

La nascita in Emilia-Romagna nel 2024

Bologna, 01.12.2025



Gravidanza e parto

Enrica Perrone

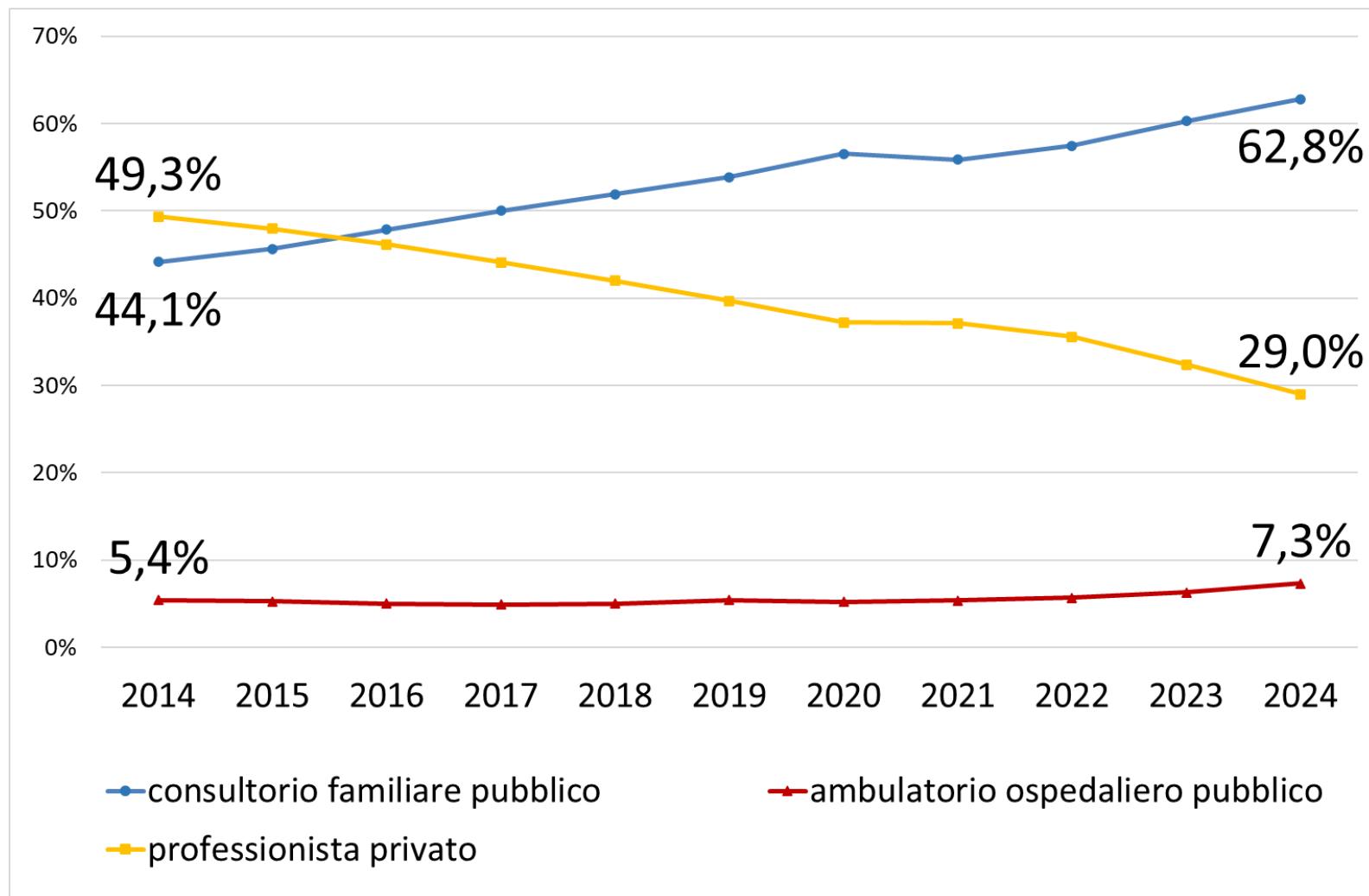


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

di cosa parleremo

- servizio pubblico e offerta assistenziale
- conduzione in autonomia ostetrica
- interventi medici in travaglio e parto
 - induzione di travaglio
 - taglio cesareo

servizio pubblico e assistenza in gravidanza



chi sceglie il servizio pubblico?

● OR agg* ● IC 95% min ● IC 95% max

multipare (rif)

nullipare

cittadinanza italiana (rif)

cittadinanza straniera

scolarità alta (rif)

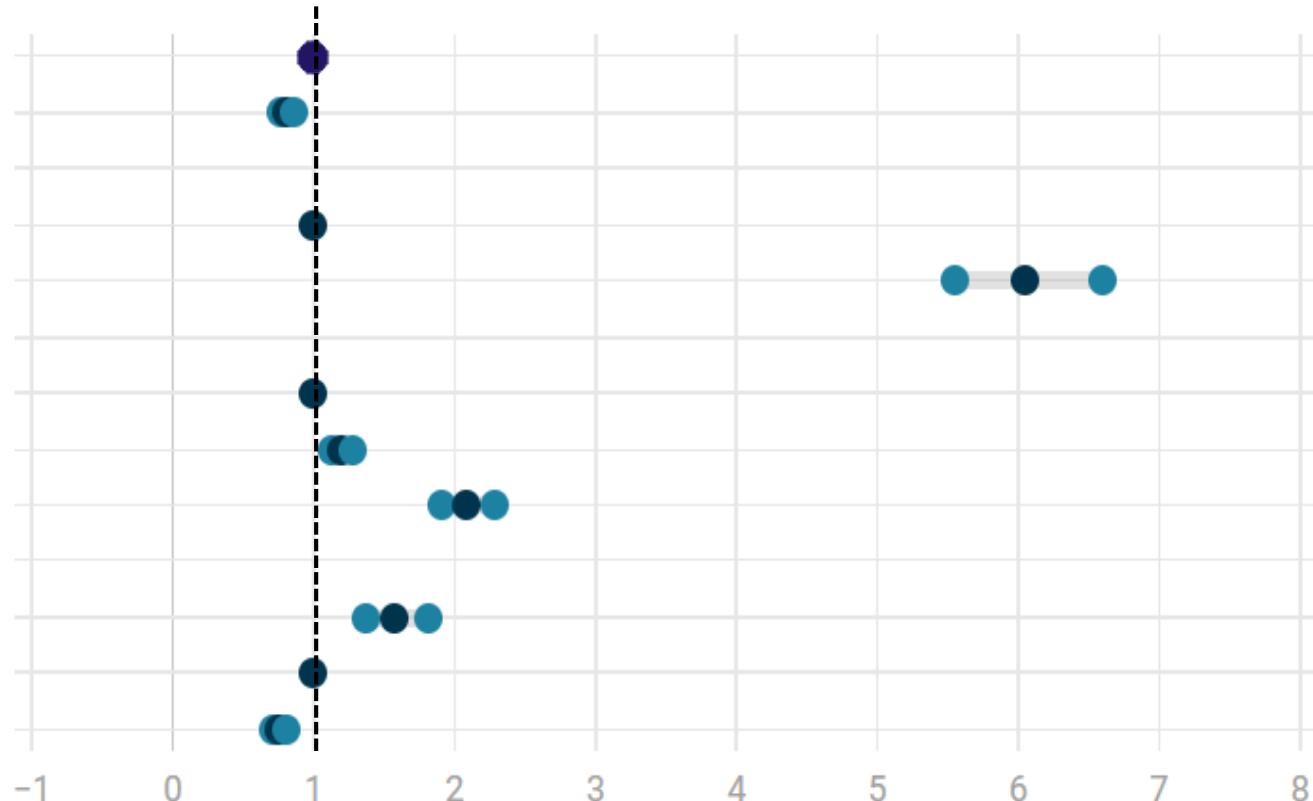
scolarità media

scolarità bassa

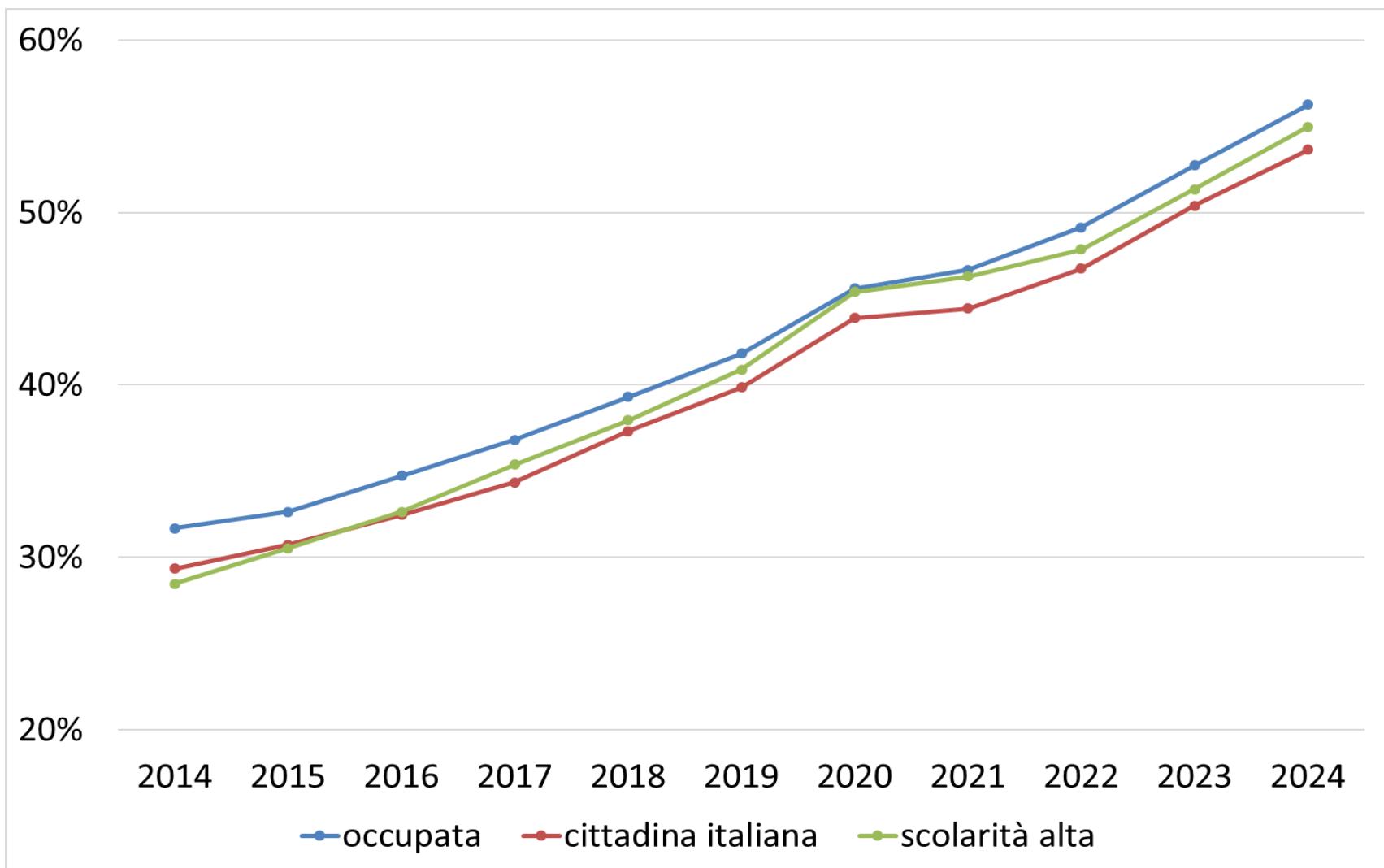
<25 anni

25-34 anni (rif)

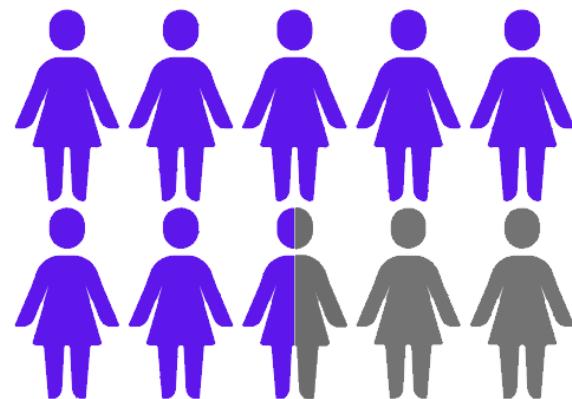
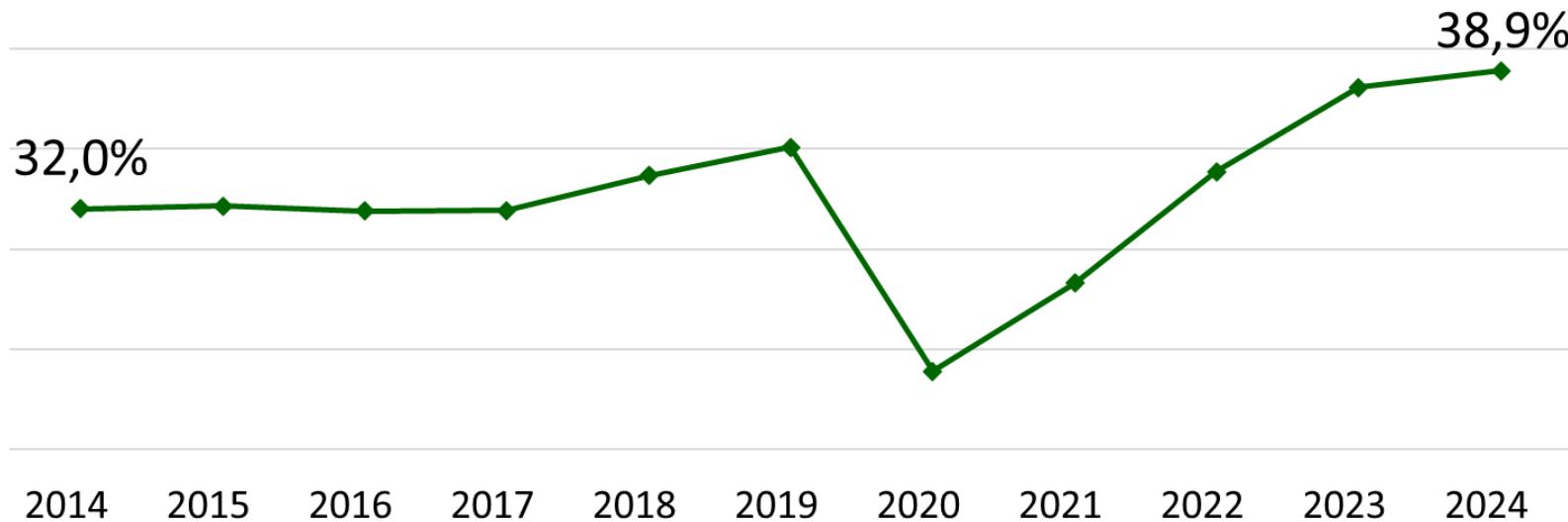
≥35 anni



profili di non vulnerabilità e consultorio

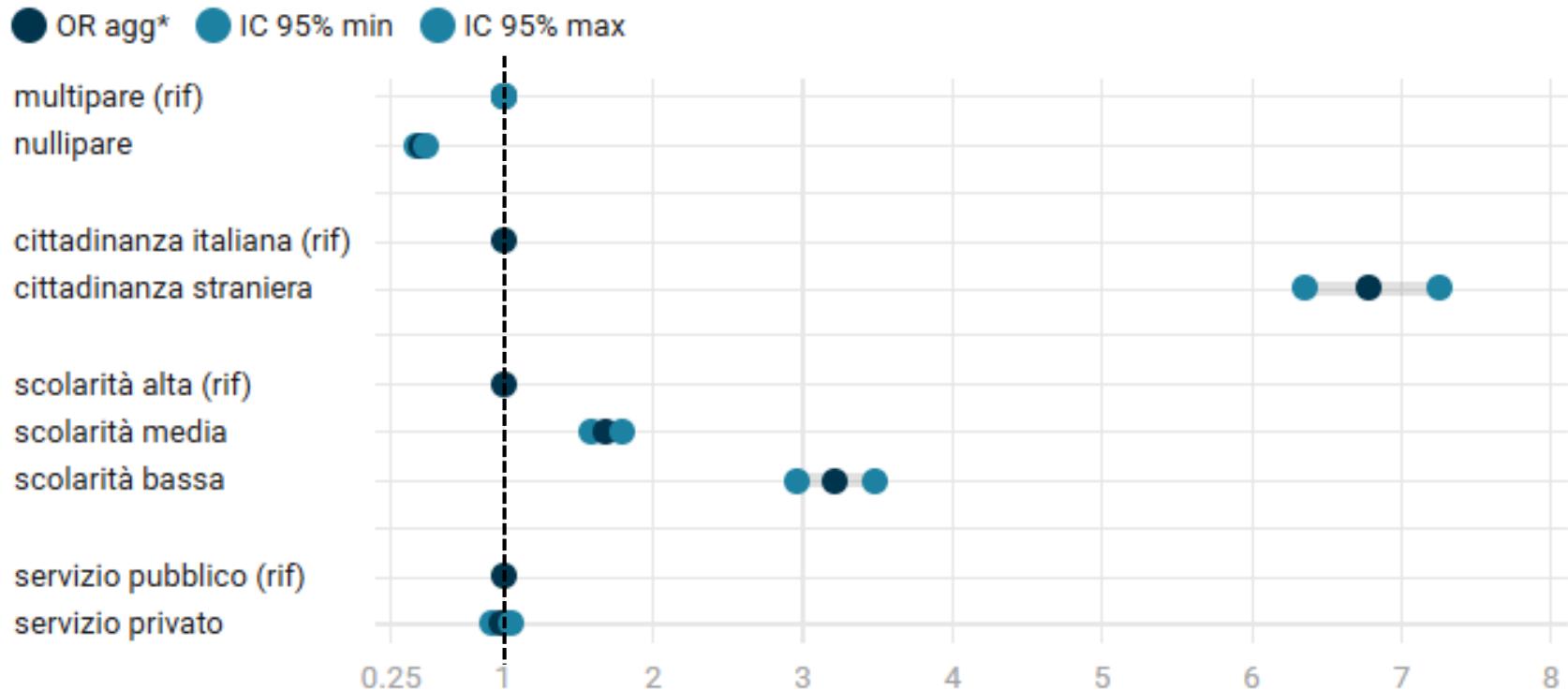


corsi di accompagnamento alla nascita



77% delle donne
partecipa ai corsi
offerti da CF

chi non partecipa ai CAN?



utilizzo servizi in gravidanza



Gravidanza fisiologica
SECONDA PARTE

Raccomandazioni

1. Il numero dei bilanci di salute da offrire in gravidanza non deve essere inferiore a otto.
2. I bilanci di salute devono essere effettuati preferibilmente in presenza, ma possono essere integrati con incontri per via telematica.

raccomandazioni forti, qualità delle prove molto bassa

almeno 8 visite/contatti prima visita <12⁺⁰w



42%

93%



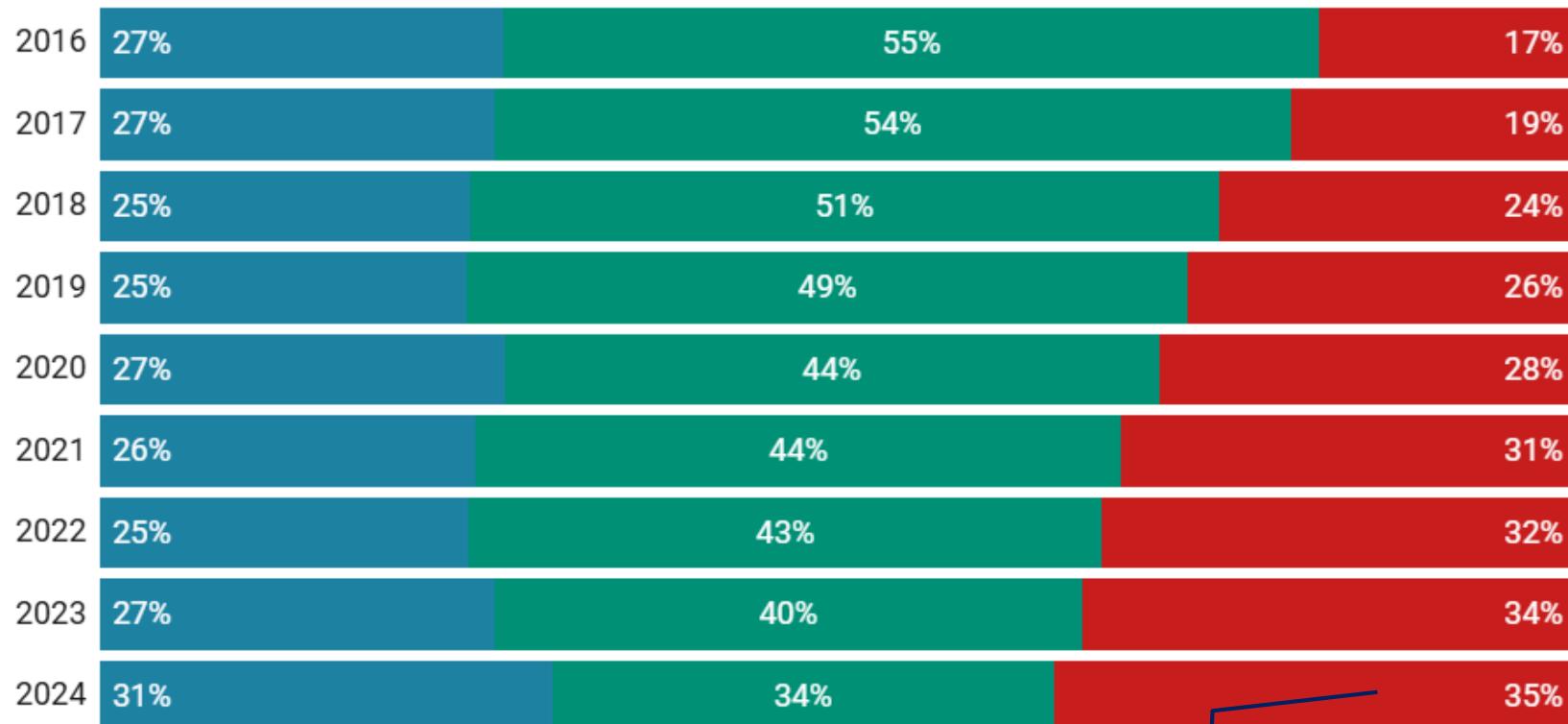
39%

92%



decorso della gravidanza

- gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica
- gravidanza fisiologica a conduzione medica
- gravidanza patologica



1 donna su 3 ha
gravidanza patologica



consultorio: decorso della gravidanza

- gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica
- gravidanza fisiologica a conduzione medica
- gravidanza patologica



- difformità offerta modello assistenziale a gestione ostetrica?
- criteri di categorizzazione non omogenei?

grav. patologica: condizione da monitorare



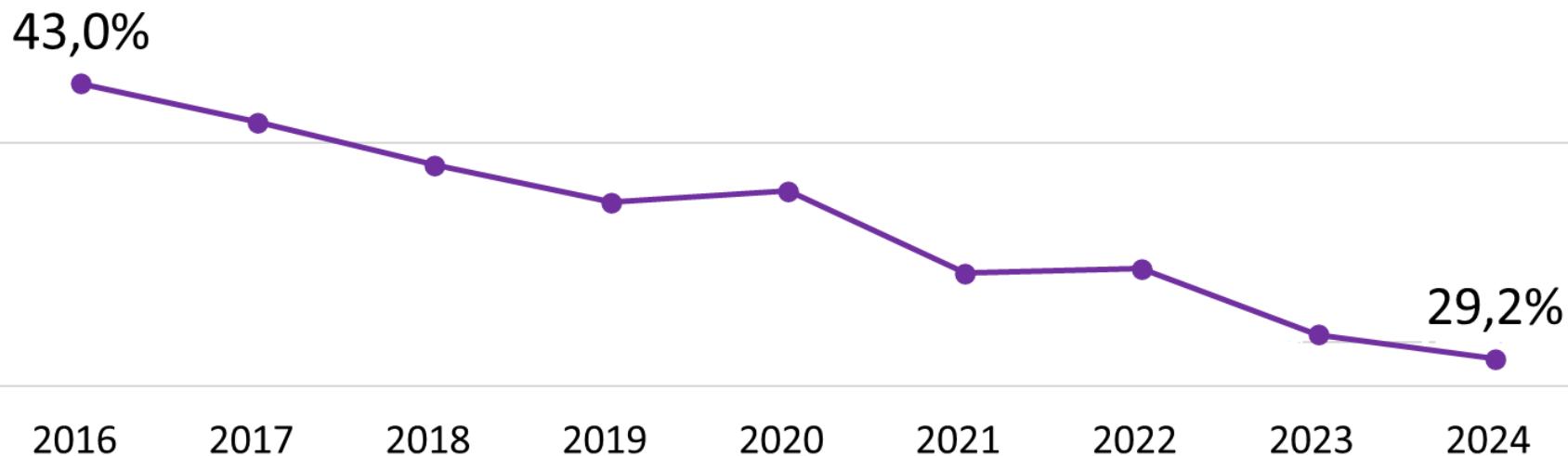
**Decreto 5 maggio 2025
Nuovo Certificato di assistenza al parto (Nuovo CEDAP)**

in vigore dal 1 gennaio 2026, contiene variabili su:

- *malattie materne pregravidiche*
- *malattie materne insorte in gravidanza*

.....

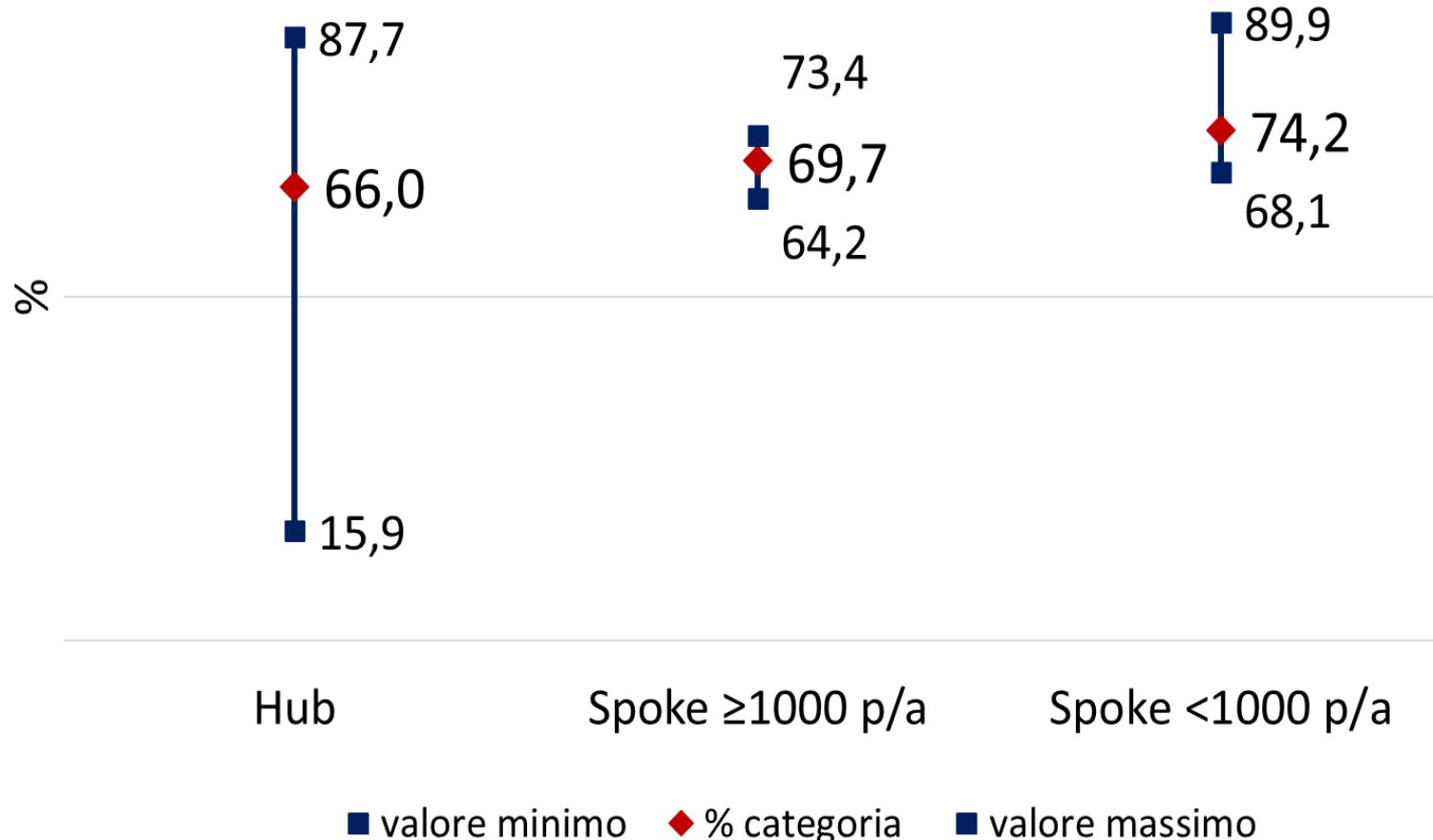
conduzione del travaglio in autonomia ostetrica



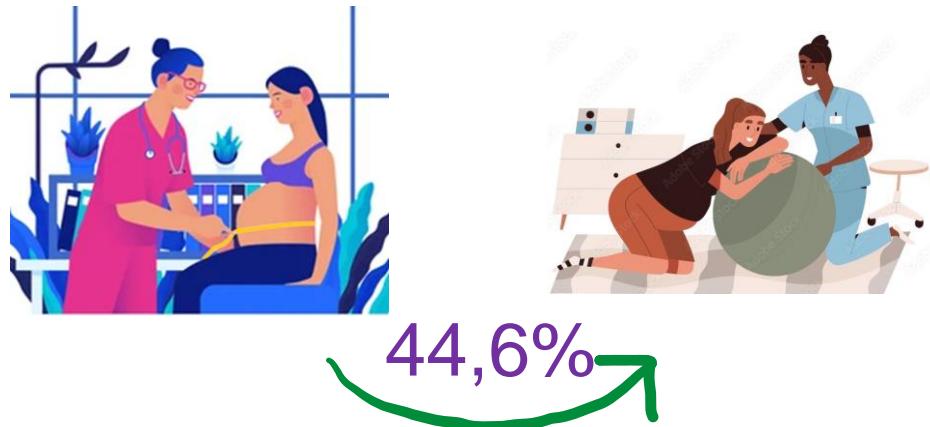
*travagli indotti o pilotati, episiotomia,
farmaci antalgici, parti operativi*

assistenza in autonomia ostetrica: **68,4%**

conduzione ostetricia in parti senza intervento medico



continuità assistenziale in autonomia ostetrica



gravidanza e travaglio di
parto a gestione ostetrica:
15,4% (*su tutti parti con
travaglio*)

gruppo di lavoro della CN:
«Autonomia ostetrica»



continuità assistenziale ostetrica



Gravidanza fisiologica
SECONDA PARTE

Raccomandazione

1. Il modello di continuità assistenziale a conduzione ostetrica (assistenza in gravidanza offerta dalla stessa professionista o gruppo di professioniste) **deve essere offerto** a tutte le donne con **gravidanza fisiologica**.

raccomandazione condizionata, qualità delle prove bassa

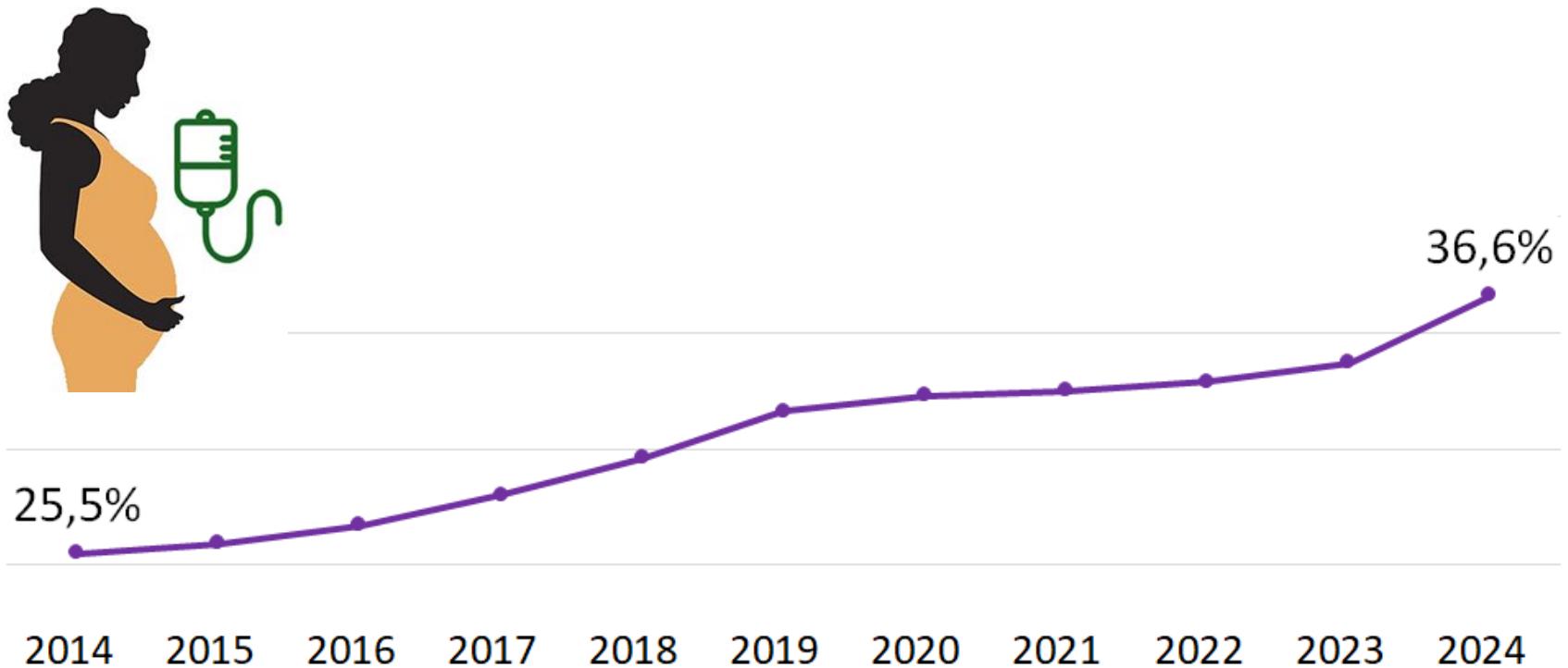
Raccomandazione

2. Il modello di continuità assistenziale a conduzione ostetrica (assistenza in gravidanza offerta dalla stessa professionista o gruppo di professioniste) **dovrebbe essere offerto** a tutte le donne in gravidanza, **indipendentemente dal livello di rischio**.

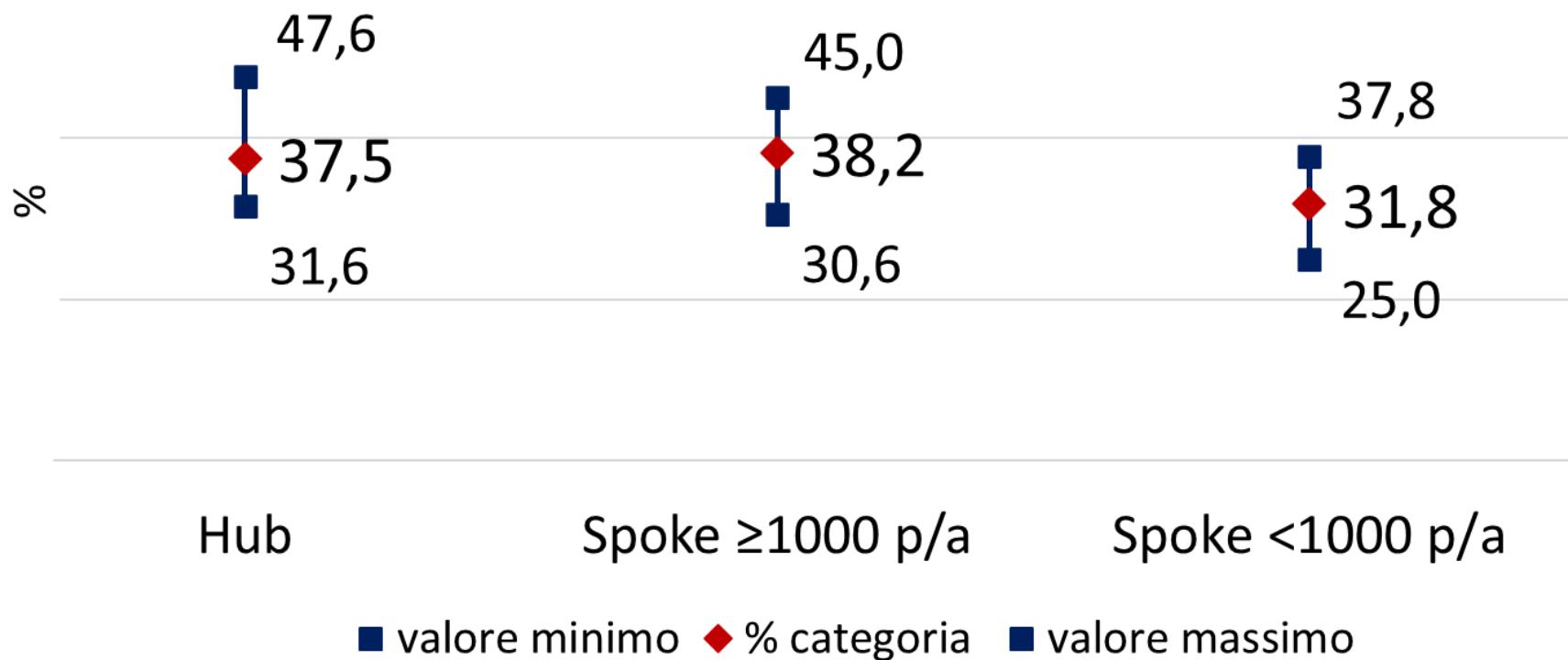
raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa



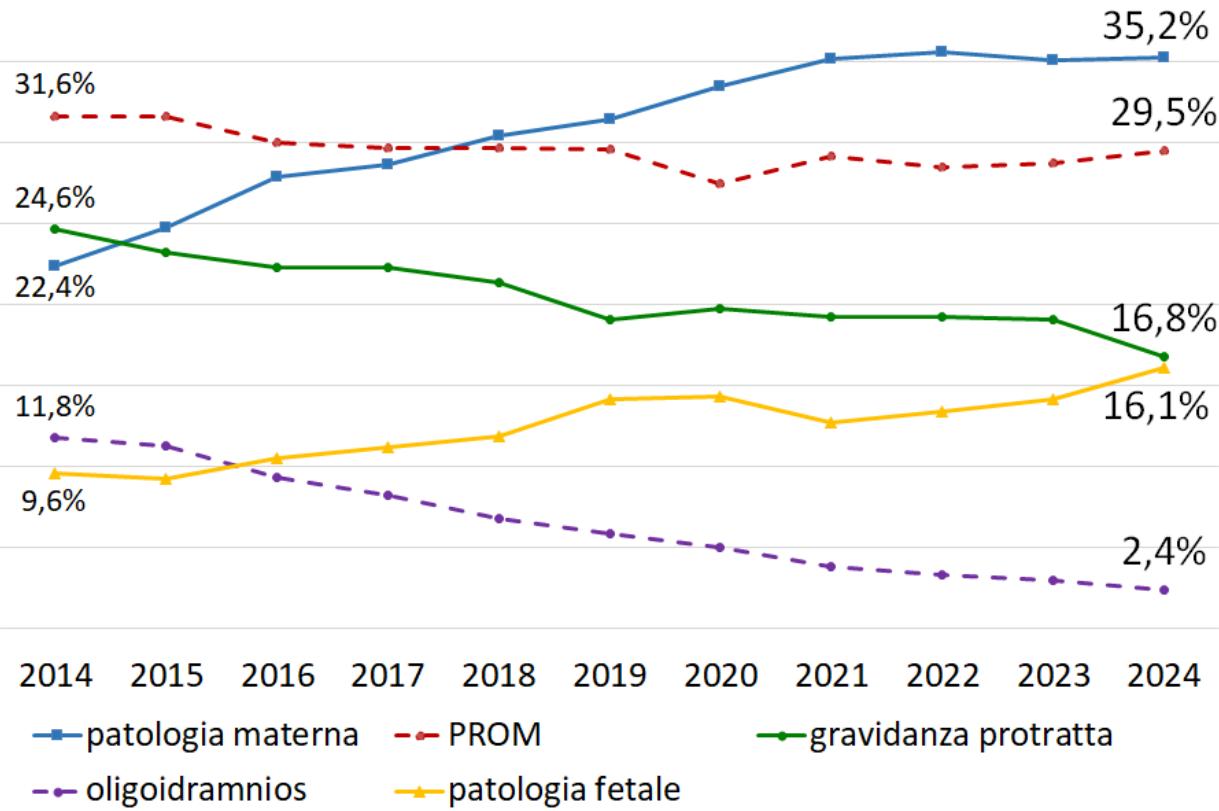
induzione del travaglio



induzione travaglio e categorie PN



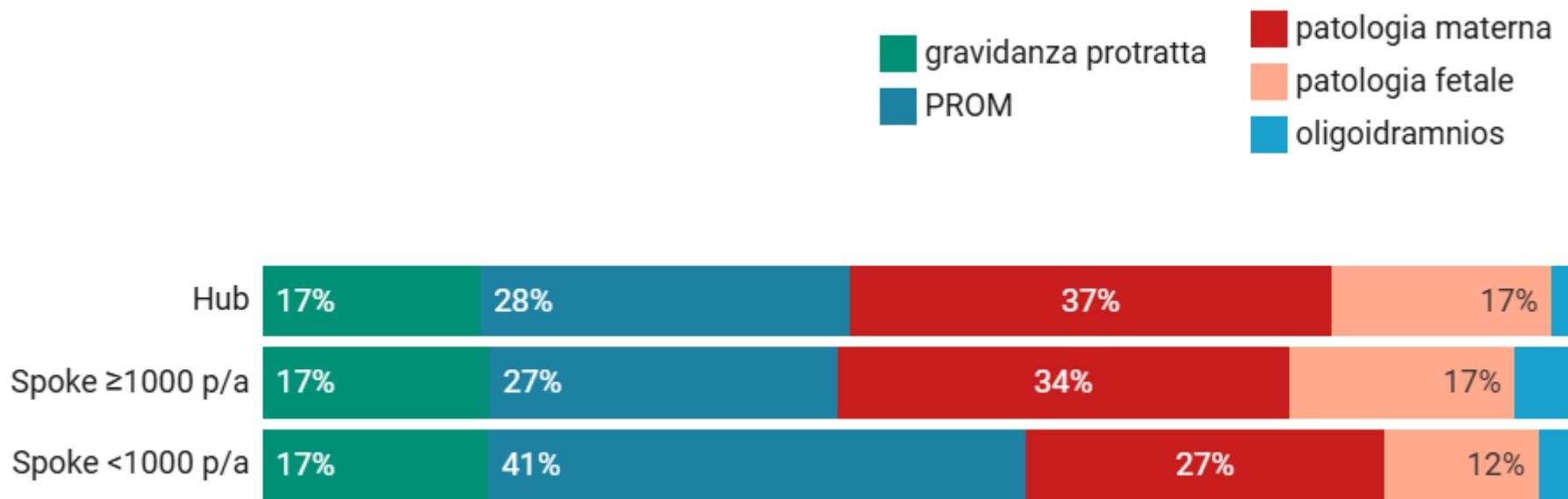
indicazione all'induzione



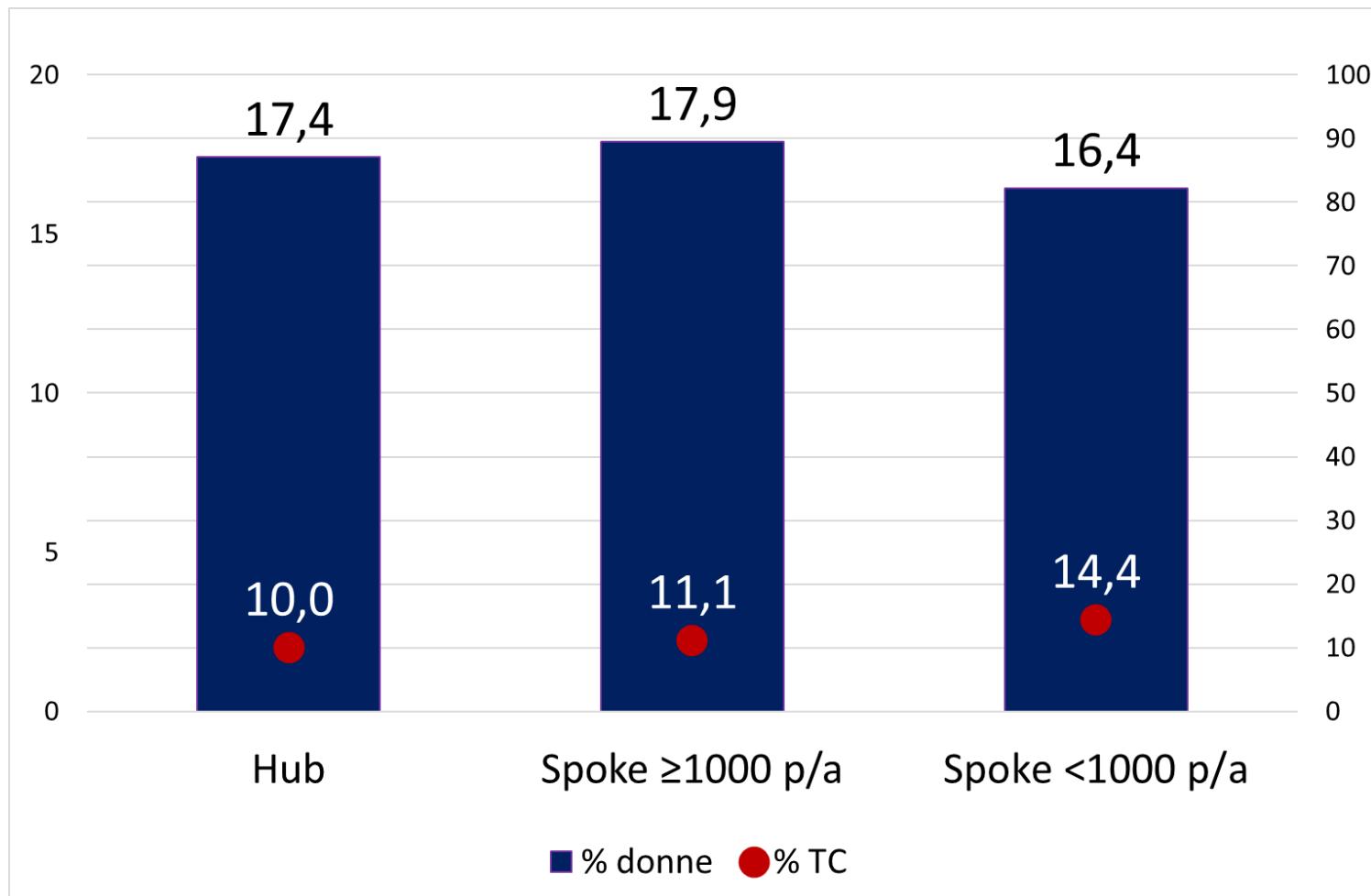
1 donna su 2 ha un travaglio indotto
per patologia materna o fetale



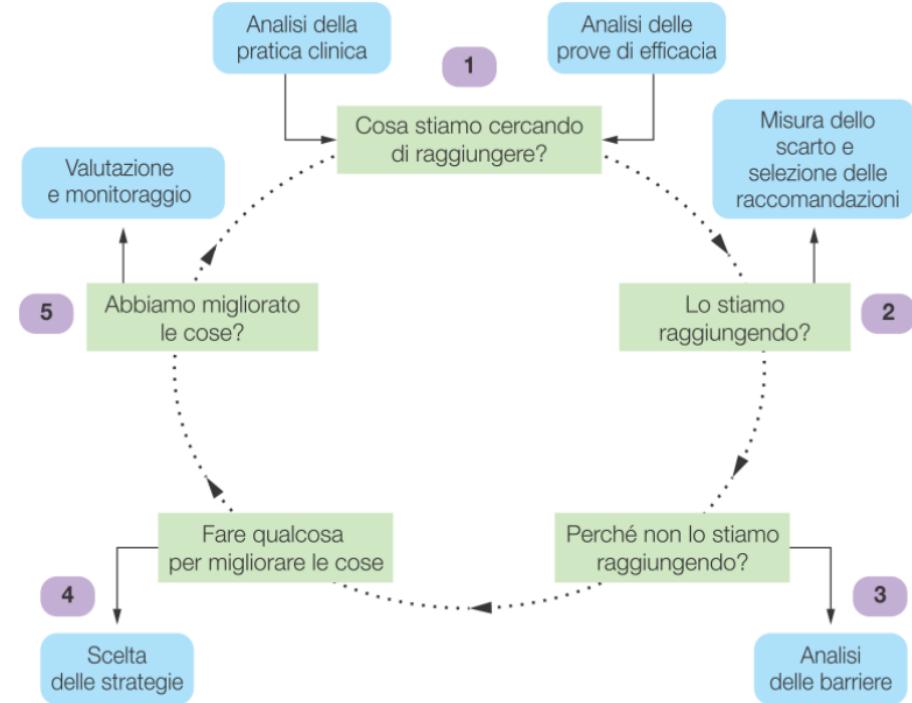
indicazione induzione e tipo PN



induzione e TC: classe IIa



analizzare il fenomeno



parto con taglio cesareo

26,9%

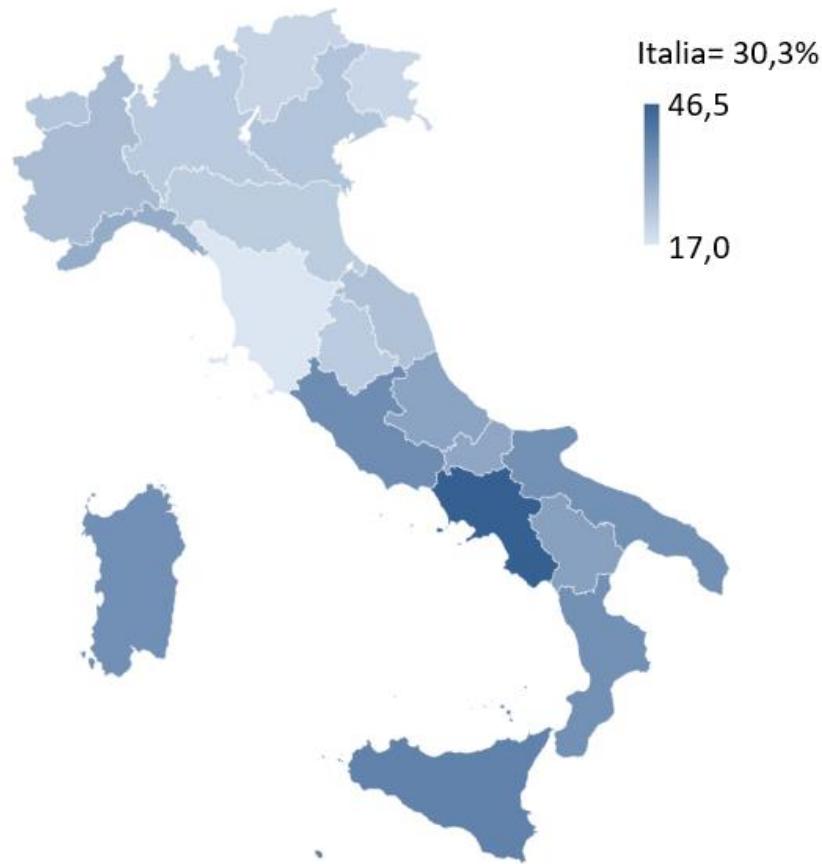
2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024



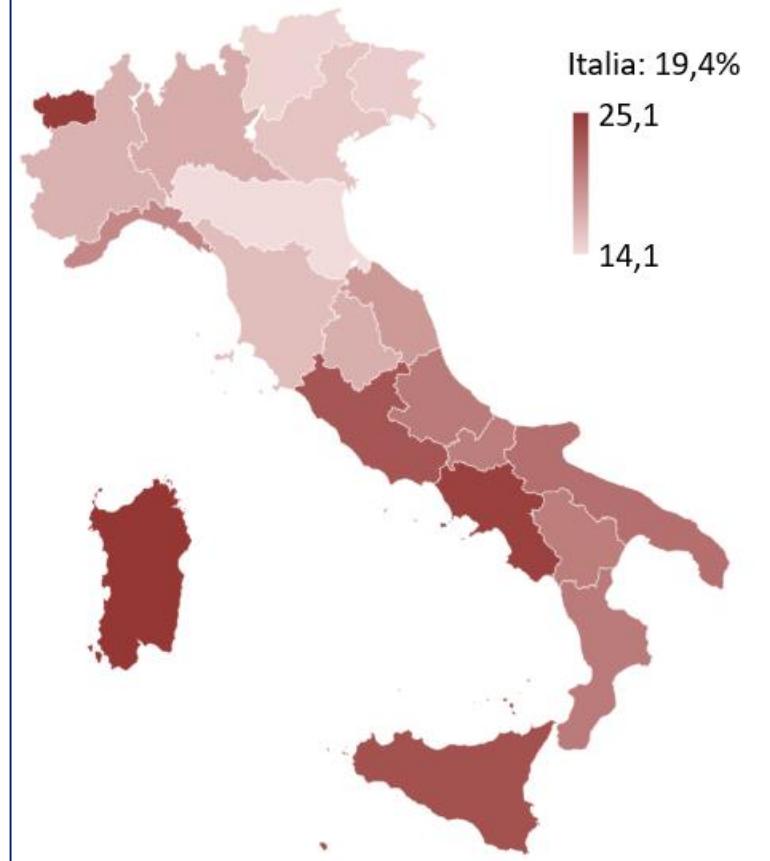
22,2%

parti con TC, 2023

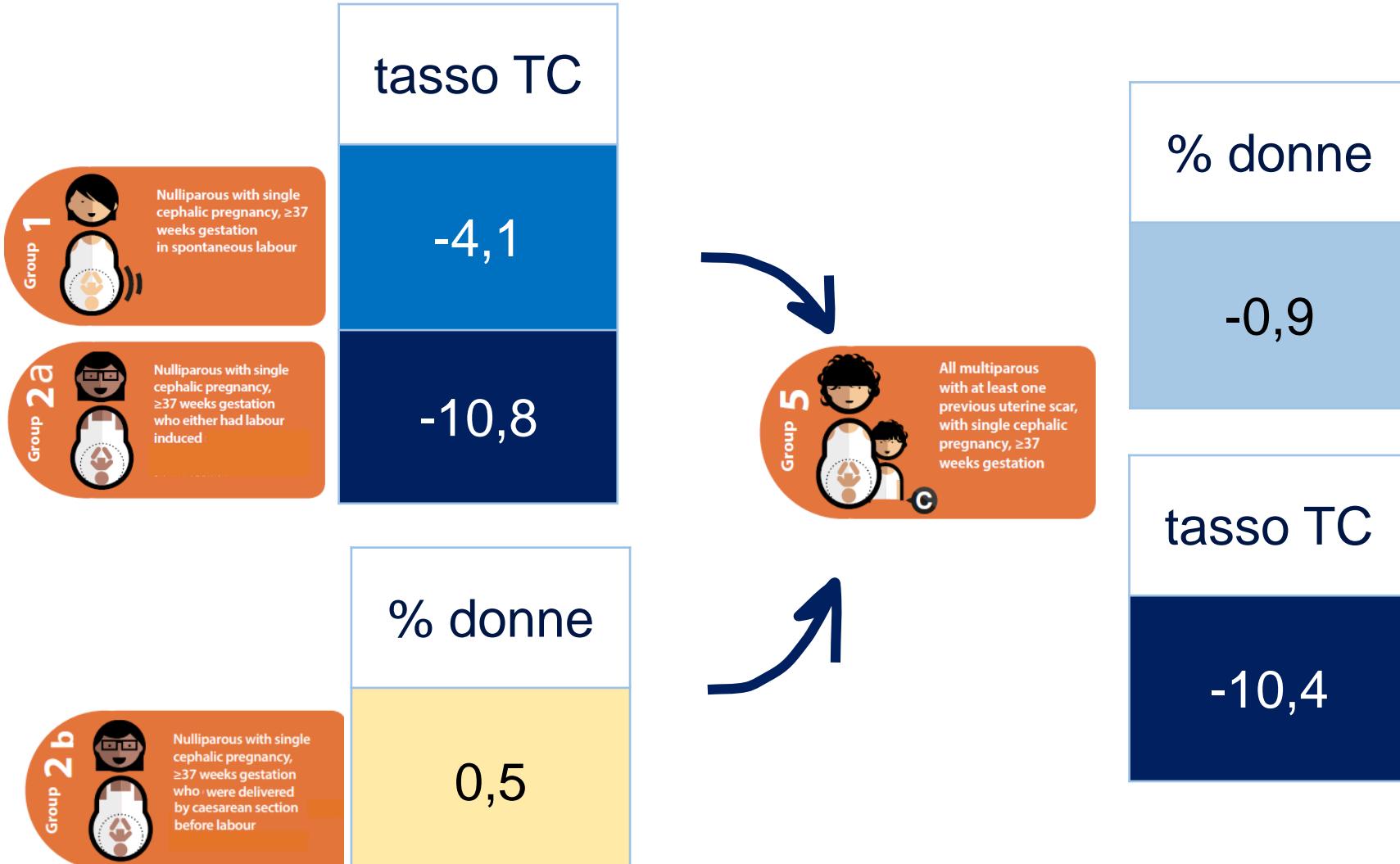
tasso TC, primari e ripetuti



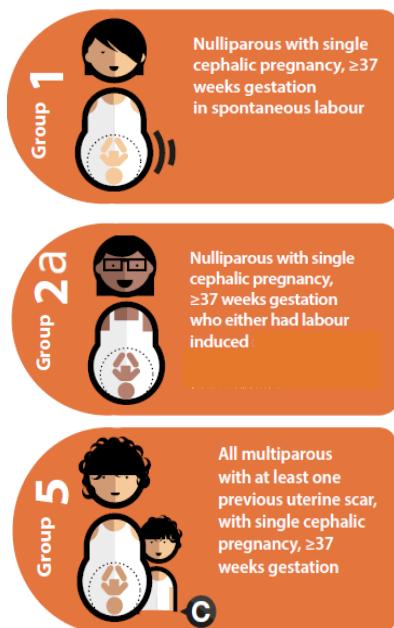
tasso TC primari



classi Robson: 2014-2024



Tasso TC e tipo PN, 2024



	Hub	Spoke ≥ 1000 p/a	Spoke < 1000 p/a	Totale E-R
Group 1	5,5	5,4	6,8	5,7
Group 2a	10,0	11,1	14,4	10,8
Group 5	71,0	68,6	72,4	70,8

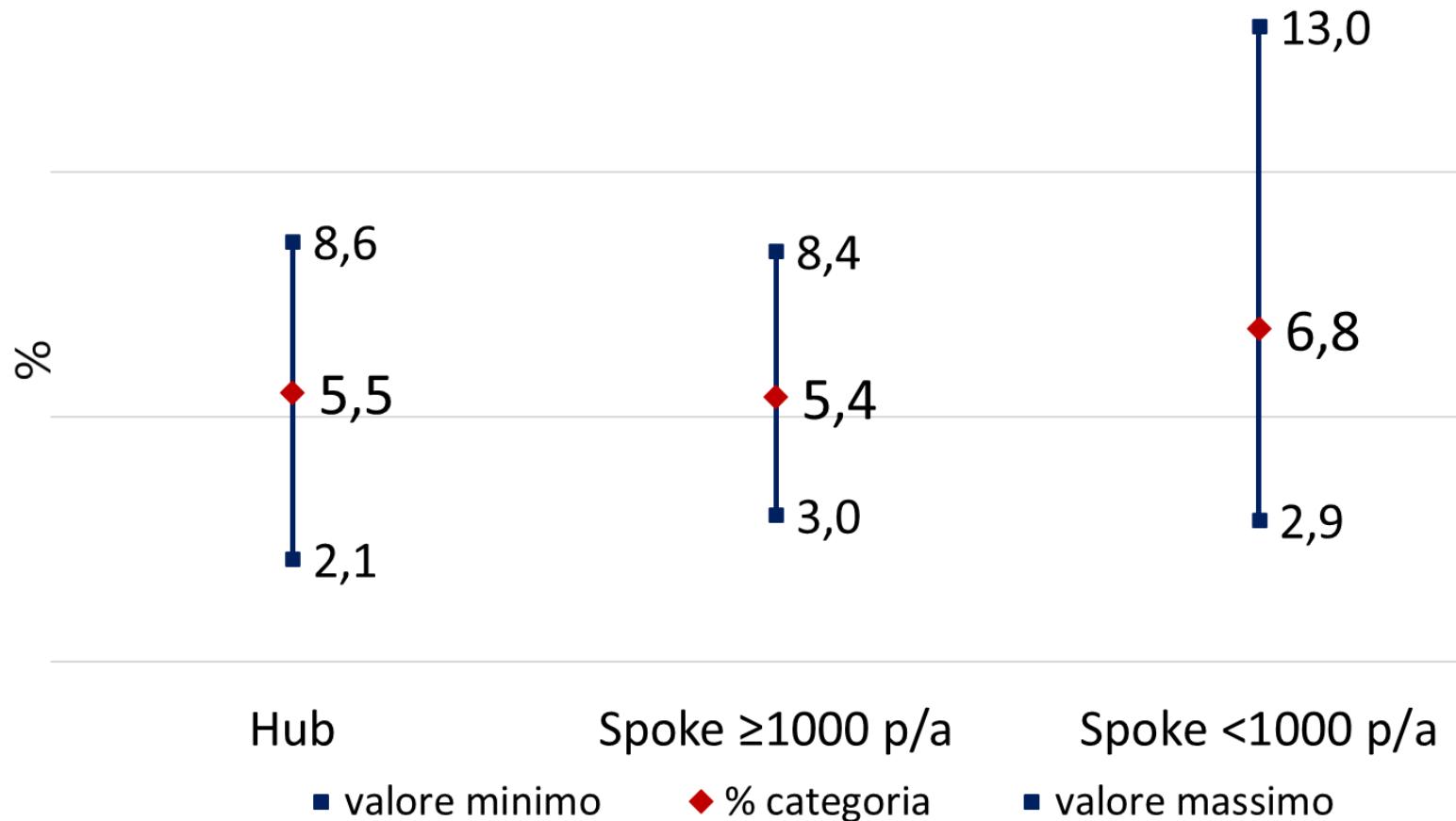
Group 1



Nulliparous with single
cephalic pregnancy, ≥ 37
weeks gestation
in spontaneous labour

variabilità tra PN (1)

TC in classe I



5

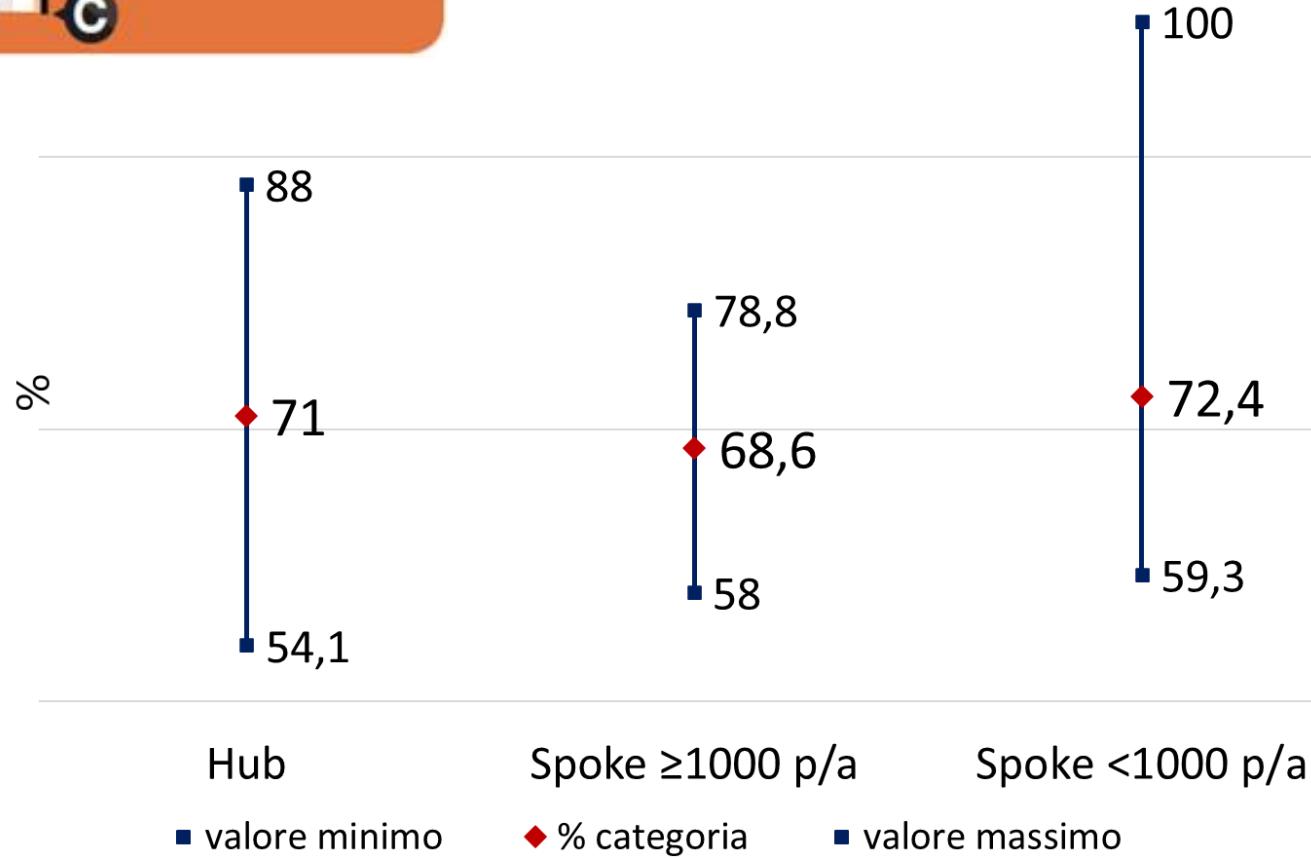
Group



All multiparous
with at least one
previous uterine scar,
with single cephalic
pregnancy, ≥ 37
weeks gestation

variabilità tra PN (2)

TC in classe V



riflessioni conclusive

- ✓ il consultorio familiare garantisce l'assistenza alla maggior parte delle madri in gravidanza
- ✓ criticità nella categorizzazione della gravidanza (fisiologica o patologica) e nella adozione del modello a gestione ostetrica dell'assistenza
- ✓ nuove variabili CedAP consentiranno un monitoraggio più dettagliato delle condizioni patologiche

riflessioni conclusive

- ✓ negli ultimi 10 anni il ricorso a taglio cesareo si è ridotto in particolare nelle nullipare (classe I e IIa) e nelle pre-cesarizzate; la variabilità fra PN dovrebbe essere oggetto di audit clinici

- ✓ l'appropriatezza nel ricorso all'induzione dovrebbe essere oggetto di analisi dedicate e di audit clinici