

# Nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, in Italia

Marta Campiotti<sup>1</sup>, Rita Campi<sup>2</sup>,  
Michele Zanetti<sup>2</sup>, Paola Olivieri<sup>1</sup>,  
Alice Faggianelli<sup>1</sup>, Maurizio Bonati<sup>2</sup>

1. Associazione Nazionale Culturale Ostetriche  
Parto a Domicilio e Casa Maternità,  
Induno Olona (VA), Italia

2. Laboratorio per la Salute Materno Infantile,  
Dipartimento di Salute Pubblica, IRCCS – Istituto  
di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano  
maurizio.bonati@marionegri.it

## ABSTRACT

### Low-risk births planned out-of-hospital in Italy

*The majority of pregnancies among healthy women are normal, and births can take place without unnecessary obstetrical interventions. In a few countries with upper-middle resources, out-of-hospital birth has therefore returned as an alternative to hospital birth. In Italy the out-of-hospital birth rate is low (<0.01). Findings document, for the first time in Italy, that older age, multiparity, a high level of education, being married and/or cohabiting with a partner with a high level of education, and living in a small town were factors that increased the probability of having a birth out-of-hospital. The risks of hospitalization for women with low-risk pregnancies, and their babies, within the first week of delivery were very low (8 of 424 mothers, and 1 of 484 neonates). Birthing out-of-hospital among women with low-risk pregnancies is possible and safe if appropriate care is guaranteed.*

► **Key words.** *Out-of-hospital birth | home delivery | delivery practices | planned birth | midwifery | Italy.*

## RIASSUNTO

La maggior parte delle gravidanze è fisiologica e le nascite possono avvenire senza eccessiva medicalizzazione. In alcuni paesi con risorse medio-alte, la nascita fuori dall'ospedale è quindi tornata come alternativa al parto in ospedale. In Italia il tasso di natalità fuori dall'ospedale è basso (<0,01). I risultati documentano, per la prima volta in Italia, che l'età avanzata, la multiparità, l'alto livello di istruzione, essere sposati e/o conviventi con un partner con un alto livello di istruzione e vivere in una piccola città sono fattori che aumentano la probabilità di avere una nascita a casa o in casa di maternità. I rischi di ospedalizzazione per le donne con gravidanze a basso rischio e i loro bambini, entro la prima settimana di parto, sono stati molto bassi (8 su 424 madri e 1 su 484 neonati). Il parto fuori dall'ospedale tra le donne con gravidanze a basso rischio è possibile e sicuro se è garantita un'appropriate assistenza.

► **Parole chiave.** Parto extra-ospedaliero | parto a domicilio | protocollo del parto | nascita pianificata | ostetricia | Italia.

## INTRODUZIONE

Dopo la seconda metà del secolo scorso, nella maggior parte dei paesi con risorse adeguate, si è passati dal parto in casa al parto in ospedale. Questo cambiamento e le migliorate condizioni di vita hanno contribuito alla diminuzione della mortalità perinatale, neonatale e materna. Il rapido sviluppo delle tecnologie mediche e la disponibilità di maggiori conoscenze e risorse

hanno portato alla sovra-medicalizzazione di quelli che un tempo erano considerati eventi naturali e fisiologici, come il parto, in particolare quello a basso rischio. Quindi, sebbene la nascita in ospedale sia la norma culturale, negli ultimi decenni in alcuni paesi, c'è stato un ritorno al nascere in casa con un aggiornamento delle linee guida sul parto<sup>1-3</sup>. Sono poche le ricerche sinora condotte sulla sicurezza del parto fuori dall'ospedale<sup>4-6</sup>.

Nei paesi ad alto reddito le percentuali di parto programmato fuori dall'ospedale (nascite destinate a verificarsi in casa o presso casa di maternità) sono basse anche se variano ampiamente, con la percentuale più alta nei Paesi Bassi, dove in passato quasi il 30% di tutti i bambini nasceva a casa e la nascita a casa è sempre stata parte integrante del percorso nascita. Ora anche le donne nei Paesi Bassi hanno la possibilità di partorire in una casa di maternità (un ambiente familiare), così l'11,4% delle nascite si è verificato in questo contesto e il 16,3% in casa<sup>7</sup>. In Galles, Inghilterra, Scozia, Islanda e Svizzera i tassi di natalità fuori dall'ospedale sono solo dell'1-3%, mentre negli altri paesi europei i tassi sono nettamente inferiori all'1%. Negli Stati Uniti il tasso è intorno all'1,5%<sup>8</sup>. Non ci sono statistiche ufficiali in Italia, e il tasso riportato è intorno allo 0,06%<sup>9</sup>. È stato quindi condotto uno studio per: 1) descrivere le caratteristiche delle donne e del parto, gli esiti delle nascite programmate fuori dall'ospedale, confrontando anche i parti a domicilio e quelli in casa di maternità; 2) confrontare le caratteristiche delle donne che partoriscono fuori dall'ospedale rispetto ad analoghe nascite in ospedale.

*In Italia non ci sono statistiche ufficiali; il tasso di parti fuori dall'ospedale riportato è di 0,06%.*

## METODI

### Progettazione dello studio

L'Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Casa Maternità è una rete nazionale di ostetriche qualificate che forniscono assistenza e supporto alle donne in stato di gravidanza e ai loro bambini, prima, durante e dopo il parto. Lavorano in privato, al di fuori del Sistema Sanitario Nazionale. Aiutano la nascita a casa o in un'unità privata gestita da ostetriche (casa di maternità). L'Associazione è stata fondata nel 1981 dalle prime ostetriche italiane che rispondevano in modo nuovo alla richiesta delle donne di partorire nella propria abitazione in sicurezza e serenità. Tutte le ostetriche che aderiscono all'Associazione hanno il mandato di assistere le donne che soddisfano i criteri di eleggibilità per la nascita fuori dall'ospedale come definito dalle linee guida nazionali e internazionali<sup>10-12</sup>. Pertanto, solo le donne senza malattie significative che si sono verificate durante la gravidanza, con un'età gestazionale di 37-42 settimane di gravidanza compiute, con presentazione cefalica, costituiscono la popolazione target. Sono state valutate tutte le informazioni delle nascite avvenute fuori dall'ospedale tra il 2014 e il 2016, raccolte nel database dell'Associazione. Sono stati analizzati i dati delle donne che hanno pianificato le nascite a domicilio rispetto ai parti programmati in casa di maternità. Inoltre, è stato condotto uno studio caso-controllo per confrontare le donne che hanno partorito in un luogo extra-ospedaliero con donne che hanno partorito in ospedale. L'intero campione di 424 donne che hanno partorito fuori dall'ospedale ha formato il gruppo di studio (casi). Dal database Cedap (Certificato di assistenza al

*Le ostetriche dell'Associazione hanno il mandato di assistere le donne che desiderano partorire in casa e ne soddisfano i criteri di eleggibilità.*

## RICERCA SUL CAMPO

parto) della Regione Lombardia, contenente informazioni sull'attività ospedaliera fornita a ciascun paziente da qualsiasi ospedale o clinica inclusa nel Sistema Sanitario Regionale, è stato estratto un gruppo di controllo (1:5) comprendente un campione casuale di 2120 donne italiane di età  $\geq 18$  anni che hanno partorito nell'ospedale nel 2014 un neonato di  $\geq 2500$ - $\leq 4000$  g, con un parto spontaneo singolo, dopo una gravidanza fisiologica. Il gruppo di controllo è stato appaiato per età materna ed età gestazionale, con l'area di residenza (comune) quando possibile, a ciascuno dei casi.

### Analisi statistiche

Le variabili categoriche sono state riassunte utilizzando le proporzioni e le associazioni testate utilizzando il chi-quadro o il test esatto di Fisher, ove applicabile. Le variabili continue sono state riassunte utilizzando medie e deviazioni standard per i dati normalmente distribuiti, mentre i dati delle distribuzioni non normali sono stati riassunti utilizzando le mediane. Un test *t* indipendente a due code è stato utilizzato per testare la differenza di medie per variabili continue normalmente distribuite e il test *U* di Mann-Whitney per variabili continue non normali. Per identificare i fattori di rischio del parto extra-ospedaliero sono stati calcolati i rischi relativi (RR) utilizzando il modello di regressione logistica binomiale. La significatività statistica è stata valutata utilizzando un intervallo di confidenza del 95% e un valore *p* a due code di  $< 0,05$ . Nelle analisi bivariate dello studio caso-controllo, sono stati calcolati gli odds ratio (OR) tra le donne con parto extraospedaliero e le donne con parto in ospedale per le diverse categorie delle variabili esplicative. È stato calcolato il rapporto di probabilità con un intervallo di confidenza del 95%<sup>12</sup>. Nell'analisi multivariata è stata utilizzata l'analisi di regressione logistica. Tutte le operazioni di gestione e analisi dei dati sono state eseguite con l'utilizzo del software SAS (SAS, Institute Inc., Cary, NC, USA).

## RISULTATI

Sono stati raccolti i dati di 424 donne italiane che hanno partorito fuori dall'ospedale, 321 (76%) a domicilio e 103 (24%) presso una casa di maternità. La maggior parte dei parti (79,0%) ha avuto luogo nel Nord Italia. L'età media delle madri e dei padri era 33,6 (deviazione standard 4,7) e 37,0 (5,6) anni (tabella I).

Le madri avevano un livello di istruzione superiore rispetto ai padri e i padri occupati erano di più (99%) rispetto alle madri (78%). La distribuzione delle madri per parità, età al primo parto e livello di istruzione era diversa tra le madri che hanno partorito a domicilio e quelle che hanno partorito in casa di maternità. Nel modello di regressione multivariata, essere primipara e avere il primo figlio in età  $\geq 35$  anni era associato a una probabilità doppia di partorire in una casa di maternità rispetto a domicilio (RR 1,89, IC 95% 1,11-3,21; 2,29, 1,10-4,77). Delle 247 donne con parti precedenti, la maggioranza (63%) aveva precedentemente partorito in un ospedale e la maggior parte aveva avuto un parto vaginale (91,9%) (tabella II).

La maggior parte delle donne con parti precedenti che avevano avuto un parto a domicilio (76%) aveva partorito in un ospedale, mentre circa la metà delle donne che avevano partorito in una casa di maternità (51,2%)

*Il campione dell'analisi è composto da 424 donne italiane che hanno partorito fuori dall'ospedale: 321 a domicilio e 103 in una casa di maternità.*

## M. Campiotti, et al.: Nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, in Italia

**Tabella I.** Caratteristiche delle donne e dei loro partner che hanno partorito a casa e in casa di maternità.

	Donne che hanno partorito a casa (N= 321)	Donne che hanno partorito in casa di maternità (N= 103)	Totale (N= 424)	F o RR per parto a casa	P-Value o (IC 95%)
<b>Caratteristiche della madre</b>					
<i>Età in anni (media ± DS)</i>	33,5 ± 4,6	33,9 ± 4,9	33,6 ± 4,7	F=1,13	0,41
18-24	9 (2,8)*	3 (2,9)	12 (2,8)	0,98	(0,70-1,37)
25-34	171 (53,3)	52 (50,5)	223 (52,6)	1,00	Riferimento
≥35	141 (43,9)	48 (46,6)	189 (46,6)	0,97	(0,87-1,09)
<b>Comuni di residenza</b>					
Grande	117 (42,1)	41 (50,0)	158 (43,9)	1,00	Riferimento
Media	111 (39,9)	21 (25,6)	132 (36,7)	1,14	(1,01-1,28)
Piccola	50 (18,0)	20 (24,4)	70 (19,4)	0,96	(0,81-1,15)
Missing	43	21	64		
<b>Stato civile</b>					
Sposata e/o convivente	229 (71,3)	74 (71,8)	303 (71,4)	1,00	Riferimento
Altro	92 (28,8)	29 (28,2)	121 (28,6)	1,25	(1,10-1,42)
<b>Numero di figli</b>					
Uno	100 (32,9)	51 (54,3)	151 (37,9)	1,00	Riferimento
Due o più	204 (67,1)	43 (45,7)	247 (62,1)	1,25	(1,10-1,42)
Missing	17	9	26		
<b>Prima gravidanza &gt;35 anni</b>					
Sì	22 (6,9)	20 (19,4)	42 (9,9)	0,67	(0,50-0,90)
No	299 (93,1)	83 (80,6)	382 (90,1)	1,00	Riferimento
<b>Istruzione</b>					
Scuole Medie Inferiori	5 (1,6)	3 (2,9)	8 (1,9)	1,00	Riferimento
Scuole Medie Superiori	102 (31,9)	29 (28,2)	131 (31,0)	1,25	(0,72-2,15)
Laurea	214 (66,6)	71 (68,6)	285 (67,1)	1,20	(0,70-2,06)
<b>Professione</b>					
Occupata	246 (76,6)	85 (82,4)	331 (78,0)	1,00	Riferimento
Non occupata	75 (23,4)	18 (17,6)	93 (22,0)	1,08	(0,96-1,22)
<b>Reddito (€)</b>					
< 20.000	41 (15,1)	10 (10,5)	51 (13,9)	1,00	Riferimento
20-29.000	109 (40,1)	33 (34,7)	142 (38,7)	0,95	(0,81-1,12)
≥ 30.000	122 (44,9)	52 (54,7)	174 (47,4)	0,57	(0,74-1,03)
Missing	49	8	57		
<b>Tipo di alimentazione</b>					
Onnivora	238 (74,1)	80 (77,7)	318 (75,0)	1,00	Riferimento
Altro	83 (25,9)	23 (22,3)	106 (25,0)	1,05	(0,93-1,18)
<b>Fumo</b>					
Sì	10 (3,1)	7 (6,8)	17 (4,0)	0,77	(0,52-1,15)
No	311 (96,9)	96 (93,2)	407 (96,0)	1,00	Riferimento
<b>Caratteristiche del partner</b>					
<i>Età in anni (mediana ± DS)</i>	36,7 ± 5,5	37,7 ± 6,2	37,0 ± 5,6	F=1,27	0,12
<b>Livello di educazione</b>					
Scuole Medie Inferiori	25 (7,9)	8 (7,9)	33 (7,9)	1,00	Riferimento
Scuole Medie Superiori	134 (42,5)	47 (46,5)	181 (43,5)	0,98	(0,79-1,21)
Laurea	156 (49,5)	46 (45,5)	202 (48,6)	1,02	(0,83-1,25)
Missing	6	2	8		
<b>Professione</b>					
Occupato	312 (98,7)	101 (100,0)	413 (99,0)	1,00	Riferimento
Non occupato	4 (1,3)	0	4 (1,0)	1,32	(1,25-1,40)
Missing	5	2	7		

\*(%)

## RICERCA SUL CAMPO

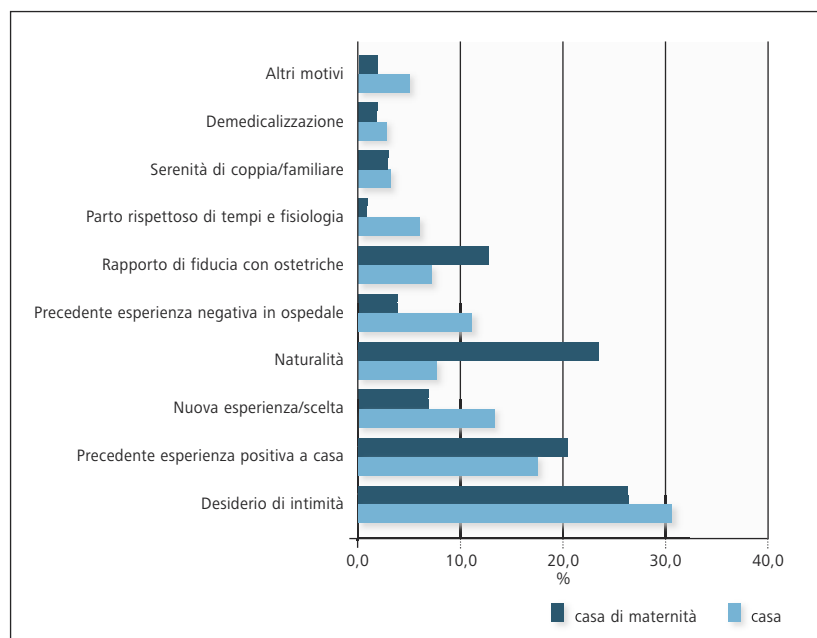
**Tabella II.** Dati sulla gravidanza delle donne che hanno partorito a casa o in una casa di maternità e che hanno avuto una gravidanza precedente.

	Donne che hanno partorito a casa (N= 204)	Donne che hanno partorito in casa di maternità (N= 43)	Totale (N= 247)	RR per parto a casa	P-Value o IC (95%)
<i>Luogo del parto</i>					
Casa	9 (4,4)*	22 (51,2)	31 (12,6)	1,00	Riferimento
Casa di maternità	58 (28,6)	2 (4,7)	60 (24,4)	3,32	(1,52-5,70)
Ospedale	136 (67,0)	19 (44,2)	155 (63,0)	3,02	(1,74-5,26)
<i>Modalità del parto</i>					
Parto vaginale	185 (91,1)	41 (95,3)	226 (91,9)	1,00	Riferimento
Taglio cesareo	18 (8,9)	2 (4,7)	20 (8,1)	1,10	(0,99-1,29)

\*(%)

aveva precedentemente partorito in casa. Il desiderio di intimità è stato indicato da un quarto delle madri come motivazione per partorire fuori dall'ospedale (figura 1).

Le precedenti esperienze positive a casa e il desiderio di una nuova esperienza/scelta erano gli altri motivi frequenti per giustificare la scelta di partorire a casa, mentre il desiderio di naturalezza e il rapporto di fiducia con le ostetriche erano i motivi principali per scegliere di partorire in una casa di maternità. La posizione più frequentemente utilizzata dalle donne per il parto a domicilio era a carponi, mentre, per il parto in casa di maternità era accovacciata (tabella III).

**Figura 1.** Alcune motivazioni sulla scelta del parto a domicilio.

## M. Campiotti, et al.: Nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, in Italia

**Tabella III.** Caratteristiche delle donne che hanno partorito a casa e in casa di maternità.

	Donne che hanno partorito a casa (N= 321)	Donne che hanno partorito in casa di maternità (N= 103)	Totale (N= 424)	F o RR per parto a casa	P-Value o (IC 95%)
<b>Relative alla nascita</b>					
Età gestazionale, settimane (mediana; DS)	39,6; 1,0	39,7; 0,9	39,7; 1,0	Z=0,75	0,45
Peso alla nascita, g (media ± DS)	3419,6 ± 451,4	3397,1 ± 392,8	3414,1 ± 437,3	F=1,32	0,22
<i>Piccolo per età gestazionale</i>					
Sì	23 (7,2)*	14 (13,6)	37 (8,7)	0,81	(0,62-1,04)
No	298 (92,8)	89 (86,4)	387 (91,3)	1,00	Riferimento
<i>Posizione al parto</i>					
Semisdraiata	46 (14,3)	30 (29,1)	76 (17,9)	0,94	(0,75-1,17)
Accovacciata	75 (23,4)	41 (39,8)	116 (27,4)	1,00	Riferimento
In ginocchio	18 (5,6)	1 (1,0)	19 (4,5)	1,47	(1,23-1,74)
Carponi	130 (40,5)	16 (15,5)	146 (34,4)	1,38	(1,19-1,59)
Sul fianco	32 (10,0)	15 (14,6)	47 (11,1)	1,05	(0,83-1,34)
Altro	20 (6,2)	0	20 (4,7)	+Inf	-
<i>Numero di ostetriche presenti alla nascita</i>					
1	23 (7,2)	1 (1,0)	24 (5,7)	1,29	(1,16-1,42)
2 o più	298 (92,8)	102 (99,0)	400 (94,3)	1,00	Riferimento
Clampaggio del funicolo, min (media ± DS)	84,2 ± 106,7	88,8 ± 44,8	85,3 ± 95,4	F=1,25	0,1817
<i>Utilizzo di agenti uterotonici</i>					
Sì	98 (30,5)	45 (43,7)	143 (24,3)	1,43	(1,09-1,88)
No	223 (69,5)	58 (56,3)	281 (75,7)	1,00	Riferimento
<i>Lotus</i>					
Sì	76 (23,7)	27 (26,2)	103 (24,3)	0,97	(0,85-1,10)
No	245 (76,3)	76 (73,8)	321 (75,7)	1,00	Riferimento
<i>Allattamento esclusivo a 20 gg</i>					
Sì	314 (93,7)	100 (97,1)	414 (94,6)	1,00	Riferimento
No	7 (2,2)	3 (2,9)	10 (2,4)	0,92	(0,61-1,39)
<b>Esiti dopo la nascita</b>					
<i>Perdita ematica</i>					
≤500 ml	292 (91,0)	97 (94,2)	389 (91,7)	1,00	Riferimento
>500 ml	29 (9,0)	6 (5,8)	35 (8,3)	1,61	(0,65-3,98)
<i>Lacerazioni perineali, grado</i>					
No	171 (53,3)	57 (55,3)	228 (53,8)	1,00	Riferimento
1st	103 (32,1)	33 (32,0)	136 (32,1)	1,01	(0,89-1,14)
2nd	45 (14,0)	12 (11,7)	57 (13,4)	1,05	(0,90-1,23)
3rd	0	0	0	-	-
4th	0	0	0	-	-
<i>Ospedalizzazione della madre (entro una settimana dal parto)</i>	1	0	1	-	-
<i>Ospedalizzazione del neonato (entro una settimana dal parto)</i>	8	0	8	-	-

\*(%)

## RICERCA SUL CAMPO

Il parto assistito da due o più ostetriche era leggermente più frequente in casa di maternità, così come l'uso di un agente uterotonico (principalmente ossitocina) alla nascita. Nessuno degli altri parametri ostetrici e neonatali monitorati differiva tra le due pratiche di parto. Non è stata osservata alcuna rottura perineale di 3° o 4° grado nella popolazione studiata e sono state eseguite solo due episiotomie. Entro una settimana dal parto, una madre e otto neonati sono stati ricoverati in ospedale, tutti dopo aver partorito a casa, e tutti sono stati dimessi dall'ospedale dopo pochi giorni. Il luogo di residenza, un'età superiore a 35 anni, essere primipara, avere un alto livello di istruzione, essere sposata e/o convivente con un partner con un alto livello di istruzione erano fattori che aumentavano la probabilità di avere un parto fuori dall'ospedale (tabella IV). Nel modello di regressione multivariata, i fattori significativi nella scelta di partorire fuori dall'ospedale erano vivere in una piccola città (OR 2,27, IC 95% 1,59-3,25) e un livello secondario o superiore di istruzione dei genitori (per ciascuno stratificazione OR > 2). Essere primipara era leggermente significativo (1,48; 1,11-2,00), anche per determinare la scelta di partorire in una casa di maternità.

## DISCUSSIONE

La popolazione arruolata in questo primo studio italiano corrisponde al 47% dei parti nazionali previsti nel periodo considerato per tutte le cause di parto extraospedaliero. Considerando che la popolazione indagata è stata limitata alle sole nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, i risultati sono rappresentativi. Avere più di 35 anni, essere pluripare, con un altro grado di scolarità, sposato e/o convivente con un compagno con un alto livello di istruzione e vivere in una piccola città sono stati i fattori che hanno aumentato la probabilità di avere una nascita fuori dall'ospedale in Italia. Essere primipara ha aumentato la probabilità di partorire in casa di maternità rispetto a quello a domicilio. I risultati sono in linea con precedenti studi condotti in diversi paesi europei, nonché negli Stati Uniti e in Canada<sup>13-17</sup>. Tra le ragioni che influenzano le donne nella pianificazione del luogo di nascita sono le attitudini culturali, il credo religioso e la precedente esperienza di nascita<sup>18-21</sup>. Questi motivi sono validi in paesi con caratteristiche simili e con alte e medie risorse. Nel Sud del mondo, dove i tassi di natalità fuori dall'ospedale sono elevati, la povertà, l'accesso agli ospedali e la mancanza di mezzi di trasporto verso la struttura più vicina determinano la scelta<sup>22-23</sup>. Purtroppo, come in paesi simili<sup>24</sup>, il tasso di nascite extraospedaliere in Italia è basso, quindi è difficile ottenere grandi numerosità da valutare. La forza dello studio è stata la sua capacità di ottenere, per la prima volta e utilizzando un rigoroso processo di raccolta dei dati, informazioni dettagliate sulle nascite fuori dall'ospedale in Italia per una ampia popolazione monitorata in modo formale, aggiornate e con un protocollo di assistenza condiviso sul monitoraggio della gravidanza, il lavoro e gli esiti neonatali.

*Attitudini culturali, credo religioso e precedente esperienza di parto/nascita sono le ragioni che influiscono maggiormente sulla pianificazione del luogo di nascita.*

## CONCLUSIONI

Le nascite fuori dall'ospedale in donne con gravidanze a basso rischio sono possibili e sicure, se pianificate e monitorate da assistenti al parto fuori dall'ospedale ben qualificati ed esperti che seguono un protocollo di assistenza formale, aggiornato e basato sull'evidenza e garantendo un rapido trasferimento delle cure a servizi ostetrici ospedalieri quando richiesto. **R&P**

## M. Campiotti, et al.: Nascite a basso rischio programmate fuori dall'ospedale, in Italia

**Tabella IV.** Caratteristiche delle donne che hanno partorito a domicilio e delle donne che hanno partorito in ospedale.

	Donne che hanno partorito a domicilio (N = 424)	Donne che hanno partorito in ospedale (N = 2120)	F o RR per parto a domicilio	P-Value o (IC 95%)
<b>Caratteristiche delle donne</b>				
<i>Età della madre (media ± DS)</i>	33,6 ± 4,7	33,5 ± 4,9	<i>F=1,087</i>	<i>0,28</i>
18-24	12 (2,8)*	112 (5,3)	<i>0,54</i>	<i>(0,29-0,99)</i>
25-34	223 (52,6)	1122 (52,9)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
≥35	189 (44,6)	886 (41,8)	<i>1,07</i>	<i>(0,87-1,33)</i>
<b>Luogo di residenza</b>				
Grande città	158 (43,9)	821 (38,7)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Media città	132 (36,7)	1041 (49,1)	<i>0,66</i>	<i>(0,51-0,85)</i>
Piccola città	70 (19,4)	258 (12,2)	<i>1,41</i>	<i>(1,03-1,93)</i>
Missing	64	0		
<b>Stato civile N (%)</b>				
Sposata e/o convivente	303 (71,4)	1410 (66,5)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Altro	121 (28,6)	710 (33,5)	<i>0,80</i>	<i>(0,63-1,00)</i>
<b>Numero di figli</b>				
Uno	151 (37,9)	585 (27,6)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Due o più	247 (62,1)	1535 (72,4)	<i>0,62</i>	<i>(0,50-0,78)</i>
Missing	26	0		
<b>Prima gravidanza &gt;35 anni di età</b>				
Sì	42 (9,9)	138 (6,2)	<i>1,58</i>	<i>(1,10-2,27)</i>
No	382 (90,1)	1982 (93,8)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
<b>Livello di educazione</b>				
Scuole Medie Inferiori	8 (1,9)	452 (21,3)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Scuole Medie Superiori	131 (31,0)	988 (46,6)	<i>7,49</i>	<i>(3,64-15,43)</i>
Laurea	285 (67,1)	680 (32,1)	<i>23,60</i>	<i>(11,57-48,12)</i>
<b>Professione</b>				
Occupata	331 (78,0)	1694 (79,9)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Non occupata	93 (22,0)	426 (20,1)	<i>1,12</i>	<i>(0,87-1,45)</i>
<b>Caratteristiche del partner</b>				
<b>Livello di educazione</b>				
Scuole Medie Inferiori	33 (7,9)	648 (30,6)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Scuole Medie Superiori	181 (43,5)	965 (45,5)	<i>3,68</i>	<i>(2,51-5,41)</i>
Laurea	202 (48,6)	466 (21,9)	<i>8,51</i>	<i>(5,78-12,53)</i>
Missing	8	41		
<b>Professione</b>				
Occupato	413 (99,0)	2112 (99,6)	<i>1,00</i>	<i>Riferimento</i>
Non occupato	4 (1,0)	8 (0,4)	<i>2,56</i>	<i>(0,77-8,53)</i>
Missing	7	0		

\*(%)



## RICERCA SUL CAMPO

## BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Pediatrics. Planned home birth. Committee on fetus and newborn. *Pediatrics* 2013; 131: 1016-20.
2. College of Midwives of British Columbia. Registrant's handbook: home birth standards. Available at: <http://cmbc.bc.ca/standards-policies-form/standards-policies-and-forms/> (ultimo accesso gennaio 2018).
3. National Institute for Health and Care Excellence. Last update 2017. Intrapartum care for healthy women and their babies during childbirth. (NICE) guideline (CG190). Available at: [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190) (ultimo accesso dicembre 2017).
4. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012; 9, CD000352.
5. Cheyney M. Understanding recent home-birth research: an interview with drs. Melissa Cheyney and Jonathan Snowden. *J Perinat Ed* 2016; 25: 80-6.
6. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Can Med Assoc J* 2016; 188: E80-90.
7. The European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) (ultimo accesso gennaio 2018).
8. MacDorman MF, Declercq E, Cabral H, Morton C. Recent increases in the U.S. Maternal mortality rate: disentangling trends from measurement issues. *Obstet Gynecol* 2016; 128: 447-55.
9. Campi R, Miglio D, Bonati M, Federico P, Nastasi M. Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita anno 2014. Regione Lombardia, Milano; 2016.
10. Associazione Nascere in Casa. Linee guida di assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e casa maternità. Revisione 2017; a cura di: Campiotti M, Dalle Pezze M, Forasacco L, Iop P, Montani M, Olivieri P, Pini A. [www.nascereacasa.it](http://www.nascereacasa.it) (ultimo accesso gennaio 2018).
11. National Institute for Health and Care Excellence. Last update 2017. Intrapartum care for healthy women and their babies during childbirth. (NICE) guideline (CG190). Available at: [www.nice.org.uk/guidance/cg190](http://www.nice.org.uk/guidance/cg190) (ultimo accesso gennaio 2018).
12. The Royal College of Midwives. Clinical practice and guidance. [www.rcm.org.uk/clinical-practice-and-guidelines](http://www.rcm.org.uk/clinical-practice-and-guidelines). 2016 (ultimo accesso gennaio 2018).
13. Rothman K. *Epidemiology*. An introduction. New York: Oxford University Press; 2002.
14. Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B, Rådestad IJ. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: A national register study. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1366-72.
15. 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.
16. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *J Obstet Gynaecol* 2015; 122: 720-8.
17. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, Ahmed RJ. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *Can Med Assoc J* 2016; 188: E80-90.
18. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2642-53.
19. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. How do pregnancy and birth experiences influence planned place of birth in future pregnancies? Findings from a longitudinal, narrative study. *Birth* 2015; 42: 141-8.
20. Halfdansson B, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Smarason AK, Sveinsdottir H. Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: a prospective cohort study. *Midwifery* 2016; 34: 95-104.
21. Happel-Parkins A, Azim KA. At pains to consent: a narrative inquiry into women's attempts of natural childbirth. *Women and Birth* 2016; 29: 310-20.
22. Moindi RO, Ngari MM, Nyambati VC, Mbakaya C. Why mothers still deliver at home: understanding factors associated with home deliveries and cultural practices in rural coastal Kenya, a cross-section study. *BMC Public Health* 2016; 16: 114.
23. Sarker BK, Rahman M, Rahman T, Hossain J, Reichenbach L, Mitra DK. Reasons for preference of home delivery with Traditional Birth Attendants (TBAs) in rural Bangladesh: a qualitative exploration. *PLoS One* 2016; 11: e0146161.
24. Halfdansson B, Smarason AK, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Sveinsdottir H. Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: a retrospective cohort study. *Birth* 2015; 42: 16-26.