

LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

22° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2024

Novembre 2025



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

22° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2024

Novembre 2025



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

La redazione del *Rapporto* è stata curata da:

Enrica Perrone	Settore assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna; Azienda USL Modena
Debora Formisano	Infrastruttura, ricerca e statistica, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
Vittorio Basevi	Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita, Regione Emilia-Romagna
Sergio Battaglia	Settore risorse umane e strumentali, infrastrutture, Regione Emilia-Romagna

Autori del capitolo di approfondimento – I servizi di accompagnamento e sostegno alla nascita e le scelte riproduttive

Anna Caterina Leucci	Settore innovazione nei servizi sanitari e sociali, Regione Emilia-Romagna
Elena Berti	Settore innovazione nei servizi sanitari e sociali, Regione Emilia-Romagna
Nicola Caranci	Settore innovazione nei servizi sanitari e sociali, Regione Emilia-Romagna
Enrica Perrone	Settore assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna; Azienda USL Modena

Il *Rapporto* è stato realizzato nell'ambito di una convenzione tra Regione Emilia-Romagna e Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia.

Si ringraziano i referenti regionali e aziendali del flusso informativo CedAP; le professioniste e i professionisti delle Aziende sanitarie che collaborano alla raccolta, al controllo e alla trasmissione dei dati; il Settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, DG cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna per aver messo a disposizione il *database* del flusso Anagrafe vaccinale regionale (AVR).

Stampa, Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2025

Copia del volume e Allegato dati possono essere liberamente scaricati dal sito internet:
<http://salute.region.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni>

Citazione consigliata: Perrone E, Formisano D, Basevi V 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

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

Note alla lettura

Questo documento adotta una prospettiva di genere. Il neutro maschile – dove utilizzato per non appesantire il testo con forme combinate – comprende la declinazione al maschile e al femminile, coerentemente con le indicazioni in: Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere, 2015. <https://parita.region.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>

INDICE

PRESENTAZIONE	1
IL RAPPORTO IN SINTESI	7
1. PREMESSA	13
<i>Avvertenze</i>	15
<i>La qualità dei dati CedAP 2024</i>	15
<i>Note metodologiche</i>	16
2. IL LUOGO DEL PARTO	19
3. IL CONTESTO DEMOGRAFICO E I DATI SUI GENITORI	25
<i>Il contesto demografico</i>	27
<i>Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori</i>	30
4. GLI STILI DI VITA	39
5. LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	47
6. LA GRAVIDANZA	53
7. IL TRAVAGLIO	75
8. IL PARTO	91
<i>Analisi dei parto con taglio cesareo in base alla classificazione di Robson</i>	101
9. I NATI	115
10. LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN GRAVIDANZA	133
<i>La vaccinazione anti-influenzale</i>	135
<i>La vaccinazione anti-pertosse</i>	139
11. APPROFONDIMENTO	143
<i>I servizi di accompagnamento e sostegno alla nascita e le scelte riproduttive</i>	144
BIBLIOGRAFIA	155
ALLEGATI	161
Allegato 1 - Le classi di Robson per singolo punto nascita	163
Allegato 2 - Scheda di rilevazione CedAP anno 2024	185

PRESENTAZIONE

È con infinito piacere che, da neo-presidente della *Commissione Nascita* dell'Emilia-Romagna, mi appresto a stendere questa mia prima prefazione al Rapporto Nascita regionale

Tutti noi, che ci occupiamo di natalità in Regione, arrivati a questo periodo dell'anno, attendiamo, quasi con trepidazione, la convocazione per la presentazione del nuovo Rapporto, elaborato sulla base dei dati del flusso CedAP. Nato in sordina, grazie alla lungimiranza di un manipolo di visionari - e mi piace citare tra gli altri Dante Baronciani e Vittorio Basevi - il rapporto nascita dell'Emilia-Romagna ha avuto un successo straordinario, suscitando fin dal suo esordio una particolare attenzione da parte di professionisti e professioniste che ne hanno presto intuito le potenzialità come strumento di audit e di miglioramento clinico e organizzativo.

E così, quasi senza accorgersene, siamo giunti al 22° Rapporto sulla assistenza perinatale erogata in Emilia-Romagna. Rispetto alle prime edizioni è passato quindi oltre un ventennio, un tempo lunghissimo che ha visto straordinari mutamenti nel tessuto sociale, ma anche nelle pratiche assistenziali perinatologiche, tutte trasformazioni che sono state prontamente testimoniate e documentate nel rapporto stesso. Sovente, anzi, il Rapporto ha rappresentato lo stimolo al cambiamento, lo strumento di implementazione e di diffusione di buone pratiche.

Gradualmente professionisti e professioniste hanno iniziato a partecipare con assiduità alla presentazione del volume e quel momento è divenuto l'occasione per un confronto vivace e costruttivo sulle strategie assistenziali e sugli esiti. A seguito di questi incontri, spesso con il supporto della *Commissione Nascita*, sono nate proposte di attivazione di gruppi di lavoro su specifiche problematiche che hanno portato alla elaborazione di progetti di miglioramento dell'assistenza: penso alla implementazione dell'offerta di travaglio di parto nelle pre-cesarizzate, oppure alla riduzione del ricorso alle manovre rianimatorie estreme (intubazione endotracheale o adrenalina) alla nascita.

Ma il valore aggiunto - forse più rilevante del Rapporto sui dati CedAP- è da ricercare, a mio avviso, negli effetti che ha determinato perifericamente, a livello dei singoli punti nascita e province, stimolando anche qui riflessioni puntuali sui dati locali, confronti con gli esiti osservati nelle sedi più virtuose e comportando alla fine un sostanziale miglioramento dell'assistenza sanitaria perinatale su tutto il territorio. Oggi, con grande orgoglio e soddisfazione generale, nella maggioranza delle realtà ci sono incontri multiprofessionali periodici tra neonatologhe/i, ginecologhe/i, anestesiste/i, ostetriche/i e infermiere/i per analizzare i dati del rapporto, le proprie *performance*, evidenziare le criticità e proporre soluzioni appropriate contesto-specifiche.

Il Rapporto nascita ha determinato una crescita della perinatologia regionale, uno spazio di confronto multidisciplinare in cui provare a parlare la stessa lingua, affrontare tematiche comuni e proporre alle Direzioni sanitarie obiettivi e strategie assistenziali.

Ma andiamo ora ai contenuti di questo 22° Rapporto. Nel 2024 in Emilia-Romagna sono stati assistiti 28.214 partori con 28.602 nati, dato che conferma, purtroppo, il *trend* negativo della natalità e certifica la grave crisi demografica che caratterizza la nostra società. Oltre 500 nati in meno rispetto allo scorso anno (- 1,8%), quasi 9.000 in meno (- 22%) negli ultimi 10 anni. Un decremento davvero preoccupante che dovrebbe spingere tutte/i a una riflessione urgente e globale perché la soluzione, se esiste, deve essere cercata ricorrendo a politiche sociali innovative di supporto e sostegno alle famiglie.

In generale, molti degli indicatori monitorati confermano il buono stato di salute della nostra assistenza perinatale e dobbiamo essere orgogliosi dei risultati raggiunti.

La percentuale di donne che si rivolgono a un consultorio familiare pubblico è in progressivo e costante incremento, raggiungendo nel 2024 la quota del 62,8%; il dato è di particolare rilevanza dal momento che riguarda sia donne con cittadinanza straniera che donne con cittadinanza italiana.

Estremamente confortante è il dato relativo alla percentuale complessiva di tagli cesarei, stabile negli ultimi anni e pari al 22,2%, che posiziona l'Emilia-Romagna tra le regioni più virtuose nel panorama nazionale.

Il tasso di prematurità si è assestato intorno al 6% (6,1% nel 2024), un valore molto basso e positivo, che conferma il buon livello delle cure perinatali e l'efficacia delle misure di prevenzione adottate. A conferma di ciò, anche l'appropriata centralizzazione delle gravidanze a rischio e il ricorso abituale al "trasporto in utero": l'84,8% di tutti i prematuri e oltre il 90% di quelli con età gestazionale inferiore a 34 settimane nasce in centri *Hub*, dotati di terapia intensiva neonatale.

Tra gli aspetti meritevoli, invece, di un'analisi approfondita - che sono certo sarà rigorosa e propositiva - dobbiamo annoverare:

- l'aumento delle gravidanze patologiche, giunte nel 2024 al 35,4% delle gravidanze totali; oltre 1 gravidanza su 3 è considerata "a rischio"! un dato davvero sorprendente, specie se si pensa che nel 2016 erano meno della metà (17,4%);
- il continuo incremento dei parti indotti che superano la soglia del 30% del totale dei parti e costituiscono il 36,6% di tutti i parti con travaglio, con un aumento significativo (+3%) anche nell'ultimo anno;
- il ricorso all'analgesia epidurale (36,2% dei casi) è gradualmente, ma progressivamente aumentato, confermandosi altresì la sua correlazione con un maggior ricorso a taglio cesareo;
- la riduzione, conseguente all'aumento di medicalizzazione del travaglio, dei parti che avvengono senza alcun intervento medico e di quelli a conduzione esclusivamente ostetrica.

Tutti questi esiti sembrano in larga parte correlati tra di loro e ascrivibili alla riduzione delle gravidanze considerate fisiologiche. Ciò ha sicuramente molte cause, solo in parte correggibili, tra cui i fattori di rischio sociali. Resta però il dubbio che, almeno in parte, quest'incremento non sia del tutto veritiero, correlandosi a motivazioni non solo squisitamente scientifiche. Su questi aspetti, auspico e farò quanto possibile, per favorire la individuazione di gruppi di lavoro specifici, in grado di affrontare temi complessi come quello sulle induzioni, ripensando – ad esempio- a modalità per implementare le linee di indirizzo già redatte dalla *Commissione Nascita*.

Infine, un'ultima citazione desidero riservarla all'interessante approfondimento realizzato quest'anno sui "servizi di accompagnamento e sostegno alla nascita e le scelte riproduttive".

Lo studio, condotto con estremo rigore, dimostra che le donne che hanno frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita, che hanno utilizzato i servizi consultoriali di sostegno all'allattamento e al puerperio, che durante il travaglio avevano il sostegno di una persona di fiducia e che hanno controllato il dolore con metodiche non farmacologiche sono più propense a intraprendere una nuova gravidanza nei 3 anni successivi. I risultati suggeriscono che questi fattori esperienziali possono influenzare, in misura positiva, la pianificazione di future gravidanze. Sebbene possa sembrare un esito prevedibile, in realtà ha un'enorme rilevanza e dovrebbe esortare tutte e tutti a un miglioramento continuo dei nostri percorsi assistenziali, in territorio e in ospedale, promuovendo una esperienza positiva e consapevole della nascita e rendendo i luoghi

del parto sempre più isole felici, accoglienti e familiari. Sembra facile, ma sappiamo quanto sia difficile e complesso.

Termino con i ringraziamenti più cari, e per nulla formali, al gruppo che annualmente cura con maniacale e puntuale dedizione il Rapporto, lo elabora con rigore scientifico, lo confeziona con passione e professionalità: grazie davvero di cuore a Enrica, Vittorio, Debora e Sergio.

E a voi, cari e fedeli compagne e compagni di viaggio, l'auspicio di una buona e proficua lettura!

Giancarlo Gargano

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

IL RAPPORTO IN SINTESI

Il *Rapporto*, basato sull'elaborazione dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) del 2024, comprende i dati di 28.214 partori (28.602 neonati).

Nel 2024 la diminuzione del numero dei nati rispetto all'anno precedente, pari a 510 unità, segna la ripresa della tendenza al calo della natalità, interrotta unicamente negli anni 2021-2022.

Nell'ultimo decennio le nascite si sono ridotte di circa 9 mila unità, circostanza ascrivibile principalmente alle caratteristiche strutturali della popolazione in età fertile residente in Regione. I comportamenti riproduttivi delle coppie sono cambiati: il tasso di fecondità si è ridotto nel tempo, nel 2024 è pari a 1,19. Il tasso di natalità è pari a 6,3 per 1.000 residenti.

Il 70,6% dei partori è avvenuto in centri nascita *Hub* - dotati di unità di terapia intensiva neonatale. Il numero di partori assistiti nei centri *Spoke* è in progressiva diminuzione rispetto agli anni precedenti, come conseguenza della riduzione delle nascite e, in parte, della riorganizzazione della rete ospedaliera realizzata in Regione.

Caratteristiche della popolazione

La quota di madri con cittadinanza straniera è del 31,1%, stabile negli ultimi quattro anni, ma in calo rispetto al periodo pre-pandemico (era del 33,5% nel 2019). Poco più di un nato su cinque (22,4%) ha entrambi i genitori stranieri.

L'età media delle madri è pari a 32 anni; le donne al primo parto costituiscono il 50,3% del totale delle donne che hanno partorito nel 2024 e hanno in media 31 anni. Le madri straniere sono mediamente più giovani e le multipare hanno più frequentemente due o più figli (oltre quello nato nell'attuale parto) rispetto alle italiane, ma il tasso di fecondità in questo gruppo di donne è in riduzione.

La quota di donne che partorisce a una età uguale o superiore a 35 anni è pari a 35,4% e i partori di minorenni sono del 0,1%, stabili nel tempo.

Il 39,3% delle madri risulta laureata o con diploma universitario, il dato è in crescita nell'ultimo decennio; le madri con un livello di scolarità che non supera la licenza di scuola media inferiore sono il 21,1%. In 12,8% dei nati entrambi i genitori hanno una scolarità bassa.

Il tasso di occupazione delle madri è pari a 68,0%, in lieve aumento negli ultimi dieci anni, ma solo in cittadine italiane; 8,5% delle madri risulta disoccupata o in cerca di prima occupazione e un ulteriore 22,4% è casalinga. La quota delle famiglie senza reddito (entrambi i genitori non occupati) è pari a 1,6%; la frequenza è più alta (3,4%) tra le coppie in cui la madre ha cittadinanza straniera.

Il 5,9% delle donne riferisce di aver fumato nel corso della gravidanza, il dato è stabile nel tempo. Continuano invece ad aumentare le condizioni di sovrappeso e obesità: nel 2024 riguardano, rispettivamente, il 21,9% e l'11,9% delle madri. Considerando il peso al parto, il 31,8% delle madri con gravidanza singola a termine ha avuto un incremento inferiore e il 22,8% un incremento superiore a quello raccomandato dall'*Institute of Medicine*.

Gravidanza

I partori con concepimento tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono il 3,8% del totale, valore stabile dal 2022, ma in netto aumento rispetto agli anni precedenti.

Il consultorio familiare pubblico assicura l'assistenza in gravidanza a 62,8% delle donne, percentuale in progressivo aumento negli ultimi dieci anni. La quasi totalità delle donne straniere (92,1%) e il 60,2% delle donne italiane si rivolgono al servizio pubblico per l'assistenza in gravidanza.

Il numero medio di visite in gravidanza è 7. Il 58,1% delle donne effettua meno di 8 visite; il 7,0% delle donne esegue una prima visita in gravidanza a una età gestazionale $\geq 12^{+0}$ settimane.

Hanno eseguito il test combinato 76,3% delle partorienti; hanno effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi) 3,6% delle gravide, una percentuale diminuita negli anni, probabilmente per la crescente disponibilità di *non invasive prenatal test* (NIPT) per la diagnosi prenatale di aneuploidie. L'informazione sul ricorso a NIPT sarà disponibile dai dati CedAP regionale del 2025.

La quota di donne che ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita è pari a 38,9%, il valore più alto registrato negli ultimi dieci anni.

Le donne con gravidanza fisiologica assistite dall'ostetrica sono 30,7%, salgono a 43,5% tra le donne assistite in consultorio familiare. Le donne con gravidanza a decorso patologico sono 35,4%, il doppio rispetto al 2016 – primo anno di rilevazione dell'informazione.

Travaglio e parto

Il tasso di parti pretermine è pari a 5,6%, stabile dal 2020, ma in riduzione negli ultimi dieci anni. Il tasso di parti post-termine è 1,3%.

Escludendo i parti con taglio cesareo senza travaglio, il travaglio è indotto in 36,6% dei casi, frequenza in aumento negli ultimi dieci anni; la più frequente indicazione all'induzione, anche quest'anno, è la patologia materna.

Nel 13,0% dei parti con travaglio indotto viene successivamente eseguito un taglio cesareo, rispetto a 4,3% dei casi registrati nei parti con travaglio spontaneo. Tra i parti con travaglio a inizio spontaneo, in 14,5% dei casi il travaglio è stato pilotato farmacologicamente.

L'utilizzo di tecniche di contenimento del dolore in travaglio, sia farmacologiche che non farmacologiche, interessa 98,0% dei parti. L'analgesia epidurale è stata impiegata in 36,2% dei parti, dato in aumento rispetto agli anni precedenti. Nei travagli con epidurale la frequenza di taglio cesareo è 12,1%, maggiore rispetto ai travagli in cui non è stata utilizzata analgesia regionale.

Il 29,2% dei travagli sono a conduzione ostetrica (non medica), in riduzione nel tempo. In parti senza "alcun intervento medico" la quota di travagli a conduzione ostetrica raggiunge valori pari a 68,4%.

La quota di donne senza partner o altra persona di fiducia durante il travaglio e il parto è pari a 5,8%, il valore più basso registrato negli ultimi dieci anni.

I parti vaginali operativi sono 4,9%; il tasso di parti con taglio cesareo è 22,2%, in costante riduzione nel tempo. Rispetto alla classificazione di Robson, negli ultimi dieci anni si osserva una riduzione al ricorso dell'intervento nelle classi I e IIa (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e, rispettivamente, con travaglio spontaneo e indotto) e nella classe V (pre-cesarizzate).

L'episiotomia risulta effettuata in 2,4% dei parti vaginali non operativi. I parti senza "alcun intervento medico", considerati fisiologici per tutto il loro decorso, sono 32,8%, in diminuzione nel tempo, in parte riconducibile al contestuale aumento dei travagli con induzione ed epidurale.

Il tasso di parti plurimi è 1,3% di tutti i parti; la frequenza è più alta nelle gravidanze da PMA (6,1%).

Neonati

I nati vivi pretermine ($<37^{+0}$ settimane di gestazione) – da parto singolo o plurimo - sono 6,1%; negli ultimi dieci anni si osserva una riduzione principalmente di neonati *late-preterm* (34^{+0} - 36^{+6} settimane di gestazione), da 5,5% nel 2014 a 4,5% nel 2024. I nati prima di 34^{+0} settimane sono 1,6% (dato stabile negli ultimi cinque anni).

I nati di peso inferiore a 2.500 grammi sono 6,2%, quelli di peso inferiore a 1.500 grammi 0,9% e i nati con peso ≥ 4000 grammi 6,3%. Oltre il 90% delle nascite prima di 34^{+0} settimane di gestazione o con peso inferiore a 1.750 grammi avvengono in centri *Hub*.

Considerando solo i nati vivi da parto singolo, i nati piccoli per l'età gestazionale sono 8,4% (SGA - *small for gestational age*), quelli grandi per l'età gestazionale sono il 10,9% (LGA - *large for gestational age*).

Il 99,2% dei nati ha riportato un punteggio di Apgar a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10; in 0,1% dei nati il punteggio è compreso tra 1 e 3.

Il 3,3% dei nati ha avuto necessità di almeno una manovra di rianimazione in sala parto (ventilazione manuale, intubazione, massaggio cardiaco, somministrazione di adrenalina o altro farmaco), in lieve crescita rispetto al periodo precedente. La sola ventilazione manuale è stata eseguita in 83,7% dei bambini rianimati.

I nati con malformazioni risultano 199, corrispondenti a 0,7% del totale. Sono stati registrati 78 nati morti, che determinano un tasso di natimortalità del 2,7 per 1.000 nati.

Vaccinazioni raccomandate in gravidanza (anti-pertosse e anti-influenzale).

Dal *record-linkage* tra flussi CedAP e *Anagrafe vaccinale regionale* (AVR) risulta che, tra le donne che hanno partorito in Emilia-Romagna nel 2024, 15,2% ha eseguito la vaccinazione anti-influenzale e 66,5% la vaccinazione anti-pertosse.

Un approfondimento è dedicato all'analisi delle scelte riproduttive in relazione all'esperienza di utilizzo dei servizi assistenziali perinatali.

CAPITOLO 1

PREMESSA

Avvertenze

Tutte le edizioni del *Rapporto sulla nascita in Emilia-Romagna*, dal 2004 ad oggi, sono liberamente scaricabili all'indirizzo: <https://salute.region.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni>. Alla stessa pagina è possibile scaricare l'*Allegato dati*, contenente le tabelle di dettaglio cui si fa riferimento nel *Rapporto*, oltre ad altre tabelle che nel testo non vengono commentate (es. dati per Azienda/Distretto di residenza).

È possibile consultare e scaricare statistiche predefinite, in formato tabellare o grafico, anche nella sezione CedAP (Certificato di Assistenza al Parto) di ReportER, portale di reportistica predefinita del *Sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali* (SISEPS), alla pagina:

<https://salute.region.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/analisi-statistica>

La documentazione relativa al flusso informativo regionale CedAP (normativa di riferimento, piano dei controlli previsti, iniziative, pubblicazioni, report statistici) è integralmente disponibile nella sezione dedicata del portale web del SISEPS della Regione: <https://salute.region.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione>.

Il modello della scheda cartacea di rilevazione è riportato in Allegato 2.

La qualità dei dati CedAP 2024

I dati analizzati nella presente pubblicazione sono relativi a 28.214 partori (28.602 neonati) verificatisi in Emilia-Romagna nell'anno 2024 (il dettaglio per punto nascita è riportato in tabella 1 dell'*Allegato dati*). I dati, prodotti dalle Aziende sanitarie, sono stati validati dai controlli logico-formali previsti dalla Regione Emilia-Romagna e sono presenti nella banca dati regionale CedAP.

La compilazione nel tracciato CedAP del numero di riferimento alle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) della madre e del neonato permette il *record-linkage* SDO-CedAP in 99,5% dei nati vivi registrati in Regione (tabella 2 dell'*Allegato dati*).

Specifiche criticità su singole variabili sono state rilevate al momento dell'analisi dei dati regionali CedAP, anche grazie al confronto tra i diversi punti nascita. Per il dettaglio si rimanda al paragrafo successivo *Note metodologiche* dove sono illustrati anche gli accorgimenti adottati in fase di analisi.

Note metodologiche

La fonte principale dei dati analizzati in questo rapporto è la Banca dati regionale CedAP 2024; per alcune analisi il periodo di riferimento è stato esteso agli anni precedenti così da avere una numerosità maggiore (es. tabelle relative alla vitalità e alle malformazioni). Sono state inoltre consultate la Banca dati regionale SDO per valutare la completezza dei dati CedAP e il flusso AVR (*Anagrafe vaccinale regionale*) per le informazioni sulle vaccinazioni in gravidanza. La fonte dei dati viene riportata se diversa dal CedAP.

I dati di questo rapporto sono relativi ai partì e ai nati avvenuti in Regione, nei 18 punti nascita (PN) attivi nel 2024 e in ambiente extra-ospedaliero. La banca dati regionale CedAP non contiene informazioni relative ai partì di donne residenti in Emilia-Romagna che hanno partorito in una diversa regione; questo limite è da considerare soprattutto nella valutazione degli indicatori per Azienda/Distretto di residenza (tabelle 189-196 dell'*Allegato dati*).

Nella prima fase di analisi viene esaminata la distribuzione dei valori delle singole variabili CedAP per ogni punto nascita (analisi univariata). Nelle tabelle per punto nascita (escluse le tabelle 1 e 4) sono raggruppati sotto la voce “a domicilio/altrove” i partì con Luogo del parto = *abitazione privata (parto a domicilio programmato)* o *altra struttura di assistenza* e Presidio non indicato (campo valorizzato con 080999). I partì avvenuti in *altro luogo extra-ospedaliero* (non programmato) sono invece attribuiti alle singole aziende sanitarie.

Nei casi in cui, per una variabile, la distribuzione dei valori di un punto nascita/Azienda sia risultata plausibilmente inattendibile e tale da distorcere il dato medio regionale, è stato calcolato un totale "aggiustato" con l'esclusione dei dati della specifica Struttura/Azienda. Le stesse esclusioni sono state applicate, ma non evidenziate, anche nella seconda fase di analisi (analisi bivariata e multivariata), ovvero nelle tabelle di incrocio tra diverse variabili, con dati a livello regionale. Nelle tabelle in *Allegato dati* sono riportate, per le variabili a compilazione non obbligatoria, le frequenze di record non valorizzati (dati mancanti) per singolo punto nascita.

Si riportano di seguito le principali criticità emerse nella prima fase di analisi e gli eventuali aggiustamenti adottati.

Variabile	Criticità e relativi aggiustamenti
Età del padre	5,6% valori mancanti (1599 record): valori elevati per PN Aou Parma (39,3%) e PN Reggio Emilia (11,4%)
Titolo studio padre	6,6% valori mancanti (1849 record): Valori elevati per PN Aou Parma (39,4%) e PN Forli (20,9%)
Condizione professionale madre	7,1% valori mancanti (2006 record): valori elevati per quasi tutti i PN dell'Ausl Romagna e per PN Aou Parma
Condizione professionale padre	6,3% valori mancanti (1784 record); valori elevati per PN Aou Parma (47,1%), per PN Reggio Emilia (7,7%) e PN Aou Bologna (7,6%)
Cittadinanza padre	5,6% valori mancanti (1585 record): valori elevati per PN Reggio Emilia (10,7%), per PN Aou Parma (39,4%) e PN Aou Bologna (8,2%)
Precedenti concepimenti	In tutti i PN Ausl Romagna permane la distribuzione anomala dei dati delle donne al primo parto. Si considerano validi solo i dati relativi alle donne con precedenti parti
Abitudine al fumo	Per PN Aou Bologna distribuzione anomala - dati esclusi nelle analisi bivariate e multivariate
Peso al parto (per calcolo incremento ponderale)	Per PN Aou Bologna distribuzione anomala – dati esclusi nelle analisi bivariate e multivariate

Per le analisi in base alla numerosità dei parto/anno dei punti nascita, sono stati considerati i seguenti raggruppamenti: punti nascita *Hub* (dotati di unità di terapia intensiva neonatale); punti nascita *Spoke* ≥ 1.000 parto/anno; punti nascita *Spoke* < 1.000 parto/anno; per la categorizzazione dei centri *Spoke* è stato considerato il numero di parto assistiti nel 2024.

La durata della gravidanza è calcolata a partire dalle variabili *Data ultima mestruazione* ed *Età gestazionale stimata*, tramite un algoritmo che prevede, in caso di valorizzazione di entrambi i campi, l'utilizzo dell'età gestazionale calcolata in base alla data dell'ultima mestruazione se la differenza con l'età gestazionale stimata con ecografia è di una sola settimana, l'utilizzo dell'età gestazionale stimata in caso di differenza maggiore. Negli anni precedenti al 2009 veniva utilizzata sempre l'età gestazionale calcolata (salvo il caso di mancata compilazione del campo *Data ultima mestruazione*).

L'indice di massa corporea (*body mass index*- BMI) delle partorienti è calcolato a partire da altezza e peso pregravidico secondo la seguente formula: $BMI = \text{massa (kg)} / \text{altezza (m)}^2$. I valori ottenuti sono suddivisi nelle classi di seguito riportate:

Situazione peso	Min	Max
Obeso classe III	40	
Obeso classe II	35	39,99
Obeso classe I	30	34,99
Sovrappeso	25	29,99
Regolare	18,5	24,99
Sottopeso	16	18,49
Grave magrezza		15,99

Il titolo di studio della madre è stato raggruppato nelle classi di seguito riportate utilizzate nelle tabelle bivariate a livello regionale:

- scolarità bassa: diploma scuola media inferiore o licenza elementare o nessun titolo
- scolarità media: diploma di scuola media superiore
- scolarità alta: laurea o diploma universitario

La modalità di rilevazione degli interventi di rianimazione consente dal 2012 la selezione di più tecniche. Per alcune analisi, al fine di fornire un dato sintetico della distribuzione, in caso di neonato sottoposto a più tecniche di rianimazione il caso è stato conteggiato nell'intervento relativo a una maggior gravità clinica, secondo il seguente ordine di priorità: somministrazione di adrenalina o altro farmaco, massaggio cardiaco, intubazione, ventilazione manuale.

Le tabelle 189-196 sono relative all'analisi dei dati per Azienda/Distretto di residenza. Per la costruzione di queste tabelle sono stati esclusi tutti i dati relativi ai CedAP di donne non residenti in Emilia-Romagna (oltre alle esclusioni già applicate nelle tabelle precedenti per bassa qualità dei dati).

Il calcolo degli *odds ratio* (OR) aggiustati, come misura di associazione tra indicatori di processo o esito e possibili determinanti, inseriti alla fine dei capitoli, è stato effettuato tramite modelli di regressione logistica multivariata.

Per il confronto con i dati del flusso CedAP nazionale è stato consultato l'ultimo documento disponibile durante la redazione di questa *Rapporto*, relativo ai dati avvenuti nel 2023¹.

¹ Ministero della salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita Anno 2023. Ministero della salute (2025). Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita-anno-2023/>; ultimo accesso 30.10.2025

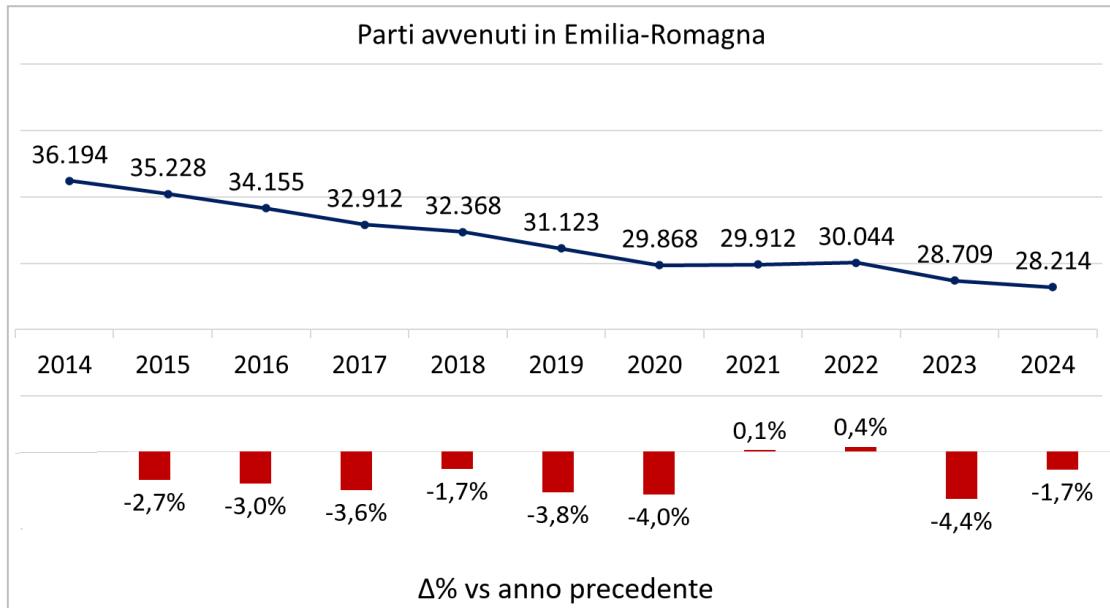
CAPITOLO 2

IL LUOGO DEL PARTO

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 3 a n. 4

In Emilia-Romagna (E-R), i partori registrati nella banca dati CedAP 2024 sono 28.214 con 28.602 nati (vivi e morti). Rispetto all'anno precedente, i partori sono diminuiti di circa 500 unità; negli ultimi dieci anni il calo è stato di quasi 8 mila unità, pari a una riduzione percentuale di 22% (figura 1).

Figura 1. Numero di partori e differenza percentuale rispetto all'anno precedente, E-R 2014-2024



* Δ%: aumento o riduzione percentuale dei partori rispetto all'anno precedente

I partori risultano avvenuti in 99,4% dei casi in un ospedale, in 0,4% dei casi in ambiente extra-ospedaliero programmato (n= 118, di cui 68 in abitazione privata e 50 in una casa di maternità) e in 0,2% dei casi (n= 48) in un luogo extra-ospedaliero non programmato.

Il numero di partori programmati in ambiente extra-ospedaliero registrati nel flusso CedAP è inferiore a quello rilevato dall'*Osservatorio regionale sul parto extra-ospedaliero*. Escludendo i travagli iniziati a domicilio o in casa di maternità e successivamente conclusisi in una struttura ospedaliera a seguito di trasferimento, che nel flusso CedAP vengono attribuiti all'ospedale, nel 2024 l'*Osservatorio* ha registrato 145 partori. La maggiore differenza fra il numero di partori programmati a domicilio o in casa di maternità registrato in flusso CedAP e il numero riportato dall'*Osservatorio* si rileva in Ausl Romagna (17 casi in meno in flusso CedAP)².

I punti nascita attivi nel 2024 sono 18 (figura 2); nei nove punti nascita *Hub* – dotati di Unità di terapia intensiva neonatale (UTIN) – è avvenuto il 70,6% (n= 19.916) dei partori. Gli *Hub* pertengono a quattro Aziende ospedaliero-universitarie - Aou (Parma, Modena, Bologna e Ferrara) e a tre Aziende unità sanitarie locali - Ausl (Reggio Emilia, Bologna per l'ospedale Maggiore e Romagna per i tre *Hub* di Ravenna, Cesena e Rimini). Il numero medio di partori nei centri *Hub* è pari a 2.213; in tre punti nascita *Hub* (Ravenna, Ferrara e Cesena) sono stati registrati meno di 2.000 partori/anno.

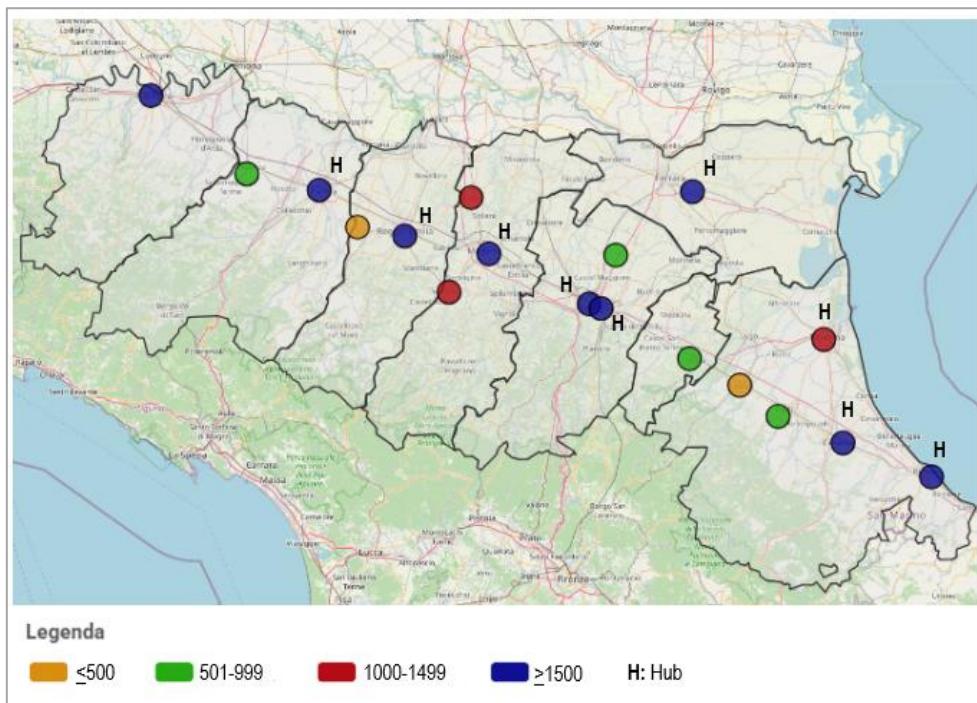
I centri *Spoke* con più di 1.000 partori/anno sono tre (Piacenza, Carpi, Sassuolo) e assistono il 14,4% (n= 4.074) dei partori; il numero medio di partori per punto nascita è pari a 1.358. Nei sei centri *Spoke* con meno di 1.000 partori/anno è stato registrato il 14,6% (n= 4.106) dei partori, con un numero medio per punto nascita pari a 648.

² Bagnacani G. Osservatorio regionale sul parto extra-ospedaliero. Regione Emilia-Romagna. *Comunicazione personale*.

Nel 2024 è rientrato in questa categoria il punto nascita di Forlì che l'anno precedente aveva registrato valori di poco superiori al *cut-off* dei 1.000 parti/anno.

I centri *Spoke* che hanno registrato meno di 500 parti/anno sono due: Montecchio e Faenza, che, insieme, hanno assistito 2,6% (n= 720) del totale dei partì.

Figura 2. Punti nascita per volume di attività, E-R 2024



Rispetto al 2019, prima della pandemia da Sars CoV-2, si registra una riduzione regionale del numero di partì attorno al 9% (tabella 1). La riduzione dei partì è più accentuata nei centri *Spoke* (-21,2%) rispetto agli *Hub* (-3,6%). L'emergenza pandemica, la durevole carenza di professionisti e la diminuzione delle nascite hanno imposto una riorganizzazione della rete ospedaliera che ha comportato, dal 2020 ad oggi, la sospensione o la cessazione dell'attività di cinque punti nascita *Spoke* (tabella 1).

Più di quattro donne su cinque (86,0%) partoriscono in un punto nascita della provincia di loro residenza. La mobilità attiva (donne residenti in altre regioni italiane che hanno partorito in Emilia-Romagna) è pari a 4,8%, stabile negli anni. Per motivi di prossimità geografica, la quota di donne residenti in altre regioni che partoriscono in Emilia-Romagna è più alta della media regionale nei punti nascita di Piacenza (15,6%), Rimini (14,9%) e Aou Ferrara (8,1%). Le donne residenti all'estero che hanno partorito in Regione sono 2,5%, dato stabile nel tempo.

Tabella 1. Numero di parti, per luogo di evento in E-R, 2019-2024

Luogo di evento	2019	2020	2021	2022	2023	2024	$\Delta\%^a$ 2019-24	Note
Piacenza	1.956	1.848	1.759	1.830	1.884	1.859	-5,0%	
Fidenza	920	615	816	852	834	795	-13,6%	non attivo in aprile-maggio 2020
Aou Parma	2.531	2.751	2.515	2.540	2.445	2.438	-3,7%	
Guastalla	649	126					-	non attivo da aprile 2020
Montecchio Emilia	520	257	604	517	450	389	-25,2%	non attivo in aprile-settembre 2020
Scandiano	372	50					-	non attivo da marzo 2020
Reggio Emilia	2.160	2.720	2.559	2.522	2.444	2.503	15,9%	
Carpi	1.053	921	974	1.038	1.024	1.038	-1,4%	
Mirandola	360	390	335	233			-	non attivo da dicembre 2022
Sassuolo	1.073	1.181	1.214	1.350	1.314	1.177	9,7%	
Aou Modena	2.828	2.830	2.918	2.838	2.776	2.863	1,2%	
Maggiore - Bologna	2.825	2.903	3.221	3.058	2.969	2.791	-1,2%	
Bentivoglio	710	720	550	788	839	916	29,0%	non attivo in aprile 2021
Aou Bologna	2.844	2.534	2.469	2.384	2.254	2.353	-17,3%	
Imola	885	846	817	749	722	748	-15,5%	
Cento	310	260	245	196	79		-	non attivo da giugno 2023
Aou Ferrara	1.672	1.537	1.596	1.634	1.623	1.570	-6,1%	
Ravenna	1.465	1.549	1.628	1.563	1.405	1.406	-4,0%	
Lugo	272	63					-	non attivo da aprile 2020
Faenza	379	432	357	286	356	331	-12,7%	
Forlì	926	887	860	982	1.008	927	0,1%	
Cesena	1.795	1.848	1.835	1.893	1.787	1.650	-8,1%	
Rimini	2.530	2.459	2.469	2.663	2.386	2.342	-7,4%	
Totale Hub	20.650	21.131	21.210	21.095	20.089	19.916	-3,6%	
Totale Spoke	10.385	8.596	8.531	8.821	8.510	8.180	-21,2%	
PEO^b programmato	88	141	171	128	110	118	34,1%	
Totale parti	31.123	29.868	29.912	30.044	28.709	28.214	-9,3%	

a. $\Delta\%$: aumento o riduzione percentuale dei parti registrati nel 2019 e 2024; b. PEO: parto extra-ospedaliero

In sintesi

- il numero di parti risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente, annullando il contenuto andamento di ripresa osservato nei due anni successivi all'emergenza pandemica del 2020
- continua la progressiva riduzione - già osservata negli anni precedenti - del numero di parti assistiti negli *Spoke*, conseguenza della diminuzione delle nascite e, in parte, della riorganizzazione della rete ospedaliera realizzata nel periodo pandemico e negli anni successivi.

CAPITOLO 3

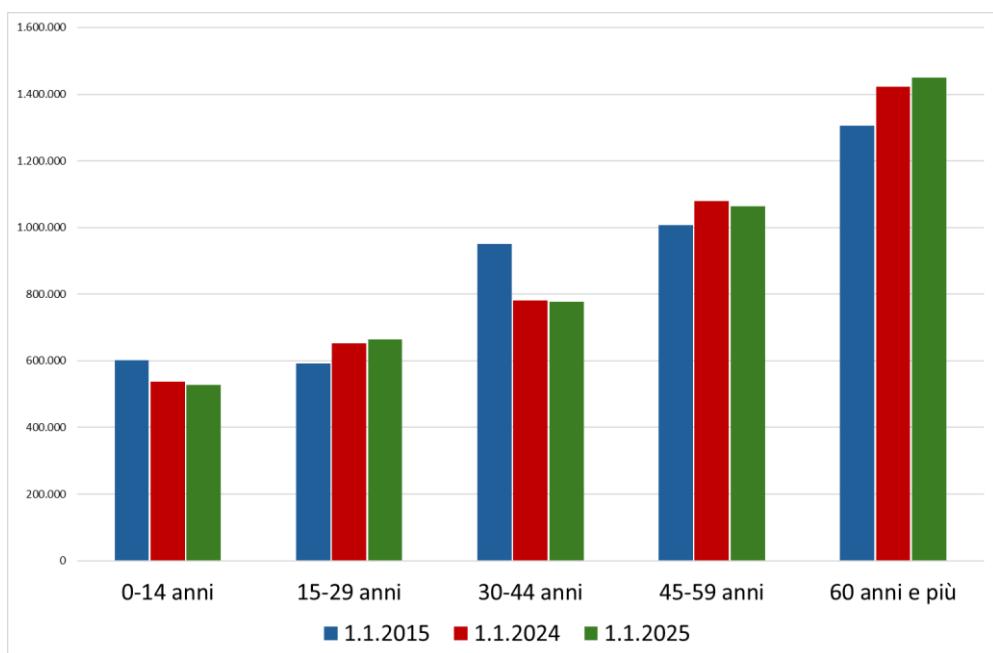
IL CONTESTO DEMOGRAFICO E I DATI SU GENITORI

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 5 a n. 37

Il contesto demografico

La **popolazione residente in Emilia-Romagna** al 1° gennaio 2025 è pari a 4.482.977 unità; rispetto alla stessa data del 2024 si registra un aumento pari a +0,2%, a carico quasi esclusivo della popolazione maschile. L'analisi per classi di età rileva un aumento della popolazione tra 15-29 anni (circa 12 mila unità in più rispetto all'anno precedente) e una diminuzione della popolazione tra 30 e 44 anni (quasi 3 mila unità in meno rispetto all'anno precedente e 172 mila unità in meno rispetto al 2015). Questo ultimo andamento incide particolarmente sulla diminuzione delle nascite e del numero di bambini fino a 14 anni, classe di età che registra una perdita di circa 11 mila unità nel corso dell'ultimo anno e di circa 75 mila unità negli ultimi dieci anni (figura 3) (Regione Emilia-Romagna - Ufficio di statistica, 2025).

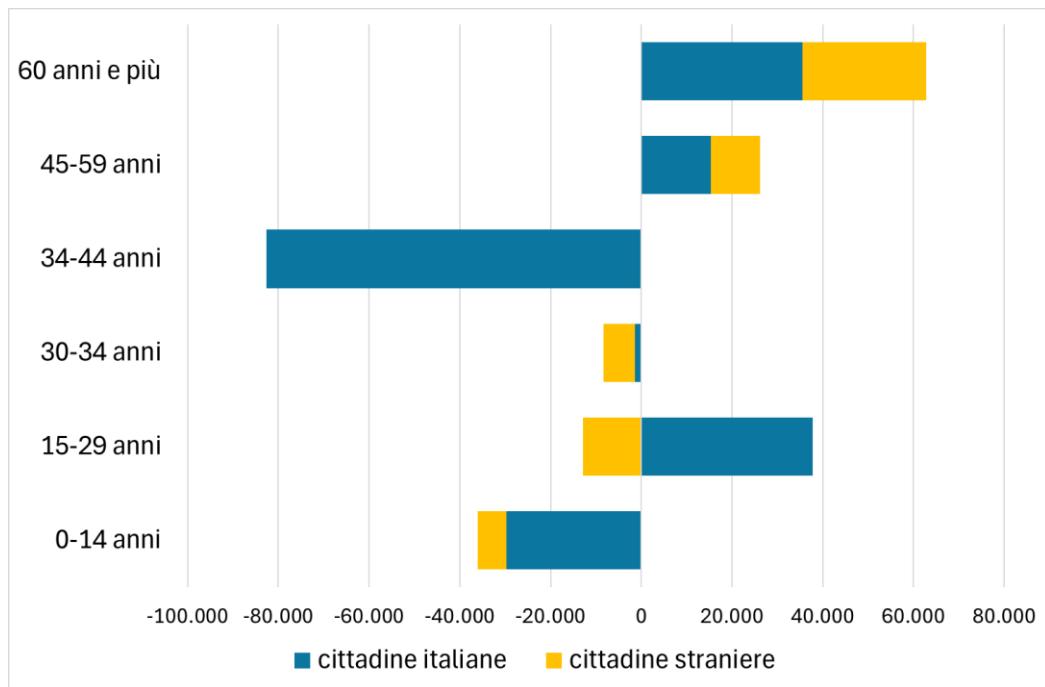
Figura 3. Popolazione residente in E-R, per classi di età, al 1° gennaio degli anni 2015, 2024 e 2025



Fonte: <https://statistica.regione.emilia-romagna.it/popolazione>

La **popolazione residente femminile** nella fascia 15-29 anni è aumentata di circa 25.000 mila unità rispetto al 1° gennaio 2015; questa tendenza si rileva esclusivamente nelle cittadine italiane ed è l'effetto della natalità crescente che ha caratterizzato l'Italia nel periodo tra gli anni Novanta e Duemila. Persiste la riduzione della popolazione femminile nella fascia 30-34 anni (circa 8 mila unità negli ultimi dieci anni), sia in cittadine italiane che straniere. Il contributo della popolazione immigrata all'aumento delle fasce di età più giovani è in calo (circa 26 mila unità in meno nell'ultimo decennio) (figura 4).

Figura 4. Variazione assoluta della popolazione femminile residente in E-R tra 1.1.2015 e 1.1.2025, per cittadinanza

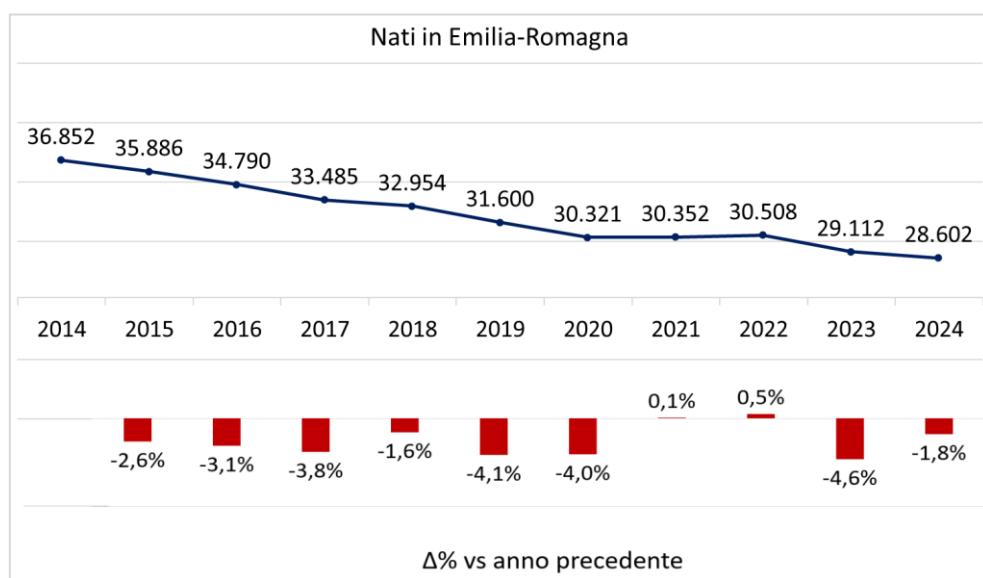


Fonte: Ufficio di statistica, Regione Emilia-Romagna

La fascia di età tra 30-34 anni è quella in cui, nella prevalenza dei casi, si realizza il progetto riproduttivo³; la sua persistente riduzione nel tempo è un determinante della bassa natalità.

Nel 2024 le **nascite** in Emilia-Romagna sono 28.602, in lieve calo rispetto all'anno precedente (-1,8%) e in continuità con la dinamica demografica osservata nel periodo pre-pandemico (figura 5). Negli ultimi dieci anni il numero di nati è diminuito di circa 9 mila unità, pari a una differenza percentuale di 22,4%. Il tasso di natalità regionale stimato nel 2024 è pari a 6,3 per 1.000 residenti, sovrapponibile a quello nazionale (Istat, 2025).

Figura 5. Numero di nati e differenza percentuale rispetto all'anno precedente, E-R 2014-2024



³ ISTAT. Indicatori di fecondità: Fecondità per età della madre. Dati disponibili in <http://dati.istat.it/>; ultimo accesso 30.10.2025

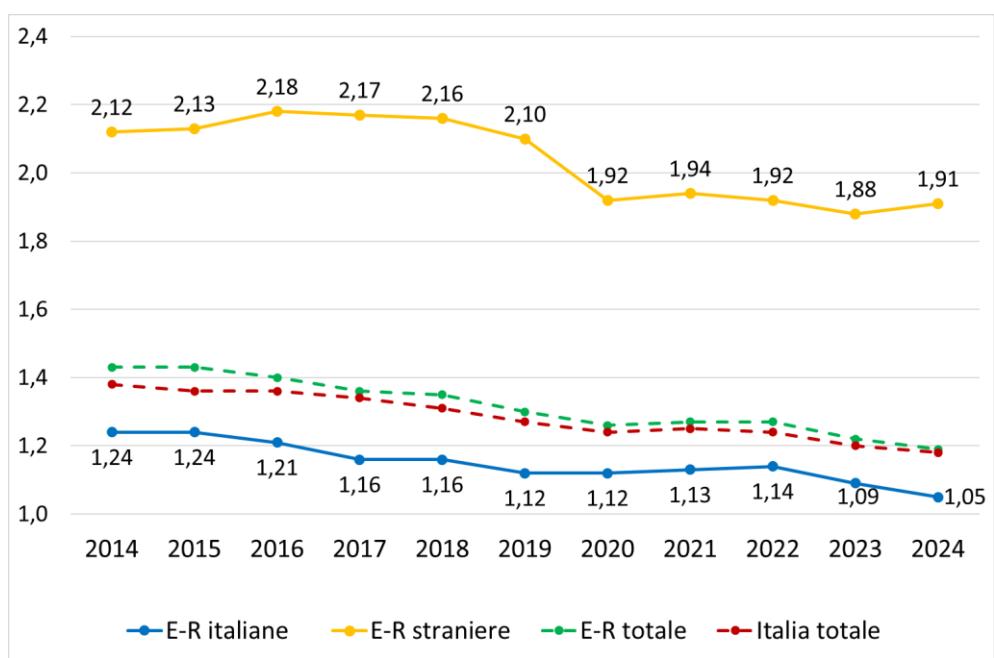
In Emilia-Romagna il **tasso di fecondità** (numero medio di figli per donna) è pari a 1,19, in riduzione rispetto all'anno precedente e di poco superiore al dato italiano, pari a 1,18 (Istat, 2025) (figura 6).

La diminuzione del numero medio di figli per donna è influenzata dalla progressiva riduzione del numero di potenziali genitori e dalla posticipazione della gravidanza con conseguente riduzione dell'arco temporale per la realizzazione del progetto riproduttivo.

L'effetto positivo sulle nascite determinato dalla popolazione straniera residente in Regione si è attenuato dal 2020, primo anno in cui il numero medio di figli è risultato inferiore a 2. Si delinea un avvicinamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere a quelli delle italiane, anche se fra le due sottopolazioni lo scarto è ancora significativo (0,86 figli in più in media per le straniere nel 2024) (figura 6).

In tutti i Paesi europei il tasso di fecondità è al di sotto del *livello di sostituzione* (circa 2,1 figli per donna), considerato il valore necessario per mantenere costante la dimensione e la struttura di una popolazione nei Paesi con elevato indice di sviluppo economico e in assenza di migrazione. Nel 2023, ultimo dato disponibile, il tasso di fecondità medio europeo è pari a 1,38, in riduzione nel tempo (era 1,51 nel 2013), con *range* da 1,06 in Malta a 1,81 in Bulgaria (Eurostat, 2025).

Figura 6. Tasso di fecondità per cittadinanza in E-R e in Italia (tutta la popolazione residente), 2014-2024



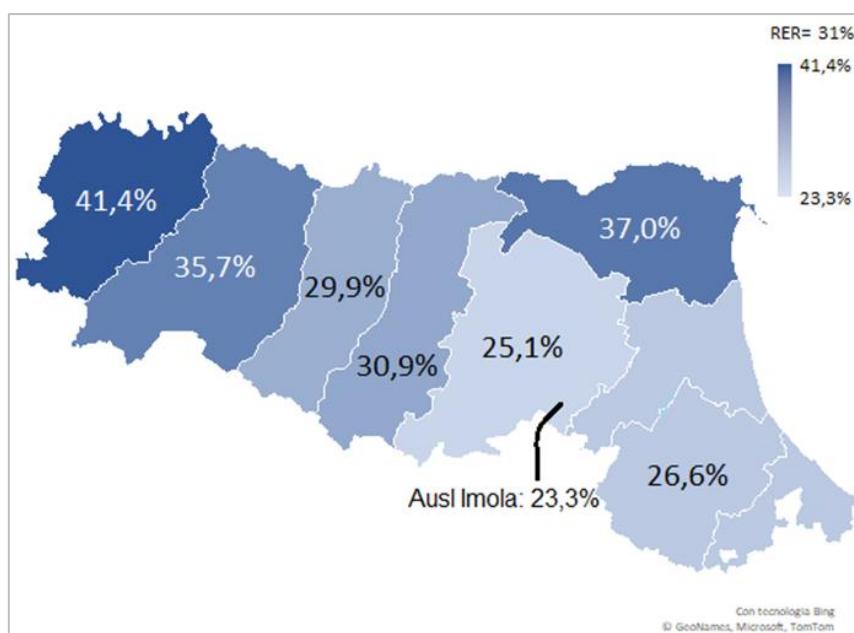
Fonte: ISTAT. Indicatori di fecondità. <http://dati.istat.it/>

Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori

Cittadinanza

Le **donne nate in un paese estero** sono il 36,3% di tutta la popolazione di partorienti. La quota di **madri con cittadinanza straniera** è 31,1%, in lieve calo rispetto al periodo pre-pandemico (era il 33,5% nel 2019), ma tra le più alte a livello nazionale (media 20,1% nel 2023, ultimo dato disponibile) (Ministero della salute, 2025a). La quota più alta di madri con cittadinanza straniera si rileva nel territorio dell'Ausl di Piacenza, quella inferiore in Ausl Imola (figura 7).

Figura 7: Frequenza di madri con cittadinanza straniera per azienda sanitaria di residenza, E-R 2024



In Emilia-Romagna sono 133 i Paesi esteri di provenienza delle madri; le cinque comunità più numerose si confermano essere quella del Marocco (14,4% rispetto a tutte le madri con cittadinanza straniera), seguita da quelle di Albania (13,2%), Romania (10,1%), Pakistan (6,3%) e Nigeria (5,7%).

La quota di **padri con cittadinanza straniera** è pari a 27,7%, in calo, come per le madri, rispetto al periodo pre-pandemico (era il 30,1% nel 2019).

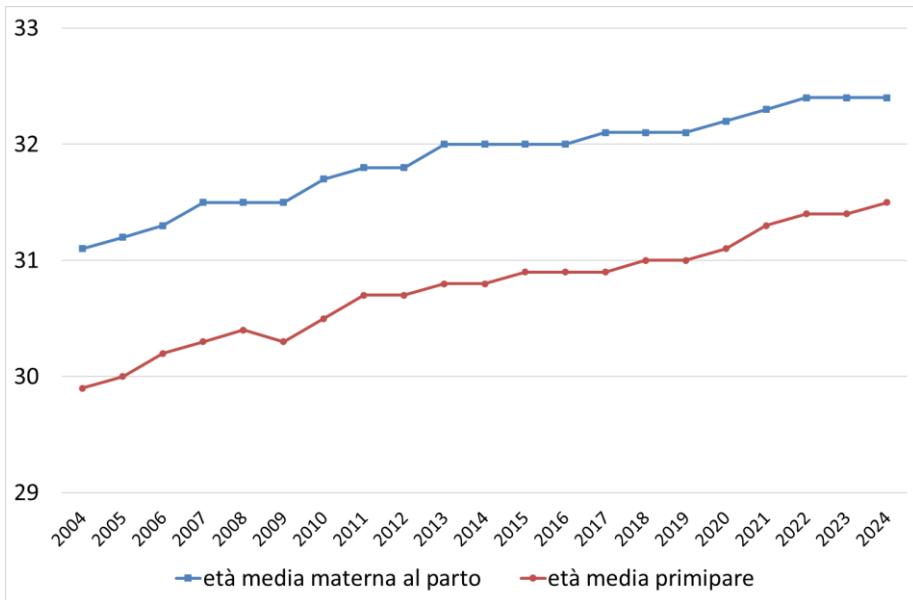
Quasi due bambini su cinque (35,6%) hanno almeno un genitore con cittadinanza straniera; in particolare, in 22,4% dei casi entrambi i genitori sono stranieri, in 7,9% solo la madre e in 5,3% solo il padre, condizioni stabili nel tempo.

Età al parto

In media, l'età della madre al parto è pari a 32,4 anni; quella paterna risulta di 36 anni. Le madri straniere hanno una età media al parto inferiore a quella delle madri con cittadinanza italiana (30,7 anni vs 33,2 anni, rispettivamente). Le **madri al primo parto** risultano avere una **età media** di 31,5 anni; il dato è sovrapponibile a quello nazionale, pari a 31,9 anni (Istat, 2025), il più alto tra quelli registrati nei Paesi europei in cui l'età media al primo figlio è di 29,8 anni (Eurostat, 2025).

Nel corso degli ultimi venti anni in Emilia-Romagna l'età media delle madri al parto è aumentata, sia complessivamente che nelle primipare: nel 2004 i valori erano, rispettivamente 31,1 anni e 29,9 anni, a conferma di una tendenza, da parte delle donne e delle coppie, a posticipare le scelte riproduttive (figura 8).

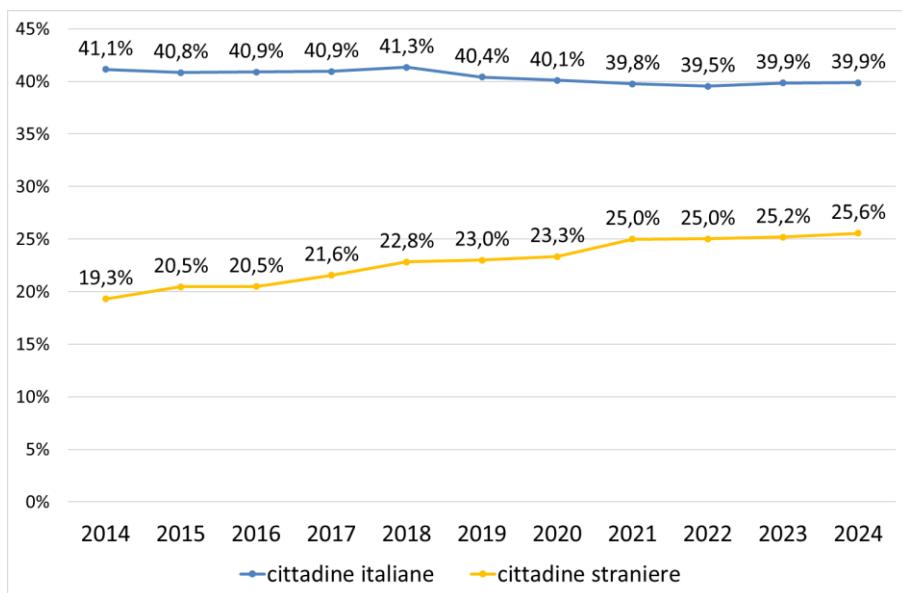
Figura 8. Età media al parto delle madri, E-R 2004-2024



In Emilia-Romagna, il parto in donne di età inferiore a 18 anni è un evento molto raro; nel 2024 ha interessato 34 minorenni (0,1% del totale dei partì). La quota di donne con età ≥ 35 anni è pari a 35,4%; stabile negli ultimi dieci anni (era 34,5% nel 2014).

Dal 2014, la quota di donne con 35 anni o più al parto tende a diminuire, in misura lieve, tra le cittadine italiane, mentre è in graduale aumento tra le straniere, riducendo la differenza tra queste due popolazioni (figura 9).

Figura 9. Frequenza di partì di donne con età uguale o superiore a 35 anni per cittadinanza, E-R 2014-2024



Rispetto alle donne di età inferiore a 35 anni, tra quelle di età superiore si osserva una maggiore frequenza di:

- ricorso a metodiche di procreazione assistita (7,5% vs 1,7%)
- induzione del travaglio (39,7% vs 35,0%, sul totale dei partori con travaglio)
- taglio cesareo (28,6% vs 18,7%)
- parto pretermine (6,6% vs 5,1%).

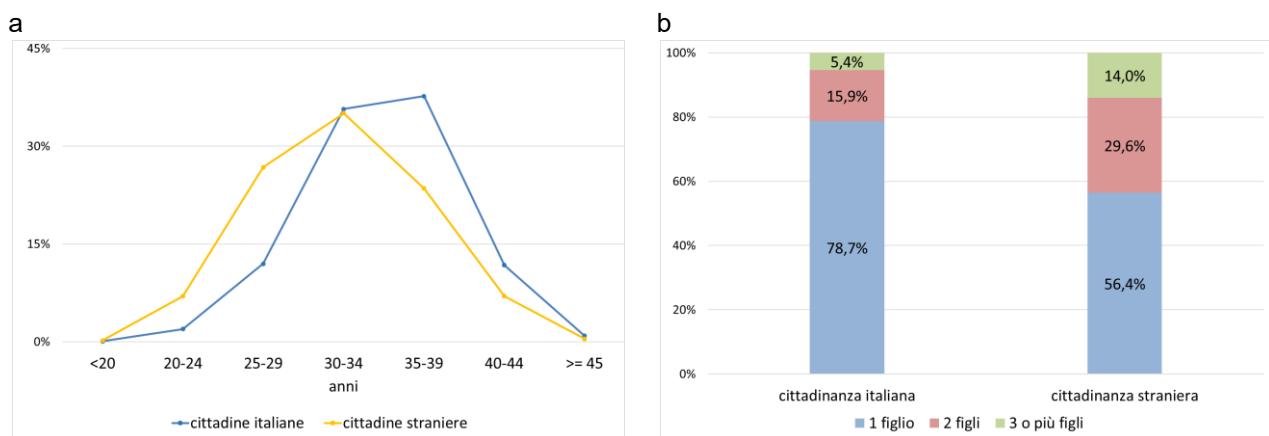
Gravidanze e parti precedenti

Nei punti nascita dell'Ausl Romagna, un errore sistematico e persistente negli anni - in conseguenza del quale non vengono rilevati casi di multigravide primipare - inficia la validità dell'informazione sui **precedenti concepimenti**. Escludendo dalla analisi i partori di questi centri, tra le donne che hanno partorito nel 2024, le **primigravide** sono 39,4%. Le donne al primo parto (**primipare**), primigravide o multigravide, sono 50,3% di tutta la popolazione di partorienti.

Tra le multigravide, 82,0% ha avuto almeno un precedente parto, 34,8% riferisce di aver avuto almeno un aborto spontaneo e 12,5% almeno una precedente interruzione volontaria della gravidanza (IVG); rispetto al 2014, è aumentata la quota di donne con precedenti aborti spontanei (era 32,0%) mentre è diminuita quella con precedenti IVG (era 14,1%).

Tra le multipare, 263 donne (1,9%) riferiscono di aver avuto almeno un parto precedente con esito di natimortalità; nel 2014 questa condizione era stata riportata in 1,7% dei casi. Rispetto alle donne con cittadinanza italiana, la frequenza di **multipare** è maggiore tra le straniere (63,5% vs 43,4%), in particolare nelle fasce di età inferiori a 35 anni, indicatore di una tendenza a procreare in età più giovani (figura 10a). Le donne multipare con cittadinanza straniera hanno, inoltre, più frequentemente già due o più figli (oltre quello nato nell'attuale parto) rispetto alle italiane (figura 10b).

Figura 10. Distribuzione di parti di donne multipare per fascia di età, numero di figli e cittadinanza, E-R 2024



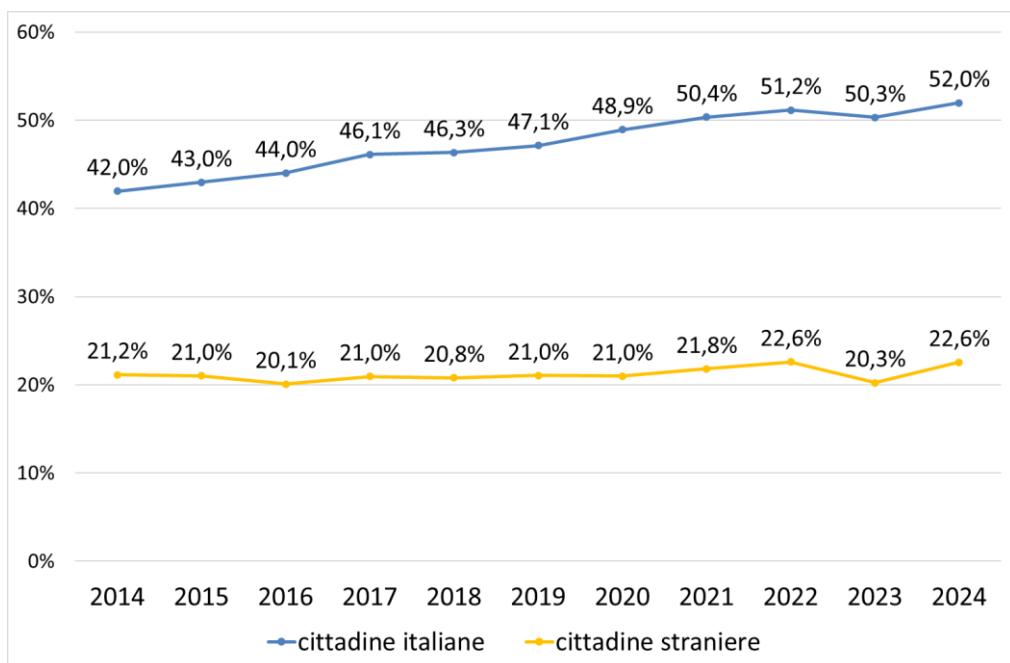
Tra le multipare, l'**intervallo** tra l'attuale parto e il precedente è inferiore a 18 mesi nel 4,9% dei casi, compreso tra 18- 35 mesi nel 30,0%, tra 3-5 anni nel 32,1% e maggiore di 5 anni nel 33,0%. Tra le cittadine straniere, rispetto alle italiane, è più frequente che l'intervallo tra i due partori sia superiore a 5 anni (40,0% vs 28,6%).

Stato civile

Escludendo la quota di casi *non dichiarati*, pari a 0,5% di tutti i parti, 55,9% delle madri riferisce di essere coniugata, 42,9% nubile e 1,2% separata, divorziata o vedova. Il matrimonio, ormai da diversi anni, non rappresenta più una condizione preliminare per avere un figlio: la condizione di madre nubile è aumentata nel tempo e quasi esclusivamente tra le donne con cittadinanza italiana (figura 11).

Nel nuovo tracciato ministeriale CedAP, in vigore dal 2026, verranno rilevate informazioni sullo stato civile che comprendono anche la condizione di convivenza, unione civile o di famiglia monogenitoriale, consentendo di descrivere in maniera più dettagliata le attuali realtà sociali e familiari (Ministero della salute, 2025b).

Figura 11. Frequenza di parti di donne nubili per cittadinanza, E-R 2014-2024



Scolarità

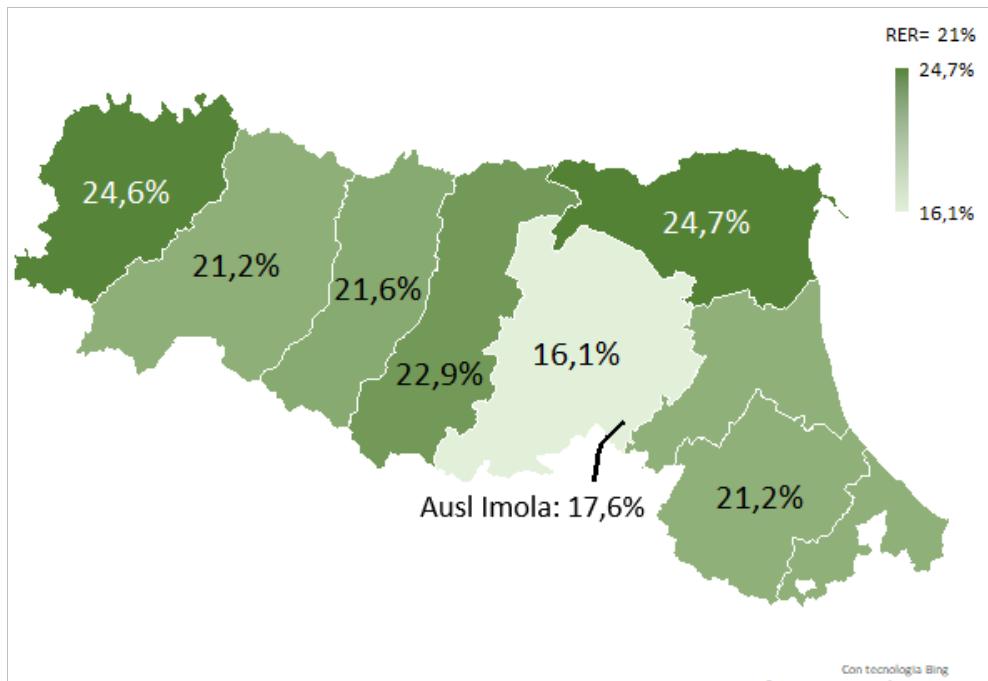
I dati sulla **scolarità materna** rilevano che tra le donne che hanno partorito in Regione:

- 21,1% ha un livello di scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore (**scolarità bassa**)
- 39,6% ha conseguito un diploma di scuola media superiore (**scolarità media**)
- 39,3% è laureata o ha conseguito un diploma universitario (**scolarità alta**).

Il livello di scolarità è aumentato nel tempo (nel 2014 la quota di madri con scolarità bassa era 25,3% e le laureate erano 31,9%) ed è mediamente superiore a quello registrato nel 2023, ultimo dato disponibile, a livello nazionale, in cui la quota di donne con alta scolarità è pari a 35,6% (Ministero della salute, 2025a).

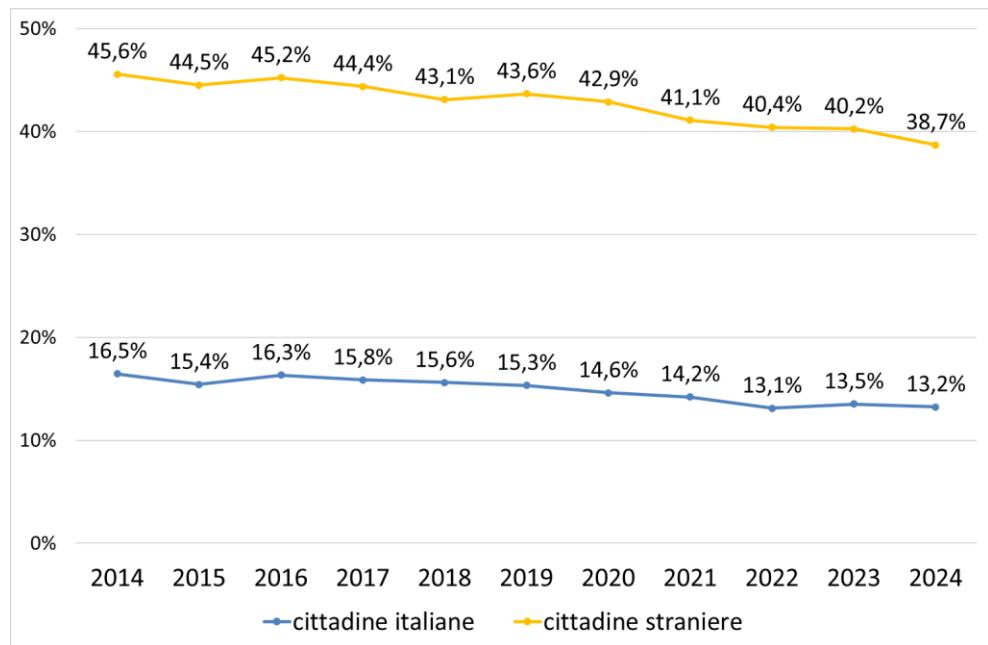
Rispetto all'azienda di residenza, la quota di madri con livello di istruzione basso è maggiore nei territori della Ausl di Piacenza e di Ferrara (figura 12).

Figura 12: frequenza di madri con livello di istruzione basso per azienda sanitaria di residenza, E-R 2024



Circa due donne con cittadinanza straniera su cinque (38,7%) ha un livello di istruzione basso; questa condizione è in diminuzione nel tempo, ma la differenza rispetto alle italiane è stabile dal 2018 (figura 13).

Figura 13. Frequenza di parto per livello di scolarità basso e cittadinanza materna, E-R 2014-2024



L'informazione sulla **scolarità paterna** rileva che tra i padri:

- 27,3% ha un livello di scolarità basso
- 46,1% ha un livello di scolarità medio
- 26,6% è laureato o ha conseguito un diploma universitario (**scolarità alta**).

Si conferma, come negli anni precedenti, un minor livello di istruzione tra i padri rispetto alle madri. Nel 12,8% dei partì entrambi i genitori hanno una scolarità bassa. Questa condizione è molto più frequente tra le coppie in cui la madre è straniera (27,3% vs 6,6% in italiane).

Condizione professionale

Rispetto alla **condizione professionale materna**, tra le donne che hanno partorito in Emilia-Romagna:

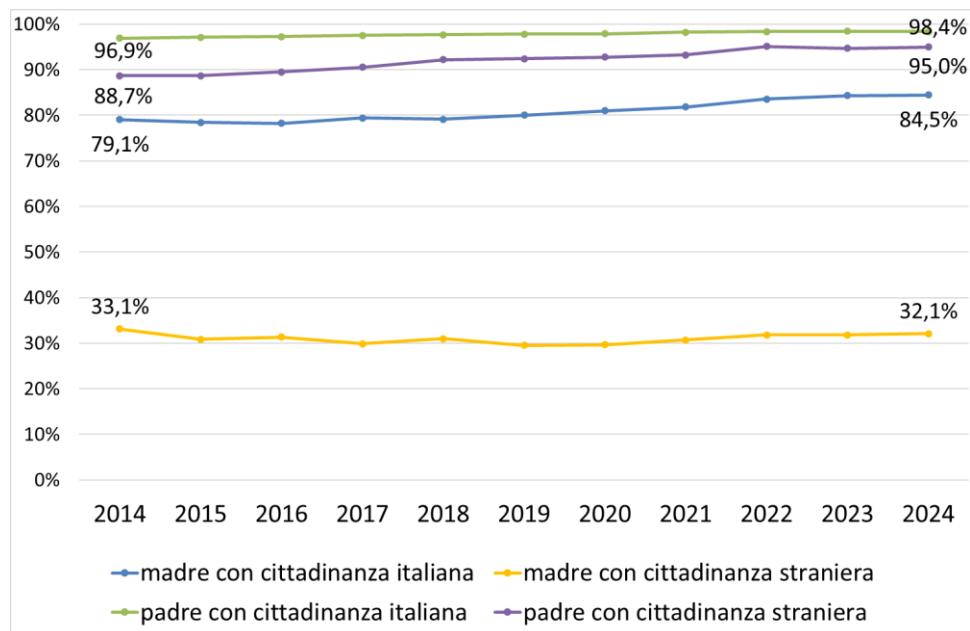
- 68,0% ha una occupazione lavorativa
- 22,4% è casalinga
- 8,5% è disoccupata o in cerca di prima occupazione
- 1,1% è studentessa o in *altra condizione*.

Come negli anni precedenti, il tasso di occupazione risulta più elevato tra le donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere (84,5% vs 32,1%) e al crescere del livello di scolarità (da 38,8% tra le donne con scolarità bassa a 85,4% tra quelle che hanno conseguito una laurea).

La quasi totalità dei **padri** (97,4%) ha una occupazione lavorativa; i disoccupati o in cerca di prima occupazione sono 2,3% e gli studenti o casalinghi o in altra condizione 0,3%.

Negli ultimi dieci anni è aumentata la quota di genitori occupati, a eccezione delle madri con cittadinanza straniera, fra le quali solo una donna su tre ha un reddito (figura 14).

Figura 14. Frequenza di parti per occupazione lavorativa e cittadinanza materna e paterna, E-R 2014-2024



Analizzando congiuntamente la condizione lavorativa di entrambi i genitori, 1,6% delle famiglie non ha un reddito (entrambi i genitori risultano non occupati); questa condizione è più frequente tra le coppie con madre straniera rispetto a quelle con madre italiana (3,4% vs 0,8%).

Associazione tra caratteristiche socio-demografiche materne ed esiti ostetrici e neonatali

L'analisi multivariata, aggiustata per fattori confondenti noti (caratteristiche socio-demografiche materne, stili di vita, servizio assistenziale utilizzato in gravidanza) rileva che:

- le donne di età ≥ 35 anni, rispetto alle donne di età compresa tra 25-34 anni, hanno un maggiore rischio di essere obese (*Odds ratio* - OR 1,24; intervallo di confidenza al 95% - IC95% 1,14-1,34), di avere un travaglio indotto (OR 1,40; IC95% 1,31-1,48), un taglio cesareo (OR 1,78; IC95% 1,67-1,91), un parto pretermine (OR 1,38; IC95% 1,22-1,57) e un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,33; IC95% 1,17-1,52)
- l'essere primipara, rispetto alla condizione di multiparità, risulta associata a maggior rischio di essere sottopeso (OR 1,15; IC95% 1,04-1,28), di utilizzo di epidurale (OR 3,59; IC95% 3,38-3,81), di avere un travaglio indotto (OR 2,35; IC95% 2,22-2,50), un taglio cesareo (OR 3,65; IC95% 3,37-3,96), un parto pretermine (OR 1,20; IC95% 1,06-1,36) un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,81; IC95% 1,59-2,06)
- le donne con cittadinanza straniera, rispetto alle cittadine italiane, hanno una maggiore probabilità di utilizzare il servizio pubblico in gravidanza (OR 6,06; IC95% 5,56-6,61), di avere un accesso non appropriato ai servizi in gravidanza, definito come numero di visite inferiore a 8 (OR 1,37; IC95% 1,29-1,46) e prima visita in epoca tardiva (OR 2,99; IC95% 2,68-3,33), di essere obese (OR 1,19; IC95% 1,10-1,30), di avere un parto pretermine (OR 1,35; IC95% 1,18-1,53) e un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,30; IC95% 1,13-1,49)
- le donne con bassa scolarità, rispetto a quelle con alta scolarità, hanno un maggiore rischio di avere una prima visita in epoca tardiva (OR 1,79; IC95% 1,57-2,05), di fumare in gravidanza (OR 3,54; IC95% 2,92-4,30), di essere obese (OR 3,18; IC95% 2,86-3,54), di avere un parto cesareo (OR 1,27; IC95% 1,16-1,40), un nato SGA (*small for gestational age*) (OR 1,43; IC95% 1,25-1,63).

Per una analisi maggiormente dettagliata si rimanda alle tabelle dei successivi capitoli.

In sintesi

- il numero medio di figli per donna (tasso di fecondità) raggiunge il minimo storico
- le madri straniere sono mediamente più giovani e le multipare hanno più frequentemente due o più figli (oltre quello nato nell'attuale parto) rispetto alle italiane, ma il tasso di fecondità in questo gruppo di donne è in riduzione
- il livello di scolarità migliora sia in madri con cittadinanza italiana sia in madri con cittadinanza straniera, ma la differenza fra i due gruppi è stabile dal 2018
- la condizione di occupazione lavorativa migliora, in misura lieve, solo fra le madri con cittadinanza italiana.

CAPITOLO 4

GLI STILI DI VITA

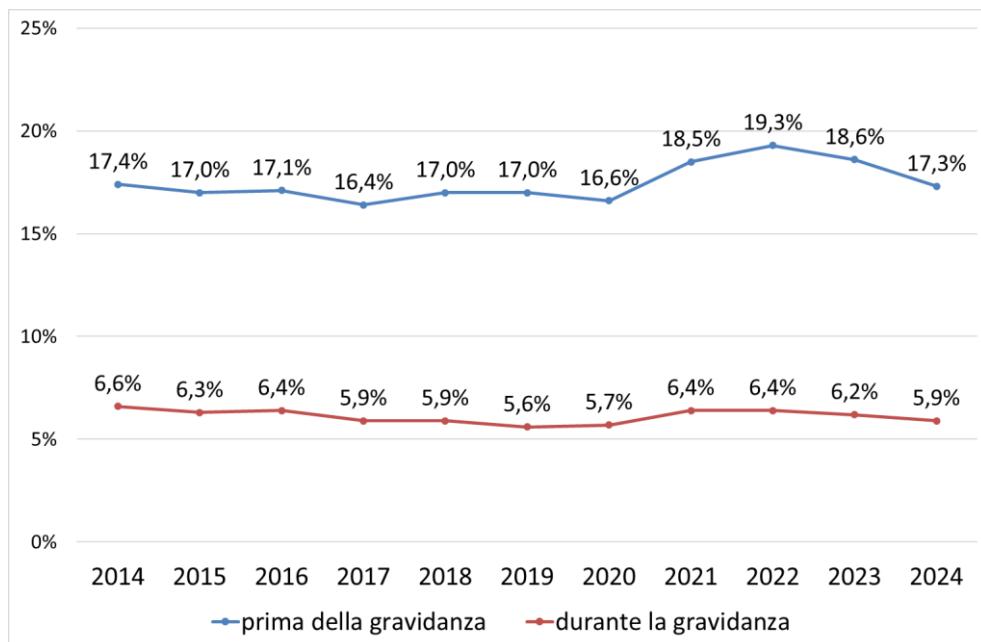
Tabelle in *Allegato dati*: da n. 38 a n. 53

Abitudine tabagica

Nel 2024 le madri che hanno dichiarato di essere fumatrici sono 17,3%, in lieve diminuzione rispetto ai tre anni precedenti (figura 15). Tra le madri fumatrici:

- 29,0% ha smesso di fumare prima della gravidanza
- 36,5% ha interrotto nel corso della gravidanza (non vengono raccolte informazioni sul trimestre)
- 34,5%, corrispondente a 5,9% di tutte le partorienti, ha continuato a fumare nel corso della gravidanza; comportamento stabile nel tempo (figura 15).

Figura 15. Frequenza di parti di fumatrici prima o durante la gravidanza, E-R 2014-2024



L'abitudine al fumo tra le donne con cittadinanza straniera è meno frequente rispetto alle italiane (8,7% vs 21,1%), ma è più probabile che continuino a fumare in gravidanza (43,8% vs 32,7% in italiane fumatrici).

Il 20% delle donne con scolarità media o bassa riferisce di essere fumatrice contro il 12,2% delle donne con scolarità alta. Oltre una donna fumatrice con bassa scolarità su due (51,7%) continua a fumare in gravidanza; questa condizione si riduce tra le donne con scolarità media (33,4%) e, ancor più, tra le donne con scolarità alta (20,7%).

Fattori socio-demografici e assistenziali associati all'abitudine tabagica prima e durante la gravidanza

	Abitudine tabagica		Prosecuzione fumo in gravidanza (tra fumatrici)	
	OR agg*	IC 95%	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì				
<i>multipare</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,55	1,45 – 1,67	0,68	0,59 – 0,78
Cittadinanza				
<i>italiana</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>straniera</i>	0,27	0,25 – 0,30	1,19	1,00 – 1,41
Scolarità				
<i>alta</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>media</i>	2,14	1,98 – 2,32	1,87	1,58 – 2,22
<i>bassa</i>	3,06	2,77 – 3,38	3,54	2,92 – 4,30
Età				
<i><25 anni</i>	1,21	1,07 – 1,37	1,24	0,99 – 1,54
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,01	0,94 – 1,09	1,14	0,99 – 1,32
Servizio utilizzato in gravidanza				
<i>pubblico</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>privato</i>	0,91	0,85 – 0,98	0,75	0,65 – 0,87

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità e servizio utilizzato

Il rischio di essere fumatrice prima della gravidanza è associato, in misura statisticamente significativa, alla condizione di nulliparità, all'età inferiore di 25 anni e aumenta al ridursi del livello di scolarità.

Il rischio di continuare a fumare nel corso della gravidanza è associato, in misura statisticamente significativa, al livello di scolarità medio e – in misura maggiore – al livello di scolarità basso rispetto a quello alto. Le madri con cittadinanza straniera, rispetto a quelle con cittadinanza italiana, hanno una maggiore probabilità – ai limiti della significatività statistica - di continuare a fumare in gravidanza.

La condizione di nulliparità e l'essere assistita dal servizio privato sono fattori associati a una minore probabilità di continuare a fumare in gravidanza.

Aggiustando per condizioni socio-demografiche e BMI pregravidico materno, le fumatrici in gravidanza hanno un maggiore rischio di avere un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,68; IC95%: 1,36-2,06) e SGA (OR 1,79; IC95%: 1,52-2,09) rispetto alle donne non fumatrici. (Cfr. la scheda nel capitolo 'I nati').

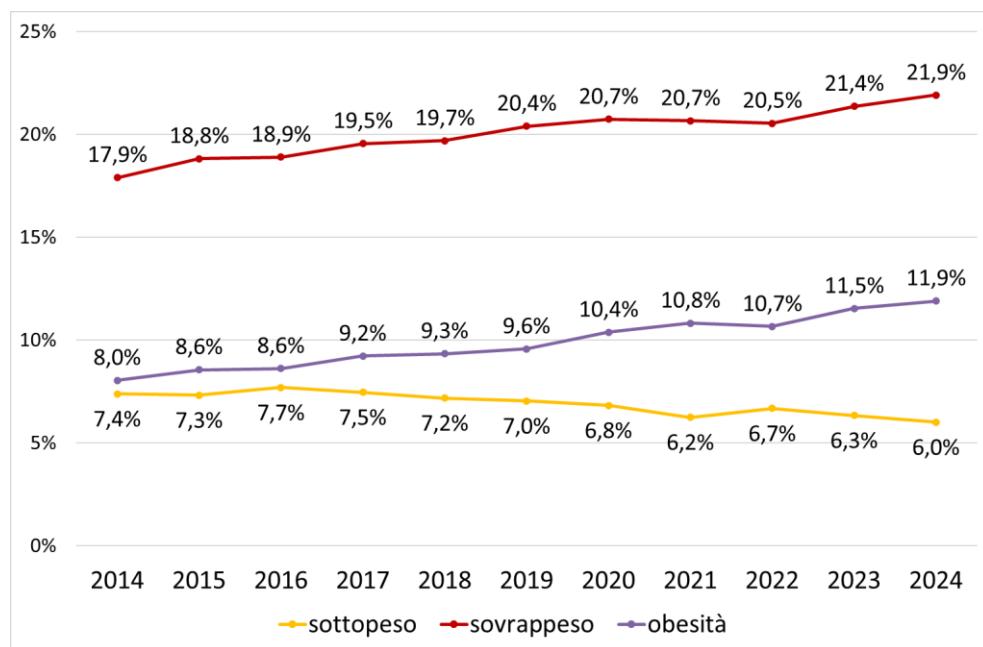
Body mass index (BMI) pregravidico

La distribuzione delle partorienti in relazione al BMI pregravidico, secondo la classificazione proposta dall'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS)⁴, mostra che:

- 60,2% è in normopeso; dato stabile nel tempo
- 6,0% risulta in sottopeso
- 21,9% è in sovrappeso
- 11,9% presenta una condizione di obesità; 320 casi (1,1% del totale dei parti) hanno una obesità di classe III.

Negli ultimi dieci anni la quota di donne in condizione di **sovrapeso e obesità** è progressivamente aumentata (figura 16). Dal 2019 la quota di donne con BMI ≥ 30 Kg/m² è cresciuta più velocemente rispetto a quella delle donne in sovrappeso: le prime registrano un aumento di 2,3 punti percentuale, le seconde di 1,5 punti percentuale. Fra le obesie, l'incremento si rileva principalmente nella classe I (BMI tra 30,0-34,9 Kg/m²), da 5,6% nel 2014 a 6,8% nel 2019, fino a 8,1% nel 2024.

Figura 16. Frequenza di parti per BMI pregravidico non normopeso, E-R 2014-2024



Le condizioni di sovrappeso e obesità sono più frequenti in:

- donne con cittadinanza straniera (28,8% vs 18,8% in italiane in caso di sovrappeso; 15,6% vs 10,2% in caso di obesità)
- donne con scolarità bassa (27,7% vs 17,4% in donne con scolarità alta, in caso di sovrappeso; 18,9% vs 6,3%, in caso di obesità).

Non si rilevano differenze nella presenza di queste condizioni tra le classi di età materna.

⁴ Classificazione proposta dall'OMS in base all'indice di massa corporea: grave magrezza (16,0 Kg/m²), sottopeso (16,0-18,49 Kg/m²), normopeso (18,5-24,9 Kg/m²), sovrappeso (25,0-29,9 Kg/m²), obesità classe I (30,0-34,9 Kg/m²), obesità classe II (35,0-39,9 Kg/m²), obesità classe III ($\geq 40,0$ Kg/m²). WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

La condizione di **sottopeso** o **grave magrezza**, invece, si riduce al crescere dell'età materna (da 9,4% in donne con età inferiore a 25 anni a 5,4% in donne con età maggiore di 35 anni); è più frequente nelle primipare (6,8% vs 5,2% in multipare), in donne con cittadinanza italiana (6,5% vs 4,7% in straniera) e in donne con alta scolarità (6,7% vs 5,2% in donne con scolarità bassa).

Fattori socio-demografici e assistenziali associati alla condizione di sottopeso e obesità

	Sottopeso		Obesità	
	OR agg*	IC 95%	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì				
<i>multipare</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,15	1,04 – 1,28	0,70	0,65 – 0,76
Cittadinanza				
<i>italiana</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>straniera</i>	0,70	0,62 – 0,79	1,19	1,10 – 1,30
Scolarità				
<i>alta</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>media</i>	0,83	0,75 – 0,93	2,33	2,12 – 2,56
<i>bassa</i>	0,78	0,67 – 0,90	3,18	2,86 – 3,54
Età				
<i><25 anni</i>	1,91	1,61 – 2,25	0,86	0,75 – 1,00
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	0,88	0,79 – 0,98	1,24	1,14 – 1,34

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità

Il rischio di essere sottopeso è associato, in misura statisticamente significativa, alla condizione di nulliparità e all'età inferiore a 25 anni.

Il rischio di essere obeso è associato, in misura statisticamente significativa, alla cittadinanza straniera, al livello di scolarità medio – e in misura maggiore – al livello di scolarità basso e all'età uguale o superiore a 35 anni.

Le nullipare hanno una minore probabilità, in misura statisticamente significativa, di essere obese rispetto alle multipare.

Aggiustando per caratteristiche socio-demografiche, le condizioni di sovrappeso e obesità pregravidiche sono associate a un maggiore rischio di travaglio indotto (OR 1,51; IC95% 1,41-1,62 e OR 2,96; IC95% 2,71-3,24, rispettivamente) e taglio cesareo (OR 1,19; IC95% 1,10-1,29 e OR 1,49; IC95% 1,35-1,65, rispettivamente) rispetto alla condizione di normopeso (Cfr. le schede nei capitoli 'Il travaglio' e 'Il parto'). Inoltre, le donne in sovrappeso e obese hanno un maggiore rischio di avere un nato che necessita di manovre rianimatorie in sala parto (OR 1,32; IC95% 1,11-1,56 e OR 1,53; IC95% 1,24-1,87, rispettivamente), con peso alla nascita \geq 4.000 grammi (OR 1,36; IC95% 1,21-1,54 e OR 1,56; IC95% 1,35-1,80, rispettivamente) e LGA - *large for gestational age* (OR 1,32; IC95% 1,20-1,46 e OR 1,68; IC95% 1,50-1,88, rispettivamente) rispetto alle donne normopeso (Cfr. la scheda nel capitolo 'I nati').

Incremento ponderale in gravidanza

Le informazioni sull'incremento ponderale in gravidanza vengono raccolte nel flusso CedAP regionale a partire dal 2015. Come per gli anni precedenti, l'analisi di questa variabile è stata condotta escludendo l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna in cui si registrata una quota di madri con incremento ponderale maggiore di 35 Kg pari a 4,5%, di gran lunga superiore alla media regionale (0,03%).

L'incremento ponderale delle partorienti è valutato come differenza tra peso al momento del parto e peso pregravidico in relazione al BMI pregravidico. I valori indicati da *Institute of Medicine* (IOM, 2009) sono di riferimento per calcolare la quota di donne con incremento ponderale entro e fuori il *range* raccomandato (tabella 2).

Tabella 2. Aumento di peso totale e settimanale nel secondo e terzo trimestre per BMI pregravidico, gravidanza con feto singolo (IOM 2009)

BMI pregravidico (kg/m ²)	aumento di peso totale (intervallo in kg)	aumento di peso nel secondo e terzo trimestre* media (intervallo) in kg/settimana
sottopeso (<18,5)	12,5 – 18	0,51 (0,44-0,58)
normopeso (18,5 – 24,9)	11,5 – 16	0,42 (0,35-0,50)
sovrapeso (25 – 29,9)	7 – 11,5	0,28 (0,23-0,33)
obese (≥30)	5 – 9	0,22 (0,17-0,27)

* il calcolo assume un aumento di peso di 0,5-2 kg nel primo trimestre.

Il dato del peso (pregravidico e al parto) rilevato nel CedAP non prevede decimali e i *range* di incremento ponderale considerati sono stati approssimati all'unità, con ampliamento dell'intervallo (per esempio: 12-18 invece che 12,5-18). Includendo nell'analisi solo le gravide con feto singolo a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), la quota di donne che rientra nel *range* di incremento ponderale raccomandato in relazione al BMI pregravidico è pari a 45,3%; il 31,8% ha avuto un incremento inferiore e il 22,8% un incremento superiore, valori stabili dal 2016, primo anno di consolidamento di queste informazioni.

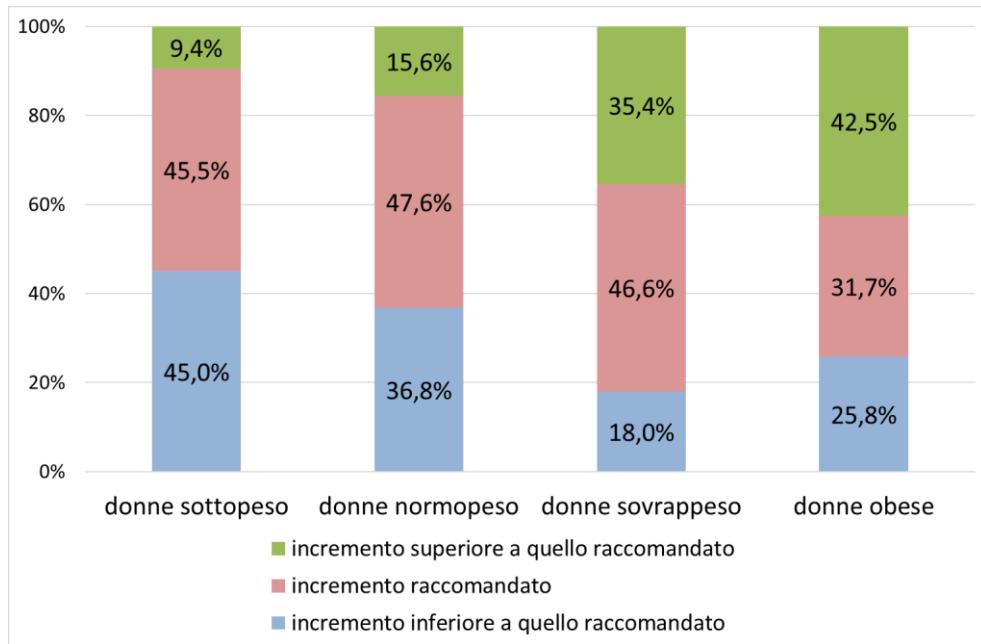
L'aumento ponderale in gravidanza superiore a quello raccomandato è più frequente in donne con BMI pregravidico $\geq 25\text{Kg/m}^2$ rispetto a quanto rilevato in donne normopeso o sottopeso (figura 17).

In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, un incremento superiore a quello raccomandato è più frequente in:

- donne con scolarità bassa (25,7%) o media (27,1%) rispetto a quelle con scolarità alta (16,9%)
- primipare rispetto alle multipare, in misura modesta (24,7% vs 21,0%).

Non si rilevano sostanziali differenze in relazione alla cittadinanza materna.

Figura 17. Frequenza di parti con incremento ponderale entro e fuori i *range* raccomandati, E-R 2024



L'incremento ponderale entro o fuori il *range* raccomandato è stato analizzato in relazione a due esiti della gravidanza: la modalità di parto e il peso del neonato alla nascita.

Rispetto alle donne con incremento ponderale appropriato, tra le donne con incremento ponderale superiore al *range* raccomandato è più frequente, in misura lieve, il ricorso al taglio cesareo (21,9% vs 19,1%), mentre è quasi doppia la frequenza di nascita di un bambino con peso ≥ 4.000 grammi (11,2% vs 6,6%).

Di contro, tra le donne con un incremento inferiore a quello raccomandato, rispetto alle donne con incremento ponderale appropriato, è più frequente avere un nato di peso < 2.500 grammi (3,5% vs 2,2%).

Il BMI pregravidico e la modificazione di peso in gravidanza, in difetto o in eccesso, sono associati a esiti avversi materni e neonatali (Goldstein RF et al, 2018; Voerman E et al, 2019). Le prove sull'intervallo entro il quale considerare fisiologica la modificazione del peso e sull'accettabilità della misurazione seriale da parte delle donne sono limitate. Sulla base delle prove disponibili, la linea guida *Gravidanza fisiologica* raccomanda di offrire la misurazione del BMI a tutte le donne in gravidanza alla prima visita per identificare eventuali fattori di rischio e pianificare una assistenza appropriata. La misurazione routinaria del peso, ad ogni visita, non dovrebbe essere offerta a donne normopeso (BMI pregravidico tra 18,5 e 24,9 kg/m²) (ISS-SNLG, 2025).

In sintesi

- la quota di donne fumatrici in corso di gravidanza si mantiene stabile nell'ultimo decennio
- la quota di donne in sovrappeso o obesse è in lieve, ma progressivo aumento nell'ultimo decennio.

CAPITOLO 5

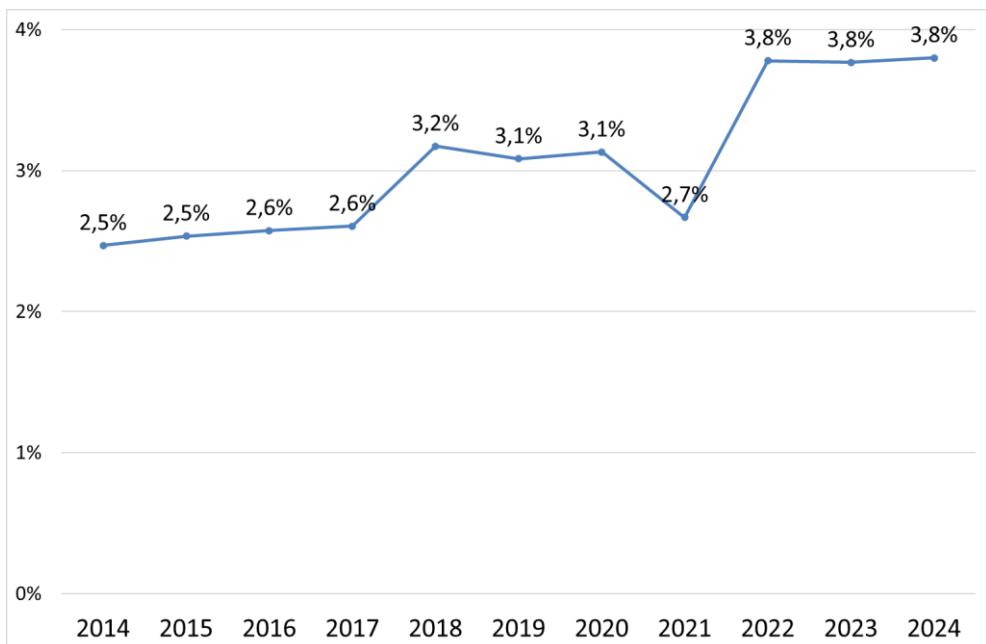
LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 54 a n. 66

In Emilia-Romagna, il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) nel 2024 interessa 3,8% (n= 1.063) dei partì, valore stabile negli ultimi tre anni e sovrapponibile a quello nazionale (3,9% nel 2023 – ultimo dato disponibile) (Ministero della salute, 2025a).

Negli ultimi dieci anni i partì con gravidanza successiva a PMA sono aumentati in misura più netta a partire dal 2018; il basso valore registrato nel 2021 è conseguente alla sospensione o riduzione del ricorso a tecniche di PMA durante la pandemia da SARS-CoV-2 (figura 18).

Figura 18. Frequenza di partì con gravidanza successiva a PMA, E-R 2014-2024



Tra le donne per le quali è disponibile l'informazione della tecnica di PMA utilizzata (n= 969) si rileva che in 55,9% dei casi le donne si sono sottoposte a FIVET (*Fertilization In Vitro and Embryo Transfer*) e in 35,8% dei casi a ICSI (*IntraCytoplasmic Sperm Injection*). Le donne trattate solo farmacologicamente per indurre l'ovulazione sono 1,4%; in 3,9% dei casi è stato effettuato il trasferimento di gameti maschili in cavità uterina (IUI) e nel restante 2,9% dei casi sono state eseguite altre metodiche.

Il ricorso a PMA risulta essere più frequente:

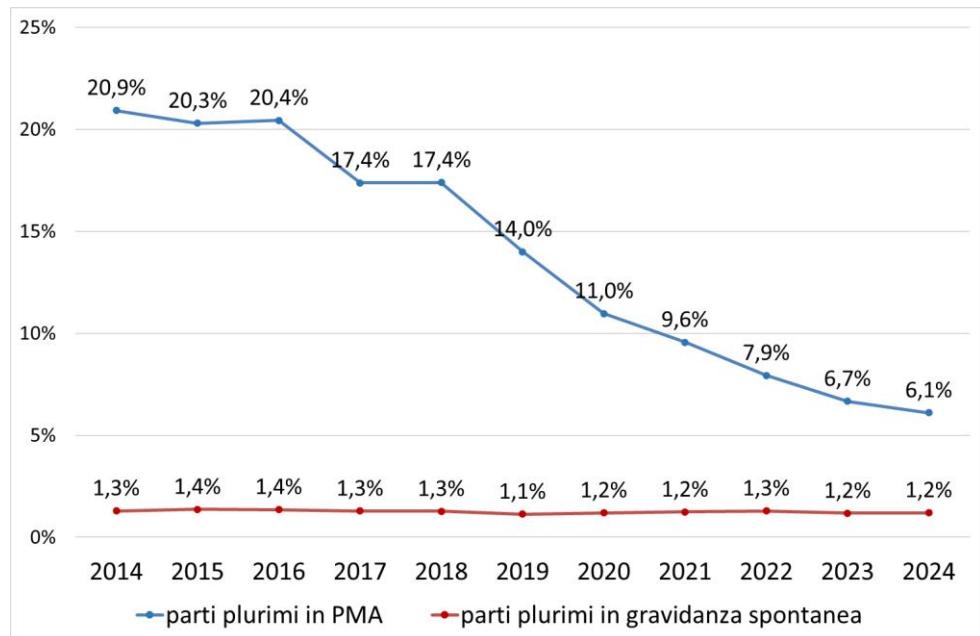
- in donne con cittadinanza italiana (4,6% vs 2,0% in straniere)
- in donne con scolarità alta (4,6% vs 2,6% in donne con scolarità bassa)
- al crescere dell'età materna: tra le donne con età <35 anni 1,7% ha fatto ricorso a PMA, la quota aumenta a 6,4% tra le donne di età 35-44 anni e raggiunge un valore pari a 44,9% tra le donne con età ≥45 anni.

In 8,6% delle gravidanze successive a PMA la donna ha 46 anni o più, limite oltre il quale la metodica non è più erogata dal sistema sanitario regionale (DGR 916/2018).

Analizzando solo i partì con feto singolo, il ricorso a PMA è associato a una maggiore frequenza di induzione del travaglio (61,7% vs 35,6% in gravidanza con concepimento spontaneo) e di taglio cesareo (36,5% vs 20,9%).

La frequenza di parti gemellari in gravidanze da PMA è maggiore rispetto a quanto si osserva in quelle spontanee. Negli ultimi anni il fenomeno è in graduale diminuzione, sia a livello regionale (figura 19) sia nazionale (Ministero della salute, 2025a), ed è attribuito alle tecniche di procreazione attualmente in prevalenza utilizzate che, rispetto alle precedenti, prevedono il trasferimento di un minor numero di embrioni.

Figura 19. Frequenza di parti plurimi in gravidanze con PMA e spontanee, E-R 2014-2024



Per descrivere gli esiti associati alle gravidanze con PMA, in questo capitolo si anticipa l'analisi dei dati dei nati da questa popolazione.

Nel 2024, in Emilia-Romagna i **nati da gravidanza con PMA** sono 1.125, pari a 3,9% di tutti i nati.

Tra i nati da gravidanza successiva a PMA rispetto a quelli concepiti spontaneamente si osserva una maggiore frequenza di:

- nascita pretermine ($<37^{+0}$ settimane di gestazione): 13,1% vs 6,0%; in dettaglio, nati molto pretermine ($<32^{+0}$ settimane): 2,7% vs 0,9%; nati *late preterm* (34^{+0} - 36^{+6} settimane): 8,1% vs 4,4%
- peso alla nascita molto basso (<1.500 grammi): 2,8% vs 1,0% e basso (<2.500 grammi): 12,8% vs 6,1%
- necessità di rianimazione in sala parto: 5,4% vs 3,5%.

La frequenza di *small for gestational age* (SGA) non differisce tra i nati da gravidanza con PMA e spontanea (8,1% vs 8,4%, rispettivamente).

La riduzione – rispetto al passato – dei parti plurimi successivi a PMA, oltre a comportare una conseguente diminuzione della frequenza di gemelli (da 35,2% nel 2014 a 10,9% nel 2024), ha in parte contribuito alla minore frequenza di nati pretermine (erano 33,7% nel 2014) e con peso basso (erano 29,3% nel 2014) da gravidanze con PMA.

Considerando il ridotto numero di casi/anno, per avere informazioni più robuste, il tasso di natimortalità è calcolato nel triennio 2022-2024. Fra i nati da PMA il tasso è pari a 5,1 per 1.000 nati, rispetto a 2,9 per 1.000 nati da gravidanza spontanea.

Uno studio di coorte, *population-based*, condotto in Emilia-Romagna, sui nati a termine (≥ 37 settimane di gestazione; n= 246.437) tra il 2014 e il 2021, ha rilevato un rischio doppio di natimortalità tra i nati da PMA rispetto a quelli concepiti spontaneamente (OR 2,01; IC95% 1,15-3,51) (Salerno C et al, 2023). La direzione dell'effetto è coerente con quella rilevata in una revisione sistematica di 10 studi di coorte (n= 1.860.055 parti e n= 6.952 nati morti) che ha stimato un maggiore rischio di natimortalità in gravidanze singole da FIVET/ICSI, rispetto alle gravidanze insorte spontaneamente (OR 1,82; IC95% 1,37-2,42) (Sarmon KG et al, 2021).

In sintesi

- il ricorso a PMA è stabile rispetto al biennio 2022-2023, ma in netto aumento rispetto agli anni precedenti
- i nati da gravidanza con PMA hanno una maggiore frequenza di esiti avversi alla nascita rispetto a quella osservata nei nati da gravidanza spontanea
- le frequenze di nascite pretermine e di basso peso - sempre superiori a quelle osservate nelle gravidanze spontanee - si sono ridotte nell'ultimo decennio, verosimilmente per la diminuzione dei parti plurimi.

CAPITOLO 6

LA GRAVIDANZA

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 67 a n. 109

La validità delle informazioni sull'assistenza in gravidanza descritte in questa sezione del Rapporto è limitata dalla eterogeneità nella raccolta del dato, in alcuni casi rappresentato dalla documentazione clinica e in altri unicamente da quanto riferito dalla donna, senza riscontro documentale.

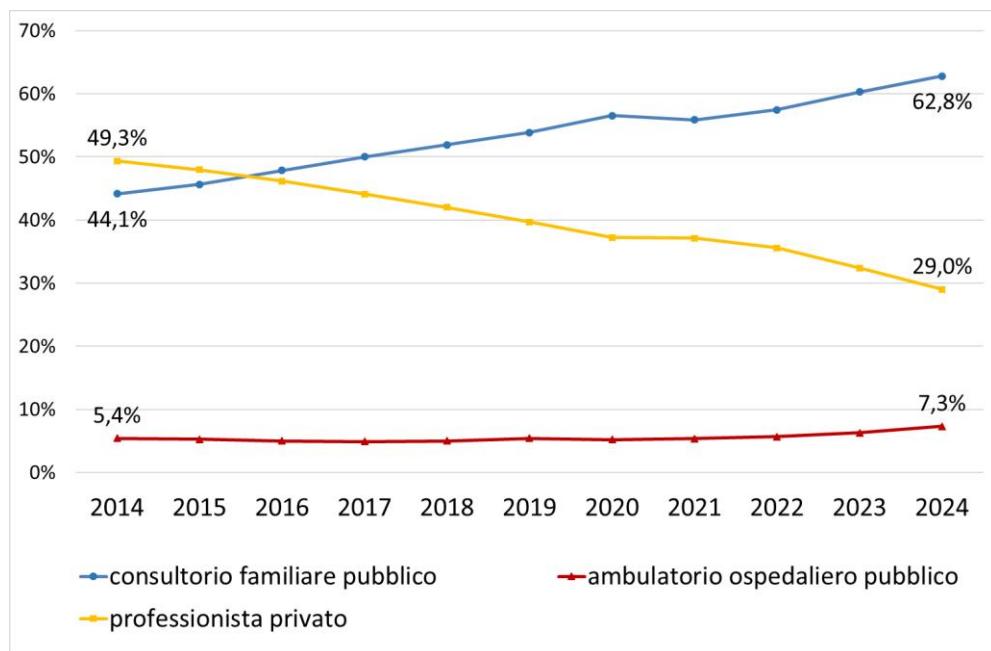
Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

L'analisi dei dati relativi al servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza rileva che:

- 62,8% delle donne è stata assistita da un consultorio familiare pubblico
- 29,0% delle donne si è rivolta a un libero professionista privato (medico ginecologo/a o ostetrica/o)
- 7,3% delle donne è stata assistita presso un ambulatorio ospedaliero pubblico
- 0,9% delle donne ha utilizzato un consultorio privato
- 20 donne non risultano aver utilizzato alcun servizio (0,07%).

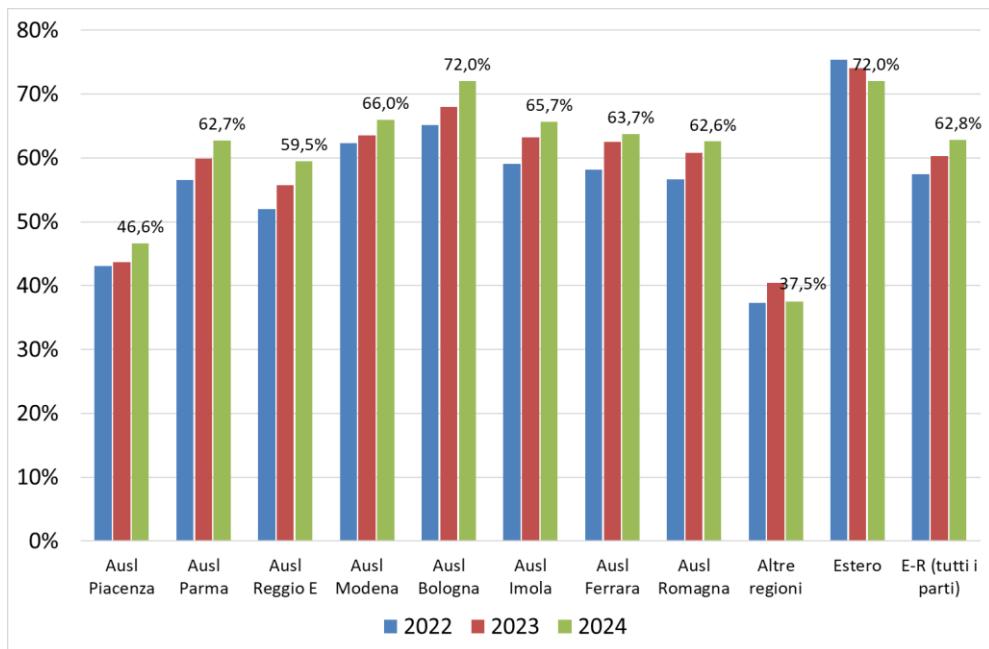
Non si arresta il progressivo aumento della quota di donne che si rivolge al **servizio pubblico** (consultorio familiare o ambulatorio ospedaliero) per l'assistenza in gravidanza (era pari a 49,5% nel 2014), dovuta, in misura prevalente, alla quota di donne che si rivolge al consultorio familiare pubblico. In maniera inversa, la scelta di essere assistita in gravidanza da un professionista privato (medico ginecologo/a o ostetrica/o) si è ridotta di 20 punti percentuale negli ultimi dieci anni (figura 20).

Figura 20. Frequenza di parti per servizio assistenziale utilizzato in gravidanza, E-R 2014-2024



La quota di donne assistite durante la gravidanza in **consultorio familiare pubblico** è in graduale aumento in tutte le aziende sanitarie di residenza materna, ma persistono ampie variabilità: nell'ultimo anno di osservazione questa quota di donne va da valori di poco inferiori al 50% in Ausl Piacenza a valori superiori al 70% in Ausl Bologna (figura 21). Informazioni più dettagliate per distretto di residenza della donna sono riportate nelle tabelle 189-196 in *Allegato dati*.

Figura 21. Frequenza di donne che utilizzano il consultorio familiare pubblico per residenza, E-R 2022-2024



Anche nel 2024 l'utilizzo del servizio pubblico in gravidanza si conferma essere più frequente:

- in donne con cittadinanza straniera (92,1% vs 60,2% in italiane)
- al ridursi del livello di istruzione materno (da 60,8% in alta scolarità a 85,9% in bassa scolarità)
- al decrescere dell'età materna (da 63,4% in donne di età superiore a 35 anni a 86,5% in donne con meno di 25 anni).

Negli ultimi dieci anni l'assistenza in gravidanza presso il servizio pubblico è aumentata anche fra le donne con cittadinanza italiana, con alto livello di istruzione e occupate (da valori attorno al 30% nel 2014 a 60% nel 2024).

Il decreto ministeriale (DM) numero 77 del 2022 stabilisce come standard la disponibilità di un consultorio familiare (CF) e di attività rivolta ai minori ogni 20.000 abitanti con la possibilità di una sede ogni 10.000 abitanti nelle aree interne e rurali. In Emilia-Romagna i servizi consultoriali comprendono consultori familiari, spazi giovani, spazi giovani adulti e spazi donne immigrate; nel 2024 si registrano 266 servizi, ossia 1 ogni 18.150 residenti. Nel 2024 i servizi consultoriali che hanno aperto una cartella di presa in carico della gravidanza sono 166, indicando una disponibilità di un servizio assistenziale ogni 5.199 donne residenti in età fertile.

L'attuale tracciato CedAP nazionale, non fornendo informazioni sul servizio prevalente utilizzato in gravidanza, non consente un confronto tra regioni sulla frequenza con la quale le donne si rivolgono alle diverse strutture/professionisti del percorso nascita.

Gli ultimi dati disponibili a livello nazionale sono compresi nell'indagine condotta dall'*Istituto superiore di sanità* (ISS) negli anni 2018-2019 sugli oltre 1.800 consultori familiari distribuiti sul territorio nazionale. I risultati dell'indagine hanno rilevato che in media sul territorio nazionale era presente un CF ogni 32.325 residenti; solo in 5 Regioni - tra cui l'Emilia-Romagna - e una Provincia Autonoma il numero medio di residenti per CF era compreso entro i 25.000 residenti. In Emilia-Romagna l'attrattività dei consultori (calcolata come rapporto tra il numero di donne in gravidanza con una cartella aperta presso il consultorio familiare e i nati nel territorio in esame) è risultata alta (59,8% rispetto a 34,5% a livello nazionale), seconda – seppur con uno scarto non trascurabile – solo alla Toscana (81,0%) (ISS, 2022a; ISS, 2022b).

Fattori socio-demografici e assistenziali associati all'utilizzo del servizio pubblico in gravidanza

Utilizzo servizio pubblico in gravidanza		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	0,81	0,77 – 0,86
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	6,06	5,56 – 6,61
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,20	1,13 – 1,28
<i>bassa</i>	2,09	1,91 – 2,29
Età		
<i><25 anni</i>	1,58	1,38 – 1,82
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	0,76	0,72 – 0,81

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità

La probabilità di rivolgersi al servizio pubblico per l'assistenza in gravidanza è maggiore, in misura statisticamente significativa, per le donne di età inferiore a 25 anni, con scolarità bassa e – in misura inferiore – con scolarità media.

Le donne con cittadinanza straniera hanno sei volte in più la probabilità di essere assistite dal servizio pubblico rispetto alle italiane.

Le nullipare e le donne di età ≥ 35 anni hanno una minore probabilità, in misura statisticamente significativa, di rivolgersi al servizio pubblico in gravidanza.

Numero di visite in gravidanza

Il numero medio regionale di visite effettuate in gravidanza è pari a 7. In particolare:

- 0,1% (n=25) delle donne non ha effettuato alcuna visita
- 2,0% (n= 560) ha effettuato da 1 a 3 visite
- 56,0% ha effettuato un numero di visite da 4 a 7
- 41,9% ha effettuato 8 o più visite.

Un numero di controlli in gravidanza pari a 4 è il valore minimo per ridurre il rischio di esiti avversi materni e neonatali (Villlar J et al, 2001). Fino alla precedente edizione di questo *Rapporto* il numero di controlli inferiore a 4 è stato considerato come indicatore di utilizzo non appropriato dei servizi assistenziali. Dal 2016 l'*Organizzazione mondiale della sanità*, sulla base di una revisione sistematica (Dowswell T et al, 2015) che ha incluso sette studi controllati randomizzati (RCT), quattro dei quali condotti in Paesi ad alto reddito, raccomanda almeno otto visite/contatti in gravidanza. Negli studi dei Paesi ad alto reddito un programma assistenziale con 6-9 visite in gravidanza, rispetto a un programma con 13-14 visite, non è associato a differenze di esiti materni (disordini ipertensivi, emorragia antepartum e postpartum, induzione del travaglio, ricorso a taglio cesareo) e neonatali (basso peso alla nascita, *small for gestational age* – SGA, ricovero in terapia intensiva neonatale). Il programma assistenziale con 6-9 visite è associato a un aumento, ai limiti della significatività statistica, di parti pretermine (RR 1,24; IC95% 1,01-1,52); il ridotto numero di decessi perinatali non consente una stima della frequenza di questo esito (Dowswell T et al, 2015). Una successiva revisione sistematica, che ha incluso cinque RCT e cinque studi comparativi non randomizzati condotti in Paesi ad alto reddito, ha confrontato programmi con un numero di visite ridotto (6-10 nei diversi studi) con programmi con un numero di visite tra 12 e 14, non rilevando fra i diversi modelli differenze per età gestazionale alla nascita, SGA, punteggio di Apgar a 1 e 5 minuti, ricovero in terapia intensiva neonatale, parto pretermine e basso peso alla nascita. Le prove di efficacia sono non conclusive per ansia ed esperienza percepita dalle donne (Balk EM et al, 2022). La linea guida *Gravidanza fisiologica* (ISS-SNLG, 2025), coerentemente con le prove disponibili, raccomanda l'offerta di almeno 8 visite/contatti (definiti *bilanci di salute*) in gravidanza.

In Emilia-Romagna l'offerta di **almeno 8 visite/contatti** in gravidanza è già prevista nel percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica; il primo incontro viene programmato preferibilmente entro 10 settimane, l'ultimo non oltre 38 settimane di gestazione (DGR 1097/2011).

Nel 2024 un numero di controlli in gravidanza <8 è più frequente in:

- donne con età <25 anni (64,8% vs 55,6% in donne con età \geq 35 anni)
- donne con cittadinanza straniera (64,9% vs 55,0% in italiane)
- donne con scolarità bassa (63,0% vs 57,0% in donne con scolarità alta)
- multipare (60,3% vs 55,9% in primipare)
- donne assistite prevalentemente in consultorio familiare pubblico (61,3% vs 54,0% da professionista privato).

Le donne con condizioni di maggiore vulnerabilità sociale hanno un maggiore rischio di avere un numero di controlli inferiore a 4: per le donne con cittadinanza straniera, al netto di altre condizioni socio-demografiche, l'*odds ratio* (OR) è pari a 3,41 (IC95% 2,79-4,19), per le donne con scolarità bassa l'OR è pari a 1,76 (IC95% 1,39-2,24).

Epoca gestazionale alla prima visita in gravidanza

La prima visita in gravidanza viene effettuata entro le 8 settimane di età gestazionale (EG) dal 70,0% delle donne; 23,0% la esegue tra 9 e 11 settimane e 7,0% a 12 settimane o più.

Considerando l'offerta assistenziale del percorso nascita regionale e le tempistiche degli interventi previsti per il controllo della gravidanza e a tutela della maternità, una **prima visita** dopo 11⁺6 settimane è definita **tardiva**. L'accesso tardivo ai servizi compromette la possibilità di fornire informazioni e interventi di prevenzione in tempi appropriati e di identificare e trattare tempestivamente condizioni devianti dalla fisiologia, aumentando il rischio di esiti avversi materni e perinatali (ISS-SNLG, 2011).

In Emilia-Romagna la quota di donne che effettua una prima visita tardivamente si è gradualmente ridotta (era 10,7% nel 2014).

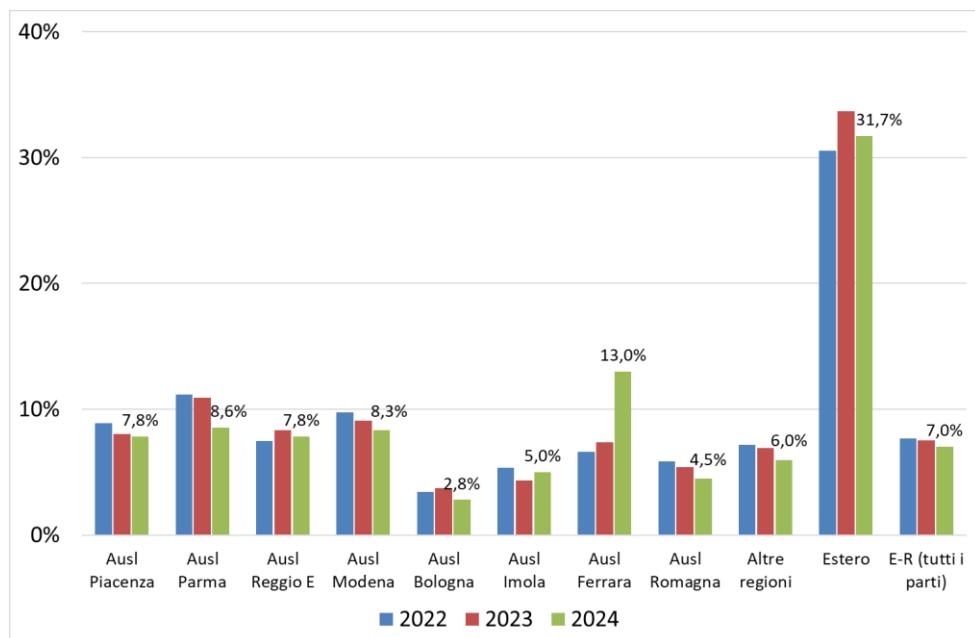
L'effettuazione della prima visita dopo le 11⁺6 settimane di gestazione è più frequente in:

- donne con età <25 anni (12,2% vs 3,2% in donne con età ≥35 anni)
- multipare (8,7% vs 5,4% in primipare)
- donne con scolarità bassa (13,1% vs 4,1% in donne con scolarità alta)
- donne con cittadinanza straniera (14,3% vs 3,8% in italiane).

In base al servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza, la quota di donne che, assistita presso il consultorio familiare pubblico, effettua la prima visita tardivamente, è pari a 8,2%, più alta di quella registrata in donne assistite da un professionista privato (3,3%), ma in diminuzione di circa la metà rispetto al 2014 (16,0%).

In tutte le aziende sanitarie di residenza materna la quota di donne con accesso tardivo ai servizi assistenziali in gravidanza è stabile o in tendente riduzione nell'ultimo triennio, ad eccezione di Ausl Ferrara in cui, nell'ultimo anno di osservazione, si registra un netto incremento (figura 22).

Figura 22. Frequenza di donne con accesso tardivo ai servizi in gravidanza per residenza, E-R 2022-2024



La variabilità è solo parzialmente spiegabile dalla diversa frequenza, tra le aziende di residenza, di madri con maggiore vulnerabilità sociale (figura 7 e figura 12) maggiormente a rischio di accedere tardivamente ai servizi assistenziali in gravidanza. Informazioni più dettagliate per distretto di residenza della donna sono riportate nelle tabelle 189-196 in *Allegato dati*.

Le donne residenti all'estero, molto probabilmente di recente immigrazione, hanno una frequenza alta di accesso tardivo rispetto alla media regionale, ma in riduzione rispetto al 2023 (figura 22).

Fattori socio-demografici e assistenziali associati all'accesso ai servizi sanitari in gravidanza

	Meno di 8 visite in gravidanza		Prima visita dopo 11 sett. di gestazione	
	OR agg*	IC 95%	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì				
<i>multipare</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	0,86	0,82 – 0,91	0,75	0,68 – 0,83
Cittadinanza				
<i>italiana</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,37	1,29 – 1,46	2,99	2,68 – 3,33
Scolarità				
<i>alta</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>media</i>	0,89	0,84 – 0,94	1,25	1,11 – 1,42
<i>bassa</i>	1,02	0,95 – 1,10	1,79	1,57 – 2,05
Età				
<i><25 anni</i>	1,22	1,10 – 1,34	1,61	1,39 – 1,86
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	0,88	0,84 – 0,93	0,91	0,81 – 1,01
Servizio utilizzato in gravidanza				
<i>pubblico</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>privato</i>	0,92	0,87 – 0,97	0,71	0,62 – 0,82

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità e servizio utilizzato

Le donne con cittadinanza straniera e quelle con età <25 anni hanno un maggiore rischio, in misura statisticamente significativa, di avere meno di 8 visite in gravidanza e di accedere tardivamente ai servizi rispetto alle donne con cittadinanza italiana e di età fra 25-34 anni, rispettivamente.

La bassa e media scolarità si confermano fattori di rischio per l'accesso tardivo ai servizi in gravidanza.

La condizione di nullipara, l'età ≥35 anni e l'essere seguita dal servizio privato sono fattori associati a una maggiore probabilità di utilizzare in misura appropriata i servizi assistenziali in gravidanza.

Numero di ecografie in gravidanza

Il numero di ecografie effettuate in gravidanza è mediamente pari a 5, stabile nell'ultimo decennio. In particolare:

- 0,1% delle donne non ha effettuato alcuna ecografia
- 4,1% ha effettuato da 1 a 2 ecografie
- 54,3% ha effettuato da 3 a 4 ecografie
- 41,6% ha effettuato più di 4 ecografie.

Le donne che effettuano meno di 3 ecografie sono più frequentemente cittadine straniere (8,0% vs 2,4% in italiane), multipare (4,9% vs 3,4% in primipare), con scolarità bassa (7,1% vs 2,8% in donne con scolarità alta) e assistite prevalentemente dal servizio pubblico (5,7% vs 1,0% in donne assistite da professionista privatamente).

Fra le donne con decorso fisiologico della gravidanza la frequenza di un numero di ecografie inferiore a 3 è sovrapponibile a quella rilevata in donne con decorso patologico (4,2% vs 4,0% rispettivamente).

Le informazioni raccolte nel flusso CedAP non consentono di distinguere tra una ecografia di screening o a scopo diagnostico e una ecografia a completamento della visita, né è conosciuta l'epoca gestazionale di esecuzione dell'indagine. Pur considerando questi limiti, i dati regionali suggeriscono un 'eccesso' di indagini ecografiche in gravidanza, anche in donne con decorso fisiologico a cui è raccomandata l'offerta di due indagini ecografiche da eseguire nel primo trimestre per la determinazione dell'epoca gestazionale e tra 19⁰ e 21⁰ settimane di gestazione per la ricerca di anomalie fetali strutturali (ISS-SNLG, 2011). Il sovra-utilizzo dell'ecografia viene rilevato anche nel CedAP nazionale, che riporta, nel 2023 (ultimo dato disponibile), un numero di ecografie superiore a 3 nel 76,7% delle gravidanze (Ministero della salute, 2025a).

Indagini prenatali per aneuploidia

La coorte di donne che ha partorito nel 2024 è l'ultima che ha aderito all'offerta attiva e universale del test combinato per la diagnosi fetale precoce delle trisomie 13, 18 e 21 della Regione Emilia-Romagna. Il test è stato offerto contestualmente al NIPT (*non invasive prenatal test*) nell'ambito di un progetto pilota regionale, avviato nel 2020 e conclusosi a giugno 2024. In caso di esito positivo dei test non invasivi alla donna è stata offerta l'esecuzione di una indagine invasiva (amniocentesi, villocentesi e funicolocentesi) (DGR 1894/2019).

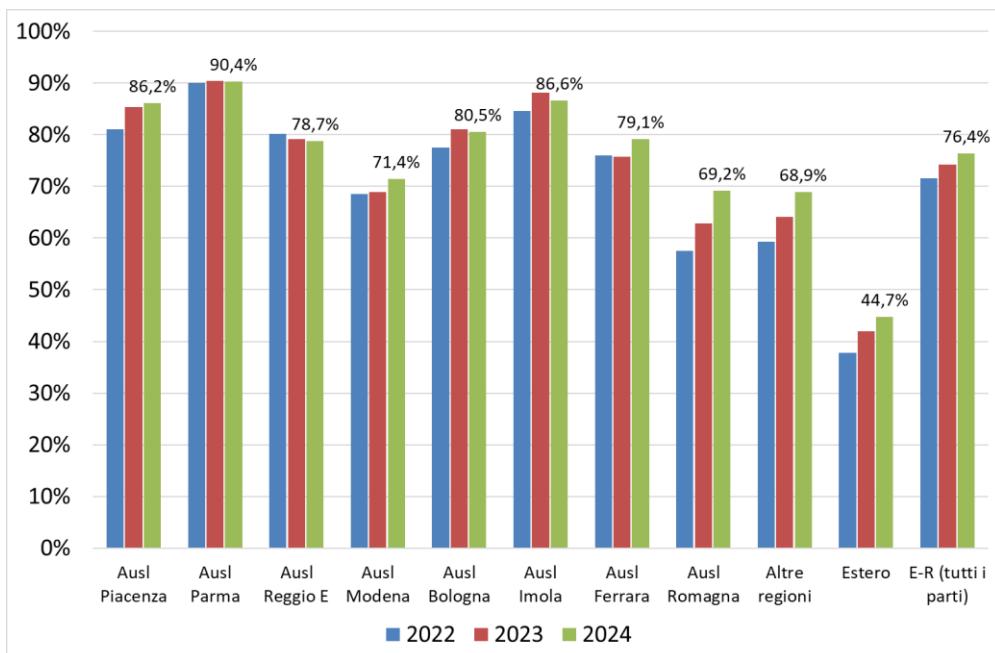
A partire da luglio 2024, la Regione Emilia-Romagna (DGR n. 988/2024) ha introdotto l'offerta, a tutte le donne assistite dal Servizio Sanitario Regionale, del NIPT come test universale di screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio di aneuploidie, in sostituzione del test combinato. I dati di questa coorte di donne saranno considerati nei dati del 2025. Nel flusso CedAP regionale, la rilevazione dell'esecuzione del NIPT è attiva dal 1° gennaio 2025.

Nel 2024 il **test combinato** è stato eseguito dal 76,3% di tutte le partorienti, in progressivo aumento negli ultimi dieci anni (era 44,2% nel 2014).

Analizzando i dati di esecuzione del test combinato per azienda sanitaria di residenza materna si conferma, anche nel 2024, una ampia variabilità intraregionale, costante nel tempo: da un valore minimo registrato in Ausl Romagna (69,2%) a un valore massimo in Ausl di Parma (90,4%).

Nella maggior parte delle aziende l'esecuzione del test combinato è stabile o in lieve aumento rispetto ai due anni precedenti (figura 23).

Figura 23. Frequenza di donne che eseguono il test combinato per residenza, E-R 2022-2024



Nel 2024 ha eseguito almeno una **indagine prenatale invasiva** il 3,6% delle partorienti, in particolare: 54,0% una villocentesi, 45,6% una amniocentesi e 4,6% una funicolocentesi – la somma supera il 100% perché in 4,2% dei casi è stata eseguita più di una indagine. Fino al 2017 il ricorso alle indagini prenatali invasive è stato registrato in oltre il 15% delle partorienti; la netta riduzione osservata negli ultimi anni potrebbe dipendere dalla maggiore diffusione e disponibilità sul mercato di NIPT, in grado di rilevare la presenza di aneuploidia in modo più accurato rispetto agli altri test di primo livello disponibili (EUneHTA, 2018).

All'analisi combinata di ricorso al test combinato e alle indagini prenatali invasive si osserva che:

- 73,8% delle donne ha eseguito il test combinato, senza successiva indagine prenatale invasiva
- 2,5% ha eseguito sia il test combinato sia una indagine prenatale invasiva
- 1,1% ha eseguito una indagine prenatale invasiva non preceduta da test combinato
- 22,6% delle donne non ha effettuato alcuna indagine prenatale.

In assenza di informazioni sull'esecuzione di NIPT, questi dati - in particolare la quota di donne che non risulta aver eseguito alcuna indagine prenatale - devono essere interpretati con cautela.

La quota di donne che **non esegue indagini prenatali** si è dimezzata negli ultimi dieci anni (era il 41,1% nel 2014). In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, la mancata esecuzione di indagini prenatali è più frequente in:

- cittadine straniere (35,2% vs 16,9% in italiane)
- donne con scolarità bassa (32,4% vs 18,1% in donne con scolarità alta)
- donne di età inferiore a 25 anni (30,6% vs 20,7% in donne di età ≥ 35 anni).

Non si può escludere che una quota di donne, classificate nel CedAP come non aver eseguito né il test combinato né alcuna diagnosi prenatale invasiva, abbia in realtà effettuato esclusivamente il test NIPT, non rilevato dal sistema informativo. Questa eventualità potrebbe determinare una parziale sottostima della copertura complessiva delle indagini prenatali. Le informazioni relative alla mancata esecuzione di tali indagini nelle donne in condizioni di maggiore vulnerabilità socio-economica possono comunque considerarsi complessivamente attendibili, in quanto questa sottopopolazione risulta, nella quasi totalità dei casi, assistita dai servizi sanitari pubblici, nei quali l'offerta del NIPT era subordinata all'esecuzione del test combinato. La mancata adesione al percorso di indagine prenatale può, almeno in parte, dipendere dalla scelta delle donne o dall'accesso tardivo all'assistenza, condizione più frequente in donne con maggiore vulnerabilità socio-economica. L'accesso tardivo ai servizi compromette l'offerta e l'esecuzione del test combinato (tra 11 e 13 settimane di gestazione) e/o di altre indagini invasive (villocentesi tra 11 e 13 settimane di gestazione, amniocentesi tra 16-18 settimane di gestazione).

Fattori socio-demografici e assistenziali associati alla mancata esecuzione di indagini prenatali

Nessuna indagine prenatale		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	0,76	0,71 – 0,81
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	2,34	2,19 – 2,50
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,06	0,99 – 1,13
<i>bassa</i>	1,44	1,33 – 1,56
Età		
<i><25 anni</i>	1,22	1,10 – 1,36
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	0,96	0,90 – 1,02
Servizio utilizzato in gravidanza		
<i>pubblico</i>	1 (rif.)	
<i>privato</i>	1,13	1,05 – 1,21

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità e servizio utilizzato

La probabilità di non eseguire alcuna indagine prenatale è maggiore, in misura statisticamente significativa, per le cittadine straniere, le donne con scolarità bassa e quelle di età inferiore a 25 anni.

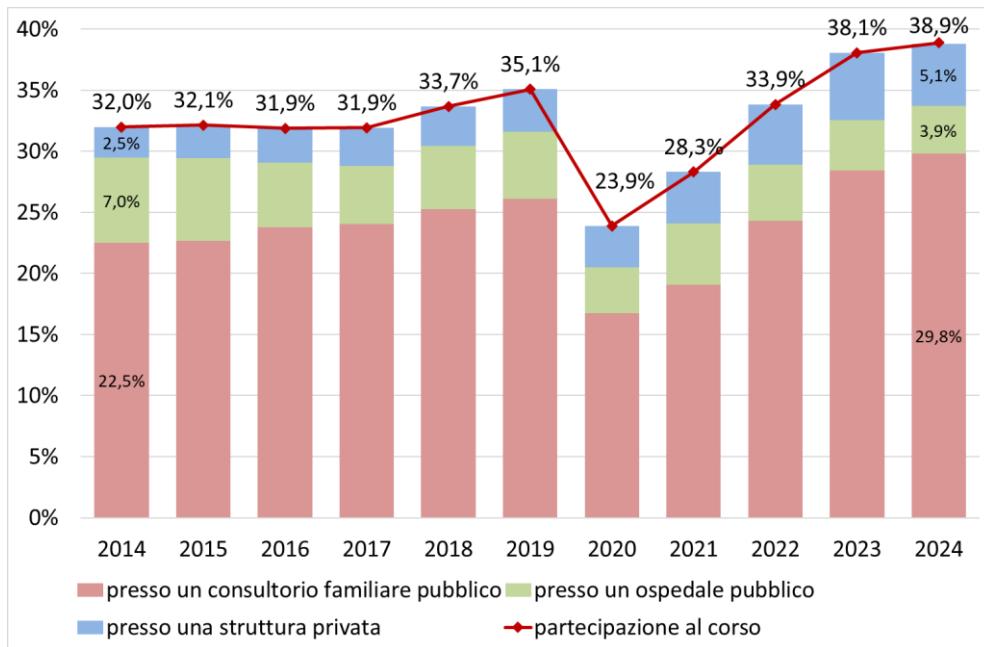
La maggiore probabilità riscontrata, a parità di caratteristiche sociodemografiche, tra le donne assistite dal settore privato di non effettuare alcuna indagine prenatale rispetto a quelle seguite dal servizio pubblico, può essere dovuta a un'incompletezza nella rilevazione dell'evento.

Le nullipare hanno una minore probabilità, in misura statisticamente significativa, di non eseguire alcuna indagine prenatale rispetto alle multipare.

Corso di accompagnamento alla nascita

Nel 2024 la quota di donne che riferisce di aver partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita, durante la gravidanza attuale, è pari a 38,9%, il valore più alto registrato negli ultimi dieci anni che conferma, per il secondo anno consecutivo, una netta ripresa dell'adesione all'offerta dopo la riduzione registrata durante il periodo pandemico (figura 24). Un ulteriore 16,1% di donne ha seguito un corso in una gravidanza precedente; poco meno di una donna su due (45,0%) non ha mai partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita.

Figura 24. Frequenza di donne partecipanti al corso di accompagnamento alla nascita, E-R 2014-2024



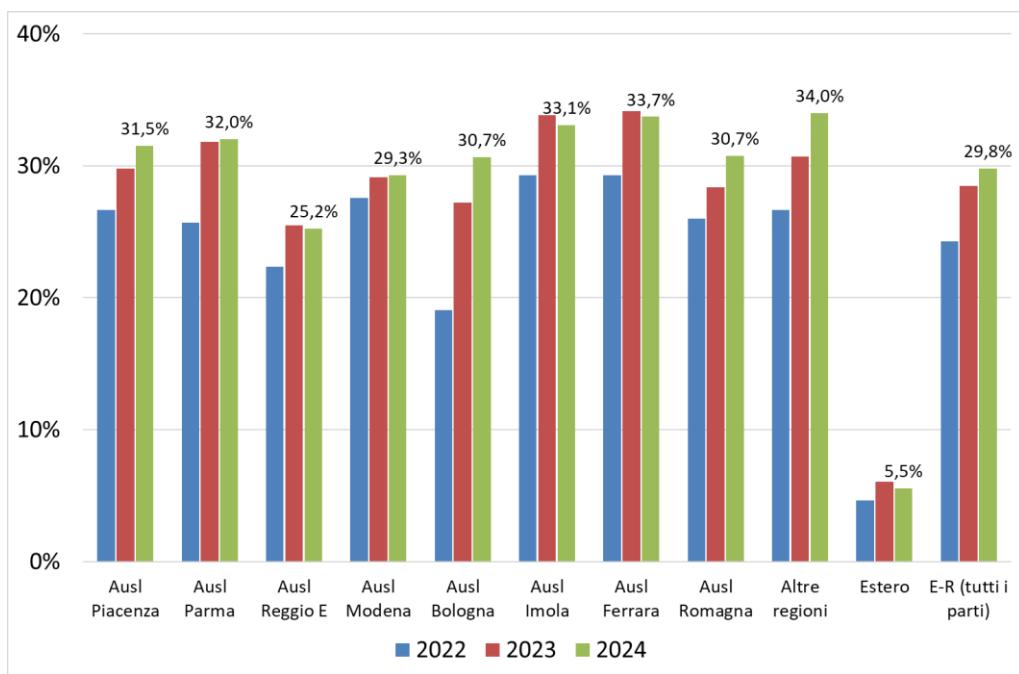
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, si rileva, come negli anni precedenti, una maggiore frequenza di partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita in:

- primipare (66,6% vs 10,7% in multipare); fra le multipare 32,3% ha frequentato il corso in una gravidanza precedente; in un caso su quattro (25,4%) la partecipazione al corso risale a cinque anni o più rispetto alla gravidanza attuale.
- donne con scolarità alta (51,5% vs 17,6% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (50,8% vs 12,3% in straniere).

Tra le donne assistite dal servizio pubblico 34,5% ha frequentato un corso prenatale rispetto a 49,0% registrato tra le donne assistite dal privato; la differenza percentuale fra i due sottogruppi di donne è costante negli ultimi dieci anni.

Circa tre donne su quattro (76,7%) che hanno seguito il corso durante la gravidanza attuale ha aderito all'offerta del consultorio pubblico. La partecipazione ai corsi presso il consultorio pubblico è aumentata in tutte le aziende sanitarie rispetto al 2022, anno in cui - dopo il periodo pandemico - è stata riattivata l'offerta, in misura progressiva e non uniforme fra le aziende. Nel 2024, la variabilità nella frequenza di partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita in consultorio pubblico fra le aziende sanitarie è moderata (*range* da 25,2% in Ausl Reggio Emilia a 33,7% in Ausl Ferrara) (figura 25).

Figura 25. Frequenza di donne partecipanti al corso di accompagnamento alla nascita in consultorio pubblico per residenza, E-R 2022-2024



Fattori socio-demografici e assistenziali associati alla mancata partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita

Nessuna partecipazione a corso di accompagnamento alla nascita nella gravidanza attuale o in una precedente		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	0,44	0,42 – 0,47
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	6,78	6,35 – 7,25
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,68	1,58 – 1,79
<i>bassa</i>	3,20	2,95 – 3,47
Età		
<i><25 anni</i>	2,35	2,10 – 2,64
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,04	0,98 – 1,10
Servizio utilizzato in gravidanza		
<i>pubblico</i>	1 (rif.)	
<i>privato</i>	0,98	0,92 – 1,04

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità e servizio utilizzato

La mancata partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita – considerando anche una gravidanza precedente, in caso di multipare – è associata, in misura statisticamente significativa, alla cittadinanza straniera, al livello di scolarità basso e medio, alla età materna inferiore a 25 anni.

Le nullipare rispetto alle multipare hanno una maggiore probabilità, statisticamente significativa, di partecipare a un corso.

Decorso e assistenza in gravidanza

Il quesito sul decorso della gravidanza, modificato nel 2015 rispetto a quello previsto nel tracciato ministeriale del CedAP, consente di rilevare la **figura professionale (ostetrica o medica) che assiste la donna** e il **tipo di decorso della gravidanza (fisiologico o patologico)**.

Nel 2024 si osserva che:

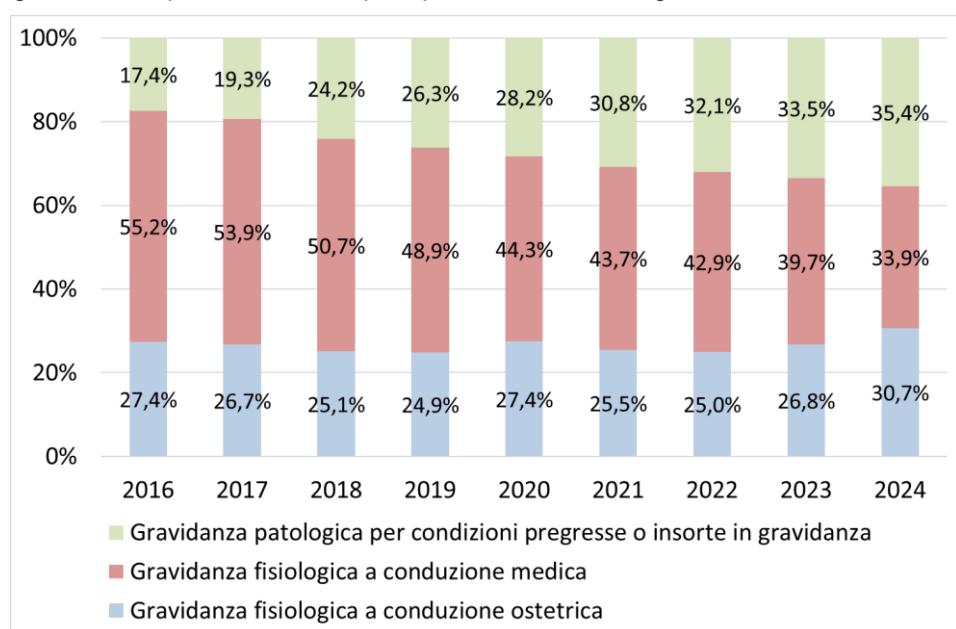
- 30,7% delle donne ha avuto una gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica
- 33,9% una gravidanza fisiologica a conduzione medica
- 35,4% una gravidanza patologica per condizioni pregresse o insorte in gravidanza.

La quota di donne con **gravidanza patologica** è più frequente nelle multipare (38,8% vs 32,2% in primipare) e aumenta al crescere dell'età: da 32,1% in donne con età inferiore a 35 anni a 38,5% in donne con età tra 35-39 anni, fino a raggiungere il 50,4% in donne di età ≥ 40 anni.

Come atteso, la frequenza di gravidanza patologica si riduce all'aumentare dell'epoca gestazionale al parto: da 70,0% delle gravidanze terminate prima di 32^{+0} settimane di EG a 56,7% delle gravidanze *late preterm* (34^{+0} - 36^{+6} settimane di EG) e a 34,1% delle gravidanze a termine (37^{+0} - 41^{+6} settimane di EG).

La frequenza di gravidanze categorizzate come patologiche è raddoppiata rispetto al 2016, primo anno con compilazione obbligatoria di questa variabile (figura 26).

Figura 26. Frequenza di donne per tipo di decorso della gravidanza, E-R 2016-2024



Tre condizioni rilevate nel flusso CedAP (età materna ≥ 35 anni, BMI pregravidico ≥ 30 , ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita), risultano associate a un aumentato rischio di esiti avversi in gravidanza (Pinheiro et al., 2019; Chih et al., 2021) e sono comunemente considerate tra i principali fattori alla base della crescente frequenza di gravidanze patologiche.

In realtà, in Emilia-Romagna, l'incremento della quota di donne con almeno uno dei tre fattori indagati (dal 40,4% nel 2016 al 43,8% nel 2024) risulta inferiore all'aumento delle gravidanze classificate come patologiche nello stesso periodo di osservazione. Elementi diversi, contestuali e tra loro non mutuamente esclusivi, possono aver contribuito a questo aumento. È possibile che ci sia un reale aumento delle condizioni di patologia nella popolazione di partorienti, una modifica nel tempo dei criteri di categorizzazione utilizzati e un miglioramento delle capacità diagnostiche o di accertamento di condizioni precedentemente misconosciute.

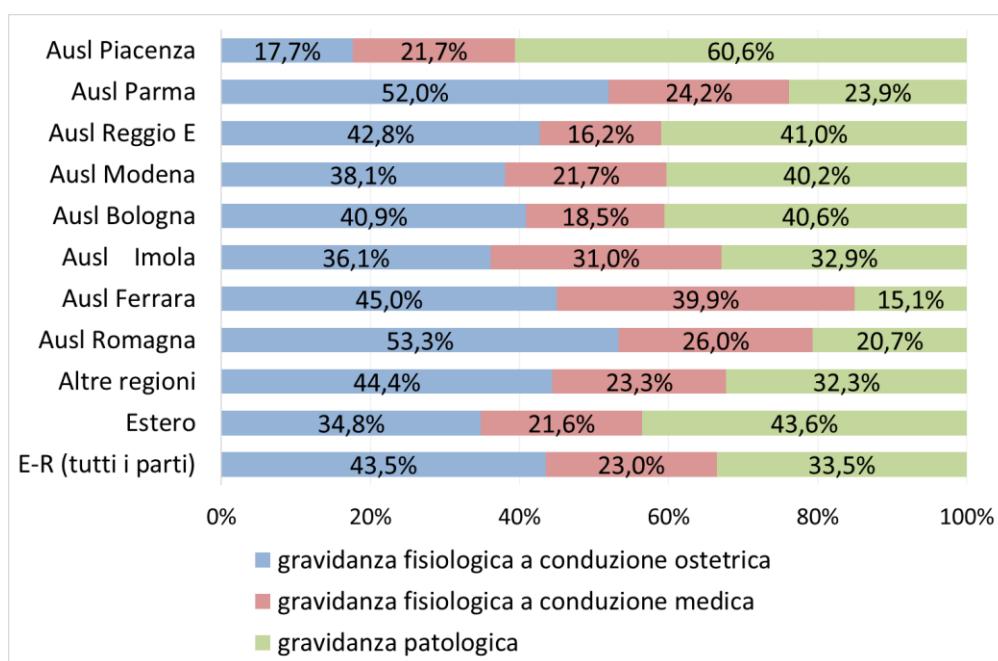
Nel tracciato ministeriale CedAP, in vigore dal 2026, sono state inserite nuove variabili sulle condizioni patologiche materne pregresse o insorte in gravidanza che consentiranno di descrivere con maggiore dettaglio questa condizione e monitorare nel tempo le eventuali variazioni nella frequenza delle diverse patologie rilevate nel flusso (Ministero della salute, 2025b).

La Regione Emilia-Romagna ha determinato che, nell'ambito del percorso nascita offerto dal sistema sanitario regionale, le donne con gravidanza categorizzata fisiologica vengano prese in carico dall'ostetrica, poiché a questo modello assistenziale sono associati migliori esiti di salute materni e neonatali (Hatem M et al, 2008; Sandall J et al, 2024). Nei limiti normativi nazionali, sono stati indicati alle aziende sanitarie modalità e strumenti operativi per consentire la gestione in autonomia ostetrica delle gravidanze fisiologiche (DGR 1097/2011). Per valutare l'adesione delle aziende sanitarie di residenza materna alle indicazioni per la **presa in carico della gravidanza categorizzata fisiologica da parte dell'ostetrica**, è stata condotta una analisi sulla popolazione di donne assistite *prevalentemente* dal consultorio familiare.

La quota di gravidanze a decorso fisiologico gestite in autonomia ostetrica è pari a 43,5%, in lieve incremento rispetto all'anno precedente (38,5%); la variabilità tra le aziende è molto ampia, compresa tra 17,7% in Ausl Piacenza e 53,3% in Ausl Romagna. Altrettanto disomogenee tra le aziende sono la quota di gravidanze seguite dal medico in caso di gravidanza fisiologica e la quota di gravidanze categorizzate come patologiche (figura 27).

Come negli anni precedenti, persiste una forte incertezza sulla qualità dell'informazione. Non si può escludere, in caso di gravidanza fisiologica, una offerta disomogenea fra le aziende del modello assistenziale a gestione ostetrica. La rilevante variabilità osservata tra le aziende sanitarie nella quota di gravidanze patologiche (con valori compresi tra il 15,1% nell'Ausl di Ferrara e il 60,6% nell'Ausl di Piacenza) appare verosimilmente attribuibile all'impiego di criteri di categorizzazione non omogenei più che a una reale differenza nella complessità clinica delle donne assistite. Inoltre, poiché l'informazione viene rilevata a livello ospedaliero, è plausibile che la classificazione della gravidanza venga assegnata senza tenere conto del percorso assistenziale precedente – come invece specificato nelle note di compilazione del CedAP regionale – adottando criteri propri del punto nascita o riferiti prevalentemente alla fase di travaglio e parto piuttosto che al decorso della gravidanza.

Figura 27. Frequenza di donne assistite in consultorio per tipo di decorso della gravidanza e residenza, E-R 2024



Durata della gravidanza

La distribuzione dei parti in relazione alla **durata della gravidanza** rileva che la frequenza di parti pretermine ($<37^{+0}$ settimane di EG) è pari a 5,6% (n= 1.588), quella dei parti post-termine ($\geq 42^{+0}$ settimane di EG) è pari a 1,3% (n= 354).

La frequenza di **parti pretermine** è stabile rispetto all'anno precedente e tra le più basse dal 2003, primo anno di raccolta dati regionale, in cui la frequenza era pari a 7,4%.

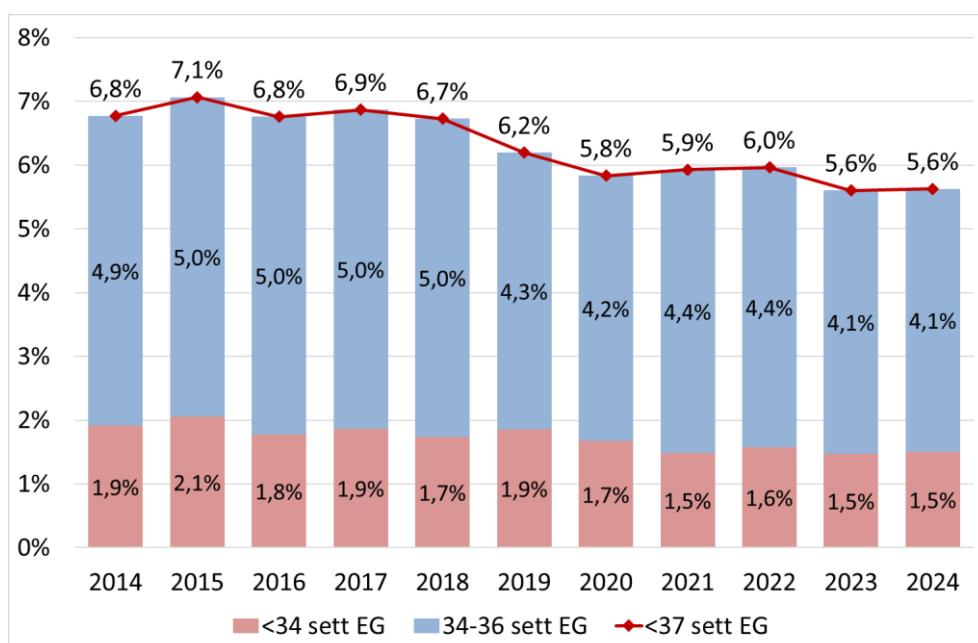
La quota di parti pretermine regionale è più bassa di quella nazionale, pari a 6,4% nel 2023, ultimo dato disponibile (Ministero della salute, 2025a).

In Emilia-Romagna, nel 2024 la distribuzione dei parti pretermine, per classe di età gestazionale, rileva che:

- i parti avvenuti prima di 32^{+0} settimane di EG sono 0,9% (n= 254; di cui 98 prima di 28^{+0} settimane)
- i parti avvenuti tra 32^{+0} e 33^{+6} settimane di EG sono 0,6%
- i parti *late preterm* (34^{+0} - 36^{+6} settimane di EG) sono 4,1%.

Negli ultimi dieci anni la riduzione dei parti pretermine è dovuta principalmente alla quota di *late preterm* che, a partire dal 2019, registra valori di poco superiori al 4% (figura 28). In termini assoluti, rispetto al 2014 il numero di parti *late preterm* è diminuito di 596 unità e i parti prima di 34^{+0} settimane di EG di 267 unità.

Figura 28. Frequenza di parti pretermine, E-R 2014-2024

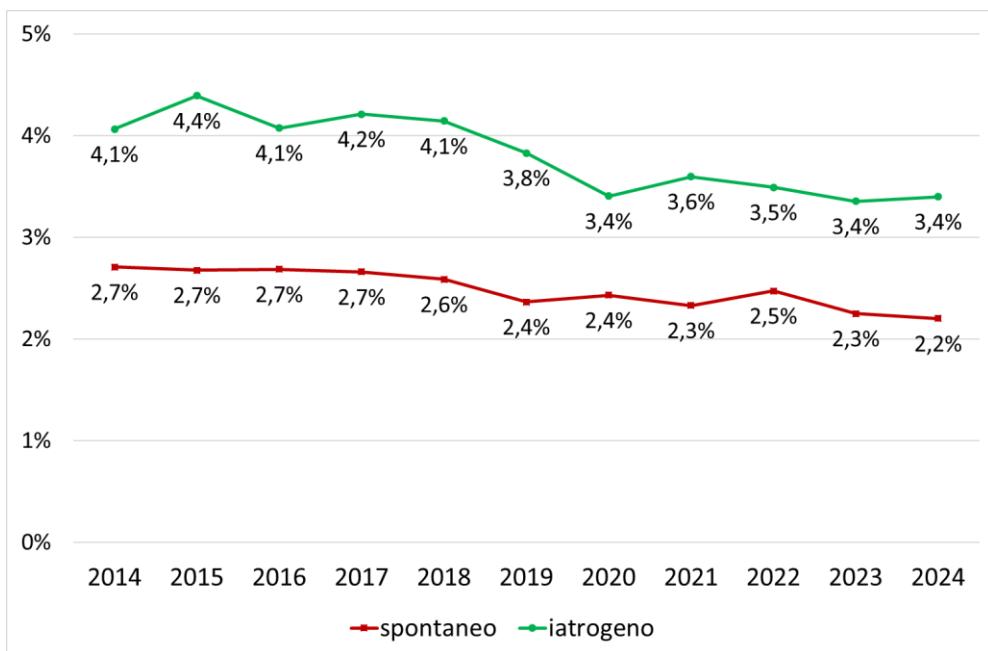


Nel 2020, la pandemia da SARS CoV-2 e gli effetti legati alle misure di contenimento della sua diffusione hanno modificato l'andamento dei parti pretermine, accentuando la diminuzione già in atto dal 2018 (Rusconi F et al 2022); negli anni successivi alla pandemia la frequenza di parti pretermine è rimasta stabile, seppur con valori inferiori rispetto a quelli pre-pandemici (Rusconi F et al, 2025).

A partire dal 2019, la quota di parti pretermine iatrogeni (definiti come parti con travaglio indotto o con ricorso a taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio) si è ridotta in misura maggiore rispetto alla frequenza dei parti pretermine spontanei (figura 29).

La riduzione dei parti pretermine osservata a livello regionale può essere attribuita a una pluralità di fattori, non tutti identificabili o quantificabili. Come ipotizzato nella precedente edizione del *Rapporto*, il progressivo calo potrebbe riflettere una maggiore appropriatezza dell'assistenza (ACOG, 2023; Conde-Agudelo A et al, 2022; Berghella V, 2019) e della gestione del timing del parto (Klumper J et al, 2024).

Figura 29. Frequenza di parti pretermine spontanei e iatrogeni, E-R 2014-2024



Nel 2024, in relazione alle caratteristiche materne, la frequenza di parto pretermine è maggiore in:

- donne con scolarità bassa (6,7% vs 5,1% in donne con scolarità alta)
- cittadine straniere (6,5% vs 5,2% in italiane)
- donne con età ≥ 35 anni (6,6% vs 5,1% in donne con età inferiore a 35 anni)
- donne obesi (6,5% vs 5,4% in normopeso).

Non vi sono differenze in relazione alla parità.

La frequenza dei **parti post-termine** ($\geq 42^{+0}$ settimane di EG) è pari a 1,3%, stabile negli ultimi dieci anni.

La condizione è più frequente, in misura lieve, nelle primipare (1,6% vs 0,9% in multipare) e nelle madri con meno di 35 anni (1,4% vs 1,0% in donne con ≥ 35 anni), in donne con scolarità alta (1,5% vs 1,1% in donne con scolarità bassa). Non si rilevano differenze di frequenza in relazione a cittadinanza e BMI pregravidico.

Fattori socio-demografici, clinici e assistenziali associati alla durata della gravidanza

Parto pretermine		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti parti		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,20	1,06 – 1,36
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,35	1,18 – 1,53
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,12	0,98 – 1,28
<i>bassa</i>	1,29	1,09 – 1,52
Età		
<i><25 anni</i>	1,01	0,81 – 1,26
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,38	1,22 – 1,57
BMI materno		
<i>sottopeso</i>	1,35	1,08 – 1,68
<i>normopeso</i>	1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	0,94	0,81 – 1,09
<i>obeso</i>	1,20	1,01 – 1,42
Abitudine al fumo in gravidanza		
<i>non fumatrice</i>	1 (rif.)	
<i>fumatrice</i>	1,24	0,98 – 1,55
Genere parto		
<i>parto singolo</i>	1 (rif.)	
<i>parto plurimo</i>	19,80	15,75 – 24,90
Tecniche di procreazione medicalmente assistita		
<i>PMA no</i>	1 (rif.)	
<i>PMA sì</i>	1,46	1,13 – 1,86

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI, abitudine tabagica, genere del parto e ricorso a PMA

Il rischio di avere un parto pretermine è associato, in misura statisticamente significativa, alla condizione di nulliparità, cittadinanza straniera, scolarità bassa, età ≥35 anni e obesità.

Il parto gemellare aumenta il rischio di nascita pretermine di circa 20 volte rispetto al parto singolo.

Il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita aumenta, in misura statisticamente significativa, il rischio di avere un bambino pretermine.

In sintesi

- sempre più donne si rivolgono al servizio pubblico per l'assistenza in gravidanza; il fenomeno è in aumento negli anni sia fra le cittadine straniere che fra quelle italiane
- la quota di donne che partecipa al corso di accompagnamento alla nascita raggiunge nel 2024 il valore più alto registrato negli ultimi dieci anni; la partecipazione rimane bassa in donne con maggiore vulnerabilità sociale
- la quota di gravidanze patologiche è in progressivo aumento dal 2016
- in due donne su cinque assistite in consultorio la gravidanza è gestita in autonomia dall'ostetrica
- la quota di parti pretermine è stabile rispetto all'anno precedente; negli anni si osserva un *trend* in riduzione, soprattutto dei parti pretermine iatrogeni.

CAPITOLO 7

IL TRAVAGLIO

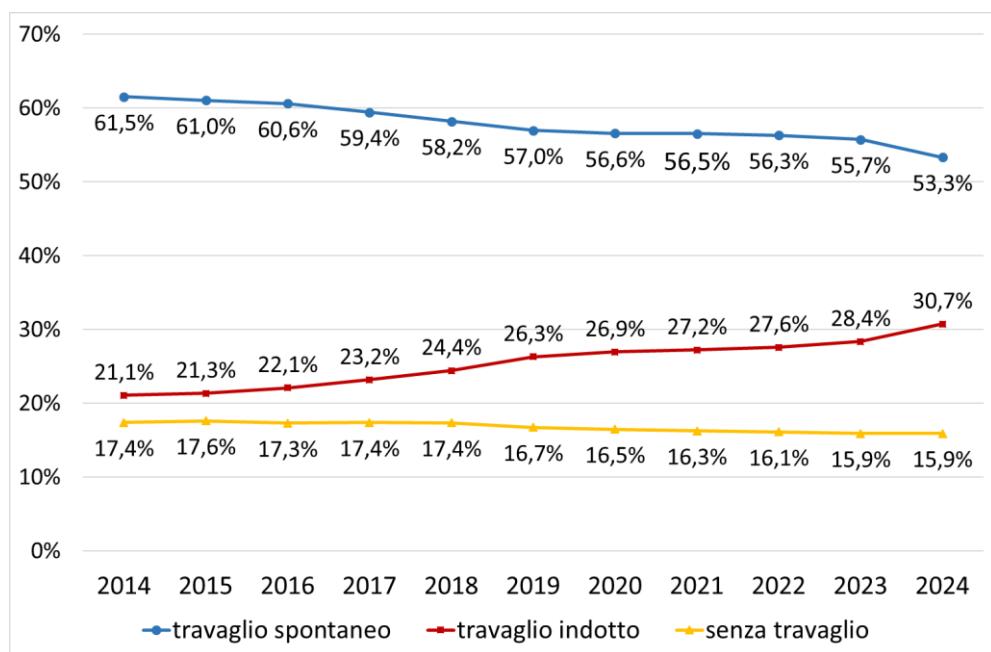
Tabelle in *Allegato dati*: da n. 110 a n. 145

Modalità di travaglio

Nel 2024, in base alla modalità di travaglio, le donne che hanno avuto un travaglio a inizio spontaneo sono il 53,3%, quelle in cui il travaglio è stato indotto sono il 30,7% e quelle che hanno avuto un taglio cesareo (elettivo o urgente) effettuato prima del travaglio rappresentano il 15,9%.

Continua la crescita progressiva della quota di **parti iatrogeni** (definiti come parti con travaglio indotto o con ricorso a taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio) determinata esclusivamente dall'aumento della proporzione di travagli indotti (figura 30).

Figura 30. Frequenza di parti per modalità di travaglio, E-R 2014-2024



Il **tasso di induzione** è calcolato sulla popolazione di donne che ha avuto un travaglio (insorto spontaneamente o indotto), escludendo dall'analisi i parti con taglio cesareo eseguito prima dell'inizio del travaglio.

Nel 2024 il tasso regionale di induzione è pari a 36,6%, in progressivo aumento negli anni (tabella 3) e superiore a quello registrato in Italia (33,7% nel 2023, ultimo dato disponibile) (Ministero della salute, 2025a).

In 13,0% dei parti con travaglio indotto viene successivamente eseguito un taglio cesareo, rispetto a 4,3% dei casi registrati nei parti con travaglio spontaneo. Il rischio di partorire con taglio cesareo è tre volte superiore fra le donne con travaglio indotto rispetto alle donne con travaglio spontaneo (OR grezzo 3,33; IC95% 3,01-3,68).

Nel capitolo 8 di questo *Rapporto* il tasso di cesarei nei parti con travaglio indotto viene descritto con maggiore dettaglio nell'analisi delle classi IIa e IVa della classificazione di Robson.

In base all'epoca gestazionale al parto, la frequenza di induzione è in aumento negli ultimi dieci anni, pur non tracciando un andamento lineare, in tutte le classi di EG ad eccezione di quanto osservato nei parti *late preterm*, in cui il valore è stabile al 31% negli ultimi tre anni e in lieve calo rispetto al periodo precedente. L'incremento più accentuato si rileva nei parti tra 37^{+0} e 38^{+6} (15 punti percentuale in più rispetto al 2014), seguiti dai parti tra 39^{+0} - 40^{+6} (12 punti percentuale in più rispetto al 2014) (tabella 3).

settimane di EG	anno di parto										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<34 ⁺⁰	19,9	19,4	18,9	20,8	20,3	20,1	12,2	22,2	19,8	24,7	27,5
34 ⁺⁰ -36 ⁺⁶	32,8	33,9	31,4	32,4	35,2	34,7	32,6	35,8	30,9	30,7	31,0
37 ⁺⁰ -38 ⁺⁶	27,5	29,5	31,1	33,5	34,5	39,0	38,2	36,4	38,6	37,6	42,6
39 ⁺⁰ -40 ⁺⁶	18,5	18,8	19,5	20,5	22,3	24,7	26,1	26,6	26,6	27,8	30,9
41 ⁺⁰ -41 ⁺⁶	42,5	42,2	41,9	43,6	44,6	44,7	45,7	47,0	46,9	47,4	48,3
≥42 ⁺⁰	50,0	47,5	49,5	48,5	53,3	49,4	50,4	46,0	50,3	59,6	55,6
totale	25,5	25,9	26,7	28,0	29,6	31,6	32,3	32,5	32,9	33,7	36,6

In relazione alle caratteristiche materne il ricorso all'induzione di travaglio risulta più frequente in:

- primipare (43,6% vs 28,8% in multipare)
- donne in sovrappeso o obese (40,3% e 56,0%, rispettivamente) rispetto alle normopeso (32,7%).

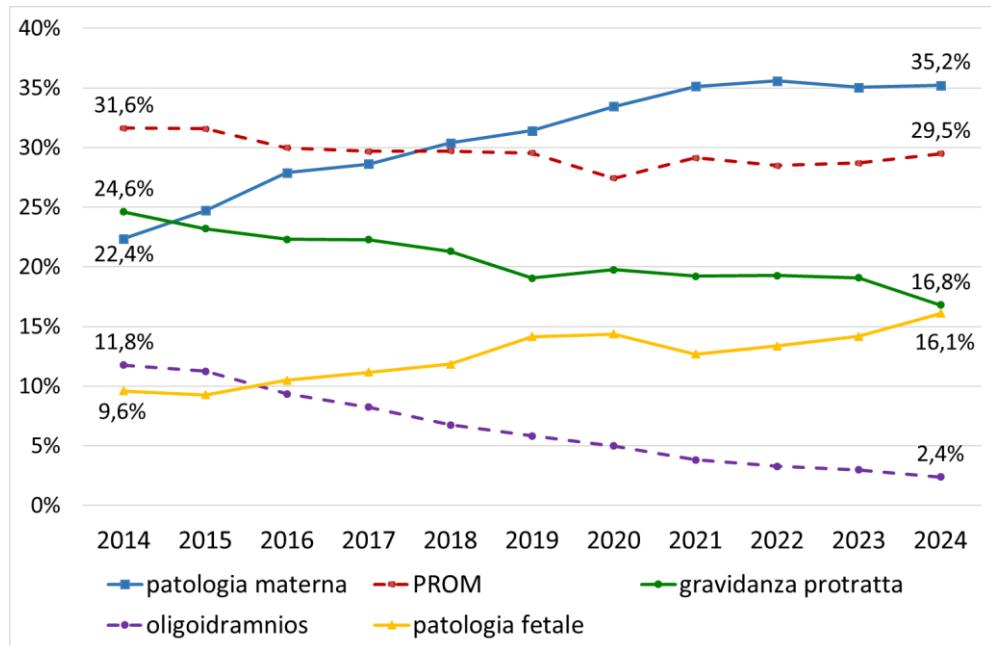
Non si rilevano sostanziali differenze per livello di istruzione e cittadinanza materna.

Nel 2024, tra le donne con travaglio di parto indotto, l'**indicazione** più frequente si conferma essere una condizione patologica materna (35,2%), seguita da rottura prematura delle membrane (29,5%), gravidanza protratta (16,8%) e presenza di una patologia fetale (16,1%). In 2,4% dei casi l'induzione è stata eseguita per oligoidramnios. È possibile che più di una di queste condizioni fosse simultaneamente presente; nell'interpretazione di questa variabile occorre considerare che l'informazione rileva la sola condizione clinica principale che ha motivato la decisione di procedere all'intervento.

La quota di travagli indotti per patologia materna o fetale è aumentata nel tempo (era 32,0% nel 2014) fino ad interessare una donna su due (52,1%) nel 2024. Negli ultimi dieci anni è diminuita, invece, la quota di travagli indotti per gravidanza protratta e oligoidramnios, mentre quella per rottura prematura delle membrane (PROM) non è variata in misura consistente (figura 31).

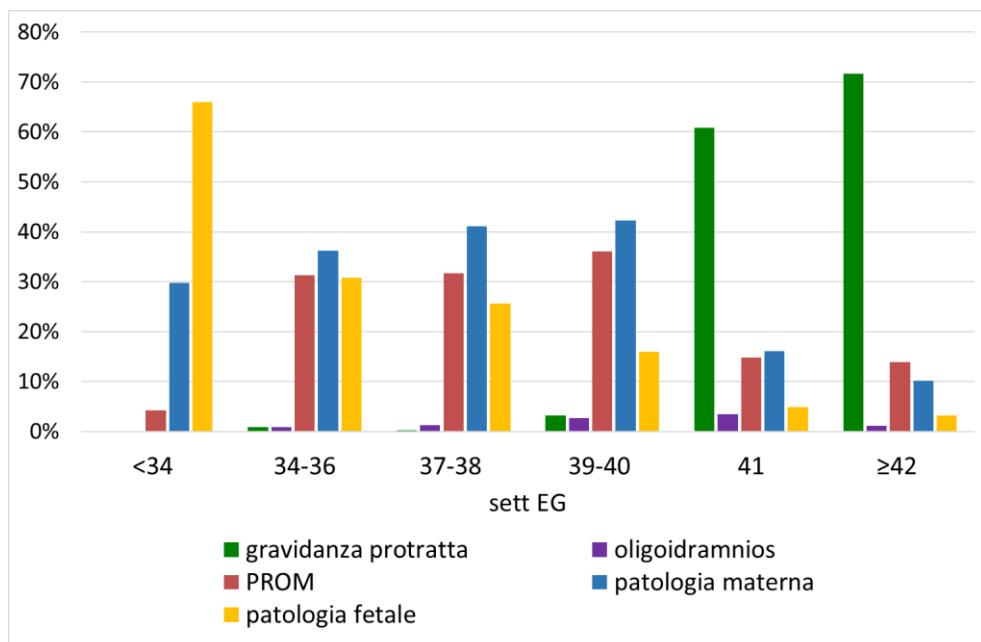
Informazioni su specifiche patologie materne pregresse o insorte in corso della gravidanza e su patologie fetal, attualmente non raccolte nel flusso CedAP, sono state inserite nel nuovo tracciato ministeriale, in vigore dal 2026 (Ministero della salute, 2025b); queste nuove variabili consentiranno di descrivere, in misura più dettagliata, il ricorso all'intervento e di valutarne l'appropriatezza.

Figura 31. Frequenza delle indicazioni all'induzione del travaglio, E-R 2014-2024



Le indicazioni all'intervento differiscono in base all'età gestazionale: nei parti terminati prima di 34^{+0} settimane di EG la causa principale di induzione è la patologia fetale (66,0%); nei parti *late preterm* e in parti a 37^{+0} - 40^{+6} settimane di EG la patologia materna (36,2% e 42,0%, rispettivamente); nei parti a 41^{+0} - 41^{+6} settimane di EG e oltre la gravidanza protracta (60,8% e 71,7%, rispettivamente) (figura 32).

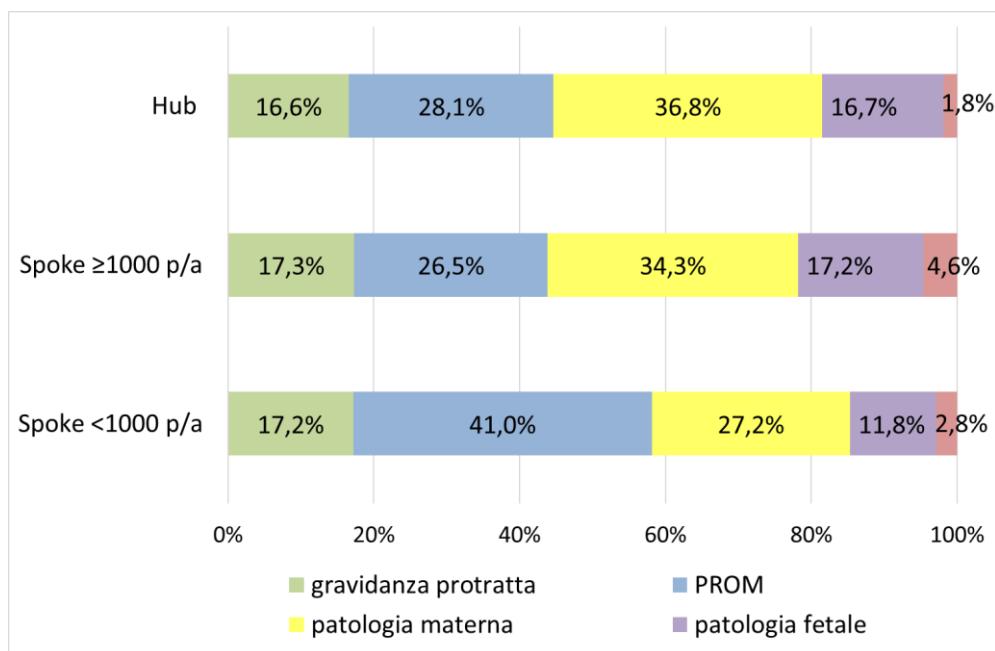
Figura 32. Frequenza di indicazioni all'induzione per classe di età gestazionale, E-R 2024



Le linee di indirizzo regionali raccomandano di offrire l'induzione del travaglio per gravidanza protratta e in assenza di altre indicazioni tra 41^{+0} e 42^{+0} settimane di EG, poiché le prove di efficacia mostrano che a questa epoca l'intervento riduce il rischio di mortalità e morbosità perinatali (Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita, 2020). Nel 2024, considerando i parti in cui è stata posta l'indicazione di gravidanza protratta, l'induzione è stata eseguita a 39^{+0} - 40^{+6} settimane di EG in 9,1% dei casi, in 81,2% dei casi a 41^{+0} - 41^{+6} settimane di EG e in 9,2% dei casi a $\geq 42^{+0}$ settimane di EG. Tra i centri che registrano una frequenza di induzione a 41^{+0} - 41^{+6} settimane di EG inferiore alla media regionale si osserva un maggiore ricorso all'intervento in epoche gestazionali $\leq 40^{+6}$ settimane (da valori attorno al 13% in Aou Bologna e ospedale Maggiore di Bologna a 23,5% in ospedale di Faenza).

Complessivamente, il ricorso all'induzione di travaglio è di poco più frequente in centri *Spoke* ≥ 1.000 parti/anni (38,2%) rispetto ai valori registrati in centri *Hub* (37,5%) e *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno (31,8%). Come negli scorsi anni, tra i centri *Hub* e i centri *Spoke* - compresi quelli con meno di 1.000 parti/anno - non si registra una sostanziale differenza nel contributo dato dalle indicazioni per patologie materne e fetalì al totale delle induzioni (figura 33).

Figura 33. Frequenza di parti per indicazione all'induzione e categoria di punto nascita, E-R 2024



Il **metodo di induzione** prevalentemente utilizzato è la somministrazione di prostaglandine (58,0%); l'ossitocina viene somministrata in 20,2% dei casi; nel 2,6% delle induzioni è stato utilizzato un altro farmaco. La amnioressi è effettuata in 2,6% delle induzioni e in un ulteriore 16,6% dei casi viene utilizzato un altro metodo meccanico. Nell'interpretazione di questa variabile è necessario considerare che, nel flusso CedAP, non sono consentire più opzioni di risposta e nel caso di una successione di interventi diversi non è possibile indicarne il numero e la sequenza. La variabilità osservata tra i punti nascita nella frequenza di metodiche utilizzate può dipendere tanto da scelte assistenziali differenti quanto da una interpretazione discordante del quesito, a seconda che venga considerato come metodo di induzione quello utilizzato inizialmente (come indicato nelle note di compilazione del CedAP regionale) o quello conclusivo.

Considerando unicamente i parto con travaglio a inizio spontaneo, il ricorso al **parto pilotato (augmentation)** viene registrato in 14,5% dei casi; il dato è stabile dal 2017. La variabilità tra punti nascita è ampia (*range* da 6,4% in ospedale di Sassuolo a 25,3% in ospedale di Fidenza), anche all'interno di ogni categoria di centro.

Fattori socio-demografici e clinici associati a induzione del travaglio

Travaglio indotto (solo parto con travaglio)		
	OR agg*	IC 95
Precedenti parto		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	2,35	2,22 – 2,50
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,07	1,01 – 1,14
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,06	1,00 – 1,13
<i>bassa</i>	1,15	1,06 – 1,25
Età		
<i><25 anni</i>	0,79	0,71 – 0,87
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,40	1,31 – 1,48
BMI materno		
<i>sottopeso</i>	0,72	0,64 – 0,82
<i>normopeso</i>	1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	1,51	1,41 – 1,62
<i>obeso</i>	2,96	2,71 – 3,24

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI

Il rischio di induzione del travaglio è associato, in misura statisticamente significativa, alla condizione di nulliparità, cittadinanza straniera, scolarità bassa ed età ≥ 35 anni, alla condizione di sovrappeso e – in misura maggiore – a quella di obesità.

L'età inferiore a 25 anni e la condizione di sottopeso sono fattori che riducono, in misura statisticamente significativa, la probabilità di ricorrere all'intervento.

Metodiche anti-dolore in travaglio

L'analisi sulle metodiche anti-dolore in travaglio è condotta includendo unicamente i parti con travaglio (insorto spontaneamente o indotto). Nel 2024 il 98,0% delle donne ha usufruito di almeno un tipo di sostegno anti-dolore in travaglio. In particolare:

- 60,8% delle donne ha ricevuto solo metodiche non farmacologiche
- 12,9% solo analgesia epidurale
- 22,3% ha usufruito di metodiche non farmacologiche ed epidurale
- in 105 donne (0,4%) è stata utilizzata una analgesia farmacologica diversa dall'epidurale
- in 1,5% dei casi sono stati utilizzati altri tipi di associazioni.

La quota di donne che non hanno ricevuto **alcuna metodica anti-dolore** (comprese quelle non farmacologiche) in travaglio è pari a 2,0%. Questa condizione è in netta riduzione rispetto al 2015 (era pari a 11,9%), primo anno in cui è stata adottata la definizione di 'metodiche anti-dolore non farmacologiche' attuale.

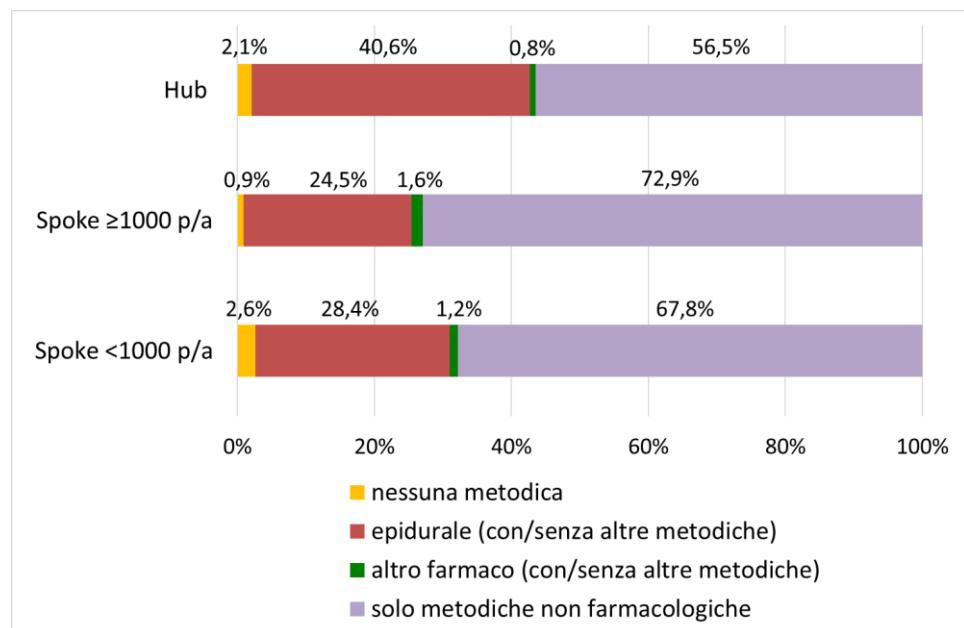
Il mancato ricorso a metodiche anti-dolore è più frequente in:

- multipare (2,4% vs 1,7% in primipare)
- cittadine straniere (2,6% vs 1,7% in italiane).

Non si rilevano differenze per classi di età e livello di istruzione.

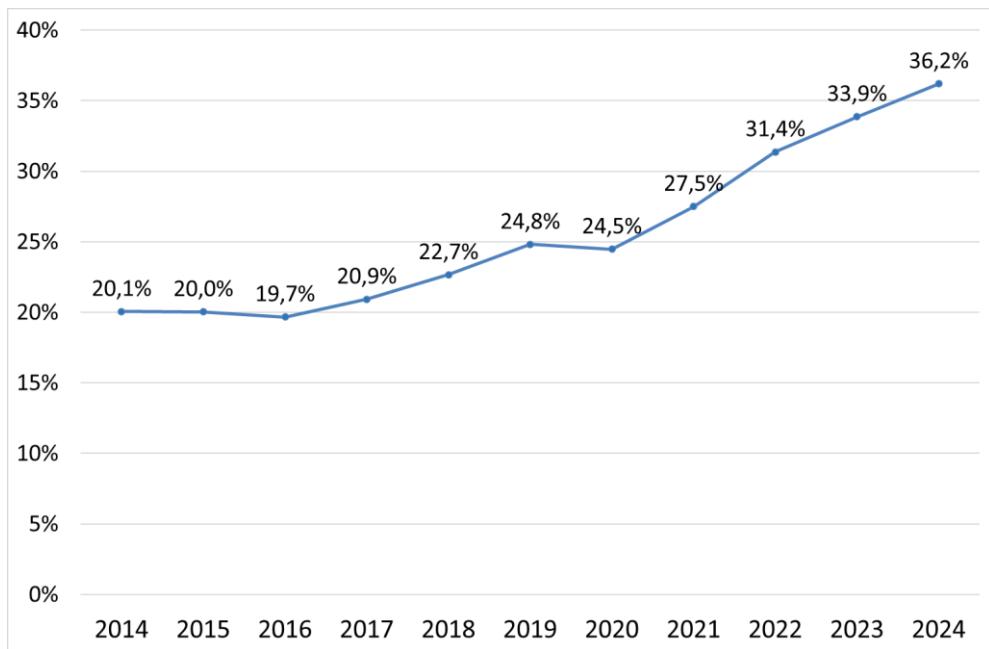
Rispetto alla categoria di punto nascita, il mancato utilizzo di una metodica anti-dolore è più frequente nei centri *Spoke* che assistono meno di 1.000 parti ed è, invece, un evento poco frequente nei centri *Spoke* ≥ 1.000 parti/anno, in cui si rileva un maggiore ricorso a metodiche non farmacologiche rispetto alle altre categorie di punti nascita (figura 34).

Figura 34. Frequenza di utilizzo di metodiche anti-dolore in travaglio per luogo di parto, E-R 2024



Considerando l'utilizzo singolo o in associazione con altre metodiche, l'**epidurale** è stata somministrata in 36,2% delle donne con travaglio di parto, in progressivo aumento rispetto agli anni precedenti (figura 35). L'utilizzo di epidurale è più frequente nei centri *Hub* rispetto agli *Spoke*; fra i centri *Spoke* la metodica è più utilizzata in centri con volume di partu <1.000 (figura 34). La variabilità tra punti nascita, anche all'interno della stessa categoria di centro, è ampia e potrebbe dipendere da fattori organizzativi.

Figura 35. Frequenza di utilizzo di epidurale in donne con travaglio di parto, E-R 2014-2024



In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, la frequenza di ricorso ad analgesia epidurale, in associazione o meno con altre metodiche di controllo del dolore in travaglio, è maggiore in:

- primipare (49,7% vs 21,5% in multipare)
- donne con scolarità alta (40,6% vs 28,3% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (40,3% vs 27,1% in straniere).

Non si rileva una differenza per classi di età materna.

Il ricorso ad analgesia epidurale è più frequente in donne assistite in gravidanza da un professionista privato (41,6%) rispetto a quelle assistite in un consultorio pubblico (33,3%) e tra coloro che hanno seguito un corso di accompagnamento alla nascita nella gravidanza attuale presso un consultorio pubblico o in una struttura privata (48,2% vs 30,0% in donne che non hanno seguito un corso).

Si conferma, come negli anni precedenti, una maggiore frequenza di ricorso a epidurale in donne con travaglio di parto indotto (49,9% vs 28,3% in donne con travaglio a insorgenza spontanea) e in donne con travaglio con inizio spontaneo e successivamente pilotato (66,1% vs 21,9% in donne senza travaglio pilotato).

La frequenza di taglio cesareo risulta quasi doppia nei travagli con epidurale (12,1%) rispetto a quelli senza trattamento (4,8%).

Una revisione sistematica di studi randomizzati controllati (RCT) che hanno confrontato i travagli in analgesia epidurale rispetto a quelli con placebo o non trattamento rileva una riduzione nella frequenza di taglio cesareo (5 studi, n=578 donne; Rischio relativo - RR 0,46; IC95% 0,23–0,90) e nessuna differenza nella frequenza di parti operativi vaginali (4 studi, n=515 donne; RR 3,41; IC95% 0,62-18,80) (Anim-Somuah M et al, 2018).

I risultati di studi di coorte su popolazioni più numerose vanno in opposta direzione. In uno studio retrospettivo condotto in Slovenia utilizzando i dati nazionali perinatali di 68.790 nullipare, la frequenza di taglio cesareo è significativamente superiore in travagli con analgesia epidurale rispetto a quelli senza trattamento (13,3% vs 10,1%; p= 0.003) (Lucovnik M et al, 2018). Uno studio retrospettivo olandese in donne che hanno partorito nel corso di 10 anni (n=1.378.458) rileva una associazione positiva tra analgesia epidurale e taglio cesareo in nullipare (OR 1,99; IC95% 1,95-2,03) e in multipare (OR 2,86; IC95% 2,76-2,97). L'associazione tra l'uso di epidurale in travaglio e parto vaginale operativo è negativa in nullipare (OR 0,76; IC 95%: 0,75- 0,78) e positiva in multipare (OR 2,08; IC95%: 2,00-2,16) (Wassen NM et al, 2014).

Uno studio monocentrico retrospettivo condotto in Italia tra il 2008 e il 2019 (n= 21.808) conferma l'associazione tra analgesia epidurale e aumentato rischio di taglio cesareo in donne nullipare con travaglio indotto e in multipare con travaglio a inizio spontaneo (classi IIa e III di Robson) e rileva un maggiore rischio di parto vaginale operativo in donne nullipare o multipare con travaglio a inizio spontaneo o indotto (classi I, IIa, III e IVa di Robson) (Zanfini BA et al, 2022).

Uno studio retrospettivo *population-based* condotto in Emilia-Romagna in donne che hanno partorito nel periodo 2016-2019 osserva maggiori rischi di taglio cesareo (OR 1,6; IC95% 1,5-1,7) e parto vaginale operativo (OR 1,2; IC95% 1,1-1,2) associati ad analgesia epidurale. L'analisi ha considerato caratteristiche socio-demografiche e ostetriche delle partorienti, ma non ha investigato altri fattori clinico-organizzativi (per esempio: indicazione all'epidurale, tipo e dosaggio del farmaco, setting assistenziale) che potrebbero aver inciso sulla frequenza di parto operativo osservata (Fieni S et al, 2022).

Le informazioni emerse dagli studi non randomizzati possono essere preziose per ottimizzare nella pratica clinica l'utilizzo dell'analgesia epidurale, minimizzando il rischio di esiti avversi e per acquisire ulteriori conoscenze per informare la donna (Ghidini A et al, 2023).

Fattori socio-demografici e clinici associati al ricorso di epidurale

Utilizzo epidurale (solo partori con travaglio)		
	OR agg*	IC 95
Precedenti partori		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	3,59	3,38 – 3,81
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	0,74	0,70 – 0,81
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	0,91	0,85 – 0,97
<i>bassa</i>	0,84	0,77 – 0,91
Età		
<i><25 anni</i>	0,83	0,75 – 0,93
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,11	1,04 – 1,18
BMI materno		
<i>sottopeso</i>	0,95	0,84 – 1,07
<i>normopeso</i>	1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	1,10	1,02 – 1,18
<i>obeso</i>	1,47	1,34 – 1,61
Corso di accompagnamento alla nascita		
<i>corso no</i>	1 (rif.)	
<i>corso sì</i>	1,02	0,95 – 1,09
Servizio utilizzato in gravidanza		
<i>pubblico</i>	1 (rif.)	
<i>privato</i>	1,11	1,04 – 1,19

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI, corso di accompagnamento alla nascita (in gravidanza attuale o precedente) e servizio utilizzato

La cittadinanza straniera, la scolarità media e bassa e l'età inferiore a 25 anni sono associate, in misura statisticamente significativa, a minore probabilità di ricorso all'epidurale.

La nulliparità, l'età materna ≥ 35 anni, la condizione di sovrappeso e – in misura maggiore – di obesità sono associate, in misura statisticamente significativa, all'utilizzo di epidurale in travaglio.

A parità di caratteristiche socio-demografiche, la probabilità di ricorrere a epidurale è maggiore, in misura statisticamente significativa, tra le donne assistite dal settore privato rispetto a quelle seguite dal servizio pubblico.

La partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita non è associata all'utilizzo di epidurale in travaglio.

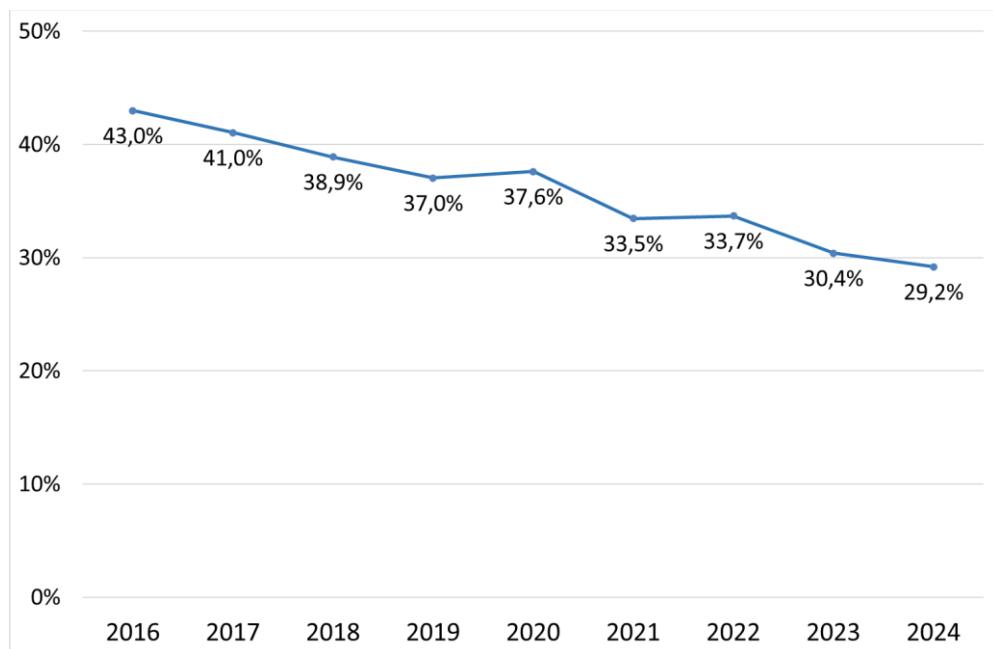
Conduzione del travaglio di parto

L'informazione sulla conduzione del travaglio di parto, introdotta nel flusso CedAP regionale dal 2016, consente di categorizzare la gestione in autonomia ostetrica – che definisce una assistenza al travaglio a esordio spontaneo e decorso fisiologico fino al postpartum, senza interventi farmacologici o strumentali se non previsti da protocolli concordati – e la gestione medica, nella quale l'assistenza e gli interventi vengono disposti dal medico.

Escludendo dalle analisi i parti senza travaglio e quelli in ambiente extraospedaliero non programmati, nel 2024 la quota di travagli a conduzione ostetrica è pari a 29,2%; di contro, la conduzione medica del travaglio ha interessato 70,8% delle donne.

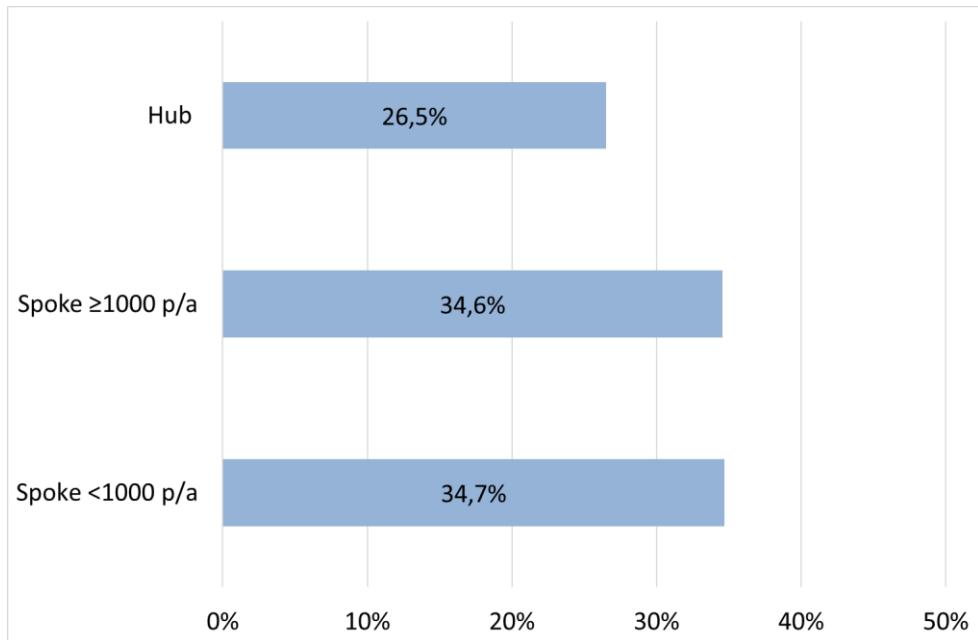
Rispetto al 2016, la quota di parti con travaglio a conduzione ostetrica è in progressiva e rapida riduzione (figura 36). Il calo osservato potrebbe dipendere, almeno in parte, dal contestuale aumento del ricorso all'induzione di travaglio o all'analgesia epidurale osservati, nello stesso periodo, a livello regionale.

Figura 36. Frequenza di parti con travaglio a conduzione ostetrica, E-R 2016-2024



Nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno – nei quali la percentuale attesa di donne con gravidanza fisiologica è superiore a quella degli altri punti nascita – la quota di parti con conduzione ostetrica del travaglio è sovrapponibile a quella degli *Spoke* con maggiore volume di attività (figura 37).

Figura 37. Frequenza di parti con travaglio a conduzione ostetrica per categoria di punto nascita, E-R 2024



L'ampia variabilità osservata nella conduzione del travaglio in relazione al professionista (ostetrica/o o medica/o) tra punti nascita, anche all'interno di ogni categoria di centro, potrebbe dipendere da una diversa interpretazione del quesito, a seconda che venga privilegiata la figura professionale responsabile della conduzione del travaglio o la collaborazione tra professionisti nell'assistenza, ed è parzialmente giustificabile da una diversa complessità della casistica assistita.

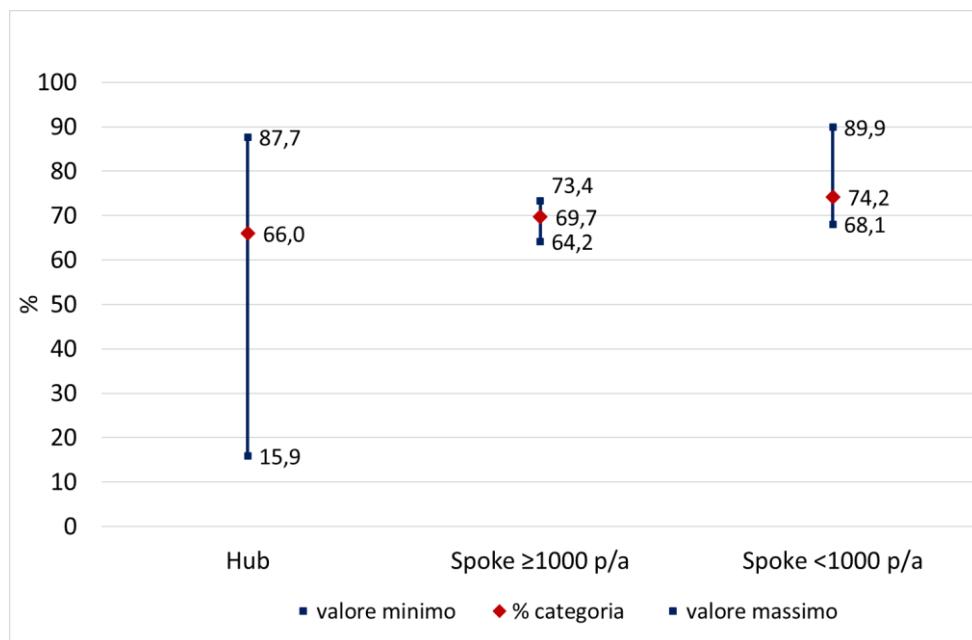
Limitando l'analisi ai **parti senza alcun intervento medico** (n= 9.265; 32,8% di tutti i parti) - definiti come parti con travaglio a inizio e progressione spontanea, conclusosi con un parto vaginale non operativo, in assenza di ricorso a episiotomia e a metodiche farmacologiche anti-dolore (Euro-Peristat, 2008; Blondel B et al, 2016) - la quota di travagli a conduzione ostetrica raggiunge valori pari a 68,4%; la variabilità fra categorie di punti nascita si attenua, ma persistono differenze non trascurabili tra punti nascita, in particolare in centri *Hub*, che potrebbero derivare da fattori organizzativi (figura 38).

In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, la frequenza di conduzione ostetrica del travaglio in parti senza alcun intervento medico è maggiore in:

- cittadine italiane (71,0% vs 63,5% in straniere)
- donne con scolarità alta (71,8% vs 61,3% in donne con scolarità bassa).

Non si rilevano differenze per parità.

Figura 38. Frequenza di parti senza intervento medico con travaglio a conduzione ostetrica per categoria di punto nascita, E-R 2024



Pur considerando i limiti nella codifica del modello assistenziale offerto, l'analisi congiunta delle informazioni sulla gestione da parte dell'ostetrica in gravidanza e in travaglio rileva che 44,6% delle donne con decorso fisiologico della gravidanza è stata assistita, anche in travaglio di parto, da una ostetrica; questa offerta assistenziale è in diminuzione nel tempo (era pari a 59,1% nel 2016, primo anno di rilevazione).

Il modello di continuità assistenziale a conduzione ostetrica è associato a migliori esiti di salute materni e neonatali (Birthplace et al, 2011; OMS, 2016; OMS, 2018). Una revisione sistematica di studi randomizzati controllati (RCT) (17 studi, n= 18.532 donne) ha confrontato l'assistenza fornita da una ostetrica (*caseload midwifery*) o da un team di ostetriche per tutto il periodo prenatale, intrapartum e in puerperio con modelli di assistenza forniti da medici ginecologi e quella condivisa tra più figure professionali. Il modello di continuità assistenziale fornito dalle ostetriche, rispetto agli altri, è associato a una riduzione della frequenza di taglio cesareo (RR 0,91; IC95% 0,84-0,99), parto vaginale operativo (RR 0,89; IC95% 0,83-0,96), episiotomia (RR 0,83; IC95% 0,77-0,91), ricorso ad analgesia regionale (RR 0,85; IC95% 0,79-0,92). Non si rilevano differenze, in misura statisticamente significativa, per induzione del travaglio, inizio dell'allattamento, parti pretermine, morte in utero e neonatale, basso peso alla nascita (<2.500 g), ricovero in terapia intensiva neonatale. Le donne che hanno ricevuto una assistenza ostetrica in continuità, rispetto ad altri modelli di assistenza, riportano esperienze più positive durante la gravidanza, il travaglio e il postpartum. I costi assistenziali prenatali e intrapartum hanno un rapporto di costo/efficacia favorevole rispetto a quello di altri modelli assistenziali (Sandall J et al, 2024).

In Emilia-Romagna, la continuità assistenziale è fornita da ostetriche che operano in *team* e *setting* diversi. Questo modello assistenziale è stato oggetto di analisi in una revisione sistematica di RCT (7 studi, n= 7.594 donne) che ha confrontato un modello di continuità assistenziale *caseload midwifery* rispetto al modello standard in cui, generalmente, la medesima ostetrica fornisce una assistenza prenatale e in puerperio, mentre durante il travaglio e il parto l'assistenza è fornita da altre ostetriche. Il modello *caseload midwifery*, rispetto a quello standard, è associato a minore rischio di taglio cesareo (RR 0,84; IC95% 0,75-0,94); non si rilevano differenze, in misura statisticamente significativa, per parto vaginale operativo, episiotomia, parto pretermine, mortalità perinatale, ricovero in terapia intensiva neonatale, allattamento alla dimissione e soddisfazione delle donne (Wassén L et al, 2023).

La linea guida *Gravidanza fisiologica*, coerentemente con le prove disponibili, raccomanda di offrire a tutte le donne con gravidanza fisiologica la continuità assistenziale a conduzione ostetrica. Il rapporto beneficio/danno della continuità assistenziale a conduzione ostetrica è favorevole sia in modelli in cui la stessa professionista o *team* di professioniste offrono assistenza per tutto il periodo pre e postnatale, sia in modelli in cui l'assistenza al parto è fornita da ostetriche diverse da quelle che assistono gravidanza e puerperio. La continuità assistenziale ostetrica dovrebbe, inoltre, essere garantita anche alle donne con gravidanza a rischio (ISS-SNLG, 2025).

In sintesi

- continua ad aumentare il tasso di induzione del travaglio, in particolare in donne tra 37⁺⁰-40⁺⁶; l'indicazione più frequente è la patologia materna
- l'utilizzo di epidurale in travaglio di parto è in aumento rispetto agli anni precedenti
- la conduzione in autonomia ostetrica del travaglio ha subito una riduzione nel tempo, in parte riconducibile al contestuale aumento dei travagli con interventi medici (induzione ed epidurale)
- la continuità assistenziale a conduzione ostetrica – dalla gravidanza al travaglio di parto - è diminuita nel tempo.

CAPITOLO 8

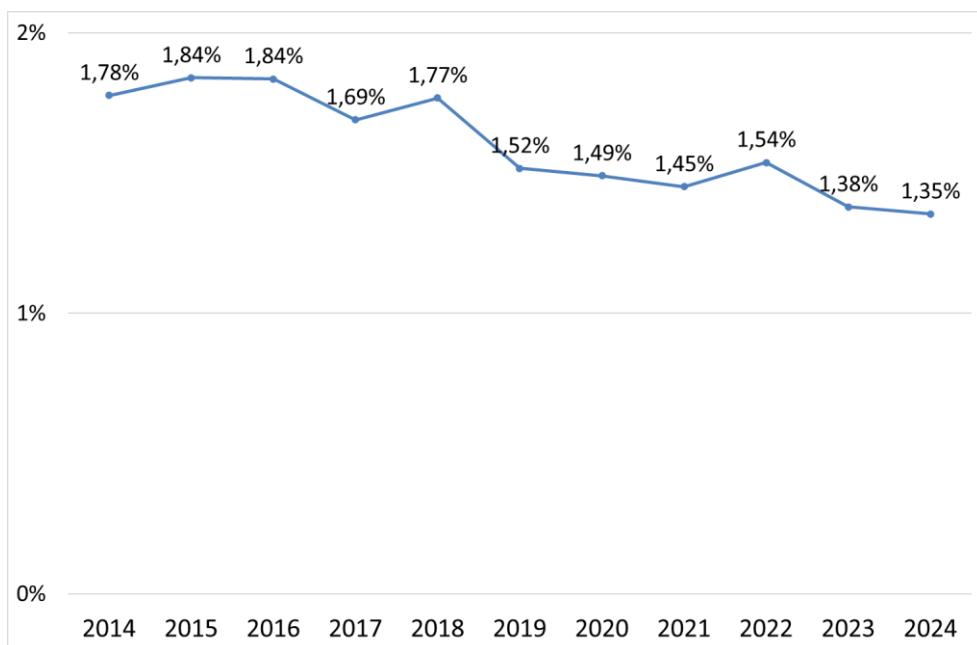
IL PARTO

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 136 a n. 163

Parto plurimo

I parto plurimi (o gemellari) sono 1,35% (n= 382) di tutti i parto; il dato è in lieve calo rispetto agli anni precedenti (figura 39) e di poco inferiore a quello nazionale (1,5%) nel 2023, ultimo anno per il quale è disponibile l'informazione (Ministero della salute, 2025a).

Figura 39. Frequenza di parto plurimi, E-R 2014-2024



Rispetto al parto con feto singolo, la gestazione multipla è associata a una maggiore frequenza di:

- parto pretermine (53,1% vs 5,0%)
- taglio cesareo (77,5% vs 21,4%).

Si rimanda al capitolo 5 di questo *Rapporto* in cui il parto plurimo è analizzato in relazione al ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Presentazione del neonato

La presentazione del neonato è di vertice in 95,0% dei casi, podalica in 4,4%, di spalla in 0,3%; in 0,3% dei casi si registra un'altra presentazione anomala.

Nei **parto singoli**, la frequenza di **presentazione podalica** del feto è pari a 3,5%, più frequente nelle primipare rispetto alle multipare (4,7% vs 2,6%) e nelle pre-cesarizzate (4,3% vs 2,1% in multipare non pre-cesarizzate).

Presenza personale sanitario

Escludendo i parto cesarei, le professioniste e i professionisti presenti al momento del parto oltre all'ostetrica (99,3% dei parto) sono:

- in 67,1% dei casi il ginecologo, con variabilità non trascurabile tra i punti nascita (range da 31,4% in ospedale di Reggio Emilia a 99,0% in ospedale di Sassuolo)
- in 19,2% dei casi il pediatra/neonatologo; in 13,3% dei casi l'infermiere con competenze neonatali
- in 20,2% dei casi l'anestesista.

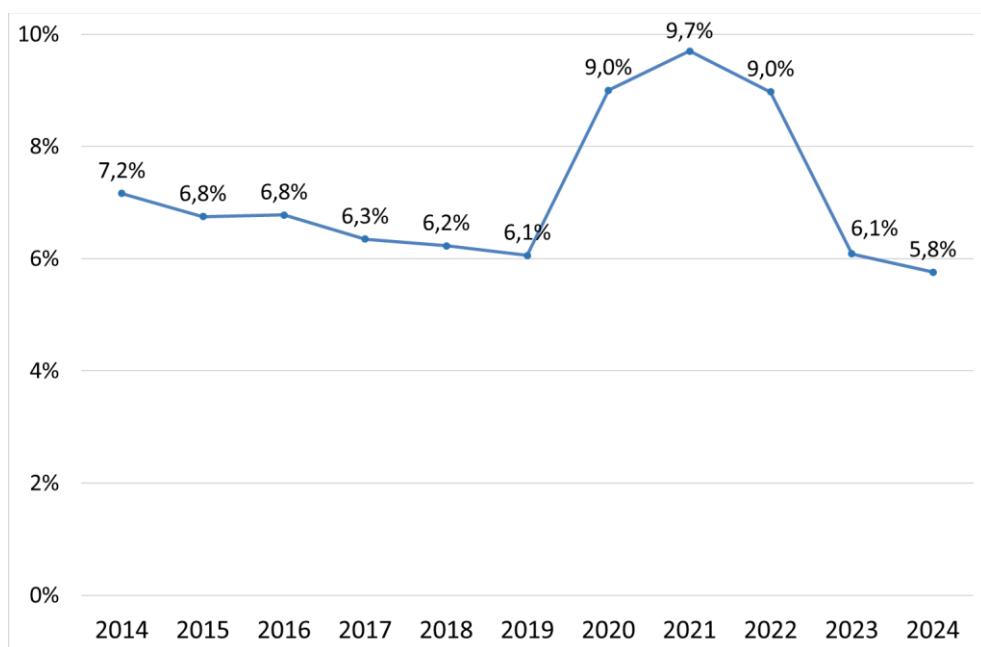
Presenza di persona scelta dalla donna

Nel 2024 la quota di donne che ha avuto accanto una **persona di fiducia durante il travaglio e il parto (vaginale non operativo o operativo)** è, in media, pari a 94,2% (in 90,4% dei casi è il partner).

Di contro, la frequenza di parti in **assenza di persona di fiducia scelta dalla donna** è pari a 5,8%.

Dopo l'incremento osservato nel periodo pandemico 2020-2022, conseguente alle limitazioni di accesso alle strutture sanitarie estese al partner e ad altra persona di fiducia scelta dalla donna (Perrone E et al, 2022), la frequenza di parti in assenza di persona di fiducia scelta dalla donna durante il travaglio e il parto riprende il *trend* in diminuzione osservato nel periodo pre-pandemico; nel 2024 si registra il valore più basso negli ultimi dieci anni (figura 40).

Figura 40. Frequenza di parti vaginali in assenza di persone di fiducia scelta dalla donna, E-R 2014-2024

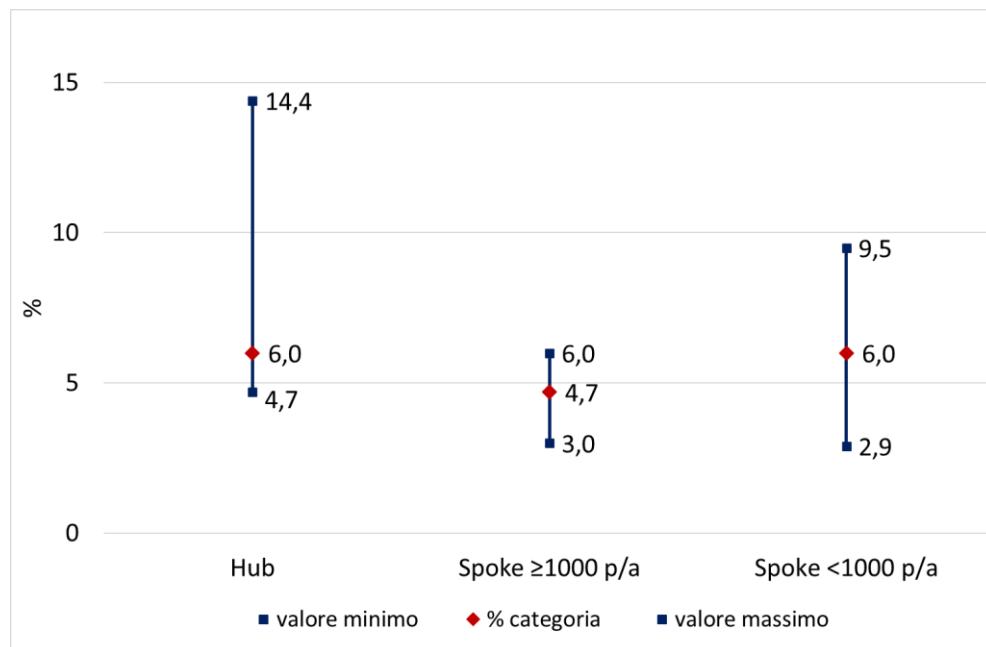


In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'assenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio-parto è più frequente in:

- multipare (8,8% vs 2,7% in primipare)
- donne con scolarità bassa (11,2% vs 3,3% in donne con scolarità alta)
- cittadine straniere (13,0% vs 2,6% in italiane).

La quota di parti in cui non è presente una persona di fiducia scelta dalla donna è più bassa in centri *Spoke* che assistono 1.000 parti o più rispetto alle restanti due categorie di centri nei quali, però, si registra una variabilità non trascurabile tra punti nascita (figura 41).

Figura 41: Frequenza di parti vaginali in assenza di persone di fiducia scelta dalla donna, per categoria di punto nascita, E-R 2024



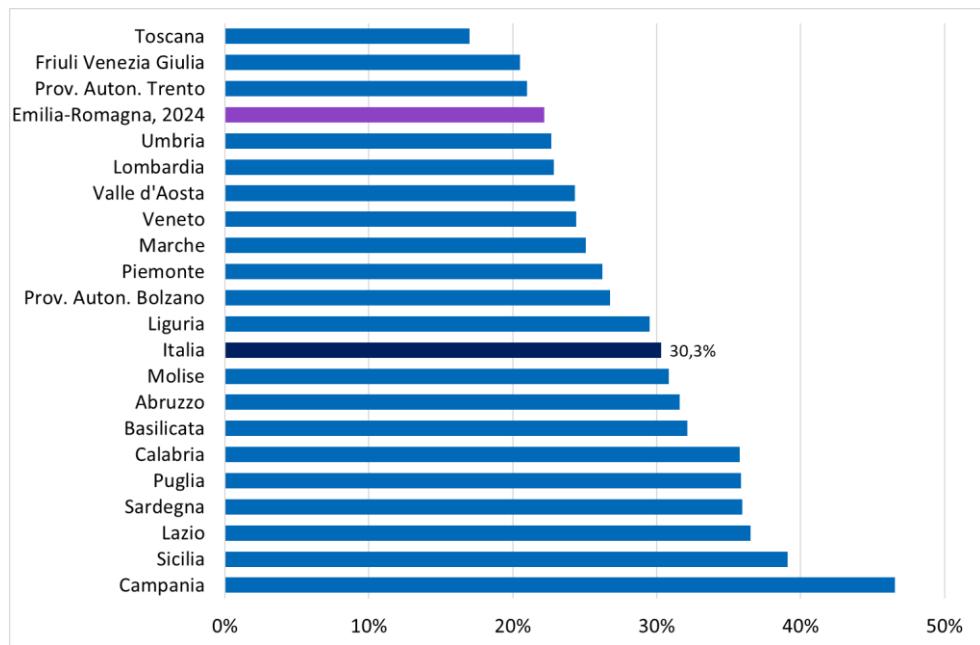
La **presenza di una persona di fiducia scelta dalla donna** è una circostanza ancora poco frequente in caso di parto con **taglio cesareo**. Considerando solo i tagli cesarei elettivi eseguiti in anestesia loco-regionale (45,0% di tutti gli interventi), in una donna su tre (33,9%) è presente durante il parto una persona di fiducia. La variabilità è ampia tra punti nascita: da valori inferiori a 5% (negli ospedali di Imola, Fidenza, Piacenza) a valori superiori a 80% (negli ospedali di Cesena, Ravenna e Forlì).

Parti con taglio cesareo

Nel 2024, il 72,9% dei parto è avvenuto per via vaginale non operativa, il 4,9% per via vaginale operativa e il 22,2% con **taglio cesareo**.

Il tasso regionale di taglio cesareo è diminuito progressivamente (era pari a 26,9% nel 2014), ed è tra i più bassi a livello nazionale (figura 42) (Ministero della salute, 2025a).

Figura 42: Frequenza di taglio cesareo nelle regioni italiane, 2023*



Fonte: Ministero della salute, 2025a; * Emilia-Romagna dato CedAP regionale 2024

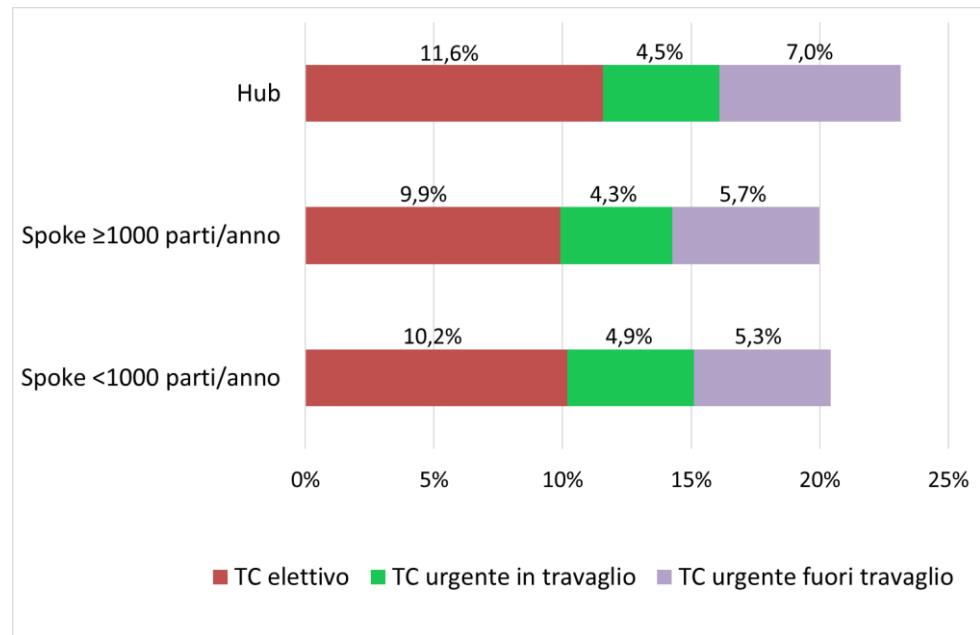
L'analisi dei parti con taglio cesareo (sul totale dei parti) non rileva nette differenze del tasso di tagli cesarei eseguiti in elezione e in urgenza durante il travaglio tra centri con diverso volume di attività.

I tagli cesarei in urgenza fuori travaglio sono più frequenti in centri *Hub*. L'osservazione potrebbe riflettere una funzionale capacità della rete perinatale di centralizzare le gravidanze complicate presso strutture dotate delle risorse tecnologiche e delle competenze specialistiche necessarie alla gestione di quadri clinici di elevata complessità assistenziale (figura 43).

Esaminando le caratteristiche socio-demografiche materne, non si rilevano differenze sostanziali nel tasso di taglio cesareo (complessivo di tutte le modalità) in relazione a livello di istruzione, cittadinanza e parità. Persiste una maggiore frequenza di parti con taglio cesareo urgente fuori travaglio tra le straniere rispetto alle italiane (32,3% vs 28,3% sul totale dei parti con taglio cesareo) e di parti con taglio cesareo elettivo in multipare pre-cesarizzate (71,8% vs 35,6% in primipare).

Il ricorso al taglio cesareo aumenta al crescere del BMI pregravidico materno, da 18,3% in donne sottopeso a 24,5% in donne sovrappeso e 29,1% in obese.

Figura 43. Frequenza di taglio cesareo (su tutti i partori) per modalità e per categoria di punto nascita, E-R 2024



Fattori socio-demografici e clinici associati al ricorso a taglio cesareo

Taglio cesareo		
	OR agg*	IC 95
Precedenti parti		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	3,65	3,37 – 3,96
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,08	0,99 – 1,16
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,20	1,12 – 1,29
<i>bassa</i>	1,27	1,16 – 1,40
Età		
<i><25 anni</i>	0,63	0,55 – 0,72
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,78	1,67 – 1,91
BMI materno		
<i>sottopeso</i>	0,93	0,80 – 1,06
<i>normopeso</i>	1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	1,19	1,10 – 1,29
<i>obeso</i>	1,49	1,35 – 1,65
Servizio utilizzato in gravidanza		
<i>pubblico</i>	1 (rif.)	
<i>privato</i>	1,50	1,07 – 1,23
Precedente cesareo		
<i>no</i>	1 (rif.)	
<i>sì</i>	28,48	25,63 – 31,70

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI, servizio utilizzato e pregresso taglio cesareo

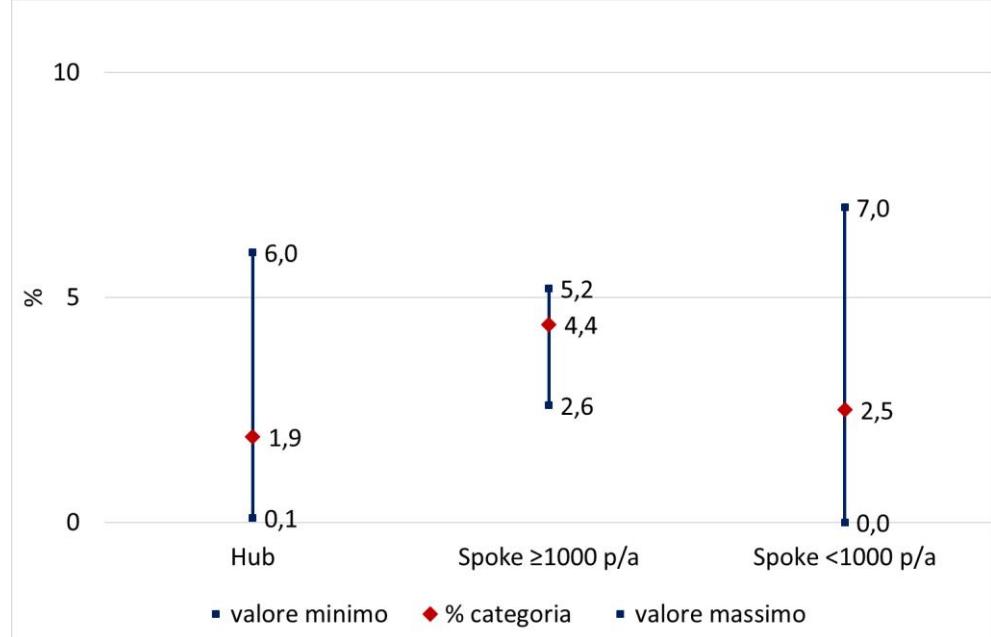
La nulliparità, il livello di istruzione basso e medio, l'età materna ≥ 35 anni, la condizione di sovrappeso e – in misura maggiore – di obesità, l'assistenza privata in gravidanza e una anamnesi di precedente cesareo sono associate, in misura statisticamente significativa, a un maggiore rischio di taglio cesareo.

L'età materna < 25 anni è associata, in misura statisticamente significativa, a una minore probabilità di ricorso all'intervento.

Episiotomia

Nel 2024 l'**episiotomia** è stata eseguita in 2,4% dei parto vaginali non operativi. La variabilità tra i punti nascita è ampia, anche nella stessa categoria. Nei centri *Spoke* che assistono 1.000 parto o più la frequenza è maggiore (4,4%) rispetto a quella registrata nelle altre categorie di punto nascita (figura 44).

Figura 44: Frequenza di episiotomia in parto vaginali non operativi, per categoria di punto nascita, E-R 2024



In una revisione sistematica di RCT, la pratica di episiotomia selettiva – rispetto all'intervento eseguito di *routine* – è risultata associata a una riduzione del 30% delle donne che subiscono traumi perineali/vaginali gravi (8 studi, n=5.375 donne; RR 0,70; IC95% 0,52-0,94) (Jiang H et al, 2017).

Linee guida di agenzie di salute pubblica (OMS, 2018; NICE, 2023, AIHW, 2025), società scientifiche - *Collège national des gynécologues & obstétriciens français* - CNGOF (Ducarme G et al, 2019); *International Federation of Gynecology and Obstetrics* - FIGO (Wright A et al, 2021); *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* - SOGC (Globerman D et al, 2024) - iniziative collaborative/sovranazionali (Laine K et al, 2022) e organizzazioni non governative - *Medecins sans frontières* (MSF, 2025) - raccomandano un uso restrittivo dell'episiotomia, dal momento che il ricorso all'intervento di *routine* è associato a un maggiore rischio di perdita ematica postpartum, di infezione e deiscenza della ferita e di lacerazioni perineali nei parto successivi.

L'esecuzione di episiotomia, rilevata dalle schede di dimissione ospedaliera, è tra gli indicatori perinatali del *Programma nazionale esiti* (PNE). Escludendo i parto con diagnosi di distocia di spalla e i parto vaginali operativi, la frequenza di ricorso all'episiotomia in Italia si è più che dimezzata in poco meno di un decennio (da 24% nel 2015 a 11% nel 2023), con ampia variabilità tra regioni e con un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali (Agenas, 2024).

Parti senza alcun intervento medico

La frequenza di parti senza alcun intervento medico è un indicatore proposto da *Euro-Peristat* con lo scopo di monitorare la quota di donne con travaglio a inizio e progressione spontanea, conclusosi con un parto vaginale non operativo (Euro-Peristat, 2008; Blondel B et al, 2016).

Dal 2020, coerentemente con le indicazioni internazionali, l'indicatore regionale è calcolato escludendo i parti cesarei, i parti vaginali operativi, i parti con travaglio indotto o pilotato, i parti vaginali in cui si ricorre a episiotomia o a metodiche farmacologiche anti-dolore.

Nel 2024 la frequenza di parti senza alcun intervento – considerati quindi fisiologici per tutto il loro decorso – è pari a 32,8%, in graduale riduzione nel tempo (era 37,3% nel 2020).

La condizione è più frequente fra le multipare (43,3% vs 22,5% in primipare); in donne con precedente parto vaginale (52,3% vs 10,0% in pre-cesarizzate). Le differenze sono minime per cittadinanza (36,4% in straniere vs 31,2% in italiane) e livello di istruzione (35,1% in donne con scolarità bassa vs 31,9% in donne con scolarità alta).

Nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno, destinati nella rete ospedaliera perinatale al ricovero di gravide con minore complessità assistenziale, la frequenza di parti senza alcun intervento è pari a 39,1%, di poco superiore a quella registrata in centri *Spoke* con maggiore volume di attività (35,5%) e in centri *Hub* (30,6%).

Si rimanda al capitolo 6 di questo *Rapporto* in cui il parto senza alcun intervento medico è analizzato in relazione alla conduzione ostetrica del travaglio.

Analisi dei parto con taglio cesareo in base alla classificazione di Robson

La classificazione di Robson - raccomandata dall'*Organizzazione mondiale della sanità* come strumento standardizzato e affidabile per monitorare i tassi di parto con taglio cesareo (TC) - consente di valutare in modo comparativo l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza ostetrica tra diverse aree geografiche e punti nascita e costituisce uno strumento per orientare le decisioni cliniche e organizzative volte a migliorare il ricorso all'intervento (OMS, 2015; Zeitlin J et al, 2021).

La classificazione suddivide la popolazione delle donne che hanno partorito in dieci classi (dodici nella versione ampliata), mutuamente esclusive, in relazione a sei variabili ostetriche: parità (nullipara o multipara), durata della gravidanza (termine o pretermine), modalità del travaglio (spontaneo, indotto o TC pre-travaglio), pregresso taglio cesareo, numero di feti (singolo o plurimo), presentazione del neonato (cefalica o anomala) (tabella 4).

Tabella 4. Classificazione di Robson

Classe	Popolazione ostetrica
I	nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), travaglio spontaneo
IIa	nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), travaglio indotto
IIb	nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), TC prima del travaglio
III	multipara (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), travaglio spontaneo
IVa	multipara (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), travaglio indotto
IVb	multipara (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane), TC prima del travaglio
V	precedente parto cesareo, feto singolo, presentazione cefalica, a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane)
VI	nullipara, feto singolo, presentazione podalica
VII	multipara (incluse donne con precedente cesareo), feto singolo, presentazione podalica
VIII	gravidanza multipla (incluse donne con precedente cesareo)
IX	feto singolo, presentazione anomala (incluse donne con precedente cesareo)
X	parto pretermine ($< 37^{+0}$ settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse donne con precedente cesareo)

Le figure 45a e 45b illustrano, per ogni classe, la frequenza dei partori, il tasso di partori con taglio cesareo e il contributo di ogni classe al tasso complessivo di taglio cesareo. Le classi I e III (rispettivamente nullipare e multipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e inizio di travaglio spontaneo) comprendono quasi la metà della popolazione (48,6%); il loro contributo al totale dei partori con taglio cesareo è pari a 7,1%. Le classi IIb e IVb (rispettivamente nullipare e multipare che eseguono un taglio cesareo prima del travaglio) contribuiscono congiuntamente al 5,6% del totale dei partori, ma concorrono al 25,1% del totale dei partori con taglio cesareo.

Figura 45a. Frequenza dei partori e tasso di partori con taglio cesareo per classe di Robson, E-R 2024

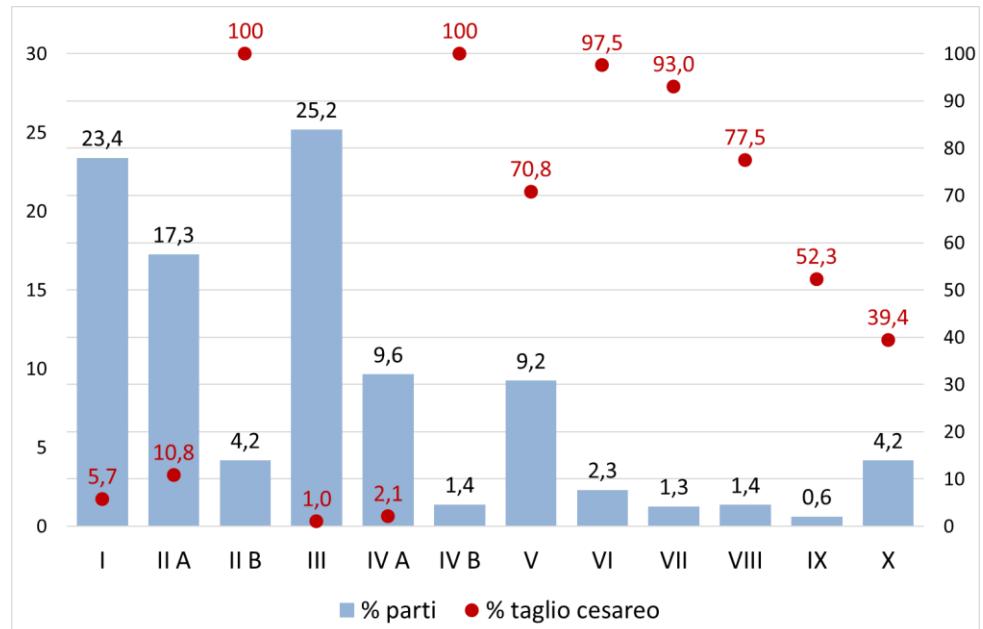
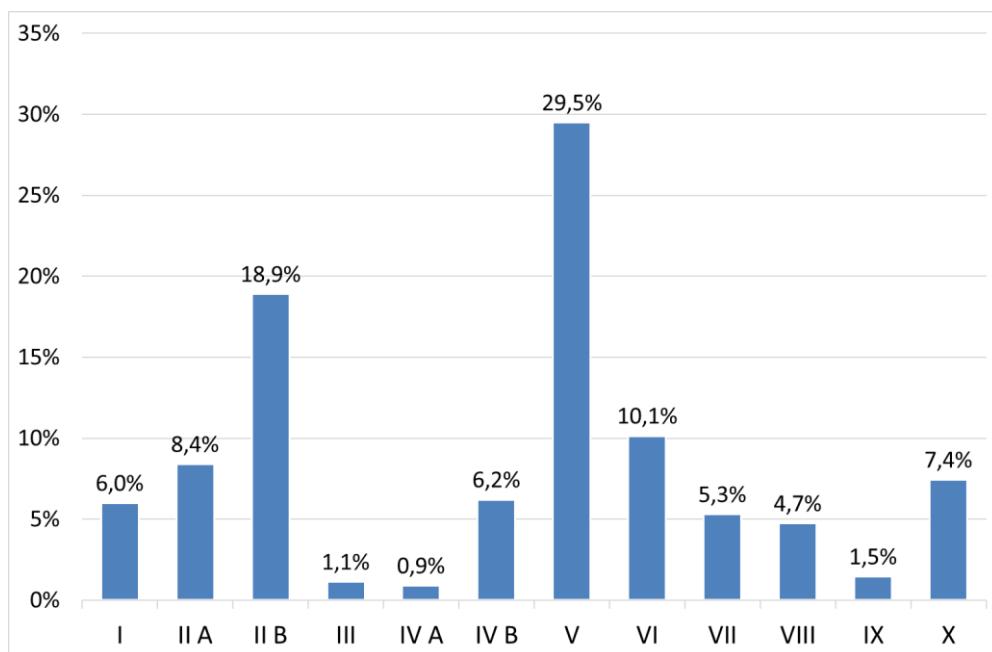


Figura 45b. Contributo percentuale al totale di partori con taglio cesareo per classe di Robson, E-R 2024



La seguente analisi sintetica descrive per ogni classe di Robson: 1) la frequenza della popolazione afferente, ossia il contributo al totale dei partì (*numero parti nella classe/ numero parti totale*); 2) il tasso di partì con taglio cesareo (*numero di TC nella classe/numero parti nella classe*); 3) il contributo dei partì con taglio cesareo eseguiti nelle singole classi al totale dei tagli cesarei (*numero TC nella classe/ numero TC totali*) nel 2024, a livello regionale e per categoria di punto nascita.

Per il confronto con i valori nazionali è stato utilizzato il *Rapporto sull'evento nascita in Italia (CedAP) - anno 2023*, ultima data per la quale l'informazione è disponibile (Ministero della salute, 2025a).

In Allegato 1 di questo *Rapporto* sono analizzati, per singolo punto nascita e per ogni classe di Robson, la distribuzione della popolazione e i tassi di partì con taglio cesareo.

CLASSE I

La classe include le nullipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 6.598 donne nel 2024. Quattro donne su cinque (80,4%) in classe I hanno avuto un decorso della gravidanza categorizzato nel CedAP come fisiologico.

Tabella 5. Classe I per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei partì	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	23,0	5,5	2,1 – 8,6	5,5
Spoke ≥ 1.000 parti/anno	21,5	5,4	3,0 – 8,4	5,8
Spoke < 1.000 parti/anno	27,0	6,8	2,9 – 13,0	8,9
Totale E-R	23,4	5,7	-	6,0

Il tasso regionale di partì con taglio cesareo in questa classe è la metà di quello nazionale, pari a 12,3%. La quota di donne in classe I non differisce, in misura sostanziale, a seconda della categoria di punto nascita (tabella 5). Se si considerano anche le donne in classe III di Robson (tabella 8), nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno, orientati principalmente al ricovero di gravide con minore complessità assistenziale, la quota complessiva è pari a 55,2%, rispetto al 46,9% rilevato in centri *Hub*.

Il tasso di partì con taglio cesareo negli *Spoke* con < 1.000 parti/anno è maggiore rispetto a quello registrato negli *Hub* e nei centri *Spoke* che assistono ≥ 1.000 parti/anno.

Il *range* del tasso di partì con taglio cesareo presenta una variabilità in tutte le tre categorie di punti nascita difficilmente giustificabile da una diversa complessità della casistica. Anche in questo *Rapporto* – come nei precedenti – la presenza, in tutte le tre categorie di punti nascita, di centri con tassi inferiori a 6,0% indica ampi margini di miglioramento della qualità assistenziale in questa popolazione (tabella 5).

CLASSE IIa

La classe IIa include i parti successivi a induzione del travaglio nelle nullipare, esclusi i casi di induzione rientranti in altre classi (gravidanza plurima, pretermine e feti con presentazione podalica o anomala), per un totale di 4.871 parti nel 2024. Le classi IIa e IVa (induzioni in multipare), insieme, comprendono l'87,5% di tutti i parti indotti.

Tabella 6. Classe IIa per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	17,4	10,0	5,6 – 19,5	7,5
Spoke \geq 1.000 parti/anno	17,9	11,1	4,9 – 13,5	10,0
Spoke <1.000 parti/anno	16,4	14,4	11,8 – 17,6	11,6
Totale E-R	17,3	10,8	-	8,4

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è la metà di quello nazionale, pari a 24,6%. Non si osserva una netta differenza della quota di donne in classe IIa tra categorie di punto nascita; nei centri Spoke <1.000 parti/anno si registrano valori di *fallimento dell'induzione* - definito come mancato raggiungimento dell'obiettivo di un parto per via vaginale - superiori a quelli osservati negli Hub e negli Spoke \geq 1.000 parti/anno. La variabilità del *range* di tasso di parti con taglio cesareo risulta particolarmente marcata tra gli Hub (tabella 6).

CLASSE IIb

La classe IIb include i parti cesarei effettuati prima dell'inizio del travaglio (elettivi o urgenti fuori travaglio) nelle nullipare, esclusi i casi di parto cesareo fuori travaglio rientranti in altre classi (gravidanza plurima, pretermine, feti con presentazione podalica o anomala), per un totale di 1.183 parti nel 2024.

Tabella 7. Classe IIb per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	contributo % al totale dei cesarei
Hub	4,5	19,3
Spoke \geq 1.000 parti/anno	3,1	15,6
Spoke <1.000 parti/anno	4,1	20,0
Totale E-R	4,2	18,9

Il contributo di questa classe al totale dei parti registrato in Emilia-Romagna è di poco superiore a quello nazionale (3,8%). I parti con taglio cesareo eseguiti prima dell'inizio di travaglio in donne categorizzate in classe IIb rappresentano circa un quinto di tutti i parti con taglio cesareo (18,9%).

La quota di donne appartenenti a questa classe e il contributo al totale dei parti non differiscono nei centri Hub e Spoke con meno di 1.000 parti/anno (tabella 7). Questi aspetti costituiscono elementi di criticità nella presa in carico di questa popolazione che - con le esclusioni sopra descritte - comprende donne a cui è stato pianificato un parto con taglio cesareo per condizioni materne o fetali che dovrebbero essere rappresentate in misura percentualmente superiore nei centri Hub.

CLASSE III

La classe III include le donne multipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 7.105 donne nel 2024.

Tabella 8. Classe III per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei partì	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	24,0	1,0	0,6 – 3,0	1,0
Spoke \geq 1.000 partì/anno	27,0	1,0	0,8 – 1,9	1,4
Spoke <1.000 partì/anno	28,1	1,0	0,4 – 2,0	1,3
Totale E-R	25,2	1,0	-	1,1

Il tasso regionale di partì con taglio cesareo è più basso di quello nazionale, pari a 2,4%. Non si rilevano particolari criticità in relazione alla distribuzione di questa classe e nel ricorso a taglio cesareo tra le diverse categorie di punti nascita (tabella 8).

CLASSE IVa

La classe IVa include i partì successivi a induzione del travaglio nelle multipare, esclusi i casi di induzione in donne comprese in altre classi (gravidanza plurima, pretermine, presentazione podalica o anomala, pregresso parto cesareo), per un totale di 2.719 donne nel 2024.

Tabella 9. Classe IVa per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei partì	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	9,6	2,2	1,0 – 3,4	0,9
Spoke \geq 1.000 partì/anno	11,5	1,5	1,0 – 2,4	0,9
Spoke <1.000 partì/anno	8,4	2,3	1,1 – 5,3	1,0
Totale E-R	9,6	2,1	-	0,9

Il tasso regionale di partì con taglio cesareo in questa classe è inferiore a quello nazionale, pari a 6,1%. Nei centri Spoke con volume di attività \geq 1.000 partì/anno, in cui la quota di donne in classe IVa è di poco superiore a quella registrata in centri Hub, il ricorso a taglio cesareo è meno frequente. Nei centri Spoke con meno di 1.000 partì/anni il tasso di taglio cesareo in classe IVa non differisce da quello in centri Hub è la variabilità del range è più ampia rispetto a quella rilevata nelle altre categorie di punto nascita (tabella 9).

CLASSE IVb

La classe IVb include i parto cesarei effettuati prima dell'inizio del travaglio (elettivi o urgenti fuori travaglio) nelle donne multipare, esclusi i casi di parto cesareo fuori travaglio rientranti in altre classi (gravidanza plurima, pretermine, feti con presentazione podalica o anomala e, nel caso della multiparità, i casi con pregresso parto cesareo), per un totale di 388 donne nel 2024.

Tabella 10, Classe IVb per categoria di punto nascita, 2024		
Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	contributo % al totale dei cesarei
Hub	1,4	6,0
Spoke \geq 1.000 parti/anno	1,1	5,3
Spoke <1.000 parti/anno	1,6	8,0
Totale E-R	1,4	6,2

Il contributo di questa classe al totale dei parti registrato in Emilia-Romagna è uguale a quello nazionale (1,4%). Analogamente alle nullipare in classe IIb, nelle multipare l'intervento di elezione è verosimilmente indicato dalla presenza di una condizione patologica materna o fetale diversa da gravidanza plurima, pretermine, con presentazione podalica o anomala. Come negli anni precedenti, la sovrapponibile quota di donne appartenenti a questa classe nei punti nascita con volume di attività <1.000 parti/anno e negli *Hub* costituisce un elemento di inappropriatezza della centralizzazione delle donne con condizioni cliniche complesse (tabella 10).

CLASSE V

La classe V include i casi di donne che sono state sottoposte a pregresso cesareo, esclusi i casi rientranti in altre classi (gravidanza plurima, pretermine, feti con presentazione podalica o anomala). Della classe fanno parte 2.607 donne corrispondenti a 87,7% di tutte le donne con pregresso parto cesareo registrati nel 2024.

Tabella 11. Classe V per categoria di punto nascita, 2024				
Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	9,5	71,0	54,1 – 88,0	29,1
Spoke \geq 1.000 parti/anno	9,8	68,6	58,0 – 78,8	33,5
Spoke <1.000 parti/anno	7,8	72,4	59,3 – 100	27,5
Totale E-R	9,2	70,8	-	29,5

I parti con taglio cesareo nelle donne con precedente cesareo costituiscono da anni l'indicazione più frequente all'intervento, rappresentando mediamente un terzo di tutti i parti con taglio cesareo (29,5% nel 2024).

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è inferiore di oltre 10 punti percentuali a quello nazionale, pari a 82,2%.

Negli *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno la quota di donne in classe V è inferiore, in misura lieve, a quella registrata in altre categorie di punti nascita, ma il ricorso all'intervento è superiore, di poco, a quello registrato nei punti nascita con maggiori volumi di attività.

Come già osservato nelle precedenti edizioni di questo *Rapporto*, l'elevata variabilità del tasso di taglio cesareo tra punti nascita della stessa categoria di centro potrebbe non dipendere tanto dalle risorse disponibili, quanto dalla propensione dei professionisti all'offerta di un travaglio di parto dopo taglio cesareo (tabella 11). Per ridurre la variabilità osservata, andrebbero implementati interventi contesto-specifici per aumentare - in questa popolazione, in ogni punto nascita - l'offerta di un travaglio di parto, che costituisce l'elemento raccomandato e cruciale dell'assistenza a questa condizione.

CLASSE VI

La classe VI include i casi di feto singolo con presentazione podalica in nullipare, per un totale di 651 casi nel 2024. Complessivamente le classi VI e VII (feto podalico in multipare) comprendono 80,8% dei nati con presentazione podalica.

Tabella 12. Classe VI per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei partì	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	2,4	97,4	93,5 – 100	9,9
Spoke \geq 1.000 parti/anno	2,4	99,0	95,5 – 100	11,8
Spoke <1.000 parti/anno	2,0	96,4	92,6 – 100	9,7
Totale E-R	2,3	97,5	-	10,1

CLASSE VII

La classe VII include i casi di feto singolo con presentazione podalica in donne multipare, incluse le donne con pregresso parto cesareo, per un totale di 356 donne nel 2024.

Tabella 13. Classe VII per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei partì	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	1,3	92,6	66,7 – 100	5,2
Spoke \geq 1.000 parti/anno	1,3	92,3	88,5 – 100	5,9
Spoke <1.000 parti/anno	1,1	95,7	66,7 – 100	5,2
Totale E-R	1,3	93,0	-	5,3

La quasi totalità delle nullipare e, in misura inferiore, delle multipare con feto singolo in presentazione podalica va incontro a taglio cesareo; i tassi regionali sono superiori a quelli nazionali (87,3% in classe VI e 82,1% in classe VII). Il confronto tra categorie di punto nascita non rileva sostanziali differenze (tabelle 12 e 13).

CLASSE VIII

La classe VIII include tutte le donne con gravidanza gemellare, per un totale di 382 casi nel 2024.

Tabella 14. Classe VIII per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	1,7	77,6	54,8 – 98,1	5,7
Spoke \geq 1.000 parti/anno	0,6	69,6	40,0 – 77,8	2,0
Spoke $<$ 1.000 parti/anno	0,4	88,9	80,0 – 100	1,9
Totale E-R	1,4	77,5	-	4,7

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è inferiore a quello nazionale, pari a 81,4%. I parti categorizzati in classe VIII sono poco numerosi nei centri *Spoke* (range da \leq 3 a 9 casi); per questo motivo la variabilità interna alla stessa categoria di centro richiede un'interpretazione prudente. Negli *Hub* la quota di donne in classe VIII è più frequente, indice di una centralizzazione dei parti gemellari in strutture in grado di assistere donne e neonati con maggiore complessità assistenziale; la variabilità del tasso di taglio cesareo in centri *Hub* non è trascurabile (tabella 14).

CLASSE IX

La classe IX include le donne con feto singolo in presentazione anomala (incluse le donne con pregresso parto cesareo) e comprende 174 parti nel 2024.

Tabella 15. Classe IX per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	0,6	48,4	35,3 – 83,3	1,3
Spoke \geq 1.000 parti/anno	0,5	81,8	70,0 – 100	2,2
Spoke $<$ 1.000 parti/anno	0,6	45,8	42,9 – 80,0	1,3
Totale E-R	0,6	52,3	-	1,5

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è inferiore a quello nazionale, pari a 61,9%. I parti categorizzati in classe IX sono poco numerosi in centri *Hub* (range da 4 a 31 casi) e in centri *Spoke* (range da \leq 3 a 10 casi). Il confronto tra le tipologie di punto nascita e la variabilità interna alle stesse categorie richiedono un'interpretazione prudente, in considerazione della limitata numerosità del campione (tabella 15).

CLASSE X

La classe X include i parto pretermine, con esclusione delle gravidanze gemellari e dei casi con feto in presentazione podalica o anomala e comprende 1.180 casi pari al 74,3% dei parto pretermine registrati nel 2024.

Tabella 16. Classe X per categoria di punto nascita, 2024

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parto	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	4,7	41,0	21,7 – 52,3	8,4
Spoke \geq 1.000 parti/anno	3,3	34,6	24,1 – 40,2	5,8
Spoke $<$ 1.000 parti/anno	2,4	30,9	11,8 – 50,0	3,6
Totale E-R	4,2	39,4	-	7,4

Il tasso regionale di parto con taglio cesareo in questa classe è sovrapponibile a quello nazionale (40,0%). La quota di donne appartenenti alla classe X aumenta progressivamente al crescere del volume di attività dei centri, indice di una centralizzazione dei parto pretermine in strutture in grado di assistere donne e neonati con maggiore complessità assistenziale. Nei centri Spoke la casistica è bassa (*range* da \leq 3 agli 80 casi registrati in un punto nascita dotato di reparto di neonatologia) e mediamente con minore complessità assistenziale rispetto a quella assistita in centri Hub. Il confronto tra tipologie di punto nascita e la variabilità all'interno della stessa categoria devono essere interpretati con cautela, in considerazione della limitata numerosità del campione (tabella 16).

Per valutare i cambiamenti longitudinali della frequenza della popolazione afferente, del tasso e del contributo dei parti con taglio cesareo in ogni classe di Robson, a livello regionale e per categoria di punto nascita, è stata calcolata la differenza in punti percentuali tra i dati registrati nel 2014 e nel 2024. Adottando la metodologia di analisi utilizzata da *Euro-Peristat* (Amyx M et al, 2024), per agevolare l'interpretazione delle informazioni, l'entità della variazione è stata categorizzata come riportato in box 1.

Box 1. Categorizzazione della variazione della frequenza di popolazione e di parti con taglio cesareo	
variazione	cambiamento 2014-2024
aumento	≥5,0%
	da 1,0% a 4,9%
	<1,0%
riduzione	<1,0%
	da 1,0% a 4,9%
	≥5,0%

Modificata da: Amyx M et al, 2024

Negli ultimi dieci la quota di donne in classe I (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e inizio di travaglio spontaneo) al totale dei parti si è ridotto in tutte le categorie di punto nascita, principalmente in centri con maggiore volume di attività. Di contro, è aumentato il contributo sul totale dei parti della classe IIa e IVa (nullipare e multipare, rispettivamente, con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica, con travaglio indotto), in tutte le categorie di punto nascita, in misura maggiore in *Spoke* ≥1.000 parti/anno (tabella 17a).

La diminuzione percentuale, rispetto al 2014, di donne in classe V (pre-cesarizzate) riflette la riduzione, registrata negli anni precedenti, dei parti con taglio cesareo primario (Perrone E et al, 2023), in particolare nelle classi I e IIa (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica, rispettivamente con travaglio spontaneo e indotto) (tabella 17b). Nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno si osserva una maggiore riduzione della quota di donne in classe V (-2,9 punti percentuale) rispetto a quella registrata nelle altre tipologie di punto nascita (tabella 17a).

Il contributo al totale dei parti della classe VIII (gravidanza multipla) e della classe X (gravidanza singola, pretermine) si è ridotto, in misura lieve, tra il 2014 e il 2024 in tutte le categorie di punto nascita (tabella 17a).

Il tasso complessivo di parti con taglio cesareo si è ridotto di circa 5 punti percentuale in tutte le diverse categorie di punto nascita (tabella 17b).

Nella classe IIa (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica, con travaglio indotto) il ricorso all'intervento si è ridotto in misura più netta nei centri *Hub*; nei centri *Spoke* – indipendentemente dal volume di attività – si registra una riduzione non trascurabile del tasso di taglio cesareo in classe V (pre-cesarizzate) (tabella 17b).

I parti con taglio cesareo nelle classi VIII (gravidanza multipla), IX (feto singolo, presentazione anomala) e X (gravidanza singola, pretermine) sono diminuiti nei centri *Hub* (tabella 17b). La ridotta numerosità della casistica nei centri *Spoke* non consente di interpretare il fenomeno.

Analizzando il contributo delle singole classi al totale dei parto con taglio cesareo, a livello regionale si rileva una riduzione del contributo della classe I (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e inizio di travaglio spontaneo), pari a -4,8 punti percentuale, e un aumento del contributo delle classi IIb e IVb (nullipare e multipare, rispettivamente, con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e cesareo prima del travaglio). Come descritto in precedenza, i parto con taglio cesareo eseguiti nella classe V (pre-cesarizzate) costituiscono la principale indicazione all'intervento (circa il 30%), il loro contributo al totale dei parto con taglio cesareo è in lieve riduzione negli ultimi dieci anni, effetto di una aumentata offerta di travaglio di parto (tabella 17c).

Negli Spoke con meno di 1.000 parto/anno il contributo della classe V (pre-cesarizzate) al totale dei parto con taglio cesareo si è ridotto in misura netta; nello stesso periodo è aumentato il contributo all'intervento della classe IIb (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e cesareo prima del travaglio) (tabella 17c).

Si osserva una associazione tra la riduzione del tasso di parto con taglio cesareo e i progetti, realizzati da professioniste e professionisti dell'Emilia-Romagna nell'ambito delle attività della *Commissione nascita*, specificamente rivolti al contenimento del ricorso all'intervento nelle classi di nullipare e donne pre-cesarizzate.

Tabella 17a. Differenza assoluta in punti percentuale dei parti nelle 10 classi di Robson dal 2014 al 2024 per categoria di punto nascita												
Classe Robson	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
Hub	-6,6	4,5	0,7	-0,6	3,7	0,2	-0,2	0,0	0,0	-0,6	0,2	-1,2
Spoke ≥ 1000 p/a	-6,4	5,7	-0,4	-0,8	4,9	0,0	-1,5	0,0	0,2	-0,6	-0,1	-0,9
Spoke < 1000 p/a	-3,5	4,9	0,4	-0,2	2,1	0,0	-2,9	0,2	0,1	-0,3	-0,3	-0,7
Totale E-R	-6,2	4,8	0,5	-0,9	3,6	0,1	-0,9	0,1	0,1	-0,4	0,0	-0,8

Tabella 17b. Differenza assoluta in punti percentuale del tasso di TC nelle 10 classi di Robson dal 2014 al 2024 per categoria di punto nascita													
Classe Robson	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	tasso totale TC
Hub	-5,0	-12,6	0,0	-1,0	-3,4	0,0	-7,8	1,9	-0,5	-8,3	-17,9	-4,8	-4,8
Spoke ≥ 1000 p/a	-0,8	-6,6	0,0	-0,5	-2,0	0,0	-12,4	1,2	-7,7	-16,8	17,1	-4,9	-4,8
Spoke < 1000 p/a	-3,6	-7,0	0,0	-0,8	-2,5	0,0	-14,8	-2,3	-1,9	2,4	-2,7	-0,7	-5,4
Totale E-R	-4,1	-10,8	0,0	-0,9	-2,9	0,0	-10,4	1,0	-2,0	-8,5	-6,8	-3,6	-4,7

Tabella 17c. Differenza assoluta in punti percentuale del contributo al totale dei TC delle 10 classi di Robson dal 2014 al 2024 per categoria di punto nascita												
Classe Robson	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
Hub	-5,7	-3,0	5,7	-0,7	-0,3	1,9	1,6	2,0	1,0	-1,5	0,2	-1,3
Spoke ≥ 1000 p/a	-1,1	1,2	1,3	-0,3	-0,1	0,8	-3,4	2,4	1,7	-2,1	0,6	-1,0
Spoke < 1000 p/a	-3,3	2,0	5,7	-0,6	-0,2	1,7	-8,5	2,5	1,5	-0,5	-0,3	-0,1
Totale E-R	-4,8	-1,6	5,0	-0,7	-0,2	1,5	-1,2	2,2	1,2	-1,0	0,1	-0,6

In sintesi

- la quota di donne senza partner o altra persona di fiducia durante il travaglio e parto, dopo l'incremento osservato nel periodo pandemico a causa delle limitazioni di accesso alle strutture sanitarie, si è ridotta raggiungendo il valore più basso registrato negli ultimi dieci anni
- i partori senza alcun intervento medico hanno subito una riduzione nel tempo; non si osservano nette differenze tra categorie di punti nascita con livelli di complessità assistenziale diversi
- la frequenza del ricorso a taglio cesareo segue il *trend* in calo rilevato nell'ultimo decennio. La riduzione si registra in tutte le categorie di punto nascita
- negli *Spoke* con meno di 1.000 partori la frequenza di taglio cesareo è sovrapponibile o superiore a quella di centri con maggiore volume di attività in tutte le classi di Robson, esclusa la classe X (gravidanza singola, pretermine)
- nelle classi I e IIa (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e, rispettivamente con inizio di travaglio spontaneo o indotto) e nella classe V (pre-cesarizzate) di Robson si osserva una ampia variabilità tra punti nascita della stessa categoria
- negli ultimi dieci anni si è ridotta la popolazione in classe I (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e inizio di travaglio spontaneo) di Robson, mentre è aumentata quella nelle classi IIa e IVa (rispettivamente nullipare e multipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica, con travaglio indotto). La classe V (pre-cesarizzate) si è ridotta, seppur in misura modesta.
- il ricorso a taglio cesareo nelle classi IIa (nullipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica, con travaglio indotto) e V (pre-cesarizzate) si è ridotto di oltre 10 punti percentuali negli ultimi dieci anni.

CAPITOLO 9

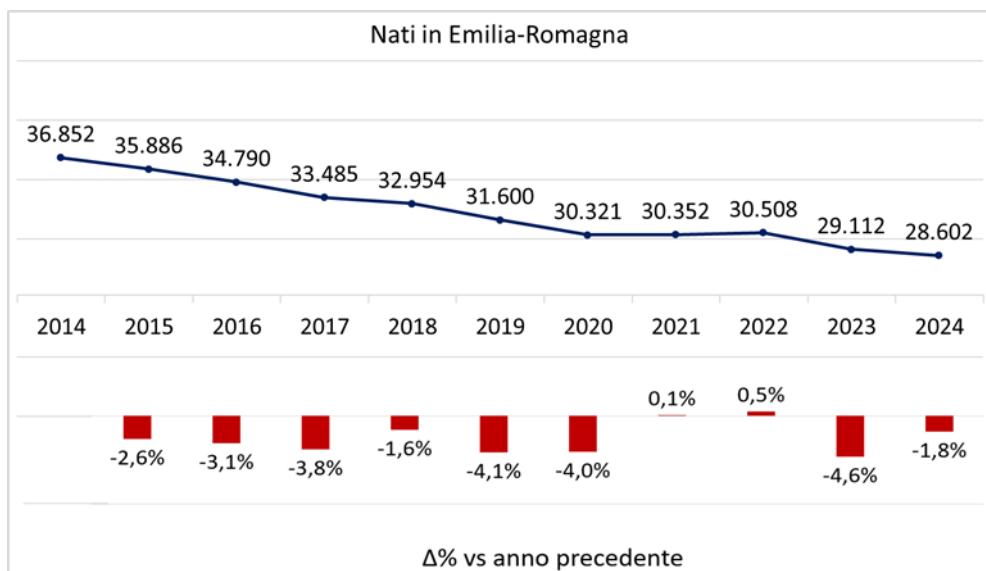
I NATI

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 164 a n. 187

La natalità

Nel 2024 il **numero totale di nati** è pari a 28.602; rispetto al 2014 le nascite si sono ridotte di circa 9 mila unità (-22,4%). Dopo una stabilizzazione tra il 2020 e nei due anni successivi alla pandemia, dal 2023 si registra nuovamente un decremento delle nascite (figura 46). Come descritto nel capitolo 3 di questo *Rapporto*, il calo delle nascite osservato in Emilia-Romagna è riconducibile prevalentemente alla riduzione strutturale della popolazione femminile nelle fasce di età con maggiore tasso di fecondità, a cui si aggiunge una minore scelta riproduttiva fra le italiane e, dal 2020, anche fra le straniere.

Figura 46. Frequenza dei nati, E-R 2014-2024



Poco meno di un nato su due (48,6%) ha genitali esterni femminili, dato stabile nel tempo. I nati da parto gemellare sono 2,7% (n= 770), in lieve calo negli ultimi dieci anni (erano 3,5% nel 2014).

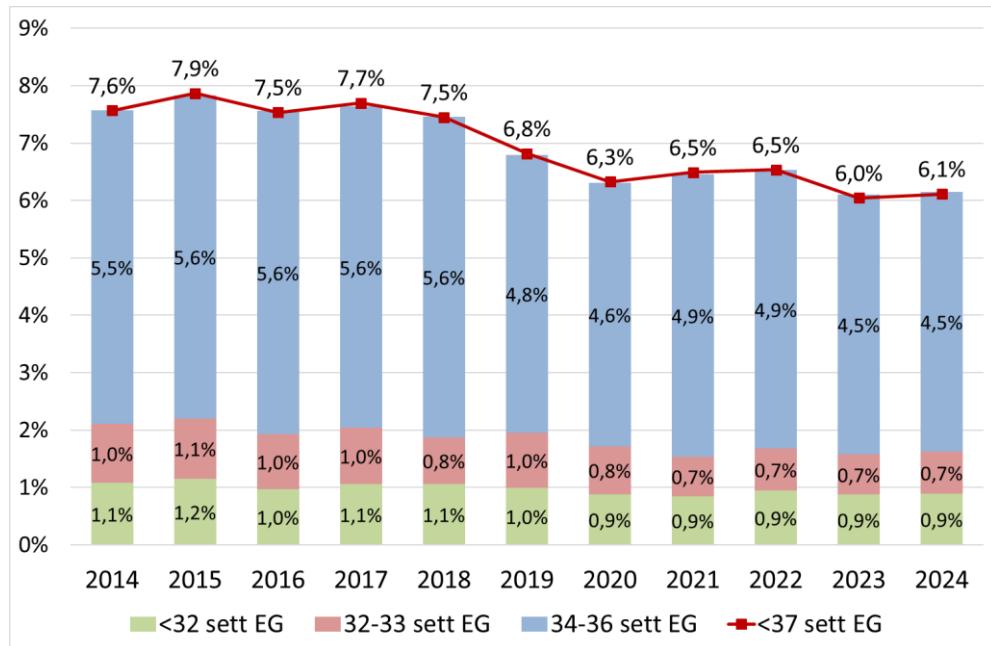
I nati vivi sono 28.524, in un caso il neonato è deceduto subito dopo la nascita; i nati morti in utero sono 78.

Nascita pretermine

In questo capitolo sono comprese informazioni sulla nascita pretermine addizionali a quelle esposte descrivendo la durata della gravidanza (capitolo 6 di questo *Rapporto*).

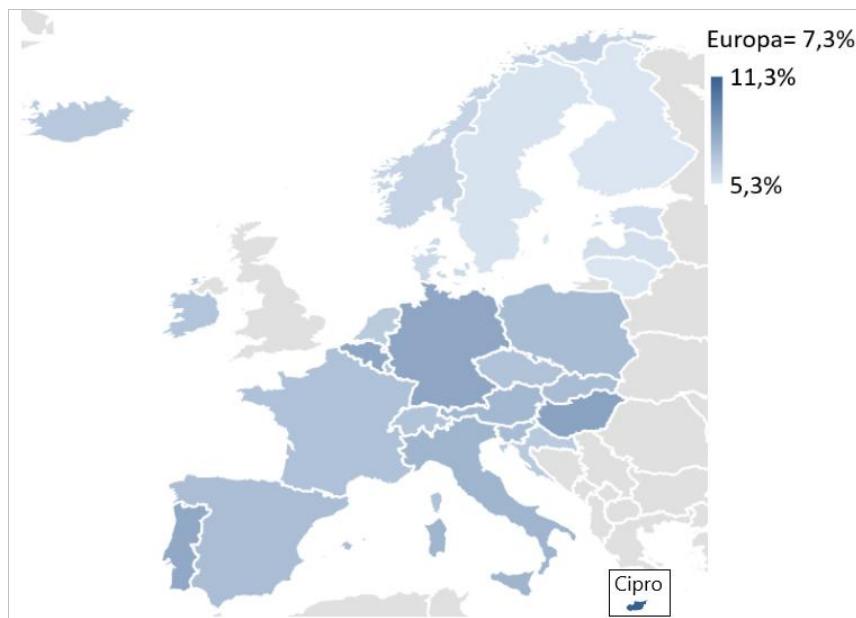
I **nati vivi pretermine** (<37⁺⁰ settimane di EG) sono 6,1% (n= 1.744) di tutti i nati. La quota di neonati *late-preterm* (34⁺⁰–36⁺⁶ settimane di EG) è inferiore a 5% negli ultimi sei anni. In misura meno netta, anche la quota di nati *very preterm* (prima di 32⁺⁰ settimane di EG) e di *moderate preterm* (32⁺⁰–33⁺⁶ settimane di EG) registrano una tendenziale riduzione nel tempo (figura 47).

Figura 47. Frequenza di nati vivi pretermine (sul totale dei nati vivi), E-R 2014-2024



L'ultimo dato disponibile sui nati pretermine in Italia si riferisce al 2019 e riporta una frequenza pari a 7,5%. Nello stesso anno, la frequenza di nascita pretermine in Europa è pari a 7,3%, con moderata variabilità fra i Paesi (range da 5,3% in Lituania e Finlandia a 11,3% in Cipro) (figura 48). La quota di nati pretermine in Europa è diminuita mediamente dell'1% all'anno dal 2015 al 2019, non in misura uniforme tra i Paesi; in alcuni il tasso di nati pretermine è rimasto elevato o è aumentato nel tempo (Euro-Peristat, 2022).

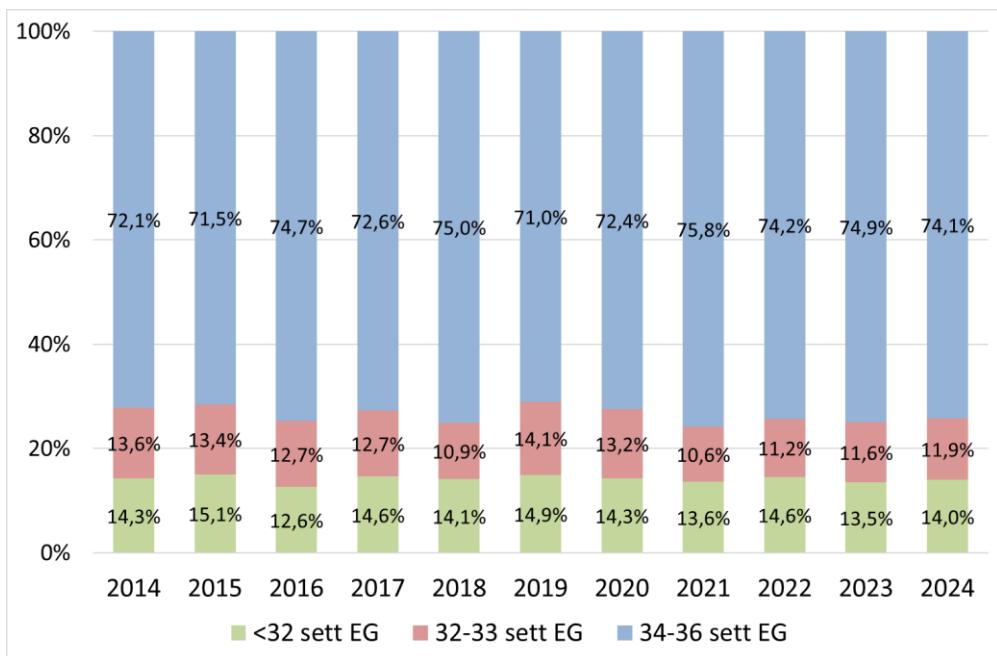
Figura 48: Frequenza di nati pretermine in Paesi europei, 2019



Fonte: Euro-Peristat, 2022

Analizzando la distribuzione dei neonati pretermine per classe di età gestazionale si rileva una tendenziale riduzione negli ultimi dieci anni della quota di nati *moderate preterm* (32^{+0} - 33^{+6} settimane di EG) (figura 49).

Figura 49. Frequenza di nati vivi pretermine per classe di EG (sul totale dei pretermine), E-R 2014-2024



Un gruppo di lavoro multidisciplinare di professioniste e professionisti dell'area perinatale, coordinato dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN), ha redatto linee di indirizzo clinico-organizzative e tecnologiche per l'assistenza perinatale. Secondo criteri organizzativi definiti sono stati distinti centri di I livello (*Spoke*), che prestano assistenza a neonati in ambito di fisiologia o di piccola/media patologia, e centri di II livello (*Hub*) che assistono tutti i neonati, anche in condizioni di grave patologia. In particolare, nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno l'assistenza è di norma rivolta a nati con età gestazionale $\geq 36^{+0}$ settimane e peso alla nascita ≥ 1.900 grammi; nei centri *Spoke* con 1.000 parti o più a nati con età gestazionale $\geq 34^{+0}$ settimane e ≥ 1.750 grammi (SIN, 2021).

Per una descrizione più dettagliata dell'assistenza al neonato, l'analisi per **luogo del parto** è stata condotta considerando le **classi di EG** proposte in SIN, 2021 in relazione al volume di attività del punto nascita.

Nel 2024 l'84,8% dei bambini pretermine nasce in centri *Hub*; in particolare (tabella 18):

- circa 9 bambini *very* o *moderate preterm* su 10 nascono in un centro in grado di erogare cure neonatali intensive. La nascita di prematuri a epoche gestazionali così basse in centri *Spoke* si conferma essere un evento raro in Regione: nel 2024 ha riguardato 12 nati prima di 32⁰ settimane di EG e 25 nati a 32⁰-33⁶ settimane di EG; la maggior parte di queste nascite è avvenuta nel centro di Piacenza, che assiste oltre 1500 parti/anno in una Ausl priva di un centro *Hub* ed è dotato di reparto di neonatologia.
- nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno la quota di nati a 34⁰-35⁶ settimane di EG (n=33 su 544) non differisce, in misura netta, da quella registrata in *Spoke* con maggiore volume di attività; i casi si registrano principalmente in due punti nascita (Imola e Forlì).

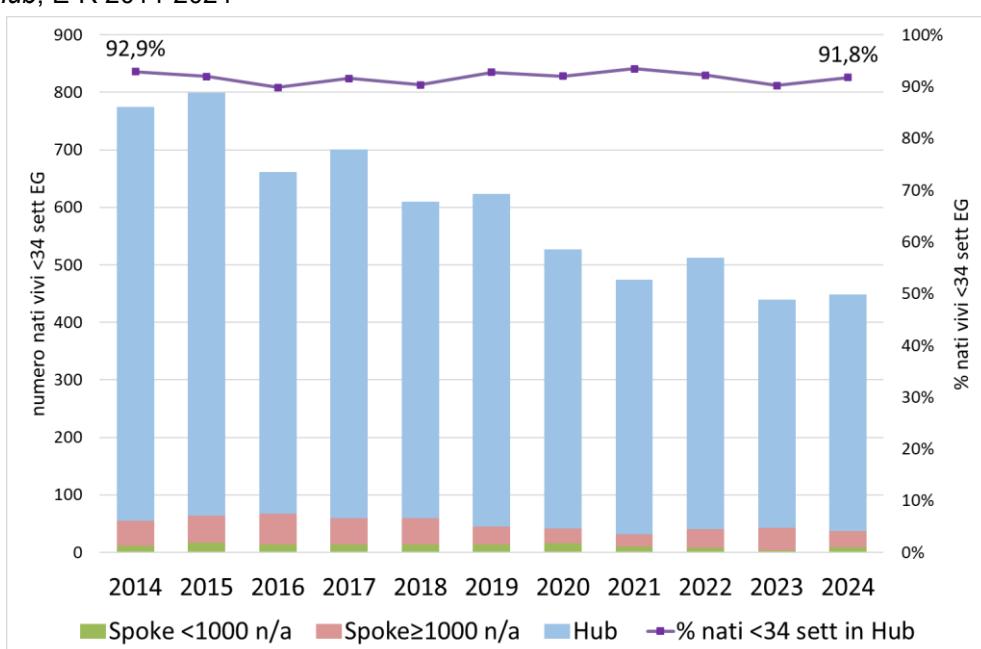
Tabella 18. Distribuzione dei nati vivi per classe di EG e luogo di nascita, 2024

Luogo di nascita	settimana di EG					Totale
	<32 ⁰	32 ⁰ -33 ⁶	34 ⁰ -35 ⁶	36 ⁰ -6	≥37 ⁰	
Hub	95,0%	87,9%	85,1%	80,3%	70,2%	71,1%
Spoke >1000 n/a	2,5%	10,6%	8,8%	11,0%	14,7%	14,4%
Spoke <1000p/a	2,5%	1,4%	6,1%	8,7%	15,0%	14,5%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In tabella non sono inclusi tre casi di nati in ambiente extra-ospedaliero prima di 36 settimane di EG, rilevati nel flusso CedAP, ma non registrati nel flusso dell'*Osservatorio regionale sul parto extra-ospedaliero*

Il modello *Hub* e *Spoke* della rete ospedaliera perinatale è basato sull'integrazione tra cure ostetriche e neonatali e prevede una presa in carico in centri con livelli assistenziali adeguati alla complessità di madre e bambino (DGR n. 1267/2002). In Emilia-Romagna la centralizzazione delle nascite prima di 34⁰ settimane di gestazione in punti nascita *Hub* è una prassi assistenziale e organizzativa consolidata (figura 50).

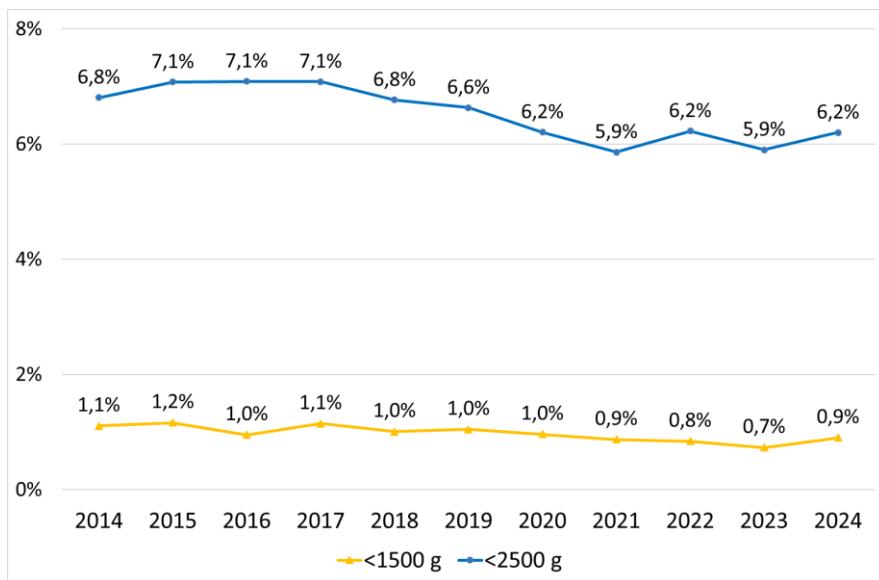
Figura 50. Numero nati vivi prima di 34 settimane di EG per categoria di punto nascita e percentuale di nati in *Hub*, E-R 2014-2024



Peso alla nascita

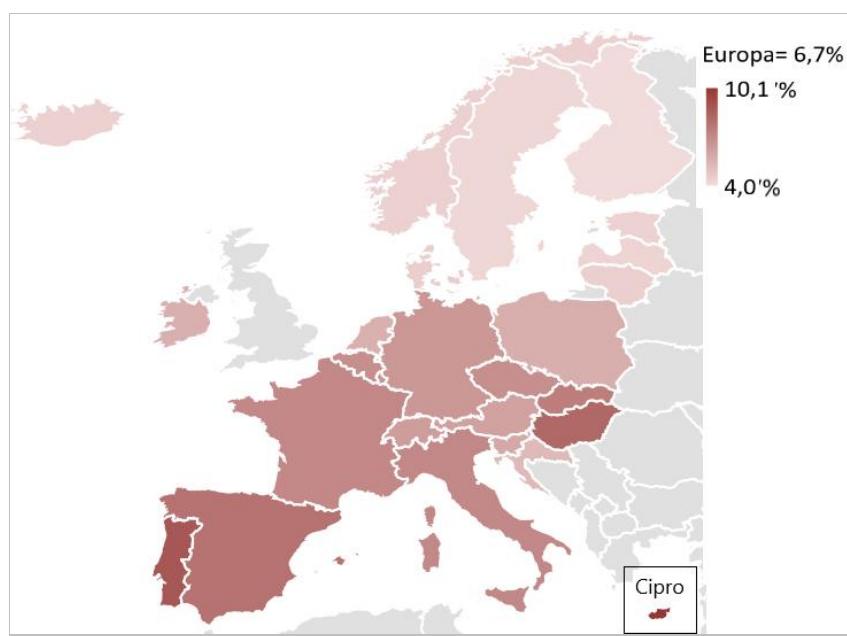
Nel 2024 la frequenza di nati vivi con peso inferiore a 2.500 grammi (**nati di basso peso – low birth weight, LBW**) è 6,2% - pressoché stabile negli ultimi sei anni; i neonati di peso inferiore a 1.500 grammi (**nati di peso molto basso – very low birth weight, VLBW**) sono 0,9% (figura 51).

Figura 51. Frequenza di nati vivi con peso basso e molto basso alla nascita, E-R 2014-2024



La quota di nati con peso alla nascita <2.500 grammi in Regione è di poco inferiore alla media nazionale pari a 7,0%, registrata nel 2023, ultimo dato disponibile (Ministero della salute, 2025a). Nel 2019 nei Paesi europei la frequenza di nati con basso peso è compresa tra 4,0% e 10,1%; come per i nati pretermine, i valori più bassi si registrano nei Paesi Nordici e Baltici, i più alti nei Paesi del sud (Cipro, Portogallo e Spagna) e dell'est Europa (figura 52). La frequenza di nati con peso <1.500 grammi è inferiore a 1,0% in tutti i Paesi; anche in questo caso i valori più bassi si registrano nei Paesi del nord (Euro-Peristat, 2022).

Figura 52. Frequenza di nati vivi con peso basso in Paesi europei, 2019



Fonte: Euro-peristat, 2022

Assumendo come valori soglia le classi di peso indicate da SIN, 2021 per l'assistenza perinatale in centri Spoke in relazione al volume di attività, l'analisi per **luogo di parto e classi di peso** alla nascita rileva che (tabella 19):

- quasi il 95% delle nascite di bambini VLBW o di peso tra 1.500-1749 grammi avviene in centri *Hub*. In centri Spoke sono nati 18 bambini con peso inferiore a 1.750 grammi, principalmente nel punto nascita di Piacenza
- 2,7% (n=13) di tutti i bambini con peso inferiore a 1.900 grammi, è nato in centri Spoke con meno di 1.000 parti/anno.

Tabella 19. Distribuzione dei nati vivi per peso alla nascita e luogo di nascita, 2024						
Luogo di nascita	<1.500 g	1500-1.749 g	1750-1899 g	1.900-2.499 g	≥2.500 g	Totale
Hub	94,5%	93,3%	86,3%	80,5%	70,3%	71,1%
Spoke ≥1.000 parti/anno	3,1%	5,8%	9,2%	11,9%	14,7%	14,4%
Spoke <1.000 parti/anno	2,4%	1,0%	4,6%	7,6%	15,0%	14,5%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In tabella non sono inclusi tre casi di nati in ambiente extra-ospedaliero di peso <2.500 grammi, rilevati nel flusso CedAP, ma non registrati nel flusso dell'*Osservatorio regionale sul parto extra-ospedaliero*

Come per le nascite pretermine, non si riscontrano particolari criticità nella centralizzazione di nati con peso inferiore a 1.750 grammi in punti nascita in grado di fornire cure neonatali intensive.

Uno studio retrospettivo condotto su 11.124 VLBW nati nel periodo 2014-2018 e assistiti in 70 terapie intensive neonatali (TIN) italiane ha rilevato che la frequenza di mortalità è statisticamente significativa per volumi inferiori a 25 VLBW assistiti/anno (SIN, 2021). Coerentemente con questo risultato, il gruppo multidisciplinare coordinato da SIN indica, come standard assistenziale, 25 VLBW assistiti (media triennale) in centri con TIN.

In Emilia-Romagna, nel triennio 2022-2024, i centri *Hub* hanno assistito mediamente 25 VLBW; valori più bassi della media regionale si registrano nei punti nascita di Cesena e Ravenna.

In base alle caratteristiche socio-demografiche materne, la frequenza di basso peso alla nascita (<2.500 grammi) risulta più elevata tra i nati di donne:

- primipare (7,4% vs 5,0% multipare)
- con scolarità bassa (7,5% vs 5,6% con scolarità alta)
- con cittadinanza straniera (6,8% vs 6,0% in italiane)
- di età ≥35 anni (6,8% vs 5,9% di età <35 anni).

La quota di neonati con basso peso risulta maggiore in donne che hanno continuato a fumare in gravidanza (8,8% vs 5,7% in non fumatrici) e in donne sottopeso (9,6% vs 5,7% in normopeso). Quasi tre bambini su cinque (57,6%) dei nati vivi da parto gemellare ha un peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi.

La frequenza di bambini con **peso ≥4.000 grammi** è pari a 6,3%, stabile nell'ultimo decennio. La condizione è più frequente in:

- multipare (7,8% vs 4,8% di primipare)
- donne sovrappeso o obese (7,5% e 8,6%, rispettivamente, vs 6,0% in normopeso).

Non si rilevano differenze in relazione a cittadinanza e livello di scolarità materna.

Fattori socio-demografici e legati agli stili di vita associati al peso alla nascita

	Nato con peso <2.500 grammi (nati vivi da gravidanza singola)	Nato con peso ≥4.000 grammi (nati vivi da gravidanza singola)		
	OR agg*	IC 95%	OR agg*	IC 95%
Precedenti parti				
<i>multipare</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,81	1,59 – 2,06	0,56	0,50 – 0,62
Cittadinanza				
<i>italiana</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,30	1,13 – 1,49	0,88	0,79 – 0,99
Scolarità				
<i>alta</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>media</i>	1,21	1,05 – 1,40	0,89	0,79 – 1,00
<i>bassa</i>	1,54	1,29 – 1,83	0,74	0,64 – 0,86
Età				
<i><25 anni</i>	0,85	0,67 – 1,07	1,04	0,83 – 1,28
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,33	1,17 – 1,52	0,88	0,79 – 0,99
BMI materno				
<i>sottopeso</i>	1,72	1,39 – 2,12	0,50	0,37 – 0,67
<i>normopeso</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	0,87	0,74 – 1,02	1,36	1,21 – 1,54
<i>obeso</i>	1,00	0,82 – 1,20	1,56	1,35 – 1,80
Abitudine al fumo in gravidanza				
<i>non fumatrice</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>fumatrice</i>	1,68	1,36 – 2,06	0,71	0,54 – 0,90
Tecniche di procreazione medicalmente assistita				
<i>PMA no</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>PMA sì</i>	1,40	1,06 – 1,82	1,39	1,06 – 1,80

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità e BMI materno e abitudine tabagica e ricorso a PMA

La condizione di nulliparità, cittadinanza straniera, livello di scolarità medio – e in misura maggiore quello basso, sottopeso materno, l'età ≥ 35 anni, l'abitudine al fumo in gravidanza e il ricorso a PMA sono fattori associati, in misura statisticamente significativa, a un maggiore rischio di nascita con peso inferiore a 2.500 grammi.

La condizione di sovrappeso e obesità materna e il ricorso a PMA aumentano, in misura statisticamente significativa, il rischio di macrosomia (peso alla nascita ≥ 4.000 grammi).

Peso del neonato per età gestazionale

La variabile che correla il peso del neonato all'età gestazionale in termini di *Standard Deviation Score* è calcolata usando come riferimento le carte INeS validate su una popolazione di donne con gravidanza singola (Bertino E, 2010). Nel 2024 i nati vivi da gravidanza singola sono 27.757, di questi:

- i nati **SGA** (*small for gestational age* – sotto al 10° percentile) sono 8,4%
- i nati **AGA** (*appropriate for gestational age*) sono 80,8%
- i nati **LGA** (*large for gestational age* – sopra al 90° percentile) sono 10,9%.

La distribuzione dei nati nelle tre categorie è stabile negli ultimi dieci anni.

Punteggio di Apgar

Il punteggio di **Apgar a 5 minuti** registrato nei nati vivi mostra:

- un punteggio normale (7-10) in 99,2% dei nati
- un adattamento difficoltoso (punteggio 4-6) in 194 nati (0,7%)
- un punteggio suggestivo di ipossia-anossia fetale (punteggio 1-3) in 42 nati (0,1%).

Il punteggio di Apgar a 5 minuti è pari a zero in 7 casi (0,02%), in 6 dei quali non risulta alcun ricorso a manovre rianimatorie in sala parto; è verosimile che lo zero sia stato impropriamente utilizzato per codificare l'assenza dell'informazione.

La distribuzione dei nati nelle tre categorie di punteggio mostra un *trend* stabile negli anni ed è sovrapponibile a quella registrata a livello nazionale nel 2023, ultimo dato disponibile (Ministero della salute, 2025a).

Fattori socio-demografici e legati agli stili di vita associati al peso alla nascita

	Nato SGA-small for gestational age (nati vivi da gravidanza singola)		Nato LGA - large for gestational age (nati vivi da gravidanza singola)	
	OR agg*	IC 95%	OR agg*	IC 95%
Precedenti parti				
<i>multipare</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,14	1,03 – 1,25	0,87	0,80 – 0,94
Cittadinanza				
<i>italiana</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,10	0,99 – 1,23	1,08	0,99 – 1,18
Scolarità				
<i>alta</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>media</i>	1,14	1,02 – 1,27	0,96	0,87 – 1,05
<i>bassa</i>	1,43	1,25 – 1,63	0,85	0,76 – 0,96
Età				
<i><25 anni</i>	0,80	0,67 – 0,96	1,00	0,85 – 1,17
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,14	1,03 – 1,26	1,00	0,92 – 1,10
BMI materno				
<i>sottopeso</i>	1,60	1,36 – 1,88	0,60	0,47 – 0,74
<i>normopeso</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	0,83	0,74 – 0,93	1,32	1,20 – 1,46
<i>obeso</i>	0,77	0,66 – 0,90	1,68	1,50 – 1,88
Abitudine al fumo in gravidanza				
<i>non fumatrice</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>fumatrice</i>	1,79	1,52 – 2,09	0,72	0,59 – 0,88
Tecniche di procreazione medicalmente assistita				
<i>PMA no</i>	1 (rif.)		1 (rif.)	
<i>PMA sì</i>	0,94	0,72 – 1,20	1,16	0,93 – 1,43

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità e BMI materno e abitudine tabagica e ricorso a PMA

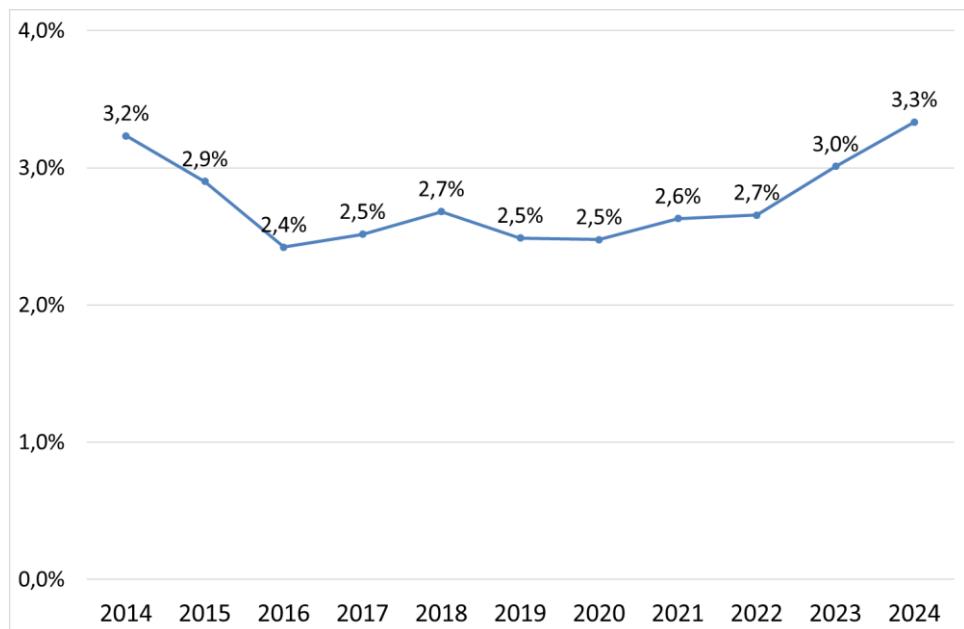
La nulliparità, il livello di scolarità medio – e in misura maggiore quello basso, l'età ≥ 35 anni, il sottopeso materno, l'abitudine al fumo in gravidanza sono fattori associati, in misura statisticamente significativa, a un maggiore rischio di nascita di un bambino SGA.

La condizione di sovrappeso e obesità materna aumenta, in misura statisticamente significativa, il rischio di nascita di un bambino LGA.

Rianimazione in sala parto

I neonati che hanno necessitato di rianimazione in sala parto sono stati 3,3% (n=951). La quota di bambini rianimati è stabile dal 2016 al 2022, con modeste variazioni tra gli anni; negli ultimi due anni si registra un lieve incremento con valori sovrapponibili a quelli registrati nel 2014 (figura 53).

Figura 53. Frequenza di nati vivi sottoposti a manovre rianimatorie, E-R 2014-2024



Esaminando le caratteristiche materne, la necessità di rianimazione è più frequente tra i nati di donne:

- primipare (4,0% vs 2,6% multipare)
- con cittadinanza straniera (4,2% vs 2,9% italiane)
- obese (4,3% vs 3,0% in normopeso)

Non si rilevano sostanziali differenze in relazione all'età materna.

In caso di gemellarità la frequenza di ricorso a manovre rianimatorie è quattro volte superiore (12,1%) rispetto a quella registrata in nati da parto singolo (2,7%).

Come atteso, il ricorso a manovre rianimatorie si riduce al crescere della classe di peso alla nascita: 50,2% in VLBW; 10,7% in nati con peso 1.500-2.499 grammi; 2,5% in nati con peso uguale o superiore a 2.500 grammi.

La frequenza di neonati rianimati è maggiore nella classe di centile inferiore al 3°, si riduce nelle classi successive e aumenta nuovamente nelle classi LGA (figura 54).

La quota di bambini rianimati non differisce, in misura netta, tra centri *Hub* e *Spoke*, indipendentemente dal volume di attività; non è trascurabile la variabilità tra punti nascita della medesima categoria (figura 55).

Figura 54. Frequenza di nati sottoposti a manovre rianimatorie per classe di centile di peso e EG, E-R 2024

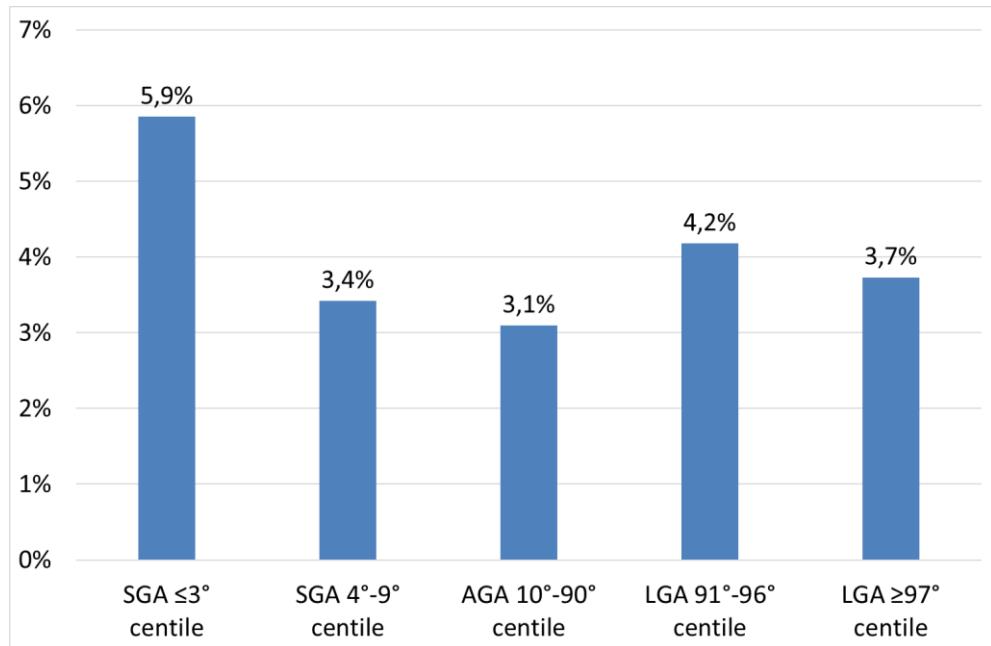
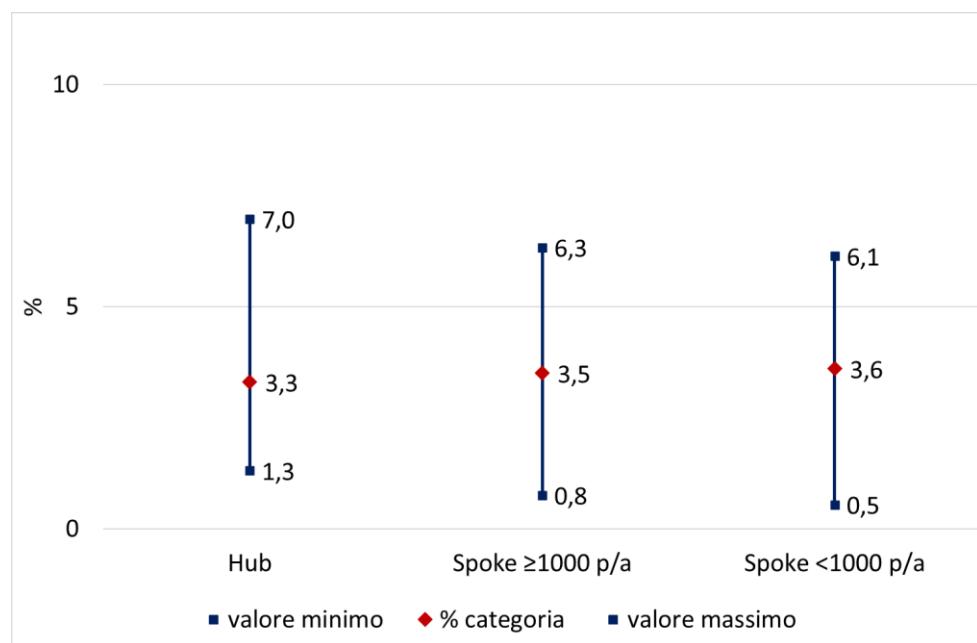


Figura 55: Frequenza di nati rianimati, per categoria di punto nascita, E-R 2024



L'analisi sul **tipo di intervento rianimatorio** effettuato considera, in caso di neonato sottoposto a più tecniche, quella relativa a una maggiore gravità, seguendo un ordine di priorità: somministrazione di adrenalina o altro farmaco, massaggio cardiaco, intubazione e, in fine, ventilazione con maschera.

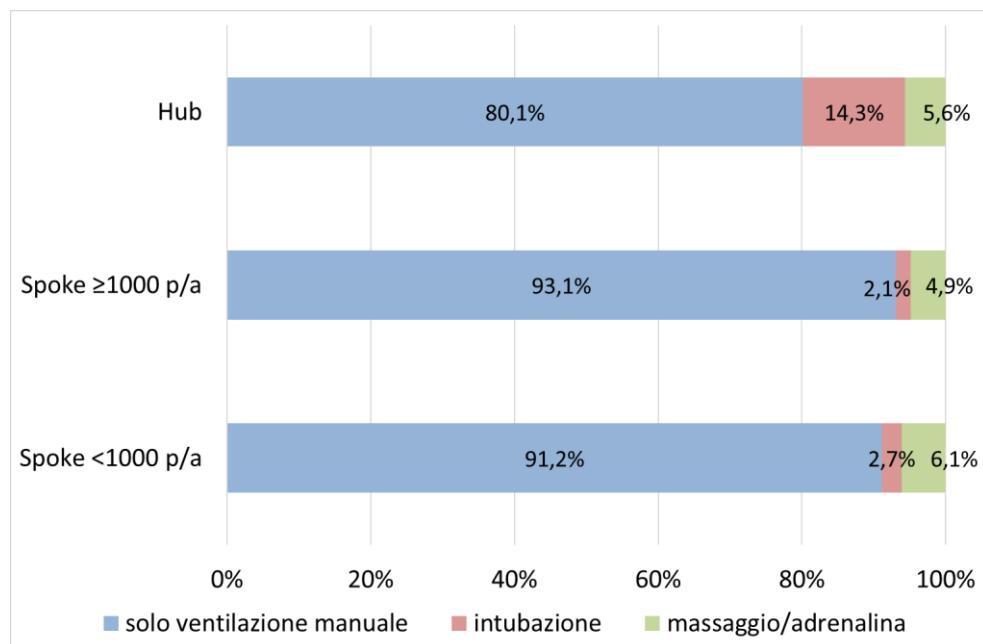
Nel 2024 la sola ventilazione con maschera è stata eseguita in 83,7% dei bambini rianimati in sala parto e l'intubazione (con o senza precedente ventilazione) in 10,7% dei casi. I bambini che hanno necessitato di massaggio cardiaco e somministrazione di adrenalina sono 53 (5,6% dei bambini rianimati).

Benché la quota di bambini rianimati sia sovrapponibile tra categorie di punti nascita (figura 55), come atteso, il tipo di intervento rianimatorio effettuato differisce tra *Hub* e *Spoke* (figura 56).

Nei centri *Hub*, tra i bambini rianimati, in 80,1% (n= 528 nati) dei casi è stata eseguita solo ventilazione con maschera, con ampia variabilità tra punti nascita (*range* da 69,8% a 91,9%); in 14,3% (n= 94 nati) dei casi i bambini sono stati intubati (*range* da 3,7% a 25,0%) e il ricorso a massaggio cardiaco e somministrazione di adrenalina ha riguardato il 5,6% (n= 37 nati) (*range* da 0% a 12,4%). La variabilità osservata tra centri della stessa categoria può, almeno in parte, essere attribuita a differenti opzioni o valutazioni assistenziali piuttosto che a una reale differenza nella complessità della casistica trattata.

Negli *Spoke*, indipendentemente dal volume di attività, la quasi totalità dei bambini (attorno al 90%) è rianimato solo con ventilazione. In centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno, che dovrebbero assistere donne e neonati a minore complessità assistenziale, circa il 9% dei neonati rianimati alla nascita viene sottoposto a intubazione o massaggio cardiaco e somministrazione di adrenalina; in termini assoluti il ricorso a questi interventi rianimatori ha riguardato un numero di nati molto basso (*range* da 0 a 4 casi) ed è verosimile che abbiano rappresentato condizioni di emergenza/urgenza per le quali non è stato possibile effettuare uno STAM (sistema di trasporto materno assistito).

Figura 56. Frequenza di nati rianimati per manovra utilizzata e categoria di punto nascita, E-R 2024



Fattori socio-demografici e clinici associati al ricorso di interventi di rianimazione

Necessità di rianimazione (nati vivi da gravidanza singola)		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti parti		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,81	1,55 – 2,11
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	1,44	1,23 – 1,68
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	1,20	1,02 – 1,42
<i>bassa</i>	1,33	1,09 – 1,63
Età		
<i><25 anni</i>	1,01	0,78 – 1,30
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,11	0,95 – 1,30
BMI materno		
<i>sottopeso</i>	1,20	0,89 – 1,59
<i>normopeso</i>	1 (rif.)	
<i>sovrapeso</i>	1,32	1,11 – 1,56
<i>obeso</i>	1,53	1,24 – 1,87
Età gestazionale alla nascita		
<i>non pretermine</i>	1 (rif.)	
<i>pretermine</i>	7,10	5,98 – 8,39
Tecniche di procreazione medicalmente assistita		
<i>PMA no</i>	1 (rif.)	
<i>PMA sì</i>	1,40	1,02 – 1,88

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI ed età gestazionale e ricorso a PMA

La necessità di rianimazione neonatale è associata, in misura statisticamente significativa, alle condizioni di nulliparità, cittadinanza straniera, scolarità media e bassa, sovrappeso, obesità e al ricorso a PMA.

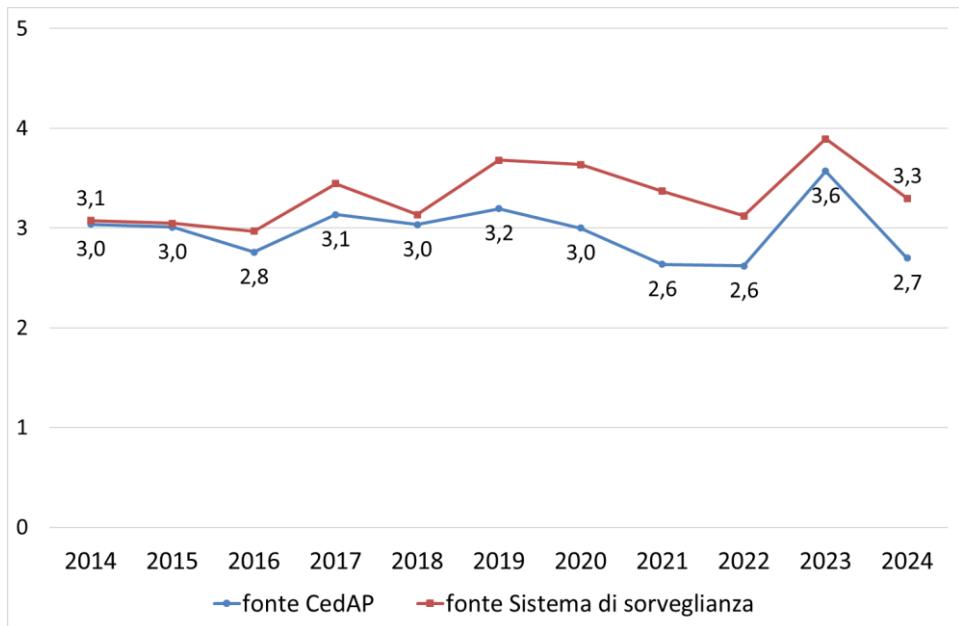
I nati pretermine hanno sette volte in più la probabilità di essere rianimati rispetto ai nati a termine.

Natimortalità

Nel 2024 sono stati registrati nel flusso CedAP 78 nati morti, che determinano un tasso di **natimortalità** del 2,7 per 1.000 nati, in linea con la tendenza registrata fino al 2022. L'alto tasso osservato nel 2023 è verosimilmente dovuto al caso (figura 57). Il *Sistema regionale di sorveglianza della mortalità perinatale* ha registrato, nel 2024, un numero superiore di casi di morte in utero (n=95 casi)⁵; la discrepanza tra le due fonti sarà oggetto di approfondimento.

Il tasso nazionale nel 2023, ultimo dato disponibile, è 2,4 per 1000 nati (Ministero della salute, 2025a).

Figura 57. Tasso di nati morti per 1.000 nati, E-R 2014-2024



Le informazioni relative al momento del decesso sono disponibili in un caso su cinque di nato morto: in 55 casi la morte è avvenuta prima del travaglio e in un caso durante il parto. Nei restanti 22 casi il momento della morte risulta sconosciuto.

Il riscontro autoptico è stato richiesto in 68 nati morti, ma il referto dell'esame era noto entro i dieci giorni successivi al parto – periodo previsto per ultimare la compilazione del CedAP – in soli 7 casi. La mancata disponibilità del referto autoptico riduce la validità della causa della morte registrata nel flusso CedAP.

Il *Sistema regionale di sorveglianza della mortalità perinatale* prevede, in ogni caso di morte perinatale, un processo di audit clinico strutturato e confidenziale per rilevare in misura più accurata le informazioni sulle cause e i fattori di rischio della natimortalità rispetto a quanto è possibile fare attraverso un flusso corrente (Facchinetti F et al, 2020). Uno studio condotto su 1.041 decessi segnalati al sistema di sorveglianza ha valutato l'impatto dell'audit sulla qualità assistenziale e la riduzione dei casi evitabili. Rispetto al quinquennio 2014-2018, nel periodo 2019-2023 il tasso di natimortalità è di poco superiore (3,54 vs 3,13 per 1.000 nati); risultano, invece, ridotte, in misura statisticamente significativa, la quota di casi per i quali il motivo del decesso rimane non spiegato (OR 0,62; IC95% 0,44-0,88) e la quota di decessi correlati a condizioni morbose materne (OR 0,34; IC95% 0,16-0,66). La qualità dell'assistenza è stata considerata inadeguata in 9,9% dei casi nel

⁵ Monari F, Saddò A. sistema di sorveglianza perinatale – sottogruppo natimortalità. Regione Emilia-Romagna. Comunicazione personale

periodo 2014-2018 e in 6,7% dei casi nel periodo 2019-2023, indicando un miglioramento nel tempo (Monari F et al, 2025).

Considerando il ridotto numero di casi/anno, per avere informazioni più robuste, nelle successive analisi sono stati aggregati i dati CedAP sulla vitalità nel triennio 2022-2024. Nel periodo considerato sono stati registrati 265 nati morti. Il rischio di natimortalità è maggiore in nati di donne con cittadinanza straniera (4,1% vs 2,5% in italiane) e con scolarità bassa (3,8% vs 2,2% in donne con scolarità alta). Tra i nati da parto plurimo la frequenza dell'evento è pari a 8,0% rispetto a 2,9% in nati da parto singolo.

Il tasso di natimortalità è più elevato per età gestazionali più basse e si riduce, all'aumentare dell'età gestazionale alla nascita (tabella 20). Tuttavia, quasi un decesso su tre (27,9%) avviene in nati a termine.

Tabella 20. Tasso natimortalità per classi di età gestazionale, 2022-2024

classe di EG	tasso natimortalità (per 1.000 nati)
<34 ⁺⁰	89,0
34 ⁺⁰ -36 ⁺⁶	13,1
≥37 ⁺⁰	0,9
totale	3,0

Uno studio di coorte, *population-based*, condotto in Emilia-Romagna, sui nati a termine (≥37 settimane di gestazione; n= 246.437, di cui nati morti n= 260) tra il 2014 e il 2021, ha rilevato un rischio di natimortalità maggiore in caso di nascita SGA (OR 2,58; IC95% 1,88-3,53), di gravidanza seguita a PMA (OR 2,01; IC95% 1,15-3,51), di accesso tardivo ai servizi assistenziali in gravidanza (OR 1,56; IC95% 1,10-2,22) e, limitatamente alle multipare, di pregresso nato morto (1,64; IC95% 1,05-2,57) (Salerno C et al, 2023).

Malformazioni congenite

Nel 2024 i nati con **malformazioni** risultano essere 199, compresi quattro nati morti, corrispondenti a 0,7% di tutti i nati. La frequenza di riscontro di malformazioni alla nascita è stabile negli ultimi dieci anni.

Considerando il ridotto numero di casi/anno, per avere informazioni più robuste, sono stati aggregati i dati CedAP sulle principali malformazioni diagnosticate entro 10 giorni di vita nel triennio 2022-2024. Le prime tre malformazioni diagnosticate sono: cardiopatia non specificata (17,6%), seguita da ipospadìa e difetto del setto interventricolare (5,9%, entrambe). In 7,9% dei casi la diagnosi di malformazione è indefinita. Come per l'identificazione delle cause di natimortalità, la corretta codifica di questa variabile richiede procedure di rilevazione e tempi diagnostici non compatibili con le caratteristiche operative di un flusso informativo corrente come il CedAP. Ne consegue una possibile incompletezza della registrazione e, verosimilmente, una sottostima del fenomeno. Una maggiore accuratezza può essere ottenuta integrando le informazioni del CedAP con quelle rilevate da altri flussi e da registri di malformazioni congenite.

In sintesi

- continua il calo delle nascite, con 510 unità in meno rispetto all'anno precedente
- si registra una tendenziale riduzione negli ultimi dieci anni della quota di nati pretermine e con peso inferiore a 2.500 grammi.
- il tasso di natimortalità è inferiore a quello dell'anno precedente, riprendendo l'andamento tracciato fino al 2022
- la centralizzazione delle nascite di neonati con peso <1.750 grammi ed età gestazionale <34⁺⁰ settimane in punti nascita in grado di offrire cure neonatali intensive non presenta particolari criticità
- in poco più dell'80% dei bambini rianimati viene utilizzata unicamente la ventilazione con maschera.

CAPITOLO 10

VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN GRAVIDANZA

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 197 a n. 208

Vaccinazioni raccomandate in gravidanza

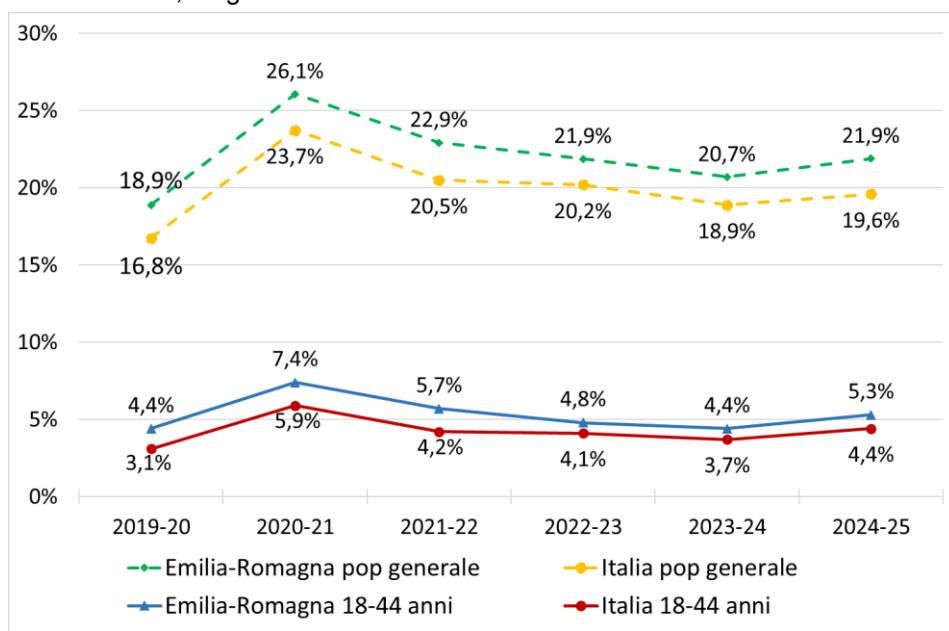
Nel corso della gravidanza sono raccomandate le vaccinazioni contro l'influenza e la pertosse. Le informazioni sulle vaccinazioni in gravidanza riportate in questa sezione sono il prodotto del *record-linkage* tra flusso CedAP e flusso Anagrafe vaccinale regionale (AVR). L'obiettivo è descrivere l'adesione delle donne che hanno partorito in Emilia-Romagna alle vaccinazioni raccomandate. Dal 2022 le informazioni sulla adesione alle profilassi vaccinali raccomandate in gravidanza sono parte integrante del *Rapporto sulla nascita regionale* (Perrone E et al, 2023).

La vaccinazione anti-influenzale

La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata alle donne che all'inizio della stagione epidemica sono in gravidanza, indipendentemente dall'epoca gestazionale (Regione Emilia-Romagna, circolare n.10 del 24.09.2019). Considerando le modifiche del virus influenzale, l'esecuzione della vaccinazione è raccomandata in ogni stagione epidemica. La campagna vaccinale, orientativamente, inizia a ottobre e termina a marzo dell'anno successivo.

I criteri di registrazione della vaccinazione anti-influenzale nel flusso dedicato non consentono di rilevare la copertura vaccinale in donne in gravidanza. I dati ministeriali relativi a tutta la popolazione e in quella di età 18-44 anni – senza distinzione per sesso – registrano una copertura vaccinale anti-influenzale molto bassa. Dopo un incremento registrato nel 2020, primo anno di pandemia da SARS CoV-2, l'adesione alla vaccinazione anti-influenzale si è progressivamente ridotta, ma mantenendo valori superiori a quelli registrati nel periodo pre-pandemico (figura 58) (Ministero della salute 2025c).

Figura 58. Frequenza di copertura alla vaccinazione anti-influenzale nella popolazione generale e nella fascia 18-44 anni, stagioni 2019/20 – 2024/25



Fonte: Ministero della salute, 2025c

Per descrivere l'adesione alla vaccinazione anti-influenzale in gravidanza, l'analisi regionale è stata condotta sui parti avvenuti nel 2024 e considerando le campagne vaccinali 2023/24 e 2024/25. È stato considerato come periodo di gravidanza quello intercorso tra la data del concepimento e la data di parto. La data di concepimento, non rilevata nei flussi, è stata calcolata come differenza dalla data di parto, considerando i giorni di gestazione (età gestazionale al parto moltiplicata per sette). La settimana gestazionale al momento della vaccinazione è stata calcolata dividendo per sette i giorni di differenza tra la data di esecuzione del vaccino e la data di concepimento.

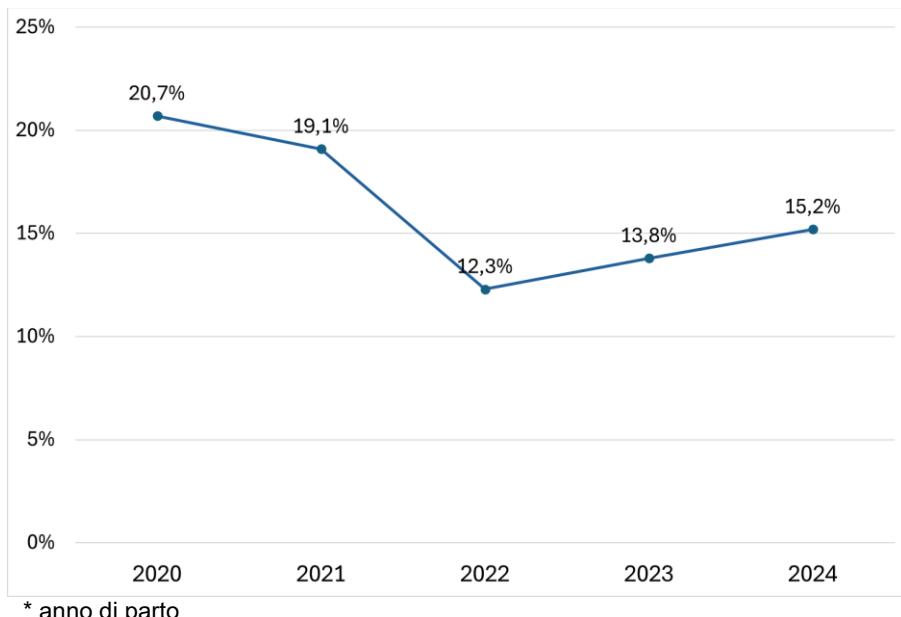
La donna è definita *vaccinata in gravidanza* se rientra in una delle seguenti condizioni:

- ha effettuato il vaccino durante la gravidanza (periodo che va dalla data di concepimento alla data di parto)
- risulta essersi vaccinata prima della data di concepimento che rientra nel periodo di campagna vaccinale.

Le donne che hanno aderito a più di una campagna vaccinale durante la gravidanza sono state conteggiate una sola volta.

Tra le donne che hanno partorito nel 2024 in Emilia-Romagna risultano essersi vaccinate 4.287 donne, di cui 4.037 in corso di gravidanza. La frequenza di vaccinazione è pari a 15,2%, superiore a quella dell'anno precedente, ma che non raggiunge i valori registrati durante la pandemia da SARS CoV-2 (figura 59). Oltre la metà delle donne (56,9%) si vaccina nel terzo trimestre, un ulteriore 32,6% nel secondo trimestre.

Figura 59. Frequenza di donne con vaccinazione anti-influenzale in gravidanza, E-R 2020-2024*



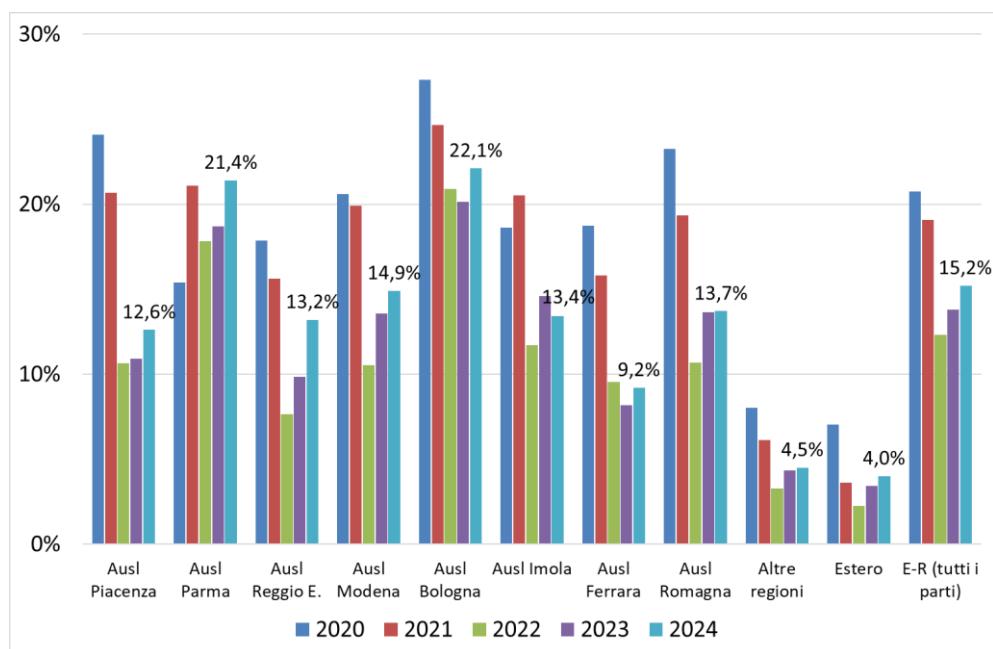
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'adesione alla vaccinazione anti-influenzale è maggiore in:

- primipare (16,4% vs 14,1% in multipare)
- donne con scolarità alta (21,5% vs 10,0% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (18,0% vs 8,9% in straniere)
- donne di età ≥ 35 anni (18,4% vs 13,5% di età < 35 anni).

Fra le donne assistite in gravidanza dal servizio pubblico, la quota di vaccinate contro l'influenza è pari a 14,5% rispetto a 16,8% tra le donne assistite dal servizio privato. Fra le donne che partoriscono in ambiente extra-ospedaliero l'adesione alla vaccinazione è pari a 13,6%, di poco inferiore al valore registrato in donne che partoriscono in ospedale (15,2%), e in netto miglioramento rispetto all'anno precedente (4,6%).

Si conferma, anche nel 2024, una ampia variabilità tra aziende sanitarie di residenza materna della quota di donne vaccinate in gravidanza (*range* da 9,2% in Ausl di Ferrara a 22,1% in Ausl di Bologna) (figura 60).

Figura 60. Frequenza di donne con vaccinazione anti-influenzale per residenza, E-R 2020-2024



Fattori socio-demografici e assistenziali associati alla vaccinazione anti-influenzale

Adesione alla vaccinazione anti-influenzale		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,08	1,01 – 1,16
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	0,54	0,50 – 0,59
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	0,55	0,51 – 0,60
<i>bassa</i>	0,53	0,48 – 0,59
Età		
<i><25 anni</i>	0,72	0,61 – 0,85
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,22	1,14 – 1,31
Servizio utilizzato in gravidanza		
<i>pubblico</i>	1 (rif.)	
<i>privato</i>	0,87	0,81 – 0,93

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI ed età gestazionale e servizio utilizzato

L'adesione alla vaccinazione anti-influenzale è associata, in misura statisticamente significativa, alle condizioni di nulliparità e all'età materna ≥ 35 anni.

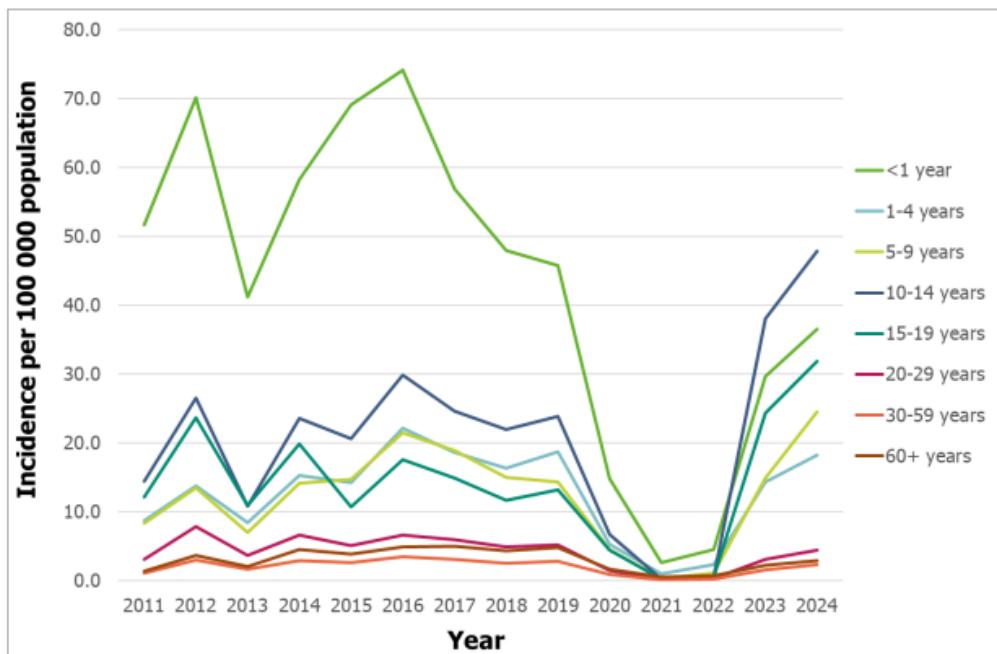
La cittadinanza straniera, la scolarità bassa e media, l'età inferiore a 25 anni sono condizioni associate a una minore probabilità di vaccinarsi.

Le donne assistite dal servizio privato, a parità di caratteristiche socio-demografiche, hanno una minore probabilità di vaccinarsi rispetto alle donne assistite dal servizio pubblico.

La vaccinazione anti-pertosse

Il sistema di sorveglianza dell'*European centre for disease prevention and control (ECDC)* rileva in 17 Paesi europei, compresa l'Italia, nell'arco temporale 2023 - fine marzo 2024 (ultimi dati disponibili), rispetto al periodo 2020-2022, un aumento dell'incidenza di casi di pertosse in bambini di età inferiore a 1 anno, con valori comunque inferiori a quelli pre-pandemici (figura 61). Questi dati di sorveglianza devono essere interpretati con cautela, a causa di differenze fra i Paesi nel tasso di notifica delle infezioni, nella disponibilità di metodi di laboratorio, nelle pratiche di test per l'accertamento dei casi e nei programmi di vaccinazione (ECDC, 2024).

Figura 61. Incidenza dei casi di pertosse segnalati all'ECDC ogni 100.000 abitanti per fascia di età, 2011-2024



Fonte: ECDC, 2024

In Emilia-Romagna, l'andamento dei casi di infezione da pertosse in bambini di età inferiore a 1 anno sembra seguire quello tracciato a livello europeo. Una analisi condotta dal *Settore Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica* di Regione Emilia-Romagna ha rilevato, tra gennaio 2020 e maggio 2024, 34 casi di infezione da pertosse nei lattanti, di cui 20 nei primi mesi del 2024. Nel 96,0% (n= 26 su 27) dei casi per i quali sono disponibili informazioni sullo stato vaccinale materno, la madre non ha eseguito la vaccinazione anti-pertosse in gravidanza.⁶

La vaccinazione in gravidanza contro la pertosse – in aggiunta ai programmi di profilassi rivolti a bambini e adolescenti – è raccomandata in 24 Paesi europei, per nove sono disponibili informazioni sulla copertura vaccinale che rilevano una adesione molto variabile (da 1,6% in Repubblica Ceca a 88,5% in Spagna, nel 2023) (ECDC, 2024).

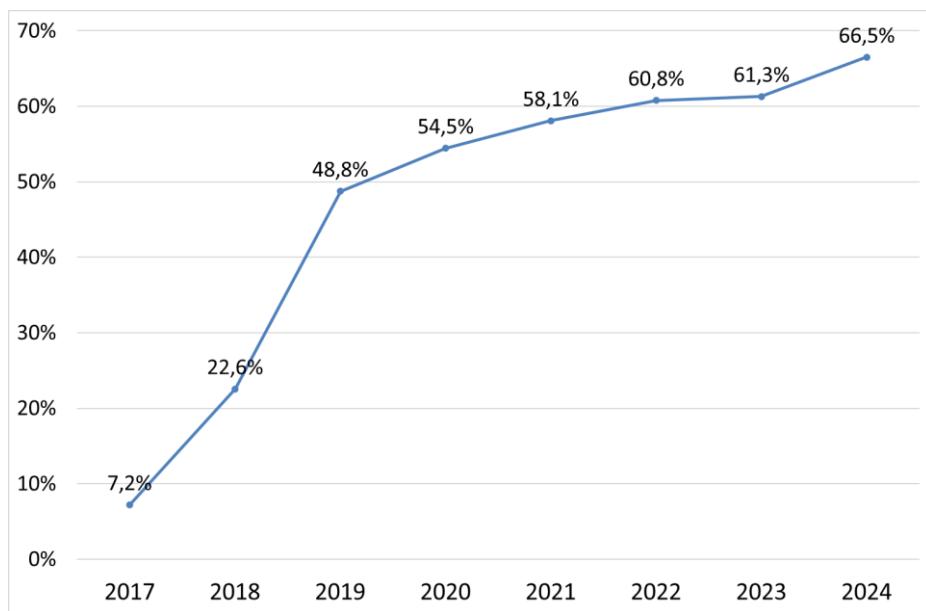
⁶ Montalti M, Frasca G, Magistà AM et. Analisi epidemiologica e valutazione dello stato vaccinale dei casi confermati di pertosse in Regione Emilia-Romagna, 2020-2024. Presentazione in 57° Congresso nazionale Siti, ottobre 2024.

In Italia dal 2017 la vaccinazione anti-pertosse è obbligatoria per tutti i nuovi nati ed è raccomandata per le donne in gravidanza nel terzo trimestre, preferibilmente tra 27^{+0} a 32^{+6} settimane di gestazione (Legge 119/2017; Ministero della salute, 2017).

La vaccinazione della donna con vaccino trivalente (difterite, tetano, pertosse – dTpa) deve essere offerta a ogni gravidanza per proteggere il neonato nei primi mesi di vita, fino allo sviluppo di una protezione attiva da vaccinazione. In età pediatrica la vaccinazione anti-pertosse prevede la somministrazione di tre dosi di vaccino esavalente (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, emofilo tipo B) entro 11 mesi di vita, una dose di vaccino quadrivalente (difterite, tetano, pertosse, poliomielite) a 6 anni e a 13-14 anni di vita (Regione Emilia-Romagna, 2025). Nel 2023 (ultimo dato disponibile) la copertura vaccinale a due anni di età è pari a 94,8% a livello nazionale e pari a 97,4% in Emilia-Romagna. La copertura si riduce a 16 anni di età – a termine del ciclo vaccinale obbligatorio – sia a livello nazionale (68,4%) sia in Regione (83,6%), non raggiungendo la soglia raccomandata $\geq 90\%$ (Ministero della salute, 2025d). Le informazioni sulla adesione alla vaccinazione anti-pertosse in gravidanza in Italia non sono disponibili.

A livello regionale, tra le donne che hanno partorito nel 2024 la quota di vaccinate in gravidanza è pari a 66,5%, in progressivo aumento dal 2017 (figura 62).

Figura 62. Frequenza di donne con vaccinazione anti-pertosse in gravidanza, E-R 2017-2024



Come per l'analisi sulla vaccinazione anti-influenzale, per valutare l'epoca gestazionale al momento della vaccinazione è stato calcolato il periodo intercorso tra la data di esecuzione del vaccino e la data di concepimento. In 85,4% dei casi la vaccinazione è stata effettuata nel periodo indicato come più appropriato (27⁺-32⁺6 settimane di gestazione), in 13,4% dei casi la vaccinazione è avvenuta a 33⁺-36⁺6 settimane di gestazione.

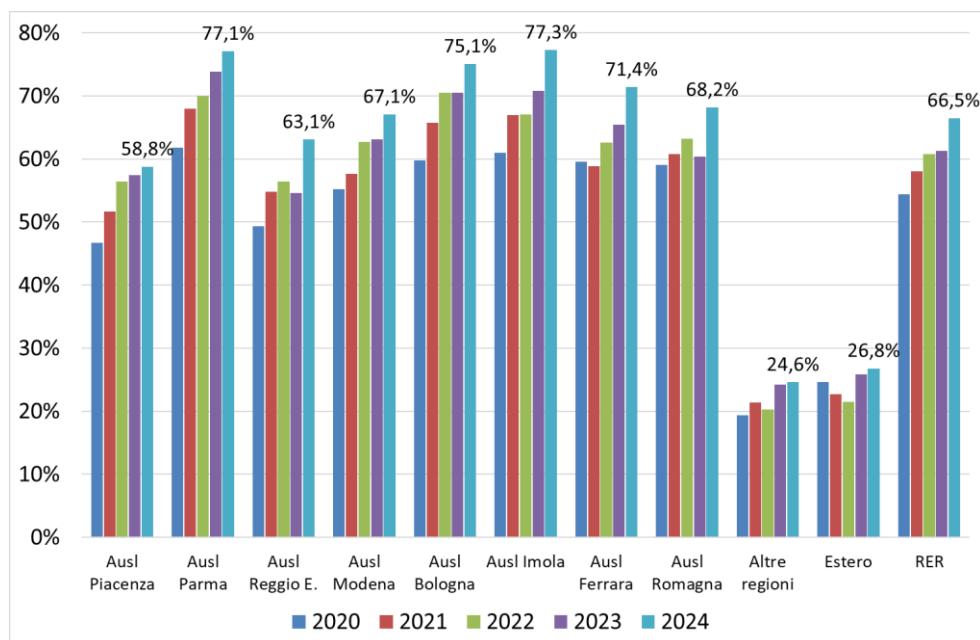
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'adesione alla vaccinazione anti-pertosse è maggiore in:

- primipare (72,5% vs 60,4% in multipare)
- donne con scolarità alta (75,6% vs 52,8% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (73,3% vs 51,2% in straniere)
- donne di età ≥ 35 anni (68,7% vs 65,3% di età < 35 anni).

Fra le donne assistite in gravidanza dal servizio pubblico, la quota di vaccinate contro la pertosse è pari a 65,6% rispetto a 68,7% tra le donne assistite dal servizio privato. Quasi una donna su due (45,8%) che partorisce in ambiente extra-ospedaliero si vaccina contro la pertosse; la frequenza è inferiore a quella registrata in donne che partoriscono in ospedale (66,6%), ma in aumento nel tempo (era attorno al 30% dal 2021).

L'analisi per azienda sanitaria di residenza materna rileva una variabilità intraregionale non trascurabile di donne vaccinate in gravidanza: da 58,8% in Ausl di Piacenza a valori attorno al 77% in Ausl di Parma e Ausl Imola (figura 63).

Figura 63. Frequenza di donne con vaccinazione anti-pertosse per residenza, E-R 2020-2024



Fattori socio-demografici e assistenziali associati alla vaccinazione anti-influenzale

Adesione alla vaccinazione anti-pertosse		
	OR agg*	IC 95%
Precedenti partì		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	1,53	1,45 – 1,62
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	0,45	0,43 – 0,48
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	0,68	0,64 – 0,73
<i>bassa</i>	0,52	0,48 – 0,56
Età		
<i><25 anni</i>	0,62	0,56 – 0,68
<i>25-34 anni</i>	1 (rif.)	
<i>≥35 anni</i>	1,00	0,95 – 1,07
Servizio utilizzato in gravidanza		
<i>pubblico</i>	1 (rif.)	
<i>privato</i>	0,72	0,68 – 0,76

*Odds ratio (OR) aggiustati per età, parità, cittadinanza, scolarità, BMI ed età gestazionale

L'adesione alla vaccinazione contro la pertosse è associata, in misura statisticamente significativa, alle condizioni di nulliparità.

La cittadinanza straniera, la scolarità bassa e media, l'età inferiore a 25 anni sono condizioni associate a una minore probabilità di vaccinarsi.

Le donne assistite dal servizio privato, a parità di caratteristiche socio-demografiche, hanno una minore probabilità di vaccinarsi rispetto alle donne assistite dal servizio pubblico.

In sintesi

- la vaccinazione anti-influenzale in gravidanza è effettuata da una quota molto bassa di donne, in riduzione dopo il periodo pandemico
- l'adesione alla vaccinazione anti-pertosse in gravidanza è in lieve aumento rispetto all'anno precedente, senza raggiungere valori ottimali di copertura
- la probabilità di aderire alle vaccinazioni raccomandate in gravidanza, a parità di caratteristiche socio-demografiche, è maggiore in donne assistite dal servizio pubblico rispetto a quelle assistite privatamente.

CAPITOLO 11

APPROFONDIMENTO

I servizi di accompagnamento e sostegno alla nascita e le scelte riproductive

Introduzione

Numerosi studi hanno evidenziato come le scelte di fecondità e le intenzioni riproductive siano fortemente influenzate da fattori socio-economici, culturali e istituzionali. L'età, il titolo di studio, la condizione occupazionale, la stabilità economica e il contesto di welfare rappresentano determinanti centrali dei comportamenti riproductive nei Paesi europei (Testa M et al, 2014; Spéder Z et al, 2024). In particolare, il livello d'istruzione e la partecipazione al mercato del lavoro femminile mostrano un ruolo complesso: l'aumento del capitale umano tende a posticipare la maternità, ma, nel lungo periodo, può associarsi a una maggiore probabilità di realizzare le intenzioni di fecondità (Testa M et al, 2014). Accanto ai fattori strutturali, la letteratura demografica e sociologica ha riconosciuto l'importanza del supporto familiare come risorsa che facilita la transizione alla genitorialità. La disponibilità di aiuto da parte dei nonni e la presenza di reti di sostegno informale aumentano la probabilità di progressione al secondo figlio (Mathews P et al, 2013; Zamberletti J et al, 2018). Tuttavia, il contesto sociale contemporaneo ha visto un progressivo indebolimento di queste reti: la mobilità geografica, l'invecchiamento della popolazione e la crescente partecipazione degli anziani al mercato del lavoro riducono la disponibilità di supporto domestico e intergenerazionale (Pasqualini M et al, 2021). In Europa, la trasformazione del ruolo sociale della donna, sempre meno legato a un ruolo esclusivamente materno, e la crescente complessità della conciliazione tra vita lavorativa e familiare si accompagnano a un indebolimento del "tessuto" sociale tradizionale di sostegno alla nascita. Il periodo postnatale è oggi meno supportato dalle reti familiari rispetto al passato e la mancanza di aiuto dopo il parto si associa a esiti peggiori di salute mentale materna e a un aumento del rischio di depressione postpartum (Cho H et al, 2022; Tsuno K et al, 2022; White LK et al, 2023). Questo mutamento del contesto relazionale e assistenziale rende necessario esplorare nuovi fattori che possano influenzare le scelte di fecondità, oltre ai classici determinanti socio-economici. L'accesso tempestivo e continuativo ai servizi assistenziali perinatali, la qualità dell'assistenza offerta, il coinvolgimento nei percorsi di educazione alla nascita e la soddisfazione dell'esperienza di parto possono incidere sulla percezione di autoefficacia genitoriale (WHO 2016, Athinaidou AM et al, 2024; Hooper E et al, 2025). La partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita è percepita dalle donne come un'esperienza utile a migliorare la gestione del parto e a rafforzare la fiducia nelle proprie capacità genitoriali, favorisce l'uso consapevole di tecniche non farmacologiche di controllo del dolore in travaglio e riduce la paura del parto e l'ansia (Serçekuş P et al, 2016; Lewis-Jones B et al, 2023). Tali effetti psicologici e relazionali possono avere ripercussioni a medio termine, influenzando la pianificazione di future gravidanze (Gagnon AJ et al, 2007). La maggior parte degli studi analizza l'associazione tra utilizzo dei servizi assistenziali perinatali ed esiti immediati del parto e del periodo postnatale; è ragionevole ipotizzare che le esperienze correlate all'utilizzo dei servizi assistenziali a sostegno della genitorialità possano avere anche un effetto più duraturo, modulando la percezione di competenza genitoriale e la disponibilità ad affrontare nuove gravidanze.

Questo approfondimento intende analizzare come la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita e l'utilizzo dei servizi assistenziali in gravidanza e in puerperio possano incidere sulla probabilità di avere un figlio entro tre anni dal precedente parto, consentendo di cogliere dimensioni relazionali ed esperienziali delle scelte riproductive, spesso trascurate dagli approcci puramente economici o strutturali allo studio delle traiettorie di fecondità.

Metodi

Lo studio analizza i dati di una coorte retrospettiva di donne che hanno partorito in Emilia-Romagna nel 2017 e che hanno avuto un ulteriore parto entro tre anni. Le donne sono state incluse nell'analisi solo se assistite continuativamente in Regione per tutto il triennio di osservazione.

Fonti informative e variabili

La base dati utilizzata per le analisi è costruita dall'integrazione di diversi flussi informativi regionali. Le informazioni socio-demografiche e clinico-assistenziali relative a gravidanza e parto provengono dal Certificato di assistenza al parto (CedAP); il flusso informativo dei consultori familiari (SICO) è stato utilizzato per ricostruire gli accessi ai servizi di sostegno all'allattamento e al puerperio; l'Anagrafe Assistiti Regionale ha consentito di verificare il criterio di inclusione legato alla continuità assistenziale nei tre anni successivi al parto indice. Sono inoltre state considerate informazioni relative al comune di residenza materna, all'azienda sanitaria locale (Asl) e all'ospedale in cui è avvenuto il parto, incluse variabili strutturali come il volume di attività dei consultori nella Asl di residenza, il grado di urbanizzazione del comune e la classificazione dell'ospedale (*Hub/Spoke*).

La variabile dipendente è binaria e indica se la donna ha avuto un nuovo parto entro tre anni dal parto indice del 2017.

Le variabili indipendenti comprendono:

- caratteristiche socio-demografiche: età, cittadinanza, titolo di studio, condizione occupazionale di entrambi i genitori, parità
- caratteristiche della gravidanza: ricorso alla procreazione medicalmente assistita (PMA), epoca gestazionale alla prima visita in gravidanza, indagini prenatali, decorso e durata della gravidanza
- caratteristiche del parto: modalità di parto (taglio cesareo elettivo e urgente, vaginale operativo e non operativo), presenza di una persona di fiducia in sala parto, complicanze neonatali (peso alla nascita <2.500 grammi o >4.000 grammi, malformazioni congenite e necessità di rianimazione in sala parto)
- utilizzo dei servizi territoriali: servizio utilizzato in gravidanza, partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita, accesso ai servizi di allattamento e/o puerperio.

Analisi statistica

Per tenere in considerazione eventuali differenze nella propensione all'accesso ai servizi in relazione alle caratteristiche individuali e contestuali è stato stimato un *propensity score* mediante regressione logistica. In questo modello la variabile dipendente codifica l'utilizzo dei servizi di assistenza in gravidanza e puerperio. Le variabili indipendenti si riferiscono alle caratteristiche socio-demografiche della donna e del partner, compresa l'Asl di residenza materna, alle caratteristiche dell'offerta dei servizi consultoriali della Asl di residenza della donna misurata come il volume medio di attività dei consultori (complessiva e riferita specificamente alla presa in carico delle gravide) nel triennio 2014–2016 nella Asl di residenza e al livello di urbanizzazione del comune di residenza.

Il punteggio stimato di propensione all'utilizzo dei servizi di assistenza in gravidanza e puerperio è stato successivamente inserito come covariata nei modelli principali, insieme alle stesse variabili socio-demografiche utilizzate per la stima della propensione, configurando un approccio di *propensity score double adjustment*, che consente di ridurre il *bias* di autoselezione e il confondimento residuo.

L'associazione tra le caratteristiche individuali e la probabilità di un altro parto entro tre anni è stimata mediante modelli di regressione logistica *multilevel*, con intercetta casuale sull'ospedale di parto, per tenere conto della correlazione intra-struttura e della variabilità non osservata tra ospedali e con intercetta casuale sull'Asl di residenza per intercettare la correlazione intra-aziendale che può riflettere differenze nelle modalità di erogazione dei servizi.

Sono stati stimati due modelli distinti:

1. un modello riferito all'intera coorte di madri
2. un modello limitato alle sole primipare.

Al fine di valutare eventuali effetti specifici associati alle modalità di gestione del travaglio, i modelli 1. e 2. sono stati successivamente stimati limitando l'analisi alle sole donne che hanno avuto un travaglio e includendo fra le variabili il controllo del dolore (farmacologico, non farmacologico, nessun controllo) e il tipo di travaglio (spontaneo o indotto). Tutti i modelli includono il *propensity score* e le covariate socio-demografiche, cliniche e relative all'utilizzo dei servizi assistenziali in gravidanza e puerperio. Le stime sono espresse come *odds ratio* (OR) con intervalli di confidenza al 95% (IC95%).

Tabella 1. Descrizione della popolazione

caratteristiche	coorte (n= 19.609); n (%)	donne con un figlio entro 3 anni (n= 3050); n (%)
Parto entro in tre anni successivi al parto indice	3.050 (15,5)	3.050 (100)
Cittadinanza materna		
<i>Africa settentrionale</i>	1.513 (7,7)	333 (22,0)
<i>Africa subsahariana</i>	861 (4,4)	207 (24,0)
<i>America centro meridionale</i>	354 (1,8)	48 (13,6)
<i>Asia occidentale centro-orientale</i>	870 (4,4)	197 (22,6)
<i>Asia orientale</i>	359 (1,8)	45 (12,5)
<i>UE altri paesi sviluppati</i>	317 (1,6)	38 (12,0)
<i>UE centro orientale</i>	2.752 (14,0)	376 (13,7)
<i>Italia</i>	12.573 (64,1)	1.804 (14,3)
Padre occupato	18.078 (92,2)	2.819 (15,6)
Madre occupata	12.498 (63,7)	1.810 (14,5)
Titolo di studio padre		
<i>alto</i>	4.108 (21,9)	731 (17,8)
<i>medio</i>	6.012 (46,1)	925 (15,4)
<i>basso</i>	8.661 (32,0)	1.323 (15,3)
Titolo di studio madre		
<i>alto</i>	6.464 (33,0)	1.096 (17,0)
<i>medio</i>	8.275 (42,2)	1.174 (14,2)
<i>basso</i>	4.870 (24,4)	780 (16,0)
Primipara	9.286 (47,4)	2.176 (71,3)
Multipare	10.323 (53,6)	874 (28,6)
PMA	18.828 (4,0)	2.949 (15,7)
Primo accesso entro 11 ^{±6} sett EG	18.177 (92,7)	2.811 (15,5)
Gravidanza fisiologica	16.400 (83,7)	2.659 (16,2)
Test combinato	9.621 (49,1)	1.506 (15,6)
Almeno una indagine prenatale invasiva	3.011 (15,4)	234 (7,8)
Durata gravidanza (settimane di EG)		
<i><32 settimane</i>	231 (1,2)	32 (13,8)
<i>32-33 settimane</i>	176 (0,9)	18 (10,2)
<i>34-36 settimane</i>	1.001 (5,1)	116 (11,6)
<i>≥37 settimane</i>	18.201 (92,8)	2.884 (15,8)
Presenza persona di fiducia in sala travaglio-parto	12.700 (64,8)	2.175 (17,1)
Cesareo elettivo	3.532 (18,0)	324 (9,2)
Cesareo urgente	1.562 (8,0)	265 (17,0)
Vaginale operativo	867 (4,4)	180 (20,8)
Vaginale non operativo	13.639 (69,5)	2.278 (16,7)
Neonato con problemi di salute	2.190 (11,2)	303 (13,8)
Corso accompagnamento nascita	5.983 (30,8)	1.275 (21,3)
Assistenza gravidanza in consultorio	9.213 (47,0)	1.326 (14,4)
Prestazioni in consultorio per puerperio/allattamento	5.618 (28,6)	981 (17,5)

UE= Unione europea; EG= età gestazionale; PMA= procreazione medicalmente assistita

Risultati

Descrizione della popolazione (Tabella 1)

La coorte retrospettiva analizzata comprende 19.609 donne che hanno partorito nel 2017 e che sono state seguite per i tre anni successivi; il 15,6% ha avuto un altro parto entro il triennio successivo al parto indice.

La maggior parte delle madri è cittadina italiana (64,1%), seguita da donne provenienti dall'Europa centro-orientale (14,0%), dall'Africa settentrionale (7,7%), e, in proporzioni minori, da altre aree geografiche. La quota di donne che ha avuto un nuovo parto entro tre anni varia sensibilmente in base alla provenienza: tra le donne dell'Africa subsahariana e dell'Asia occidentale o centro-orientale la percentuale di nuovi partì raggiunge circa il 22–24%, mentre tra le donne dell'Asia orientale e dei Paesi europei più sviluppati si osservano valori più bassi, intorno al 12%.

Il 92,2% dei padri e il 63,7% delle madri risultano occupati; tra le occupate la quota di donne che ha avuto un parto successivo è pari al 14,5%, un valore di poco inferiore alla media di tutta la popolazione in studio.

Non si osserva un effetto gradiente al crescere del titolo di studio: la quota di madri con un parto successivo è più bassa in donne con livello di istruzione medio (14,2%) rispetto a donne con scolarità alta e bassa (attorno al 16%, in entrambi i sottogruppi).

Circa la metà delle donne è primipara (47,4%) e tra queste la percentuale di madri che ha avuto un parto entro tre anni dal precedente è più elevata (71,3%) rispetto alle multipare. Le madri con gravidanza fisiologica rappresentano oltre l'80% del totale e il 16,2% ha avuto un nuovo parto entro tre anni, un valore leggermente superiore alla media di tutta la popolazione in studio.

Il 30,8% delle donne ha frequentato un corso di accompagnamento alla nascita, il 47,0% è stata assistita in gravidanza in consultorio e il 28,7% ha usufruito di servizi per allattamento o puerperio. La quota di donne con un nuovo parto è più elevata tra le donne che hanno partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita (21,3%) o che hanno avuto contatti con il consultorio nel periodo postnatale (17,5%) rispetto a chi non ha usufruito di tali servizi (attorno al 13%). Queste differenze suggeriscono un possibile ruolo facilitante dei servizi di assistenza in gravidanza e puerperio rispetto alla scelta di avere un altro figlio.

Nel complesso, la distribuzione delle caratteristiche evidenzia un'elevata eterogeneità del campione, con differenze marcate per origine, titolo di studio e utilizzo dei servizi e adesione all'offerta assistenziale in gravidanza e puerperio.

Determinanti di un altro parto entro tre anni dal precedente (Tabelle 2a e 2b)

I risultati dei modelli *multilevel* mostrano che per ogni anno in più di età materna, la probabilità di un nuovo parto diminuisce di circa il 6% (OR 0,94; IC95% 0,93–0,96).

Le differenze per cittadinanza sono marcate: rispetto alle donne italiane, quelle dell'Africa subsahariana presentano una probabilità significativamente maggiore di avere un altro figlio (OR 1,57; IC95% 1,25–1,96), mentre le donne dell'Asia orientale e dell'Europa centro-orientale mostrano una minore propensione (OR 0,43 e 0,59 rispettivamente). Il livello di istruzione paterna risulta fortemente associato alla fecondità successiva: rispetto ai padri con basso titolo di studio, quelli con istruzione alta hanno una probabilità quasi doppia (OR 1,78; IC95% 1,55–2,04) che la partner abbia un altro figlio. Lo stesso fenomeno non si rileva in caso di madre con alto titolo di studio; in caso di livello di istruzione medio la probabilità di avere un altro figlio diminuisce significativamente del 13% rispetto alle donne con istruzione bassa.

La gravidanza fisiologica (OR 1,18; IC95% 1,04–1,34) e la presenza del partner o di altra persona di fiducia in sala parto (OR 1,15; IC95% 1,04–1,30) si associano positivamente alla probabilità di un nuovo parto, mentre il taglio cesareo elettivo riduce significativamente le probabilità (OR 0,74; IC95% 0,63–0,87).

Dopo l'aggiustamento per il *propensity score* e per le covariate individuali, la partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita risulta associata a una maggiore probabilità di un nuovo figlio entro tre anni (OR 1,20; IC95% 1,08–1,35), così come l'accesso ai servizi consultoriali per allattamento o puerperio (OR 1,12; IC95% 1,02–1,23).

Nelle analisi condotte nella sottopolazione di primipare, la direzione delle associazioni rimane sostanzialmente invariata, pur con differenze di intensità. In particolare, l'associazione con la partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita e l'utilizzo dei servizi postnatali si mantiene positiva, ma in misura più contenuta (OR 1,12 per entrambe le associazioni).

I risultati delle analisi condotte in donne con travaglio di parto confermano la robustezza delle stime di associazione per la partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita (OR 1,22; IC95% 1,08–1,35) e l'utilizzo dei servizi per puerperio e allattamento (OR 1,15; IC95% 1,02–1,23).

In questa sottopolazione, il controllo del dolore non farmacologico mostra un effetto positivo (OR 1,29; IC95% 1,03–1,62) sulla probabilità di avere un successivo parto.

Tabella 2a. OR stimati riferiti alla probabilità di avere un figlio nei tre anni successivi al parto indice; tutta la coorte e solo primipare.

	Coorte (n= 19.609)		primipare (n= 9.286)	
	OR (IC95%)	p-value	OR (IC95%)	p-value
Caratteristiche socio-demografiche di madre e padre				
Età madre	0.94 (0.93-0.96)	<.0001	0.95 (0.94 – 0.96)	<.0001
Età padre	0.99 (0.98-1.00)	0.00	0.98 (0.97 – 1.00)	0.01
Africa settentrionale vs Italia	0.78 (0.63-0.96)	0.02	2.58 (0.88 – 7.60)	0.08
Africa subsahariana vs Italia	1.57 (1.25-1.96)	<.0001	2.14 (1.05 – 4.35)	0.04
America centro meridionale vs Italia	0.81 (0.57-1.15)	0.24	0.88 (0.48 – 1.60)	0.67
Asia occidentale centro orientale vs Italia	0.81 (0.65-1.02)	0.07	1.77 (0.69 – 4.49)	0.23
Asia orientale vs Italia	0.43 (0.31-0.62)	<.0001	0.79 (0.32 – 1.92)	0.60
EU altri paesi sviluppati vs Italia	1.18 (0.82-1.69)	0.38	1.19 (0.74 – 1.92)	0.47
EU centro orientale vs Italia	0.59 (0.50-0.68)	<.0001	0.80 (0.49 – 1.29)	0.36
Padre occupato vs non occupato	0.98 (0.80-1.19)	0.81	1.20 (0.85 – 1.69)	0.29
Madre occupata vs non occupata	1.04 (0.93-1.16)	0.49	1.28 (1.10 – 1.48)	0.00
Titolo di studio padre alto vs basso	1.78 (1.55-2.04)	<.0001	1.49 (1.05 – 2.11)	0.02
Titolo di studio padre medio vs basso	1.18 (1.06-1.31)	0.00	1.19 (1.01 – 1.41)	0.04
Titolo di studio madre alto vs basso	1.03 (0.89-1.18)	0.71	1.23 (0.97 – 1.56)	0.09
Titolo di studio madre medio vs basso	0.87 (0.77-0.98)	0.03	0.90 (0.77 – 1.06)	0.21
Primipara	1.55 (1.11-2.15)	<.0001	-	
Caratteristiche della gravidanza				
PMA	1.03 (0.81-1.31)	0.82	1.07 (0.83 – 1.39)	0.60
Primo accesso entro 11 ⁺ 6 sett EG	1.15 (0.97-1.36)	0.11	1.14 (0.91 – 1.45)	0.26
Gravidanza fisiologica	1.18 (1.04-1.34)	0.01	1.17 (1.00 – 1.38)	0.05
Test combinato	0.85 (0.78-0.94)	0.01	0.96 (0.89 – 1.27)	0.31
Almeno una indagine prenatale invasiva	0.72 (0.63-0.89)	<.0001	0.75 (0.71 – 0.87)	0.01
Durata gravidanza (vs ≥37 settimane)				
<32 settimane	1.04 (0.65-1.67)	0.86	0.81 (0.45 – 1.48)	0.49
32-33 settimane	0.66 (0.34-1.26)	0.21	0.77 (0.37 – 1.61)	0.49
34-36 settimane	0.85 (0.68-1.07)	0.17	0.82 (0.62 – 1.09)	0.17
Caratteristiche del parto				
Presenza persona di fiducia in sala parto	1.15 (1.04-1.30)	0.03	1.19 (1.02 – 1.40)	0.03
Cesareo elettivo vs vaginale non operativo	0.74 (0.63-0.87)	0.00	0.68 (0.55 – 0.85)	0.00
Cesareo urgente vs vaginale non operativo	0.94 (0.79-1.12)	0.49	0.92 (0.75 – 1.12)	0.39
Vaginale operativo vs vaginale non operativo	0.97 (0.81-1.16)	0.73	0.90 (0.74 – 1.09)	0.29
Neonato con problemi di salute	0.97 (0.83-1.14)	0.72	0.95 (0.79 – 1.15)	0.62
Parto in ospedale Hub	0.98 (0.85-1.12)	0.77	0.93 (0.81 – 1.06)	0.28
Accesso ai servizi				
Propensity score di accesso ai servizi	1.23 (1.08-1.33)	<.0001	3.14 (0.00 – 1.48)	0.82
Corso di accompagnamento alla nascita	1.20 (1.08-1.35)	0.00	1.12 (1.09 – 1.27)	0.08
Assistenza gravidanza in consultorio	1.05 (0.94-1.17)	0.39	1.11 (0.97 – 1.26)	0.12
Prestazioni in consultorio per puerperio/allattamento	1.12 (1.02-1.23)	0.01	1.12 (1.00 – 1.25)	0.05

Tabella 2b. OR stimati riferiti alla probabilità di avere un figlio nei tre anni successivi al parto indice stimato per le sole donne con travaglio. Tutto il campione delle donne con travaglio e solo primipare con travaglio.

	Tutto il campione (n= 16.077)		primipare (n= 7.994)	
	OR (IC95%)	p-value	OR (IC95%)	p-value
Caratteristiche socio-demografiche di madre e padre				
Età madre	0.95 (0.94-0.96)	<.0001	0.95 (0.94-0.97)	<.0001
Età padre	0.99 (0.98-1.00)	0.01	0.98 (0.97-1.00)	0.01
Africa settentrionale vs Italia	0.74 (0.59-0.93)	0.01	2.84 (0.90-8.95)	0.07
Africa subsahariana vs Italia	1.49 (1.17-1.90)	0.00	2.34 (1.10-4.97)	0.03
America centro meridionale vs Italia	0.82 (0.57-1.19)	0.30	1.00 (0.54-1.87)	0.99
Asia occidentale centro orientale vs Italia	0.73 (0.57-0.93)	0.01	1.93 (0.71-5.21)	0.20
Asia orientale vs Italia	0.44 (0.30-0.63)	<.0001	0.90 (0.35-2.30)	0.82
EU altri paesi sviluppati vs Italia	1.23 (0.84-1.80)	0.292	1.23 (0.75-2.02)	0.42
EU cento orientale vs Italia	0.57 (0.49-0.67)	<.0001	0.86 (0.52-1.43)	0.55
Padre occupato vs non occupato	1.07 (0.86-1.32)	0.55	1.31 (0.91-1.88)	0.14
Madre occupata vs non occupata	1.03 (0.92-1.16)	0.62	1.29 (1.11-1.51)	0.00
Titolo di studio padre alto vs basso	1.78 (1.54-2.06)	<.0001	1.43 (0.99-2.07)	0.06
Titolo di studio padre medio vs basso	1.19 (1.06-1.33)	0.00	1.21 (1.01-1.43)	0.03
Titolo di studio madre alto vs basso	1.02 (0.88-1.18)	0.81	1.21 (0.94-1.56)	0.15
Titolo di studio madre medio vs basso	0.85 (0.75-0.97)	0.01	0.85 (0.72-1.01)	0.06
Primipara	1.72 (1.31-1.85)	<.0001	-	
Caratteristiche della gravidanza				
PMA	1.06 (0.81-1.38)	0.69	1.10 (0.82-1.47)	0.52
Primo accesso entro 11 ⁶ sett EG	1.12 (0.93-1.33)	0.23	1.12 (0.88-1.43)	0.35
Gravidanza fisiologica	1.14 (0.99-1.32)	0.06	1.17 (0.98-1.40)	0.07
Test combinato	0.85 (0.77-0.94)	0.01	0.96 (0.85-1.07)	0.48
Almeno una indagine prenatale invasiva	0.64 (0.52-0.76)	<.0001	0.77 (0.64-0.94)	0.01
Durata gravidanza (vs ≥37 settimane)				
<32 settimane	0.72 (0.30-1.73)	0.46	0.91 (0.33-2.53)	0.86
32-33 settimane	0.94 (0.72-1.22)	0.66	0.86 (0.62-1.19)	0.37
34-36 settimane	1.02 (0.55-1.90)	0.94	0.95 (0.46-1.94)	0.88
Caratteristiche del parto				
Presenza persona di fiducia in sala parto	1.14 (1.01-1.28)	0.03	1.25 (1.08-1.44)	0.00
Controllo del dolore farmacologico vs nessun controllo	1.20 (0.94-1.53)	0.15	1.20 (0.89-1.64)	0.24
Controllo del dolore non farmacologico vs nessun controllo	1.29 (1.03-1.62)	0.03	1.32 (1.00-1.78)	0.05
Travaglio indotto	1.03 (0.93-1.14)	0.61	1.00 (0.89-1.13)	0.95
Vaginale operativo	0.98 (0.81-1.18)	0.82	0.92 (0.75-1.12)	0.39
Neonato con problemi di salute	1.05 (0.88-1.24)	0.60	1.03 (0.84-1.26)	0.80
Parto in ospedale Hub	1.00 (0.87-1.14)	0.97	0.97 (0.84-1.13)	0.73

continua

Tabella 2b. OR stimati riferiti alla probabilità di avere un figlio nei tre anni successivi al parto indice stimato per le sole donne con travaglio. Tutto il campione delle donne con travaglio e solo primipare con travaglio.

	tutto il campione (n= 16.077)	primipare (n= 7.994)		
	OR (IC95%)	p-value	OR (IC95%)	p-value
Accesso servizi				
Propensity score di accesso ai servizi	1.35 (1.17-1.57)	<.0001	0.96 (0.00-1.22)	0.99
Corso di accompagnamento alla nascita	1.22 (1.09-1.36)	0.01	1.12 (1.08-1.28)	0.04
Assistenza gravidanza in consultorio	1.04 (0.94-1.16)	0.54	1.12 (0.98-1.29)	0.10
Prestazioni in consultorio per puerperio/ allattamento	1.15 (1.05-1.23)	0.01	1.14 (1.01-1.28)	0.03

Discussione

I risultati ottenuti mostrano che la partecipazione a un corso di accompagnamento alla nascita e l'accesso ai servizi consultoriali per l'allattamento e in puerperio sono associati a una probabilità maggiore di avere un altro figlio entro tre anni, anche dopo aggiustamento per caratteristiche socio-demografiche e cliniche. Questa evidenza suggerisce che l'esperienza perinatale, e in particolare l'interazione attiva con il sistema di assistenza in gravidanza e nel postpartum, può influenzare gli orientamenti riproduttivi successivi. Anche la presenza di una persona di fiducia durante il travaglio di parto e il ricorso a metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore in travaglio mostrano un effetto positivo, suggerendo che il supporto emotivo e psicologico assume un ruolo importante nella definizione di un vissuto positivo.

I risultati sono coerenti con l'ipotesi che le esperienze positive nell'ambito del parto e del puerperio rafforzino la percezione di autoefficacia genitoriale e riducano le barriere psicologiche o esperienziali all'avvio di una nuova gravidanza. Studi sui corsi di accompagnamento alla nascita documentano che tali percorsi riducono l'ansia, aumentano la competenza percepita e migliorano la partecipazione informata (Alizadeh-Dibazari Z et al, 2023), favorendo una migliore relazione con il parto e potenzialmente incrementando la propensione riproduttiva. Le conoscenze disponibili rilevano che la presenza durante il travaglio di una persona scelta dalla donna è associata a migliori esiti di salute materna e neonatale e a una minore probabilità di vivere un'esperienza negativa del parto (Bohren MA et al, 2017; Downe S et al, 2018; Vedeler C et al, 2022). L'esperienza di parto, inclusa la gestione del dolore, il grado di autonomia e continuità assistenziale, possono influenzare le decisioni sul numero e sul *timing* dei figli successivi (Coxon K et al, 2015).

In termini comparativi, la magnitudine degli *odds ratio* osservati nel presente studio è modesta, ma significativa e coerente con una visione in cui l'effetto dell'esperienza perinatale si aggiunge ai determinanti strutturali di lungo periodo. Molti studi demografici prescindono da questi aspetti esperienziali e si focalizzano su fattori socio-economici e contestuali (istruzione, professione, reddito). Il valore aggiunto del nostro approccio è proprio l'integrazione di variabili relative all'esperienza dell'utilizzo dei servizi assistenziali nel modello predittivo della fecondità successiva.

Tuttavia, nell'interpretazione dei risultati è necessario considerare alcuni punti critici. Le intenzioni riproduttive hanno una componente emotiva e contingente che non sempre si traduce in comportamento (Vignoli et al., 2014). Sebbene il nostro studio consideri determinanti clinici e socio-demografici che possono influenzare la scelta di avere un altro figlio, è plausibile che residui motivazionali e circostanze di vita (lavoro, coppia, salute) - non esaustivamente rilevate nei flussi amministrativi - medino la relazione tra esperienza perinatale e realizzazione delle intenzioni. Inoltre, l'uso di un *propensity score* e l'inserimento delle stesse variabili nel modello principale rappresentano una strategia robusta, ma non eliminano completamente la possibilità di confondimento residuo non osservato (per esempio, variabili psicologiche personali, reti sociali non misurate). Un'altra questione critica riguarda la direzione di causalità e il rischio di endogeneità simultanea: è possibile che le donne con maggiore predisposizione a prendersi cura di sé, con una maggiore attitudine alla partecipazione attiva al processo decisionale dell'assistenza partecipino più volentieri ai corsi, utilizzino maggiormente i servizi a sostegno della genitorialità e siano anche più predisposte a un'altra gravidanza. Pur avendo controllato per molte variabili, non si può escludere che parte dell'effetto osservato rifletta un'autoselezione residua. Un filone specifico della letteratura ha, infatti, indagato la relazione tra intenzionalità della gravidanza e uso dei servizi prenatali. Una meta-analisi di Dibaba Y et al. (2013) rileva che le gravidanze non pianificate si associano a un rischio significativamente maggiore di ritardato inizio o utilizzo inadeguato dell'assistenza prenatale (OR 1,42 e 1,64 rispettivamente). Tale relazione suggerisce che le intenzioni riproduttive agiscono come determinante comportamentale rilevante nel percorso di cura materna. Infine, le analisi condotte in donne con travaglio di parto mostrano che l'utilizzo di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore sembra contribuire a un vissuto più consapevole e positivo dell'esperienza del parto. Ciò rafforza l'ipotesi che il coinvolgimento e la qualità del percorso assistenziale giochino un ruolo autonomo. Una revisione sistematica ha rilevato che tecniche di controllo del dolore come la respirazione, il rilassamento, il massaggio o l'idroterapia favoriscono una maggiore partecipazione attiva e consapevole della donna e un senso di controllo sul processo di nascita, migliorando la soddisfazione complessiva e il ricordo dell'evento (Chang CY et al, 2022).

I risultati di questa analisi tengono conto solo parzialmente dell'effetto delle indicazioni regionali sulla presa in carico da parte dei servizi territoriali di mamma e bambino dopo la dimissione dal punto nascita per il sostegno all'allattamento e la gestione delle fragilità familiari (DGR 2050/2019). I risultati suggeriscono che le politiche sanitarie intraprese a sostegno della genitorialità possono avere un effetto favorevole sulla continuità riproduttiva.

In futuro, sarà necessario potenziare i corsi di accompagnamento alla nascita e rafforzare i servizi consultoriali postnatali garantendo un accesso equo alle madri e ai loro figli. Inoltre, sarebbe interessante esplorare con approcci qualitativi come le percezioni soggettive del parto, della cura ricevuta e delle relazioni di supporto influenzino le scelte riproduttive. Studi longitudinali con raccolta di dati psicometrici (soddisfazione, ansia, coesione familiare) potrebbero aiutare a confermare la direzionalità causale suggerita da questo studio.

BIBLIOGRAFIA

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists (2023). Updated clinical guidance for the use of progesterone supplementation for the prevention of recurrent preterm birth - update to Practice Bulletin No. 234.

Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (2024). Report Programma nazionale esiti. Dati 2023. Edizione 2024. Testo integrale: <https://www.agenas.gov.it>

AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (2025). National Core Maternity Indicators. Web report. Last updated: 24 Oct 2025. Testo integrale: <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/national-core-maternity-indicators/contents/labour-and-birth-indicators/episiotomy>

Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M (2023). The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):541

Amyx M, Philibert M, Farr A, et al (2024). Trends in caesarean section rates in Europe from 2015 to 2019 using Robson's Ten Group Classification System: A Euro-Peristat study. *BJOG*;131(4):444-54

Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, et al (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*;5:CD000331.

Athinaidou AM, Vounatsou E, Pappa I, et al (2024). Influence of antenatal education on birth outcomes: a systematic review focusing on primiparous women. *Cureus*;16(7):e64508

Balk EM, Konnyu KJ, Cao W, et al (2022). Schedule of Visits and Televisits for Routine Antenatal Care: A Systematic Review. Comparative Effectiveness Review, No. 257. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)

Berghella V, Saccone G (2019). Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev*;9(9):CD007235

Bertino E, Spada E, Occhi L et al (2010). Neonatal Anthropometric Charts: The Italian neonatal study compared with other European studies. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*;51:353-61

Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, et al (2011). 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*;343:d7400

Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI et al; Euro-Peristat Scientific Committee (2016). Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*;95(7):746-54

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*;7(7):CD003766.

Çankaya, S., Şimşek, Ş. (2021). The effect of antenatal education on fear of childbirth and anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(2), 177–88

Chang CY, Gau ML, Huang CJ, et al (2022). Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*;17(1):e0261493

Chih HJ, Elias FTS, Gaudet L, et al (2021). Assisted reproductive technology and hypertensive disorders of pregnancy: systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*;21(1):449

Cho H, Lee K, Choi E, et al (2022). Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*;12(1):3128. Erratum in: *Sci Rep*. 2022 Mar 4;12(1):3899

Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita (2020). Induzione in travaglio di parto. Revisione rapida e raccomandazioni. Bologna: Regione Emilia-Romagna. Testo integrale: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1440>

Conde-Agudelo A, Romero R (2022). Vaginal progesterone does not prevent recurrent preterm birth in women with a singleton gestation, a history of spontaneous preterm birth, and a midtrimester cervical length >25 mm. *Am J Obstet Gynecol*;227:923-6

Coxon K, Sandall J, Fulop NJ (2015). How do pregnancy and birth experiences influence planned place of birth in future pregnancies? Findings from a longitudinal, narrative study. *Birth*;42(2):141-8

Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ (2013). The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*;10:50

Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, et al (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*;13(4):e0194906

Dowswell T, Carroli G, Duley L, et al (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*;2015(7):CD000934

DGR - Delibera giunta regionale 1267/2002. Piano sanitario regionale 1999/2001 – Approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello "Hub and Spoke". Testo integrale: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/riabilitazione/documentazione>

DGR - Delibera giunta regionale 1097/2011. Indicazioni alle Aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica. Regione Emilia-Romagna. Testo integrale: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/949>

DGR - Delibera giunta regionale 916/2018. Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle relative tariffe in materia di procreazione medicalmente assistita. Testo integrale: <https://bur.regione.emilia-romagna.it>

DGR - Delibera giunta regionale 1894/2019. Disposizioni in ordine all'esecuzione del NIPT test nella Regione Emilia-Romagna. Testo integrale: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/949>

DGR- Delibera giunta regionale 2050/2019. Percorso nascita: Indicazioni alle Aziende Sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino. Testo integrale: <https://consultorfamiliari.saperidoc.it/percorso-nascita/>

DGR - Delibera giunta regionale 988/2024. Introduzione del test di screening prenatale "NIPT" (Non Invasive Prenatal Test) nel percorso assistenziale dedicato (Percorso nascita), con decorrenza 1° luglio 2024. Testo integrale: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/consultori/percorso-nascita/nipt>

Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, et al (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*;48(7):455-60

ECDC - European centre for disease prevention and control (2024). Increase of pertussis cases in the EU/EEA. Rapid risk assessment 8 may 2024. Testo integrale: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-pertussis-cases-eueea>

EUnetHTA - European network for health technology assessment (2018). Screening for fetal trisomie 21, 18 and 13 by noninvasive prenatal testing. Testo integrale: <https://www.eunethta.eu/wp4-otca03-screening-fetal-trisomies-21-18-13-non-invasive-prenatal-testing-now-available>

Euro-Peristat Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT (2008). European Perinatal Health Report. Testo integrale: <https://www.europeristat.com>

Euro-Peristat Project (2022). European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Testo integrale: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>

Eurostat. European Commission (2025). Fertility statistics. Febbraio 2025. Testo integrale: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics

Facchinetti F, Gargano G, Monari F et al (2020). La sorveglianza della Mortalità Perinatale. Report quinquennale del progetto di sorveglianza. Bologna: Regione Emilia-Romagna

Fieni S, di Pasquo E, Formisano D, et al (2022). Epidural analgesia and the risk of operative delivery among women at term: A propensity score matched study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;276:174-8

Firouzbakht M, Nikpour M, Khefri S, et al (2015). The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern Iran: Clinical Trial Study. *Ann Med Health Sci Res*;5(5):348-52

Gagnon AJ, Sandall J (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*;2007(3):CD002869

Globerman D, Ramirez AC, Larouche M, et al (2024). Guideline No. 457: Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS) Part I: prevention, recognition, and immediate management. *J Obstet Gynaecol Can*;46(12):102719

Ghidini A, Vanasche K, Cacace A, et al (2023). Side effects from epidural analgesia in laboring women and risk of cesarean delivery. *AJOG Glob Rep*;4(1):100297

Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, et al (2018). Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. *BMC Med*;16(1):153

Hatem M, Sandall J, Devane D, et al (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*;4:CD004667

Hooper E, Mechkaroff O, Upitis A, et al (2025). The effectiveness of antenatal education on improving labour and birth outcomes - A systematic review and meta-analysis. *Women Birth*;38(1):101843

IOM – Institute of medicine (2009) Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington(US): National Academy Press

ISS - Istituto superiore di sanità (2022a). Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (a cura di). Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1. Testo integrale: <https://www.epicentro.iss.it/consultori/indagine-2018-2019>

ISS - Istituto superiore di sanità (2022b). Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Approfondimenti a livello regionale. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (a cura di). Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 2. Testo integrale: <https://www.epicentro.iss.it/consultori/indagine-2018-2019>

ISS-SNLG - Istituto superiore di sanità - Sistema Nazionale Linee guida (2011). La gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. Testo integrale: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf

ISS-SNLG - Istituto superiore di sanità - Sistema Nazionale Linee guida (2023). La gravidanza fisiologica. Prima parte. Testo integrale: https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/LG-Gravidanza-Fisiologica-Parte1_protetto.pdf

ISS-SNLG - Istituto superiore di sanità - Sistema Nazionale Linee guida (2025). La gravidanza fisiologica. Seconda parte. Testo integrale: https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/SNLG%201_2025%20Gravidanza-fisiologica%20Parte-2.pdf

ISTAT- Istituto nazionale di statistica (2025). Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2024. 21 ottobre 2025; Roma. Testo integrale: <https://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2024/>

Jiang H, Qian X, Carroli G, et al (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*;2(2):CD000081

Klumper J, Ravelli ACJ, Roos C, et al (2024). Trends in preterm birth in the Netherlands in 2011-2019: A population-based study among singletons and multiples. *Acta Obstet Gynecol Scand*;103(3):449-58

Laine K, Yli BM, Cole V, et al (2022). European guidelines on perinatal care- Peripartum care Episiotomy. *J Matern Fetal Neonatal Med*;35(25):8797-802

Legge 31 luglio 2017, n. 119. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Testo integrale: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/detttaglioAtto?id=60201>

Lewis-Jones B, Nielsen TC, Svensson J, et al (2023). Cross-sectional survey of antenatal education attendance among nulliparous pregnant women in Sydney, Australia. *Women Birth*;36(2):e276-e282.

Lucovnik M, Blajic I, Verdenik I, et al (2018). Impact of epidural analgesia on cesarean and operative vaginal delivery rates classified by the Ten Groups Classification System. *Int J Obstet Anesth*;34:37-41

Mathews P, Sear R (2013). Family and fertility: kin influence on the progression to a second birth in the British Household Panel Study. *PLoS One*;8(3):e56941

MSF- Medecins sans frontieres (2025) Medical guidelines. Essential obstetric and newborn care. 5.8 Episiotomy. 2025. Testo integrale: <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/5-8-episiotomy-51417050.html>

Ministero della Salute (2017). Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale - PNPV 2017-2019. Testo integrale: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

Ministero della salute (2025a). Certificato di Assistenza al Parto. Analisi dell'evento nascita – Anno 2023. Roma: Ministero della salute. Direzione generale del sistema informativo. Testo integrale: <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita-anno-2023/>

Ministero della salute (2025b). DECRETO 5 maggio 2025. Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite.

Ministero della salute (2025c). Vaccinazione antinfluenzale - Coperture vaccinali medie. Aggiornato al 29.09.2025. Testo integrale: <https://www.salute.gov.it/new/it/banche-dati/vaccinazione-antinfluenzale-coperture-vaccinali-medie/>

Ministero della salute (2025d). Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescenza - Coperture vaccinali. Anno 2023. Coperture per singolo antigene. Testo integrale: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=38

Monari F, Benuzzi M, Cuoghi Costantini R et al (2025). Audit cycle improves the quality of assistance in the management of stillbirth: A 10 years' experience. *Pregnancy*. 2025;1:e70141

Morales, A. M., & Ruiz-Jiménez, A. M. (2025). Decoding short-term fertility intentions: exploring the nexus of gender equality and societal factors in a comparative EU gender regimes analysis. *Frontiers in Sociology*, 10, 1651929

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (2023). Intrapartum care. NICE clinical guideline 235. London: National Institute for Health and Care Excellence.

Testo integrale: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

OMS - Organizzazione mondiale della sanità (2015). WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization. Testo integrale: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

OMS - Organizzazione mondiale della sanità (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization. Testo integrale: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

OMS - Organizzazione mondiale della sanità (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Testo integrale: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Pasqualini M, Di Gessa G, Tomassini C (2021). A change is (not) gonna come: a 20-year overview of Italian grandparent–grandchild exchanges. *Genus*. 77;33

Perrone E, Formisano D, Gargano G et al (2022). La nascita in Emilia-Romagna. 19° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2021. Bologna: Regione Emilia-Romagna. Testo integrale: <https://salute.region.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni>

Perrone E, Formisano D, Gargano G et al (2023). La nascita in Emilia-Romagna. 20° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2022. Bologna: Regione Emilia-Romagna. Testo integrale: <https://salute.region.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni>

Perrone E, Dallolio L, Sabetta T (2023). Salute materno-infantile: Parti con taglio cesareo. In: Rapporto Osservasalute 2022. Roma Testo integrale: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022>

Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, et al (2019). Advanced maternal age: adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta Med Port*;32(3):219-26

Regione Emilia-Romagna (2025). Salute bambini. Vaccinazioni. Pagina web ultimo accesso ottobre 2025. Testo integrale: <https://www.informafamiglie.it/argomenti/salute-bambini/vaccinazioni>

Regione Emilia-Romagna. Ufficio di statistica, Direzione generale risorse, Europa, innovazione e istituzioni (2025). Popolazione residente in Emilia-Romagna. Dati al primo gennaio 2025

Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, et al (2022). Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. *BJOG*. 2022;130(3):276–84

Rusconi F, Pacifici M, Nannavecchia AM, et al (2025). Trends in preterm births in Italy and maternal risk factors in 2018-2022. A registry-based study. *Children (Basel)*;12(3):257

Salerno C, Melis B, Donno V et al (2023). Risk factors for stillbirth at term: an Italian area-based, prospective, cohort study. *AJOG Glob Rep*;3(4):100269

Sandall J, Fernandez Turienzo et al (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*;4(4):CD004667

Sarmon KG, Eliasen T, Knudsen UB, et al (2021). Assisted reproductive technologies and the risk of stillbirth in singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*;116(3):784-92

Serçekuş P, Başkale H. (2016) Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*;34:166-72

Spéder Z, Bálint L (2024). Realization of short-term fertility intentions in a comparative perspective: which macro-level conditions matter? *Popul Res Policy Rev*.43;72

Testa MR, Basten S. (2014). On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: individual- and country-level evidence. *The Journal of Socio-Economics*; 48:71–84.

Tsuno K, Okawa S, Matsushima M, et al (2022). The effect of social restrictions, loss of social support, and loss of maternal autonomy on postpartum depression in 1 to 12-months postpartum women during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*;307:206-214

Vedeler C, Nilsen A, Blix E, et al (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth - an online survey. *BJOG*;129(4):647-55

Vignoli D, Rinesi F (2014). Fertility Plans/Intentions. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1040

Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, et al; WHO Antenatal Care Trial Research Group (2001). WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*;357(9268):1551-64

Voerman E, Santos S, Inskip H, et al (2019). Association of Gestational Weight Gain With Adverse Maternal and Infant Outcomes. *JAMA*;321(17):1702-15

Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Frantz S, et al (2023). Child and maternal benefits and risks of caseload midwifery - a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*;23(1):663

Wassen MM, Hukkelhoven CW, Scheepers HC, et al (2014). Epidural analgesia and operative delivery: a ten-year population-based cohort study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;183:125-31

Wright A, Nassar AH, Visser G, et al (2021); FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *Int J Gynaecol Obstet*;152(2):172-81

White LK, Kornfield SL, Himes MM, et al (2023). The impact of postpartum social support on postpartum mental health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Arch Womens Ment Health*;26(4):531-41

Zanfini BA, Catarci S, Vassalli F, et al (2022). The effect of epidural analgesia on labour and neonatal and maternal outcomes in 1, 2a, 3, and 4a Robson's classes: a propensity score-matched analysis. *J Clin Med*;11(20):6124

Zamberletti J, Cavrini G, Tomassini C (2018). Grandparents providing childcare in Italy. *Eur J Ageing*;15(3):265-75

Zeitlin J, Durox M, Macfarlane A et al; Euro-Peristat Network (2021). Using Robson's Ten-Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*;128(9):1444-53

ALLEGATI

Allegato 1. Le classi di Robson per singolo punto nascita

Nelle pagine seguenti vengono analizzati i parti e il ricorso al taglio cesareo per singolo punto nascita, in base alla classificazione di Robson.

Per ogni punto nascita viene rappresentato graficamente il *trend* temporale degli ultimi 5 anni, sia relativamente al tasso totale di cesarei che al tasso di cesarei in alcune classi di Robson (I, IIa, III, IVa, V, X).

Per ciascuna classe di Robson vengono inoltre indicati i valori del punto nascita relativamente a: contributo % al totale dei parti, tasso di cesarei e contributo % al totale di tagli cesarei.

Ciascun punto nascita viene confrontato, per ognuna delle diverse classi, alla categoria di punto nascita alla quale appartiene in termini di volume di attività (numero parti/anno). In mancanza di uno standard condiviso e riconosciuto, questo confronto utilizza come valori di riferimento la distribuzione regionale dell'evento.

Le tre categorie considerate e i centri che ne fanno parte sono i seguenti:

- Centri *Hub* (9 punti nascita): Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna S. Orsola, Bologna Maggiore, Ferrara, Ravenna, Cesena, Rimini
- Centri *Spoke* con 1.000 o più parti (3 punti nascita): Piacenza, Carpi e Sassuolo
- Centri *Spoke* con meno di 1.000 parti (6 punti nascita): Fidenza, Montecchio Emilia, Bentivoglio, Imola, Forlì e Faenza.

Per ogni categoria sono stati calcolati il minimo, il massimo e la mediana tra i valori dei centri e, per le due tipologie di punti nascita con più di 6 centri, anche 1° e 3° quartile. Nelle tabelle in premessa a ogni gruppo di centri sono riportati i valori calcolati e utilizzati per il confronto.

Centri Hub

Contributo di ogni classe al totale dei parti (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	19,5	15,3	2,1	16,1	7,4	0,8	7,0	1,4	0,8	1,0	0,2	3,2
1° quartile	20,6	16,0	2,8	23,0	7,8	1,0	8,3	1,8	1,1	1,4	0,4	4,0
mediana	22,0	17,2	3,2	25,0	9,8	1,4	9,7	2,5	1,4	1,7	0,6	4,4
3° quartile	25,7	18,9	5,6	26,3	10,5	1,7	11,1	2,7	1,5	1,9	0,9	5,7
massimo	27,8	19,1	9,6	27,1	12,8	2,2	12,2	3,2	1,6	2,2	1,1	6,6

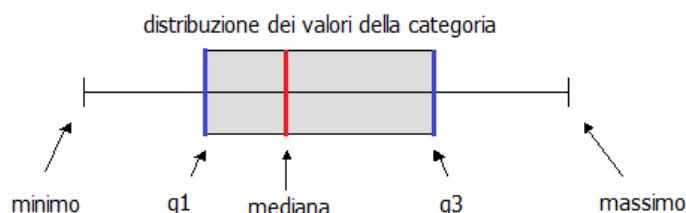
Tasso di cesarei per ogni classe (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	% TC sui parti
minimo	2,1	5,6	100	0,6	1,0	100	54,1	93,5	66,7	54,8	35,3	21,7	14,1
1° quartile	4,8	7,8	100	0,7	1,6	100	60,1	95,7	92,3	67,7	38,8	30,1	20,2
mediana	5,1	9,5	100	0,8	1,9	100	70,6	97,9	95,5	76,7	44,4	41,0	22,8
3° quartile	6,8	11,7	100	1,2	2,9	100	79,9	99,3	98,7	94,0	60,7	48,0	26,1
massimo	8,6	19,5	100	3,0	3,4	100	88,0	100	100	98,1	83,3	52,3	33,2

Contributo di ogni classe al totale dei cesarei (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	3,2	4,1	10,6	0,4	0,4	3,2	23,9	5,9	3,6	3,5	0,3	4,5
1° quartile	4,3	6,9	13,4	0,6	0,5	4,8	25,8	9,5	4,3	5,0	0,9	6,2
mediana	4,7	7,4	17,0	1,0	0,7	5,5	28,8	9,5	5,2	5,8	1,1	7,7
3° quartile	7,3	8,3	24,5	2,0	1,4	7,7	34,0	11,3	6,3	6,6	2,1	10,4
massimo	9,3	13,6	28,9	2,7	1,7	10,0	36,8	13,1	6,8	7,4	2,2	12,6

I valori di ciascun punto nascita della categoria (contributo % ai parti, tasso di cesarei e contributo % ai cesarei, per ogni classe) sono confrontati con quelli della categoria di appartenenza (tabelle sopra riportate) e ne viene indicato il relativo posizionamento nell'ambito della distribuzione dei valori registrati per la categoria.

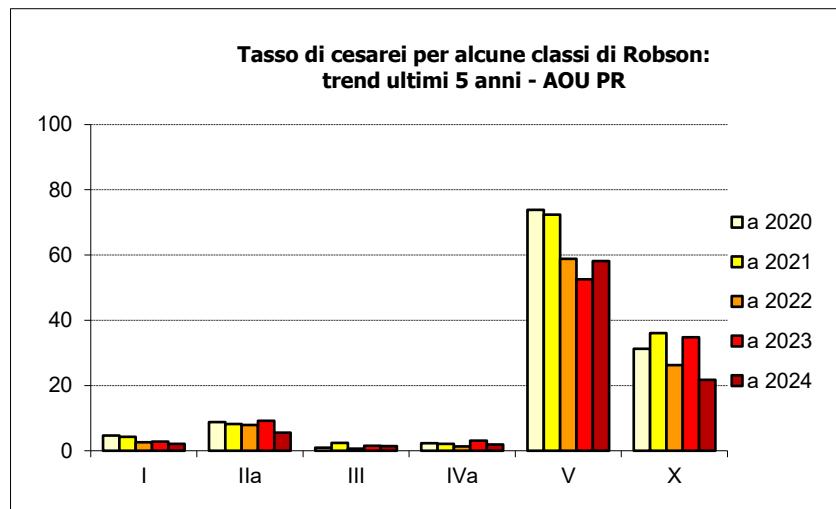
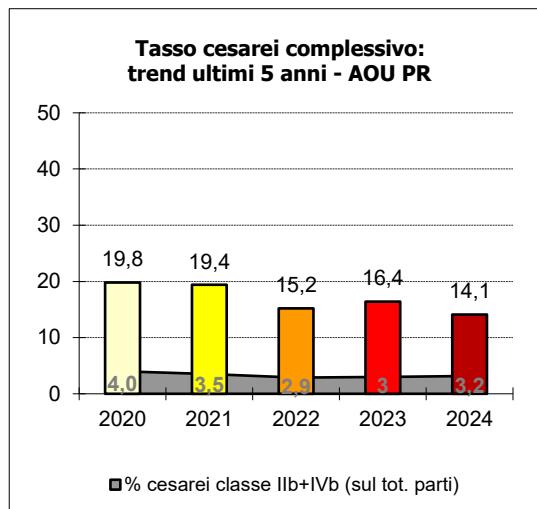


Prima di q1 (1° quartile) si posizionano i valori del 25% dei punti nascita della categoria e dopo q1 il restante 75%. Prima della mediana si posizionano i valori del 50% dei punti nascita della categoria e dopo la mediana quelli del restante 50%. Prima di q3 (3° quartile) si posizionano i valori del 75% dei punti nascita della categoria e dopo q3 quelli del restante 25%.

AOU Parma

Nel 2024 sono stati assistiti 2.438 parti, dei quali 344 cesarei.

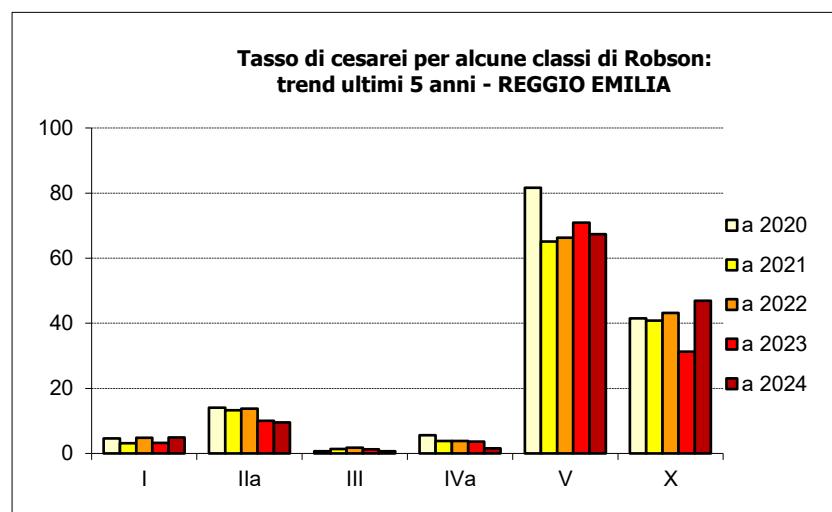
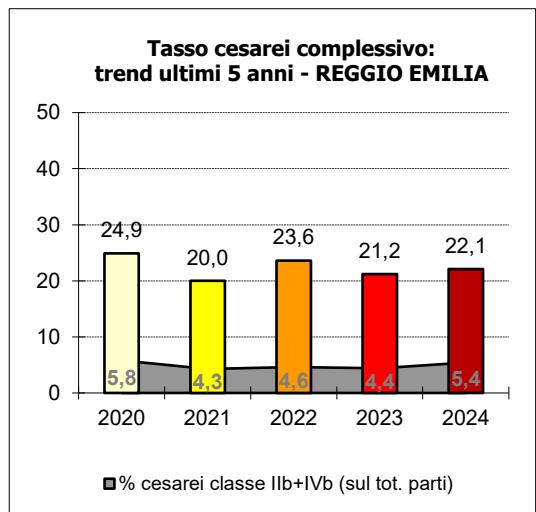
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub
I	21,7	tra q1 e mediana	2,1 minimo
IIa	19,1	massimo	5,6 minimo
IIb	2,1	minimo	1000 -
III	26,5	tra q3 e massimo	1,4 tra q3 e massimo
IVa	12,8	massimo	1,9 mediana
IVb	1,0	1° quartile	100 -
V	7,8	tra minimo e q1	58,1 tra minimo e q1
VI	1,4	minimo	100 massimo
VII	0,8	minimo	94,7 tra q1 e mediana
VIII	1,7	mediana	54,8 minimo
IX	0,6	mediana	40,0 tra q1 e mediana
X	4,4	mediana	21,7 minimo
Totali	100		14,1 minimo
			100



Reggio Emilia

Nel 2024 sono stati assistiti 2.503 parti, dei quali 553 cesarei.

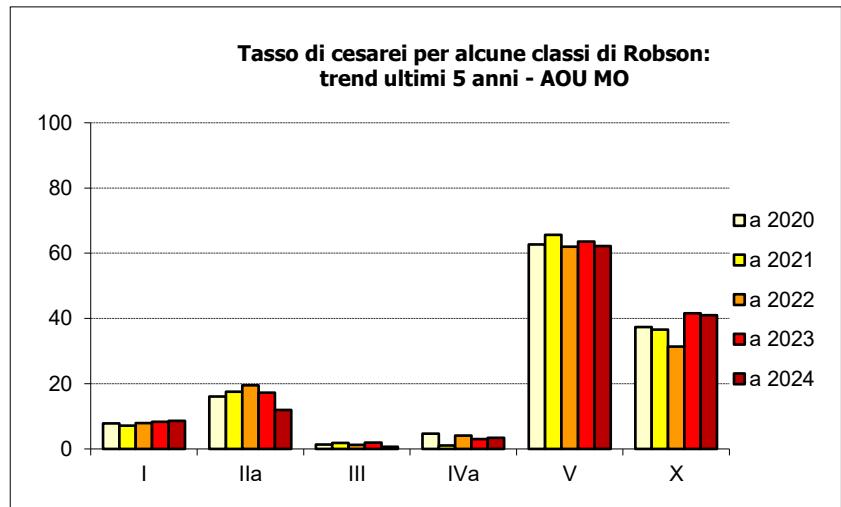
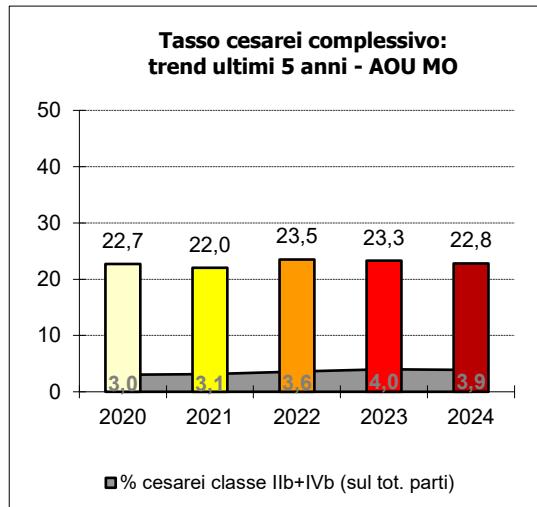
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub
I	21,3	tra q1 e mediana	4,9
IIa	17,2	mediana	9,5
IIb	3,2	mediana	100
III	25,0	mediana	0,6
IVa	10,0	tra mediana e q3	1,6
IVb	2,2	massimo	100
V	9,7	mediana	67,4
VI	2,5	mediana	93,5
VII	1,2	tra q1 e mediana	66,7
VIII	2,0	tra q3 e massimo	70,6
IX	0,7	tra mediana e q3	35,3
X	5,1	tra mediana e q3	46,9
Total	100		22,1
			tra q1 e mediana
			100



AOU Modena

Nel 2024 sono stati assistiti 2.863 parti, dei quali 652 cesarei.

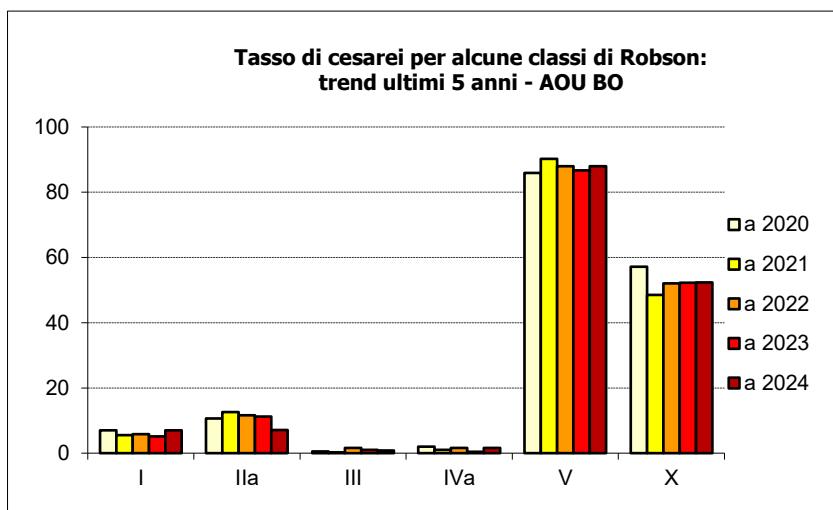
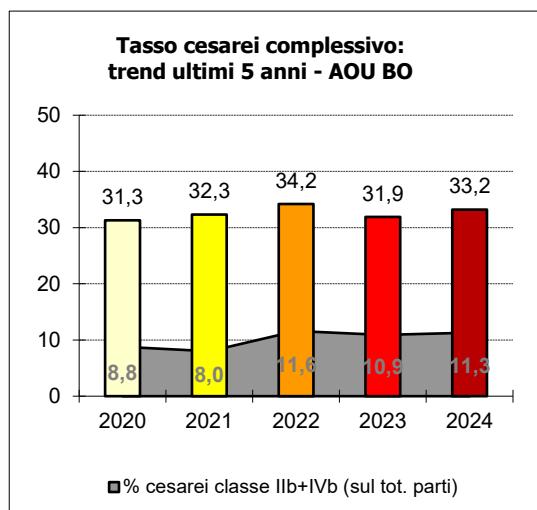
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub
I	22,0	mediana	8,6
IIa	16,4	tra q1 e mediana	11,9
IIb	2,8	1° quartile	100
III	25,0	mediana	0,7
IVa	10,2	tra mediana e q3	3,4
IVb	1,1	tra q1 e mediana	100
V	10,3	tra mediana e q3	62,2
VI	2,8	tra q3 e massimo	97,5
VII	1,6	massimo	93,6
VIII	1,8	tra mediana e q3	73,1
IX	1,1	massimo	45,2
X	4,9	tra mediana e q3	41,0
Total	100		22,8
		mediana	mediana
			100



AOU Bologna S. Orsola

Nel 2024 sono stati assistiti 2.353 parti, dei quali 782 cesarei.

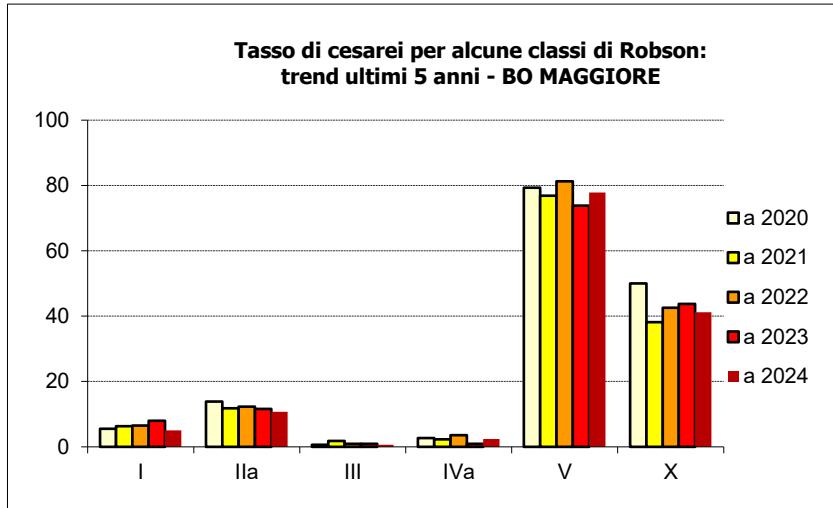
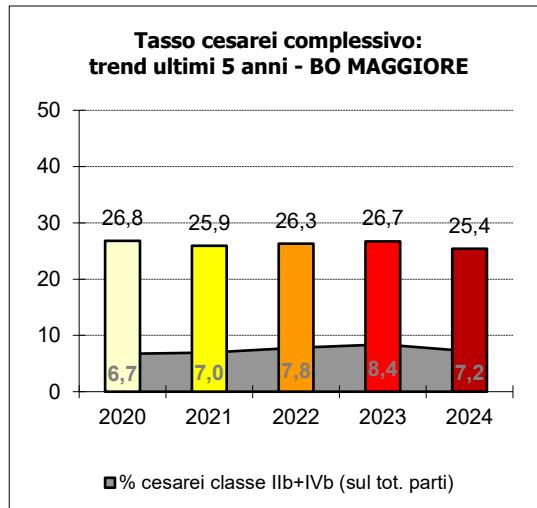
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub		tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub		contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	
I	19,5	minimo	7,0	tra q3 e massimo	4,1	tra minimo e q1
IIa	19,1	massimo	7,1	tra minimo e q1	4,1	minimo
IIb	9,6	massimo	100	-	28,9	massimo
III	16,1	minimo	0,8	mediana	0,4	minimo
IVa	10,8	tra q3 e massimo	1,6	1° quartile	0,5	1° quartile
IVb	1,7	3° quartile	100	-	5,1	tra q1 e mediana
V	9,9	tra mediana e q3	88,0	massimo	26,2	tra q1 e mediana
VI	3,2	massimo	98,7	tra mediana e q3	9,5	1° quartile
VII	1,5	3° quartile	100,0	massimo	4,5	tra q1 e mediana
VIII	2,2	massimo	98,1	massimo	6,5	tra mediana e q3
IX	0,2	minimo	50,0	tra mediana e q3	0,3	minimo
X	6,3	tra q3 e massimo	52,3	massimo	10,0	tra mediana e q3
Total	100		33,2	massimo	100	



Bologna – Ospedale Maggiore

Nel 2024 sono stati assistiti 2.791 parti, dei quali 708 cesarei.

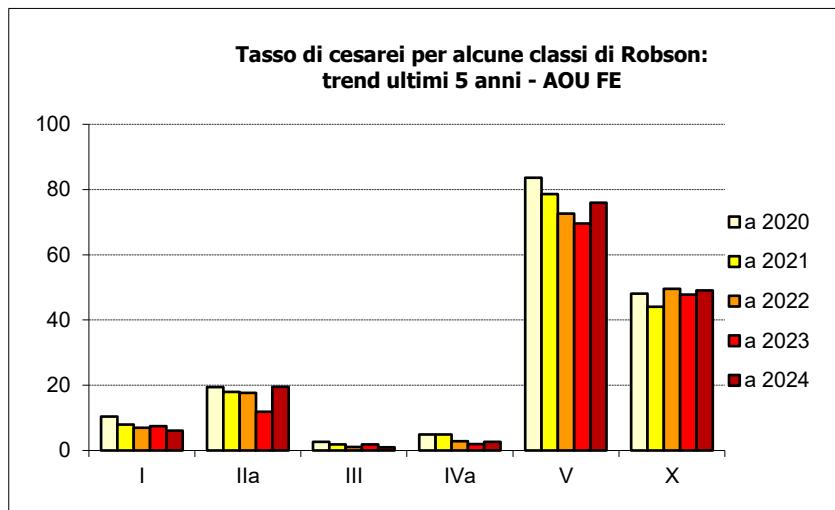
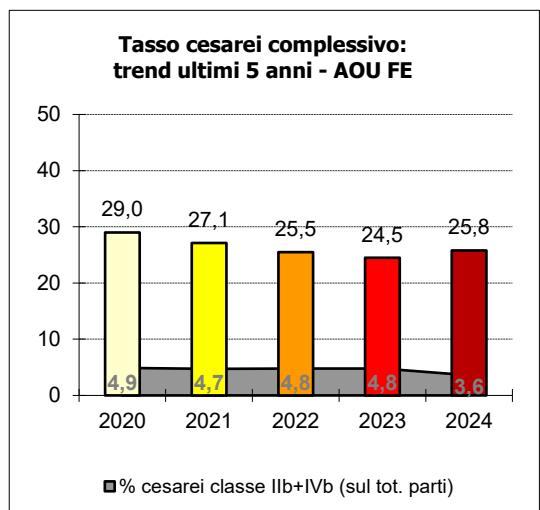
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub		
I	24,7	tra mediana e q3	5,1 mediana	4,9	tra mediana e q3
IIa	18,7	tra mediana e q3	10,7 tra mediana e q3	7,9	tra mediana e q3
IIb	5,8	tra q3 e massimo	100 -	22,9	tra mediana e q3
III	22,5	tra minimo e q1	0,6 minimo	0,6	1° quartile
IVa	7,4	minimo	2,4 tra mediana e q3	0,7	mediana
IVb	1,4	mediana	100 -	5,5	mediana
V	9,4	tra q1 e mediana	77,9 tra mediana e q3	28,8	mediana
VI	2,4	tra q1 e mediana	98,5 tra mediana e q3	9,5	1° quartile
VII	1,4	mediana	97,4 tra mediana e q3	5,4	tra mediana e q3
VIII	1,5	tra q1 e mediana	87,8 tra mediana e q3	5,1	tra q1 e mediana
IX	0,8	tra mediana e q3	71,4 tra q3 e massimo	2,1	3° quartile
X	4,1	tra q1 e mediana	41,2 tra mediana e q3	6,6	tra q1 e mediana
Totali	100		25,4 tra mediana e q3	100	



AOU Ferrara

Nel 2024 sono stati assistiti 1.570 parti, dei quali 405 cesarei.

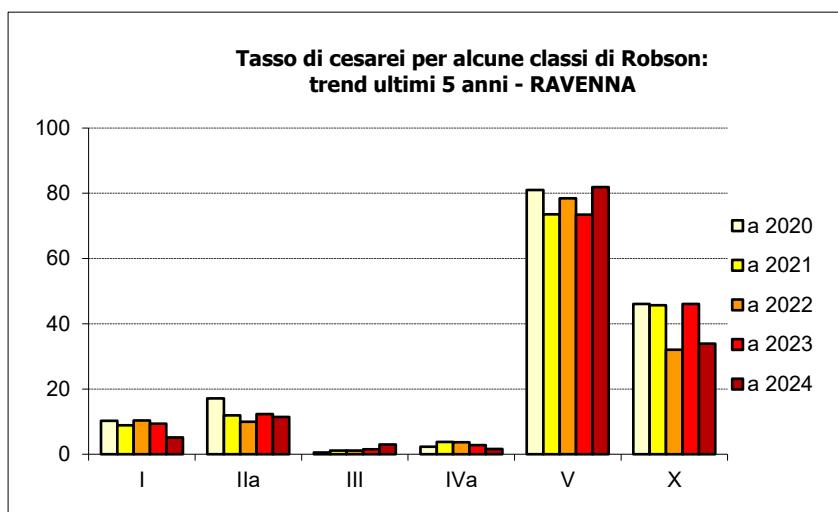
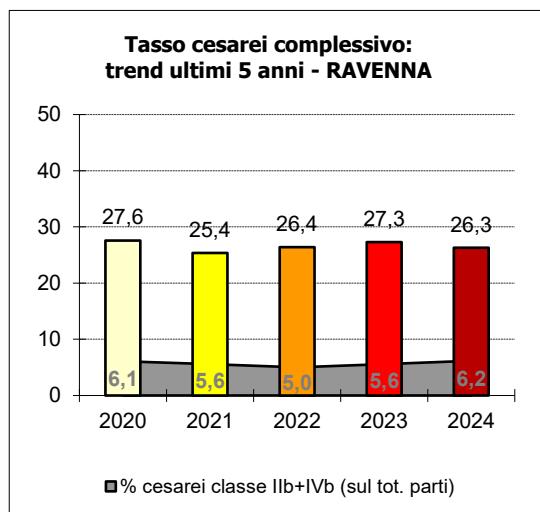
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub
I	19,9	tra minimo e q1	6,1
IIa	18,0	tra mediana e q3	19,5
IIb	2,7	tra minimo e q1	100
III	24,9	tra q1 e mediana	1,0
IVa	9,8	mediana	2,6
IVb	0,8	minimo	100
V	12,2	massimo	75,9
VI	1,6	tra minimo e q1	96,0
VII	1,6	massimo	96,0
VIII	1,3	tra minimo e q1	95,2
IX	0,5	tra q1 e mediana	37,5
X	6,6	massimo	49,0
Totale	100		25,8
			tra mediana e q3
			100



Ravenna

Nel 2024 sono stati assistiti 1.406 parti, dei quali 370 cesarei.

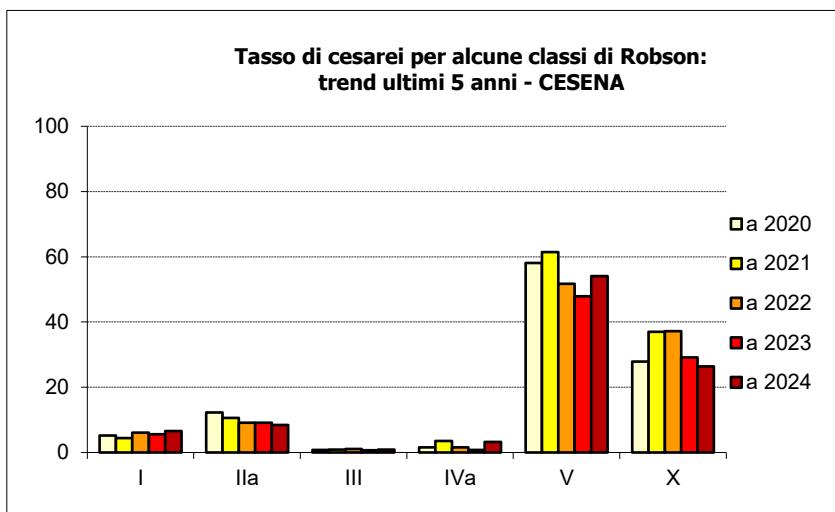
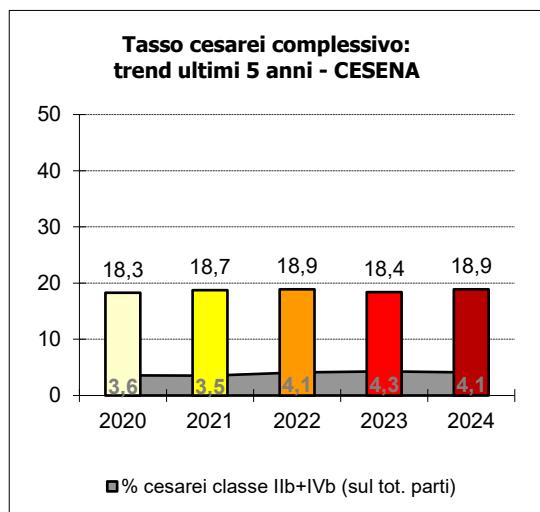
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	
I	23,5	tra mediana e q3	5,1 mediana	4,6 tra q1 e mediana
IIa	16,2	tra q1 e mediana	11,5 tra mediana e q3	7,0 tra q1 e mediana
IIb	4,7	tra mediana e q3	100 -	17,8 tra mediana e q3
III	23,5	tra q1 e mediana	3,0 massimo	2,7 massimo
IVa	8,9	tra q1 e mediana	1,6 1° quartile	0,5 1° quartile
IVb	1,5	tra mediana e q3	100 -	5,7 tra mediana e q3
V	11,8	tra q3 e massimo	81,9 tra q3 e massimo	36,8 massimo
VI	2,5	mediana	100 massimo	9,5 1° quartile
VII	1,4	mediana	100 massimo	5,1 tra q1 e mediana
VIII	1,0	minimo	92,9 tra mediana e q3	3,5 minimo
IX	0,6	mediana	44,4 mediana	1,1 mediana
X	4,4	mediana	33,9 tra q1 e mediana	5,7 tra minimo e q1
Totale	100		26,3 tra q3 e massimo	100



Cesena

Nel 2024 sono stati assistiti 1.650 parti, dei quali 312 cesarei.

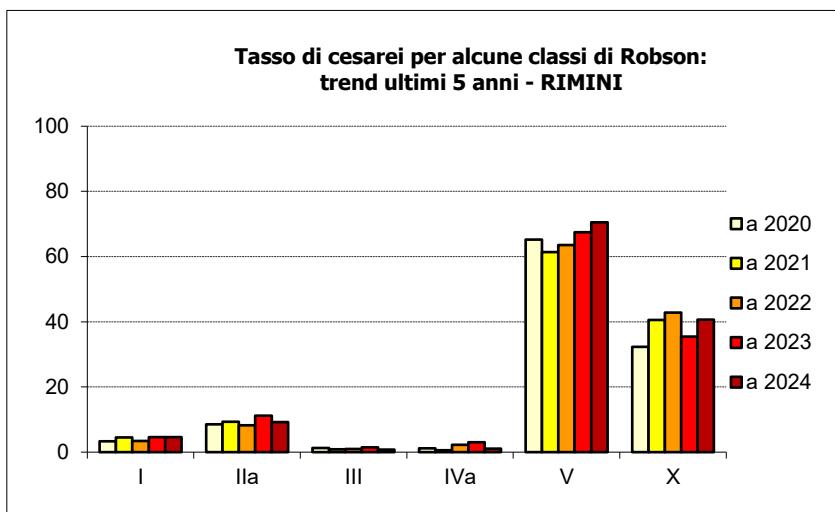
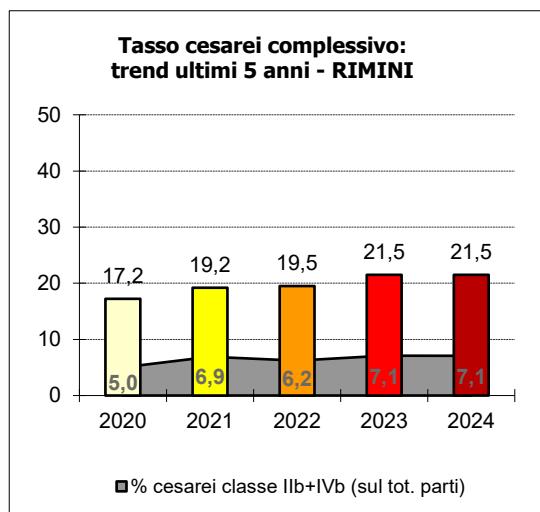
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub			
I	26,6	tra q3 e massimo	6,6	tra mediana e q3	9,3	massimo
IIa	15,9	tra minimo e q1	8,4	tra q1 e mediana	7,1	tra q1 e mediana
IIb	3,2	mediana	100	-	17,0	mediana
III	27,1	massimo	0,9	tra mediana e q3	1,3	tra mediana e q3
IVa	7,5	tra minimo e q1	3,3	tra q3 e massimo	1,3	tra mediana e q3
IVb	0,9	tra minimo e q1	100	-	4,8	1° quartile
V	8,9	tra q1 e mediana	54,1	minimo	25,3	tra minimo e q1
VI	2,6	tra mediana e q3	95,3	tra minimo e q1	13,1	massimo
VII	1,3	tra q1 e mediana	95,5	mediana	6,7	tra q3 e massimo
VIII	1,8	tra mediana e q3	76,7	mediana	7,4	massimo
IX	1,0	tra q3 e massimo	41,2	tra q1 e mediana	2,2	massimo
X	3,2	minimo	26,4	tra q3 e massimo	4,5	minimo
Totale	100		18,9	tra minimo e q1	100	



Rimini

Nel 2024 sono stati assistiti 2.342 parti, dei quali 482 cesarei.

Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Hub
I	27,8	massimo	4,6 tra minimo e q1
IIa	15,3	minimo	9,2 tra q1 e mediana
IIb	5,4	tra mediana e q3	100 -
III	26,1	tra mediana e q3	0,8 mediana
IVa	8,2	tra q1 e mediana	1,0 minimo
IVb	1,7	3° quartile	100 -
V	7,0	minimo	70,6 mediana
VI	2,0	tra q1 e mediana	97,9 mediana
VII	0,9	tra minimo e q1	90,9 tra minimo e q1
VIII	1,6	tra q1 e mediana	64,9 tra minimo e q1
IX	0,3	tra minimo e q1	83,3 massimo
X	3,9	tra minimo e q1	40,7 tra q1 e mediana
Totale	100		21,5 tra q1 e mediana
			100



Centri Spoke ≥1.000 parti/anno

Contributo di ogni classe al totale dei parti (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	19,2	15,6	2,4	22,8	8,7	0,3	8,9	2,1	1,0	0,5	0,4	2,4
1° quartile	19,2	15,6	2,4	22,8	8,7	0,3	8,9	2,1	1,0	0,5	0,4	2,4
mediana	22,3	17,5	2,9	30,4	11,1	1,1	9,6	2,5	1,4	0,5	0,5	2,5
3° quartile												
massimo	24,5	19,6	3,7	30,7	13,6	1,5	10,4	2,5	1,4	0,8	0,7	4,4

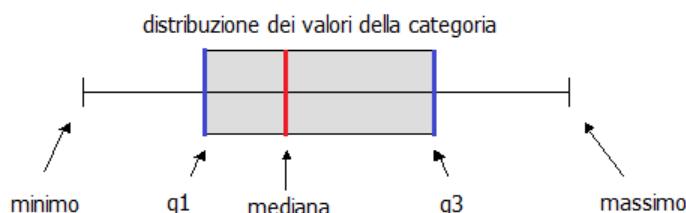
Tasso di cesarei per ogni classe (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	% TC sui parti
minimo	3,0	4,9	100	0,8	1,0	100	58,0	95,5	88,5	40,0	70,0	24,1	13,9
1° quartile	3,0	4,9	100	0,8	1,0	100	58,0	95,5	88,5	40,0	70,0	24,1	13,9
mediana	3,5	12,6	100	1,4	1,7	100	60,0	100	90,0	77,8	75,0	28,0	18,2
3° quartile			100			100							
massimo	8,4	13,5	100	1,9	2,4	100	78,8	100	100	77,8	100	40,2	24,5

Contributo di ogni classe al totale dei cesarei (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	4,7	6,3	14,9	1,4	0,5	2,1	29,4	10,1	5,0	1,4	1,5	3,3
1° quartile	4,7	6,3	14,9	1,4	0,5	2,1	29,4	10,1	5,0	1,4	1,5	3,3
mediana	4,9	10,8	15,9	1,6	0,9	5,9	33,3	13,6	6,3	1,5	2,1	4,9
3° quartile												
massimo	6,6	10,8	17,4	1,8	1,3	6,1	40,3	14,6	7,5	3,3	3,7	7,2

I valori di ciascun punto nascita della categoria (contributo % ai parti, tasso di cesarei e contributo % ai cesarei, per ogni classe) sono confrontati con quelli della categoria di appartenenza (tabelle sopra riportate) e ne viene indicato il relativo posizionamento nell'ambito della distribuzione dei valori registrati per la categoria.



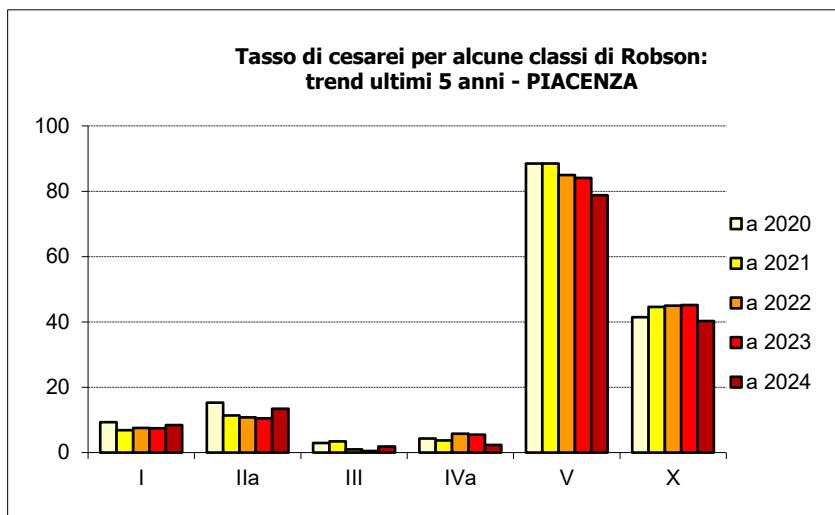
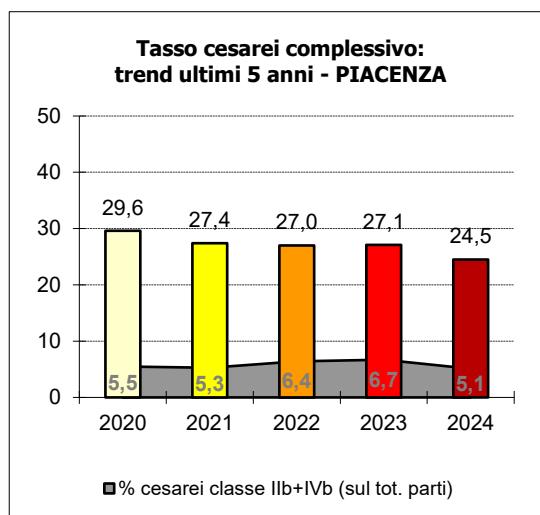
Prima della mediana si posizionano i valori del 50% dei punti nascita della categoria e dopo la mediana quelli del restante 50%.

Per i confronti in questa categoria di punti nascita, che comprende solo 3 ospedali, non sono stati utilizzati i valori del 1° e 3° quartile.

Piacenza

Nel 2024 sono stati assistiti 1.859 parti, dei quali 456 cesarei.

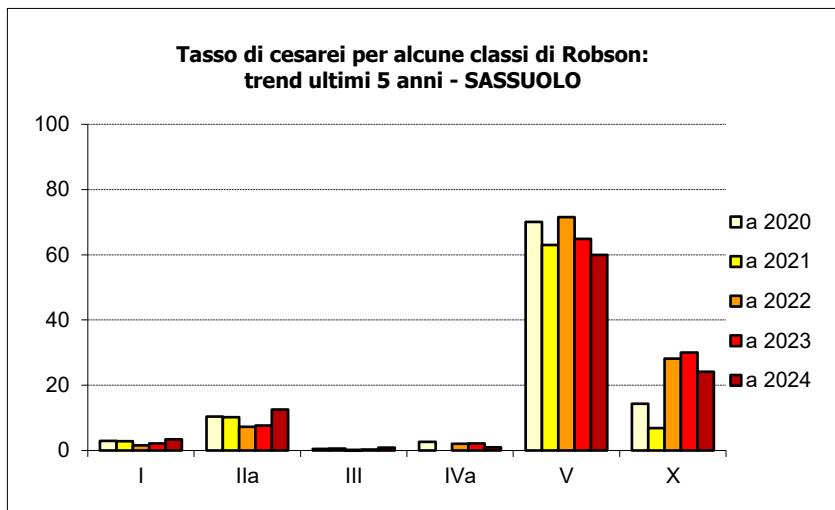
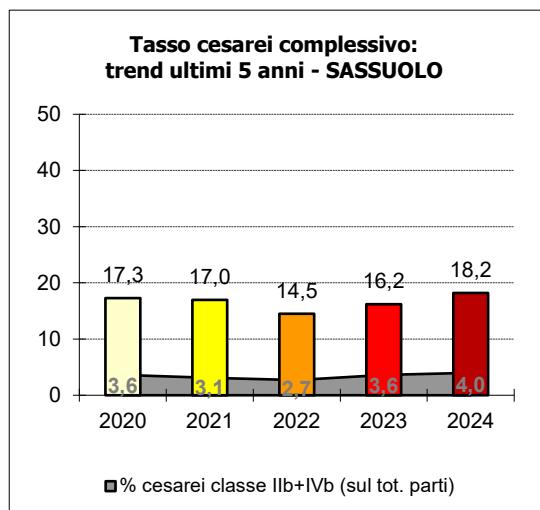
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000
I	19,2	minimo	8,4
IIa	19,6	massimo	13,5
IIb	3,7	massimo	100
III	22,8	minimo	1,9
IVa	13,6	massimo	2,4
IVb	1,5	massimo	100
V	10,4	massimo	78,8
VI	2,5	mediana	100
VII	1,4	mediana	88,5
VIII	0,5	minimo	77,8
IX	0,5	mediana	70,0
X	4,4	massimo	40,2
Totale	100		24,5
			massimo
			100



Sassuolo

Nel 2024 sono stati assistiti 1.177 parti, dei quali 214 cesarei.

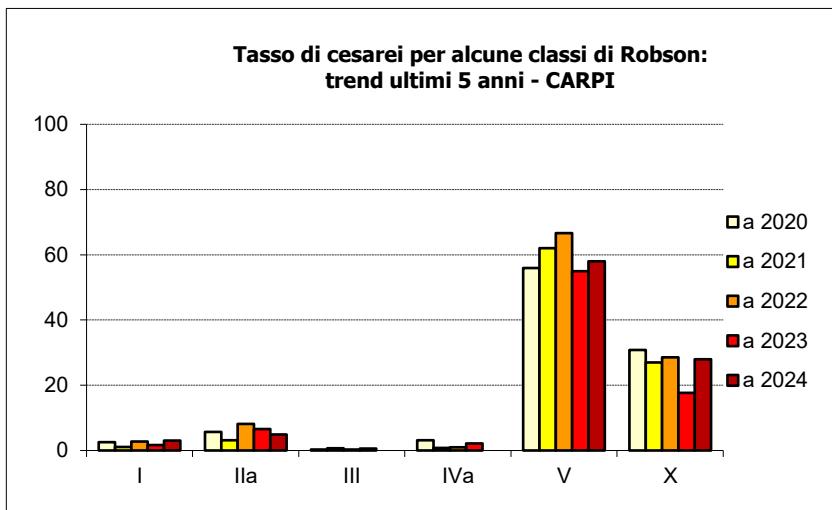
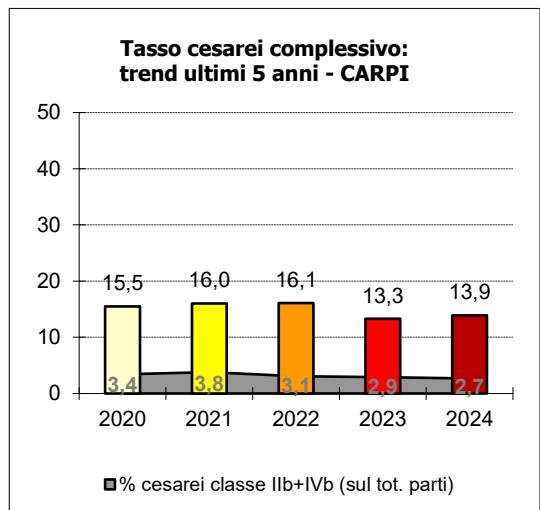
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000
I	24,5	massimo	3,5
IIa	15,6	minimo	12,6
IIb	2,9	mediana	100
III	30,7	massimo	0,8
IVa	8,7	minimo	1,0
IVb	1,1	mediana	100
V	8,9	minimo	60,0
VI	2,5	mediana	100
VII	1,4	mediana	100
VIII	0,8	massimo	77,8
IX	0,7	massimo	100
X	2,5	mediana	24,1
Totale	100		18,2
			mediana
			100



Carpi

Nel 2024 sono stati assistiti 1.038 parti, dei quali 144 cesarei.

Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke ≥1000
I	22,3	mediana	3,0
IIa	17,5	mediana	4,9
IIb	2,4	minimo	100
III	30,4	mediana	-
IVa	11,1	mediana	-
IVb	0,3	minimo	100
V	9,6	mediana	58,0
VI	2,1	minimo	95,5
VII	1,0	minimo	90,0
VIII	0,5	minimo	40,0
IX	0,4	minimo	75,0
X	2,4	minimo	28,0
Totale	100		13,9
			minimo
			100



Centri Spoke <1000 parti/anno

Contributo di ogni classe al totale dei parti (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	20,3	10,3	3,2	24,0	5,9	0,8	5,1	1,2	0,5	0,5	0,3	0,5
1° quartile	20,7	13,2	3,5	26,3	6,1	1,3	6,0	1,3	0,6	0,6	0,3	1,2
mediana	25,6	17,2	4,1	27,2	9,3	1,8	6,8	1,9	1,0	0,7	0,5	2,0
3° quartile	31,9	17,8	4,5	34,3	10,3	1,9	9,7	2,5	1,5	0,7	0,9	3,1
massimo	34,0	18,6	5,2	43,2	10,3	2,3	10,1	3,4	1,6	0,8	1,5	4,3

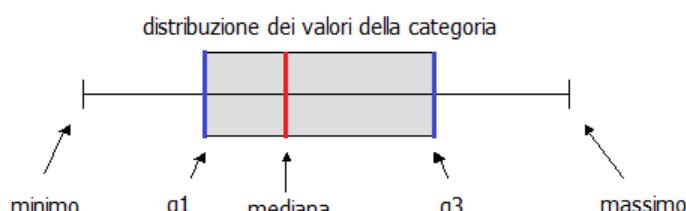
Tasso di cesarei per ogni classe (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	% TC sui parti
minimo	2,9	11,8	100	0,4	1,1	100	59,3	92,6	66,7	80,0	42,9	11,8	14,8
1° quartile	3,9	11,8	100	0,5	1,4	100	60,3	93,5	83,3	80,0	48,8	19,5	16,5
mediana	5,4	14,4	100	1,4	3,6	100	79,9	100	100	90,0	66,7	37,5	20,6
3° quartile	8,8	16,5	100	1,9	5,1	100	100	100	100	100	76,7	47,5	22,5
massimo	13,0	17,6	100	2,0	5,3	100	100	100	100	100	80,0	50,0	24,7

Contributo di ogni classe al totale dei cesarei (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	4,1	8,2	14,8	0,5	0,5	4,5	22,4	5,9	2,6	2,0	1,3	1,3
1° quartile	5,8	9,6	15,1	0,7	0,6	6,5	24,7	7,6	3,5	2,1	1,3	1,3
mediana	7,6	11,6	19,4	1,7	1,1	8,0	28,4	9,2	4,1	2,5	1,4	1,5
3° quartile	9,8	13,1	29,1	2,4	1,8	10,9	34,6	11,8	7,1	3,5	1,9	6,6
massimo	14,3	14,1	30,8	2,5	1,9	12,2	34,7	12,8	7,4	3,9	2,0	7,4

I valori di ciascun punto nascita della categoria (contributo % ai parti, tasso di cesarei e contributo % ai cesarei, per ogni classe) sono confrontati con quelli della categoria di appartenenza (tabelle sopra riportate) e ne viene indicato il relativo posizionamento nell'ambito della distribuzione dei valori registrati per la categoria.

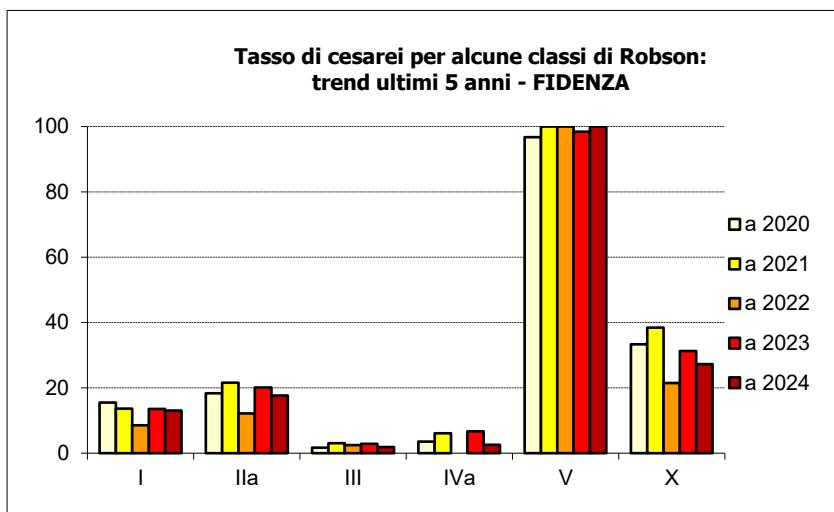
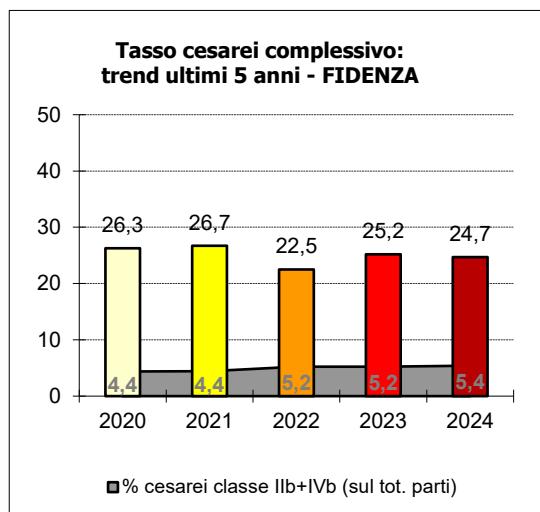


Prima di q1 (1° quartile) si posizionano i valori del 25% dei punti nascita della categoria e dopo q1 il restante 75%. Prima della mediana si posizionano i valori del 50% dei punti nascita della categoria e dopo la mediana quelli del restante 50%. Prima di q3 (3° quartile) si posizionano i valori del 75% dei punti nascita della categoria e dopo q3 quelli del restante 25%.

Fidenza

Nel 2024 sono stati assistiti 795 parti, dei quali 196 cesarei.

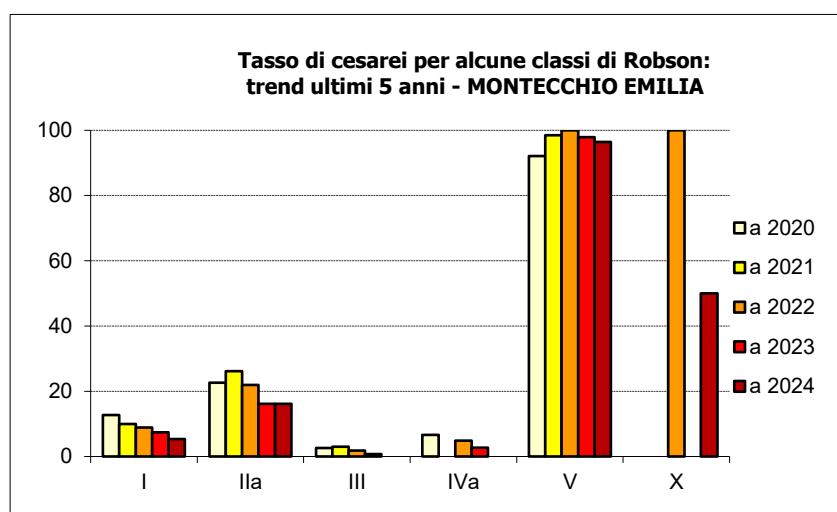
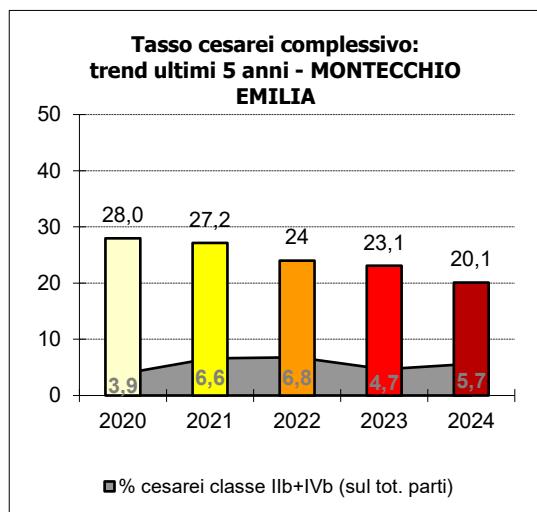
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000		tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000		contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	
I	27,0	tra mediana e q3	13,0	massimo	14,3	massimo
IIa	17,1	tra q1 e mediana	17,6	massimo	12,2	tra mediana e q3
IIb	3,7	tra q1 e mediana	100	-	14,8	minimo
III	27,2	mediana	1,9	3° quartile	2,0	tra mediana e q3
IVa	9,8	tra mediana e q3	2,6	tra q1 e mediana	1,0	tra q1 e mediana
IVb	1,8	mediana	100	-	7,1	tra q1 e mediana
V	6,3	tra q1 e mediana	100	3° quartile	25,5	tra q1 e mediana
VI	3,4	massimo	92,6	minimo	12,8	massimo
VII	1,1	tra mediana e q3	88,9	tra q1 e mediana	4,1	mediana
VIII	0,6	1° quartile	100	3° quartile	2,6	tra mediana e q3
IX	0,6	tra mediana e q3	80,0	massimo	2,0	massimo
X	1,4	tra q1 e mediana	27,3	tra q1 e mediana	1,5	mediana
Totale	100		24,7	massimo	100	



Montecchio Emilia

Nel 2024 sono stati assistiti 389 parti, dei quali 78 cesarei.

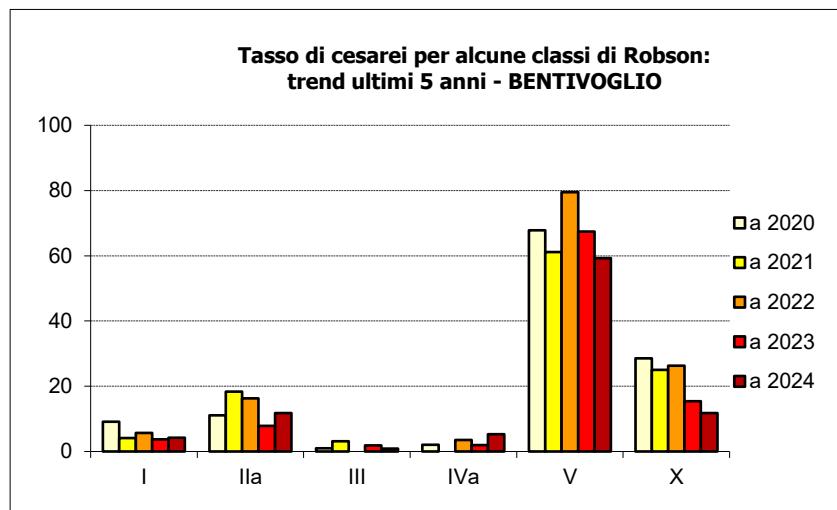
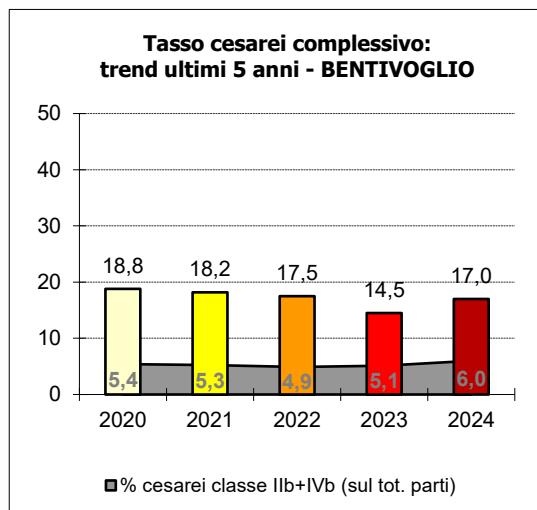
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000
I	24,2	tra q1 e mediana	5,3
IIa	17,5	tra mediana e q3	16,2
IIb	4,1	mediana	100
III	31,4	tra mediana e q3	-
IVa	10,3	3° quartile	-
IVb	1,5	tra q1 e mediana	100
V	7,2	tra mediana e q3	96,4
VI	1,8	tra q1 e mediana	100,0
VII	0,5	minimo	100
VIII	0,8	massimo	100
IX	0,3	minimo	-
X	0,5	minimo	50,0
Totale	100		20,1
			tra q1 e mediana
			100



Bentivoglio

Nel 2024 sono stati assistiti 916 parti, dei quali 156 cesarei.

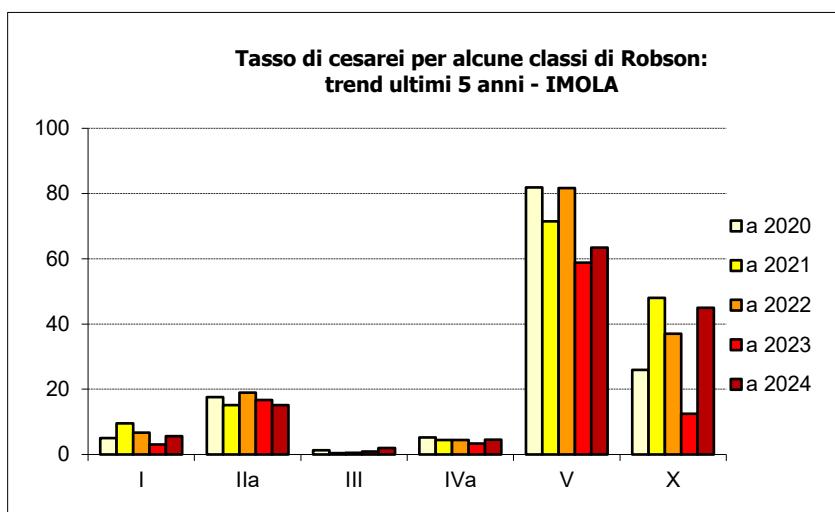
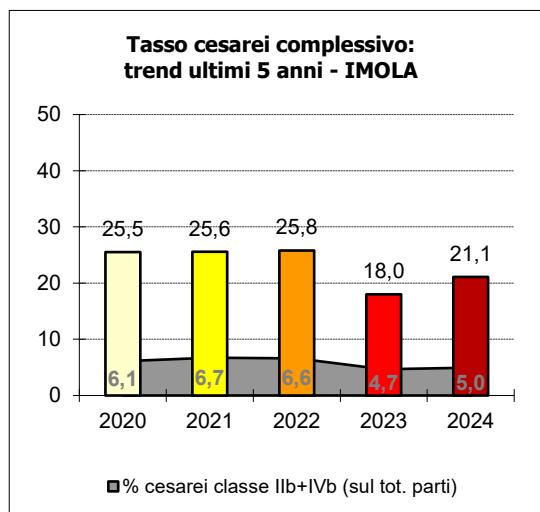
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000		tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000		contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	
I	34,0	massimo	4,2	tra q1 e mediana	8,3	tra mediana e q3
IIa	18,6	massimo	11,8	minimo	12,8	tra mediana e q3
IIb	5,2	massimo	100	-	30,8	massimo
III	24,0	minimo	0,9	tra q1 e mediana	1,3	tra q1 e mediana
IVa	6,2	tra q1 e mediana	5,3	massimo	1,9	massimo
IVb	0,8	minimo	100	-	4,5	minimo
V	6,4	tra q1 e mediana	59,3	minimo	22,4	minimo
VI	2,0	tra mediana e q3	100	mediana	11,5	tra mediana e q3
VII	0,7	tra q1 e mediana	100	mediana	3,9	tra q1 e mediana
VIII	-	-	-	-	-	-
IX	0,3	minimo	66,7	mediana	1,3	minimo
X	1,9	tra q1 e mediana	11,8	minimo	1,3	minimo
Totale	100		17,0	tra q1 e mediana	100	



Imola

Nel 2024 sono stati assistiti 748 parti, dei quali 158 cesarei.

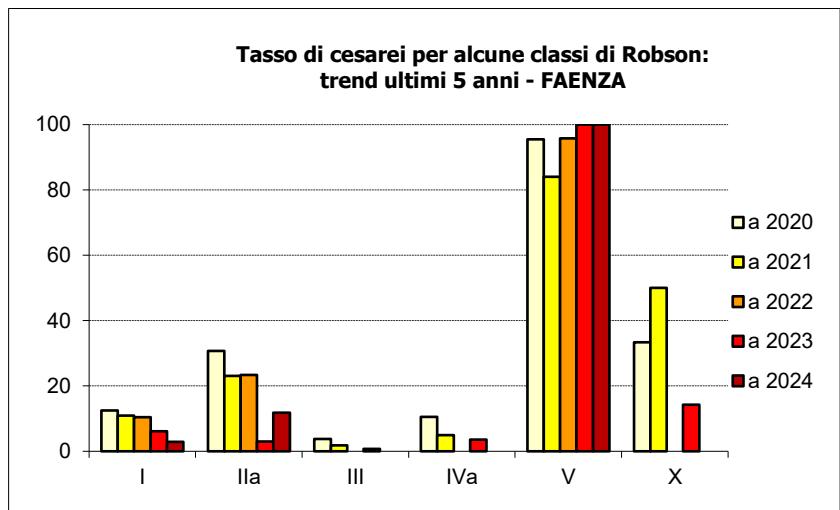
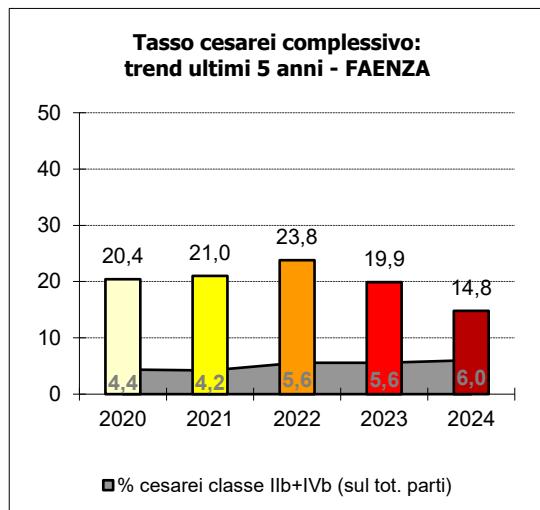
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000
I	31,2	tra mediana e q3	5,6
IIa	14,2	tra q1 e mediana	15,1
IIb	3,2	minimo	100
III	27,0	tra q1 e mediana	2,0
IVa	5,9	minimo	4,5
IVb	1,7	tra q1 e mediana	100
V	9,5	tra mediana e q3	63,4
VI	2,1	tra mediana e q3	93,8
VII	1,5	3° quartile	100
VIII	0,7	mediana	80,0
IX	0,4	tra q1 e mediana	66,7
X	2,7	tra mediana e q3	45,0
Total	100		21,1
			tra mediana e q3
			100



Faenza

Nel 2024 sono stati assistiti 331 parti, dei quali 49 cesarei.

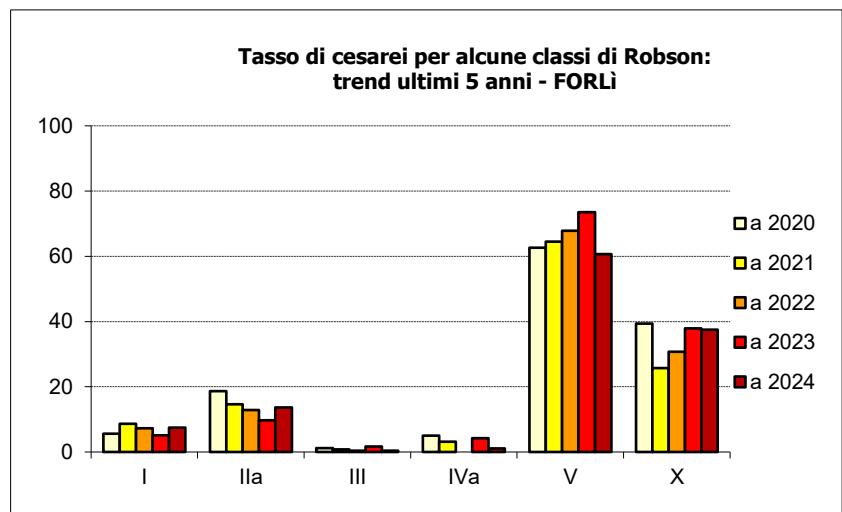
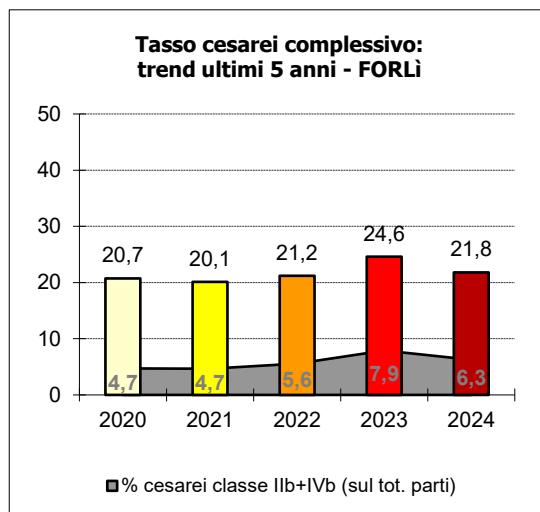
Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000	contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000
I	20,9	tra q1 e mediana	2,9 minimo
IIa	10,3	minimo	11,8 minimo
IIb	4,2	tra mediana e q3	100 -
III	43,2	massimo	- -
IVa	8,8	tra q1 e mediana	- -
IVb	1,8	mediana	100 12,2
V	5,1	minimo	100 3° quartile 34,7
VI	1,2	minimo	100 3° quartile 8,2
VII	0,9	tra q1 e mediana	66,7 minimo
VIII	-	-	- -
IX	1,5	massimo	- -
X	2,1	tra mediana e q3	- -
Totale	100		14,8 minimo
			100



Forlì

Nel 2024 sono stati assistiti 927 parti, dei quali 202 cesarei.

Classe	contributo al totale dei parti (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000		tasso di cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000		contributo al totale dei cesarei (%) e relativo posizionamento nell'ambito dei centri Spoke <1000
I	20,3	minimo	7,4	tra mediana e q3	6,9
IIa	17,4	tra mediana e q3	13,7	tra q1 e mediana	10,9
IIb	4,0	tra q1 e mediana	100	-	18,3
III	27,2	mediana	0,4	minimo	0,5
IVa	10,3	3° quartile	1,1	minimo	0,5
IVb	2,3	massimo	100	-	10,4
V	10,1	massimo	60,6	tra q1 e mediana	28,2
VI	1,3	1° quartile	100	mediana	5,9
VII	1,6	massimo	100	mediana	7,4
VIII	0,5	minimo	80,0	minimo	2,0
IX	0,8	tra mediana e q3	42,9	minimo	1,5
X	4,3	massimo	37,5	mediana	7,4
Totale	100		21,8	tra mediana e q3	100



Allegato 2. Scheda di rilevazione CedAP anno 2024

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

(DECRETO MINISTERO SALUTE 16 LUGLIO 2001, n. 349)

1. REGIONE: 10|8|0|

2. Az. USL/Az. OSP: | | | | |

SEZIONE A: INFORMAZIONI SUL/SUI GENITORE/I GENITORI

6. Codice fiscale madre*: -

7. Cognome e nome madre*: _____

10. Comune (Stato estero) di nascita madre*: _____ (Prov. _____) | - | - | - | - | - | - | - | -

11. Comune (Stato estero) di residenza madre*: _____ (Prov. _____) | | | | | | | | | |

12. Regione residenza madre: _____ | | | | | Azienda USL residenza madre: _____ | | | | |

13. Titolo di studio madre: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore
4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare e nessun titolo

14 Condizione professionale madre:

1. occupata 2. disoccupata 3. in cerca di prima occupazione 4. studentessa 5. casalinga 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>se occupata, posizione nella professione:</i>	<i>se occupata, ramo di attività:</i>	
		1. imprenditrice o libera professionista 2. altra lavoratrice autonoma 3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva 4. lavoratrice dipendente: impiegata 5. lavoratrice dipendente: operaia 6. altra lavoratrice dipendente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			1. agricoltura, caccia e pesca 2. industria 3. commercio, pubblici servizi, alberghi 4. pubblica amministrazione 5. altri servizi privati	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15. Stato civile madre: 1. nubile 2. coniugata 3. separata 4. divorziata 5. vedova 6. non dichiarato

se coniugata: **16.** Mese e anno matrimonio: | | | | | | | |

20. Titolo di studio padre: 1. laurea 2. diploma universitario 3. diploma di scuola media superiore
4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo

21. Condizione professionale padre:

1. occupato	<input type="checkbox"/>	<u>se occupato, posizione nella professione:</u>	<u>se occupato, ramo di attività:</u>	
2. disoccupato	<input type="checkbox"/>			
3. in cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/>	1. imprenditore o libero professionista	<input type="checkbox"/>	1. agricoltura, caccia e pesca
4. studente	<input type="checkbox"/>	2. altro lavoratore autonomo	<input type="checkbox"/>	2. industria
5. casalingo	<input type="checkbox"/>	3. lavoratore dipendente: dirigente o	<input type="checkbox"/>	3. commercio, pubblici servizi, alberghi
6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.)	<input type="checkbox"/>	direttivo	<input type="checkbox"/>	4. pubblica amministrazione
		4. lavoratore dipendente: impiegato	<input type="checkbox"/>	5. altri servizi privati
		5. lavoratore dipendente: operaio	<input type="checkbox"/>	
		6. altro lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/>	

* Nel caso di donna che non volesse fornire dati personali, specificare se: per mancato riconoscimento figlio

per altri motivi

22. Precedenti concepimenti: 1. SI 2. NO

se SI: **23.** N° parti: |__|__| **24.** N° aborti spontanei: |__|__| **25.** N° IVG: |__|__|

se N° parti >0: **26.** N° nati vivi: |__|__| **27.** N° nati morti: |__|__| **28.** N° tagli cesarei: |__|__|

29. Data ultimo parto precedente: |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

30. Abitudine al fumo (di tabacco) nei 5 anni precedenti la gravidanza: 1. SI 2. NO

se SI, specificare se:

- 1. ha smesso prima della gravidanza
- 2. ha smesso a inizio gravidanza
- 3. ha continuato a fumare in gravidanza

31. Altezza madre (cm): |__|__|__|

32. Peso pregravidico della madre (kg): |__|__|__| **33.** Peso della madre al parto (kg): |__|__|__|

34. Consanguineità tra padre e madre: 1. parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle):
(grado di parentela) 2. parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino):
3. parenti di 6° grado (secondi cugini):

SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

35. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9): |__| **36.** Epoca prima visita (n. settimane compiute): |__|__|

37. N° ecografie (se superiore a 9, indicare 9): |__|

38. Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (una sola risposta):

- 1. consultorio familiare pubblico
- 2. ambulatorio ospedaliero pubblico
- 3. ginecologo/a o ostetrico/a privato/a (compresa intramoenia)
- 4. consultorio familiare privato
- 5. nessun servizio utilizzato

39. Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto durante la gravidanza?

- 0. no, frequentato in precedente gravidanza
- 1. no
- 2. si, presso un consultorio familiare pubblico
- 3. si, presso un ospedale pubblico
- 4. si, presso una struttura privata

Indagini prenatali effettuate:

1. SI 2. NO

40. test combinato (translucenza + bitest):

41. amniocentesi:

42. villocentesi:

43. fetoscopia/funicolocentesi:

44. ecografia dopo le 22 settimane:

45. Decorso e assistenza in gravidanza:

46. Difetto accrescimento fetale:

- 1. gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica (fino al termine) (*)
- 2. gravidanza fisiologica a conduzione medica
- 3. gravidanza patologica per condizioni pregresse o insorte in gravidanza (*)

1. SI

2. NO

47. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita:

1. SI 2. NO

se SI: **48.** Metodo di procreazione medico-assistita:

- 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione
- 2. IUI (Intra Uterine Insemination)
- 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer)
- 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)
- 5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection)
- 6. altre tecniche

49. Data ultima mestruazione: |__|__| |__|__| |__|__| |__|

50. Età gestazionale stimata (in settimane): |__|__|

(*) Per le Aree in cui sono stati adottati i "criteri di eleggibilità per l'assistenza appropriata", la voce 1 comprende le classi ABO e ABOM, la voce 3 comprende le classi AGI e AGIM.

SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

SEZIONE C1: Travaglio e parto

51. Luogo del parto:

1. istituto di cura pubblico o privato
2. abitazione privata (parto a domicilio programmato)
3. altra struttura di assistenza (casa di maternità)
4. luogo extra-ospedaliero non programmato (abitazione, mezzi trasporto, ecc.)

52. Modalità travaglio: 1. travaglio ad inizio spontaneo 2. travaglio indotto 3. senza travaglio (solo per TC)

se travaglio indotto:

53. Motivo di induzione (una sola risposta):

1. gravidanza protratta
2. oligodramnios
3. rottura prematura membrane
4. patologia materna
5. patologia fetale

54. Tipo di induzione (una sola risposta):

1. prostaglandine
2. ossitocina
3. altro farmaco
4. amnioressi
5. altro metodo meccanico

se travaglio ad inizio spontaneo: **55.** Parto pilotato: 1. SI 2. NO

56. Conduzione del travaglio di parto:

1. travaglio a conduzione ostetrica (non medica)
2. travaglio a conduzione medica

57. Sono state utilizzate metodiche anti-dolore in travaglio: 1. SI 2. NO

se SI, indicare le metodiche utilizzate:

1. SI 2. NO

1. SI 2. NO

58. analgesia epidurale

62. agopuntura

59. altro tipo di analgesia farmacologica

63. digitopressione

60. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica

64. idropuntura

61. immersione in acqua o doccia in periodo dilatante

65. altra metodica non farmacologica

66. Genere del parto: 1. semplice

2. plurimo se parto plurimo:

67. N° nati maschi | _ | **68.** N° nate femmine | _ |

Personale sanitario presente al parto:

1. SI 2. NO

69. ostetrica/o:

75. Presenza in sala parto:

70. ginecologa/o:

1. padre del neonato

71. pediatra/neonatologo:

2. altra persona di famiglia della partoriente

72. anestesista:

3. altra persona di fiducia della partoriente

73. infermiera/e neonatale:

4. nessuno

74. altro personale sanitario o tecnico:

76. Effettuazione di episiotomia (se parto vaginale):

1. SI

77. Profilassi Rh: 1. SI

2. NO

2. NO

78. La ricerca di anticorpi IgG anti-rosolia (Rubeo test) è risultata:

1. positiva

2. negativa

3. non nota

SEZIONE C2: Neonato e modalità di parto

(in caso di parto plurimo, la sezione C2 va compilata per ogni nato)

80. Sesso (in base al tipo di genitali esterni): 1. maschio
2. femmina
3. indeterminato

81. N° d'ordine del nato nel presente parto (se parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti):

82. Presentazione del neonato: 1. vertice 2. podice 3. fronte
4. bregma 5. faccia 6. spalla

se parto con taglio cesareo:

84. 1. elettivo **85.** 1. in travaglio **86.** 1. in anestesia generale
2. non elettivo 2. fuori travaglio 2. in anestesia locoregionale centrale

88. Peso (in grammi): | | | | | | **89.** Lunghezza (in cm.): | | | |

90. Circonferenza cranica (in cm.): |—|—|

91. Vitalità: 1. nato vivo 2. nato morto (Se nato morto, compilare la sezione D)
3. nato vivo deceduto subito dopo la nascita (senza ricovero)

92. Punteggio Apgar dopo 5 minuti (se nato vivo): | | | |

93. Necessità di interventi di rianimazione al neonato (se nato vivo): 1. SI 2. NO

se SI, indicare gli interventi effettuati: 1. SI 2. NO

94. ventilazione manuale

95. intubazione

96. massaggio cardiaco

97. adrenalina

98. altro farmaco

99. Presenza di malformazione (informazione da validare al 10° giorno di vita del neonato):

1. SI (Se si, compilare la sezione E) 2. NO

SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ**(da compilare in caso di nato-morto, a cura del medico accertatore)****100.** Malattia o condizione morbosa principale del **feto**: _____ | | | | | | |**101.** Altra malattia o condizione morbosa del **feto**: _____ | | | | | | |**102.** Malattia o condizione morbosa principale della **madre** interessante il feto: _____ | | | | | | |**103.** Altra malattia o condizione morbosa della **madre** interessante il feto: _____ | | | | | | |**104.** Altra circostanza rilevante: _____ | | | | | | |**105.** Momento della morte:
1. prima del travaglio
2. durante il travaglio
3. durante il parto (periodo espulsivo)
4. momento della morte sconosciuto **106.** Esecuzione esami strumentali in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI 2. NO **107.** Esecuzione fotografie in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI 2. NO **108.** Riscontro autoptico:
1. la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia
2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito
3. l'autopsia non è stata richiesta **SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI****(da compilare in caso di nato – vivo o morto - con malformazioni, a cura del medico accertatore; compilare per i neonati con malformazioni diagnosticate entro il 10° giorno dalla nascita)****109.** Malformazione diagnosticata 1: _____ | | | | | | |**110.** Malformazione diagnosticata 2: _____ | | | | | | |**111.** Malformazione diagnosticata 3: _____ | | | | | | |**112.** Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): _____**113.** Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): | | |
(in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)**114.** Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti): | | |
(in caso di malformazione diagnosticata dopo la nascita)

Eventuali malformazioni in famiglia: 1. SI 2. NO 1. SI 2. NO

115. fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	119. genitori padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120. altri parenti madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	121. altri parenti padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. genitori madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

122. Malattie insorte in gravidanza 1: _____ | | | | | | |**123.** Malattie insorte in gravidanza 2: _____ | | | | | | |

Firma dell'Ostetrica/o

Firma del Medico

Data _____

