum Transfers to a Tertiary Care Hospital from Out-of-Hospital Birth Settings: A Retrospective Case Series. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 61:242–248
- [17] Di Mario S et al. Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna. Dati 2024. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2025. Testo integrale disponibile su: <https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/novita-editoriali/prevalenza-dellallattamento-in-emilia-romagna-dati-2024>
- [18] Cicero RV et al. Characteristics of out-of-hospital births and perinatal outcomes: data from the Lazio Region, Italy, cross-sectional study from 2019 to 2021. *Ann Ist Super Sanita*. 2024;60(2):98-106
- [19] Alcaraz-Vidal L et al. Midwife-attended planned home births versus planned hospital births in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Midwifery*. 2024; 136:104101
- [20] Rollet C et al. MDN Research Group, Severe adverse maternal and neonatal outcomes according to the planned birth setting being midwife-led birth centers or obstetric-led units. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024 Sep 15. doi: 10.1111/aogs.14971

Appendice

Appendice. Sintesi delle prove su valutazioni economiche per il parto extra-ospedaliero

Giulia Bagnacani ^{1,2,3}, Vittorio Basevi ²

Prove emergenti mostrano che, nelle gravidanze e nei parti fisiologici, l'assistenza alla nascita in casa, nelle case di maternità e nelle unità ospedaliere a conduzione ostetrica (*Midwife-led birth unit* - MLBU) offre, rispetto ai parti in strutture ospedaliere a conduzione medica, il vantaggio di ridurre i costi e gli interventi medici non necessari senza compromettere parallelamente la qualità (Bagnacani et al., 2019; Scarf et al., 2025). Per descrivere le conoscenze disponibili sul rapporto efficacia/costo dell'assistenza extra-nosocomiale al parto è stata condotta una revisione rapida della letteratura (Garritty et al., 2025).

Metodi

Due revisori hanno consultato la banca dati PubMed, utilizzando la stringa di ricerca «(*Place of childbirth*" OR "*Birth setting*") AND ("*Economic evaluation*" OR "*Cost of childbirth*" OR "*Childbirth charges*" OR "*Cost of birth*" OR "*Cost analysis*" OR "*Birth fee*" OR "*Cost*" OR "*Cost of place of birth*" OR "*Cost of delivery*")» con limiti temporali 01.01.2015-20.08.2025. Successivamente, sono state effettuate una ricerca in PubMed con termini liberi (in data 20.10.25) e una ricerca manuale nella bibliografia degli studi individuati per selezionare eventuali studi aggiuntivi.

Risultati

Sono stati individuati 37 studi, cinque dei quali valutati pertinenti (Schroeder et al., 2014; Scarf et al., 2016; Scarf et al., 2021; Joranger P et al., 2024; Scarf et al., 2025). Sono state incluse due revisioni sistematiche (Scarf et al., 2016; Scarf et al., 2025) e due studi primari (Schroeder et al., 2014; Joranger P et al., 2024); uno studio pertinente (Scarf et al., 2021) non è stato incluso in questa revisione rapida in quanto già compreso in Scarf et al. (2025) (figura 1).

¹ Osservatorio regionale sul parto extra-ospedaliero, Regione Emilia-Romagna

² Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita, Regione Emilia-Romagna

³ Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia

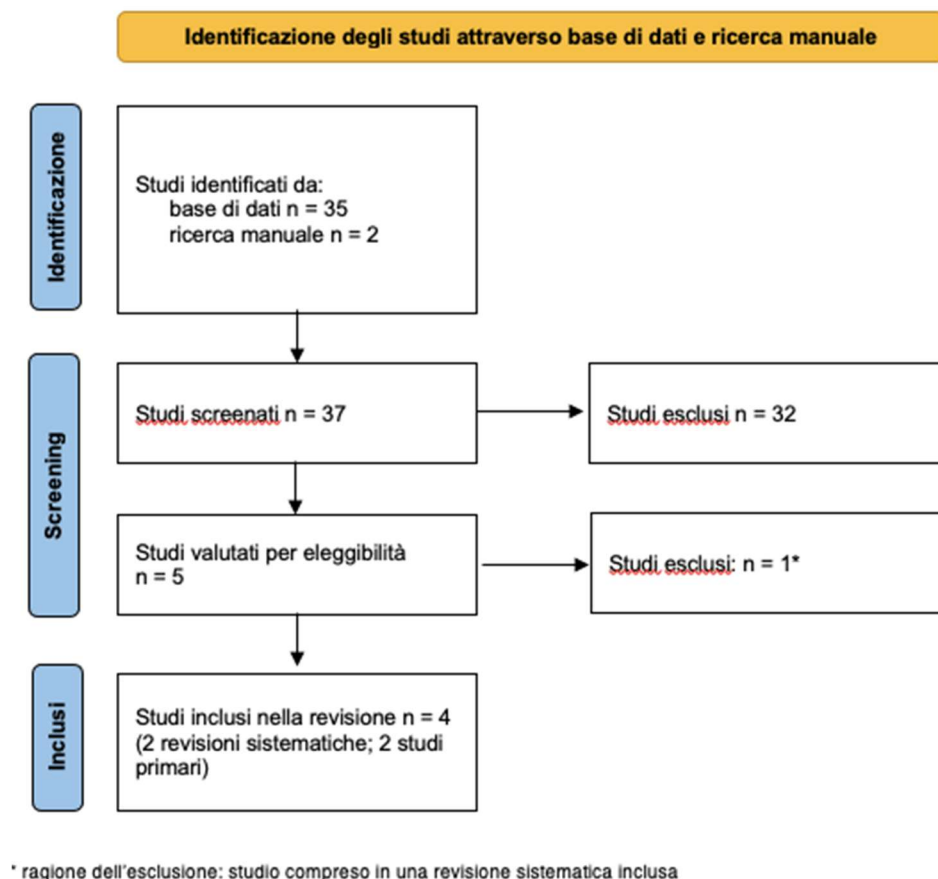


Figura16. Diagramma di flusso del processo di selezione degli studi

La prima delle revisioni sistematiche comprende 11 studi condotti tra il 1995 e il 2005 in Paesi ad alto reddito (tre negli Stati Uniti, due in Canada, due in Regno Unito, due in Europa, uno in Irlanda e uno in Australia) (Scarf et al., 2016). In questa revisione sistematica sono stati confrontati il domicilio (quattro studi), le case di maternità (tre studi) o le MLBU (otto studi) fra di loro o con le strutture ospedaliere. Sei studi hanno utilizzato un modello efficacia/costo, mentre i restanti cinque hanno riportato una combinazione di analisi dei costi (quattro) e un confronto dei costi. Otto degli 11 studi stimano un risparmio economico se il luogo del parto non è l'ospedale, due studi non evidenziano differenze tra i tre contesti (domicilio, casa maternità/MLBU e ospedale), uno studio riporta un aumento dei costi per le nascite assistite in MLBU. Gli studi variavano notevolmente in termini di dimensioni del campione e metodi. Nei tre studi più ampi il parto in casa è risultato l'opzione meno costosa.

In Scarf et al (2016) è compresa una analisi efficacia/costo (Schroeder et al., 2012) dei risultati di uno studio prospettico di coorte condotto in Regno Unito (n=64.538 donne con gravidanza fisiologica singola, programmata in ambiente extra-ospedaliero, ≥ 37 settimane di gestazione, che hanno partorito tra aprile 2008 e aprile 2010) che ha

confrontato gli esiti perinatali, gli esiti materni e gli interventi durante il travaglio in base al luogo di parto pianificato all'inizio dell'assistenza (Birthplace in England Collaborative Group, 2011). Un report del medesimo gruppo di ricerca (non incluso in Scarf et al., 2016) contiene delle analisi aggiuntive. Per le donne pluripare, il parto programmato a domicilio è risultato associato al massimo beneficio netto, con una probabilità del 100% di essere il luogo del parto ottimale per tutte le soglie di efficacia in termini di costi. La maggiore incidenza di esiti perinatali avversi associati al parto programmato a domicilio nelle donne nullipare con gravidanza fisiologica ha portato a una riduzione al 63% della probabilità che il parto programmato a domicilio sia l'opzione più efficiente in questo sottogruppo di popolazione, nel quale l'opzione più efficiente in termini di costi è risultata il parto programmato in casa di maternità. Gli esiti materni sono risultati complessivamente migliori e i costi inferiori nei parti programmati in contesti a conduzione ostetrica (domicilio, casa di maternità, MLBU) rispetto ai parti programmati in un'unità ospedaliera a conduzione medica (Schroeder et al., 2014).

La seconda revisione sistematica comprende 11 studi, otto dei quali condotti in Paesi ad alto reddito (Stati Uniti, Australia, Belgio, Regno Unito, Italia, Paesi Bassi) pubblicati successivamente al 2015 (Scarf et al., 2025). La decisione di includere studi dal 2016 in poi è stata presa per limitare l'inclusione a ricerche attuali, condotte dopo la precedente revisione sistematica (Scarf et al., 2016), in grado di riflettere i cambiamenti nello stile di vita, nelle preferenze e nell'assistenza intervenuti in anni più recenti. Fattori, questi ultimi, in grado di contribuire alle variazioni dei costi e di invalidare il confronto tra i costi delle nascite dei primi anni 2000 e la situazione attuale, anche alla luce di elementi come l'inflazione. I risultati della revisione sistematica, limitatamente ai Paesi ad alto reddito, sono riportati in tabella 3. La revisione sistematica conclude che, sebbene vi siano variazioni fra i Paesi considerati, in tutti i Paesi, compresi quelli ad alto reddito, parti in casa e MLBU sono nella maggior parte degli studi meno costosi rispetto ai parti in ospedale. Relativamente alle MLBU, queste strutture risultano generalmente meno costose dei reparti ospedalieri a conduzione medica e dimostrano il potenziale di ridurre gli interventi non necessari nei paesi ad alto reddito e di rendere più equo l'accesso a interventi tempestivi nei paesi a basso e medio reddito.

studio	ΔC MLBU [IC 95%]	ΔC parto in casa [IC 95%]
Schroeder 2017 (Regno Unito)	- 1968 [- 2762 a - 1174]	ND
Hitzert 2017 (Paesi Bassi)	- 5.02 [- 686 a 676]	- 555 [- 739 a - 372]
Anderson 2021 (Stati Uniti)	- 6051[- 6895 a - 5208]	- 10266 [- 11026 a - 9506]
Isaline 2019 (Belgio)	- 82.10 [- 108 a - 56]	ND
Scarf 2020 (Australia)	2.70 [- 188 a 193]	43 [- 129 a 215]
Scarf 2021 (Australia)	- 386 [- 397 a - 376]	- 571 [- 615 a - 529]
Cicero 2022 (Italia)	- 847.65	- 1606.11
Hu 2024 (Australia)	ND	- 227.21 [- 1355 a 900]

Tabella 3. Costo medio del parto in MLBU e a domicilio rispetto al costo ospedaliero in Paesi ad alto reddito. Stime in dollari degli Stati Uniti 2024 aggiustati in base all'indice dei prezzi al consumo e a parità di potere d'acquisto (Modificato da: Scarf et al., 2025)

Legenda

ΔC : differenza di costo

MLBU: *Midwife-led birth unit* (unità ospedaliera a conduzione ostetrica)

IC 95%: intervallo di confidenza al 95%

NA: non disponibile

Descrizione narrativa degli studi inclusi nella revisione sistematica (Scarf et al., 2025)

Uno studio retrospettivo condotto a Londra ha confrontato, in donne con gravidanza fisiologica, i costi del parto programmato in una casa di maternità (Barkantine Birth Centre) e nell'ospedale collegato (Royal London Hospital), distante circa 4,2 km (Schroeder et al., 2017). Utilizzando i dati estratti dalle cartelle cliniche sono stati analizzati i micro-costi - dal momento del ricovero a quello della dimissione - per l'assistenza erogata a donne e neonati/e. Gli studi di *micro-costing* misurano direttamente l'utilizzo delle risorse tramite osservazione (ad esempio, tempo e movimenti), registri delle attività e altri strumenti di raccolta dati. Sono state considerate 333 cartelle cliniche di donne che tra il 2007 e il 2010 avevano presentato le caratteristiche di ammissione alla casa di maternità: 167 avevano avviato l'assistenza al parto in casa di maternità e 166 in ospedale. I due gruppi differivano, in misura statisticamente significative, in alcune caratteristiche sociodemografiche: solo 20,0% delle donne con parto programmato in Birth Centre erano di etnia sud-asiatica vs. 80,4% delle donne con parto programmato in ospedale, dove la maggior parte delle donne era bangladese. Oltre la metà delle donne con parto programmato in Birth Centre erano donne con pelle chiara vs. 12,6% in ospedale. Tra le donne con parto programmato in Birth Centre, 92,8% parlava inglese vs. 46,7% in ospedale. L'intervento di un interprete

è risultato necessario in 3,1% delle donne con parto programmato in Birth Centre vs. 41,3% in ospedale. Le donne che avevano pianificato il parto in casa di maternità hanno mostrato, in misura statisticamente significativa, una media superiore di utilizzo della vasca ostetrica e di stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TENS) in travaglio, una media superiore di parti vaginali spontanei e una media inferiore di tagli cesarei. Non sono state osservate differenze tra il numero medio di donne che hanno richiesto la rimozione manuale della placenta o la sutura perineale. Circa 30% delle donne che hanno iniziato l'assistenza in *Birth Centre* sono state trasferite in ospedale. Le medie aritmetiche dei costi stimate mediante bootstrap (una metodologia per calcolare intervalli di confidenza non parametrici) è risultata pari a £ 1.353,51 per il *Birth Centre* e £ 2.273,35 per l'ospedale, con una differenza, statisticamente non significativa, fra le due unità pari a £ 919,86 (intervallo di confidenza al 95%: -265.9, 2032.9). Tali costi riflettono una stima dei costi per donna dal momento del ricovero alla dimissione, comprendendo eventuali trasferimenti, ma escludendo i costi di gestione strutturale delle unità.

Uno studio retrospettivo condotto nei Paesi Bassi (n=3.455 donne con gravidanza fisiologica assistite da ostetriche di comunità fra 01.07.2013 e 31.12.2013) ha confrontato i costi economici e gli esiti di salute materni e neonatali fra assistenza ostetrica a domicilio, in una MLBU e in un ospedale. I costi sono stati misurati dall'inizio del travaglio fino a 7 giorni dopo il parto. Gli esiti di salute sono stati valutati mediante un indice nazionale nederlandese (Optimality Index-NL2015 - OI) e un punteggio composito degli esiti avversi. Il costo totale medio aggiustato per parto programmato è risultato pari a € 2.998 a domicilio, € 3.327 in una MLBU, € 3.330 in ospedale. Le donne che avevano programmato di partorire a casa hanno ottenuto i punteggi OI più elevati; non sono state osservate differenze tra il punteggio OI delle donne che avevano pianificato di partorire in un centro nascita e quello delle donne che avevano pianificato di partorire in ospedale. Per le donne nullipare e pluripare a basso rischio, il parto programmato a domicilio è risultato l'opzione efficacia/costo più vantaggiosa rispetto al parto programmato in una MLBU o in ospedale (Hitzert et al., 2017).

Uno studio retrospettivo ha confrontato i costi di un centro nascita a conduzione ostetrica (MLBU) e di una unità ospedaliera tradizionale (conduzione mista ostetrica e medica) all'interno dello stesso ospedale in Belgio (*Erasmee University-Hospital, Bruxelles*) nel periodo 1 marzo 2014 - 31 ottobre 2015. Erano eleggibili le donne con gravidanza fisiologica, di età compresa tra i 18 e 40 anni. Il campione è stato suddiviso in due gruppi, non omogenei per grandezza, in base alla scelta personale rispetto al luogo del parto: 59 donne per il centro nascita e 30 per la sala parto tradizionale. Sono stati calcolati i costi per donna relativi all'utilizzo dell'assistenza sanitaria durante 3 periodi: 9 mesi di gravidanza, periodo di ricovero per il parto e fino a tre mesi dopo la dimissione. Nel "consumo di assistenza sanitaria" sono stati inclusi tutti i farmaci e i trattamenti prescritti durante questi periodi. I costi sono stati attribuiti all'unità nella

quale la donna era stata inizialmente assistita, anche se, per qualsiasi motivo, fosse stato necessario un trasferimento dalla MLBU alla unità ospedaliera convenzionale. È stata osservata una differenza, statisticamente significativa, nei costi medi per donna tra MLBU e unità ospedaliera convenzionale, sia per il pagatore pubblico (sistema assicurativo belga) che per la donna (pagamento “di tasca propria”). I costi medi - espressi in euro con prezzi e valuta degli anni 2014-2015 - in MLBU sono risultati inferiori sia per il pagatore pubblico ($\Delta = -\text{€ } 397,39$; $p = 0,046$) che per la donna ($\Delta = -\text{€ } 44,19$; $p = 0,016$). Non sono state osservate differenze statisticamente significative nei tassi di taglio cesareo, parto operativo vaginale e analgesia epidurale tra le due unità, verosimilmente per la ridotta dimensione del campione. L'analisi economica ha incluso solo i costi medici diretti relativi al monitoraggio della gravidanza, al parto e all'assistenza post partum; non sono stati considerati i costi del personale, le spese di costruzione o per l'ammortamento degli edifici e delle attrezzature. L'analisi dei costi globali per la durata del periodo di studio (gravidanza, parto e tre mesi dopo parto) stima, per una donna con gravidanza fisiologica, un risparmio in MLBU approssimativamente del 10% per la spesa pubblica, probabilmente dovuto a una degenza più breve, e di quasi il 20% per la spesa privata (Isaline et al., 2019).

Uno studio di *micro-costing*, condotto in Australia, ha confrontato il tempo e le risorse necessarie al personale per fornire - alle donne con gravidanza fisiologica - assistenza in un ospedale pubblico, in un centro nascita o a domicilio. Negli studi di *micro-costing* l'utilizzo delle risorse viene quantificato attraverso osservazione (ad esempio, tempo e movimenti), registri delle attività e altri strumenti di raccolta dati. Queste diverse componenti di costo vengono misurate e, assegnando un costo all'utilizzo diretto delle risorse associate all'assistenza, si ottiene una stima dei costi specifici per la cura del paziente. Nello studio australiano, il costo mediano dell'assistenza alle donne che intendono partorire a domicilio, in un centro nascita e in ospedale è risultato sovrapponibile (costi per ogni nascita pari rispettivamente a dollari australiani (AUD) 2.150,07, AUD 2.100,59, AUD 2.097,30). Il tempo dedicato dall'ostetrica è stato il fattore che ha contribuito maggiormente al costo del parto in casa, mentre i costi generali hanno rappresentato oltre la metà del costo totale del parto in casa di maternità e in ospedale. Il costo dei materiali di consumo è risultato basso in tutti e tre i contesti (Scarf et al., 2020).

Uno studio di modellistica economica ($n=496.387$ donne a età gestazionale 37-41 settimane, inizio spontaneo del travaglio e gravidanza fisiologica singola) ha stimato il costo del parto in ogni diverso contesto assistenziale (casa, centro nascita e ospedale) in Australia e applicato i risultati per realizzare un'analisi di scenario e modellare il costo per 30.000 donne. Sono stati identificati dodici potenziali percorsi di esito, ogni percorso è stato valutato in termini di costi ed è stato inoltre calcolato il costo complessivo in base al luogo di nascita programmato: AUD 4.802 per il parto in casa, AUD 4.979 per il parto in un centro nascita e AUD 5.463 per il parto in ospedale. Le opzioni parto in casa e in

centri nascita sono apparse le più convenienti, considerati i tassi consistentemente più bassi di interventi materni e di esiti avversi neonatali osservati nelle donne a basso rischio di complicanze (Scarf et al., 2021).

Negli Stati Uniti, per ricavare una stima del costo di un parto domiciliare, nel 2021 è stato inviato un questionario per posta elettronica a 176 ostetriche in 50 stati, con un tasso di risposta del 32%. Un successivo questionario via internet ha raccolto 73 risposte aggiuntive. In totale, sono state ottenute informazioni da 129 ostetriche in 49 stati, 76,7% *certified professional midwives*, 13,2% *certified nurse-midwives*, 10,1% nella categoria “altro”, che include persone con competenze non certificate o profili non altrimenti categorizzabili. Sulla base dei dati raccolti, la tariffa media complessiva per un parto in casa negli Stati Uniti è risultata pari a \$ 4.650, con variazione da \$ 2.000 a \$ 9.921. Trentadue ostetriche (24,0%) hanno segnalato di offrire la sola assistenza al parto (e non anche alla gravidanza) a una tariffa media pari a \$ 3.777 dollari, con un intervallo compreso tra \$ 2.000 e \$ 6.000 dollari. La tariffa media ponderata, in base alla popolazione dei singoli stati, è risultata pari a \$ 5.135 dollari. La tariffa media aumenta con la formazione a livello universitario ed è più alta per le *certified nurse-midwives* rispetto alle *certified professional midwives*. Il costo medio stimato di \$ 8.309 per un parto in casa di maternità e il costo medio stimato di \$ 4.650 per un parto in casa sono risultati inferiori al costo medio stimato riportato in letteratura di \$ 13.562 per un parto vaginale in ospedale. Considerando le 3.605.201 nascite negli Stati Uniti nel 2020, ogni spostamento dell'1% delle nascite dagli ospedali al domicilio rappresenterebbe un risparmio di circa 321 milioni di dollari. L'analogo spostamento dagli ospedali alle case di maternità consentirebbe un risparmio di 189 milioni di dollari. Il risparmio sarebbe di 1,6 miliardi di dollari se un ulteriore 5% dei parti avvenisse in casa invece che in ospedale e di 1,9 miliardi di dollari se il 10% delle nascite negli Stati Uniti avvenisse in casa di maternità invece che in ospedale. Negli Stati Uniti, privi di un sistema sanitario pubblico universale, tutti i piani *Medicaid* e delle compagnie assicurative coprono le spese di assistenza al parto. In questo contesto, un ampliamento dell'accesso ai parti extra-ospedalieri potrebbe generare un risparmio economico rilevante, riducendo la spesa complessiva per l'assistenza materno-infantile. Questo risparmio avrebbe effetti distributivi favorevoli non solo per le famiglie, ma anche per le compagnie assicurative, per i datori di lavoro che finanziano la copertura sanitaria dei dipendenti e, in ultima analisi, per i bilanci pubblici federali e statali. Considerato che *Medicaid* copre circa il 42,1% delle nascite nel Paese, anche una riduzione marginale dei costi medi per parto potrebbe tradursi in benefici fiscali consistenti per i contribuenti (Anderson et al., 2021). In Italia, un unico studio ha confrontato il costo del parto nei diversi contesti assistenziali. Per la stima del costo dei parti ospedalieri sono state utilizzati i DGR 373 “parto spontaneo senza complicazioni” e DGR 391 “neonato normale” e le relative valorizzazioni. Il costo complessivo del parto in un ambiente extra-ospedaliero convenzionato è stato stimato tenendo conto solo dei costi diretti; i costi indiretti e

generali (tra cui energia, amministrazione, assicurazione, struttura e ammortamento) non sono stati inclusi nell'analisi a causa della loro elevata variabilità. In mancanza di una tariffa standard per il costo del parto nelle case di maternità private e a domicilio in libera professione, è stata effettuata una valutazione basata sulle opinioni di esperti. In questa analisi, la stima del costo dell'assistenza ospedaliera al parto in Italia risulta pari a € 1.832,00, quella del parto in un ambiente extra-ospedaliero convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) risulta pari a € 1.345,19 € in “casa di maternità” e € 919,36 a domicilio. Il costo medio del parto è stato stimato pari a € 3.260,00 in “case di maternità private” e € 2.910,00 a domicilio. Queste stime depongono per una riduzione della spesa sanitaria in Italia in un contesto in cui l’assistenza al parto extra-ospedaliero venisse integrata nel SSN (Cicero et al., 2022).

Uno studio di simulazione ha stimato la differenza nei costi tra l'offerta e la mancata offerta di parto in casa alle donne con gravidanza fisiologica nel sistema sanitario pubblico di uno stato australiano (*Queensland*). In questo modello di micro-simulazione, l'assistenza ospedaliera pubblica standard è stata confrontata con uno scenario ipotetico nel quale 5% (n=1.816) delle donne che avevano partorito in ospedali pubblici tra il 01.07.2017 e il 30.06.2018 (n = 36.314) avesse programmato, prima dell'inizio del travaglio, di partorire a casa. In questo scenario, il risparmio stimato a livello statale sui costi di degenza ospedaliera per parto (somma per madre e bambini) per ogni gravidanza è risultato pari a AUD 303,13 (per gli ospedali pubblici del *Queensland*) e AUD 186,94 (per i finanziatori degli ospedali pubblici del *Queensland*), equivalenti a un risparmio totale annuo di 11 milioni di AUD (per gli ospedali pubblici del *Queensland*) e 6,8 milioni di AUD (per i finanziatori degli ospedali pubblici del *Queensland*) (Hu et al., 2024).

Descrizione narrativa di uno studio non incluso nella revisione sistematica (Scarf et al. 2025)

In Norvegia, uno studio di minimizzazione dei costi (*cost minimisation analysis* - CMA), non incluso in Scarf et al. (2025), ha stimato le differenze di costo tra parti programmati a domicilio e in un ospedale con un'analisi basata sulla modellizzazione analitica delle decisioni, assumendo che gli esiti clinici non fossero influenzati dal luogo del parto (Joranger P et al., 2024). Sono stati inclusi nell’analisi i costi per l'attrezzatura, per il tempo impiegato nell’assistenza e per le complicanze. La stima dell’uso di risorse è stata ricavata da un questionario rivolto a ostetriche e da tre diverse basi di dati norvegesi: 354 donne con parto programmato a domicilio; 482 donne con parto programmato a domicilio, 63 delle quali trasferite (13,1%) in ospedale, fra 2008 e 2012; 1550 donne con parto programmato in ospedale, fra 2008 e 2012. Per una stima del costo del parto a domicilio, nel 2017 sono state intervistate 23 ostetriche partecipanti a una rete di professioniste attive nell’assistenza domiciliare tra 1 gennaio 2010 e 31 dicembre 2017.

Sono stati calcolati i costi di 6 scenari: l'assistenza al parto ospedaliero in donna senza fattori di rischio (comprese le eventuali complicazioni); l'assistenza al parto ospedaliero eutocico; l'assistenza pianificata a domicilio che esita in parto extra-ospedaliero o in un trasferimento in ospedale; il tipo di contratto redatto con le professioniste che può prevedere l'assistenza e reperibilità di una/due ostetriche 24 ore per il singolo caso o l'assistenza e reperibilità fornite da un gruppo di ostetriche per più donne alla volta. Il costo del parto ospedaliero è stato stimato pari a € 2.204 (intervallo di credibilità, ICr 1.669-2.774) in più rispetto ai parti programmati domiciliari (comprese le possibili complicanze per il parto in ospedale e a domicilio), che hanno un costo stimato pari al 45,9% (ICr39,1-54,2%) del costo di un parto a basso rischio in ospedale. Confrontando i parti programmati in casa, inclusi quelli esitati in parti ospedalieri causa trasferimento, con i parti vaginali senza complicanze in ospedale, il costo del parto in casa è stato stimato pari a € 1.986 (ICr 1.428-2.580) in meno. Nella categoria "Parto programmato in casa + reperibilità per singola donna", la stima del costo è risultata pari a € 5.531 (ICr 5.171-5.906), ovvero 1.454 € (ICr 803-2.077) in più rispetto al costo di un parto a basso rischio in ospedale. Ma organizzando le ostetriche in team che gestiscono un numero maggiore di nascite a settimana, il costo per il "Parto programmato a domicilio + reperibilità per gruppi di ostetriche" è stato stimato costare € 1.235 (ICr 637-1.811) in meno del parto a basso rischio in ospedale, corrispondente a un costo inferiore del 30,3% per ogni parto in casa rispetto ai parti a basso rischio in ospedale. Lo studio conclude che, se si considerano i costi della reperibilità, nel caso le ostetriche lavorino separatamente o in coppia, reperibili per un parto alla volta, il parto in casa non risulta economicamente vantaggioso; se si considerano invece i costi della reperibilità e le ostetriche sono organizzate in gruppi o sono personale dipendente di un ospedale che offra anche assistenza extra-nosocomiale, il parto a domicilio risulta un intervento con favorevole rapporto efficacia/costo (Joranger P et al., 2024).

Discussione

Una crescente considerazione viene attualmente attribuita alle prove di efficacia sul rapporto beneficio/costo degli interventi sanitari. Una revisione sistematica condotta attraverso una strategia di ricerca che includeva parole chiave e *subject headings* relativi alla valutazione economica dei modelli di assistenza alla maternità, limitata ad articoli pubblicati in inglese, arabo e francese pubblicati da 01.01.2000 a 23.11.2020, ha identificato 2533 studi potenzialmente includibili (Martin et al., 2023). Una precedente revisione sistematica di studi di valutazione economica dei modelli di assistenza alla maternità, limitata agli articoli in lingua inglese condotti in Regno Unito e pubblicati dal 2010, ha incluso 37 studi (Relph et al., 2020). La collaborazione internazionale GRADE propone di comprendere – dove disponibili - gli studi di efficacia/costo nel processo di valutazione delle prove per la produzione di raccomandazioni (Xie et al., 2023).

L'interesse per queste analisi deriva - non solo, ma prevalentemente - da una progressiva diminuzione, successiva al superamento della fase acuta della pandemia, delle risorse finanziarie destinate alla sanità a causa delle nuove priorità di spesa pubblica. In circa tre quarti dei paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (*Organization for economic co-operation and development*, OECD) la crescita della spesa sanitaria ha subito una battuta d'arresto nel 2022, portando a un calo complessivo di circa il 2%. I tassi di inflazione generale ostinatamente elevati (in particolare in alcuni paesi europei) hanno continuato a limitare qualsiasi crescita "reale" della spesa sanitaria. Il livello complessivo della spesa sanitaria registrato nel 2023 è risultato vicino ai valori di spesa pre-pandemici (OECD, 2024a).

Questo quadro assume una gravità ancora maggiore in Italia, in cui nel 2022 è stato destinato alla spesa sanitaria complessiva (pubblica + privata) circa il 9% del prodotto interno lordo (PIL), mentre la media europea è pari a $\approx 10,4\%$. Per la sola spesa pubblica, nel 2023 l'Italia (6,2%) risulta sotto la media europea, pari a $\approx 6,9\%$ (OECD, 2024b). Fra il 2023 e il 2025, il Fondo sanitario nazionale (FSN) è cresciuto complessivamente di € 11,1 miliardi, passando da € 125,4 miliardi nel 2022 a € 136,5 miliardi nel 2025; ma nel 2022 e nel 2023 l'aumento percentuale del FSN, inferiore a quello dell'inflazione, è stato eroso dall'aumento dei costi energetici. L'incidenza del FSN sul PIL al 31 dicembre 2024 è scesa dal 6,3% nel 2022 al 6% nel 2023, attestandosi al 6,1% nel biennio 2024-2025. Una riduzione che in termini assoluti equivale a € 13,1 miliardi: € 4,7 miliardi nel 2023, € 3,4 miliardi nel 2024 e € 5 miliardi nel 2025 (GIMBE, 2025).

Elementi diversi rendono difficoltoso lo studio del rapporto efficacia/costo dell'assistenza sanitaria perinatale. Il calcolo dei costi dei servizi di maternità è una questione complessa, nella quale un rilevante fattore è rappresentato dalle spese generali e dai costi fissi, che includono i costi immobiliari e di investimento di capitale. Il rapporto costo-efficacia, inoltre, è sensibile alle variazioni dei tassi di occupazione dei posti-letto. Una valutazione comprensiva dovrebbe includere il tasso di trasferimenti, i tassi di occupazione, le spese generali, l'accessibilità geografica, comprese le differenze tra aree urbane e rurali, la diversità delle esigenze della popolazione, la competenza del personale e la formazione, tenendo conto dei costi fissi e variabili e del relativo disinvestimento in una forma di prestazione di servizi di maternità a favore di un'altra (Schroeder et al., 2017). Inoltre, la mancanza di standardizzazione tra gli studi, in particolare nella definizione dei risultati positivi, rende difficile il confronto e la sintesi dei risultati di studi diversi (Scarf et al., 2025). Pochi studi utilizzano modelli di efficacia/costo adeguati e rigorosi, limitando la generalizzabilità dei risultati e impedendo di trarre conclusioni più certe (Martin et al., 2023).

A queste considerazioni si aggiunge la constatazione che le azioni ispirate alle razionalità medico-clinica ed economico-manageriale, sviluppate in Italia a partire dal 1992 con la trasformazione delle Unità sanitarie locali (Usl) in aziende sanitarie, la regionalizzazione della sanità, la definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) e l'assegnazione di un valore economico alle prestazioni, non hanno impedito l'attuale crisi economica del SSN, dal momento che i criteri medici e manageriali non sono in grado, da soli, di orientare la società verso il modo di distribuire le risorse tra i vari sistemi – sanitario, educativo, ambientale (Franciosi, 2025). Per migliorare l'assistenza sanitaria viene attualmente ritenuto necessario aprirsi a un orizzonte globale di tipo etico, a dominanza morale, che privilegi la ricerca della giustizia distributiva, delle priorità, della qualità, della trasparenza, dell'ascolto di valori e preferenze delle persone assistite (Berwick, 2016).

Conclusione

La generalizzabilità dei risultati riportati in questa revisione rapida di studi condotti in Paesi ad alto reddito è limitata dal corpo di conoscenze disponibili, prodotte con metodologie difformi, prevalentemente in Paesi esteri, con modelli di assistenza sanitaria e soglie di efficacia differenti in termini di costi.

Pur in presenza di questi limiti, le prove - comprese quelle prodotte in Italia - vanno concordemente nella direzione di indicare, nelle gravidanze fisiologiche, rapporti beneficio/danno e efficacia/costo favorevoli per le nascite programmate a domicilio e in case di maternità integrate nel SSN e in strutture ospedaliere a conduzione ostetrica. In questo contesto, di ridotta certezza o imprecisione delle prove, acquisisce un significato dirimente il valore che le donne attribuiscono alla possibilità di scelta della modalità assistenziale. Per chi agisce a livello decisionale (politico, di salute pubblica, economico) l'integrazione del parto extra-ospedaliero nel sistema sanitario pubblico rappresenta una opzione associata a benefici di salute e sostenibile.

Gli studi inclusi mostrano tutti come prima autrice una donna.

Bibliografia

- [Anderson et al., 2021] Anderson DA, Gilkison GM. The cost of home birth in the United States. *Int J Environ Res Public Health* 2021 Oct 1;18(19):10361
- [Bagnacani et al., 2019] Bagnacani G, Basevi V, Catellani MB, et al. *Revisione sistematica delle prove su efficacia e sicurezza del parto in ambiente extra-ospedaliero*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2019. Testo integrale: <https://www.saperidoc.it/linee-di-indirizzo-per-il-peo/>. Ultimo accesso: 21.10.25
- [Berwick, 2016] Berwick DM. Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA* 2016 Apr 5;315(13):1329-30
- [Birthplace in England Collaborative Group, 2011] Birthplace in England Collaborative Group; Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011 Nov 23;343:d7400

- [Cicero et al., 2022] Cicero RV, Colaceci S, Amata R, *et al.* Cost analysis of planned out-of-hospital births in Italy. *Acta Biomed* 2022 Aug 31;93(4):e2022227
- [Franciosi, 2025] Franciosi V. Sanità al bivio: decisioni etiche o collasso. *Recenti Prog Med* 2025 Sep;116(9):485-8
- [Garritty et al., 2025] Garritty C, Nussbaumer-Streit B, Hamel C, *et al.* Rapid reviews methods series: assessing the appropriateness of conducting a rapid review. *BMJ Evid Based Med* 2025;30:55–60
- [GIMBE, 2025] GIMBE. 8° *Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*. Bologna: Fondazione GIMBE; 2025. Testo integrale: www.salviamo-ssn.it/8-rapporto. Ultimo accesso: 21.10.2025
- [Goncalves et al., 2025] Goncalves AS, Prata AP, McCourt C, *et al.* Economic evaluation and budget impact analysis of midwifery-led care for low-risk pregnancies in Portugal. *Women Birth* 2025 Sep 29;38(6):102109
- [Hitzert et al., 2017] Hitzert M, Hermus MM, Boesveldt II, *et al.* Cost-effectiveness of planned birth in a birth centre compared with alternative planned places of birth: results of the Dutch Birth Centre study. *BMJ Open* 2017 Sep 11;7(9):e016960
- [Hu et al., 2024] Hu Y, Allen J, Ellwood D, Slavin V, *et al.* The financial impact of offering publicly funded homebirths: A population-based microsimulation in Queensland, Australia. *Women Birth* 2024 Feb;37(1):137-43
- [Isaline et al., 2019] Isaline G, Marie-Christine C, Rudy VT, *et al.* An exploratory cost-effectiveness analysis: comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Belgium. *Midwifery* 2019 Aug;75:117-26
- [Joranger P et al., 2024] Joranger P, Huitfeldt AS, Bernitz S, *et al.* Cost minimisation analyses of birth care in low-risk women in Norway: a comparison between planned home birth and birth in a standard obstetric unit. *BMC Health Serv Res* 2024 Sep 30;24(1):1150
- [Martin et al., 2023] Martin E, Ayoub B, Miller YD. A systematic review of the cost-effectiveness of maternity models of care. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023 Dec 13;23(1):859
- [OECD, 2024a] OECD. *Latest health spending trends: navigating beyond the recent crises*. OECD; 2024a. Testo integrale: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/12/latest-health-spending-trends_7332c460/df0bb1ba-en.pdf. Ultimo accesso 21.10.2025
- [OECD, 2024b] OECD. *Health at a Glance: Europe 2024 report*. OECD; 2024b
- [Relph et al., 2020] Relph S, Delaney L, Melaugh A, *et al.* Costing the impact of interventions during pregnancy in the UK: a systematic review of economic evaluations. *BMJ Open* 2020;10:e040022
- [Scarf et al., 2016] Scarf V, Catling C, Viney R, *et al.* Costing alternative birth settings for women at low risk of complications: a systematic review. *PLoS ONE* 2016 Feb 18;11(2):e0149463
- [Scarf et al., 2020] Scarf VL, Yu S, Viney R, *et al.* The cost of vaginal birth at home, in a birth centre or in a hospital setting in New South Wales: A micro-costing study. *Women Birth* 2020 May;33(3):286-93
- [Scarf et al., 2021] Scarf VL, Yu S, Viney R, *et al.* Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis. *BMC Health Serv Res* 2021 Aug 14;21(1):816
- [Scarf et al., 2025] Scarf V, Kasaye H, Levett K, *et al.* The cost and cost-effectiveness of childbirth settings: a systematic review. *Appl Health Econ Health Policy* 2025 Jul;23(4):551-68
- [Schroeder et al., 2012] Schroeder E, Petrou S, Patel N, *et al.* Birthplace in England Collaborative Group. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2012 Apr 18;344:e2292
- [Schroeder et al., 2014] Schroeder E, Petrou S, Hollowell J, *et al.* *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: decision analytic model*. Birthplace in England research programme. Final report part 7. Southampton: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2014

- [Schroeder et al., 2017] Schroeder L, Patel N, Keeler M, *et al.* The economic costs of intrapartum care in Tower Hamlets: A comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery* 2017 Feb;45:28-35
- [Xie et al., 2023] Xie F, Shemilt I, Vale L, *et al.* GRADE guidance 23: considering cost-effectiveness evidence in moving from evidence to health-related recommendations. *J Clin Epidemiol* 2023 Oct;162:135-144

Allegato

Allegato. Parto in ambiente extra-ospedaliero. Questionario di rilevazione dei dati

Le domande contrassegnate dall'asterisco () sono con compilazione obbligatoria.*

* Obbligatoria

1. Nome e Cognome dell'ostetrica

*

2. Indirizzo email dell'ostetrica

*

3. Associazione di appartenenza dell'ostetrica

4. Numero Identificativo [IL NUMERO E' ASSEGNATO DALL'OSTETRICA CHE COMPILA LA SCHEDA] *

Immetti un numero maggiore di 0

5. Età della donna *

Immetti un numero minore o uguale a 55

6. Scolarità della donna

- ☐ Licenza media
- ☐ Diploma superiore
- ☐ Laurea

7. Cittadinanza della donna
*

- ☐ Italiana
- ☐ Straniera

8. Indicare nazionalità

9. Ausl di appartenenza della donna

*

- ☐ Piacenza
- ☐ Parma
- ☐ Reggio Emilia
- ☐ Modena
- ☐ Bologna
- ☐ Imola
- ☐ Forlì
- ☐ Ravenna
- ☐ Rimini
- ☐ Cesena
- ☐ Ferrara
- ☐ Fuori Regione

10. Luogo del parto previsto *

- ☐ Domicilio
- ☐ Casa di maternità

11. Professionista che ha seguito la donna durante la gravidanza precedentemente alla presa in carico

*

- ☐ Ostetrica consultoriale
- ☐ Ostetrica libero-professionista
- ☐ Medico consultoriale
- ☐ Medico libero-professionista

☐

Altro

12. Domanda di rimborso presentata all'Azienda

*

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ No, Servizio Pubblico

13. Domanda accettata dall'Azienda

*

- ☐ Sì
- ☐ No

14. Indicare la motivazione per cui la domanda non è stata accettata

*

15. La donna è stata ugualmente presa in carico?

*

☐ Sì

☐ No

16. Settimana di presa in carico

*

Immetti un numero maggiore di 0

17. Numero di visite durante la gravidanza

*

Immetti un numero maggiore di 0

18. Numero totale di gravidanze pregresse

*

Immetti un numero maggiore o uguale a 0

19. Numero totale di parti a termine pregressi

*

Immetti un numero maggiore o uguale a 0

20. Numero di parti pretermine pregressi

*

Immetti un numero maggiore o uguale a 0

21. Numero totale di aborti pregressi

*

Immetti un numero maggiore o uguale a 0

22. Numero di figli partoriti [comprese eventuali MEF]

*

Immetti un numero maggiore o uguale a 0

23. Vaccinazioni eseguite durante la gravidanza

*

☐ Anti-pertosse

☐ Anti-influenzale

☐ Anti-Covid-19

☐ Nessuna

☐

Altro

24. Diagnosi prenatale

*

- ☐ Test combinato
- ☐ Dna fetale / NIPT
- ☐ Amniocentesi
- ☐ Villocentesi
- ☐ Nessuna diagnosi prenatale

25. Esclusione prima del travaglio

*

- ☐ Sì
- ☐ No

26. Motivi di esclusione prima del travaglio

*

- ☐ Prom>24h
- ☐ Liquido tinto
- ☐ Oligoidramnios (MF< 2cm)
- ☐ Anomalia della presentazione
- ☐ Gravidanza < 37+0 settimane o > 41+6
- ☐ Alterata velocimetria arteria ombelicale
- ☐ Ritardo crescita o misurazione fondo-sinfisi < 10° percentile
- ☐ Malformazioni fetali
- ☐ Macrosomia fetale
- ☐ Condizioni materne
- ☐ Richiesta materna
- ☐
- Altro

27. Settimana età gestazionale di inizio travaglio

*

Immetti un numero maggiore di 0

28. Data di inizio travaglio

*



Formato: M/g/aaa

29. La donna è stata ricoverata in travaglio?

*

☐ Sì

☐ No

30. Durata del periodo dilatante

*

Inserire la durata in formato numerico (ore.minuti) hh.mm ([http://hh.mm](#)).

Il valore deve essere un numero

31. Durata del periodo espulsivo

*

Inserire la durata in formato numerico (ore.minuti) hh.mm ([http://hh.mm](#)).

Il valore deve essere un numero

32. Posizione prevalente in travaglio

*

☐ Eretta

☐ Supina

☐ Decubito laterale

☐ Accucciata

☐ Carponi

☐ Sgabello

☐

Altro

33. Uso acqua in travaglio (doccia o vasca)

*

☐ Sì

☐ No

34. Parto in acqua

*

☐ Sì

☐ No

35. Durata del secondamento

*

Inserire la durata in formato numerico (ore.minuti) hh.mm (<http://hh.mm>).

Il valore deve essere un numero

36. Perdita ematica *

☐ $\leq 500\text{ml}$

☐ $>500\text{ml} - <1000\text{ml}$

☐ $\geq 1000\text{ml}$

37. Uso di ossitocina per profilassi emorragia post-partum

*

☐ Sì

☐ No

38. Lacerazione vagino-perineale *

- ☐ No
- ☐ Sì, 1° grado
- ☐ Sì, 2° grado
- ☐ Sì, 3° grado
- ☐ Sì, 3° grado complicato

39. Episiotomia *

- ☐ Sì
- ☐ No

40. Sutura *

- ☐ Sì
- ☐ No

41. Data del parto *

Immetti la data (dd/MM/yyyy)

42. Ora del parto *

Inserire la durata in formato numerico (ore.minuti) [hh.mm](#)

Il valore deve essere un numero

43. Apgar 1' *

Il valore deve essere un numero

44. Apgar 5' *

Il valore deve essere un numero

45. Apgar 10' *

Il valore deve essere un numero

46. Rianimazione neonatale: ventilazione con maschera e Ambu *

☐ Sì

☐ No

47. E' stato effettuato *

☐ un solo ciclo di ventilazione di 30 secondi

☐ più di un ciclo di ventilazione di 30 secondi

48. Massaggio cardiaco *

☐ Sì

☐ No

49. E' stata effettuata la chiamata al 118? *

☐ Sì

☐ No

50. A quanti minuti dalla nascita è iniziata la prima manovra rianimatoria? *

Il valore deve essere un numero

51. A quanti minuti dalla nascita è comparso il primo respiro spontaneo? *

Il valore deve essere un numero

52. Peso del neonato (espresso in gr.) *

Il valore deve essere un numero

53. Profilassi vitamina K *

- ☐ Sì orale
- ☐ Sì intramuscolo
- ☐ No, per scelta familiare
- ☐ No, altre motivazioni

54. Profilassi oculare *

- ☐ Sì
- ☐ No, per scelta familiare
- ☐ No, altre motivazioni

55. Screening metabolico *

- ☐ Sì
- ☐ No

56. Se No, indicare le motivazioni *

Inserisci la risposta

57. Prelievo funicolo per emogruppo Rh neonatale in madri Rh-negativo

- ☐ Sì
- ☐ No

58. Immunoprofilassi per fattore Rh

- ☐ Sì
- ☐ No, perché madre e neonato sono Rh negativo
- ☐ No, perché madre Rh positivo
- ☐ No, scelta materna

59. E' stata eseguita entro le 72ore dal parto? *

- ☐ Sì
- ☐ No

60. Se No, indicare la motivazione *

Inserisci la risposta

61. Numero dei controlli a domicilio dopo il parto *

Immetti un numero maggiore di 0

62. In quale giornata dal parto è avvenuta l'ultima visita? *

Il valore deve essere un numero

63. Visita pediatrica *

☐ Sì

☐ No

64. A quante ore dal parto *

Il valore deve essere un numero

65. La donna è stata ricoverata nel post-partum *

☐ Sì

☐ Sì (Esclusivamente per seguire il ricovero del neonato)

☐ No

66. Motivo per cui la donna è stata ricoverata *

- ☐ Lacerazione vagino-perineale o cervicale che richiede intervento medico
- ☐ Mancato o incompleto secondamento
- ☐ Iperpiressia
- ☐ Atonia uterina
- ☐ Rialzo pressorio
- ☐ Altro

67. Il neonato è stato ricoverato? *

- ☐ Sì
- ☐ Sì (esclusivamente per seguire il ricovero materno)
- ☐ No

68. A quante ore dalla nascita è avvenuto il trasferimento neonatale: *

- ☐ Entro 2 ore dal parto
- ☐ Fra 2 e 24 ore dal parto
- ☐ Oltre 24 ore dal parto

69. Diagnosi di dimissione della madre *

Inserisci la risposta

70. Data di dimissione della madre *

Immetti la data (dd/MM/yyyy)



71. Fase di travaglio al trasferimento *

- ☐ Prodromi
- ☐ Travaglio attivo
- ☐ Periodo espulsivo

72. Motivo prevalente del trasferimento *

- ☐ Distocia dinamica
- ☐ Alterazione battito fetale
- ☐ Distocia meccanica
- ☐ Liquido tinto
- ☐ Iperpiressia materna
- ☐ Malposizione fetale
- ☐ Richiesta di analgesia epidurale
- ☐ Altro

73. Come è avvenuto il trasferimento? *

- ☐ Ambulanza
- ☐ Mezzo privato

74. L'ostetrica che ha trasferito la donna è potuta rimanere a sostegno della donna anche dopo il ricovero? *

- ☐ Sì
- ☐ No

75. Per quali motivi? *

Inserisci la risposta

76. Esito del parto in ospedale *

- ☐ Vaginale spontaneo
- ☐ Vaginale operativo
- ☐ Taglio cesareo

77. Lacerazione vagino-perineale *

- ☐ Sì
- ☐ No

78. Grado di lacerazione *

- ☐ 1°
- ☐ 2°
- ☐ 3°
- ☐ 3° complicato

79. Perdita ematica *

- ☐ $\leq 500\text{ml}$
- ☐ $> 500\text{ml} - < 1000\text{ml}$
- ☐ $\geq 1000\text{ml}$

80. Apgar 1' *

Il valore deve essere un numero

81. Apgar 5' *

Il valore deve essere un numero

82. Apgar 10' *

Il valore deve essere un numero

83. Rianimazione neonatale *

- ☐ Sì
- ☐ No

84. Ricovero in TIN *

- ☐ Sì
- ☐ No

85. Per quale motivo è stato ricoverato in TIN? *

- ☐ Distress respiratorio
- ☐ Tremori
- ☐ Cianosi
- ☐ Ipotonia
- ☐ APGAR <7 a 5'
- ☐ Malformazione rilevata o sospetta
- ☐ Altro

86. Allattamento alla dimissione *

- ☐ Solo latte materno
- ☐ Complementare-misto
- ☐ Solo formula artificiale

87. Diagnosi di dimissione della madre *

Inserisci la risposta

88. Data di dimissione della madre *

Immetti la data (dd/MM/yyyy)



89. Diagnosi di dimissione del neonato *

Inserisci la risposta

90. Data di dimissione del neonato *

Immetti la data (dd/MM/yyyy)



