SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RER

LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

23° RAPPORTO SUI DATI DEL CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO (CEDAP) – ANNO 2025

NOVEMBRE 2026

Emilia-Romagna. Insieme, con cura.

LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

23° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2025

Novembre 2026

La redazione del *Rapporto* è stata curata da:

Enrica Perrone	Settore assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna; Azienda USL Modena
Debora Formisano	Clinical Trials Center- 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

Si ringraziano le/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 2026

Copia del volume e Allegato dati possono essere liberamente scaricati dal sito internet:
https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap

Citazione consigliata: Perrone E, Formisano D, Basevi V et al. *La nascita in Emilia-Romagna. 23° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2025*. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2026

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

INDICE

PRESENTAZIONE 1

IL RAPPORTO IN SINTESI 5

1. PREMESSA 11

Avvertenze 13

La qualità dei dati CedAP 2025 13

Note metodologiche 14

2. IL LUOGO DEL PARTO 17

3. IL CONTESTO DEMOGRAFICO E I DATI SUI GENITORI 23

Il contesto demografico 25

Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori 28

4. GLI STILI DI VITA 37

5. LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA 47

6. LA GRAVIDANZA 53

7. IL TRAVAGLIO 73

8. IL PARTO 87

Analisi dei parti con taglio cesareo in base alla classificazione di Robson 96

9. I NATI 111

10. LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN GRAVIDANZA 131

La vaccinazione anti-influenzale 133

La vaccinazione anti-pertosse 137

BIBLIOGRAFIA 141

ALLEGATI 147

Allegato 1 - Le classi di Robson per singolo punto nascita 149

Allegato 2 - Scheda di rilevazione CedAP anno 2025 171

PRESENTAZIONE

Carissime amiche e carissimi amici,

con il solito interesse e curiosità ho letto e molto apprezzato il nuovo *Rapporto* sull'assistenza perinatale erogata in Emilia-Romagna, giunto alla sua 23° edizione.

In tutti questi anni il *Rapporto* ci ha accompagnato nelle nostre attività con costanza, testimone fedele dei progressi fatti in ambito perinatologico e, al contempo, si è dimostrato strumento unico e insostituibile per monitorare e migliorare la qualità dell'assistenza perinatale erogata. Talvolta è stato il motore del cambiamento attraverso la diffusione di nuove conoscenze scientifiche e l'implementazione di buone pratiche. Intorno a esso è cresciuta una comunità professionale coesa, capace di confrontarsi periodicamente su strategie ed esiti, dando vita a progetti davvero innovativi con una valenza nazionale e internazionale.

La lettura del *Rapporto* ha offerto numerosi spunti di riflessione ma, ancora una volta, la prima amara considerazione la dobbiamo dedicare al progressivo decremento della natalità: nel 2025 in Emilia-Romagna sono state registrate 27.484 nascite, un dato che certifica inesorabilmente una nuova e marcata accelerazione del *trend* negativo della natalità, con oltre 1.100 nati in meno rispetto all'anno precedente e circa 8.000 in meno rispetto a dieci anni fa. Si tratta di una crisi demografica profonda e grave, che interessa tutta la nazione e ha molteplici cause, che imporrebbe l'avvio di reali politiche sociali di sostegno concreto alla genitorialità e alle famiglie.

A fronte però di questo scenario complesso e sfavorevole, molti indicatori confermano invece l'eccellente stato di salute della rete assistenziale perinatale regionale, di cui dobbiamo essere orgogliosi. Tra i tanti elementi positivi ne evidenzierei solo alcuni:

- consultori familiari: la percentuale di donne che si rivolgono al consultorio pubblico in gravidanza è in costante e progressiva crescita (raggiungendo il 64,3% nel 2025), a conferma che tali servizi costituiscono ormai strutture fondamentali soprattutto per le fasce di popolazione più vulnerabili.
- tagli cesarei: il tasso complessivo dei tagli cesarei è stabile ormai da diversi anni (attestandosi nel 2025 al 22,8%), confermando l'Emilia-Romagna tra le regioni più virtuose nel panorama nazionale.
- prematurità e centralizzazione delle gravidanze a rischio: il tasso di prematurità – pari al 6,1% – è stabile negli ultimi tre anni, ma nettamente inferiore a quello rilevato solo dieci anni or sono (nel 2015 era il 7,9%). Anche il confronto con i dati internazionali conferma l'ottimo livello raggiunto dall'assistenza perinatale, posizionando la nostra Regione ai primi posti tra le aree ad alto reddito. In particolare, è interessante osservare che la riduzione delle nascite pretermine è soprattutto da attribuire al calo dei *late preterm*, quasi a sottolineare la maggiore attenzione dei perinatologi emiliano-romagnoli a evitare tutte le cause iatrogene di nascite pretermine e una maggiore appropriatezza di intervento.

  Infine, si conferma la capacità di centralizzazione delle gravidanze a rischio, con il 90% dei nati prima di 32 settimane nei centri *Hub* dotati di Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

Accanto a questi punti di eccellenza, dalla lettura del *Rapporto* emergono aree e ambiti che richiedono analisi più accurate e proposte operative mirate, quali il numero sempre crescente di gravidanze patologiche (che hanno raggiunto il 34,2% sul totale delle gravidanze) e di induzioni (giunte alla soglia ragguardevole del 37,7%), e la progressiva contrazione dei parti a conduzione esclusivamente ostetrica e di quelli avvenuti senza alcun intervento medico.

Probabilmente, a pensarci bene, tutti questi esiti sono in gran parte interconnessi tra di loro e legati alle mutazioni socio-demografiche che hanno caratterizzato la nostra società, con aumento della prevalenza dei fattori di rischio perinatale come l'incremento dell'età materna al parto, l'obesità e le patologie materne.
In questo ambito l'impegno della *Commissione nascita* resta però molto elevato e sono stati promossi gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari specifici per monitorare l'appropriatezza clinica - in particolare sul fronte delle induzioni - e rilanciare linee di indirizzo regionali più appropriate e aggiornate.
Da ultimo, mi piace sottolineare l'attenzione che nel *Rapporto*, anche quest'anno, viene riservata al tema delle vaccinazioni raccomandate in gravidanza. L'analisi dei dati disponibili mostra risultati contrastanti con esiti estremamente lusinghieri per quel che attiene la vaccinazione anti-pertosse, che ha raggiunto nel 2025 la copertura del 70,9% (+4,4% rispetto al 2024 ma +63% rispetto all'inizio dell'implementazione nel 2017) e risultati molto meno soddisfacenti per la vaccinazione anti-influenzale (18,7%), per la quale sussistono ampi margini di miglioramento. Sono dati molto interessanti su cui riflettere e da tenere in considerazione, anche alla luce del recente dibattito sulla implementazione della vaccinazione contro il virus respiratorio sinciziale in gravidanza che alcune nazioni e società scientifiche stanno promuovendo attivamente.

Termino con i rinnovati ringraziamenti a tutte e a tutti coloro che, nei diversi Punti Nascita regionali, con impegno e passione, garantiscono la qualità dei dati raccolti e allo straordinario gruppo di lavoro che cura con dedizione meticolosa e rigore metodologico la stesura del *Rapporto Nascita* regionale

A voi tutte e tutti il più caro 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 2025, comprende i dati di 27.096 parti (27.484 neonati).

Nel 2025 la diminuzione del numero dei nati rispetto all'anno precedente, pari a 1.118 unità, segna la ripresa della riduzione della natalità, tendenza interrottasi unicamente negli anni 2021-2022.

Nell'ultimo decennio le nascite si sono ridotte di circa 8 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 2025 è pari a 1,14. Il tasso di natalità è pari a 6,0 per 1.000 residenti.

I centri *Hub*, dotati di unità di terapia intensiva neonatale, assistono il 70,8% dei parti. Rispetto agli anni precedenti, il numero di parti si è progressivamente ridotto in entrambe le tipologie di centro, *Hub* e *Spoke*, come conseguenza della riduzione complessiva delle nascite.

Caratteristiche della popolazione

La quota di madri con cittadinanza straniera è 31,7%, stabile rispetto all'anno precedente, ma in calo rispetto al periodo pre-pandemico (era 33,5% nel 2019). Poco più di un nato su cinque (23,5%) ha entrambi i genitori stranieri.

L'età media delle madri è pari a 32,5 anni; le donne al primo parto costituiscono il 50,3% del totale delle donne che hanno partorito nel 2025 e hanno in media 31,6 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.

I parti di minorenni sono 0,1%, stabili nel tempo. La quota di donne che partorisce a una età uguale o superiore a 35 anni è pari a 36,3%; l'aumento osservato negli ultimi dieci anni è a carico esclusivo delle madri straniere.

Il 42,3% 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 19,8%. In 12,3% dei nati entrambi i genitori hanno una scolarità bassa.

Il tasso di occupazione delle madri è pari a 67,8%, 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 22,8% è casalinga. La quota delle famiglie senza reddito (entrambi i genitori non occupati) è pari a 1,5%; la frequenza è più alta (2,9%) tra le coppie in cui la madre ha cittadinanza straniera.

Il 5,2% delle donne riferisce di aver fumato nel corso della gravidanza, il valore più basso negli ultimi dieci anni. Continuano invece ad aumentare le condizioni di sovrappeso e obesità: nel 2025 riguardano, rispettivamente, il 22,5% e il 12,8% delle madri. Considerando il peso al parto, il 31,5% delle madri con gravidanza singola a termine ha avuto un incremento inferiore e il 23,0% un incremento superiore a quello raccomandato dall'*Institute of Medicine*.

Gravidanza

I parti con concepimento tramite tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono il 5,4% del totale, in netto aumento rispetto agli anni precedenti, in misura prevalente fra le donne italiane.

Il consultorio familiare pubblico assicura l'assistenza in gravidanza a 64,3% delle donne, percentuale in progressivo aumento negli ultimi dieci anni. La quasi totalità delle donne straniere (92,8%) e il 62,8% delle donne italiane si rivolgono al servizio pubblico per l'assistenza in gravidanza.

Il numero medio di visite in gravidanza è 7. Il 40,9% delle donne effettua almeno 8 visite/bilanci di salute in gravidanza e il 92,8% esegue una prima visita in gravidanza entro 11^{+6} settimane di gestazione. Un accesso tardivo (da 12^{+0} settimane di gestazione) all'assistenza in gravidanza è più frequente in donne con maggiore vulnerabilità sociale.

Circa l'80% delle donne ha eseguito almeno un test di screening prenatele non invasivo (test combinato o *non invasive prenatal test* - NIPT) e il 2,9% ha effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villocentesi o funicolocentesi).

La partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita è pari a 40,9%, il valore più alto registrato negli ultimi dieci anni; la partecipazione resta più frequente tra le donne con minore vulnerabilità sociale.

Le donne con gravidanza a decorso patologico sono 34,2%, il doppio rispetto al 2016 – primo anno di rilevazione dell'informazione. Le donne con gravidanza fisiologica assistite dall'ostetrica in consultorio familiare pubblico sono 47,1%.

Travaglio e parto

Il tasso di parti pretermine è pari a 5,6%, stabile dal 2023, ma in riduzione negli ultimi dieci anni (era 7,1% nel 2015). Il tasso di parti post-termine è 1,4%.

Escludendo i parti con taglio cesareo senza travaglio, il travaglio è indotto in 37,7% dei casi, frequenza in aumento negli ultimi dieci anni (era 25,9% nel 2015); la più frequente indicazione all'induzione, anche quest'anno, è la patologia materna.

Nel 13,4% dei parti con travaglio indotto viene successivamente eseguito un taglio cesareo, rispetto a 3,9% dei casi registrati nei parti con travaglio spontaneo. Tra i parti con travaglio a inizio spontaneo, in 15,0% dei casi il travaglio è stato pilotato farmacologicamente.

L'utilizzo di tecniche di contenimento del dolore in travaglio, sia farmacologiche che non farmacologiche, interessa 97,0% dei parti. L'analgesia epidurale è impiegata in 39,2% dei parti, dato in aumento rispetto agli anni precedenti (era 20,0% nel 2015).

Il 27,5% dei travagli è a conduzione ostetrica (non medica), in riduzione nel tempo. Nei parti a termine senza "alcun intervento medico" la quota di travagli a conduzione ostetrica raggiunge valori pari a 68,9%.

Durante il travaglio di parto in 94,3% dei casi, la donna ha avuto accanto una persona di fiducia da lei scelta. L'episiotomia risulta effettuata in 2,3% dei parti vaginali non operativi.

Il tasso di parti plurimi è 1,4% di tutti i parti; la frequenza è più alta nelle gravidanze da PMA (4,6%).

I parti vaginali operativi sono 5,0%; il tasso di parti con taglio cesareo è 22,8%, stabile negli ultimi cinque anni.

Rispetto alla classificazione di Robson, negli ultimi dieci anni si osserva una riduzione al ricorso dell'intervento nelle classi I e IIa (primipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e, rispettivamente, con travaglio spontaneo e indotto) e nella classe V (pre-cesarizzate).

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 5,6% nel 2015 a 4,5% nel 2025. 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 6,4%, quelli di peso inferiore a 1.500 grammi 0,9% e i nati con peso ≥4.000 grammi 6,3%. Circa 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 8,3% (SGA - *small for gestational age*), quelli grandi per l'età gestazionale sono il 10,6% (LGA - *large for gestational age*).

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

Il 3,8% 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. Fra i rianimati in 82,5% dei casi è stata eseguita solo la ventilazione manuale.

I nati con malformazioni risultano 179, corrispondenti a 0,6% del totale. Sono stati registrati 67 nati morti, che determinano un tasso di natimortalità del 2,44 per 1.000 nati; valore inferiore a quello rilevato dal *Sistema di sorveglianza perinatale regionale* (3,13 per 1.000).

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 2025, 18,7% ha eseguito la vaccinazione anti-influenzale e 70,9% la vaccinazione anti-pertosse. La probabilità di aderire alla vaccinazione anti-pertosse è maggiore in donne assistite in gravidanza dal servizio sanitario pubblico rispetto a chi è seguita privatamente.

CAPITOLO 1

PREMESSA

Avvertenze

Tutte le edizioni del *Rapporto sulla nascita in Emilia-Romagna*, dal 2004 a oggi, sono liberamente scaricabili all'indirizzo: https://salute.regione.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 sanitario di residenza materna).

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: Esplora - ReportER

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.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione.

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

La qualità dei dati CedAP 2025

I dati analizzati nella presente pubblicazione sono relativi a 27.096 parti (27.484 neonati) avvenuti in Emilia-Romagna nell'anno 2025 (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 2025; 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 parti e ai nati avvenuti in Regione, nei 18 punti nascita (PN) attivi nel 2025 e in ambiente extra-ospedaliero. La banca dati regionale CedAP non contiene informazioni relative ai parti 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 sanitario di residenza materna (tabelle 188-195 dell'*Allegato dati*).

Nella prima fase di analisi è stata 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 parti con Luogo del parto= *abitazione privata (parto a domicilio programmato)* o *altra struttura di assistenza* e Presidio non indicato (campo valorizzato con 080999). I parti 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 dello specifico punto nascita. 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	5,5% valori mancanti (1.490 record); valori elevati per il punto nascita di Aou Parma (31,3%), Reggio Emilia (9,7%) e Aou Bologna (6,1%)
Titolo studio padre	5,0% valori mancanti (1.345 record); valori elevati per il punto nascita di Aou Parma (31,4%), Reggio Emilia (8,4%) e Forlì (9,0%)
Condizione professionale madre	16,8% valori mancanti (4.556 record); valori elevati per i punti nascita di Ausl Romagna (53,9%). Dati del punto nascita di Aou Parma esclusi nelle analisi bivariate per distribuzione anomala
Condizione professionale padre	6,0% valori mancanti (1.613 record); valori elevati per il punto nascita di Aou Parma (33,8%), Reggio Emilia (7,4%) e Aou Bologna (11,3%). Dati del punto nascita di Aou Parma esclusi nelle analisi bivariate per distribuzione anomala
Cittadinanza padre	12,6% valori mancanti (3.412 record); valori elevati per il punto nascita di Aou Parma (31,3%), Reggio Emilia (8,9%), Aou Modena (40,7%), Carpi (27,8%) e Aou Bologna (28,4%)
Precedenti concepimenti	in tutti i punti nascita di Ausl Romagna distribuzione anomala dei dati delle donne al primo parto. Si considerano validi solo i dati relativi alle donne con precedenti parti (multipare)

Variabile	Criticità e relativi aggiustamenti
Numero visite di controllo in gravidanza	per il punto nascita di Aou Bologna distribuzione anomala dei dati con percentuale elevata di donne senza alcuna visita rispetto alla media regionale – dati esclusi nelle analisi bivariate
Effettuazione del test NIPT	per i punti nascita di Ausl Romagna errore di trasmissione dei dati di test eseguiti/non eseguiti – dati esclusi nelle analisi bivariate e multivariate
Durata della gravidanza	per il punto nascita di Aou Bologna distribuzione anomala dei dati con percentuale elevata di parti tra 25-27 settimane di età gestazionale rispetto alla media regionale– dati esclusi nelle analisi bivariate e multivariate
Motivo induzione e tipo induzione	per il punto nascita di Aou Parma errore di trasmissione con dati invertiti per le due variabili – dati esclusi nelle analisi bivariate
Presenza del personale sanitario in sala parto	per il punto nascita di Aou Parma distribuzione anomala dei dati con 0% di presenza del personale sanitario diverso da ostetrica in parti vaginali – dati esclusi nelle analisi bivariate
Centile di peso del neonato	per il punto nascita di Aou Bologna distribuzione anomala dei dati per errata attribuzione dell'età gestazionale – dati esclusi nelle analisi bivariate e multivariate

Per le analisi in base alla categoria dei punti nascita, sono stati considerati i seguenti raggruppamenti: punti nascita *Hub* (dotati di unità di terapia intensiva neonatale); punti nascita *Spoke* ≥1.000 parti/anno; punti nascita *Spoke* <1.000 parti/anno; per la categorizzazione dei centri *Spoke* è stato considerato il numero medio di parti assistiti nel triennio 2023-2025.

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= massa (kg) / 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 seguenti classi:

- 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 rappresentare sinteticamente la distribuzione, in caso di neonato sottoposto a più tecniche di rianimazione, il caso è stato conteggiato un'unica volta e attribuito alla tecnica indicativa della maggiore gravità clinica, secondo il seguente ordine gerarchico: somministrazione di adrenalina o di altri farmaci, massaggio cardiaco, intubazione, ventilazione manuale.

Le tabelle 188-195

sono relative all'analisi dei dati per azienda/distretto sanitario di residenza materna. 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 sono stati consultati i documenti ministeriali relativi ai parti avvenuti nel 2025[1].

[1] Ministero della salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita Anno 2025. Ministero della salute (2026).Disponibile in: https: https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita-anno-2025/

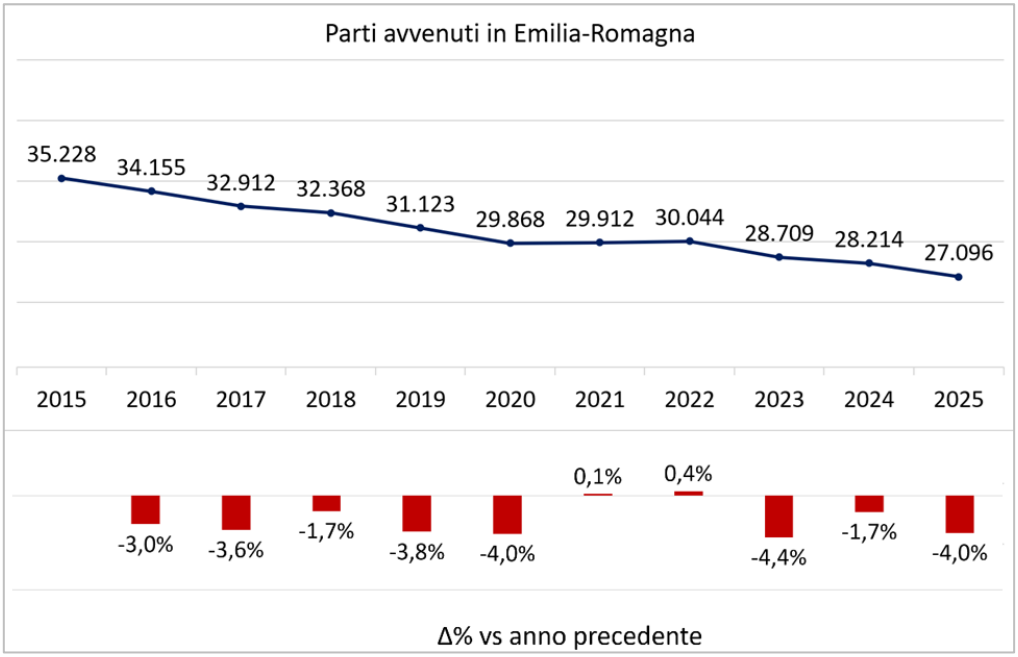
CAPITOLO 2

IL LUOGO DEL PARTO

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

In Emilia-Romagna (E-R), i parti registrati nella banca dati CedAP 2025 sono 27.096 con 27.484 nati (vivi e morti). Rispetto all'anno precedente, i parti sono diminuiti di circa 1.000 unità; negli ultimi dieci anni il calo è stato di 8 mila unità, pari a una riduzione percentuale del 23% (figura 1).

Figura 1. Numero di parti e differenza percentuale rispetto all'anno precedente, E-R 2015-2025



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

I parti risultano avvenuti in 99,5% dei casi in un ospedale, in 0,3% dei casi in ambiente extra-ospedaliero programmato (n= 88, di cui 54 in abitazione privata e 34 in una casa di maternità) e in 0,2% dei casi (n= 60) in un luogo extra-ospedaliero non programmato.

Il numero di parti 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 conclusisi in una struttura ospedaliera a seguito di trasferimento, che nel flusso CedAP vengono attribuiti all'ospedale, nel 2025 l'*Osservatorio* ha registrato 109 parti[2].

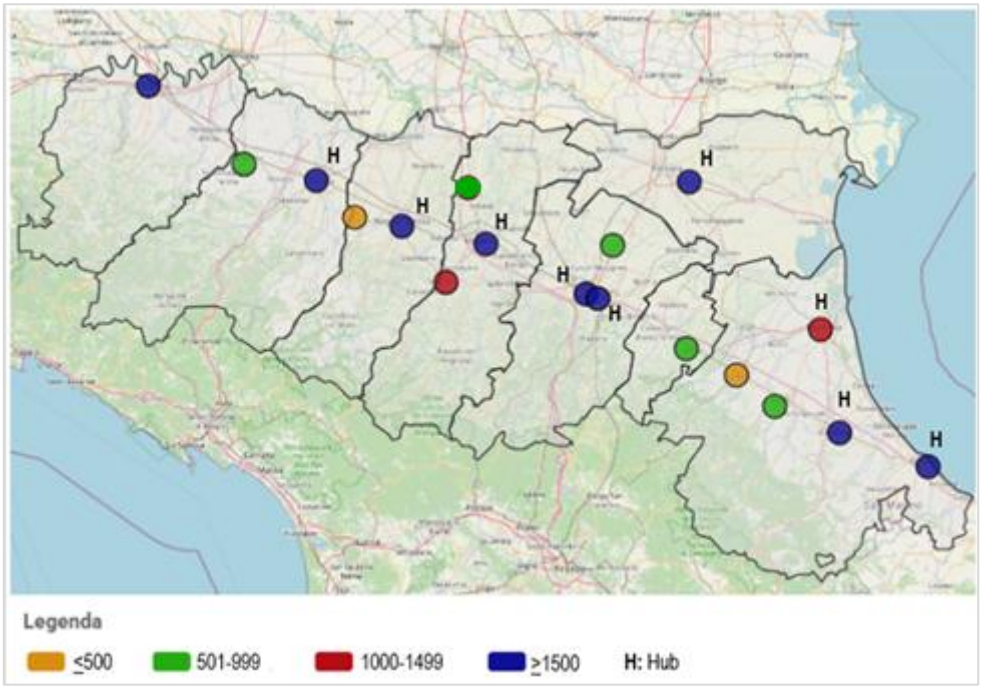
I punti nascita attivi nel 2025 sono 18 (figura 2); nei nove punti nascita *Hub* – dotati di Unità di terapia intensiva neonatale (UTIN) - è avvenuto il 70,8% (n= 19.190) dei parti. Gli *Hub* pertengono a quattro Aziende ospedaliero-universitarie - Aou (Parma, Modena, Bologna e Ferrara) e a tre Aziende 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 parti nei centri *Hub* è pari a 2.132; in tre punti nascita *Hub* (Ravenna, Ferrara e Cesena) sono stati registrati meno di 2.000 parti/anno.

I centri *Spoke* con più di 1.000 parti/anno sono due: Piacenza – che ha assistito 1.774 parti e Sassuolo che supera di poco 1.000 parti. Complessivamente, i due centri hanno assistito il 10,8% (n= 2.922) dei parti avvenuti in regione. Nei sei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno è stato registrato il 18,1% (n= 4.896) dei parti, con un numero medio per punto nascita pari a 699. Nel 2025 è rientrato in questa categoria il punto nascita di Carpi che – ad eccezione del periodo pandemico 2020-2021- ha sempre registrato valori superiori

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

al *cut-off* dei 1.000 parti/anno. Nei capitoli successivi, nelle analisi condotte per categoria di punto nascita, il centro di Carpi è stato incluso tra gli *Spoke* con ≥1.000 parti/anno. La scelta è motivata dal fatto che la struttura ha assistito, in media, più di 1.000 parti/anno nell'ultimo triennio e possiede i medesimi requisiti assistenziali previsti per tale livello, conformemente a quanto definito nella Delibera di giunta regionale "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera neonatale" (DGR n. 1252/2026).
I centri *Spoke* che hanno registrato meno di 500 parti/anno sono due: Montecchio e Faenza, che, insieme, hanno assistito 2,5% (n= 672) del totale dei parti.

Figura 2. Punti nascita per volume di attività, E-R 2025



Negli ultimi cinque anni si registra una riduzione del numero di parti nella quasi totalità dei punti nascita; per la prima volta la tendenza al calo è di poco maggiore in centri *Hub* rispetto a quella osservata in centri *Spoke* (tabella 1).

Più di quattro donne su cinque (86,1%) 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 5,0%, 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 Rimini (18,8%), Piacenza (13,5%) e Aou di Ferrara (8,2%). Le donne residenti all'estero che hanno partorito in Regione sono 2,2%, dato stabile nel tempo.

Tabella 1. Numero di parti, per luogo di evento in E-R, 2021-2025							
Luogo di evento	2021	2022	2023	2024	2025	Δ%[a] 2021-25	note
Piacenza	1.759	1.830	1.884	1.859	1.774	0,9%	
Fidenza	816	852	834	795	796	-2,5%	
Aou Parma	2.515	2.540	2.445	2.438	2.384	-5,2%	
Montecchio Emilia	604	517	450	389	406	-32,8%	
Reggio Emilia	2.559	2.522	2.444	2.503	2.380	-7,0%	
Carpi	974	1.038	1.024	1.038	975	0,1%	
Mirandola	335	233				-	non attivo da dicembre 2022
Sassuolo	1.214	1.350	1.314	1.177	1.148	-5,4%	
Aou Modena	2.918	2.838	2.776	2.863	2.845	-2,5%	
Maggiore - Bologna	3.221	3.058	2.969	2.791	2.431	-24,5%	
Bentivoglio	550	788	839	916	837	52,2%	non attivo in aprile 2021
Aou di Bologna	2.469	2.384	2.254	2.353	2.521	2,1%	
Imola	817	749	722	748	713	-12,7%	
Cento	245	196	79			-	non attivo da giugno 2023
Aou Ferrara	1.596	1.634	1.623	1.570	1.604	0,5%	
Ravenna	1.628	1.563	1.405	1.406	1.288	-20,9%	
Faenza	357	286	356	331	266	-25,5%	
Forlì	860	982	1.008	927	903	5,0%	
Cesena	1.835	1.893	1.787	1.650	1.502	-18,1%	
Rimini	2.469	2.663	2.386	2.342	2.235	-9,5%	
Totale Hub	***21.210***	***21.095***	***20.089***	***19.916***	***19.190***	***-9,5%***	
Totale Spoke	***8.531***	***8.821***	***8.510***	***8.180***	***7.818***	***-8,4%***	
PEO[b] programmato	*170*	*128*	*110*	*118*	88	-48,2%	
Totale parti	***29.912***	***30.044***	***28.709***	***28.214***	***27.096***	***-9,4%***	

a. Δ%: aumento o riduzione percentuale dei parti registrati nel 2021 e 2025; b. PEO: parto extra-ospedaliero

In sintesi

- il numero di parti continua a diminuire, annullando la pur contenuta ripresa osservata nei due anni successivi all'emergenza pandemica del 2020
- la riduzione delle nascite si osserva sia in centri *Hub* che *Spoke*; per la prima volta, il calo risulta più marcato nei centri *Hub*.

CAPITOLO 3

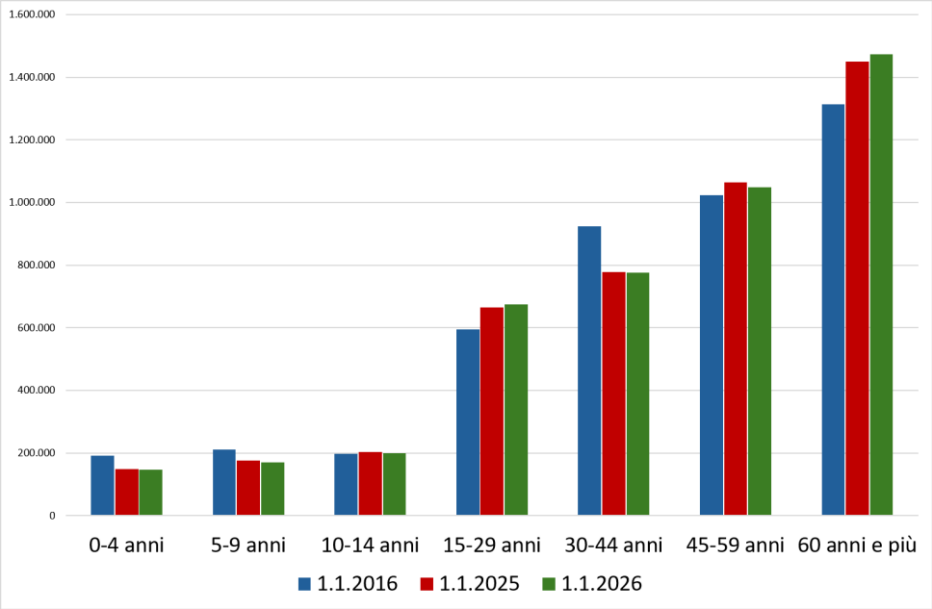
IL CONTESTO DEMOGRAFICO E I DATI SU GENITORI

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

Il contesto demografico

La **popolazione residente in Emilia-Romagna** al 1° gennaio 2026 è pari a 4.488.162 unità; rispetto alla stessa data del 2025 si registra un aumento pari a +0,1%. L'analisi per classi di età inferiore a 45 anni traccia un aumento della popolazione tra 15-29 anni (circa 10 mila unità in più rispetto all'anno precedente) e una diminuzione della popolazione tra 30 e 44 anni (quasi 2 mila unità in meno rispetto all'anno precedente e 180 mila unità in meno rispetto al 2016). La contrazione di quest'ultima fascia d'età, che comprende una parte rilevante della popolazione in età riproduttiva, si inserisce nel più ampio processo di riduzione delle nascite e contribuisce a spiegare la diminuzione della popolazione pediatrica. In particolare, il numero di bambini fino a 4 anni è calato di 45 mila unità negli ultimi dieci anni, con un calo di oltre 3 mila unità nel corso dell'ultimo anno (figura 3) (Regione Emilia-Romagna - Ufficio di statistica, 2026).

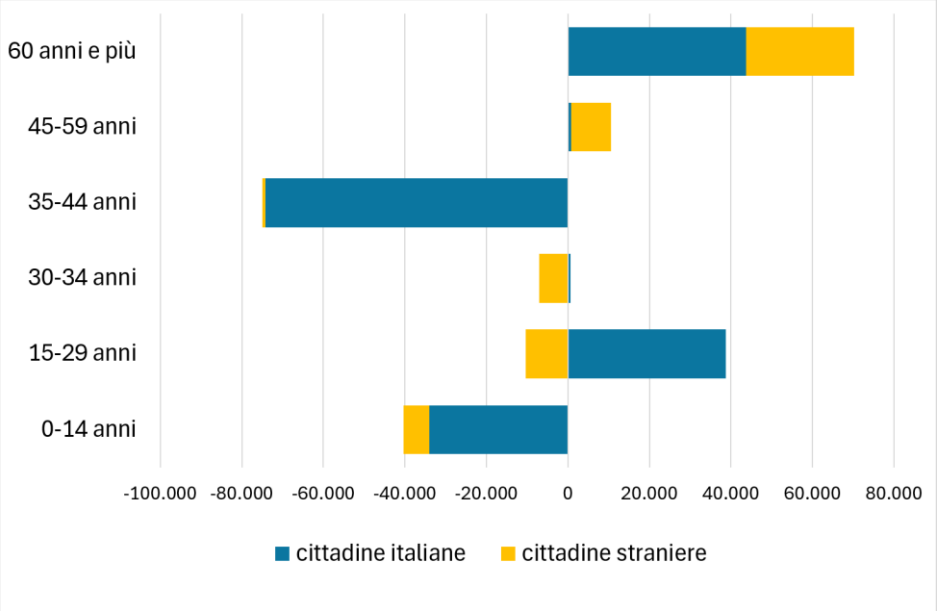
Figura 3. Popolazione residente in E-R, per classi di età, al 1° gennaio degli anni 2016, 2025 e 2026



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

Limitando l'analisi alla **popolazione residente femminile** si registra un aumento nella fascia 15-29 anni di circa 28.000 mila unità rispetto al 1° gennaio 2016, a carico quasi esclusivo delle cittadine italiane. Questo incremento riflette il costante aumento delle nascite registrato in Italia tra gli anni Novanta e Duemila. Negli ultimi dieci anni si osserva una riduzione della popolazione femminile nella fascia 30-34 anni (circa 6 mila unità) e – in misura più netta - nella fascia 35-44 (circa 75 mila unità). Il contributo della popolazione con *background* migratorio all'aumento delle fasce di età più giovani (15-34 anni) è in calo (circa 17 mila unità in meno nell'ultimo decennio) (figura 4).

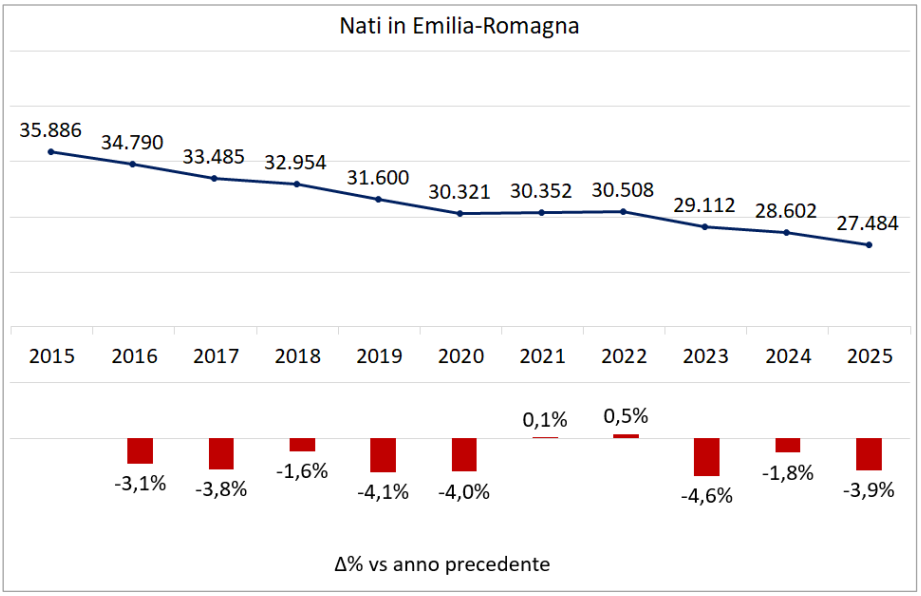
Figura 4. Variazione assoluta della popolazione femminile residente in E-R tra 1.1.2016 e 1.1.2026, per cittadinanza



Fonte: Ufficio di statistica, Regione Emilia-Romagna

Nel 2025 le **nascite** in Emilia-Romagna sono 27.484, circa 1.000 unità in meno rispetto all'anno precedente, 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 8 mila unità, pari a una differenza percentuale di 23,4%. Il tasso di natalità regionale stimato nel 2025 è pari a 6,0 per 1.000 residenti, sovrapponibile a quello nazionale (Istat, 2026a).

Figura 5. Numero di nati e differenza percentuale rispetto all'anno precedente, E-R 2015-2025

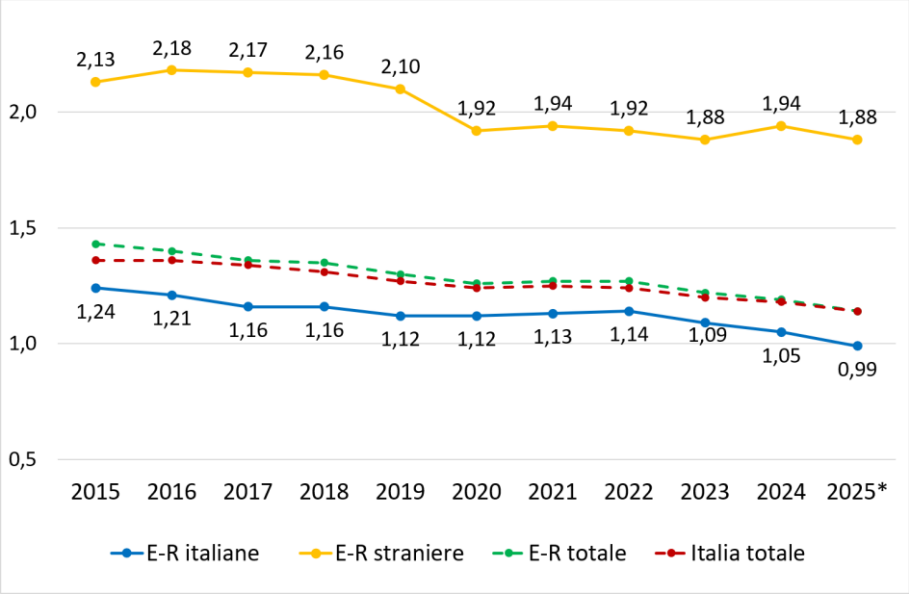


La fascia di età tra i 30 e 36 anni è quella in cui – sia a livello nazionale che regionale – si realizza maggiormente la scelta di avere un figlio[3]. La persistente riduzione del numero di donne in questa specifica fascia anagrafica e la progressiva posticipazione dell'esperienza di genitorialità verso età sempre più mature contribuiscono alla bassa natalità.

In Emilia-Romagna il **tasso di fecondità** (numero medio di figli per donna) è pari a 1,14, in riduzione rispetto all'anno precedente e uguale a quello nazionale. Fra le cittadine italiane si registra il tasso più basso negli ultimi dieci anni. L'effetto positivo sulle nascite determinato dalla popolazione straniera residente in Regione si è attenuato dal 2020, pur rimanendo significativo lo scarto fra le due sottopopolazioni (figura 6).

In Italia il tasso di fecondità in cittadine italiane e straniere è sovrapponibile a quello regionale; il tasso di fecondità è più basso in donne laureate (1,09 figli) rispetto a quello delle donne con un titolo di studio fino alla licenza media (1,58 figli). La differenza del tasso di fecondità tra le due sottopopolazioni si rileva in tutte le ripartizioni geografiche, ma è più attenuata nelle regioni del Centro-Nord rispetto a quelle del Sud (Istat, 2026b). Nel 2024, ultimo dato disponibile, il tasso di fecondità medio europeo è pari a 1,34 figli per donna, in riduzione nel tempo (era 1,55 nel 2015), con *range* da 1,01 in Malta a 1,72 in Bulgaria (Eurostat, 2026).

Figura 6. Tasso di fecondità per cittadinanza in E-R e in Italia (tutta la popolazione residente), 2015-2025



Fonte: ISTAT. * 2025, dato stimato

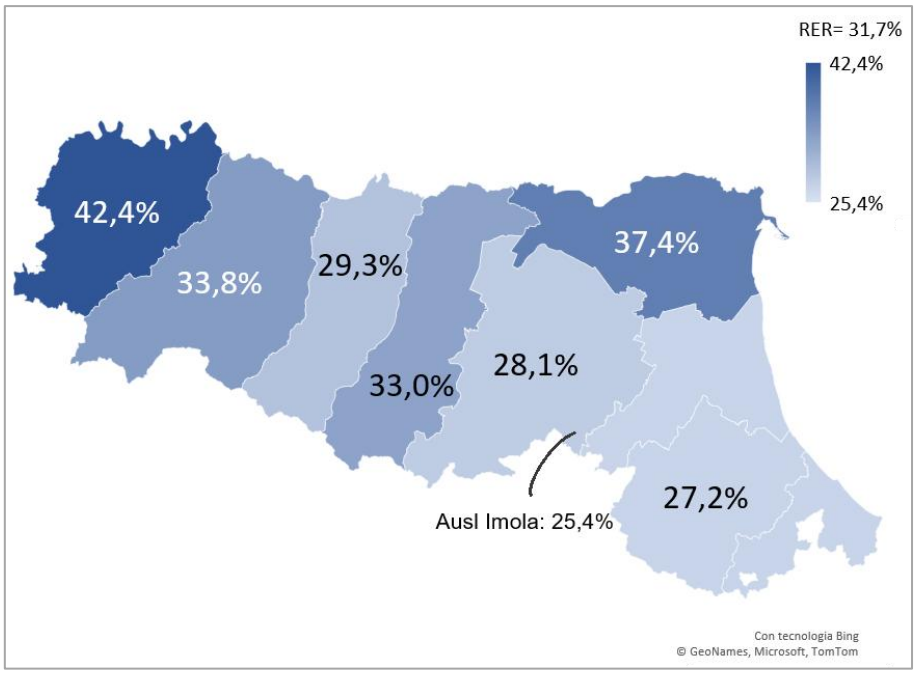
[3] ISTAT. Indicatore: *Tasso di fecondità specifica per età della madre*. Dati disponibili in http://dati.istat.it/; Pagina web ultimo accesso ottobre 22.10.2026

Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori

Cittadinanza

Le **donne nate in un paese estero** sono il 37,3% di tutta la popolazione di partorienti. La quota di **donne con cittadinanza straniera** è 31,7%, stabile rispetto all'anno precedente, ma in calo rispetto al periodo pre-pandemico (era il 33,5% nel 2019). Nonostante ciò, l'Emilia-Romagna è tra le regioni con la più alta quota di cittadini stranieri (12,5% vs 9,4% media nazionale) e di madri con cittadinanza non italiana (media nazionale 20,7%) (Istat, 2026a; Ministero della salute, 2026a). La quota più alta di madri con cittadinanza straniera si registra nel territorio dell'Ausl di Piacenza, quella inferiore in Ausl di Imola (figura 7).

Figura 7: Frequenza di madri con cittadinanza straniera per azienda sanitaria di residenza, E-R 2025



In Emilia-Romagna sono circa 130 i Paesi esteri di provenienza delle madri; le prime cinque comunità più rappresentate si confermano essere quella del Marocco (14,7% rispetto a tutte le madri con cittadinanza straniera), seguita da quelle di Albania (11,8%), Romania (9,6%), Pakistan (7,8%) e Nigeria (6,0%).

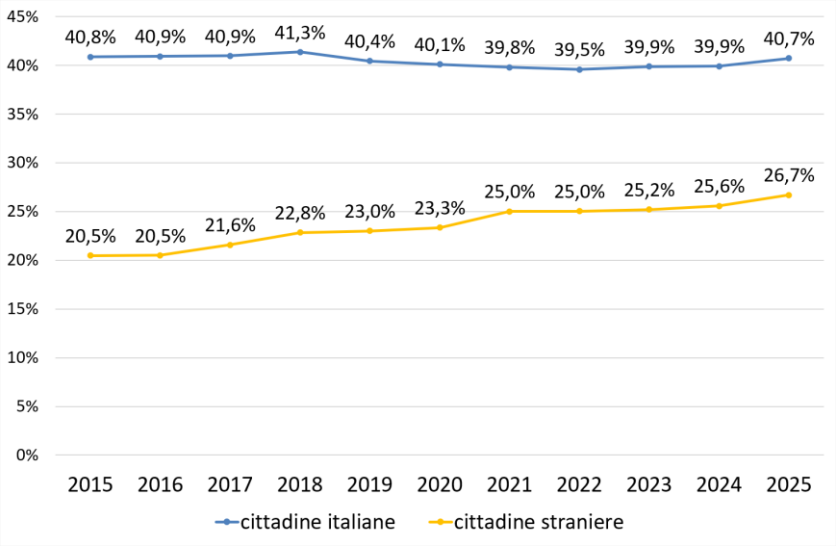
La quota di **padri con cittadinanza straniera** è pari a 28,9%, in calo, come per le madri, rispetto al periodo pre-pandemico (era il 30,1% nel 2019).

Quasi due bambini su cinque (36,6%) hanno almeno un genitore con cittadinanza straniera; in particolare, in 23,5% dei casi entrambi i genitori sono stranieri, in 7,7% solo la madre e in 5,4% solo il padre. Rispetto al periodo pre-pandemico, è in calo la quota di famiglie con entrambi i genitori stranieri (era 26,2% nel 2019), mentre aumentano le coppie con almeno un genitore con cittadinanza straniera (era 11,3% nel 2019).

Età al parto

In media, l'età della madre al parto è pari a 32,5 anni, quella paterna risulta di 36,1 anni. Il parto in donne di età inferiore a 18 anni è un evento molto raro; nel 2025 ha interessato 26 minorenni (0,1% del totale dei parti). La quota di donne con età ≥35 anni è pari a 36,3% (era 34,5% nel 2015); l'aumento registrato negli ultimi dieci anni è esclusivamente a carico delle madri straniere (figura 8). La quota di madri con età ≥40 anni è pari a 9,0% di tutte le partorienti (era 8,5% nel 2015).

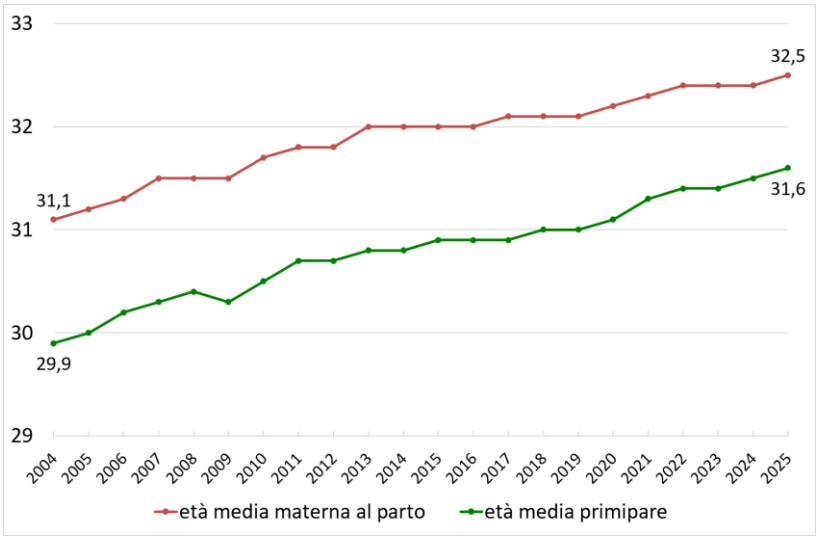
Figura 8. Frequenza di parti di donne con età uguale o superiore a 35 anni per cittadinanza, E-R 2015-2025



Rispetto alle madri di età inferiore a 35 anni, tra quelle di età superiore si osserva una maggiore frequenza di ricorso a metodiche di procreazione assistita (10,0% vs 2,5%), induzione del travaglio (40,8% vs 36,7%, sul totale dei parti con travaglio), taglio cesareo (29,1% vs 19,2%) e parto pretermine (6,6% vs 5,0%).

Ampliando il periodo di osservazione agli ultimi venti anni, si osserva un progressivo aumento dell'età media delle madri al parto, sia complessivamente che nelle primipare, a conferma di una tendenza da parte delle donne e delle coppie a posticipare le scelte riproduttive (figura 9).

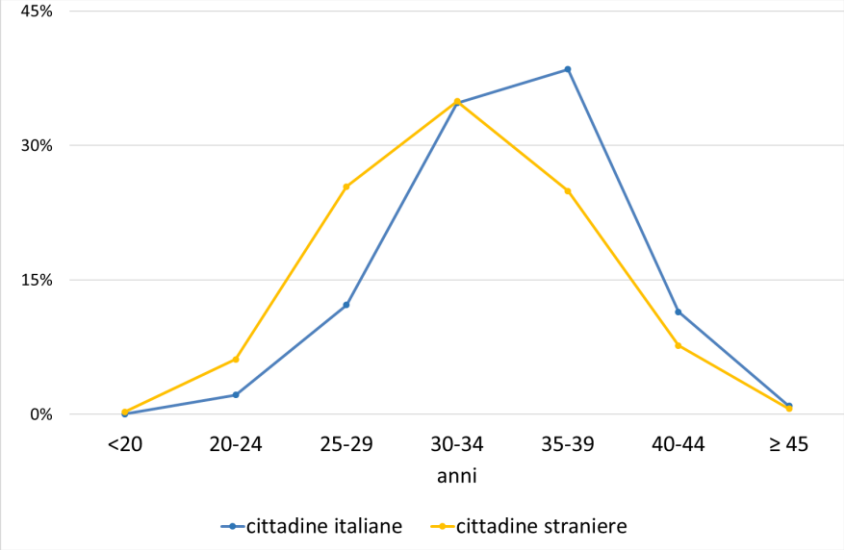
Figura 9. Età media al parto delle madri, E-R 2004-2025



Le **madri al primo parto** risultano avere una **età media** di 31,6 anni; il dato è sovrapponibile a quello nazionale, pari a 32 anni (Istat, 2026b), tra i più alti in Europa in cui l'età media al primo figlio è di 29,9 anni nel 2024, ultimo dato disponibile (Eurostat, 2026).

L'analisi dei parti per fasce di età materna conferma una differente tendenza nell'avvio della esperienza genitoriale tra le madri italiane e quelle con altra cittadinanza (figura 10). Circa il 60% delle madri straniere ha meno di 30 anni quando partorisce il primo figlio rispetto a 26,9% tra le madri italiane. Tra queste ultime la maggiore concentrazione di madri al primo parto è nelle classi di età 35-39 anni.

Figura 10. Distribuzione di parti in primipare per fascia di età e cittadinanza, E-R 2025

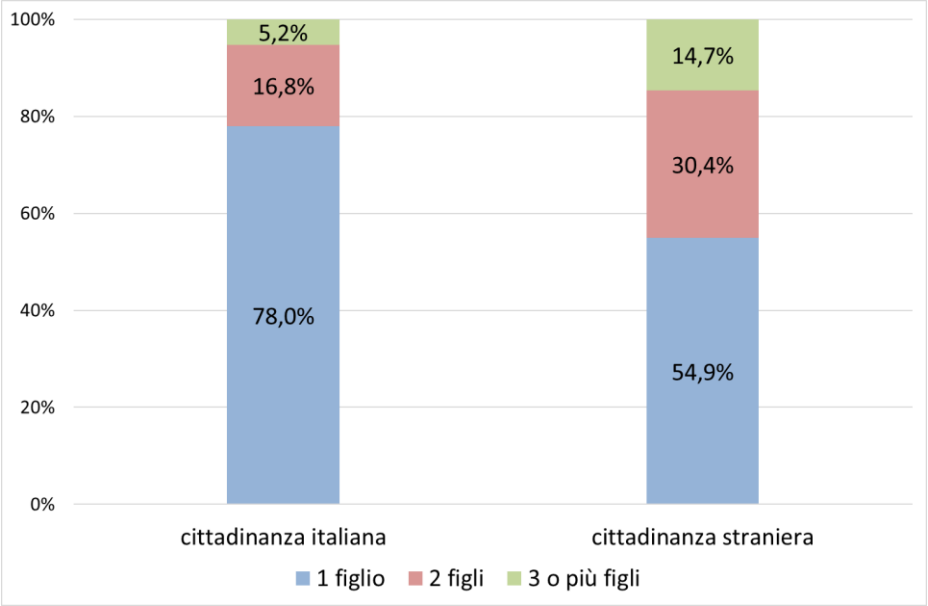


Gravidanze e parti precedenti

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 parti di questi centri, tra le donne che hanno partorito nel 2025, le **primigravide** sono 39,0%. Le donne al primo parto (**primipare**), primigravide o multigravide, sono 50,3% di tutta la popolazione di partorienti.

Tra le multigravide, 81,4% ha avuto almeno un precedente parto, 32,8% riferisce di aver avuto almeno un aborto spontaneo e 12,4% almeno una precedente interruzione volontaria della gravidanza (IVG); rispetto al 2015, è aumentata la quota di donne con precedenti aborti spontanei (era 31,4%) mentre è diminuita quella con precedenti IVG (era 14,0%).
Tra le multipare, 247 donne (1,9%) riferiscono di aver avuto almeno un parto precedente con esito di natimortalità; nel 2015 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 (63,2% vs 43,1%). Rispetto alle multipare italiane le madri straniere hanno più frequentemente una età inferiore a 35 anni (66,8% vs 49,1%) e due o più figli (oltre quello nato nell'attuale parto) (figura 11).

Figura 11. Distribuzione di parti di multipare per numero di figli e cittadinanza, E-R 2025



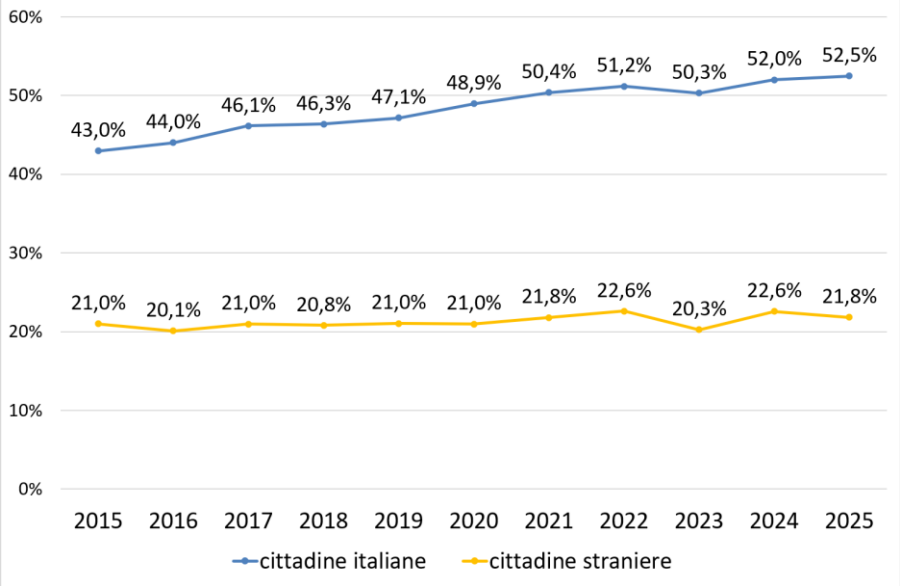
Tra le multipare, l'**intervallo** tra l'attuale parto e il precedente è inferiore a 18 mesi nel 5,0% dei casi, compreso tra 18-35 mesi nel 30,2%, tra 3-5 anni nel 31,5% e maggiore di 5 anni nel 33,3%. Tra le cittadine straniere, rispetto alle italiane, è più frequente che l'intervallo tra i due parti sia inferiore a 18 mesi (6,3% vs 4,2%) o superiore a 5 anni (40,3% vs 28,6%).

Stato civile

Escludendo dall'analisi i dati dei parti avvenuti in Ausl e Aou di Modena per incompleta rilevazione dell'informazione, il 55,2% delle madri riferisce di essere coniugata, 43,2% nubile e 1,1% separata, divorziata o vedova; in 0,6% dei casi lo stato civile non è stato dichiarato. Come osservato da diversi anni, il matrimonio non rappresenta più una condizione preliminare per avere un figlio: la quota di donne nubili è aumentata nel tempo, seppur quasi esclusivamente in cittadine italiane (figura 12).

Nel nuovo tracciato ministeriale CedAP, in vigore dal 2026, le informazioni sullo stato civile rilevano 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, 2025).

Figura 12. Frequenza di parti di donne nubili per cittadinanza, E-R 2014-2025



Scolarità

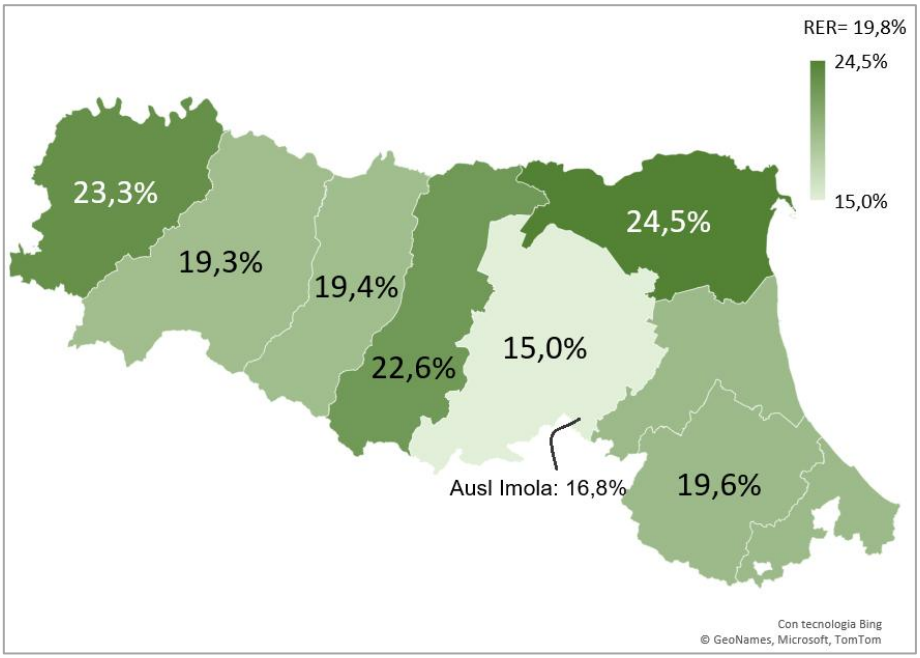
I dati sulla **scolarità materna** rilevano che tra le donne che hanno partorito in Regione:

- 19,8% ha un livello di scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore (*scolarità bassa*)
- 37,9% ha conseguito un diploma di scuola media superiore (*scolarità media*)
- 42,3% è laureata o ha conseguito un diploma universitario (*scolarità alta*).

Il livello di scolarità è aumentato nel tempo (nel 2015 la quota di laureate era 32,7% e quella di madri con scolarità bassa era 24,4%) ed è mediamente superiore a quello registrato a livello nazionale, in cui la quota di donne con alta scolarità è pari a 38,0% (Ministero della salute, 2026a).

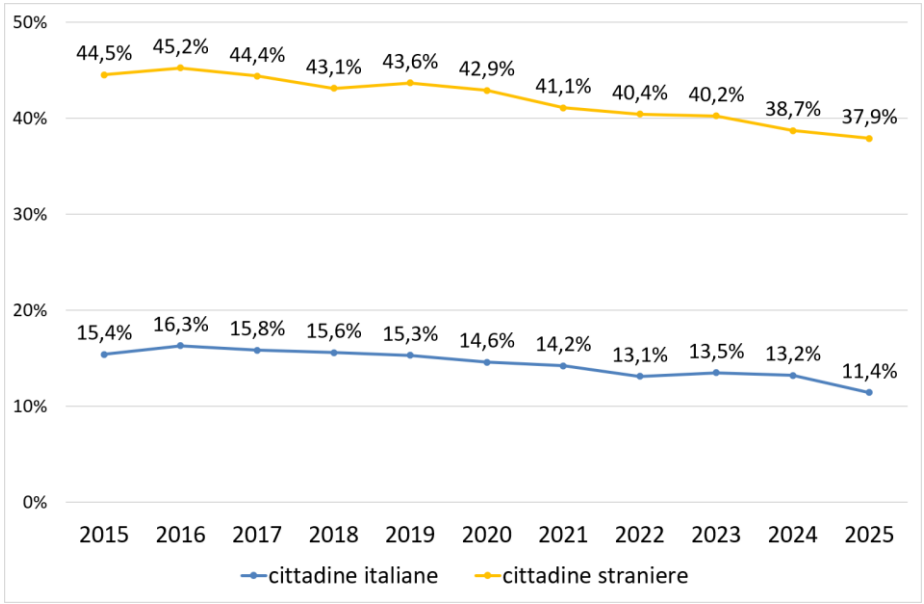
Rispetto all'azienda di residenza, la quota di donne con livello di istruzione basso è maggiore della media regionale nei territori della Ausl di Ferrara e di Piacenza (figura 13).

Figura 13: frequenza di madri con livello di istruzione basso per azienda sanitaria di residenza, E-R 2025



Circa due madri con cittadinanza straniera su cinque (37,9%) ha un livello di istruzione basso; questa condizione è in diminuzione nel tempo, ma la differenza rispetto alle italiane è stabile negli ultimi cinque anni (figura 14).

Figura 14. Frequenza di parti per livello di scolarità basso e cittadinanza materna, E-R 2015-2025



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

- 27,7% ha un livello di scolarità basso
- 45,9% ha un livello di scolarità medio
- 26,4% 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 12,3% dei parti entrambi i genitori hanno una scolarità bassa. Questa condizione è molto più frequente tra le coppie in cui la madre è straniera (26,6% vs 5,9% in italiane).

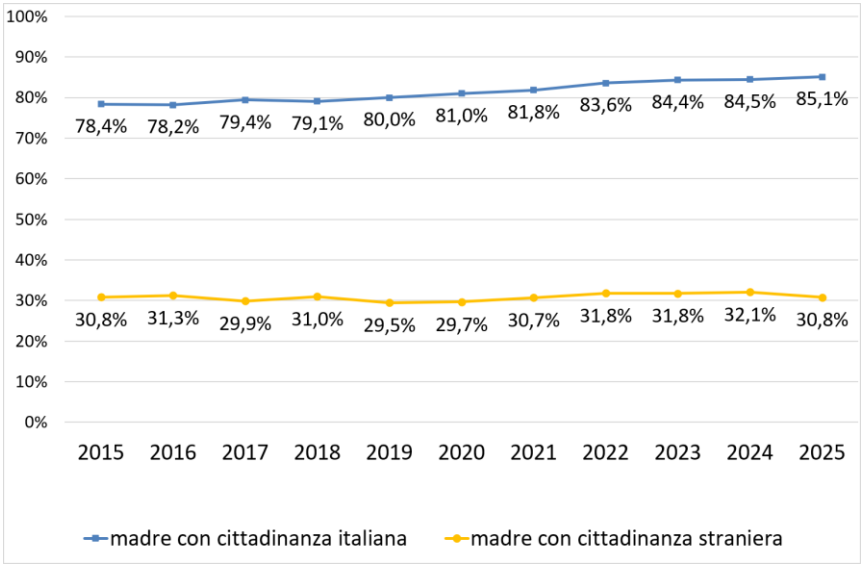
Condizione professionale

Rispetto alla **condizione professionale materna**, escludendo i casi dell'Aou di Parma in cui si registra una anomala distribuzione delle diverse professioni rispetto alla media regionale, tra le donne che hanno partorito in Emilia-Romagna:

- 67,8% ha una occupazione lavorativa (era 63,7% nel 2015)
- 22,8% è casalinga
- 8,5% è disoccupata o in cerca di prima occupazione
- 0,9% è studentessa o in *altra condizione*.

Come negli anni precedenti, il tasso di occupazione risulta più elevato tra le primipare rispetto alle multipare (76,8% vs 59,1%) e al crescere del livello di scolarità (da 36,0% tra le donne con scolarità bassa a 85,8% tra quelle che hanno conseguito una laurea). Fra le madri con cittadinanza straniera solo una su tre (30,8%) ha un reddito; il dato è stabile negli ultimi dieci anni (figura 15).

Figura 15. Frequenza di parti per occupazione lavorativa e cittadinanza materna, E-R 2015-2025



La quasi totalità dei **padri** (97,6%) ha una occupazione lavorativa; i disoccupati o in cerca di prima occupazione sono 2,1% e gli studenti o casalinghi o in altra condizione 0,3%. Analizzando congiuntamente la condizione lavorativa di entrambi i genitori, 1,5% 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 (2,9% vs 0,9%).

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 avere un travaglio indotto (O*dds ratio* - OR 1,40; intervallo di confidenza al 95% - IC95% 1,32-1,49), un taglio cesareo (OR 1,77; IC95% 1,65-1,89), un parto pretermine (OR 1,33; IC95% 1,19-1,48) e un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,32; IC95% 1,16-1,49)
- l'essere primipara, rispetto alla condizione di multiparità, risulta associata a maggior rischio di essere sottopeso (OR 1,19; IC95% 1,07-1,33), di utilizzo di epidurale (OR 3,70; IC95% 3,47-3,93), di avere un travaglio indotto (OR 2,19; IC95% 2,06-2,32), un taglio cesareo (OR 3,44; IC95% 3,17-3,73), un parto pretermine (OR 1,30; IC95% 1,17-1,45) un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,61; IC95% 1,43-1,83)
- le donne con cittadinanza straniera, rispetto alle cittadine italiane, hanno una maggiore probabilità di utilizzare il servizio pubblico in gravidanza (OR 6,05; IC95% 5,53-6,64), di avere un accesso non appropriato ai servizi in gravidanza, definito come numero di visite inferiore a 8 (OR 1,30; IC95% 1,22-1,38) e prima visita in epoca tardiva, ossia dopo 11 settimane di gestazione (OR 2,21; IC95% 2,01-2,43), di essere obese (OR 1,19; IC95% 1,10-1,30), di avere un travaglio indotto (OR 1,22; IC95% 1,14-1,30), un parto pretermine (OR 1,24; IC95% 1,10-1,40) e un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,43; IC95% 1,25-1,62)
- le donne con bassa scolarità, rispetto a quelle con alta scolarità, hanno un maggiore rischio di avere una prima visita in epoca tardiva (OR 1,36; IC95% 1,21-1,53), di fumare in gravidanza (OR 4,61; IC95% 3,77-5,65), di essere obese (OR 2,83; IC95% 2,55-3,14), di avere un travaglio indotto (OR 1,25; IC95% 1,15-1,36), un parto cesareo (OR 1,19; IC95% 1,08-1,31), un nato SGA (*small for gestational age*) (OR 1,17; IC95% 1,02-1,35).

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

In sintesi

- la popolazione femminile nelle fasce di età più fertili è in riduzione e la genitorialità viene progressivamente posticipata, con un aumento dell'età media delle madri al parto
- l'aumento della popolazione femminile nella fascia tra 15-29 anni potrebbe, in futuro, modificare l'andamento della natalità
- il tasso di fecondità è 1,14 figli per donna, 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 2021
- la condizione occupazionale delle madri è molto diversa in relazione alla cittadinanza; le famiglie in cui entrambi i genitori risultano non occupati sono poco frequenti (1,5%), ma la condizione si rileva maggiormente tra le coppie con madre straniera.

CAPITOLO 4

GLI STILI DI VITA

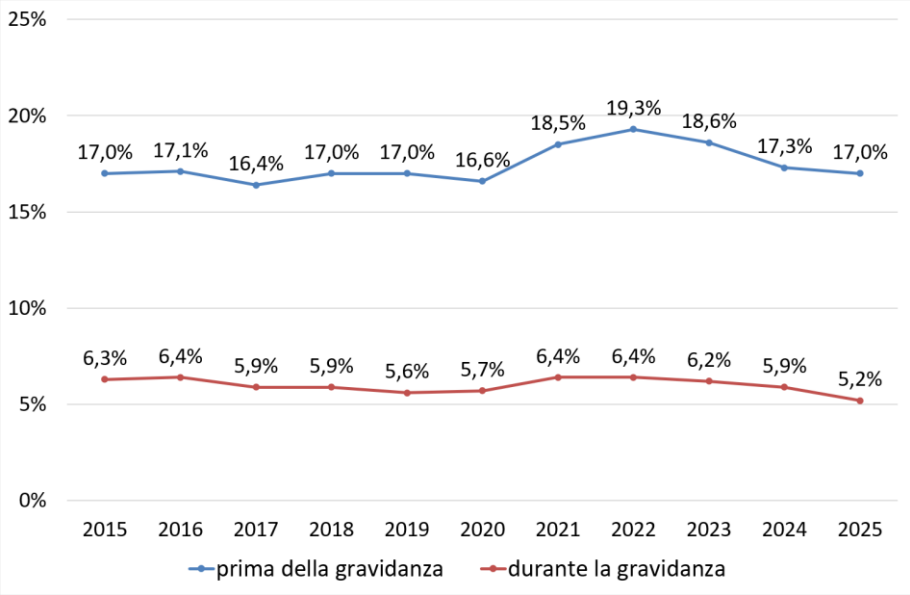
Tabelle in *Allegato dati*: da n. 38 a n. 53

Abitudine tabagica

Le madri che hanno dichiarato di essere state fumatrici, almeno nei cinque anni precedenti la gravidanza, sono 17,0%; condizione stabile rispetto all'anno precedente (figura 16). Tra le madri fumatrici:

- 33,0% ha smesso di fumare prima della gravidanza
- 36,2% ha interrotto nel corso della gravidanza (non vengono raccolte informazioni sul trimestre)
- 30,7% ha continuato a fumare nel corso della gravidanza; questo comportamento, che riguarda il 5,2% di tutte le partorienti, registra nel 2025 il valore più basso in assoluto, dopo un andamento che si è mantenuto sostanzialmente stabile negli ultimi dieci anni (figura 16).

Figura 16. Frequenza di parti di fumatrici prima o durante la gravidanza, E-R 2015-2025



In linea con gli anni precedenti, la prevalenza del fumo è inferiore tra le donne straniere rispetto alle italiane (8,5% e 20,7%, rispettivamente); tuttavia, si registra una maggiore propensione a continuare a fumare in gravidanza tra le donne straniere (40,2% vs 28,9% in fumatrici italiane).

Circa il 20% delle donne con scolarità media o bassa riferisce di essere fumatrice contro il 12,0% delle donne con scolarità alta. Una donna fumatrice con bassa scolarità su due (50,3%) continua a fumare in gravidanza; questa condizione si riduce tra le donne con scolarità media (31,1%) e, ancor più, tra le donne con scolarità alta (15,2%).

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

	Abitudine tabagica		Prosecuzione fumo in gravidanza (tra fumatrici)	
	OR agg*	IC95%	OR agg*	IC95%
Precedenti parti				
multipare	1 (rif.)		1 (rif.)	
primipare	1,62	1,51 – 1,74	0,58	0,51 – 0,67
Cittadinanza				
italiana	1 (rif.)		1 (rif.)	
straniera	0,27	0,24 – 0,29	1,16	0,98 – 1,39
Scolarità				
alta	1 (rif.)		1 (rif.)	
media	2,33	2,16 – 2,52	2,32	1,94 – 2,78
bassa	3,27	2,96 – 3,61	4,61	3,77 – 5,65
Età				
<25 anni	1,20	1,05 – 1,36	1,37	1,10 – 1,72
25-34 anni	1 (rif.)		1 (rif.)	
≥35 anni	0,94	0,87 – 1,01	1,18	1,02 – 1,37
Servizio utilizzato in gravidanza				
pubblico	1 (rif.)		1 (rif.)	
privato	0,99	0,92 – 1,07	0,68	0,58 – 0,79

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

Aggiustando per caratteristiche socio-demografiche e per il servizio assistenziale in gravidanza, il rischio di essere fumatrici prima della gravidanza è associato, in misura statisticamente significativa, alla condizione di primipara, 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, all'età inferiore a 25 anni o superiore a 35 anni.

La condizione di primipara 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 parto pretermine (1,32; IC95% 1,06-1,62), un bambino con peso alla nascita inferiore a 2.500 grammi (OR 1,67; IC95%: 1,33-2,04) e SGA (OR 1,62; IC95%: 1,35-1,92) rispetto alle donne non fumatrici. (*Cfr*. la scheda nei capitoli ' La gravidanza' e 'I nati').

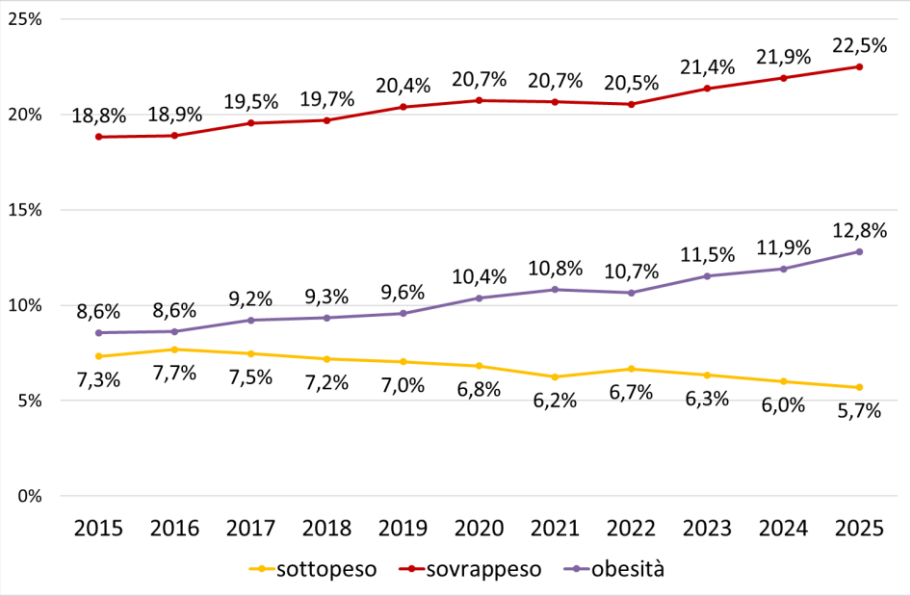
Body mass index (BMI) pregravidico

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

- 59,0% è in normopeso; dato stabile nel tempo
- 5,7% risulta in sottopeso
- 22,5% è in sovrappeso
- 12,8% presenta una condizione di obesità; 266 casi (1,0% del totale dei parti) hanno una obesità di classe III (BMI ≥40 kg/m^2).

La quota di donne in condizione di **sovrappeso** e **obesità** è progressivamente aumentata nel corso degli anni; in particolare dal 2023 si osserva una crescita più veloce (in media 0,7% donne in sottopeso o obese in più all'anno) rispetto a quella rilevata nel periodo precedente (in media 0,2% in più all'anno) (figura 17).
Fra le obese, l'incremento si rileva principalmente nella classe I (BMI tra 30,0-34,9 Kg/m^2), da 6,1% nel 2015 a 9,0% nel 2025; è più modesto in classe II (da 1,7% a 2,7%), mentre è stabile la quota di donne in classe III.

Figura 17. Frequenza di parti per BMI pregravidico non normopeso, E-R 2015-2025



Le condizioni di sovrappeso e obesità sono più frequenti in:

- donne con cittadinanza straniera (29,9% vs 19,1% in italiane in caso di sovrappeso; 17,6% vs 10,5% in caso di obesità)
- donne con scolarità bassa (29,5% vs 17,4% in donne con scolarità alta, in caso di sovrappeso; 20,5% vs 7,3%, in caso di obesità).

Non si rilevano differenze nella presenza di queste condizioni tra le classi di età materna, compresa quella più giovane (< 25 anni).

[4] Classificazione proposta dall'OMS in base all'indice di massa corporea: grave magrezza (16,0 Kg/m^2), sottopeso (16,0-18,49 Kg/m^2), normopeso (18,5-24,9 Kg/m^2), sovrappeso (25,0-29,9 Kg/m^2), obesità classe I (30,0-34,9 Kg/m^2), obesità classe II (35,0-39,9 Kg/m^2), obesità classe III (≥40,0 Kg/m^2). 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** si riduce al crescere dell'età materna (da 9,3% in donne con età inferiore a 25 anni a 5,6% in donne con età maggiore di 35 anni); è più frequente nelle primipare (6,6% vs 4,9% in multipare), in donne con cittadinanza italiana (6,4% vs 4,3% in straniere) e in donne con alta scolarità (6,3% vs 4,6% in donne con scolarità bassa).

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

	Sottopeso		Obesità	
	OR agg*	IC95%	OR agg*	IC95%
Precedenti parti				
multipare	1 (rif.)		1 (rif.)	
primipare	1,19	1,07 – 1,33	0,75	0,69 – 0,81
Cittadinanza				
italiana	1 (rif.)		1 (rif.)	
straniera	0,68	0,60 – 0,77	1,19	1,10 – 1,30
Scolarità				
alta	1 (rif.)		1 (rif.)	
media	0,88	0,78 – 0,98	2,11	1,93 – 2,31
bassa	0,75	0,64 – 0,88	2,83	2,55 – 3,14
Età				
<25 anni	2,10	1,75 – 2,50	0,75	0,64 – 0,87
25-34 anni	1 (rif.)		1 (rif.)	
≥35 anni	1,01	0,90 – 1,14	1,07	0,99 – 1,16

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

Aggiustando per caratteristiche socio-demografiche, il rischio di essere sottopeso è associato, in misura statisticamente significativa, alla condizione di primipara e all'età inferiore a 25 anni.

Il rischio di essere obese è associato, in misura statisticamente significativa, alla cittadinanza straniera, al livello di scolarità medio e – in misura maggiore – al livello di scolarità basso.

Le primipare, rispetto alle multipare, e le donne di età inferiore a 25 anni, rispetto alle donne con età tra 25-34 anni, hanno una minore probabilità, in misura statisticamente significativa, di essere obese.

Le condizioni di sovrappeso e obesità pregravidiche sono associate a un maggiore rischio di travaglio indotto (OR 1,47; IC95% 1,37-1,57 e OR 2,66; IC95% 2,44-2,91, rispettivamente) e taglio cesareo (OR 1,26; IC95% 1,16-1,36 e OR 1,46; IC95% 1,32-1,61, rispettivamente) rispetto alla condizione di normopeso (*Cfr.* le schede nei capitoli 'Il travaglio' e 'Il parto').

Inoltre, rispetto alle donne normopeso, le donne in sovrappeso e obese hanno un maggiore rischio di avere un nato con peso alla nascita ≥4.000 grammi (OR 1,27; IC95% 1,12-1,43 e OR 1,59; IC95% 1,38-1,82, rispettivamente) e LGA - *large for gestational age* (OR 1,38; IC95% 1,24-1,52 e OR 1,73; IC95% 1,53-1,94, rispettivamente). Le donne in sottopeso hanno, invece, un maggiore rischio di SGA – *small for gestational age* (OR 1,33; IC95% 1,11-1,58) (*Cfr.* la scheda nel capitolo 'I nati').

Incremento ponderale in gravidanza

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 stati utilizzati come 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)
sovrappeso (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.

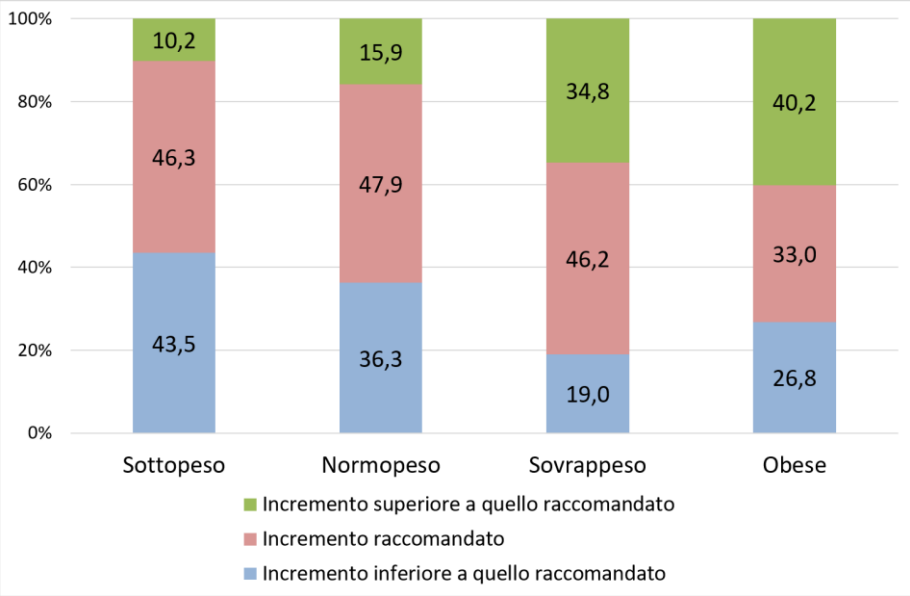
Il dato del peso (pregravidico e al parto) rilevato nel CedAP non prevede decimali e i *range* di incremento ponderale considerati sono stati approssimati all'unità, con ampliamento dell'intervallo (per esempio: 12-18 invece che 12,5-18). Includendo nell'analisi solo le gravide con feto singolo a termine (≥37^{+0} settimane), la quota di donne che rientra nel *range* di incremento ponderale raccomandato in relazione al BMI pregravidico è pari a 45,5%; il 31,5% ha avuto un incremento inferiore e il 23,0% un incremento superiore a quello raccomandato. I valori sono 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 ≥25Kg/m^2 rispetto a quanto rilevato in donne normopeso o sottopeso in cui, al contrario, si osserva una maggiore frequenza di calo del peso (figura 18).

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

- primipare (25,2% vs 20,8% in multipare).
- donne con scolarità bassa (26,0%) o media (27,1%) rispetto a quelle con scolarità alta (17,7%)

Non si rilevano sostanziali differenze in relazione alla cittadinanza materna.

Figura 18. Frequenza di parti con incremento ponderale entro e fuori i *range* raccomandati, E-R 2025



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). Una revisione sistematica di studi di coorte, pubblicati tra il 2006 e il 2022, ha rilevato una associazione tra l'aumento di peso in gravidanza superiore ai criteri raccomandati da IOM e un maggiore rischio di taglio cesareo (11 studi, n. 51.679 donne con gravidanza singola; OR 1,34; IC95% 1,23-1,47), ipertensione gestazionale (4 studi, n. 28.895 donne con gravidanza singola; OR 1,93; IC95% 1,43-2,61) e LGA (6 studi, n. 485.820 donne con gravidanza singola; OR: 2,25; IC95% 1,78-2,84), indipendentemente dalla classe di BMI pregravidico. L'aumento di peso inferiore ai criteri raccomandati è risultato associato a un maggiore rischio di diabete gestazionale in donne con gravidanza singola (3 studi, n. 8.643; OR 1,26; IC95% 1,08-1,48) o gemellare (19 studi, n. 36.023; OR 1,37; IC95% 1,06-1,77), e di SGA sia in donne con gravidanza singola (3 studi, n. 288.370; OR 1,77; IC95% 1,40-2,25) sia in donne con gravidanza gemellare (2 studi, n. 34.686; OR 1,55; IC95% 1,05-2,29), indipendentemente dalla classe di BMI pregravidico (NICE, 2025).

Nella popolazione di donne che hanno partorito in Emilia-Romagna nel 2025, l'incremento ponderale entro o fuori il *range* raccomandato è stato analizzato in relazione a due esiti della gravidanza rilevabili dal CedAP: 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 il ricorso al taglio cesareo (23,2% vs 19,2%) ed è quasi doppia la frequenza di nascita di un bambino con peso ≥4.000 grammi (11,6% vs 6,9%).
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 (3,8% vs 1,7%).

Le conoscenze 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 al primo bilancio di salute per identificare eventuali fattori di rischio e valutare l'opportunità di una assistenza specifica in caso di sottopeso, sovrappeso o obesità. La misurazione del peso, ad ogni bilancio di salute, non dovrebbe essere offerta a donne normopeso (BMI pregravidico tra 18,5 e 24,9 kg/m^2) (ISS-SNLG, 2025 Rev.). La progressiva adozione nella pratica clinica di questo approccio sposterà la misurazione del peso da un controllo di routine per tutte le gravide a un intervento clinico mirato alle donne con maggiore rischio metabolico o nutrizionale.

In sintesi

- la quota di donne fumatrici in gravidanza è in lieve calo e raggiunge il valore più basso registrato negli ultimi dieci anni; la propensione a continuare a fumare in gravidanza è maggiore in donne che vivono condizioni di maggiore vulnerabilità sociale
- la quota di donne in sovrappeso o obese è in lieve, ma progressivo aumento nell'ultimo decennio
- l'incremento ponderale durante la gravidanza in eccesso rispetto ai criteri raccomandati è associato a un maggiore frequenza di taglio cesareo e di nato LGA.

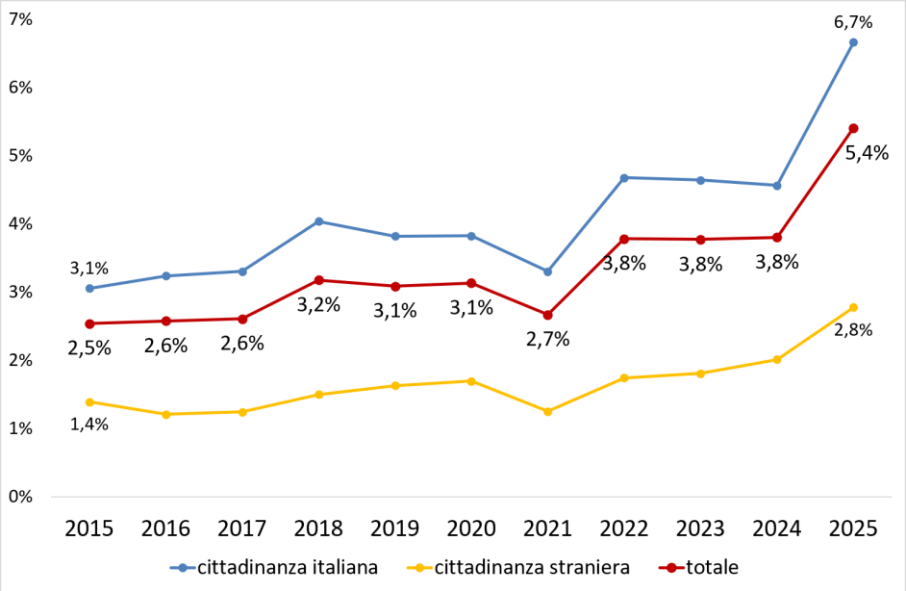
CAPITOLO 5

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

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

Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) nel 2025 ha interessato il 5,4% (pari a 1.465 parti) del totale dei parti. Si tratta del valore in assoluto più elevato mai registrato in Regione (figura 19), con un incremento netto rispetto all'anno precedente, principalmente fra le cittadine italiane, i cui determinanti non sono chiaramente identificabili. A livello nazionale, considerando i casi di PMA di cui è conosciuta la tecnica utilizzata, i parti con gravidanza da PMA sono il 4,2%, un dato sovrapponibile a quello regionale (4,7%) se si applicano gli stessi criteri di analisi (Ministero della salute, 2026a).

Figura 19. Frequenza di parti con gravidanza da PMA, E-R 2015-2025



Tra le donne per le quali è disponibile l'informazione della tecnica di PMA utilizzata (n= 1.280), la FIVET (*Fertilization In Vitro and Embryo Transfer*) risulta la tecnica utilizzata in 61,1% dei casi, la ICSI (*IntraCytoplasmic Sperm Injection*) in 30,8% dei casi, il trasferimento di gameti maschili in cavità uterina (IUI) in 4,9% dei casi; in 2,7% dei casi sono state eseguite altre metodiche. Le donne trattate solo farmacologicamente per indurre l'ovulazione sono 0,5%. Questo approccio si è drasticamente ridotto nel tempo: dal 2004 (primo anno di rilevazione del dato) fino al 2012 interessava oltre il 5% delle donne che ricorrevano a un trattamento medico di procreazione, contestualmente è aumentata la frequenza di ricorso a FIVET (era pari a 46,0% nel 2004).

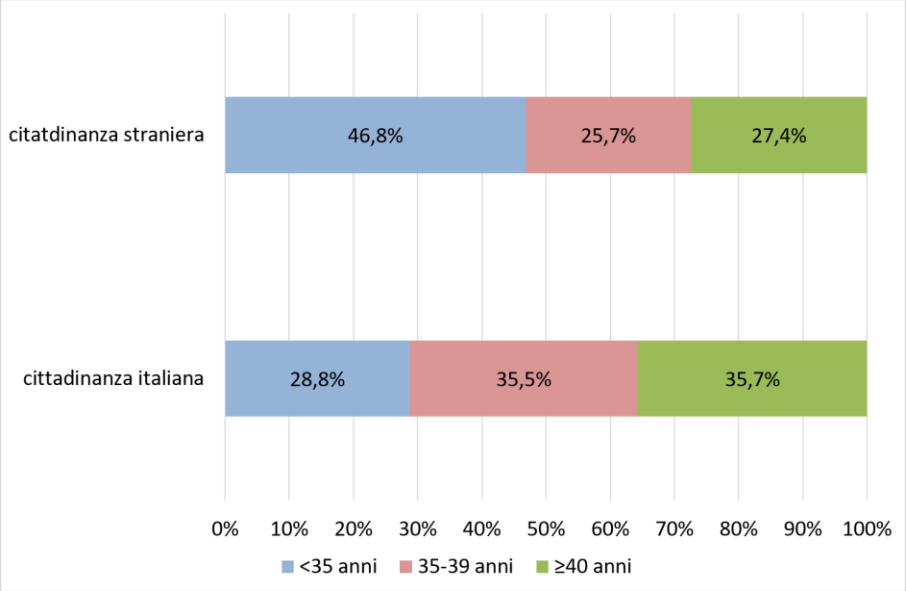
Il ricorso a PMA risulta essere più frequente:

- in donne con cittadinanza italiana (6,7% vs 2,8% in straniere)
- in donne con scolarità alta (6,9% vs 3,3% in donne con scolarità bassa)
- al crescere dell'età materna: tra le donne con età <35 anni il 2,7% ha fatto ricorso a PMA, la quota aumenta a 6,8% tra le donne di età 35-39 anni e a 15,9% tra le donne di età 40-44 anni fino a raggiungere un valore pari a 58,2% tra le donne con età ≥45 anni; questo sottogruppo rappresenta il 10,9% di tutte le donne con gravidanza da PMA.

Fra le cittadine straniere che hanno avuto una gravidanza da PMA circa la metà (46,8%) ha meno di 35 anni; fra le italiane, invece, oltre il 70% ha 35 anni o più (figura 20); il fenomeno si è mantenuto stabile negli ultimi dieci anni.

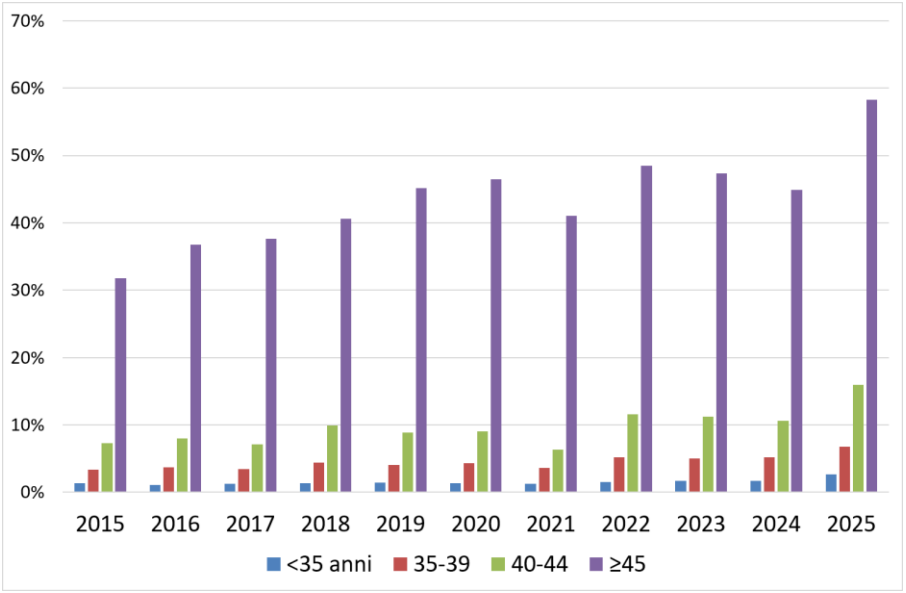
È verosimile che il ricorso alla PMA segua motivazioni diverse nelle due sottopopolazioni: più legato a condizioni cliniche della sfera riproduttiva tra le donne straniere e alla tendenza a procrastinare la maternità tra le italiane.

Figura 20: Distribuzione dei parti da PMA per età e cittadinanza materna, E-R 2025



Nel periodo 2015–2025 si osserva un progressivo incremento della quota di parti da gravidanza ottenuta mediante PMA in tutte le classi di età, sebbene con intensità differenti. La crescita risulta particolarmente accentuata nella fascia 40–44 anni, nella quale la quota passa dal 7,3% nel 2015 al 15,9% nel 2025, e, in misura ancora più marcata, nella fascia ≥45 anni (dal 31,8% al 58,2%). Rispetto al 2024, entrambe le fasce registrano l'incremento più consistente, pari a oltre 5 punti percentuali tra le donne di 40–44 anni e a oltre 13 punti percentuali tra quelle di età ≥45 anni (figura 21).

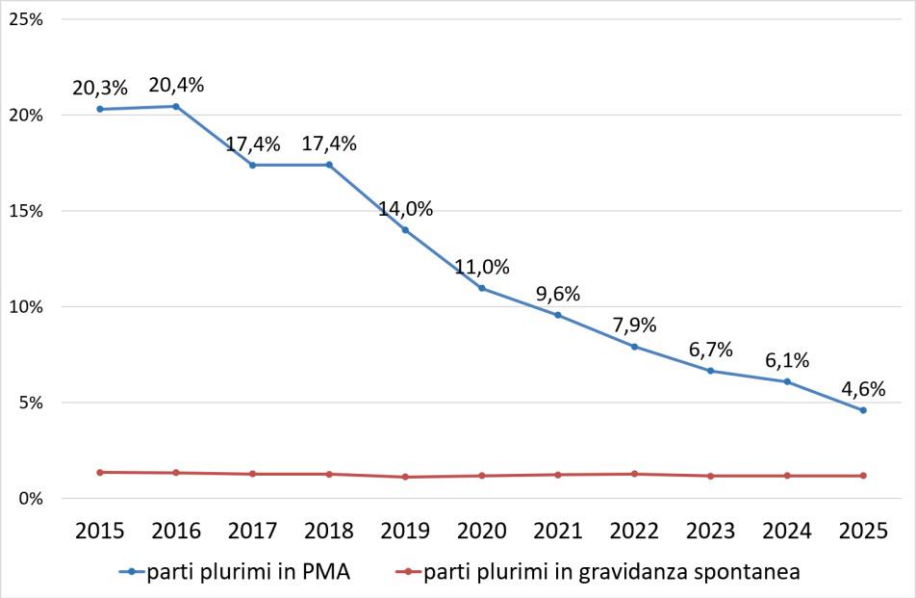
Figura 21: Frequenza di parti con gravidanza da PMA per classi di età materna, E-R 2015-2025



Analizzando solo i parti con feto singolo, il ricorso a PMA è associato a una maggiore frequenza di induzione del travaglio (59,1% vs 37,1% in gravidanza con concepimento spontaneo) e di taglio cesareo (41,9% vs 20,8%).

La frequenza di parti gemellari in gravidanze da PMA è pari a 4,6%, un valore maggiore rispetto a quanto si osserva in gravidanze insorte spontaneamente (1,2%). Negli ultimi anni il fenomeno è in graduale diminuzione, sia a livello regionale (figura 22) sia nazionale (Ministero della salute, 2026a), 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 22. Frequenza di parti plurimi in gravidanze con PMA e spontanee, E-R 2015-2025



Si anticipa in questo capitolo l'analisi dei nati da gravidanze da PMA per descrivere gli esiti associati a questa condizione.

Nel 2025, in Emilia-Romagna i **nati da gravidanza con PMA** sono 1.535, pari a 5,6% di tutti i nati.

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

- nascita gemellare: 8,9% vs 2,4%
- nascita pretermine (<37^{+0} settimane di gestazione): 15,4% vs 5,7%; in dettaglio, nati molto pretermine (<32^{+0} settimane): 1,6% vs 0,8%; nati *late preterm* (34^{+0}-36^{+6} settimane): 10,6% vs 4,2%
- peso alla nascita molto basso (<1.500 grammi): 2,3% vs 0,9% e basso (<2.500 grammi): 13,6% vs 6,2%
- nato piccolo per l'età gestazionale -*small for gestational age* (SGA): 9,0% vs 8,3%
- necessità di rianimazione in sala parto: 7,3% vs 3,6%.

La riduzione – rispetto al passato - dei parti gemellari successivi a PMA, oltre a comportare una conseguente diminuzione della frequenza di gemelli (erano 34,2% nel 2015), ha in parte contribuito alla minore frequenza di nati pretermine (erano 29,0% nel 2015) e con peso basso (erano 27,7% nel 2015) da gravidanze con PMA.

Considerando il ridotto numero di casi/anno, per avere informazioni più robuste, il tasso di natimortalità è calcolato nel triennio 2023-2025. Fra i nati da PMA il tasso è pari a 5 per 1.000 nati, rispetto a 3 per 1.000 nati da gravidanza spontanea.

In sintesi

- nel 2025 il ricorso a PMA registra il valore più altro rispetto agli anni precedenti. I determinanti dell'incremento non sono chiaramente identificabili
- 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 gemellari.

CAPITOLO 6

LA GRAVIDANZA

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 67 a n. 107

La validità delle informazioni sull'assistenza in gravidanza descritte in questa sezione del Rapporto è limitata dalla eterogeneità delle modalità di raccolta dei dati. In alcuni casi, le informazioni sono state desunte dalla documentazione clinica, in altri esclusivamente da quanto riferito dalla donna, senza riscontro documentale. Per descrivere eventuali cambiamenti nel tempo dell'assistenza in gravidanza, i dati del 2025 sono confrontati con quelli relativi al 2015 e al 2024.

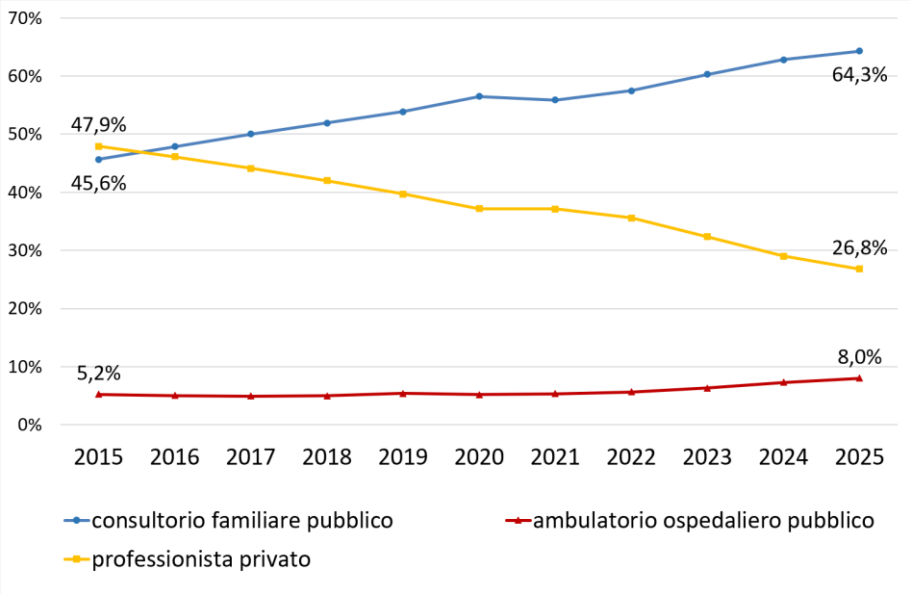
Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

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

- 64,3% delle donne è stata assistita da un consultorio familiare pubblico
- 26,8% delle donne si è rivolta a un libero professionista privato (medico ginecologo/a o ostetrica/o)
- 8,0% delle donne è stata assistita presso un ambulatorio ospedaliero pubblico
- 0,8% delle donne ha utilizzato un consultorio privato
- 31 donne non risultano aver utilizzato alcun servizio (0,1%).

Complessivamente, la quota di donne assistite in gravidanza nel **servizio pubblico** (consultorio familiare o ambulatorio ospedaliero) è pari a 72,3%. Negli ultimi dieci anni è aumentata, in misura prevalente, la quota di donne che si rivolge al consultorio familiare pubblico. In maniera inversa, la scelta di essere assistita da un professionista privato (medico ginecologo/a o ostetrica/o) si è ridotta di 20 punti percentuale (figura 23).

Figura 23. Frequenza di parti per servizio assistenziale utilizzato in gravidanza, E-R 2015-2025



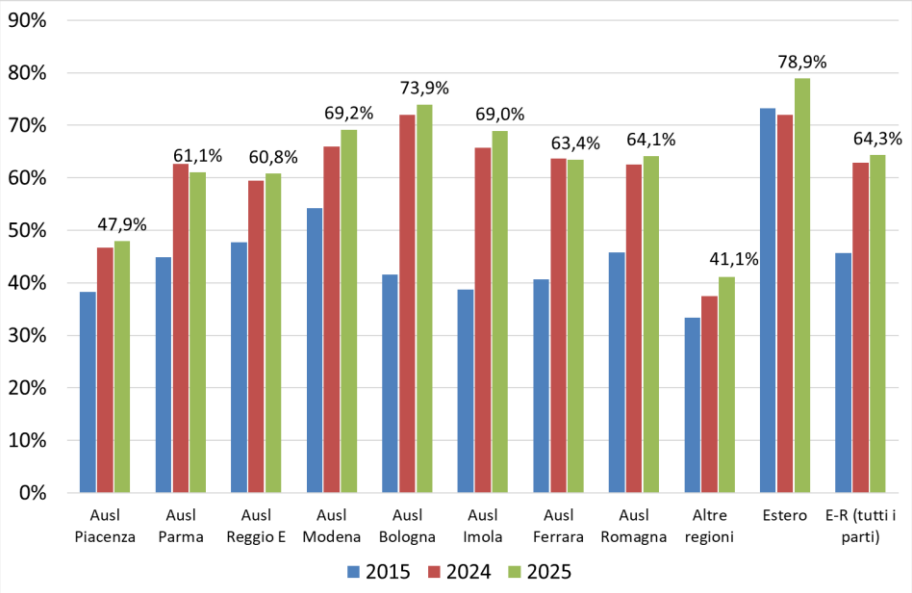
In base alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'utilizzo del servizio pubblico in gravidanza risulta essere più frequente:

- in donne con cittadinanza straniera (92,8% vs 62,8% in italiane)
- in multipare (76,4% vs 68,3% in primipare)
- al ridursi del livello di istruzione materno (da 63,3% in alta scolarità a 87,7% in bassa scolarità)
- al decrescere dell'età materna (da 65,3% in donne di età superiore a 35 anni a 89,4% in donne con meno di 25 anni).

Anche nel 2025 il servizio sanitario pubblico si conferma il principale garante dell'assistenza in gravidanza per le fasce di popolazione in condizioni di maggiore vulnerabilità socio-economica. Inoltre, nell'ultimo decennio si è progressivamente ampliata la quota di donne con alto livello di istruzione e stabilmente occupate che si rivolge ai servizi pubblici per l'assistenza in gravidanza, passata dal 35% nel 2015 a circa il 65% nel 2025. Si tratta di una popolazione che in passato tendeva a privilegiare il ricorso alla sanità privata.

Rispetto al 2015 la quota di donne assistite durante la gravidanza in **consultorio familiare (CF) pubblico** è aumentata in tutte le aziende sanitarie di residenza materna; nella quasi totalità delle aziende sanitarie si osserva un lieve incremento anche rispetto all'anno precedente.
Persiste una ampia variabilità tra le aziende: nell'ultimo anno di osservazione la quota di donne assistite in CF va da valori di poco inferiori al 50% in Ausl di Piacenza a valori superiori al 70% in Ausl di Bologna (figura 24). Informazioni più dettagliate per distretto sanitario di residenza della donna sono riportate nelle tabelle 188-195 in *Allegato dati.*

Figura 24. Frequenza di donne assistite in CF pubblico per residenza, E-R 2015, 2024, 2025



Il decreto ministeriale (DM) numero 77 del 2022 stabilisce come standard la disponibilità di un consultorio familiare pubblico 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 2025 si registrano 270 servizi, ossia 1 ogni 16.623 residenti. In particolare, i consultori familiari che hanno erogano assistenza in gravidanza sono 170, indicando la disponibilità di un servizio assistenziale ogni 5.514 donne residenti in età fertile (15-49 anni).

Non sono disponibili dati nazionali che consentano di confrontare le regioni in relazione alla frequenza con cui le donne si rivolgono alle diverse strutture e alle diverse professioniste/i per l'assistenza nel percorso nascita. Si rimanda all'indagine condotta dall'*Istituto superiore di sanità* (ISS) negli anni 2018-2019, per un confronto tra regioni sulla presenza di consultori familiari e la loro offerta assistenziale in gravidanza (ISS, 2022a; ISS, 2022b).

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

Utilizzo servizio pubblico in gravidanza		
	OR agg*	IC95%
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	0,81	0,76 – 0,86
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	6,05	5,53 – 6,64
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	1,25	1,17 – 1,33
bassa	2,04	1,85 – 2,25
Età		
<25 anni	1,85	1,58 – 2,18
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	0,72	0,68 – 0,77

*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 primipare 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

L'Aou di Bologna è stata esclusa dall'analisi di questa variabile a causa della forte asimmetria della distribuzione delle osservazioni, con una quota anomala di madri nella categoria "nessuna visita" (25,7%), nettamente superiore alla media regionale (0,1%).

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

- 0,1% delle donne non ha effettuato alcuna visita
- 2,0% ha effettuato da 1 a 3 visite
- 57,1% ha effettuato un numero di visite da 4 a 7
- 40,9% ha effettuato 8 o più visite.

Dalla precedente edizione di questo *Rapporto* il numero di controlli inferiore a 8 è considerato come indicatore di utilizzo non appropriato dei servizi assistenziali, coerentemente con quanto espresso nella linea guida *Gravidanza fisiologica* che raccomanda l'offerta, in gravidanza, di almeno 8 visite/contatti (definiti *bilanci di salute*) (ISS-SNLG, 2025 Rev). Una revisione sistematica, che ha incluso quattro studi randomizzati controllati (RCT) condotti in Paesi ad alto reddito, non ha rilevato differenze di esiti materni e neonatali tra un programma assistenziale con 6-9 visite in gravidanza e un programma con 13-14 visite (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. L'ansia e l'esperienza percepita dalle donne hanno risultati pressoché identici tra i gruppi, ma le prove disponibili sono di bassa qualità e non conclusive (Balk EM et al, 2023).

In Emilia-Romagna l'offerta di **almeno 8 visite/bilanci di salute** 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 n. 1097/2011).

Nel 2025 un numero di controlli in gravidanza <8 è più frequente in:

- donne con età <25 anni (64,6% vs 56,7% in donne con età ≥35 anni)
- donne con cittadinanza straniera (65,9% vs 55,9% in italiane)
- donne con scolarità bassa (64,3% vs 56,7% in donne con scolarità alta)
- multipare (60,9% vs 57,4% in primipare)
- donne assistite prevalentemente in consultorio familiare pubblico (63,1% vs 53,6% da professionista privata/o).

Epoca gestazionale alla prima visita in gravidanza

La prima visita in gravidanza viene effettuata entro le 8 settimane di età gestazionale (EG) dal 68,9% delle donne; 24,0% la esegue tra 9 e 11 settimane e 7,2% a 12 settimane o più.

Considerando l'offerta assistenziale del percorso nascita regionale e le tempistiche degli interventi previsti per il controllo della gravidanza, 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 (Chaves Cerdas L, 2025).

In Emilia-Romagna, la percentuale di donne che effettua la prima visita in ritardo è progressivamente diminuita (da 10,2% del 2015 a 7,2% nel 2025). Tuttavia, anche nel 2025, l'accesso tardivo ai servizi in gravidanza risulta più frequente in:

- donne con età <25 anni (15,7% vs 5,6% in donne con età ≥35 anni)
- multipare (8,6% vs 5,7% in primipare)
- donne con scolarità bassa (14,0% vs 4,1% in donne con scolarità alta)
- donne con cittadinanza straniera (14,3% vs 3,8% in italiane).

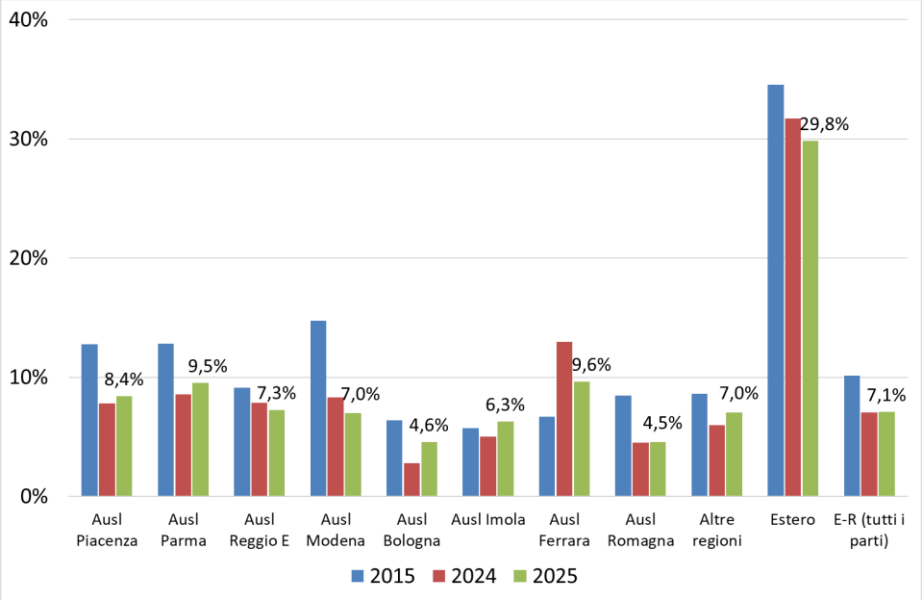
Le condizioni di maggiore vulnerabilità e svantaggio socio-economico si confermano sistematicamente associate a un inizio ritardato dell'assistenza in gravidanza. Alcuni interventi mirati e una precoce consapevolezza dello stato di gravidanza possono agire come fattori facilitanti l'utilizzo dei servizi (Enthoven CA et al, 2025). Una revisione di revisioni sistematiche (*umbrella review*) ha rilevato che l'integrazione tra servizi assistenziali territoriali e ospedalieri, la presenza di operatici e operatori sanitari di comunità e i programmi di *home visiting* possono mitigare l'impatto dei determinanti sociali (basso livello di istruzione, barriere linguistiche e isolamento), migliorando l'esperienza e l'equità dell'assistenza prenatale (Ladak Z et al, 2024).

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 8,1%, più alta di quella registrata in donne assistite da una/o professionista privata/o (3,2%), ma in diminuzione rispetto al 2015 (14,8%).

Nella totalità delle aziende sanitarie di residenza la quota di donne con accesso tardivo ai servizi assistenziali in gravidanza è in riduzione negli ultimi dieci anni; nell'ultimo anno di osservazione si rileva una modesta variabilità tra le aziende solo in parte riconducibile alla differente distribuzione sul territorio delle madri con condizioni di maggiore vulnerabilità (figura 25). Informazioni più dettagliate per distretto sanitario di residenza della donna sono riportate nelle tabelle 188-195 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 nel tempo (figura 25).

Figura 25. Frequenza di donne con accesso tardivo ai servizi in gravidanza per residenza, E-R 2015, 2024, 2025



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*	IC95%	OR agg*	IC95%
Precedenti parti				
multipare	1 (rif.)		1 (rif.)	
primipare	0,96	0,91 – 1,01	0,88	0,81 – 0,96
Cittadinanza				
italiana	1 (rif.)		1 (rif.)	
straniera	1,30	1,22 – 1,38	2,21	2,01 – 2,43
Scolarità				
alta	1 (rif.)		1 (rif.)	
media	0,93	0,88 – 0,99	0,95	0,86 – 1,06
bassa	0,99	0,92 – 1,07	1,36	1,21 – 1,53
Età				
<25 anni	1,19	1,08– 1,33	1,74	1,51 – 1,99
25-34 anni	1 (rif.)		1 (rif.)	
≥35 anni	1,01	0,95 – 1,06	1,11	1,01 – 1,22
Servizio utilizzato in gravidanza				
pubblico	1 (rif.)		1 (rif.)	
privato	0,82	0,78 – 0,87	0,70	0,62 – 0,79

*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 assistenziali rispetto alle donne con cittadinanza italiana e di età fra 25-34 anni, rispettivamente. Il livello di scolarità basso e l'età ≥35 anni sono associati a un maggiore di rischio di accesso tardivo ai servizi in gravidanza.

La condizione di primipara e l'essere seguita dal servizio privato sono fattori associati a una minore probabilità di accedere tardivamente ai 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
- 3,6% ha effettuato da 1 a 2 ecografie
- 54,3% ha effettuato da 3 a 4 ecografie
- 42,0% ha effettuate più di 4 ecografie.

Le donne che effettuano meno di 3 ecografie sono più frequentemente cittadine straniere (6,8% vs 2,3% in italiane), multipare (4,1% vs 3,4% in primipare), con scolarità bassa (6,3% vs 2,5% in donne con scolarità alta).

Le informazioni raccolte nel flusso CedAP non consentono di distinguere tra un'ecografia di screening (o a scopo diagnostico) e un'ecografia a completamento della visita, né permettono di conoscere l'epoca gestazionale in cui è stata eseguita l'indagine. Pur considerando questi limiti, i dati regionali suggeriscono un "eccesso" di accertamenti ecografici. In particolare, la quota di donne con gravidanza a decorso fisiologico che effettua meno di tre ecografie è pressoché sovrapponibile a quella osservata tra le donne con gravidanza a decorso patologico (rispettivamente 3,8% e 3,6%), nonostante per le gravidanze fisiologiche le linee guida prevedano l'offerta di due ecografie (ISS-SNLG, 2026). L' adesione alla raccomandazione risulta lievemente superiore tra le donne con gravidanza fisiologica assistite presso il consultorio familiare pubblico rispetto a quelle seguite privatamente da una/un professionista (5,0% vs 0,9%).

Indagini prenatali per aneuploidia

A partire da luglio 2024, la Regione Emilia-Romagna ha introdotto l'offerta, a tutte le donne assistite dal Servizio Sanitario Regionale, del NIPT (*non invasive prenatal test*) come test universale di screening prenatale non invasivo per la valutazione del rischio di aneuploidie (trisomie 13, 18 e 21), in sostituzione del test combinato (DGR n. 988/2024). A decorrere dal 1° gennaio 2025, il flusso informativo regionale CedAP ha integrato la rilevazione sistematica dell'esecuzione del NIPT.

L'analisi complessiva della variabile ha evidenziato criticità sul piano della qualità e della completezza del dato, riconducibili a due fattori principali:

- eterogeneità temporale nella rilevazione: diversi punti nascita hanno implementato la raccolta del dato progressivamente, nel corso del primo semestre del 2025.
- errori di codifica: in tutti i punti nascita dell'Ausl Romagna i casi di effettiva esecuzione del test NIPT sono stati erroneamente registrati sotto la codifica "no"; inoltre, le mancate esecuzioni sono state accorpate indistintamente ai dati non valorizzati (*record missing*). Questa duplice anomalia ha determinato una significativa perdita di coerenza informativa, impedendo di distinguere correttamente i test effettivamente eseguiti dai casi di mancata esecuzione e dalle informazioni non disponibili.

L'introduzione di una nuova variabile richiede fisiologicamente un periodo di transizione e consolidamento, durante il quale la qualità e la completezza della rilevazione possono non essere ottimali. Considerando i limiti strutturali del *dataset* e l'impossibilità di una sua correzione retrospettiva, queste informazioni vengono presentate a scopo puramente descrittivo, rimandando ai prossimi anni la valutazione sulla adesione al nuovo programma regionale di indagini prenatali.

Nel 2025 il **test combinato** è stato eseguito dal 35,8% di tutte le partorienti. L'introduzione, nel luglio 2024, del NIPT quale test unico per lo screening delle aneuploidie ha determinato, come atteso, il progressivo calo del ricorso al test combinato, la cui frequenza è passata dal 67,5% tra le donne che hanno partorito a gennaio 2025 al 25,4% tra quelle che hanno partorito a dicembre dello stesso anno.

A seguito della correzione dell'anomalia di registrazione dei dati dell'Ausl Romagna (considerando i casi codificati "no" come NIPT eseguito), a livello regionale, il **NIPT** è stato effettuato dal 67,6% di tutte le partorienti. Il restante 32,4% comprende i casi in cui il test non risulta eseguito o l'informazione non è disponibile. Complessivamente, l'81,2%% delle partorienti ha eseguito almeno uno dei due test di screening non invasivi.

Almeno una **indagine prenatale invasiva** è stata eseguita in 2,9% delle partorienti, in particolare: 59,1% amniocentesi, 42,0% villocentesi e 6,2% funicolocentesi – la somma supera il 100% perché in 7,2% dei casi è stata eseguita più di una indagine.

Nel 2025 si registra un ulteriore calo del ricorso a indagini prenatali invasive che fino al 2017 venivano eseguite in oltre il 15% delle partorienti; la netta riduzione osservata negli ultimi anni è attribuibile alla progressiva diffusione del NIPT, in grado di rilevare la presenza di aneuploidia in modo più accurato rispetto agli altri test di primo livello disponibili (EUnetHTA, 2018).

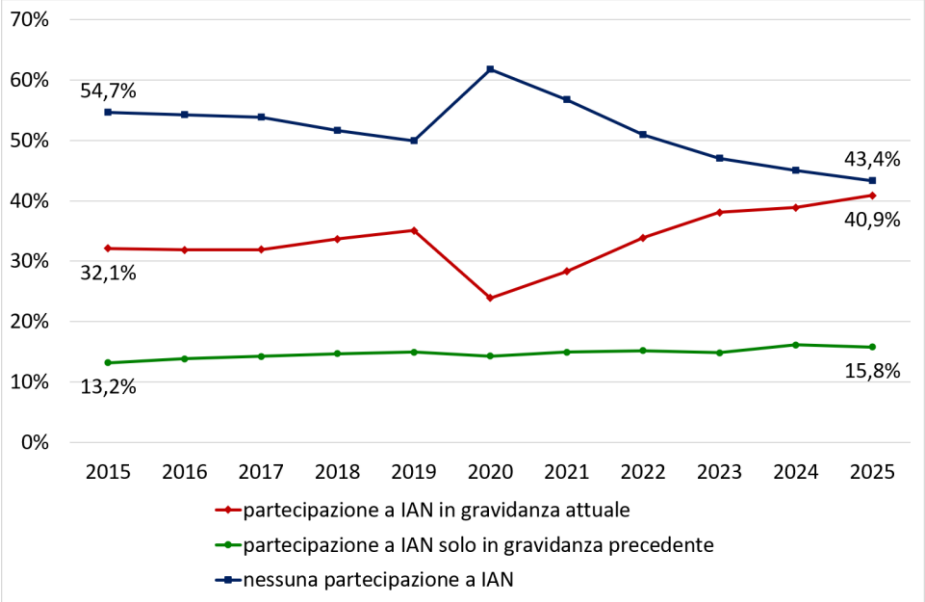
La frequenza di amniocentesi è aumentata rispetto a quella registrata negli ultimi cinque anni (era 43,4% nel 2020), a fronte di una contestuale riduzione della villocentesi (era 56,7% nel 2020). Questa tendenza potrebbe essere in parte riconducibile all'organizzazione dell'offerta del NIPT e alla tempistica del percorso diagnostico successivo a un esito positivo. Poiché l'esecuzione di NIPT viene offerta tra la 10ª-13ª settimana di età gestazionale, i tempi necessari per ottenere il risultato e procedere agli approfondimenti possono influenzare la scelta dell'indagine invasiva: l'amniocentesi, eseguibile attorno alla 15ª-16ª settimana di gestazione, può risultare più praticabile rispetto alla villocentesi che è indicata tra 11ª-13ª settimana di gestazione.

Per la ridotta qualità e completezza delle informazioni non è stato possibile analizzare la quota di donne che non hanno eseguito alcuna indagine prenatale.

Incontri di accompagnamento alla nascita

Nel 2025 la quota di donne che riferisce di aver **partecipato agli incontri di accompagnamento alla nascita** (IAN), durante la gravidanza attuale, è pari a 40,9%, il valore più alto registrato negli ultimi dieci anni (figura 26). Il consultorio familiare pubblico riveste un ruolo centrale nell'offerta degli incontri prenatali: tre donne su quattro (75,1%) che riferiscono di avervi partecipato hanno aderito all'offerta consultoriale; il 15,2% delle donne ha partecipato agli incontri organizzati presso l'ospedale pubblico e il restante 13,5% presso una struttura privata. Negli anni è stabile la quota di donne che ha partecipato agli incontri prenatali solo in una gravidanza precedente, mentre diminuisce quella di donne che non vi hanno mai partecipato (figura 26).

Figura 26. Frequenza di donne partecipanti a IAN, E-R 2015-2025



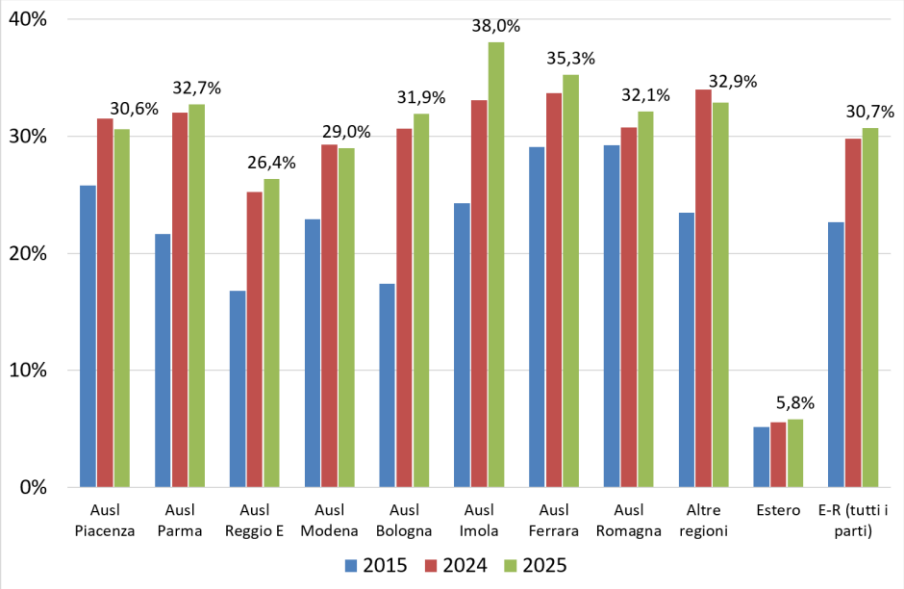
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, si rileva, come negli anni precedenti, una maggiore frequenza di partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita in:

- primipare (68,9% vs 12,1% in multipare). Fra le multipare 31,8% ha partecipato agli incontri in una gravidanza precedente; in oltre un caso su quattro (26,4%) l'ultima partecipazione risale a cinque anni o più rispetto alla gravidanza attuale.
- donne con scolarità alta (55,6% vs 15,0% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (53,7% vs 13,0% in straniere).

Tra le donne assistite dal servizio pubblico 36,4% ha frequentato un corso prenatale rispetto a 52,6% registrato tra le donne assistite dal privato; la differenza percentuale fra i due sottogruppi di donne è costante negli ultimi dieci anni.

La partecipazione agli incontri presso il consultorio familiare pubblico è aumentata in tutte le aziende sanitarie negli ultimi dieci anni. Nel 2025, nella quasi totalità delle aziende la frequenza è sovrapponibile o di poco superiore a quella dell'anno precedente; la variabilità interaziendale non è trascurabile (*range* da 26,4% in Ausl di Reggio Emilia a 38,0% in Ausl di Imola) (figura 27).

Figura 27. Frequenza di donne partecipanti al corso di accompagnamento alla nascita in consultorio pubblico per residenza, E-R 2015, 2024, 2025



Fattori socio-demografici e assistenziali associati alla mancata partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita

Nessuna partecipazione a corso di accompagnamento alla nascita nella gravidanza attuale o in una precedente		
	OR agg*	IC95%
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	0,40	0,38 – 0,43
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	7,22	6,75 – 7,74
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	1,78	1,67 – 1,90
bassa	3,98	3,65 – 4,35
Età		
<25 anni	2,85	2,52 – 3,24
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	0,98	0,92 – 1,04
Servizio utilizzato in gravidanza		
pubblico	1 (rif.)	
privato	0,96	0,90 – 1,03

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

La mancata partecipazione agli incontri 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 primipare rispetto alle multipare hanno una maggiore probabilità, statisticamente significativa, di partecipare agli incontri.

Decorso e assistenza in gravidanza

Il quesito sul decorso della gravidanza, modificato rispetto a quello previsto nel tracciato ministeriale del CedAP, è disponibile dal 2016 e consente di rilevare la **figura professionale** (ostetrica o medica) che assiste la donna e il **tipo di decorso della gravidanza** (fisiologico o patologico).

Nel 2025 si osserva che:

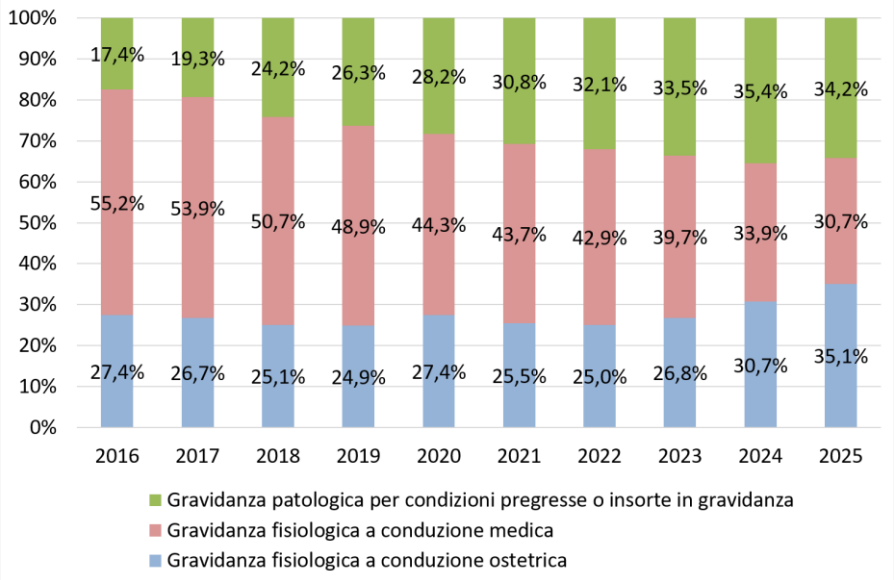
- 35,1% delle donne ha avuto una gravidanza fisiologica a conduzione ostetrica
- 30,7% una gravidanza fisiologica a conduzione medica
- 34,2% una gravidanza patologica per condizioni pregresse o insorte in gravidanza.

La quota di donne con **gravidanza patologica** è più frequente nelle multipare (37,5% vs 30,9% in primipare) e aumenta al crescere dell'età: da 31,6% in donne con età inferiore a 35 anni a 36,1% in donne con età tra 35-39 anni, fino a raggiungere il 46,9% in donne di età ≥40 anni.

Come atteso, la frequenza di gravidanza patologica risulta particolarmente elevata in caso di parto estremamente pretermine (<32^{+0} settimane di EG) e *late preterm* (34^{+0}-36^{+6} settimane di EG), rispettivamente 69,2% e 59,4%. Tuttavia, anche nelle gravidanze a termine (37^{+0}-41^{+6} settimane di EG), il riscontro di un decorso patologico non è un evento trascurabile e riguarda circa una gravidanza su tre (31,8%).

Nel 2025, per la prima volta, la frequenza di donne con gravidanza patologica non è in aumento rispetto all'anno precedente, sebbene la condizione risulti raddoppiata rispetto al 2016 (figura 28).

Figura 28. Frequenza di donne per tipo di decorso della gravidanza, E-R 2016-2025

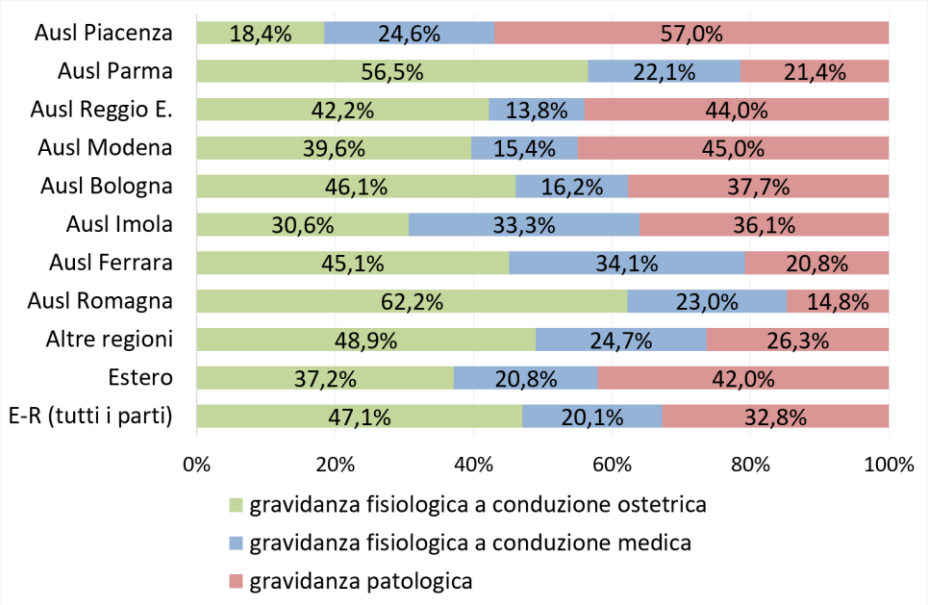


I fattori associati a condizioni potenzialmente patologiche rilevabili nel flusso CedAP sono l'età materna ≥35 anni, il BMI pregravidico ≥30 e il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA). In Emilia-Romagna, la quota di donne con almeno uno di questi fattori è aumentata dal 40,4% nel 2016 al 46,0% nel 2025, un incremento inferiore a quello registrato, nello stesso periodo, nella proporzione di gravidanze categorizzate come patologiche.

Inoltre, diversamente dall'atteso, tre donne su cinque con almeno uno dei determinanti di salute considerati hanno avuto una gravidanza categorizzata come fisiologica.
All'aumento della quota di gravidanze patologiche possono aver contribuito una modifica nel tempo dei criteri di categorizzazione, un miglioramento delle capacità diagnostiche nel rilevare condizioni precedentemente misconosciute e un reale incremento delle patologie nella popolazione delle partorienti. Quest'ultimo scenario potrà essere investigato in dettaglio nei prossimi anni attraverso l'analisi delle informazioni sulle patologie materne, pregresse o insorte in gravidanza, introdotte dal nuovo tracciato ministeriale CedAP (Ministero della Salute, 2025). Permarrà, tuttavia, il limite epidemiologico legato alla scarsa tracciabilità, attraverso il flusso CedAP, dei determinanti sociali utilizzati come criteri per la categorizzazione della gravidanza patologica.

La Regione Emilia-Romagna ha determinato che, nell'ambito del percorso nascita offerto dal Servizio 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; ISS-SNLG, 2025 Rev). 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 n. 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 pubblico**.
La quota di gravidanze a decorso fisiologico a conduzione ostetrica è pari a 47,1%, in lieve incremento rispetto all'anno precedente (43,5%). La variabilità tra le aziende è molto ampia e caratterizzata da un divario strutturale stabile nel tempo, che vede stabilmente le medesime strutture collocarsi agli estremi della distribuzione (*range* da 18,4% in Ausl di Piacenza a 62,2% in Ausl Romagna). Altrettanto disomogenee tra le aziende sono la quota di gravidanze seguite dalla ginecologa/a in caso di gravidanza fisiologica e la quota di gravidanze categorizzate come patologiche (figura 29).

Figura 29. Frequenza di donne assistite in consultorio per tipo di decorso della gravidanza e residenza, E-R 2025



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 14,8% nell'Ausl di Ferrara e il 57,0% nell'Ausl di Piacenza) è 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 offerto dal servizio territoriale – 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.

Durata della gravidanza

L'analisi di questa variabile esclude l'Aou di Bologna a causa di una distribuzione fortemente sbilanciata delle osservazioni. In questa struttura si è infatti registrata una concentrazione anomala di parti a 25^{+0}-27^{+6} settimane di EG (pari a 7,3% di tutti i parti, a fronte di una media regionale di 0,2%), dato che non ha trovato riscontro tra i professionisti clinici del centro.

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%, quella dei parti post-termine (≥42^{+0} settimane di EG) è pari a 1,4%.

La frequenza di **parti pretermine** è stabile negli ultimi tre anni e tra le più basse dal 2003, primo anno di raccolta dati regionale, in cui la frequenza era pari a 7,4%.

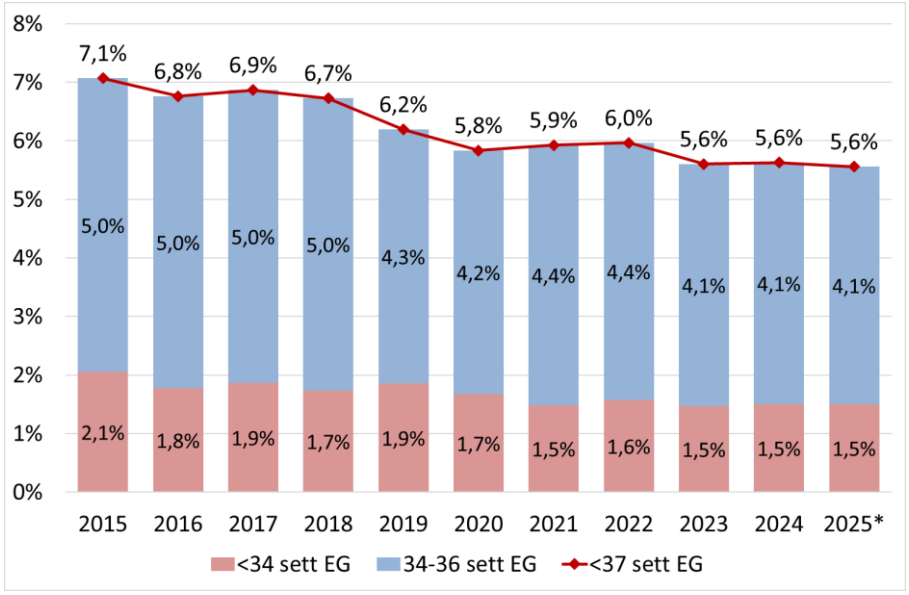
La quota di parti pretermine regionale è sovrapponibile a quella nazionale, pari a 6,0% (Ministero della salute, 2026a).

In Emilia-Romagna, nel 2025 la distribuzione dei parti pretermine, per classe di età gestazionale, rileva che:

- i parti avvenuti prima di 32^{+0} settimane di EG sono 0,8% (0,35% prima di 28^{+0} settimane)
- i parti avvenuti tra 32^{+0} e 33^{+6} settimane di EG sono 0,7%
- 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 30).

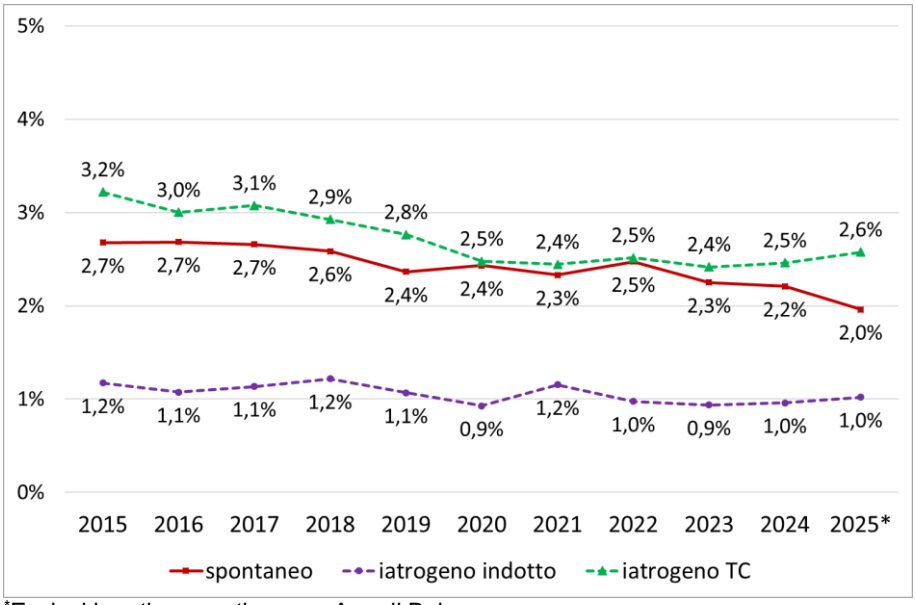
Figura 30. Frequenza di parti pretermine, E-R 2015-2025



* Esclusi i parti avvenuti presso Aou di Bologna

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 (Berghella V, 2019; Conde-Agudelo A et al, 2022; ACOG, 2023) e della gestione del *timing* del parto (Klumper J et al, 2024).
Negli ultimi dieci anni, la frequenza dei parti pretermine si è ridotta per entrambe le modalità di insorgenza, spontanea e iatrogena (definita come parto conseguente a induzione del travaglio o a taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio). La diminuzione dei parti pretermine spontanei è graduale. Per quanto riguarda i parti pretermine iatrogeni, si osservano andamenti differenti in relazione alla modalità di espletamento: i travagli indotti sono stabili nel tempo, il ricorso al taglio cesareo è diminuito progressivamente fino al 2020; negli anni successivi si osserva un andamento stabile e un lieve aumento nel 2025 (2,6%), mantenendosi comunque al di sotto dei valori registrati nel periodo pre-pandemico (figura 31).

Figura 31. Frequenza di parti pretermine spontanei e iatrogeni, E-R 2015-2025



*Esclusi i parti avvenuti presso Aou di Bologna

Nel 2025, in relazione alle caratteristiche materne, la frequenza di parto pretermine è maggiore in:

- donne con scolarità bassa (7,4% vs 4,5% in donne con scolarità alta)
- cittadine straniere (6,6% vs 5,1% in italiane)
- donne con età ≥35 anni (6,6% vs 5,0% in donne con età inferiore a 35 anni)
- donne sottopeso e obese (6,3% e 6,9%, rispettivamente vs 5,2% in normopeso).

Non vi sono differenze in relazione alla parità.

La frequenza dei **parti post-termine** (≥42^{+0} settimane di EG) è pari a 1,4%, stabile negli ultimi dieci anni.
La condizione è più frequente, in misura molto lieve, nelle primipare (1,8% vs 1,0% in multipare) e nelle madri con meno di 35 anni (1,6% vs 1,1% in donne con ≥35 anni). Non si rilevano differenze per cittadinanza, livello di scolarità e BMI pregravidico.

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

Parto pretermine		
	OR agg*	IC95%
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	1,30	1,17 – 1,45
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	1,24	1,10 – 1,40
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	1,19	1,06 – 1,34
bassa	1,39	1,20 – 1,62
Età		
<25 anni	0,72	0,57 – 0,90
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,33	1,19 – 1,48
BMI materno		
sottopeso	1,18	0,95 – 1,46
normopeso	1 (rif.)	
sovrappeso	1,01	0,88 – 1,14
obeso	1,17	1,01 – 1,37
Abitudine al fumo in gravidanza		
non fumatrice	1 (rif.)	
fumatrice	1,32	1,06 – 1,62
Genere parto		
parto singolo	1 (rif.)	
parto plurimo	20,72	16,72 – 25,73
Tecniche di procreazione medicalmente assistita		
PMA no	1 (rif.)	
PMA sì	2,07	1,73 – 2,46

*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 primipara, cittadinanza straniera, al livello di scolarità medio e - in misura maggiore- a quello basso, 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

- il servizio sanitario pubblico, in particolare il consultorio familiare, si conferma il principale riferimento per l'assistenza in gravidanza, con un ruolo rilevante nella tutela dell'equità
- negli ultimi dieci anni è raddoppiata la quota di donne con alta scolarizzazione e occupate che sceglie il servizio sanitario pubblico per l'assistenza in gravidanza
- continua ad aumentare la quota di donne che partecipano a incontri di accompagnamento alla nascita, ma resta più frequente tra le donne con minore vulnerabilità sociale
- le gravidanze a decorso patologico sono circa un terzo del totale e la loro frequenza è raddoppiata rispetto al 2016
- nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, il ruolo dell'ostetrica è particolarmente rilevante in consultorio, dove in una donna su due la gravidanza è gestita in autonomia dall'ostetrica
- la quota di parti pretermine è stabile rispetto all'anno precedente, ma si osserva una tendenza alla riduzione nel lungo periodo.

CAPITOLO 7

IL TRAVAGLIO

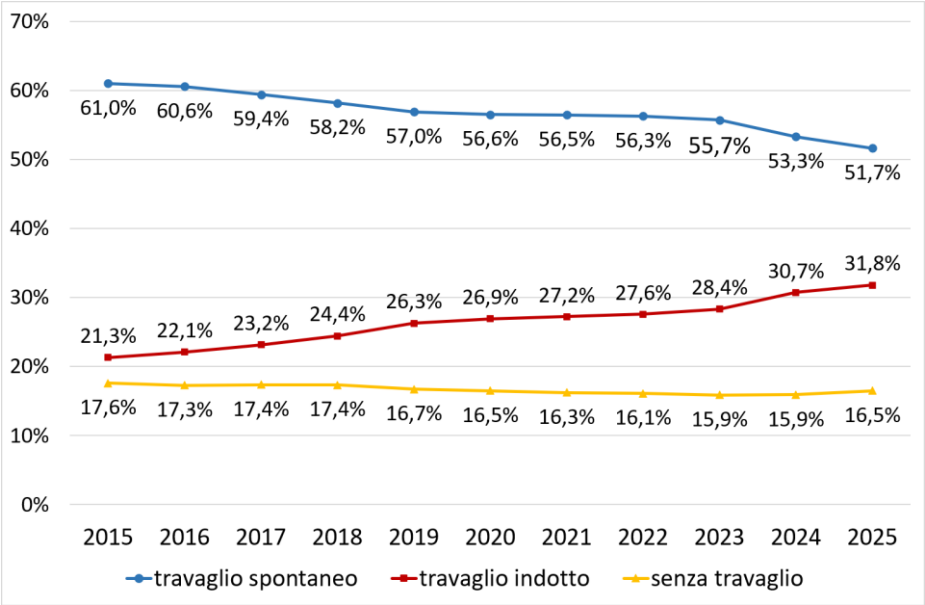
Tabelle in *Allegato dati*: da n. 108 a n. 133

Modalità di travaglio

Nel 2025 le donne che hanno avuto un travaglio a inizio spontaneo sono il 51,7%, quelle in cui il travaglio è stato indotto sono il 31,8% e quelle che hanno avuto un taglio cesareo (elettivo o urgente) effettuato prima del travaglio rappresentano il 16,5%.

Continua la crescita progressiva della quota di **parti iatrogeni** (definiti come parti con travaglio indotto o con ricorso al taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio) determinata esclusivamente dall'aumento della proporzione di travagli indotti (figura 32).

Figura 32. Frequenza di parti per modalità di travaglio, E-R 2015-2025



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 2025 il tasso regionale di induzione è pari a 37,7%, in progressivo aumento negli anni (tabella 3) e sovrapponibile a quello registrato in Italia (37,2%) (Ministero della salute, 2026a).

In 13,4% dei parti con travaglio indotto viene successivamente eseguito un taglio cesareo, rispetto a 3,9% 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 3,40; IC95% 3,09-3,75).

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 età gestazionale. L'incremento più accentuato si rileva nei parti tra 37^{+0} e 38^{+6} (16 punti percentuale in più rispetto al 2015), seguiti dai parti tra 39^{+0}-40^{+6} e a $\geq 42^{+0}$ (entrambi 13 punti percentuale in più rispetto al 2015). Rispetto al 2024, si rileva un maggiore ricorso all'induzione nei *late preterm*, dopo la riduzione registrata nel 2022 e la successiva fase di stabilità (tabella 3).

Tabella 3. Frequenza (%) di parti indotti (sul totale dei parti con travaglio) per settimane di età gestazionale (EG), 2015-2025

settimane di EG	anno di parto										
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
$<34^{+0}$	19,4	18,9	20,8	20,3	20,1	12,2	22,2	19,8	24,7	27,5	26,3
34^{+0}-36^{+6}	33,9	31,4	32,4	35,2	34,7	32,6	35,8	30,9	30,7	31,0	36,4
37^{+0}-38^{+6}	29,5	31,1	33,5	34,5	39	38,2	36,4	38,6	37,6	42,6	45,2
39^{+0}-40^{+6}	18,8	19,5	20,5	22,3	24,7	26,1	26,6	26,6	27,8	30,9	31,4
41^{+0}-41^{+6}	42,2	41,9	43,6	44,6	44,7	45,7	47,0	46,9	47,4	48,3	49,3
$\geq 42^{+0}$	47,5	49,5	48,5	53,3	49,4	50,4	46,0	50,3	59,6	55,6	60,8
totale	25,9	26,7	28	29,6	31,6	32,3	32,5	32,9	33,7	36,6	37,7

*Esclusi i parti avvenuti presso Aou di Bologna

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

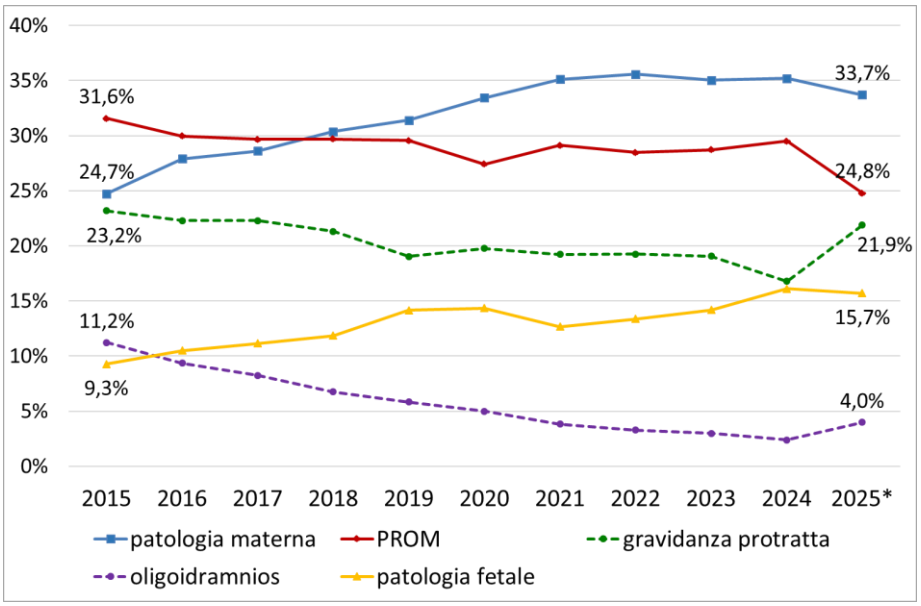
- donne con scolarità bassa (40,7% vs 36,1 in donne con scolarità alta)
- donne con cittadinanza straniera (40,4% vs 37,1% in italiane)
- primipare (44,2% vs 31,3% in multipare)
- donne in sovrappeso o obese (42,2% e 56,3%, rispettivamente) rispetto alle normopeso (33,9%).

Per i parti avvenuti presso l'Aou di Parma, i dati relativi alle variabili "indicazione" e "metodo utilizzato" per l'induzione del travaglio sono risultati invertiti a causa di un errore nella trasmissione alla banca dati regionale. Ai fini del presente *Rapporto*, per consentire una descrizione più esaustiva del fenomeno a livello regionale, è stata corretta l'anomalia nelle elaborazioni che incrociano le variabili con il punto nascita. Tuttavia, non essendo possibile modificare retrospettivamente la struttura del *dataset*, le elaborazioni di dettaglio su indicazione e metodo di induzione in relazione a caratteristiche materne e assistenziali sono state effettuate escludendo i parti di Aou di Parma.

Nel 2025, tra le donne con travaglio di parto indotto, **l'indicazione** più frequente si conferma essere una condizione patologica materna (33,7%), seguita da rottura prematura delle membrane - PROM (24,8%), gravidanza protratta (21,9%) e presenza di una patologia fetale (15,7%). In 4,0% 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 condizione clinica principale che ha motivato la decisione di procedere all'intervento. Nel 2025 si osserva un lieve calo delle induzioni per patologia materna o fetale rispetto all'anno precedente, che continuano tuttavia a interessare quasi la metà dei casi (49,4%), una quota nettamente superiore a quella rilevata nel 2015 (34,0%).

Dopo un periodo di stabilità, si è ridotta l'indicazione per PROM, mentre è aumentata quella per gravidanza protratta (figura 33).

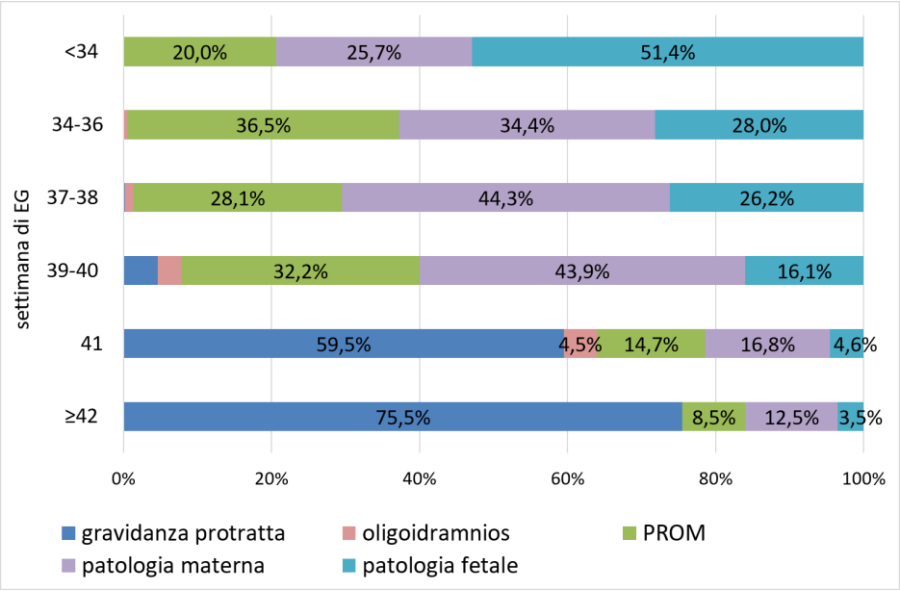
Figura 33. Frequenza delle indicazioni all'induzione del travaglio, E-R 2015-2025



*Esclusi i parti avvenuti presso Aou di Parma

Le indicazioni all'intervento differiscono in base all'età gestazionale: nei parti avvenuti prima di 34^{+0} settimane di EG la causa principale di induzione è la patologia fetale (51,4%), nei *late preterm* la PROM (36,5%), nei parti a 37^{+0}-40^{+6} settimane di EG la patologia materna (44,1%). La gravidanza protratta è posta come motivazione all'intervento in 59,5% di parti a 41^{+0}-41^{+6} settimane di EG e in 75,5% dei parti avvenuti a 42 settimane di EG o oltre (figura 34).

Figura 34. Frequenza di indicazioni all'induzione per classe di età gestazionale, E-R 2025



Esclusi i dati di parti avvenuti presso Aou di Parma e Aou di Bologna

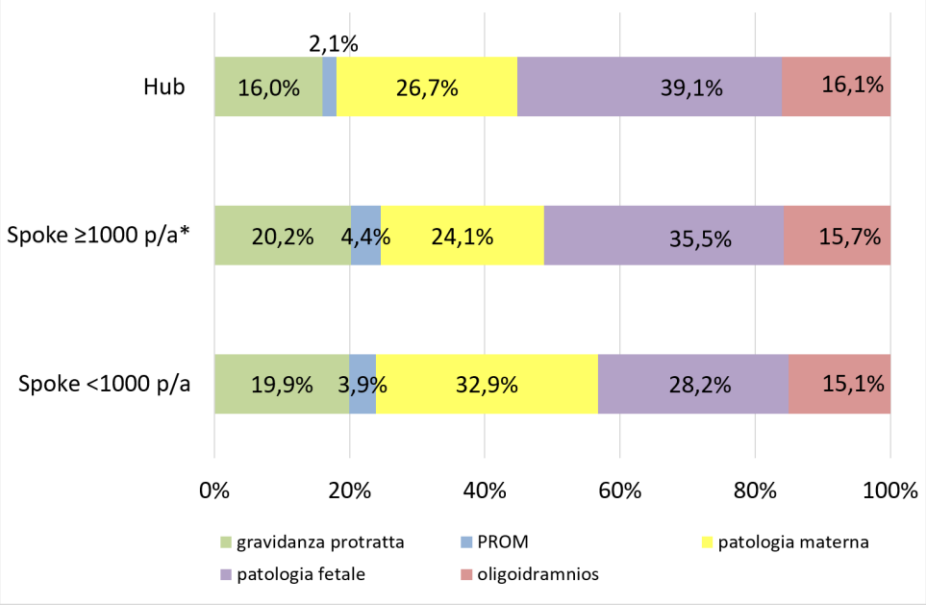
Informazioni relative a specifiche patologie materne, pregresse o insorte nel corso della gravidanza, e a patologie fetali, attualmente non rilevate dal flusso CedAP, sono state introdotte nel tracciato ministeriale in vigore dal 2026 (Ministero della salute, 2025). La disponibilità di queste nuove variabili consentirà di descrivere, in misura più dettagliata, il ricorso all'intervento e di valutarne l'appropriatezza.

Le linee di indirizzo regionali raccomandano di offrire l'induzione del travaglio in caso di gravidanza protratta, in assenza di altre indicazioni, tra 41^{+0} e 42^{+0} settimane di EG, poiché le prove di efficacia indicano che, a questa epoca gestazionale, l'intervento riduce il rischio di mortalità e morbosità perinatali (Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita, 2020). Nel 2025, 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 12,7% dei casi, un valore superiore a quello registrato nel periodo 2020-2024 (attorno a 9%). L'induzione per gravidanza protratta è stata eseguita in 74,6% dei casi a 41^{+0}-41^{+6} settimane di EG (era attorno a 82% nel quinquennio precedente) e in 12,2% dei casi a $\geq 42^{+0}$ settimane di EG.

In relazione alla categoria di punto nascita, il ricorso all'induzione del travaglio è sostanzialmente sovrapponibile nei centri *Hub* e *Spoke* con maggiore volume di attività (rispettivamente 38,9% e 38,4%). La percentuale è lievemente inferiore nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno, dove l'induzione interessa il 34,7% dei parti.

Come negli anni precedenti, non si osservano differenze sostanziali tra i centri *Hub* e i centri *Spoke* nel contributo delle indicazioni per patologie materne e fetali al totale delle induzioni. Ciò vale anche per gli *Spoke* con minore volume di attività, nei quali è attesa una maggiore proporzione di donne con gravidanza fisiologica rispetto agli altri punti nascita (figura 35).

Figura 35. Frequenza di parti per indicazione all'induzione e categoria di punto nascita, E-R 2025



* incluso PN di Carpi. Esclusi i dati di parti avvenuti presso Aou di Parma

Il **metodo di induzione** prevalentemente utilizzato è la somministrazione di prostaglandine (54,0%); l'ossitocina viene somministrata in 17,7% dei casi; nel 5,1% delle induzioni è stato utilizzato un altro farmaco. La amnioressi è effettuata in 5,7% delle induzioni e in un ulteriore 17,6% dei casi viene utilizzato un altro metodo meccanico. Nell'interpretazione di questa variabile è necessario considerare che, nel flusso CedAP, non sono consentite 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 parti con travaglio a inizio spontaneo, il ricorso al **parto pilotato** (*augmentation*) viene registrato in 15,0% dei casi; il dato è stabile dal 2017. La variabilità tra punti nascita è ampia (*range* da valori attorno al 7,5% in ospedale di Bentivoglio, Bologna Maggiore e Rimini a valori pari a 24,0% in ospedale di Fidenza e Aou di Bologna), anche all'interno di ogni categoria di centro.

Fattori socio-demografici e clinici associati a induzione del travaglio

Travaglio indotto (solo parti con travaglio)		
	OR agg*	IC95
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	2,19	2,06 – 2,32
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	1,22	1,14 – 1,30
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	1,14	1,07 – 1,22
bassa	1,25	1,15 – 1,36
Età		
<25 anni	0,76	0,68 – 0,85
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,40	1,32 – 1,49
BMI materno		
sottopeso	0,76	0,67 – 0,86
normopeso	1 (rif.)	
sovrappeso	1,47	1,37 – 1,57
obeso	2,66	2,44 – 2,91

*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 primipara, cittadinanza straniera, livello di scolarità basso e medio, 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 2025 il 97,0% delle donne ha usufruito di almeno un tipo di sostegno anti-dolore in travaglio. In particolare:

- 56,8% delle donne ha ricevuto solo metodiche non farmacologiche
- 12,0% solo analgesia epidurale
- 25,3% ha usufruito di metodiche non farmacologiche ed epidurale
- in 1,0% dei casi è stata utilizzata una analgesia farmacologica diversa dall'epidurale, da sola o in associazione a metodiche non farmacologiche
- in 1,8% dei casi sono stati utilizzati altri tipi di associazioni.

La quota di donne che non ha ricevuto **alcuna metodica anti-dolore** in travaglio è pari a 3,0%. Questa condizione è in netta riduzione rispetto al 2015 (era pari a 11,9%).

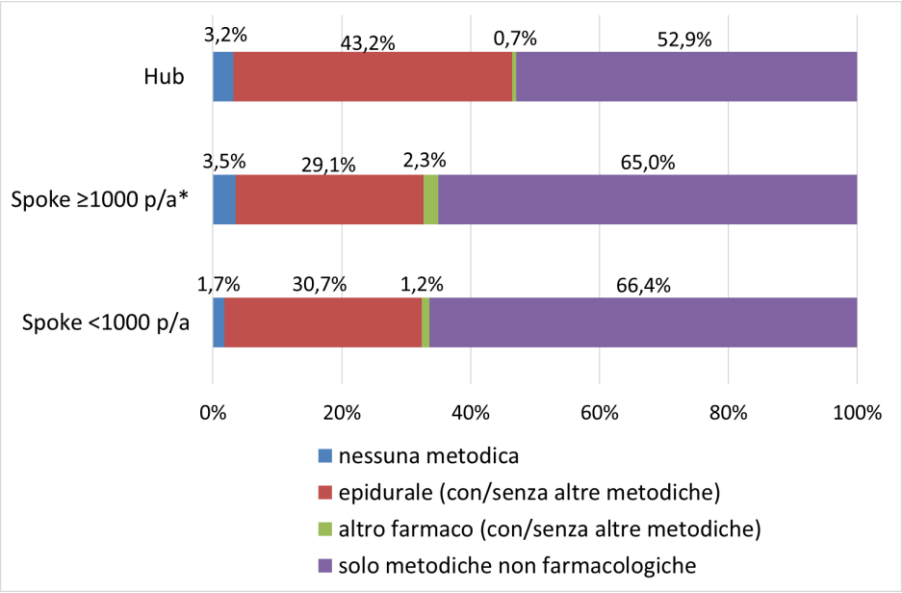
Il mancato ricorso a metodiche anti-dolore è più frequente in:

- multipare (4,0% vs 2,1% in primipare)
- cittadine straniere (3,9% vs 2,6% in italiane)
- donne con scolarità bassa (3,8% vs 2,6% in donne con scolarità alta)

Non si rilevano differenze per classi di età inferiore o superiore a 35 anni.

Rispetto alla categoria di punto nascita, il mancato utilizzo di una metodica anti-dolore è più frequente nei centri *Hub* e negli *Spoke* che assistono 1.000 o più parti ed è, invece, un evento poco frequente nei centri *Spoke* <1.000 parti/anno (figura 36).

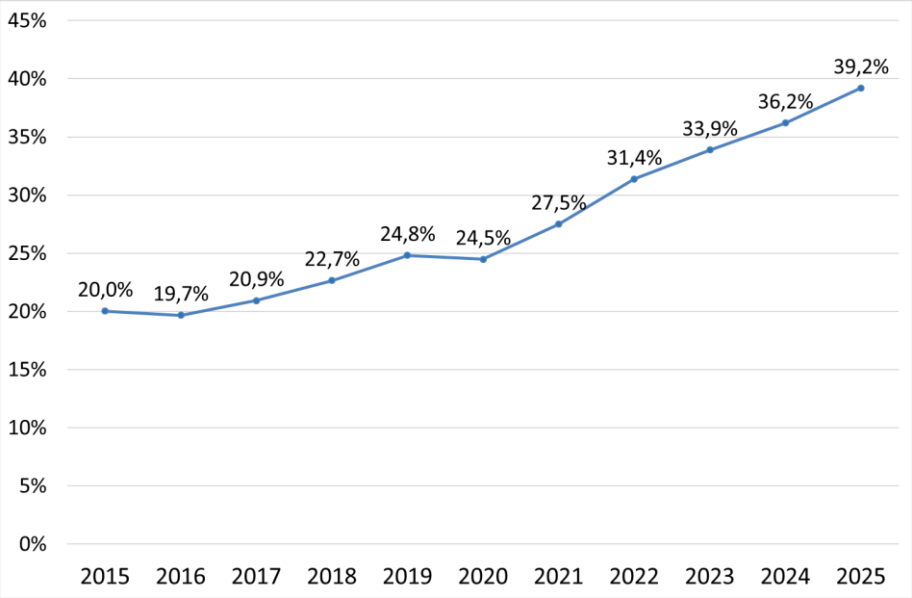
Figura 36. Frequenza di utilizzo di metodiche anti-dolore in travaglio per luogo di parto, E-R 2025



* incluso PN di Carpi

Considerando l'utilizzo singolo o in associazione con altre metodiche, l'**epidurale** è stata somministrata in 39,2% delle donne con travaglio di parto, un valore raddoppiato rispetto al 2015. Una netta accelerazione nel *trend* di crescita si osserva in particolare a partire dal 2020 (figura 37). 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 parti <1.000 anno (figura 36). La variabilità tra punti nascita, anche all'interno della stessa categoria di centro, è ampia e potrebbe dipendere da fattori organizzativi.

Figura 37. Frequenza di utilizzo di epidurale in donne con travaglio di parto, E-R 2015-2025



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 (53,4% vs 23,4% in multipare)
- donne con scolarità alta (44,0% vs 29,7% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (43,2% vs 30,3% in straniere).

Non si rilevano differenze per classi di età inferiore o superiore a 35 anni.

Il ricorso ad analgesia epidurale è più frequente in donne assistite in gravidanza privatamente da una/o professionista (44,9%) rispetto a quelle assistite in un consultorio familiare pubblico (36,2%) e tra coloro che hanno partecipato agli incontri di accompagnamento alla nascita (52,3%) rispetto alle donne che non hanno frequentato gli incontri (29,3%).

Si conferma, come negli anni precedenti, una maggiore frequenza di ricorso a epidurale in donne con travaglio di parto indotto (52,0% vs 31,3% in donne con travaglio a insorgenza spontanea) e in donne con travaglio con inizio spontaneo e successivamente pilotato (34,9% vs 6,0% in donne senza travaglio pilotato).
La frequenza di taglio cesareo risulta circa tre volte più elevata nei travagli con epidurale (12,4%) rispetto a quelli senza trattamento (4,4%). Per una descrizione delle conoscenze disponibili sulla correlazione tra l'analgesia epidurale e il rischio di ricorso al taglio cesareo si rimanda alla precedente edizione del *Rapporto* (Perrone E et al, 2025).

Fattori socio-demografici e clinici associati al ricorso di epidurale

Utilizzo epidurale (solo parti con travaglio)		
	OR agg*	IC95
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	3,70	3,47 – 3,93
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	0,81	0,75 – 0,87
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	0.94	0,88 – 1,00
bassa	0,82	0,74 – 0,89
Età		
<25 anni	0,87	0,78 – 0,98
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,15	1,08 – 1,23
BMI materno		
sottopeso	0,83	0,73 – 0,94
normopeso	1 (rif.)	
sovrappeso	1,04	0,97 – 1,12
obeso	1,30	1,19 – 1,43
IAN		
no	1 (rif.)	
sì	1,09	1,01 – 1,17
Servizio utilizzato in gravidanza		
pubblico	1 (rif.)	
privato	1,11	1,03 – 1,18

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

La cittadinanza straniera, il livello di scolarità basso, l'età inferiore a 25 anni e la condizione di sottopeso sono associate, in misura statisticamente significativa, a una minore probabilità di ricorso all'epidurale.

La condizione di primipara, di obesità e l'età materna ≥35 anni 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 e tra le donne che partecipano a incontri di accompagnamento rispetto a quelle che non vi partecipano.

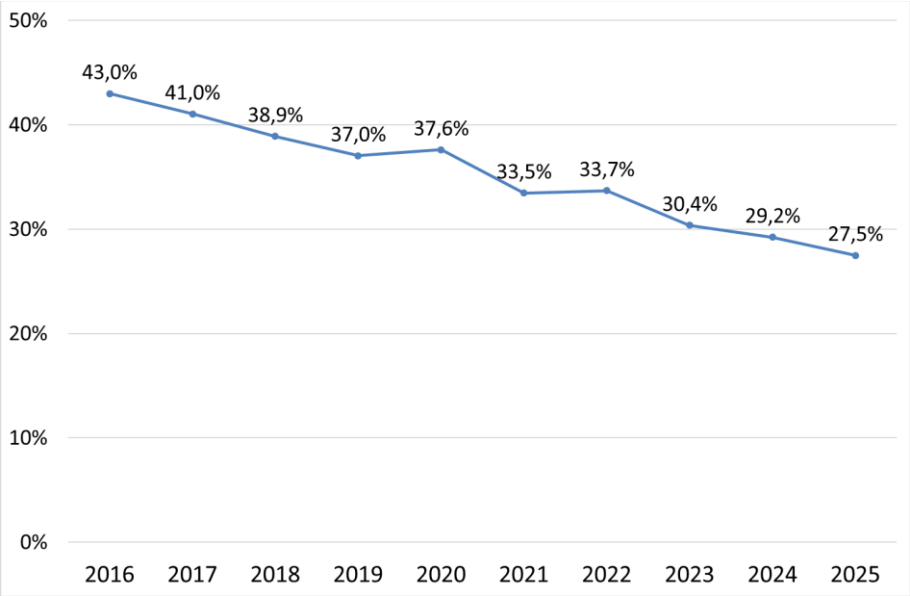
Conduzione del travaglio di parto

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 2025 la quota di travagli a conduzione ostetrica è pari a 27,5%; di contro, la conduzione medica del travaglio ha interessato 72,6% delle donne.

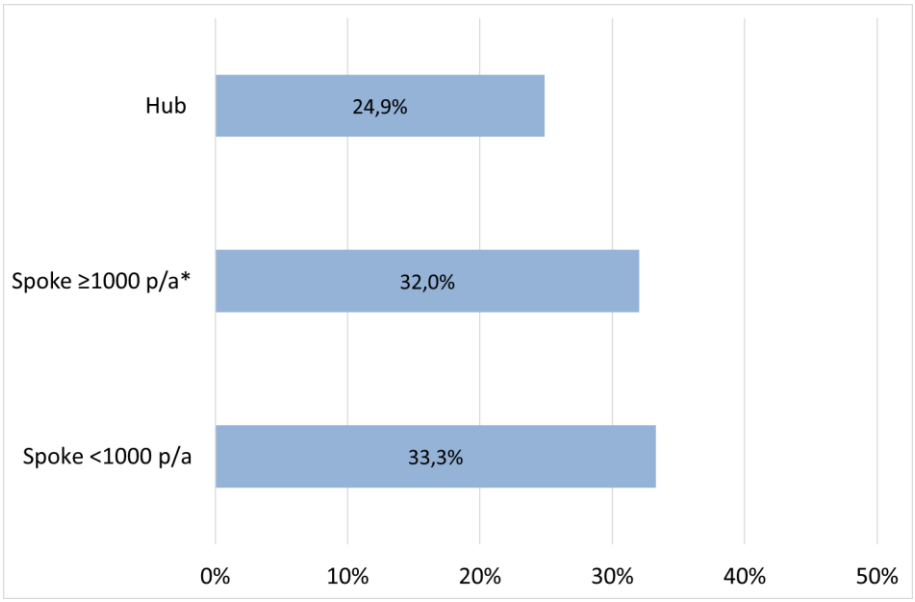
Rispetto al 2016, la quota di parti con travaglio a conduzione ostetrica è in progressiva e rapida riduzione (figura 38). Il fenomeno potrebbe dipendere, almeno in parte, dal concomitante aumento del ricorso all'induzione del travaglio e all'analgesia epidurale registrato a livello regionale nel medesimo periodo.

Figura 38. Frequenza di parti con travaglio a conduzione ostetrica, E-R 2016-2025



Considerando la sostanziale sovrapposizione nel ricorso agli interventi in travaglio (induzione e utilizzo di epidurale) tra le diverse categorie di punti nascita, non sorprende che la quota di travagli a conduzione ostetrica non differisca in misura netta tra centri *Hub* e *Spoke*, compresi i punti nascita con meno di 1.000 parti/anno che dovrebbero essere maggiormente orientati alla gestione di gravidanze fisiologiche (figura 39).

Figura 39. Frequenza di parti con travaglio a conduzione ostetrica per categoria di punto nascita, E-R 2025

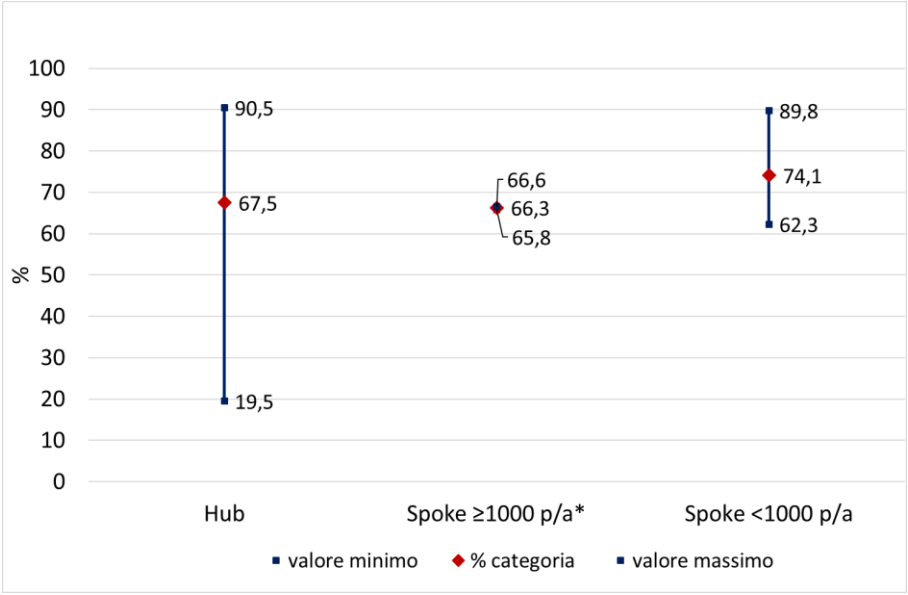


* incluso PN di Carpi

La variabilità tra i punti nascita nella conduzione del travaglio, in relazione alla figura professionale di riferimento (ostetrica o medica), è significativa (*range* da 5,4% in Aou di Bologna a 53,9% in ospedale di Faenza, per la conduzione ostetrica del travaglio). Tale discrepanza potrebbe dipendere da una differente interpretazione del quesito di rilevazione, a seconda che si privilegi l'attribuzione della figura professionale responsabile della conduzione del travaglio o la collaborazione tra professionisti nell'assistenza. Inoltre, questa eterogeneità è solo parzialmente giustificabile dalla diversa complessità della casistica, dal momento che ampie differenze si osservano anche tra centri appartenenti alla stessa categoria di punto nascita.

Per standardizzare l'analisi e minimizzare l'effetto delle differenze associabili alla complessità clinica, è stata condotta un'analisi sui **parti** a termine (≥37^{+0} settimane di EG) **senza intervento medico**. Questi ultimi sono definiti come parti con travaglio a esordio e progressione spontanei che si sono conclusi con parto vaginale non operativo e in assenza di episiotomia o di analgesia farmacologica (Euro-Peristat, 2008; Blondel B et al, 2016). In questa sottopopolazione, la quota di travagli a conduzione ostetrica raggiunge il 68,9%; nei centri *Spoke* <1.000 parti/anno la frequenza è più alta della media regionale. Permangono differenze rilevanti tra punti nascita – in particolare nei centri *Hub* – su cui incidono, molto probabilmente, fattori organizzativi interni (figura 40).

Figura 40. Frequenza di parti senza intervento medico con travaglio a conduzione ostetrica per categoria di punto nascita, E-R 2025



* incluso PN di Carpi

La linea guida *Gravidanza fisiologica* 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 prenatale, del travaglio-parto e in puerperio, 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 complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio che richiedono percorsi di consulenza specialistica (ISS-SNLG, 2025 Rev).

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).

Considerando le donne assistite in consultorio familiare pubblico, l'analisi congiunta delle informazioni sulla gestione da parte dell'ostetrica in gravidanza e in travaglio rileva che in due donne su cinque (41,2%) con gravidanza fisiologica l'assistenza è stata condotta dall'ostetrica sia durante la gestazione sia in travaglio. Si tratta di un'offerta in netto calo rispetto al 2016, quando la percentuale si attestava al 56,2%. Per garantire l'offerta del modello assistenziale associato a migliori esiti di salute per madre e bambina/o, la *Commissione nascita* regionale sta definendo il modello di continuità assistenziale ostetrica da garantire a tutte le donne, indipendentemente dalla classificazione della gravidanza, del travaglio di parto, del postpartum e del puerperio.

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 ostetrica del travaglio ha subito una riduzione nel tempo, in parte riconducibile al contestuale aumento dei travagli con interventi medici (induzione ed epidurale)
- in quasi il 70% di parti a termine con decorso fisiologico (*parti senza intervertenti medici*) la gestione del travaglio è effettuata dall'ostetrica
- la continuità assistenziale a conduzione ostetrica - dalla gravidanza al travaglio di parto - è diminuita nel tempo.

CAPITOLO 8

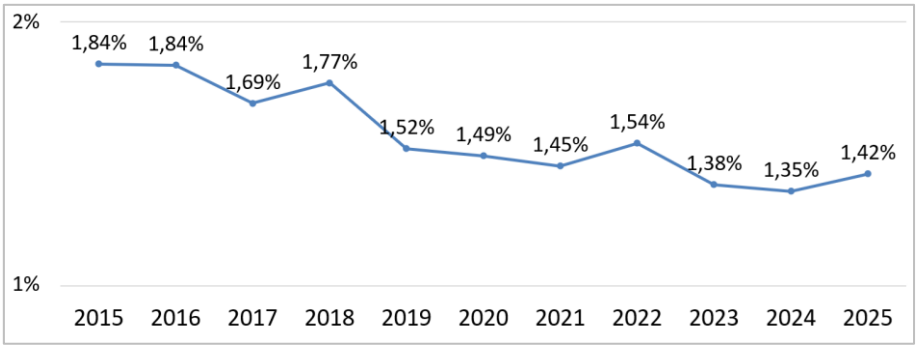
IL PARTO

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 134 a n. 162

Parto plurimo

I parti plurimi (o gemellari) sono 1,42% (n= 385) di tutti i parti; un valore in riduzione rispetto al 2015 (figura 41) e sovrapponibile a quello nazionale (1,4%) (Ministero della salute, 2026a).

Figura 41. Frequenza di parti plurimi, E-R 2015-2025



Come atteso, rispetto al parto con feto singolo, la gravidanza multipla è associata a una maggiore frequenza di parto pretermine (55,5% vs 4,9%) e di ricorso al taglio cesareo (81,3% vs 22,0%).

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 94,9% dei casi, podalica in 4,4%, di spalla in 0,3%; in 0,4% dei casi si registra un'altra presentazione anomala. Nei **parti singoli**, la frequenza di **presentazione podalica** del feto è pari a 3,7%, più frequente nelle primipare rispetto alle multipare (4,7% vs 2,7%) e nelle pre-cesarizzate (5,2% vs 2,0% in multipare non pre-cesarizzate).

Presenza personale sanitario

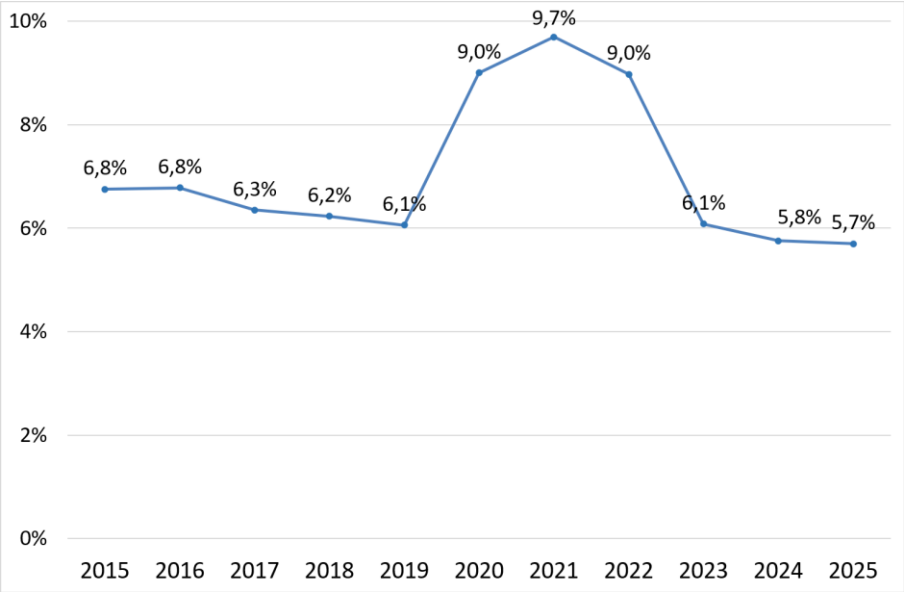
Escludendo i parti cesarei e i dati di Aou di Parma per anomala distribuzione delle informazioni, le professioniste e i professionisti presenti al momento del parto oltre all'ostetrica (98,9% dei parti) sono:

- in 74,0% dei casi il ginecologo. Il valore si riduce a 46,7% in caso di conduzione ostetrica del travaglio con ampia variabilità tra i punti nascita (*range* da 12,7% in ospedale di Reggio Emilia a 94,1% in ospedale di Sassuolo)
- in 22,1% dei casi il pediatra/neonatologo, con variabilità non trascurabile principalmente nei punti nascita *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno (*range* da 10,2% in ospedale di Faenza a 42,7% in ospedale di Bentivoglio)
- in 14,1% dei casi l'infermiere con competenze neonatali
- in 22,7% dei casi l'anestesista.

Presenza di persona scelta dalla donna

Nel 2025 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 94,3% (in 90,3% dei casi è il partner).
Di contro, la frequenza di parti in **assenza di una persona scelta dalla donna** è pari a 5,7%. Il valore è stabile rispetto all'anno precedente e tra i più bassi registrati negli ultimi dieci anni. L'incremento osservato nel periodo pandemico 2020-2022 ha rappresentato un fenomeno transitorio, conseguente alle restrizioni di accesso alle strutture sanitarie, che hanno limitato la presenza del partner o di un'altra persona di fiducia scelta dalla donna. (Perrone E et al, 2022) (figura 42).

Figura 42. Frequenza di parti vaginali in assenza di persone di fiducia scelta dalla donna, E-R 2015-2025



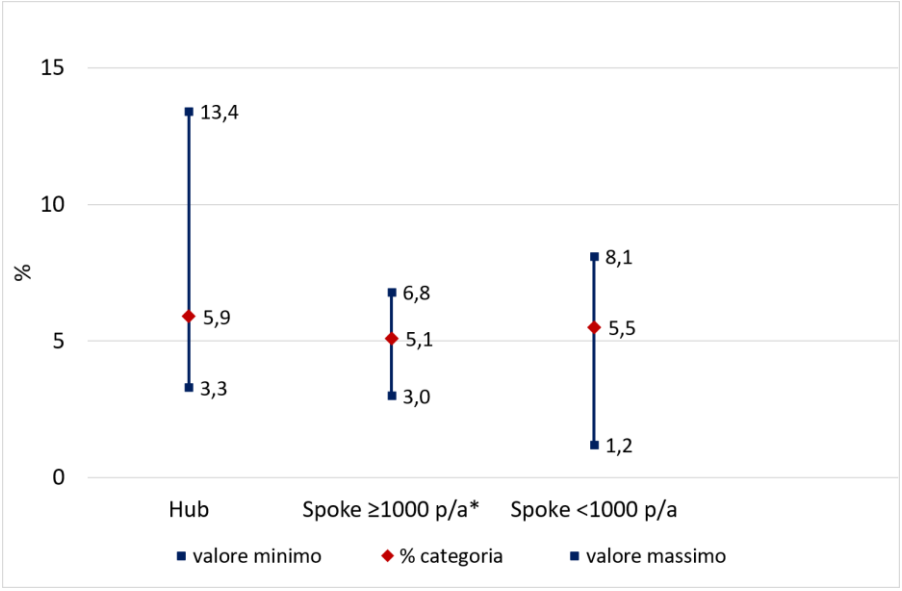
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'assenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio e parto è più frequente in:

- multipare (9,2% vs 2,4% in primipare)
- donne con scolarità bassa (12,0% vs 2,9% in donne con scolarità alta)
- cittadine straniere (13,4% vs 2,3% 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 nelle quali, però, si registra una variabilità non trascurabile tra punti nascita (figura 43).

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 (40,8% di tutti i parti con taglio cesareo), escludendo i dati dei parti avvenuti presso Aou di Bologna per un'alta prevalenza di dati mancanti, nel 41,5% dei casi durante il parto è presente una persona di fiducia. La variabilità è ampia tra punti nascita: da valori inferiori a 6% (negli ospedali di Imola, Fidenza, Piacenza e Aou di Ferrara) a valori superiori a 80% (negli ospedali di Cesena, Rimini e Montecchio nell'Emilia).

Figura 43: Frequenza di parti vaginali in assenza di persone di fiducia scelta dalla donna, per categoria di punto nascita, E-R 2025

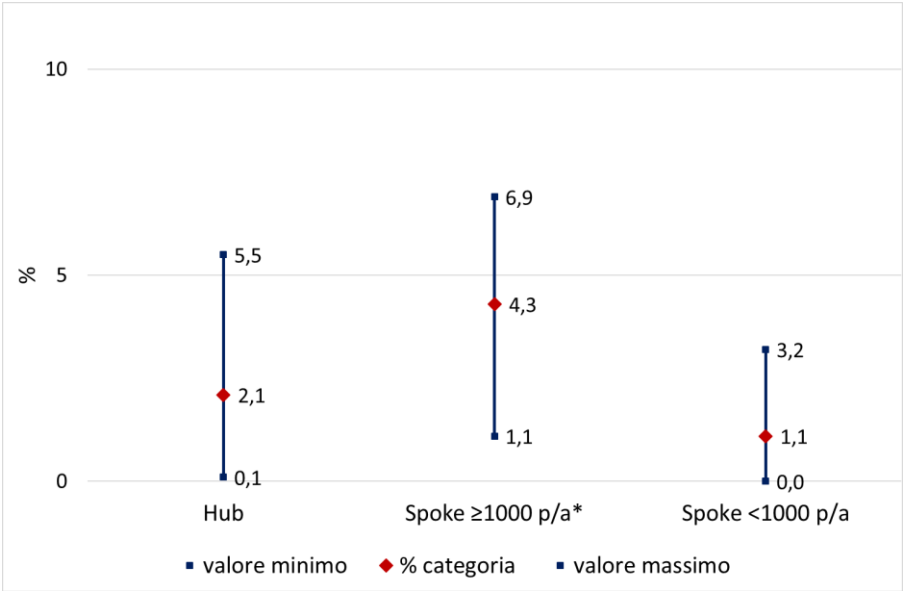


* incluso PN di Carpi

Episiotomia

Nel 2025 l'**episiotomia** è stata praticata nel 2,3% dei parti vaginali non operativi, un valore ridotto della metà rispetto quello registrato nel 2016, primo anno di rilevazione. La variabilità tra i punti nascita è ampia, anche nella stessa categoria (figura 44).

Figura 44: Frequenza di episiotomia in parti vaginali non operativi, per categoria di punto nascita, E-R 2025



* incluso PN di Carpi

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 frontieres* (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 parti successivi.
A livello nazionale, il ricorso all'episiotomia si è fortemente ridotto negli anni, passando dal 24% nel 2015 al 9% nel 2024 (ultimo dato disponibile), ma persiste un'ampia variabilità regionale, con un netto gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali (Agenas, 2025).

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 2025 la frequenza di parti senza alcun intervento – considerati quindi fisiologici per tutto il loro decorso – è pari a 30,7%; questa condizione si è ridotta, in misura netta e in un ristretto arco temporale (era pari a 37,3% nel 2020).

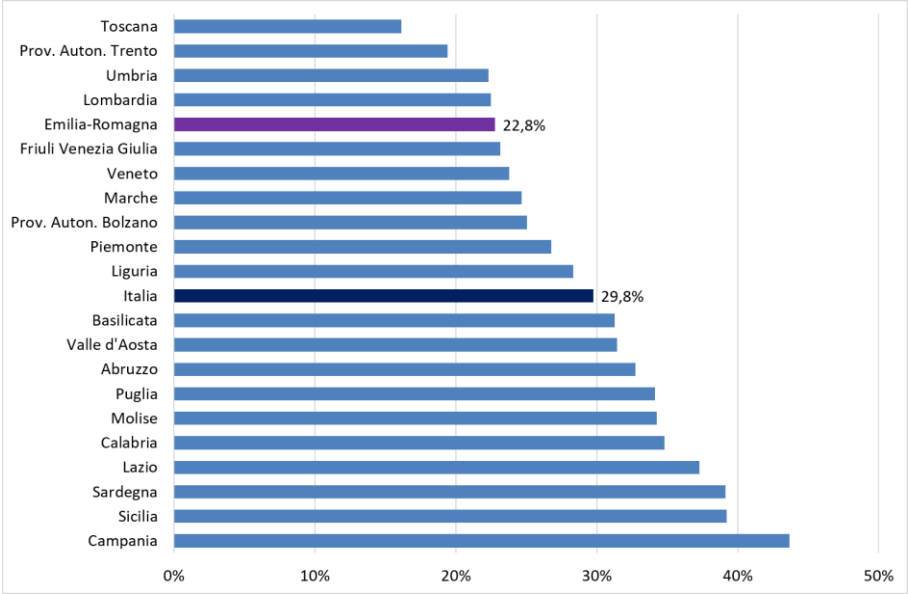
La condizione è più frequente fra le multipare con precedente parto vaginale (49,6% vs 8,5% in pre-cesarizzate e 20,8% in primipare). Le differenze sono contenute per cittadinanza (32,5% in straniere vs 29,9% in italiane) e livello di istruzione (32,5% in donne con scolarità bassa vs 29,9% in donne con scolarità alta).

Si rimanda al capitolo 7 di questo *Rapporto* in cui il parto senza alcun intervento medico è analizzato in relazione alla conduzione ostetrica del travaglio.

Parti con taglio cesareo

Nel 2025, il 72,2% dei parti è avvenuto per via vaginale non operativa, il 5,0% per via vaginale operativa e il 22,8% con **taglio cesareo,** un valore tra i più bassi a livello nazionale (figura 45) (Ministero della salute, 2026a).

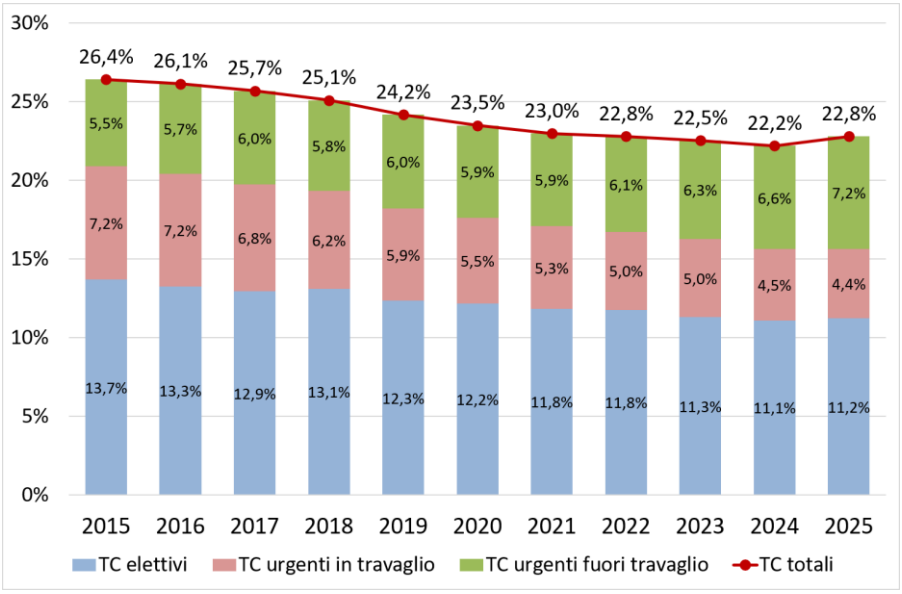
Figura 45: Frequenza di taglio cesareo nelle regioni italiane, 2025



Fonte: Ministero della salute, 2026a

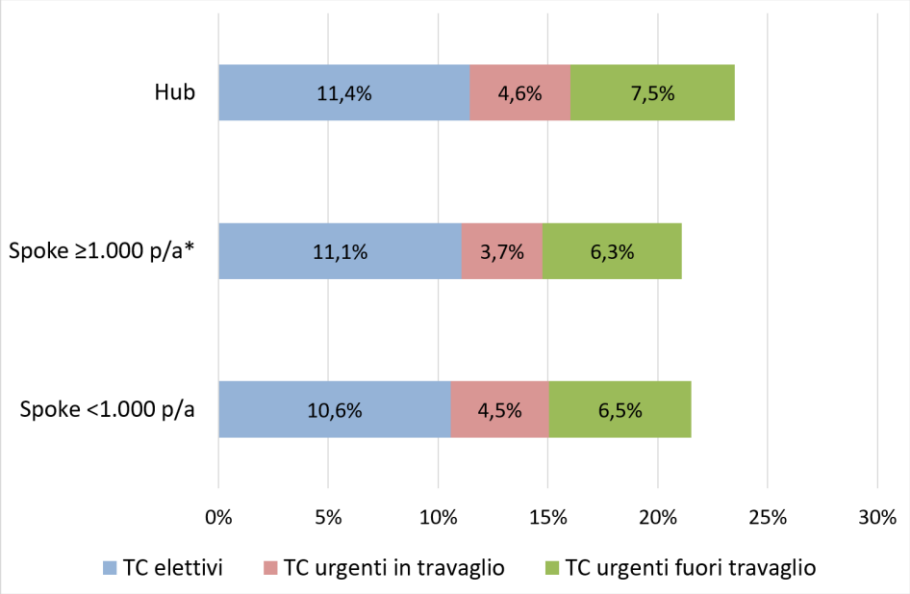
L'andamento del tasso di parti con taglio cesareo, caratterizzato da decrementi lievi e graduali anno per anno, si è arrestato nel 2025, registrando un lieve aumento rispetto all'anno precedente. Tale incremento è riconducibile principalmente alla componente dei tagli cesarei urgenti fuori travaglio, l'unica ad aver mostrato una crescita costante nell'ultimo triennio. Nel complesso, negli ultimi cinque anni la frequenza di parti con taglio cesareo ha subito variazioni minime confermandosi sostanzialmente stabile attorno al 23% (figura 46).

Figura 46: Frequenza di taglio cesareo totale e per modalità di intervento, E-R 2015-2025



Non si rilevano differenze nella quota di tagli cesarei elettivi fra categorie di punti nascita (figura 47). I tagli cesarei in urgenza fuori travaglio sono più frequenti in centri *Hub;* questo aspetto, unito al fatto che il 74,1% di tutti i tagli cesarei urgenti si verifica in questi centri, potrebbe riflettere la capacità della rete perinatale di centralizzare le gravidanze complicate presso strutture dotate di risorse e competenze specialistiche necessarie alla gestione di quadri clinici di elevata complessità assistenziale.

Figura 47. Frequenza di taglio cesareo (su tutti i parti) per modalità e per categoria di punto nascita, E-R 2025



* incluso PN di Carpi

In relazione alle caratteristiche materne il ricorso al taglio cesareo (complessivo di tutte le modalità) risulta più frequente in:

- donne con scolarità bassa (24,7% vs 21,6 in donne con scolarità alta)
- donne con cittadinanza straniera (24,1% vs 22,2% in italiane)
- donne in sovrappeso o obese (29,0% e 25,9%, rispettivamente) rispetto alle normopeso (20,7%)
- donne pre-cesarizzate (74,1% vs 9,1% in multipare senza pregresso cesareo e 22,7% in primipare).

La frequenza di parti con taglio cesareo elettivo non differisce in relazione al livello di istruzione e alla cittadinanza materna. Persiste, invece, un maggiore ricorso al taglio cesareo urgente fuori travaglio in:

- donne con scolarità bassa (36,3% vs 28,4% in donne con scolarità alta, sul totale dei parti con taglio cesareo)
- donne con cittadinanza straniera (34,3% vs 29,9% in italiane).

Queste differenze possono essere riconducibili a una minore capacità del sistema di intercettare tempestivamente le condizioni di rischio nei gruppi di popolazione con maggiore vulnerabilità sociale. Come già descritto nei precedenti capitoli di questo *Rapporto* e documentato in letteratura, questi sottogruppi di donne presentano un maggiore rischio di accesso tardivo e di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari prenatali. Una presa in carico frammentata o tardiva potrebbe ostacolare l'identificazione precoce delle complicanze materno-fetali, favorendo l'improvviso aggravamento clinico di quadri patologici che necessitano di una gestione in urgenza.

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

Taglio cesareo		
	OR agg*	IC95
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	3,44	3,17 – 3,73
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	1,00	0,92 – 1,08
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	1,15	1,07 – 1,24
bassa	1,19	1,08 – 1,31
Età		
<25 anni	0,77	0,67 – 0,88
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,77	1,65 – 1,89
BMI materno		
sottopeso	0,84	0,73 – 0,98
normopeso	1 (rif.)	
sovrappeso	1,26	1,16 – 1,36
obeso	1,46	1,32 – 1,61
Servizio utilizzato in gravidanza		
pubblico	1 (rif.)	
privato	1,11	1,03 – 1,20
Precedente cesareo		
no	1 (rif.)	
sì	28,26	25,37 – 31,52

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

La condizione di primipara, il livello di scolarità 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 e la condizione di sottopeso sono associate, in misura statisticamente significativa, a una minore probabilità di ricorso all'intervento.

Analisi dei parti 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 parti 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 (≥37^{+0} settimane), travaglio spontaneo
IIa	nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (≥37^{+0} settimane), travaglio indotto
IIb	nullipara, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (≥37^{+0} settimane), TC prima del travaglio
III	multipara (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (≥37^{+0} settimane), travaglio spontaneo
IVa	multipara (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (≥37^{+0} settimane), travaglio indotto
IVb	multipara (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (≥37^{+0} settimane), TC prima del travaglio
V	precedente parto cesareo, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (≥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 48a e 48b illustrano, per ogni classe di Robson, la frequenza dei parti, il tasso di parti con taglio cesareo e il contributo di ogni classe al tasso complessivo di taglio cesareo. Le classi I e III (rispettivamente primipare e multipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e inizio di travaglio spontaneo) comprendono quasi la metà della popolazione (47,2%); il loro contributo al totale dei parti con taglio cesareo è pari a 6,6%. Le classi IIb e IVb (rispettivamente primipare e multipare che eseguono un taglio cesareo prima del travaglio) costituiscono congiuntamente il 5,9% del totale dei parti e concorrono al 26,0% del totale dei parti con taglio cesareo. La classe V (pre-cesarizzate) è quella che maggiormente contribuisce al totale dei parti con taglio cesareo (28,3%) pur rappresentando il 9,0% di tutte le partorienti.

Figura 48a. Frequenza dei parti e tasso di parti con taglio cesareo per classe di Robson, E-R 2025

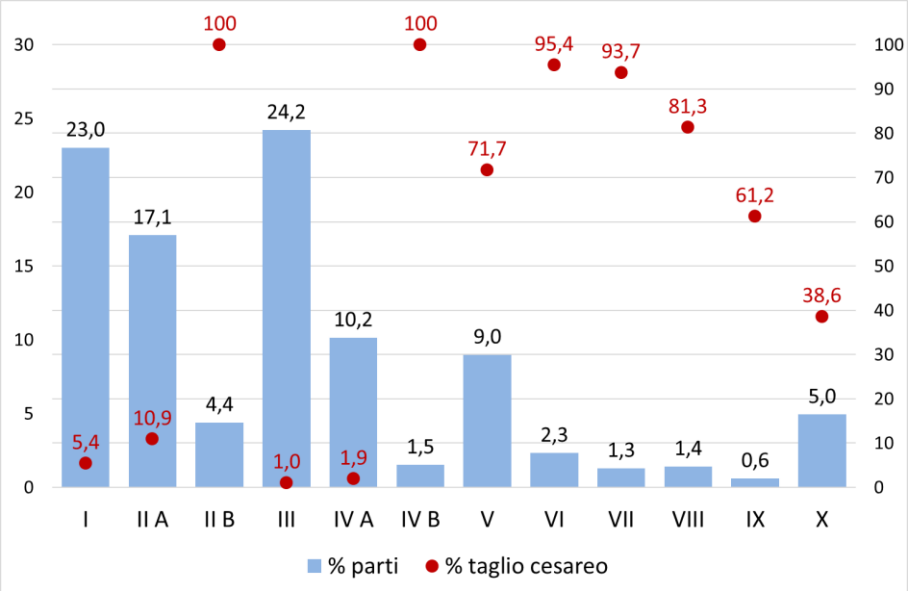
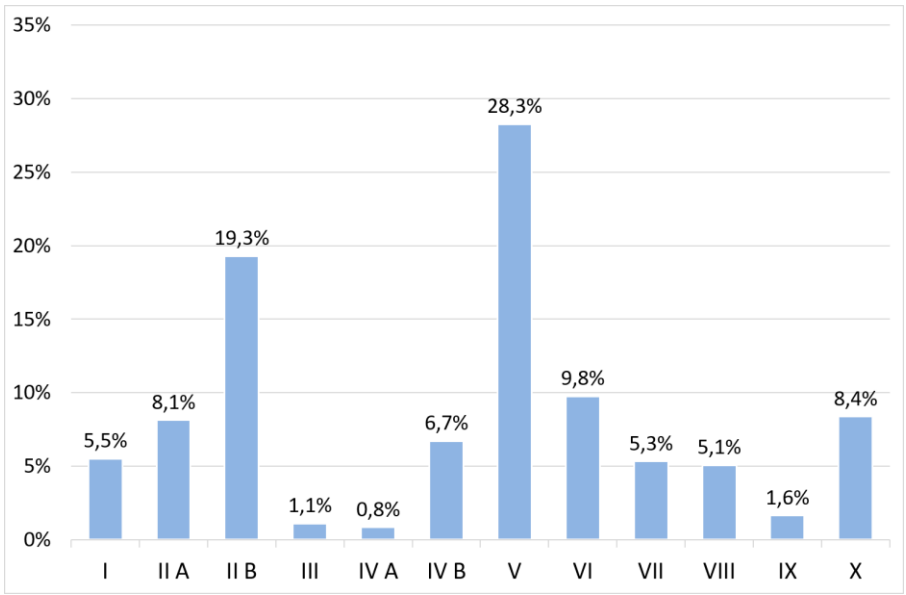


Figura 48b. Contributo percentuale al totale di parti con taglio cesareo per classe di Robson, E-R 2025



La seguente analisi sintetica descrive per ogni classe di Robson: 1) la frequenza della popolazione afferente, ossia il contributo al totale dei parti (*numero parti nella classe/ numero parti totale*); 2) il tasso di parti con taglio cesareo (*numero di TC nella classe/numero parti nella classe*); 3) il contributo dei parti con taglio cesareo eseguiti nelle singole classi al totale dei tagli cesarei (*numero TC nella classe/ numero TC totali*) nel 2025, a livello regionale e per categoria di punto nascita[5].

Per il confronto con i valori nazionali è stato utilizzato il *Rapporto sull'evento nascita in Italia (CedAP) - anno 2025* (Ministero della salute, 2026a).

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 parti con taglio cesareo.

CLASSE I

La classe include le primipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 6.240 donne nel 2025. Quattro donne su cinque (80,3%) in classe I hanno avuto un decorso della gravidanza categorizzato nel CedAP come fisiologico.

Tabella 5. Classe I per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	22,8	5,6	2,4 – 10,5	5,5
Spoke ≥1.000 parti/anno	21,0	4,5	1,4 – 6,6	4,5
Spoke <1.000 parti/anno	25,8	5,5	0,9 – 7,7	6,6
Totale E-R	23,0	5,4	-	5,5

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è, in misura netta, inferiore a quello nazionale, pari a 12,0%. 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 aumenta a valori pari a 55,3%, rispetto al 45,8% rilevato in centri *Hub*.

Non si rilevano sostanziali differenze nel tasso di parti con taglio cesareo in relazione alla categoria di punto nascita; il valore è sovrapponibili nei centri *Spoke* con <1.000 parti/anno e negli *Hub*.

Persiste una variabilità non trascurabile del tasso di parti con taglio cesareo tra punti nascita, anche della stessa categoria, difficilmente giustificabile da una diversa complessità della casistica. Si rileva negli ultimi tre anni una tendenziale stabilità nella registrazione dei valori estremi – sia minimi che massimi – nei medesimi punti nascita, suggerendo che l'andamento sia legato a fattori organizzativi e a scelte assistenziali. Anche in questo *Rapporto* – come nei precedenti - la presenza, in tutte le tre categorie di punti nascita, di centri con tassi inferiori a 3,0% indica ampi margini di miglioramento della qualità assistenziale in questa popolazione (tabella 5).

[5] Il punto nascita di Carpi è incluso nella categoria *Spoke* ≥1.000 parti/anno.

CLASSE IIa

La classe IIa include i parti successivi a induzione del travaglio nelle primipare, esclusi i casi di induzione rientranti in altre classi (gravidanza plurima, pretermine e feti con presentazione podalica o anomala), per un totale di 4.631 parti nel 2025. Le classi IIa e IVa (induzioni in multipare), insieme, comprendono l'85,6% di tutti i parti indotti.

Tabella 6. Classe IIa per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	17,2	10,9	6,9 – 20,4	8,0
Spoke ≥1.000 parti/anno	16,8	8,7	5,4 – 11,6	6,9
Spoke <1.000 parti/anno	17,1	12,9	8,4 – 19,0	10,2
Totale E-R	17,1	10,9	-	8,1

Il tasso regionale di parti in questa classe è uguale a quello nazionale (17,7%), ma il ricorso al taglio cesareo è la metà rispetto alla media nazionale, pari a 22,3%. Non si osserva una differenza della quota di donne in classe IIa tra categorie di punto nascita; nei centri *Spoke* <1.000 parti/anno si registra una frequenza di taglio cesareo dopo induzione di travaglio superiore a quella osservata nei centri *Hub* e *Spoke* ≥1.000 parti/anno. La variabilità del *range* di tasso di parti con taglio cesareo risulta particolarmente marcata tra gli *Hub* e gli *Spoke* con minore volume di attività (tabella 6). Si rileva negli ultimi tre anni una tendenziale stabilità nella registrazione dei valori estremi – sia minimi che massimi – nei medesimi punti nascita, suggerendo che l'andamento sia legato a fattori organizzativo e a scelte assistenziale. Per ridurre la variabilità osservata, in ogni punto nascita, andrebbero implementati interventi contesto-specifici per migliorare la gestione del travaglio e delle modalità di induzione.

CLASSE IIb

La classe IIb include i parti cesarei effettuati prima dell'inizio del travaglio (elettivi o urgenti fuori travaglio) nelle primipare, 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 1.191 parti nel 2025.

Tabella 7. Classe IIb per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	contributo % al totale dei cesarei
Hub	4,5	19,0
Spoke ≥1.000 parti/anno	3,7	17,5
Spoke <1.000 parti/anno	4,9	22,7
Totale E-R	4,4	19,3

La quota regionale di parti in questa classe è di poco superiore a quello nazionale, pari a 3,6%. 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 (19,3%).

Nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno la quota di donne appartenenti a questa classe e il contributo al totale dei parti sono superiori, pur in misura modesta, ai valori registrati in centri *Hub* (tabella 7).

CLASSE III

La classe III include le donne multipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 6.562 donne nel 2025.

Tabella 8. Classe III per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	23,0	1,1	0,2 – 1,4	1,1
Spoke ≥1.000 parti/anno	27,2	1,2	0,4 – 2,1	1,6
Spoke <1.000 parti/anno	26,5	0,7	0,0 – 1,1	0,8
Totale E-R	24,2	1,0	-	1,1

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

CLASSE IVa

La classe IVa include i parti 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 2.750 donne nel 2025.

Tabella 9. Classe IVa per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	10,1	1,8	0,5 – 2,8	0,8
Spoke ≥1.000 parti/anno	11,4	0,4	0,0 – 1,2	0,2
Spoke <1.000 parti/anno	9,3	4,1	0,0 – 6,0	1,8
Totale E-R	10,2	1,9	-	0,8

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è basso e inferiore, in misura netta, a quello nazionale, pari a 5,5%. Il ricorso al taglio cesareo in classe IVa differisce in misura sostanziale tra le tre categorie di punti nascita: il valore maggiore si registra nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anni, pur con una ampia variabilità del *range* tra centri appartenenti a questa specifica categoria (tabella 9).

CLASSE IVb

La classe IVb include i parti 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 414 donne nel 2025.

Tabella 10. Classe IVb per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	contributo % al totale dei cesarei
Hub	1,5	6,5
Spoke ≥1.000 parti/anno	1,6	7,4
Spoke <1.000 parti/anno	1,5	7,0
Totale E-R	1,5	6,7

Il contributo di questa classe al totale dei parti registrato in Emilia-Romagna è sovrapponibile a quello nazionale, pari a 1,2%. La quota di donne appartenenti a questa classe è bassa in tutte le categorie di punto nascita. Nei centri *Spoke* la casistica è bassa (*range* da 4 a 31 casi); il valore massimo è registrato nel punto nascita con il maggiore volume di attività della categoria (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 2.436 donne corrispondenti a 85,3% di tutte le donne con pregresso cesareo. La quasi totalità delle donne appartenenti a questa classe (95,7%) ha avuto meno di tre parti cesarei precedenti.

Tabella 11. Classe V per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	8,9	70,6	58,5 – 82,5	26,8
Spoke ≥1.000 parti/anno	10,6	70,4	52,2 – 82,2	35,3
Spoke <1.000 parti/anno	8,0	79,8	63,8 – 98,1	29,5
Totale E-R	9,0	71,7	-	28,3

I parti con taglio cesareo nelle donne con precedente cesareo costituiscono da anni l'indicazione più frequente all'intervento, rappresentando circa un terzo di tutti i parti con taglio cesareo (28,3% nel 2025).
Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è inferiore, in misura netta, a quello nazionale, pari a 81,3%. Nei centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno la quota di donne in classe V è analoga o di poco inferiore a quella registrata nelle altre categorie di punti nascita. Ciononostante, la frequenza di taglio cesareo ripetuto è superiore di circa 10 punti percentuali rispetto a quella registrata nei centri a più alta attività.

Come già osservato nelle precedenti edizioni di questo *Rapporto*, l'elevata variabilità del tasso di taglio cesareo tra punti nascita della stessa categoria 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, in ogni punto nascita, andrebbero implementati interventi contesto-specifici per aumentare l'offerta di un travaglio di parto, che costituisce l'elemento raccomandato e cruciale dell'assistenza a questa popolazione.

CLASSE VI

La classe VI include i casi di feto singolo con presentazione podalica in primipare, per un totale di 631 casi nel 2025. Complessivamente le classi VI e VII (feto podalico in multipare) comprendono 80,5% dei nati con presentazione podalica.

Tabella 12. Classe VI per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	2,6	95,1	80,6 – 100	10,3
Spoke ≥1.000 parti/anno	1,7	97,1	94,7 – 100	8,0
Spoke <1.000 parti/anno	1,9	95,9	93,3 – 100	8,3
Totale E-R	2,3	95,4	-	9,8

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 351 donne nel 2025.

Tabella 13. Classe VII per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	1,3	92,0	78,1 – 100	5,1
Spoke ≥1.000 parti/anno	1,2	97,9	97,1 –100	5,6
Spoke <1.000 parti/anno	1,4	98,1	87,5 – 100	6,3
Totale E-R	1,3	93,7	-	5,3

La quasi totalità delle primipare 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 (86,6% in classe VI e 82,8% in classe VII). La quota di parti in classe VI e VII è analoga in tutte le categorie di punti nascita, ma nei centri *Spoke* in termini assoluti sono poco frequenti (in media 13 casi per centro). Il ricorso al taglio cesareo in centri *Hub* – in cui si registra il 75% dei parti appartenenti alle classi VI e VII – è meno frequente rispetto alle altre categorie di punti nascita (tabelle 12 e 13).

CLASSE VIII

La classe VIII include tutte le donne con gravidanza gemellare, per un totale di 385 casi nel 2025.

Tabella 14. Classe VIII per categoria di punto nascita, 2025				
Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	1,7	80,5	50,0 – 97,9	5,9
Spoke ≥1.000 parti/anno	1,0	89,7	85,7 – 100	4,3
Spoke <1.000 parti/anno	0,4	76,5	62,5 – 100	1,5
Totale E-R	1,4	81,3	-	5,1

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è superiore, in misura modesta, a quello nazionale, pari a 79,9%. I parti categorizzati in classe VIII sono poco numerosi nei centri *Spoke* (*range* da 3 a 24 casi registrati nel punto nascita con il maggiore volume di attività della categoria); per questo motivo la variabilità osservata deve essere interpretata con cautela. Nei centri *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 165 parti nel 2025.

Tabella 15. Classe IX per categoria di punto nascita, 2025				
Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	0,6	61,9	37,5 – 100	1,6
Spoke ≥1.000 parti/anno	0,7	69,2	56,3 – 100	2,2
Spoke <1.000 parti/anno	0,5	47,6	0,0 – 100	1,2
Totale E-R	0,6	61,2	-	1,6

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è inferiore a quello nazionale, pari a 66,3%. I parti categorizzati in classe IX sono poco numerosi sia in centri *Hub* (*range* da 6 a 32 casi) che in centri *Spoke* (*range* da ≤3 a 16 casi). Il confronto tra le tipologie di punto nascita e la variabilità interna alle stesse categorie devono essere interpretati con cautela, in considerazione della limitata numerosità del campione (tabella 15).

CLASSE X

La classe X include i parti pretermine, con esclusione delle gravidanze gemellari e dei casi con feto in presentazione podalica o anomala e comprende 1.012 casi (escludendo i parti avvenuti presso Aou di Bologna) pari al 74,1% dei parti pretermine registrati nel 2025.

Tabella 16. Classe X per categoria di punto nascita, 2025

Categoria punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub*	4,1	41,2	29,4 – 54,2	7,7
Spoke ≥1.000 parti/anno	3,1	43,4	21,7 – 53,8	6,4
Spoke <1.000 parti/anno	2,7	31,8	0,0 – 50,0	4,0
Totale E-R	5,0	38,6	-	8,4

*escluso PN Aou di Bologna

Il tasso regionale di parti con taglio cesareo in questa classe è sovrapponibile a quello nazionale, pari a 38,9%. Fra le donne appartenenti alla classe X il 77,3% ha partorito in un centro *Hub*, indice di una centralizzazione dei parti pretermine in strutture in grado di assistere donne e neonati con maggiore complessità assistenziale. Nei centri *Spoke* la casistica è bassa (*range* da ≤3 a 65 casi registrati nel 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 di taglio cesareo a livello regionale e per categoria di punto nascita, sono state analizzate quattro classi di Robson. Nello specifico è stato considerato l'andamento del tasso di taglio cesareo nelle classi di primipare I e IIa – caratterizzate da una maggiore popolazione afferente- e nelle classi IIb e V che contribuiscono maggiormente al ricorso di taglio cesareo. Adottando la metodologia di analisi utilizzata da *Euro-Peristat* (Amyx M et al, 2024) è stata calcolata la differenza in punti percentuale tra i dati registrati nel 2015 e nel 2025. Per agevolare l'interpretazione delle informazioni, l'entità della variazione è stata categorizzata come riportato in box1.

Box1. Categorizzazione della variazione della frequenza di popolazione e di parti con taglio cesareo

variazione	cambiamento 2015-2025
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 anni il tasso di taglio cesareo in classe I e in classe IIa (primipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica, con travaglio indotto) è diminuito progressivamente in tutte le categorie di punti nascita, in misura maggiore nei centri *Hub* e negli *Spoke* <1.000 parti/anno; questi ultimi partivano da valori percentuali più alti rispetto a quelli registrati nelle altre categorie di punti nascita (tabella 17, tabella 18).

La popolazione di donne appartenenti alla classe IIb (primipare con gravidanza singola a termine, feto in presentazione cefalica e cesareo prima del travaglio), per definizione, partorisce con taglio cesareo. A livello regionale, la quota di donne appartenenti a questa classe è sostanzialmente stabile rispetto al 2015 (+0,7 punti percentuale). Un incremento superiore alla media regionale si registra nei centri *Spoke* <1.000 parti/anno (tabella 19).

La popolazione di pre-cesarizzate in classe V si è ridotta dal 10,3% nel 2015 al 9,0% nel 2025. Tale riduzione è un riflesso della contestuale diminuzione del ricorso al taglio cesareo nelle primipare appartenenti alle classi I e IIa e della stabilità della quota di donne in classe IIb.

In classe V (pre-cesarizzate) la riduzione del ricorso al taglio cesareo ripetuto è più contenuta nei centri *Spoke* <1.000parti/anno rispetto a quella osservata in centri con maggiore volume di attività (tabella 20a). La linea guida *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* (ISS-SNLG, 2016) raccomanda l'offerta di travaglio di parto a tutte le donne con massimo due tagli cesarei precedenti, in assenza di complicanze. Considerando la bassa frequenza (attorno al 4%) di donne con un numero di cesarei precedenti uguale o superiore tre, l'analisi dei dati di donne appartenenti alla classe V ed eleggibili al travaglio di prova (≤2 tagli cesarei precedenti) non rileva sostanziali differenze nel ricorso al taglio cesareo ripetuto a livello regionale e nelle diverse categorie di punti nascita.

L’offerta del travaglio di parto sembra essere maggiore in donne con un solo parto cesareo precedente (tabella 20b). In questa popolazione il ricorso al taglio cesareo nel 2025 è pari a 64,6%, valore inferiore a quello registrato in tutte le donne in classe V di Robson (71,7%). Questo fenomeno si registra in tutte le categorie di punti nascita, ma è meno netto nei centri con meno di 1.000 parti anno (tabella 20a, tabella 20b).
Negli ultimi dieci anni il tasso di parti con taglio cesareo in donne in classe V di Robson con solo un precedente cesareo è diminuito di circa 10 punti; una riduzione più contenuta si rileva in centri *Spoke* con minore volume di attività (tabella 20b).

Tabella 17. Frequenza (%) del tasso di TC in classe I di Robson per categoria di punto nascita, E-R 2015-2025												
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	*diff. 2025-2015*
Hub	9,0	9,7	8,2	7,4	6,7	6,1	5,6	5,8	5,9	5,5	5,6	*-3,3*
Spoke ≥1000 p/a	6,6	7,6	6,6	6,8	7,5	6,4	5,0	4,1	4,2	5,4	4,5	*-2,1*
Spoke <1.000 p/a	10,4	10,6	11,0	10,3	9,6	7,8	8,2	7,4	6,9	6,8	5,5	*-4,9*
Totale E-R	8,9	9,5	8,5	7,8	7,5	6,4	6,0	5,8	5,7	5,7	5,4	*-3,4*

Tabella 18. Frequenza (%) del tasso di TC in classe IIa di Robson per categoria di punto nascita, E-R 2015-2025												
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	*diff. 2025-2015*
Hub	20,8	18,3	18,5	15,0	14,5	12,8	12,5	12,1	11,5	10,0	10,9	*-9,9*
Spoke ≥1000 p/a	15,8	16,9	15,6	16,9	9,9	13,8	10,9	9,0	8,9	11,1	8,7	*-7,0*
Spoke <1.000 p/a	21,3	19,3	20,6	22,5	17,8	15,3	16,3	15,9	14,3	14,4	12,9	*-8,4*
Totale E-R	20,2	18,2	18,4	16,4	14,5	13,3	13,0	12,2	11,3	10,8	10,9	*-9,3*

Tabella 19. Frequenza (%) della popolazione in classe IIb di Robson per categoria di punto nascita, E-R 2015-2025												
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	*diff. 2025-2015*
Hub	3,7	3,8	4,0	3,8	3,8	4,0	3,9	4,5	4,5	4,5	4,5	*0,8*
Spoke ≥1000 p/a	3,8	3,6	3,1	3,2	3,9	3,0	2,7	3,1	3,9	3,1	3,7	*-0,1*
Spoke <1.000 p/a	3,6	3,9	3,2	3,5	3,3	3,3	3,5	4,0	3,5	4,1	4,9	*1,3*
Totale E-R	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	4,2	4,3	4,2	4,4	*0,7*

Tabella 20a. Frequenza (%) del tasso di TC in classe V di Robson per categoria di punto nascita, E-R 2015-2025												
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	*diff. 2025-2015*
Hub	77,4	77,5	76,4	75,0	74,1	74,8	72,7	69,7	67,7	71,0	70,6	*-6,8*
Spoke ≥1000 p/a	79,0	74,9	74,2	75,6	77,3	82,5	79,1	77,9	72,4	68,6	70,4	*-8,6*
Spoke <1.000 p/a	82,3	87,3	89,9	88,5	84,3	76,1	77,4	84,1	82,4	72,4	79,8	*-2,4*
Totale E-R	78,7	78,8	78,2	77,0	76,4	75,9	74,3	72,7	70,0	70,8	71,7	*-6,9*

Tabella 20b. Frequenza (%) del tasso di TC in donne in classe V di Robson e con un TC precedente per categoria di punto nascita, E-R 2015-2025												
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	*diff. 2025-2015*
Hub	73,6	74,4	73,1	70,6	68,9	69,6	67,4	64,2	61,1	64,2	63,7	*-9,9*
Spoke ≥1000 p/a	73,6	68,8	66,7	69,5	71,5	76,5	74,4	72,7	63,7	59,9	60,5	*-13,1*
Spoke <1.000 p/a	78,9	84,2	87,1	85,5	81,4	72,4	74,6	82,0	78,5	67,7	74,6	*-4,3*
Totale E-R	74,7	75,2	74,4	72,6	71,6	70,8	69,6	67,9	63,3	64,0	64,6	*-10,1*

In sintesi

- sempre più donne scelgono di avere una persona di fiducia durante il travaglio e parto; questa condizione è meno frequente in caso di parto con taglio cesareo, anche se programmato
- la frequenza del ricorso al taglio cesareo - tra le più basse in Italia - ha raggiunto un *plateau*, mantenendosi sostanzialmente stabile negli ultimi cinque anni
- negli *Spoke* con meno di 1.000 parti la frequenza di taglio cesareo è sovrapponibile a quella di centri con maggiore volume di attività
- nei centri *Hub* si concentra la maggior quota di parti cesarei eseguiti fuori travaglio che rappresentano condizioni di urgenza/emergenza assistenziale
- nelle classi I e IIa (primipare 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, che suggerisce l'opportunità di promuovere specifici interventi di audit a livello locale
- negli ultimi dieci anni si è ridotta la frequenza di parti con taglio cesareo nelle classi I (3,4 punti percentuali) IIa (9,3 punti percentuale) e V (6,9 punti percentuale)
- la graduale riduzione della popolazione di pre-cesarizzate in classe V riflette la diminuzione nel tempo del ricorso al taglio cesareo nelle primipare appartenenti alle classi I, IIa.

CAPITOLO 9

I NATI

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 163 a 187

La natalità

Dopo una stabilizzazione negli anni successivi alla pandemia del 2020, dal 2023 si registra nuovamente un decremento delle nascite. Nel 2025 il **numero di nati** è pari a 27.484, 1.118 unità in meno rispetto all'anno precedente (figura 5). Come descritto nel capitolo 3 di questo *Rapporto*, il calo delle nascite osservato in Emilia-Romagna, in linea con la tendenza nazionale, 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 cittadine straniere residenti.

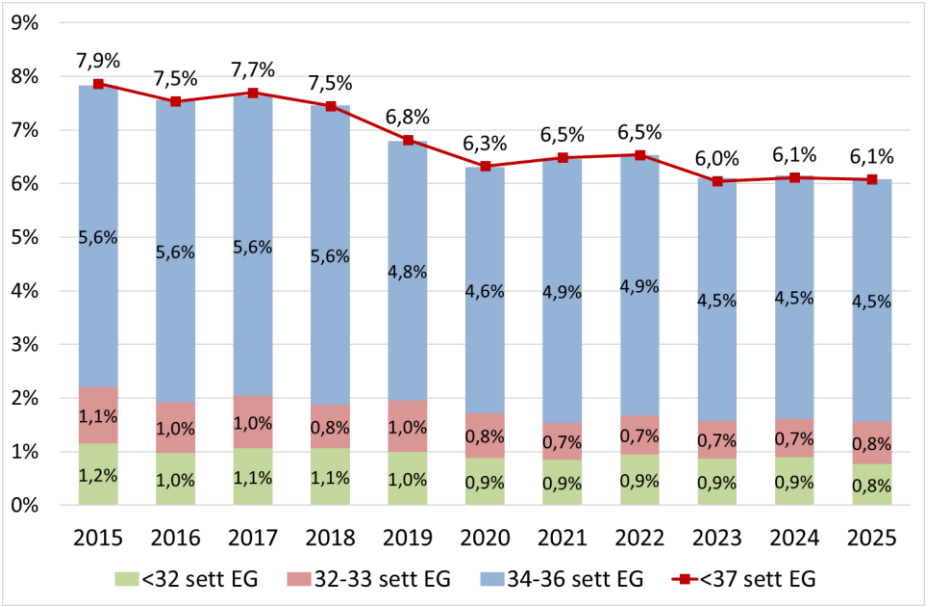
Fra i nati nel 2025 poco meno di un nato su due (48,6%) ha genitali esterni femminili, dato stabile nel tempo.
I nati vivi sono 27.417, in tre casi il neonato è deceduto subito dopo la nascita; i nati morti in utero sono 67.
I nati da parto gemellare sono 2,8% (n= 773), dato stabile dal 2019, ma in calo rispetto a dieci anni fa (erano 3,6% nel 2015). Questa tendenza, come descritto nel capitolo 5 di questo *Rapporto*, è in parte attribuibile all'offerta di tecniche di procreazione medicalmente assistita che – negli ultimi anni - tendono a favorire il trasferimento di un singolo embrione per ridurre i rischi associati alle gravidanze multiple.

Nascita pretermine

In questa sezione del capitolo sono comprese informazioni sulla nascita pretermine addizionali a quelle esposte descrivendo la durata della gravidanza (capitolo 6 di questo Rapporto). Le analisi sono state condotte escludendo i dati della Aou di Bologna a causa di una distribuzione fortemente sbilanciata delle osservazioni.

I **nati vivi pretermine** (<37^{+0} settimane di EG) sono 6,1% di tutti i nati. La quota di neonati *late-preterm* (34^{+0}–36^{+6} settimane di EG) è inferiore al 5% negli ultimi sette anni. La quota di nati *very preterm* (prima di 32^{+0} settimane di EG) e di *moderate preterm* (32^{+0}–33^{+6} settimane di EG) registra una tendenziale riduzione rispetto al 2015 (figura 49).

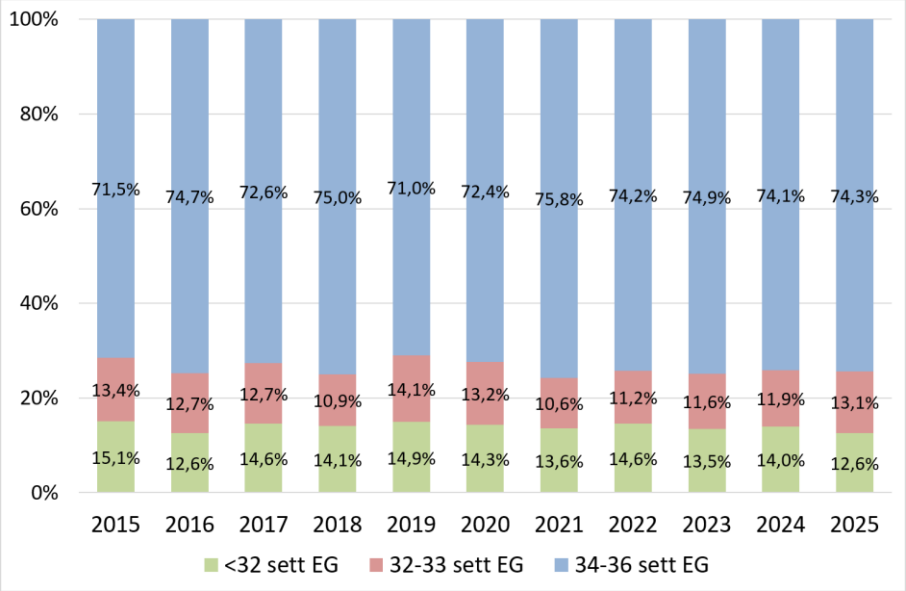
Figura 49. Frequenza di nati vivi pretermine (sul totale dei nati vivi), E-R 2015-2025



L'ultimo dato disponibile relativo alla frequenza di nati pretermine in Italia si riferisce al 2019 ed è pari al 7,5%. Nello stesso anno, a livello europeo, la frequenza si attesta al 7,3%, con una moderata variabilità tra i Paesi, da un minimo di 5,3% in Lituania e Finlandia a un massimo di 11,3% a Cipro (Euro-Peristat, 2022).

In Emilia-Romagna, considerando il totale dei nati pretermine in ciascun anno, la distribuzione per classe di età gestazionale mostra un tendenziale aumento della quota di nati *late preterm* e una contestuale riduzione della quota di nati prima delle 32 settimane. La quota di nati *moderate preterm* si mantiene sostanzialmente stabile, pur in presenza di oscillazioni annuali (figura 50).
Nel complesso, si osserva una riduzione della frequenza dei nati pretermine in tutte le classi di età gestazionale, accompagnata da una progressiva diminuzione del peso relativo delle forme di prematurità più precoci, generalmente associate a maggiore fragilità clinica e a più elevati bisogni assistenziali, che richiedono più frequentemente il ricorso a cure neonatali specialistiche e intensive.

Figura 50. Frequenza di nati vivi pretermine per classe di EG (sul totale dei pretermine), E-R 2015-2025



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. Sulla base di criteri organizzativi definiti, sono stati individuati centri di I livello (*Spoke*), che prestano assistenza a neonati in condizioni di fisiologia o con patologie di piccola e media entità, e centri di II livello (*Hub*), in grado di assistere anche neonati con condizioni patologiche gravi. In particolare, nei centri *Spoke* con meno di 1.000 nati/anno l'assistenza è di norma rivolta a neonati con età gestazionale ≥36^{+0} settimane e peso alla nascita ≥1.900 grammi; nei centri *Spoke* con 1.000 o più nati/anno, i limiti sono rispettivamente ≥34^{+0} settimane e ≥1.750 grammi (SIN, 2021).

In Emilia-Romagna, la rete ospedaliera perinatale è organizzata secondo il modello *Hub* e *Spoke*, caratterizzato dalla differenziazione delle strutture in relazione al livello di intensità assistenziale; tale modello prevede la centralizzazione dei casi più complessi presso i centri *Hub* e l'integrazione funzionale con i centri *Spoke* (DGR n. 1267/2002).

A supporto di questa organizzazione, i sistemi di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale (STEN) garantiscono il trasferimento, rispettivamente delle donne in gravidanza e dei neonati, verso le strutture in grado di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza della presa in carico materno-neonatale.

Nel 2026 la regione Emilia-Romagna ha adattato le linee di indirizzo proposte da SIN nel proprio contesto assistenziale, articolando l'offerta neonatologica in due livelli di intensità assistenziale, ulteriormente distinti in quattro sottolivelli, definiti in funzione dei volumi di attività dei punti nascita e della complessità della casistica assistita. Il livello 1 comprende i centri *Spoke* 1a e 1b, con attività di pediatria e patologia minima neonatale: nei centri 1a (500-999 numero di nati/anno) l'assistenza è rivolta a neonati con età gestazionale ≥36^{+0} settimane e peso alla nascita ≥1.900 grammi; nei centri 1b (1.000-1.500 nati/anno) i requisiti sono rispettivamente ≥34^{+0} settimane e ≥1.750 grammi. Il livello 2 comprende i centri *Spoke* 2a (>1.500 nati/anno), che garantiscono assistenza neonatologica per condizioni di patologia intermedia a neonati con età gestazionale ≥32^{+0} settimane e peso >1.500 grammi, e i centri 2b, ossia centri *Hub*, dotati di neonatologia e terapia intensiva neonatale, che garantiscono l'assistenza di neonati di qualsiasi età gestazionale e peso, anche in presenza di condizioni cliniche di elevata complessità (DGR n. 1252/2026).

Per descrivere la **distribuzione dei nati nei punti nascita in relazione al livello assistenziale**, non è stata effettuata un'analisi congiunta di EG e peso, poiché la combinazione dei due parametri non consente di ricondurre tutti i neonati a classi univoche. Alcuni casi, infatti, non soddisfano contemporaneamente i criteri di EG e peso previsti per le classi definite (ad esempio, EG pari a 34^{+0} settimane e peso <1.750 grammi). L'analisi è stata condotta separatamente per classi di età gestazionale e di peso alla nascita e per categoria di punti nascita in base al volume di attività.

Assumendo come valori soglia le classi di peso indicate dalla DGR n 1252/2026 per l'assistenza perinatale in centri *Hub* e *Spoke* in relazione al volume di attività, l'analisi per **luogo di parto** e **classi di età gestazionale** rileva che nel 2025 l'81,2% dei bambini pretermine nasce in centri *Hub*.
In particolare (tabella 21):

- quasi 9 bambini *very* o *moderate preterm* su 10 (88,4%) nascono in un centro in grado di erogare cure neonatali intensive (figura 51). La nascita di prematuri a epoche gestazionali così basse in centri *Spoke* si conferma essere un evento raro: nel 2025 ha riguardato 18 nati (su 190) prima di 32^{+0} settimane di EG e 27 nati (su 198) a 32^{+0}-33^{+6} settimane di EG; la maggior parte di queste nascite è avvenuta presso l'ospedale di Piacenza, dotato di un reparto di neonatologia, che assiste oltre 1500 parti/anno in una Ausl priva di un centro *Hub*
- nei centri *Spoke* con meno di 1.000 nati/anno la quota di nati a 34^{+0}-35^{+6} settimane di EG (n= 41 su 475) non differisce, in misura netta, da quella registrata in *Spoke* con maggiore volume di attività; oltre la metà dei casi si registra nell'ospedale di Forlì.

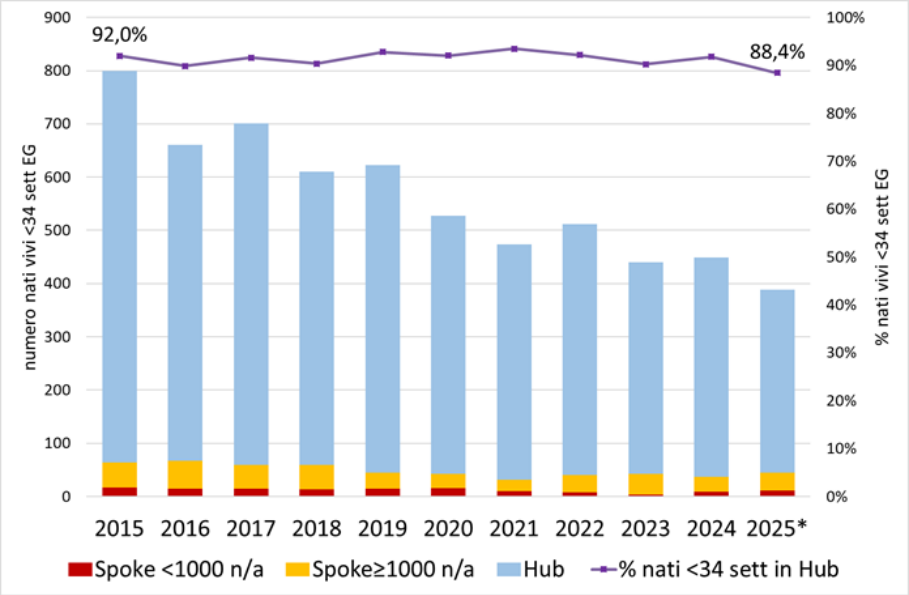
In Emilia-Romagna la centralizzazione delle nascite prima di 34^{+0} settimane di gestazione in punti nascita *Hub* è una prassi assistenziale e organizzativa consolidata (figura 51).

Tabella 21. Distribuzione dei nati vivi per classe di EG e luogo di nascita, 2025

Luogo di nascita	settimana di EG					Totale
	$<32^{+0}$	32^{+0}-33^{+6}	34^{+0}-35^{+6}	36^{0-6}	$\geq 37^{+0}$	
Hub[a]	90,5%	86,4%	82,1%	76,2%	67,2%	68,0%
Spoke ≥1000 nati/anno *	7,4%	10,1%	9,1%	12,0%	16,2%	15,8%
Spoke <1000 nati/anno	2,1%	3,5%	8,6%	11,7%	16,3%	15,8%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

a: esclusi i nati presso Aou di Bologna; * incluso il PN di Carpi

Figura 51. Numero nati vivi prima di 34 settimane di EG per categoria di punto nascita e percentuale di nati in *Hub*, E-R 2015-2025



*esclusi i nati presso Aou di Bologna; incluso PN di Carpi in Spoke≥1.000n/a

Peso alla nascita

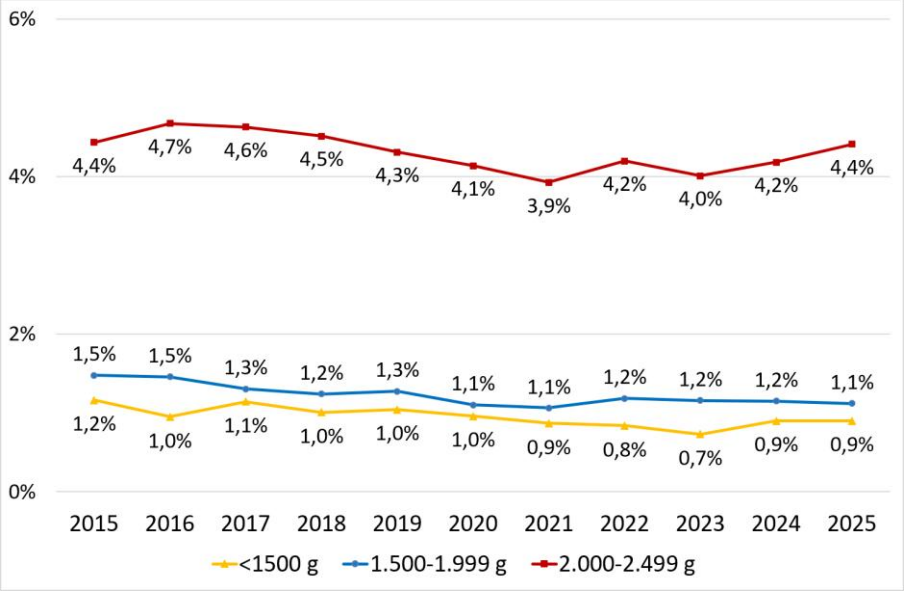
Nel 2025 la frequenza di nati vivi con peso inferiore a 2.500 grammi (**nati di basso peso – *low birth weight, LBW*)** è pari a 6,4%, in riduzione negli ultimi dieci anni (era 7,1% nel 2015).

Fra i nati con basso peso alla nascita la componente più numerosa (69,0%) è rappresentata dalla classe di peso 2.000-2.499 grammi.

La quota di neonati di peso inferiore a 1.500 grammi (**nati di peso molto basso – *very low birth weight, VLBW***) e tra 1.500-1999 grammi è pressoché stabile dal 2021, mentre si rileva un tendenziale aumento della restante quota di neonati con peso tra 2.000-2499 grammi caratterizzata, tra quelle considerate, da un profilo di rischio perinatale relativamente meno critico (figura 52).

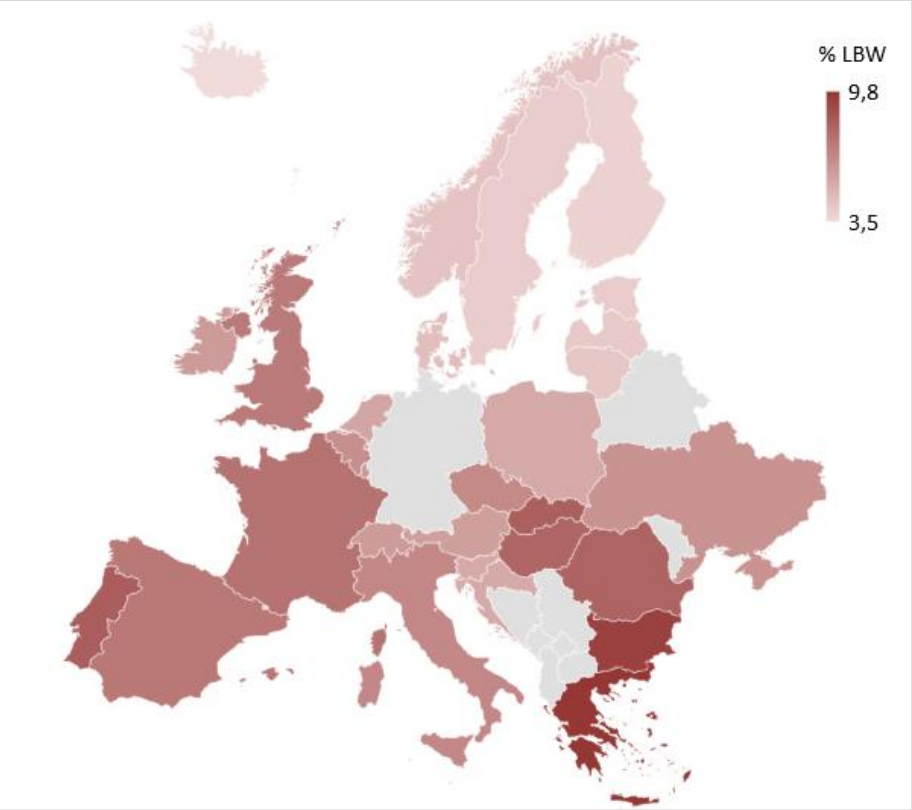
La quota di nati con peso alla nascita <2.500 grammi in Emilia-Romagna è di poco inferiore alla media nazionale, pari a 6,8% (Ministero della salute, 2026a). In Europa la frequenza di nati con basso peso è compresa tra valori inferiori al 4%, registrati nei Paesi Nordici e Baltici a valori superiori al 9%, registrati in Grecia e Bulgaria (figura 53) (OCSE, 2026)[6].

Figura 52. Frequenza di nati vivi con peso basso e molto basso alla nascita, E-R 2015-2025



[6] OCSE- Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico- Data explorer. Infant health: low birthweight, 2026. https://data-explorer.oecd.org/?lc=en

Figura 53. Frequenza di nati vivi con peso basso in Paesi europei, 2025 (o ultimo anno disponibile)



Fonte: *OECD: Data explorer. Infant health: low birthweight, 2026*

Assumendo come valori soglia le classi di peso indicate dalla DGR n 1252/2026 per l'assistenza perinatale in centri *Hub* e *Spoke* in relazione al volume di attività, l'analisi per **luogo di parto** e **classi di peso** alla nascita rileva che (tabella 22):

- il 90,9% delle nascite di bambini con peso inferiore a 1.750 grammi avviene in centri *Hub*. Questi eventi sono poco frequenti nei centri *Spoke*: nel 2025 hanno riguardato 20 nati (su 239) VLBW e 12 nati (su 112) con peso tra 1.500-1.750 grammi; la maggior parte di queste nascite è avvenuta presso l'ospedale di Piacenza, dotato di un reparto di neonatologia, che assiste oltre 1500 parti/anno in una Ausl priva di un centro *Hub*
- il 2,8% (n= 13 su 463) di tutti i bambini con peso inferiore a 1.900 grammi, è nato in centri *Spoke* con meno di 1.000 parti/anno.

Tabella 22. Distribuzione dei nati vivi per peso alla nascita e luogo di nascita, 2025

Luogo di nascita	<1.500 g	1500-1.749 g	1750-1899 g	1.900-2.499 g	≥2.500 g	Totale
Hub	91,6%	89,3%	86,6%	79,3%	70,3%	71,0%
Spoke ≥1000 nati/anno *	5,9%	8,9%	8,9%	12,0%	14,6%	14,3%
Spoke <1000 nati/anno	2,5%	1,8%	4,5%	8,6%	14,8%	14,3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In tabella i nati in ambiente extra-ospedaliero sono considerati nel totale; non sono inclusi due nati con peso <2.500 grammi, rilevati nel flusso CedAP, ma non registrati nel flusso dell'*Osservatorio regionale sul parto extra-ospedaliero*;
* incluso il PN di Carpi

Come per le nascite prima di 34^{+0} settimane di EG, 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. Gli eventi che si verificano in strutture non adeguate al livello di assistenza richiesto sono attribuibili a situazioni di urgenza o emergenza.

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 5,4% multipare)
- con scolarità bassa (8,2% vs 5,5% con scolarità alta)
- con cittadinanza straniera (7,5% vs 5,9% in italiane)
- di età ≥35 anni (7,0% vs 6,0% di età <35 anni).

La quota di neonati con basso peso è maggiore in donne che hanno continuato a fumare in gravidanza (9,1% vs 6,4% in non fumatrici) e in donne sottopeso (7,8% vs 6,4% in normopeso). Fra i nati da parto gemellare oltre uno su due (54,7%) ha un peso alla nascita <2.500 grammi; il 5,9% è VLBW rispetto al 0,7% dei nati da parto singolo.

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 (8,1% vs 4,8% di primipare)
- donne sovrappeso o obese (7,4% e 9,1%, rispettivamente, vs 5,8% in normopeso).

Non si rilevano differenze in relazione a fasce di età, 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*	IC95%	OR agg*	IC95%
Precedenti parti				
multipare	1 (rif.)		1 (rif.)	
primipare	1,61	1,43 – 1,83	0,58	0,52 – 0,64
Cittadinanza				
italiana	1 (rif.)		1 (rif.)	
straniera	1,43	1,25 – 1,62	0,90	0,81 – 1,01
Scolarità				
alta	1 (rif.)		1 (rif.)	
media	1,28	1,12 – 1,46	0,97	0,86 – 1,08
bassa	1,47	1,24 – 1,73	0,85	0,73 – 0,99
Età				
<25 anni	1,04	0,84 – 1,28	1,01	0,81 – 1,25
25-34 anni	1 (rif.)		1 (rif.)	
≥35 anni	1,32	1,16 – 1,49	0,91	0,82 – 1,01
BMI materno				
sottopeso	1,17	0,93 – 1,46	0,50	0,37 – 0,67
normopeso	1 (rif.)		1 (rif.)	
sovrappeso	0,94	0,81 – 1,08	1,27	1,12 – 1,43
obeso	0,83	0,69 – 1,00	1,59	1,38 – 1,82
Abitudine al fumo in gravidanza				
non fumatrice	1 (rif.)		1 (rif.)	
fumatrice	1,66	1,33 – 2,04	0,60	0,45 – 0,78
Tecniche di procreazione medicalmente assistita				
PMA no	1 (rif.)		1 (rif.)	
PMA sì	1,76	1,43 – 2,14	0,85	0,66 – 1,09

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

La condizione di primipara, cittadinanza straniera, livello di scolarità medio – e in misura maggiore– quello basso, 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.

Le condizioni di sovrappeso e di obesità materna 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). Escludendo i dati dei nati presso l'Aou di Bologna, nel 2025 fra i nati vivi da gravidanza singola:

- 8,3% sono **SGA** (*small for gestational age* – sotto al 10° percentile)
- 81,1% sono **AGA** (*appropriate for gestational age*)
- 10,6% sono **LGA** (*large for gestational age* – sopra al 90° percentile)

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 99,1% dei nati
- un adattamento difficoltoso (punteggio 4-6) in 200 nati (0,7%)
- un punteggio suggestivo di ipossia-anossia fetale (punteggio 1-3) in 47 nati (0,2%).

Il punteggio di Apgar a 5 minuti risulta pari a zero in 12 casi (0,04%). Tra questi, in 6 casi è stata avviata una rianimazione neonatale, con massaggio cardiaco e somministrazione di adrenalina. Nei restanti 6 casi non sono stati effettuati interventi rianimatori, ma non è possibile escludere che sia stato intrapreso un percorso di cure palliative, tipologia di assistenza non rilevabile attraverso il flusso CedAP.

La distribuzione dei nati nelle tre categorie di punteggio mostra un *trend* stabile negli anni ed è sovrapponibile a quella registrata a livello nazionale (Ministero della salute, 2026a).

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*	IC95%	OR agg*	IC95%
Precedenti parti				
multipare	1 (rif.)		1 (rif.)	
primipare	1,06	0,96 – 1,17	0,82	0,75 – 0,90
Cittadinanza				
italiana	1 (rif.)		1 (rif.)	
straniera	1,24	1,11 – 1,38	1,03	0,94 – 1,13
Scolarità				
alta	1 (rif.)		1 (rif.)	
media	1,11	0,99 – 1,24	1,02	0,93 – 1,13
bassa	1,17	1,02 – 1,35	0,96	0,85 – 1,09
Età				
<25 anni	1,05	0,88 – 1,25	1,04	0,87 – 1,23
25-34 anni	1 (rif.)		1 (rif.)	
≥35 anni	0,99	0,89 – 1,10	1,01	0,92 – 1,11
BMI materno				
sottopeso	1,33	1,11 – 1,58	0,53	0,41 – 0,68
normopeso	1 (rif.)		1 (rif.)	
sovrappeso	0,79	0,70 – 0,89	1,38	1,24 – 1,52
obeso	0,76	0,65 – 0,88	1,73	1,53 – 1,94
Abitudine al fumo in gravidanza				
non fumatrice	1 (rif.)		1 (rif.)	
fumatrice	1,62	1,35 – 1,92	0,69	0,55 – 0,85
Tecniche di procreazione medicalmente assistita				
PMA no	1 (rif.)		1 (rif.)	
PMA sì	1,09	0,87 – 1,36	1,12	0,91 – 1,36

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

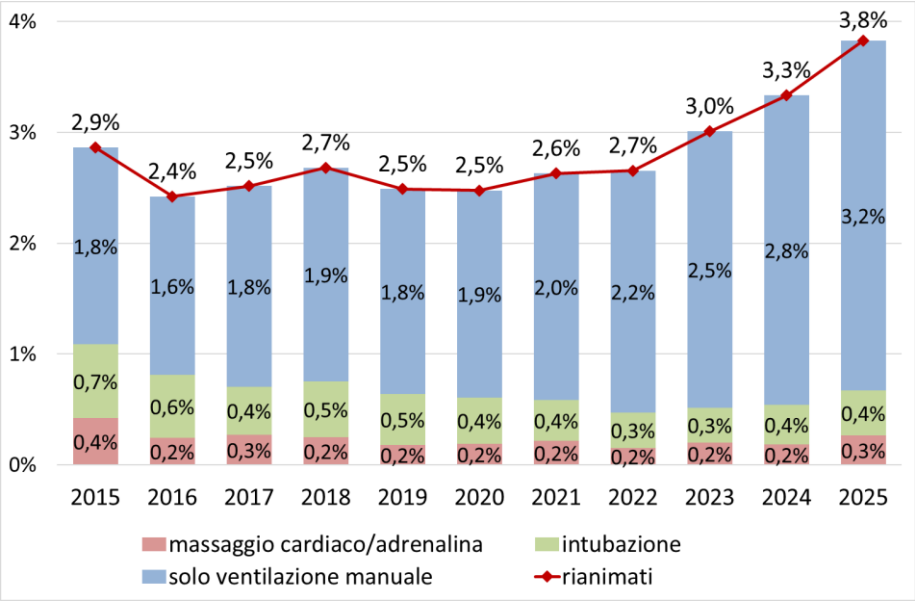
La cittadinanza straniera, il livello di scolarità basso, il sottopeso materno, l'abitudine al fumo in gravidanza sono fattori associati, in misura statisticamente significativa, a un maggiore rischio di nascita di un bambino SGA.

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

Rianimazione in sala parto

Nel 2025 i neonati che hanno necessitato di rianimazione in sala parto sono 3,8% (n= 1.050). Dopo una sostanziale stabilità, dal 2023 si rileva un aumento della quota di bambini rianimati a carico esclusivamente della componente che ha necessitato di manovre assistenziali meno invasive, ossia solo di ventilazione manuale[7] (figura 54).

Figura 54. Frequenza di nati sottoposti a manovre rianimatorie, E-R 2015-2025



Fra i nati rianimati in sala parto la sola ventilazione con maschera è stata eseguita in 82,5% dei casi e l'intubazione (con o senza precedente ventilazione) in 10,6% dei casi. I bambini che hanno necessitato di massaggio cardiaco e somministrazione di adrenalina sono 73 (6,9% dei bambini rianimati).

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

- primipare (4,5% vs 3,2% multipare)
- con cittadinanza straniera (4,6% vs 3,5% italiane)
- obese (5,8% vs 3,4% in normopeso)

Non si rilevano sostanziali differenze in relazione alla classe di età materna.

In caso di gemellarità la frequenza di ricorso a manovre rianimatorie è quattro volte superiore (14,4%) rispetto a quella registrata in nati da parto singolo (3,5%).

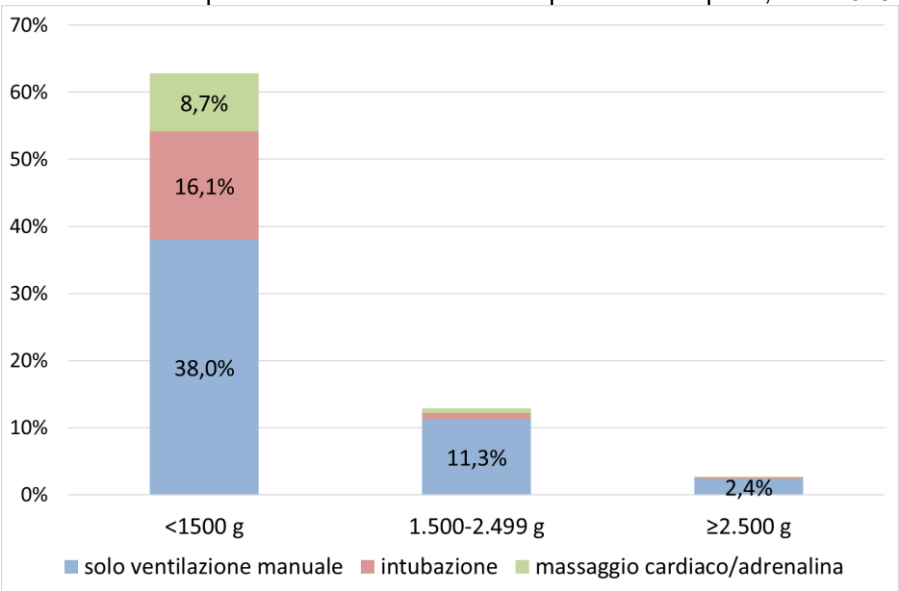
La frequenza di neonati rianimati risulta più frequente nelle classi di centili più estreme: è pari a 8,4% nella classe inferiore al 3°centile, si riduce a valori pari a 3,4% nella classe AGA (10°-90° centile) e aumenta nuovamente nelle classi sopra il 90° centile (4,9%).

[7] Nell'analisi della tipologia di intervento rianimatorio, in caso di neonato sottoposto a più tecniche, viene considerata quella di maggiore intensità, secondo il seguente ordine gerarchico: somministrazione di adrenalina o altro farmaco e massaggio cardiaco, intubazione e, in fine, ventilazione con maschera.

Il peso alla nascita rappresenta un fattore clinico determinante sia della frequenza che della complessità dell'assistenza neonatale in sala parto. Come atteso, il ricorso a manovre rianimatorie si riduce al crescere della classe di peso alla nascita: da 62,8% in nati VLBW a 12,9% in nati con peso 1.500-2.499 grammi e a 2,7% in nati con peso uguale o superiore a 2.500 grammi.

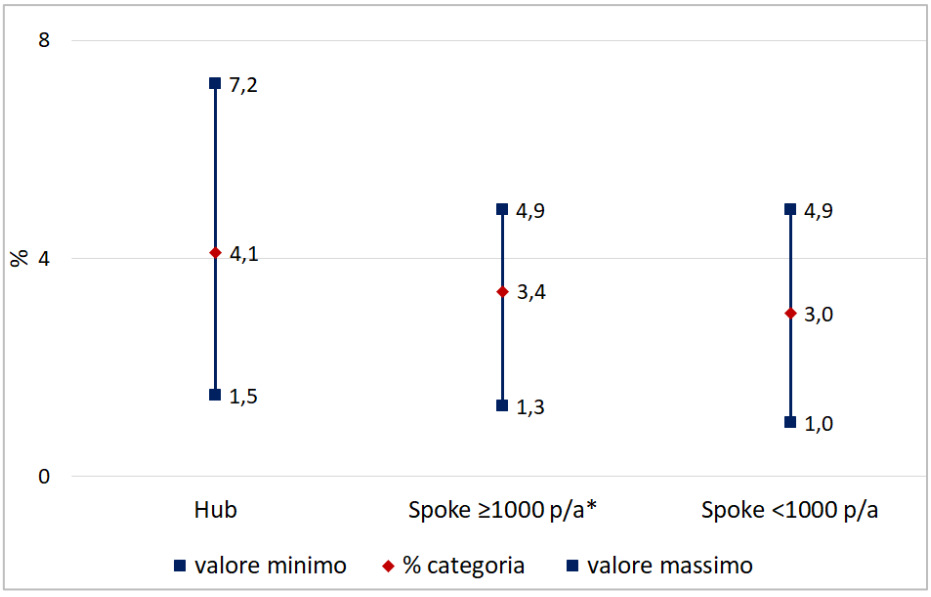
Analizzando le singole procedure rianimatorie, il ricorso all'intubazione endotracheale, al massaggio cardiaco e alla somministrazione di adrenalina è prevalente in nati VLBW, mentre sono interventi rari (<1%) in nati con peso superiore a 1.500 grammi (figura 55).

Figura 55. Frequenza di nati sottoposti a manovre rianimatorie per classe di peso, E-R 2025



La quota di bambini rianimati differisce, in misura moderata, tra centri *Hub* e *Spoke*, indipendentemente dal volume di attività; la variabilità tra punti nascita della medesima categoria non è trascurabile (figura 56).

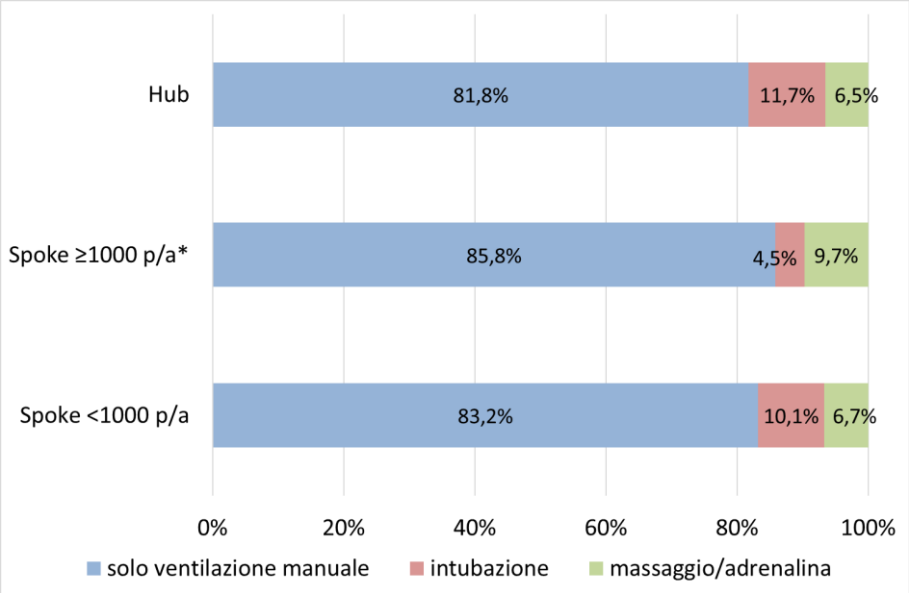
Figura 56: Frequenza di nati rianimati, per categoria di punto nascita, E-R 2025



* incluso PN di Carpi

Contrariamente alle attese, il tipo di intervento rianimatorio effettuato non presenta differenze sostanziali tra centri con livelli di complessità assistenziale differenti (figura 57).

Figura 57. Frequenza di nati (sul totale di rianimati) per manovra e categoria di punto nascita, E-R 2025



* incluso PN di Carpi

Nei centri *Hub*, tra i bambini rianimati, in 81,8% (n= 651 nati) dei casi è stata eseguita solo ventilazione con maschera, con ampia variabilità tra punti nascita (*range* da 64,0% a 90,9%); in 11,7% (n= 94 nati) dei casi i bambini sono stati intubati (*range* da 0% a 21,3%) e in un ulteriore 6,5% (n= 52 nati; *range* da 2,5% a 14,6%) si è reso necessario il ricorso al massaggio cardiaco e la somministrazione di adrenalina. La variabilità osservata tra centri della stessa categoria può, almeno in parte, essere attribuita a differenti opzioni o valutazioni assistenziali piuttosto che a una differenza nella complessità della casistica trattata.

Nei centri *Spoke*, indipendentemente dal volume di attività, oltre l'80% dei bambini è rianimato solo con ventilazione. Negli *Spoke* con meno di 1.000 nati/anno, che dovrebbero assistere donne e neonati a minore complessità assistenziale, il 16,8% 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 riguarda un numero di nati molto basso (*range* da 0 a 7 casi). È verosimile che si tratti, almeno in parte, di situazioni di emergenza/urgenza, per le quali non sia stato possibile attivare uno STAM (sistema di trasporto materno assistito). Tali episodi richiedono, tuttavia, un'attenta valutazione per verificare eventuali criticità nei percorsi di identificazione del rischio, nella gestione delle emergenze ostetriche e nell'attivazione dei sistemi di trasferimento materno.

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

Necessità di rianimazione (nati vivi da gravidanza singola)		
	OR agg*	IC95%
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	1,65	1,42 – 1,91
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	1,43	1,23 – 1,66
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	1,18	1,00 – 1,39
bassa	1,46	1,20 – 1,77
Età		
<25 anni	0,76	0,57 – 1,00
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,14	0,98 – 1,32
BMI materno		
sottopeso	0,65	0,44– 0,92
normopeso	1 (rif.)	
sovrappeso	1,15	0,97– 1,35
obeso	1,59	1,32 – 1,90
Età gestazionale alla nascita		
non pretermine	1 (rif.)	
pretermine	7,30	6,23 – 8,52
Tecniche di procreazione medicalmente assistita		
PMA no	1 (rif.)	
PMA sì	1,29	0,99 – 1,65

*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 primipara, cittadinanza straniera, livello di scolarità basso e obesità.

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

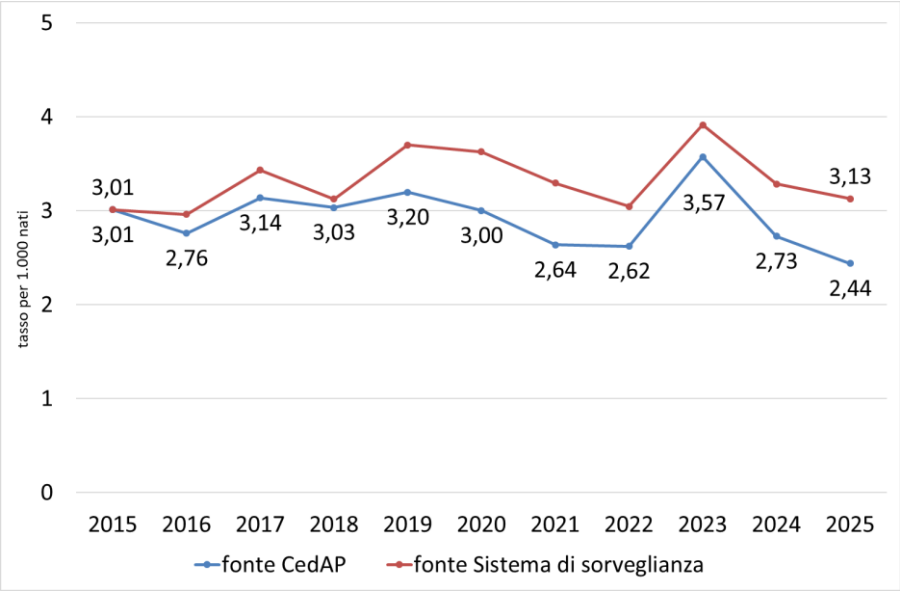
Natimortalità

Nel 2025, il flusso CedAP ha registrato 67 nati morti, determinando un tasso di natimortalità pari a 2,44 per 1.000 nati, in calo rispetto al periodo precedente. Il tasso nazionale di nato morto è pari a 2,2 per 1.000 nati (Ministero della salute, 2026a).

Il tasso di natimortalità regionale rilevato dal flusso CedAP è sottostimato: nel 2025 sono stati segnalati al *Sistema regionale di sorveglianza della mortalità perinatale* 86 casi di morte endouterina fetale, con un tasso pari a 3,13 per 1.000 nati, in linea con la tendenza registrata fino al 2022 (figura 58).

Entrambi i flussi regionali adottano la definizione di nato morto dell'OMS che considera i casi di morte endouterina a partire da 22^{+0} settimane di gestazione. La discrepanza osservata tra il flusso CedAP e il *Sistema di sorveglianza* potrebbe risiedere nella mancata adesione, da parte di alcuni centri, alla definizione di nato morto internazionale, privilegiando il criterio di 25^{+6} settimane - desunto dalla definizione di aborto spontaneo di Istat - o quello previsto dal Regolamento di polizia mortuaria (28^{+0} settimane) funzionali per la dichiarazione di nascita. Il confronto tra le due fonti informative regionali (*Sistema di sorveglianza* e CedAP) mostra che circa un caso su sette (15,0%) dei nati morti prima di 28 settimana non viene notificato nel CedAP rispetto al 2,5% dei casi avvenuti dopo 28^{+0} settimane. Questa criticità è destinata a risolversi: il Decreto ministeriale del 5 maggio 2025 esplicita l'obbligo di compilazione del CedAP per tutti i casi di natimortalità a partire da 22^{+0} settimane di gestazione (Ministero della salute, 2025). Coerentemente, dal 2026 anche Istat ha adottato una nuova definizione di aborto spontaneo, identificandolo come la perdita del prodotto del concepimento, privo di segni di vitalità al momento dell'espulsione o dell'estrazione dal corpo materno, con età gestazionale inferiore o uguale a 21^{+6} settimane.

Figura 58. Tasso di nati morti per 1.000 nati, E-R 2015-2025



In oltre la metà (53,7%) dei casi di nato morto il decesso è avvenuto prima del travaglio, in 3 casi durante il travaglio di parto e nei restanti 28 casi il momento della morte risulta sconosciuto.
Il riscontro autoptico è stato richiesto in 54 nati morti, ma il referto dell'esame è risultato disponibile entro i dieci giorni successivi al parto – periodo previsto per ultimare la compilazione del CedAP – in soli 3 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). Nel periodo 2014-2023 sono stati segnalati al sistema di sorveglianza regionale 1.079 casi di morte endouterina fetale (MEF); l'insufficienza placentare e il distacco di placenta sono le condizioni più frequentemente associate al decesso del feto (31,0% dei casi), seguite dalla restrizione di crescita fetale (7,0%). La quota di casi per i quali il motivo del decesso rimane non spiegato nonostante le indagini eseguite, è pari a 14,0%. La qualità dell'assistenza è stata considerata inadeguata in 6,7% dei casi nel periodo 2019-2023 rispetto al 9,9% dei casi nel periodo 2014-2018, indicando un miglioramento nel tempo. L'insufficienza placentare, il ritardo di crescita fetale e alcune morbosità materne pregresse o insorte in gravidanza (in particolare, diabete e ipertensione) sono le condizioni per le quali è più frequente una valutazione dell'assistenza non adeguata; un miglioramento della loro gestione potrebbe portare a una riduzione dei casi di decesso evitabili (Monari F et al, 2025; Avagliano L et al, 2026).

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 2023-2025. Nel periodo considerato sono stati registrati 249 nati morti, con un tasso di natimortalità pari a 3,0 per 1.000 nati. Il rischio di natimortalità è maggiore in nati di donne con cittadinanza straniera (4,1‰ vs 2,4‰ in italiane) e con scolarità bassa (4,1‰ vs 2,2‰ in donne con scolarità alta). Tra i nati da parto plurimo la frequenza dell'evento è pari a 11,5‰ rispetto a 2,7‰ 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 23). Tuttavia, quasi un decesso su tre (29,7%) avviene in nati a termine.

Tabella 23. Tasso natimortalità per classi di età gestazionale, 2023-2025

classe di EG	tasso natimortalità (per 1.000 nati)
$<34^{+0}$	91,6
34^{+0}-36^{+6}	12,2
$\geq 37^{+0}$	1,0
totale	3,0

Malformazioni congenite

Nel 2025 i nati con **malformazioni** risultano essere 170, compresi quattro nati morti, corrispondenti a 0,6% 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 2023-2025, relativi a 567 casi (0,7% di tutti i nati). Le prime tre malformazioni diagnosticate si confermano essere: cardiopatia non specificata (13,8%), seguita da ipospadia (6,0%) e difetto del setto interventricolare (5,6%).

In 12,9% 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 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 circa 1.000 unità in meno rispetto all'anno precedente
- si riducono i nati pretermine e con peso <2.500 grammi sul totale delle nascite
- fra i nati pretermine e con peso <2.500 grammi è stabile la quota di bambini con maggiore profilo di rischio perinatale: nati prima di 34^{+0} settimane o con peso <2.000 grammi
- 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 evidenti criticità
- in poco più dell'80% dei bambini rianimati viene utilizzata unicamente la ventilazione con maschera
- il tasso di natimortalità è inferiore a quello dell'anno precedente, riprendendo l'andamento tracciato fino al 2022.

CAPITOLO 10

VACCINAZIONI RACCOMANDATE IN GRAVIDANZA

Tabelle in *Allegato dati*: da n. 196 a n. 207

Vaccinazioni raccomandate in gravidanza

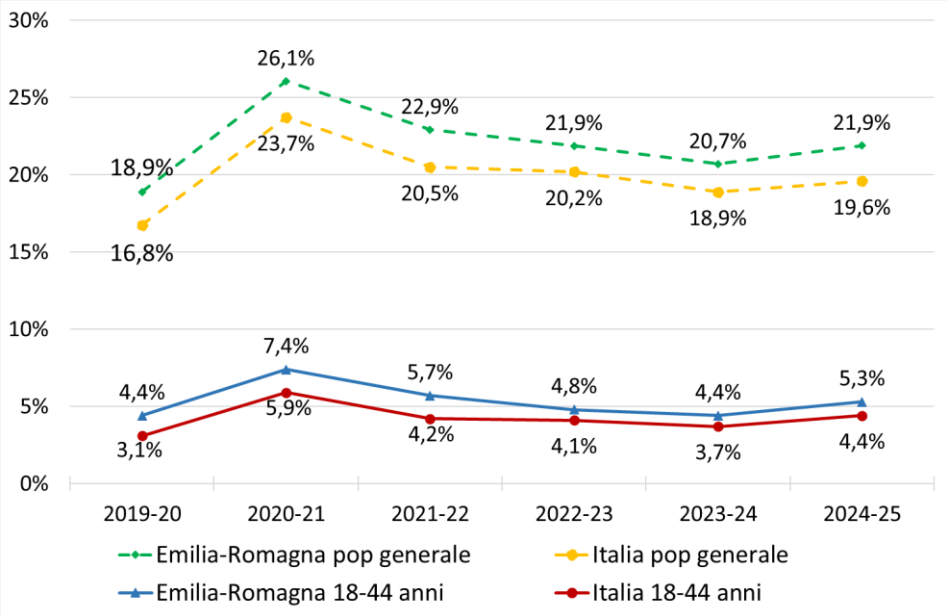
Nel corso della gravidanza sono raccomandate le vaccinazioni contro l'influenza e la pertosse. Le informazioni sulle vaccinazioni in gravidanza riportate in questa sezione sono il prodotto del *record-linkage* tra flusso CedAP e flusso Anagrafe vaccinale regionale (AVR). L'obiettivo è descrivere l'adesione 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 dati ministeriali relativi a tutta la popolazione e in quella di età 18-44 anni – senza distinzione per sesso – sono aggiornati alla stagione vaccinale 2024-2025 e 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 59) (Ministero della salute 2026b).

Figura 59. 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, 2026b

I criteri di registrazione della vaccinazione anti-influenzale nel flusso ministeriale dedicato non consentono di rilevare la copertura vaccinale in donne in gravidanza. Per descrivere l'adesione alla vaccinazione anti-influenzale in gravidanza, l'analisi regionale è stata condotta sui parti avvenuti nel 2025 e prendendo in esame le campagne vaccinali 2024/25 e 2025/26. 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 stimata 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.

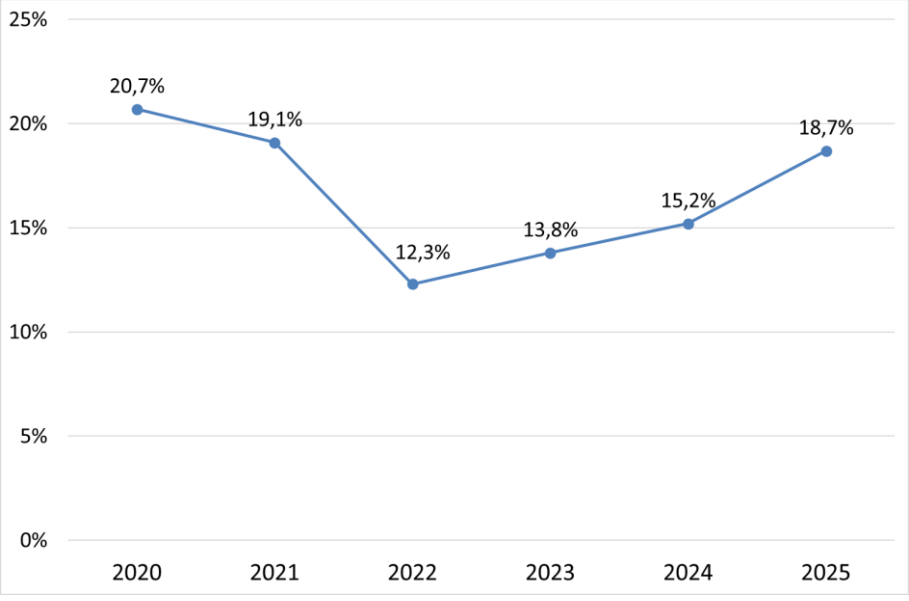
La donna è definita *vaccinata in gravidanza* se rientra in una delle seguenti condizioni:

- 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 nella campagna vaccinale in corso.

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 2025 in Emilia-Romagna risultano essersi vaccinate 5.051 donne, di cui 4.696 in corso di gravidanza. La frequenza di vaccinazione è pari a 18,7%, in aumento rispetto all'anno precedente e di poco inferiore ai valori registrati durante la pandemia da SARS-CoV-2, periodo in cui si è osservata la massima adesione (figura 60).

Figura 60. Frequenza di donne con vaccinazione anti-influenzale in gravidanza, E-R 2020-2025*



* anno di parto

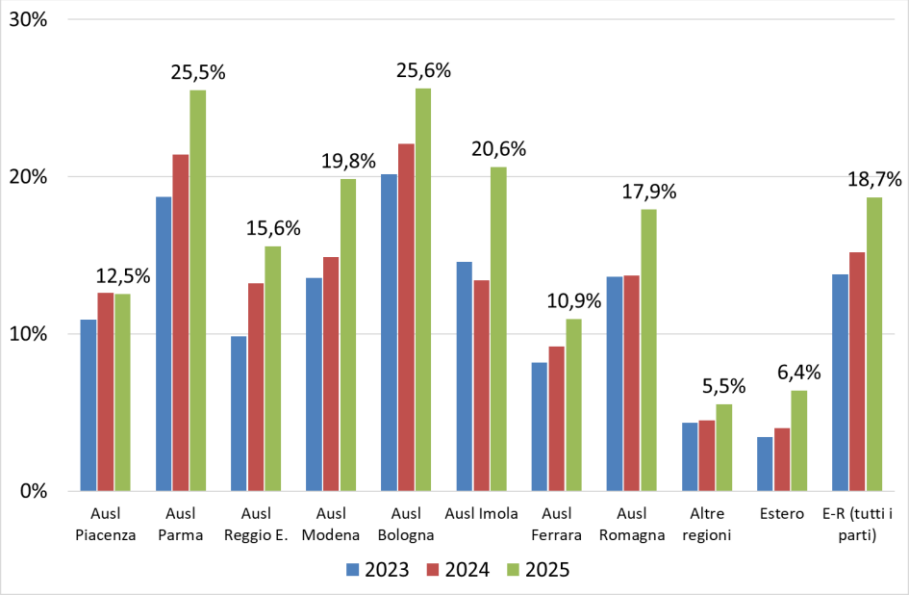
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'adesione alla vaccinazione anti-influenzale è maggiore in:

- primipare (20,3% vs 17,0% in multipare)
- donne con scolarità alta (25,8% vs 10,6% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (22,4% vs 10,6% in straniere)
- donne di età ≥35 anni (22,8% vs 16,3% di età <35 anni).

Fra le donne assistite in gravidanza dal servizio pubblico, la quota di vaccinate contro l'influenza è pari a 17,5% inferiore al valore registrato in donne assistite dal servizio privato (21,9%). Fra le donne che partoriscono in ambiente extra-ospedaliero l'adesione alla vaccinazione è pari a 11,8% rispetto a 18,2% registrato in donne che partoriscono in ospedale.

Negli ultimi tre anni, la quota di vaccinate in gravidanza è aumentata in tutte le aziende sanitarie di residenza materna. Persiste, tuttavia, un'ampia variabilità interaziendale (*range* da 10,9% in Ausl di Ferrara a circa il 25,5% in Ausl di Bologna e Parma), con divari che si mantengono stabili nel tempo (figura 61).

Figura 62. Frequenza di donne con vaccinazione anti-influenzale per residenza, E-R 2023-2025



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

Adesione alla vaccinazione anti-influenzale		
	OR agg*	IC95%
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	1,10	1,03 – 1,17
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	0,53	0,49 – 0,58
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	0,58	0,54 – 0,63
bassa	0,48	0,43 – 0,53
Età		
<25 anni	0,73	0,61 – 0,85
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,27	1,92 – 1,36
Servizio utilizzato in gravidanza		
pubblico	1 (rif.)	
privato	0,93	0,87 – 1,00

*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 primipara e all'età materna ≥35 anni.

La cittadinanza straniera, il livello di scolarità basso e medio, l'età inferiore a 25 anni sono condizioni associate a una minore probabilità di vaccinarsi.

La vaccinazione anti-pertosse

Il sistema di sorveglianza dell'*European centre for disease prevention and control (ECDC)* attivo in 29 Paesi europei, compresa l'Italia, registra nel 2024 - ultimo dato disponibile - un tasso di pertosse nella popolazione generale pari a 54,9 casi ogni 100.000 abitanti, in netto aumento rispetto a quello registrato l'anno precedente (6,7 per 100.000 abitanti). Tra i casi di pertosse segnalati al sistema nel 2024 (n= 209.674) 4,8% riguardano bambini di età inferiore a 1 anno; di questi il 43% ha meno di 3 mesi di vita. Solo il 33% dei lattanti ha ricevuto almeno una dose di vaccino; in 61% dei casi è stato necessario il ricovero in ospedale (ECDC, 2026).

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* della 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% dei casi (n= 26 su 27) per i quali sono disponibili informazioni sullo stato vaccinale materno, la madre non ha eseguito la vaccinazione anti-pertosse in gravidanza.[8]

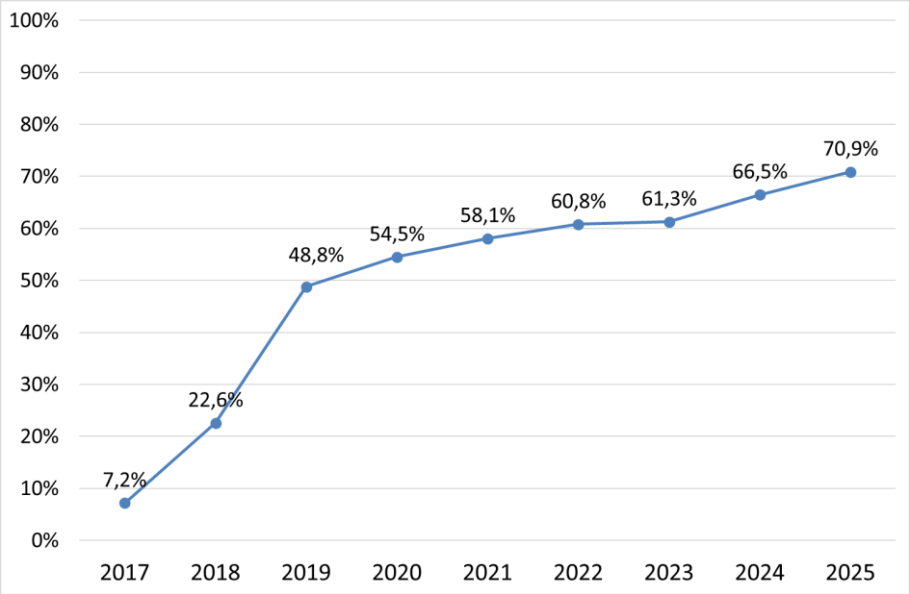
La vaccinazione in gravidanza contro la pertosse rappresenta un importante strumento di prevenzione, raccomandato in 26 Paesi europei, finalizzato a ridurre il rischio di infezione nei lattanti. Attraverso il trasferimento transplacentare degli anticorpi materni al feto, conferisce al neonato una protezione passiva nei primi mesi di vita, in particolare nell'intervallo tra la nascita e lo sviluppo della protezione attiva indotta dalla vaccinazione infantile.
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, 2026).

Nel 2024 (ultimo dato disponibile) la copertura vaccinale a due anni di età è pari a 94,5% a livello nazionale e a 97,5% in Emilia-Romagna. La copertura si riduce a 16 anni di età – a termine del ciclo vaccinale obbligatorio – sia a livello nazionale (65,1%) sia in Regione (82,4%), non raggiungendo la soglia raccomandata, ossia ≥90% (Ministero della salute, 2026c). Le informazioni sulla adesione alla vaccinazione anti-pertosse in gravidanza in Italia non sono disponibili.

[8] 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.

A livello regionale, tra le donne che hanno partorito nel 2025 la quota di vaccinate in gravidanza è pari a 70,9%, in progressivo negli anni (figura 63).

Figura 63. Frequenza di donne con vaccinazione anti-pertosse in gravidanza, E-R 2017-2025



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 86,3% dei casi la vaccinazione è stata effettuata nel periodo indicato come più appropriato (27^{+0}-32^{+6} settimane di gestazione), in 11,6% dei casi la vaccinazione è avvenuta a 33^{+0}-36^{+6} settimane di gestazione.

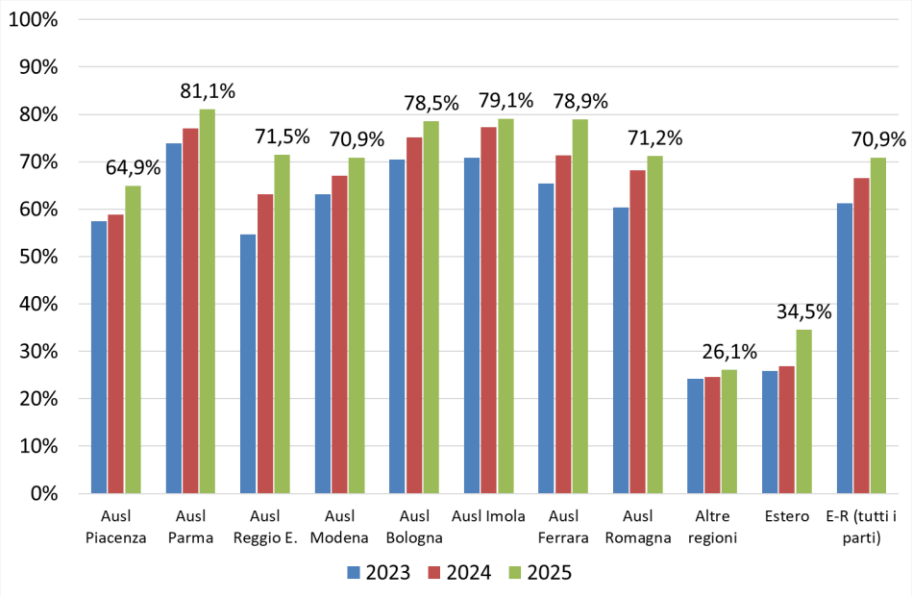
In relazione alle caratteristiche socio-demografiche materne, l'adesione alla vaccinazione anti-pertosse è maggiore in:

- primipare (76,4% vs 65,3% in multipare)
- donne con scolarità alta (79,3% vs 57,9% in donne con scolarità bassa)
- cittadine italiane (77,2% vs 57,2% in straniere)
- donne di età ≥35 anni (73,7% vs 69,3% di età <35 anni).

Fra le donne assistite in gravidanza dal servizio pubblico, la quota di vaccinate contro la pertosse è inferiore, in misura lieve, rispetto a quella registrata tra le donne assistite dal servizio privato (69,9% vs 73,6%, rispettivamente). Poco più di una donna su tre (36,5%) che partorisce in ambiente extra-ospedaliero si vaccina contro la pertosse; la frequenza è la metà di quella rilevata in donne che partoriscono in ospedale (71,0%).

Negli ultimi tre anni, la quota di vaccinate in gravidanza è aumentata in tutte le aziende sanitarie di residenza materna. La variabilità intraregionale – stabile nel tempo- non è trascurabile (*range* da 64,9% in Ausl di Piacenza a 81,1% in Ausl di Parma) (figura 64).

Figura 64. Frequenza di donne con vaccinazione anti-pertosse per residenza, E-R 2023-2025



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

Adesione alla vaccinazione anti-pertosse		
	OR agg*	IC95%
Precedenti parti		
multipare	1 (rif.)	
primipare	1,54	1,45 – 1,63
Cittadinanza		
italiana	1 (rif.)	
straniera	0,48	0,45 – 0,51
Scolarità		
alta	1 (rif.)	
media	0,66	0,62 – 0,71
bassa	0,54	0,50– 0,58
Età		
<25 anni	0,56	0,50 – 0,62
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	1,07	1,01 – 1,14
Servizio utilizzato in gravidanza		
pubblico	1 (rif.)	
privato	0,74	0,69 – 0,79

*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 primipara e all'età ≥35 anni.

La cittadinanza straniera, il livello di scolarità basso e medio, 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
- 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 alla vaccinazione anti-pertosse, a parità di caratteristiche socio-demografiche, è maggiore in donne assistite dal servizio sanitario pubblico rispetto a quelle assistite privatamente.

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 (2025). Report Programma nazionale esiti. Dati 2024. Edizione 2025. Testo integrale: https://pne.agenas.it/home

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

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

Avagliano L, Benuzzi M, Cuoghi Costantini R, et al (2026). Inequalities in Late Stillbirths: A Population-based Study in Northern Italy. Am J Perinatol. doi: 10.1055/a-2933-0074

Balk EM, Danilack VA, Bhuma MR, et al (2023). Reduced compared with traditional schedules for routine antenatal visits: a systematic review. Obstet Gynecol;142(1):8-18

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

Chaves Cerdas L (2025). Adequate prenatal care and maternal morbidity among birthing people with preexisting comorbidities. Matern Child Health J;29(4):504-14

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

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 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

DGR - Delibera giunta regionale 1252/2026. Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera neonatale.

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 (2026). Pertussis: Annual epidemiological report for 2024. Stockholm. Testo integrale: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/pertussis-annual-epidemiological-report-2024

Enthoven CA, Labrecque JA, El Marroun H et al (2025). Reducing Inequalities in Timing of Antenatal Care Initiation: A Hypothetical Intervention in the Generation R Study. Paediatr Perinat Epidemiol;39(6):502-11

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 (2026). Fertility statistics, data 2024. Febbraio 2026. 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

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

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

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 (2016). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Testo integrale: https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG_Cesareo_finaleL.pdf

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

ISS-SNLG - Istituto superiore di sanità - Sistema Nazionale Linee guida (2026). La gravidanza fisiologica. Terza parte. Testo integrale: https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/convegno-4-marzo-2026/SNLG_1_2026_Gravidanza-fisiologica%20Parte-3.pdf

ISTAT- Istituto nazionale di statistica (2026a). Indicatori demografici. Anno 2025. 31 marzo 2026; Roma. Testo integrale: https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2025/

ISTAT- Istituto nazionale di statistica (2026b). Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2025. 21 ottobre 2026; Roma. Testo integrale: https://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2025/

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

Ladak Z, Grewal N, Kim MO, et al (2024). Equity in prenatal healthcare services globally: an umbrella review. BMC Pregnancy Childbirth;24(1):191

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/dettaglioAtto?id=60201

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 (2025). 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 e ai nati affetti da patologie congenite.

Ministero della salute (2026a). Certificato di Assistenza al Parto. Analisi dell'evento nascita – Anno 2025. Roma: Ministero della salute. Direzione generale del sistema informativo. Testo integrale: https://www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita/

Ministero della salute (2026b). Vaccinazione antinfluenzale - Coperture vaccinali medie. Ultimo accesso ottobre 2026. Testo integrale: https://www.salute.gov.it/new/it/banche-dati/vaccinazione-antinfluenzale-coperture-vaccinali-medie/

Ministero della salute (2026c). Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescenza - Coperture vaccinali. Anno 2024. Coperture per singolo antigene. Testo integrale: https://www.salute.gov.it/new/it/banche-dati/vaccinazioni-delleta-pediatrica-e-delladolescenza-coperture-vaccinali/

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

NICE - National Institute for Health and Care Excellente (2023). Intrapartum care. NICE clinical guideline 235. London: National Institute for Health and Care Excellence.
Testo integrale: https://www.nice.org.uk/guidance/ng235

NICE - National Institute for Health and Care Excellente (2025). Evidence. Maternal and child nutrition: nutrition and weight management in pregnancy, and nutrition in children up to 5 years. NICE clinical guideline 247. London: National Institute for Health and Care Excellence.
Testo integrale: https://www.nice.org.uk/guidance/ng247/evidence

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

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.regione.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.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni

Perrone E, Formisano D, Basevi V et al (2025). La nascita in Emilia-Romagna. 22° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2024. Bologna: Regione Emilia-Romagna. Testo integrale: https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni

Regione Emilia-Romagna (2026). Salute bambini. Vaccinazioni. Pagina web ultimo accesso ottobre 2026. Testo integrale: https://www.informafamiglie.it/argomenti/salute-bambini/vaccinazioni

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

Ufficio di statistica, Direzione generale risorse, Europa, innovazione e istituzioni. Regione Emilia-Romagna (2026). Popolazione residente in Emilia-Romagna. Dati al primo gennaio 2026

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

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

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 punti 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 (2 punti nascita): Piacenza e Sassuolo
- Centri *Spoke* con meno di 1.000 parti (7 punti nascita): Fidenza, Montecchio Emilia, Carpi, 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	19,3	15,9	2,6	17,0	7,3	1,2	7,1	1,7	0,8	1,2	0,3	3,7
1° quartile	20,9	16,1	3,1	21,0	8,0	1,3	8,2	2,3	0,9	1,3	0,4	4,1
mediana	22,3	16,6	4,2	23,9	9,9	1,6	9,3	2,6	1,3	1,6	0,5	4,9
3° quartile	25,2	18,3	5,5	25,6	11,6	1,8	9,7	2,9	1,6	2,0	0,9	5,4
massimo	27,6	19,8	7,6	27,5	13,2	1,9	11,0	3,4	1,6	2,5	1,1	13,0

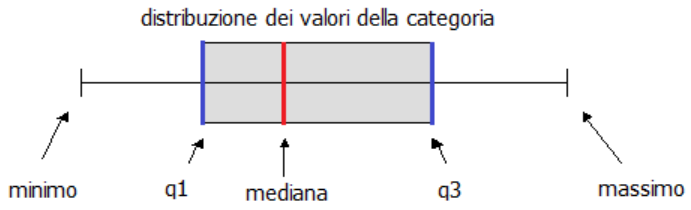
Tasso di cesarei per ogni classe (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	% TC sui parti
minimo	2,4	6,9	100,0	0,2	0,5	100,0	58,5	80,6	78,1	50,0	37,5	29,4	15,3
1° quartile	4,4	7,4	100,0	0,9	1,0	100,0	60,9	93,3	87,1	72,4	45,8	33,4	20,5
mediana	5,5	10,1	100,0	1,2	1,7	100,0	69,4	97,6	92,9	79,3	53,8	38,4	23,8
3° quartile	7,7	14,0	100,0	1,3	2,5	100,0	78,7	98,6	97,5	94,2	81,8	48,3	28,3
massimo	10,5	20,4	100,0	1,4	2,8	100,0	82,5	100,0	100,0	97,9	100,0	54,2	29,6

Contributo di ogni classe al totale dei cesarei (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	3,8	4,8	13,4	0,1	0,1	4,4	24,6	7,2	3,5	3,7	0,8	6,1
1° quartile	4,1	6,2	15,1	1,0	0,4	5,3	25,5	9,3	4,1	4,2	1,0	7,0
mediana	5,3	7,7	17,4	1,1	0,8	6,6	26,4	10,4	5,1	5,8	1,4	8,7
3° quartile	7,1	10,1	22,3	1,4	1,1	8,0	28,7	11,3	5,8	6,6	2,3	11,1
massimo	9,2	12,0	25,7	2,2	1,5	11,2	30,7	15,6	6,4	8,0	2,5	13,4

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.

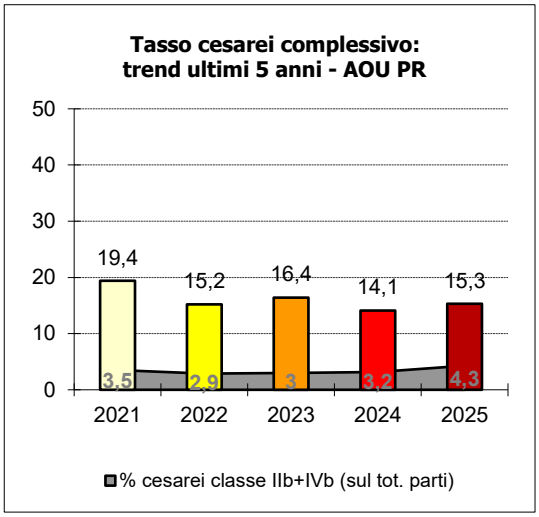


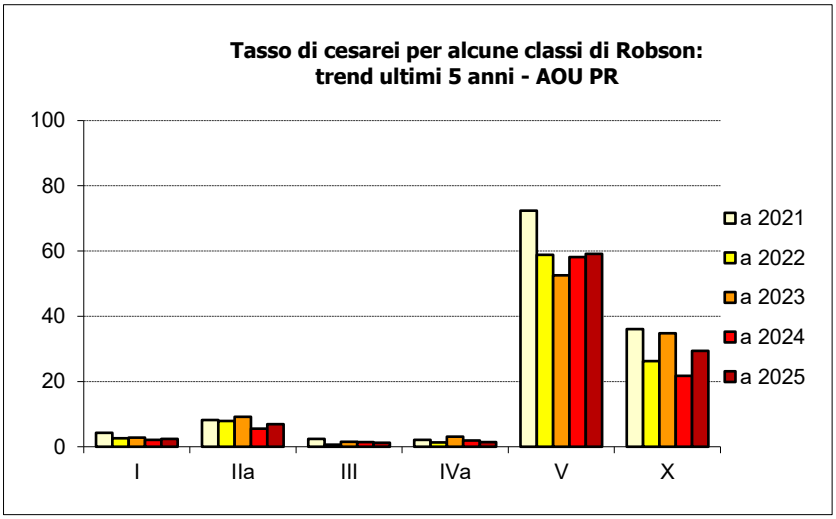
Prima di q1 (1° quartile) si posizionano i valori del 25% dei punti nascita della categoria e dopo q1 il restante 75%. Prima della mediana si posizionano i valori del 50% dei punti nascita della categoria e dopo la mediana quelli del restante 50%. Prima di q3 (3° quartile) si posizionano i valori del 75% dei punti nascita della categoria e dopo q3 quelli del restante 25%.

AOU Parma

Nel 2025 sono stati assistiti 2.384 parti, dei quali 365 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	24,1	tra mediana e q3	2,4	minimo	3,8	minimo
IIA	17,0	tra mediana e q3	6,9	minimo	7,7	mediana
IIB	2,6	minimo	100	-	16,7	tra q1 e mediana
III	27,5	massimo	1,2	mediana	2,2	massimo
IVA	11,4	tra mediana e q3	1,5	tra q1 e mediana	1,1	3° quartile
IVB	1,7	tra mediana e q3	100	-	11,2	massimo
V	7,1	minimo	59,2	tra minimo e q1	27,4	tra mediana e q3
VI	1,7	minimo	97,6	mediana	11,0	tra mediana e q3
VII	0,9	1° quartile	90,9	tra q1 e mediana	5,5	tra mediana e q3
VIII	1,2	minimo	50,0	minimo	3,8	tra minimo e q1
IX	0,5	mediana	41,7	tra minimo e q1	1,4	mediana
X	4,3	tra q1 e mediana	29,4	minimo	8,2	tra q1 e mediana
totale	100		15,3	minimo	100	

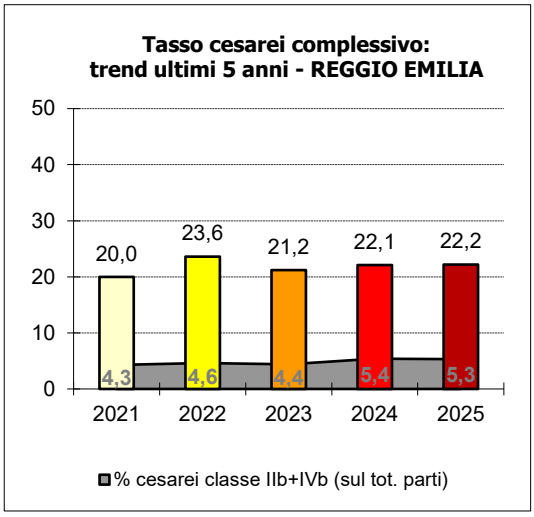


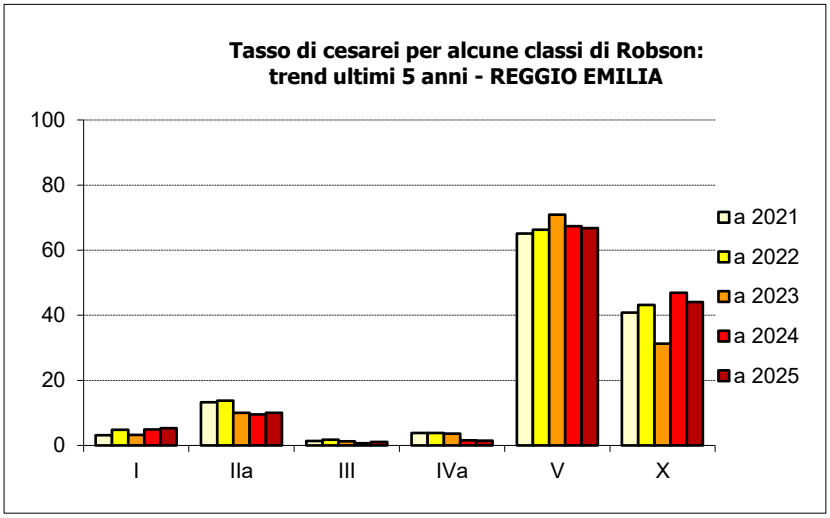


Reggio Emilia

Nel 2025 sono stati assistiti 2.380 parti, dei quali 528 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	23,0	tra mediana e q3	5,3	tra q1 e mediana	5,5	tra mediana e q3
IIA	16,3	tra q1 e mediana	10,1	mediana	7,4	tra q1 e mediana
IIB	3,7	tra q1 e mediana	100	-	16,9	tra q1 e mediana
III	23,0	tra q1 e mediana	1,1	tra q1 e mediana	1,1	mediana
IVA	11,3	tra mediana e q3	1,5	tra q1 e mediana	0,8	mediana
IVB	1,6	mediana	100	-	7,0	tra mediana e q3
V	8,7	tra q1 e mediana	66,8	tra q1 e mediana	26,3	tra q1 e mediana
VI	2,6	mediana	80,6	minimo	9,5	tra q1 e mediana
VII	1,3	mediana	78,1	minimo	4,7	tra q1 e mediana
VIII	2,5	massimo	71,2	tra minimo e q1	8,0	massimo
IX	0,6	tra mediana e q3	80,0	tra mediana e q3	2,3	3° quartile
X	5,3	tra mediana e q3	44,1	tra mediana e q3	10,6	tra mediana e q3
totale	100		22,2	tra q1 e mediana	100	

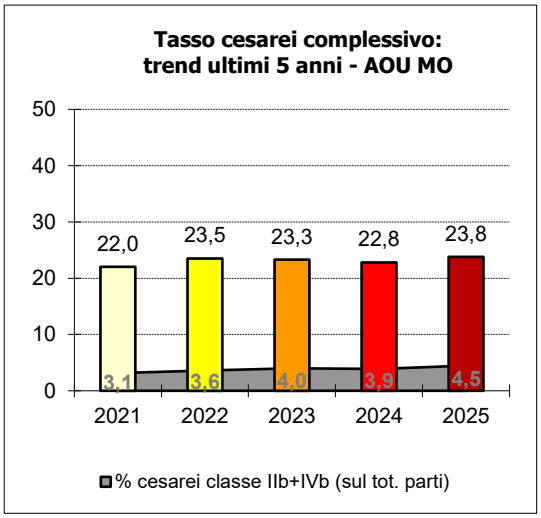


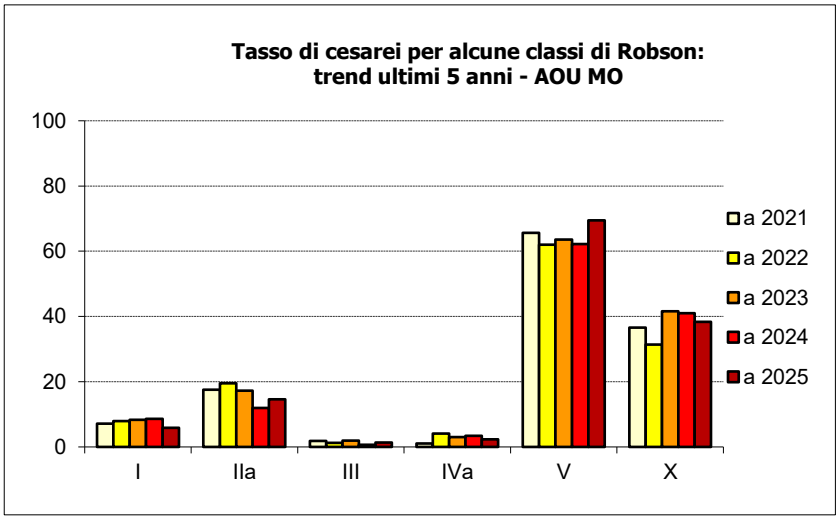


AOU Modena

Nel 2025 sono stati assistiti 2.845 parti, dei quali 677 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	21,5	tra q1 e mediana	5,9	tra mediana e q3	5,3	mediana
IIa	19,5	tra q3 e massimo	14,6	tra q3 e massimo	12,0	massimo
IIb	3,2	tra q1 e mediana	100	-	13,4	minimo
III	20,6	tra minimo e q1	1,4	massimo	1,2	tra mediana e q3
IVa	11,9	tra q3 e massimo	2,4	tra mediana e q3	1,2	tra q3 e massimo
IVb	1,3	1° quartile	100	-	5,3	1° quartile
V	9,3	mediana	69,4	mediana	27,2	tra mediana e q3
VI	2,7	tra mediana e q3	93,4	tra q1 e mediana	10,5	tra mediana e q3
VII	1,6	3° quartile	90,9	tra q1 e mediana	5,9	tra q3 e massimo
VIII	2,0	3° quartile	79,3	mediana	6,8	tra q3 e massimo
IX	1,1	massimo	53,1	tra q1 e mediana	2,5	massimo
X	5,4	3° quartile	38,3	tra q1 e mediana	8,7	mediana
Totale	100		23,8	mediana	100	

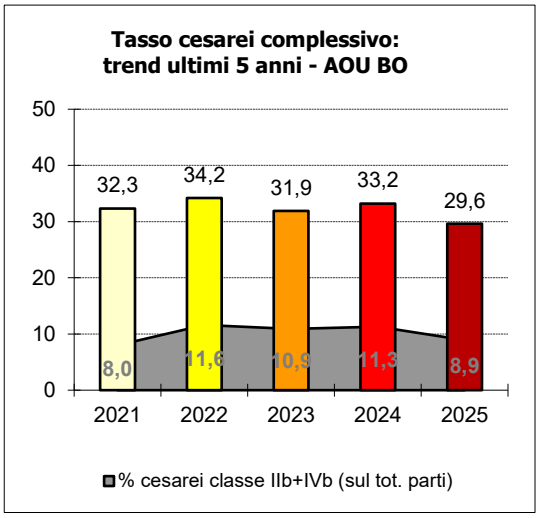


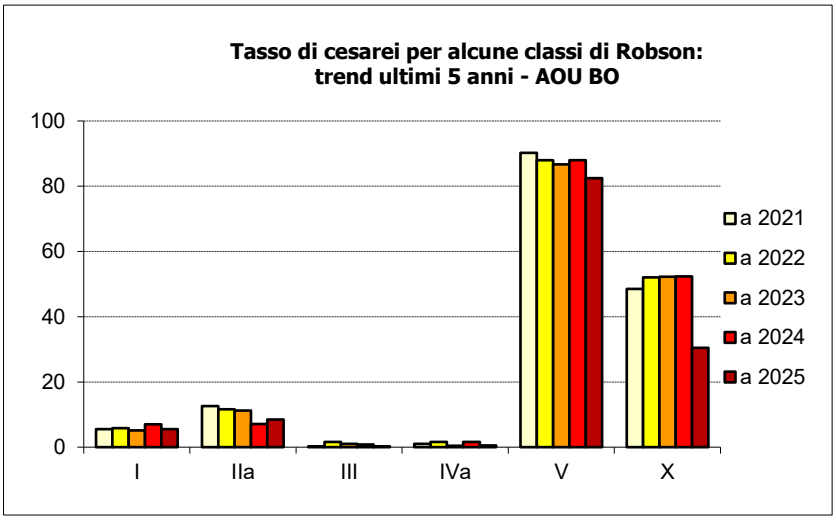


AOU Bologna S. Orsola

Nel 2025 sono stati assistiti 2.521 parti, dei quali 747 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	20,3	tra minimo e q1	5,5	mediana	3,8	minimo
IIa	16,8	tra mediana e q3	8,5	tra q1 e mediana	4,8	minimo
IIb	7,6	massimo	100	-	25,7	massimo
III	17,0	minimo	0,2	minimo	0,1	minimo
IVa	8,1	tra q1 e mediana	0,5	minimo	0,1	minimo
IVb	1,3	1° quartile	100	-	4,4	minimo
V	8,9	tra q1 e mediana	82,5	massimo	24,6	minimo
VI	3,1	tra q3 e massimo	98,7	tra q3 e massimo	10,4	mediana
VII	1,6	3° quartile	95,0	tra mediana e q3	5,1	mediana
VIII	1,9	tra mediana e q3	97,9	massimo	6,3	tra mediana e q3
IX	0,4	1° quartile	81,8	3° quartile	1,2	tra q1 e mediana
X	13,0	massimo	30,5	tra minimo e q1	13,4	massimo
Totale	100		29,6	massimo	100	

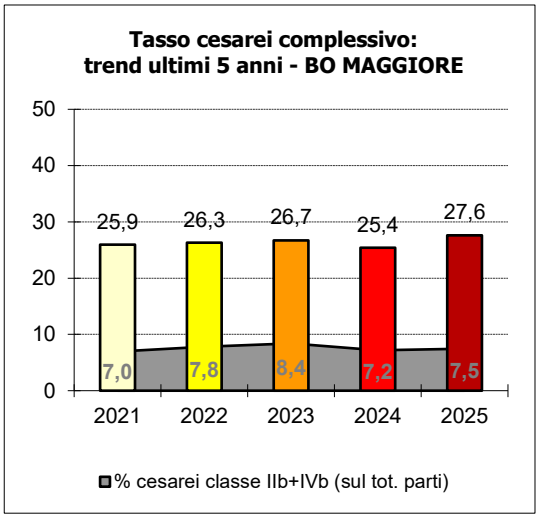


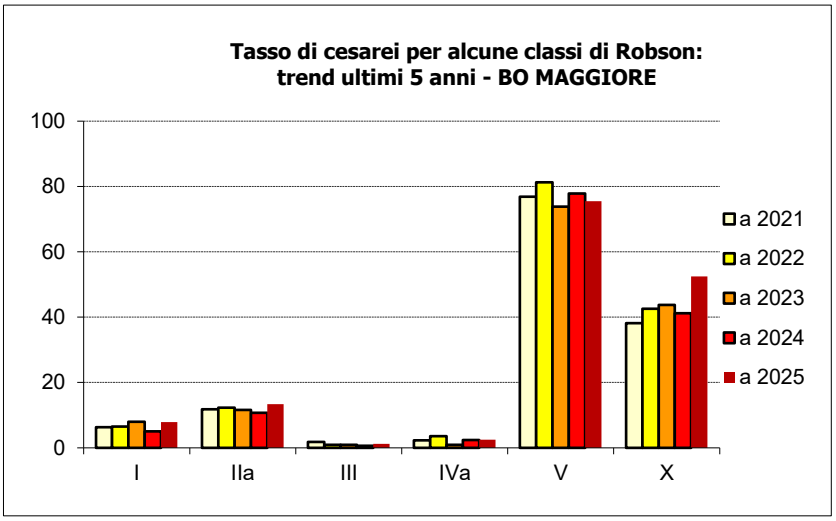


Bologna – Ospedale Maggiore

Nel 2025 sono stati assistiti 2.431 parti, dei quali 671 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	21,4	tra q1 e mediana	7,9	tra q3 e massimo	6,1	tra mediana e q3
IIa	16,6	mediana	13,4	tra mediana e q3	8,1	tra mediana e q3
IIb	5,7	tra q3 e massimo	100	-	20,6	tra mediana e q3
III	23,9	mediana	1,2	mediana	1,0	1° quartile
IVa	9,9	mediana	2,5	3° quartile	0,9	tra mediana e q3
IVb	1,8	3° quartile	100	-	6,6	mediana
V	9,6	tra mediana e q3	75,5	tra mediana e q3	26,2	tra q1 e mediana
VI	2,6	mediana	98,4	tra mediana e q3	9,1	tra minimo e q1
VII	1,6	3° quartile	100	massimo	5,7	tra mediana e q3
VIII	1,7	tra mediana e q3	95,0	tra q3 e massimo	5,7	tra q1 e mediana
IX	0,4	1° quartile	50,0	tra q1 e mediana	0,8	minimo
X	4,9	mediana	52,5	tra q3 e massimo	9,4	tra mediana e q3
Totale	100		27,6	tra mediana e q3	100	

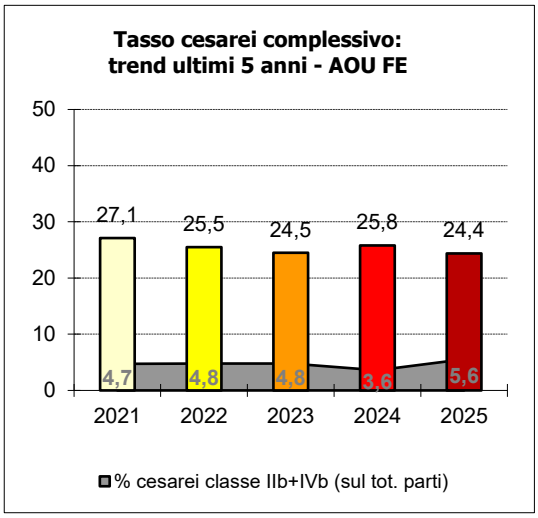


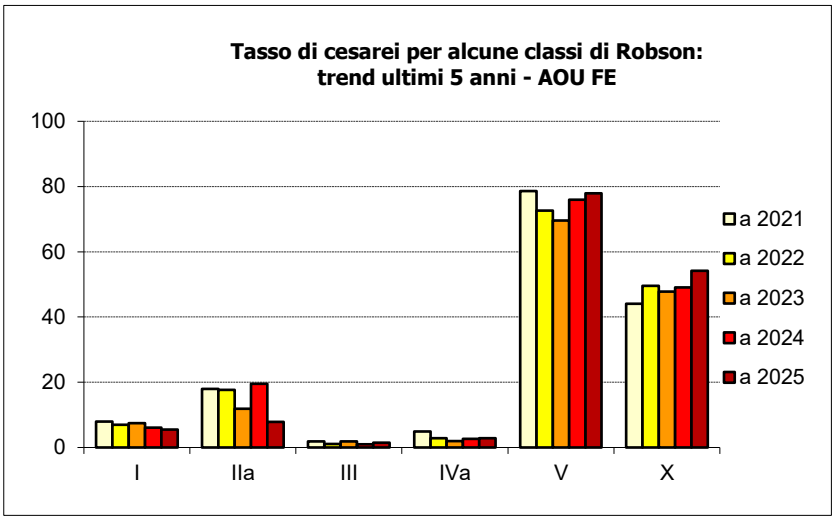


AOU Ferrara

Nel 2025 sono stati assistiti 1.604 parti, dei quali 391 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	19,3	minimo	5,5	mediana	4,4	tra q1 e mediana
IIa	19,8	massimo	7,9	tra q1 e mediana	6,4	tra q1 e mediana
IIb	4,2	mediana	100	-	17,4	mediana
III	21,5	tra q1 e mediana	1,4	massimo	1,3	tra mediana e q3
IVa	13,2	massimo	2,8	massimo	1,5	massimo
IVb	1,3	1° quartile	100	-	5,4	tra q1 e mediana
V	9,6	tra mediana e q3	77,9	tra mediana e q3	30,7	massimo
VI	2,4	tra q1 e mediana	97,4	tra q1 e mediana	9,7	tra q1 e mediana
VII	1,6	3° quartile	100	massimo	6,4	massimo
VIII	1,4	tra q1 e mediana	78,3	tra q1 e mediana	4,6	tra q1 e mediana
IX	0,5	mediana	37,5	minimo	0,8	minimo
X	5,2	tra mediana e q3	54,2	massimo	11,5	tra q3 e massimo
Totale	100		24,4	tra mediana e q3	100	

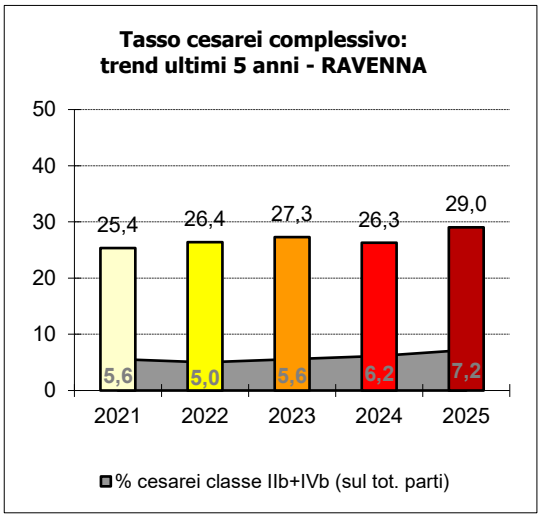


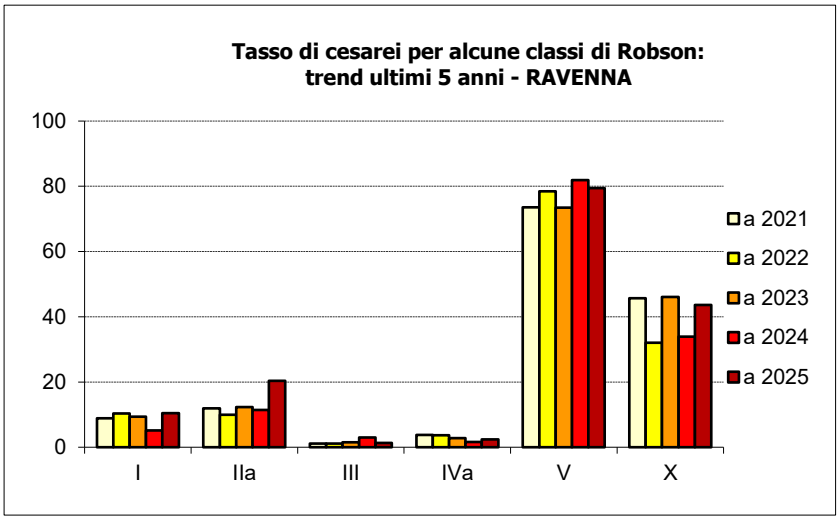


Ravenna

Nel 2025 sono stati assistiti 1.288 parti, dei quali 374 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	22,3	mediana	10,5	massimo	8,0	tra q3 e massimo
IIA	16,0	tra minimo e q1	20,4	massimo	11,2	tra q3 e massimo
IIB	5,3	tra mediana e q3	100	-	18,2	tra mediana e q3
III	24,2	tra mediana e q3	1,3	3° quartile	1,1	mediana
IVA	9,6	tra q1 e mediana	2,4	tra mediana e q3	0,8	mediana
IVB	1,9	massimo	100	-	6,7	tra mediana e q3
V	11,0	massimo	79,4	tra q3 e massimo	30,0	tra q3 e massimo
VI	2,3	1° quartile	93,1	tra minimo e q1	7,2	minimo
VII	1,3	mediana	94,1	tra mediana e q3	4,3	tra q1 e mediana
VIII	1,2	1° quartile	93,3	tra mediana e q3	3,7	minimo
IX	0,9	3° quartile	81,8	3° quartile	2,4	tra q3 e massimo
X	4,3	tra q1 e mediana	43,6	tra mediana e q3	6,4	tra minimo e q1
totale	100		29,0	tra q3 e massimo	100	

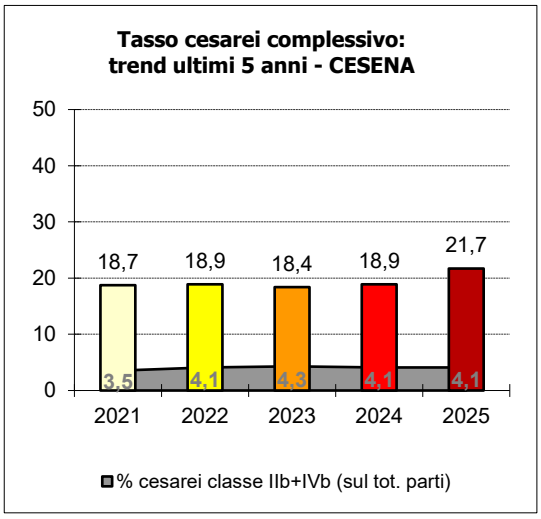


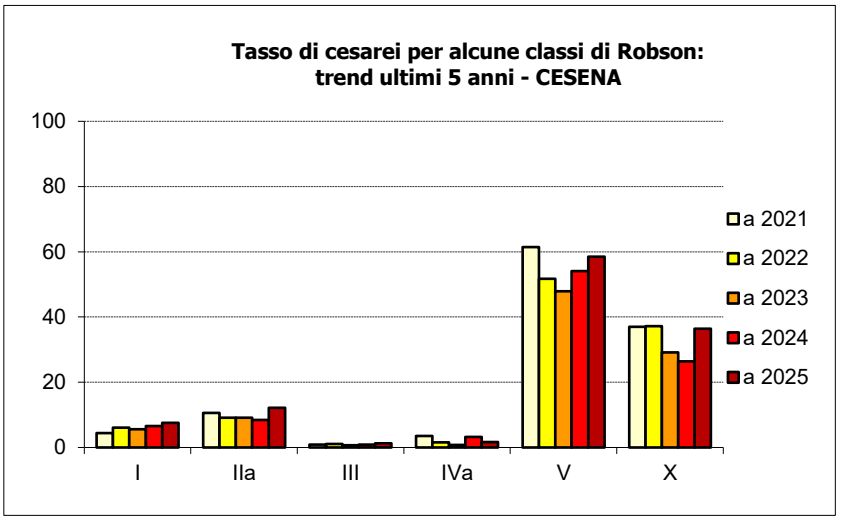


Cesena

Nel 2025 sono stati assistiti 1.502 parti, dei quali 326 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	26,4	tra q3 e massimo	7,6	tra q3 e massimo	9,2	massimo
IIa	15,9	minimo	12,2	tra mediana e q3	8,9	tra mediana e q3
IIb	2,9	tra minimo e q1	100	-	13,5	tra minimo e q1
III	25,5	tra mediana e q3	1,3	3° quartile	1,5	tra mediana e q3
IVa	7,9	tra minimo e q1	1,7	mediana	0,6	tra q1 e mediana
IVb	1,2	minimo	100	-	5,5	tra q1 e mediana
V	9,8	tra q3 e massimo	58,5	minimo	26,4	mediana
VI	3,4	massimo	100,0	massimo	15,6	massimo
VII	0,9	1° quartile	92,9	mediana	4,0	tra minimo e q1
VIII	1,6	mediana	87,5	tra mediana e q3	6,4	tra mediana e q3
IX	0,9	3° quartile	53,8	mediana	2,2	tra mediana e q3
X	3,7	minimo	36,4	tra q1 e mediana	6,1	minimo
Totale	100		21,7	tra q1 e mediana	100	

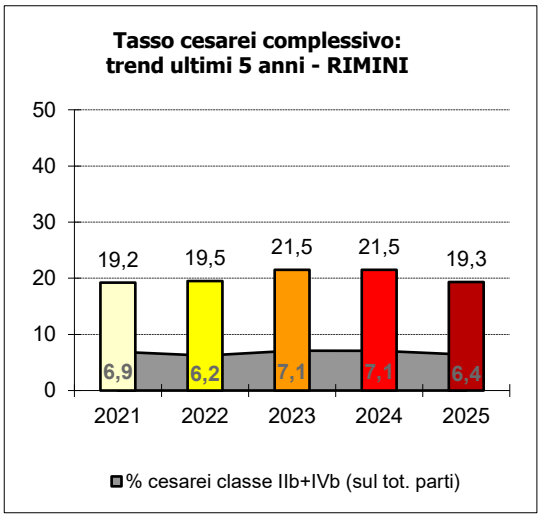


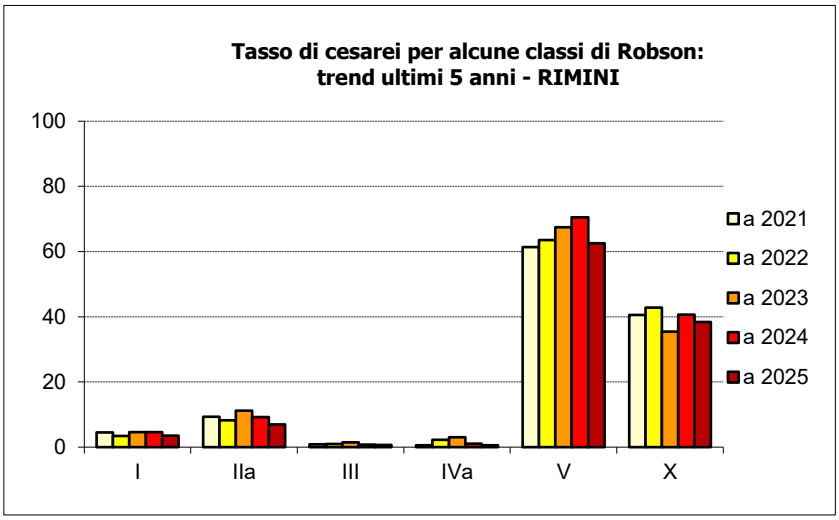


Rimini

Nel 2025 sono stati assistiti 2.235 parti, dei quali 432 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	27,6	massimo	3,6	tra minimo e q1	5,1	tra q1 e mediana
IIa	16,6	mediana	7,0	tra minimo e q1	6,0	tra minimo e q1
IIb	4,7	tra mediana e q3	100	-	24,1	tra q3 e massimo
III	25,7	tra q3 e massimo	0,7	tra minimo e q1	0,9	tra minimo e q1
IVa	7,3	minimo	0,6	tra minimo e q1	0,2	tra minimo e q1
IVb	1,7	tra mediana e q3	100	-	9,0	tra q3 e massimo
V	7,7	tra minimo e q1	62,6	tra q1 e mediana	24,8	tra minimo e q1
VI	2,3	1° quartile	98,0	tra mediana e q3	11,6	tra q3 e massimo
VII	0,8	minimo	83,3	tra minimo e q1	3,5	minimo
VIII	1,5	tra q1 e mediana	73,5	tra q1 e mediana	5,8	mediana
IX	0,3	minimo	100,0	massimo	1,4	mediana
X	3,9	tra minimo e q1	38,4	mediana	7,6	tra q1 e mediana
Totale	100		19,3	tra minimo e q1	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	18,0	15,4	3,6	21,1	7,5	1,4	6,8	1,5	0,4	0,7	0,4	2,0
1° quartile												
mediana	21,5	17,0	4,1	28,0	10,9	1,6	9,6	1,7	1,2	1,0	0,7	2,8
3° quartile												
massimo	24,9	18,6	4,6	34,9	14,3	1,8	12,3	1,9	2,0	1,4	0,9	3,7

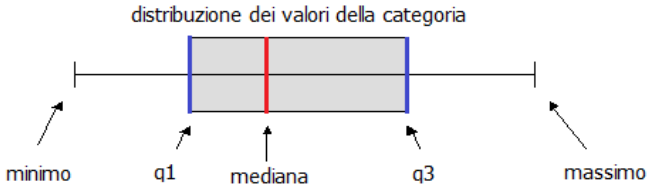
Tasso di cesarei per ogni classe (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	% TC sui parti
minimo	4,7	6,2	100	1,0	0,4	100	64,1	96,3	97,1	87,5	56,3	21,7	16,3
1° quartile													
mediana	5,7	8,9	100	1,6	0,8	100	73,1	98,1	98,6	93,8	78,1	37,8	21,6
3° quartile													
massimo	6,6	11,6	100	2,1	1,2	100	82,2	100	100	100	100	53,8	27,0

Contributo di ogni classe al totale dei cesarei (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	3,1	5,9	16,9	1,7	0,2	6,5	26,7	5,4	2,7	4,3	1,9	2,7
1° quartile												
mediana	6,6	6,9	19,4	1,9	0,4	7,5	32,2	8,6	4,9	4,3	2,3	5,0
3° quartile												
massimo	10,2	7,9	21,9	2,1	0,5	8,6	37,6	11,8	7,1	4,4	2,7	7,3

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.

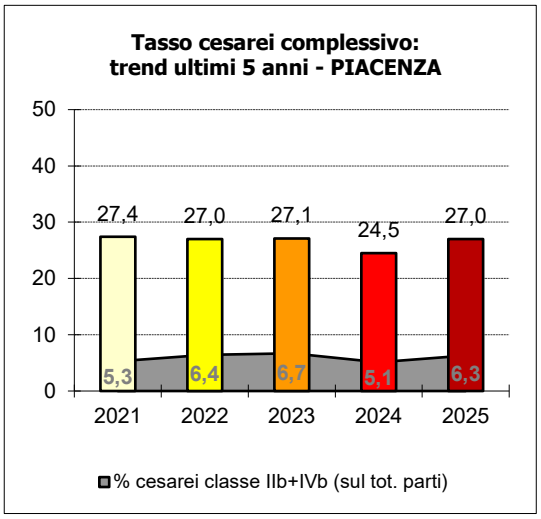


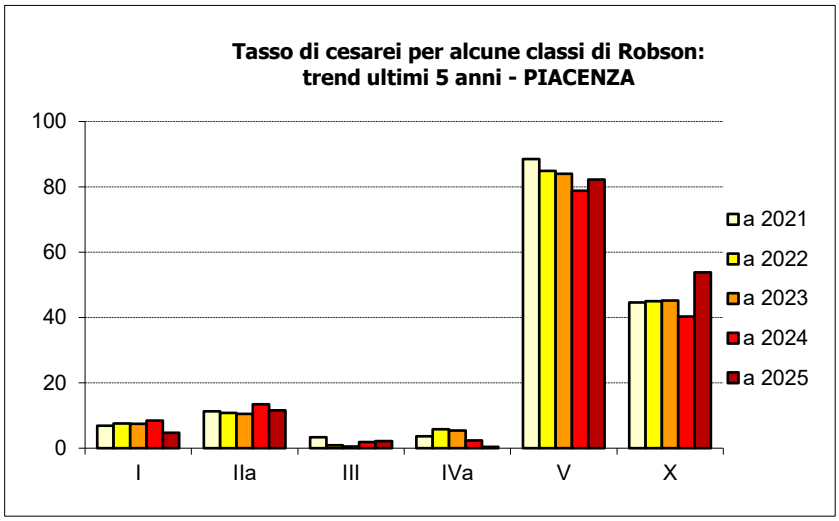
Per i confronti in questa categoria di punti nascita, che comprende solo 2 ospedali, non sono stati utilizzati i valori del 1° e 3° quartile. In questo caso l'analisi dei dati perde di significato poiché non esiste una curva di distribuzione reale su cui calcolare delle fasce intermedie (come il 25°, il 50° o il 75° percentile) per le singole classi di Robson e per i 3 contributi.

Piacenza

Nel 2025 sono stati assistiti 1.774 parti, dei quali 479 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	18,0	minimo	4,7	minimo	3,1	minimo
IIa	18,6	massimo	11,6	massimo	7,9	massimo
IIb	4,6	massimo	1000	-	16,9	minimo
III	21,1	minimo	2,1	massimo	1,7	minimo
IVa	14,3	massimo	0,4	minimo	0,2	minimo
IVb	1,8	massimo	1000	-	6,5	minimo
V	12,3	massimo	82,2	massimo	37,6	massimo
VI	1,5	minimo	96,3	minimo	5,4	minimo
VII	2,0	massimo	97,1	minimo	7,1	massimo
VIII	1,4	massimo	87,5	minimo	4,4	massimo
IX	0,9	massimo	56,3	minimo	1,9	minimo
X	3,7	massimo	53,8	massimo	7,3	massimo
Totale	100		27,0	massimo	100	

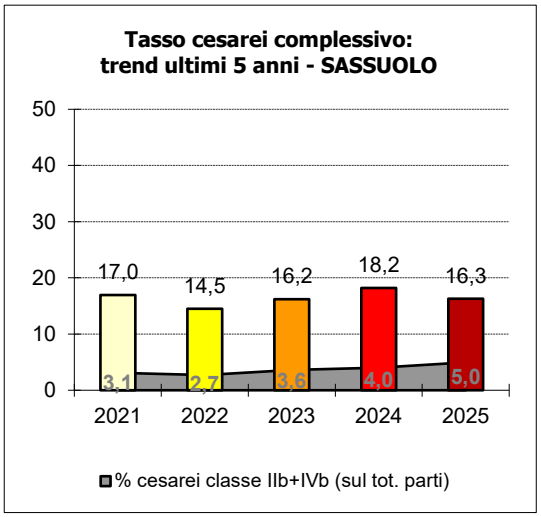


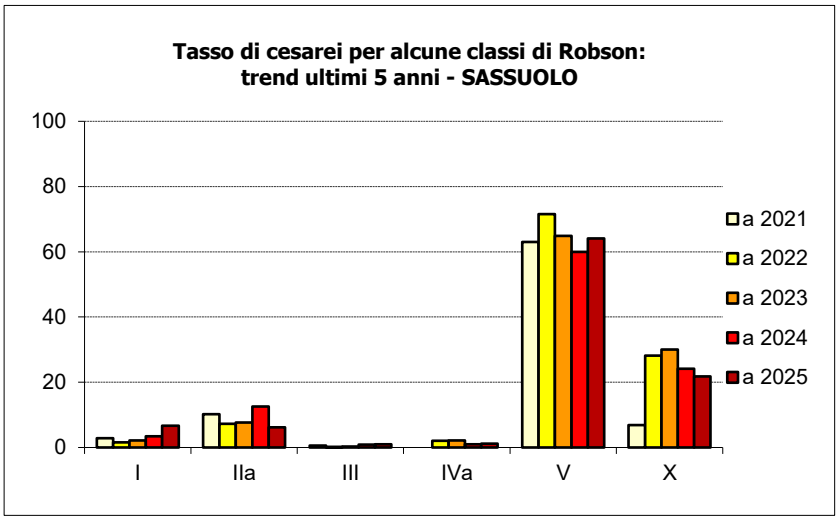


Sassuolo

Nel 2025 sono stati assistiti 1.148 parti, dei quali 187 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	24,9	massimo	6,6	massimo	10,2	massimo
IIa	15,4	minimo	6,2	minimo	5,9	minimo
IIb	3,6	minimo	1000	-	21,9	massimo
III	34,9	massimo	1,0	minimo	2,1	massimo
IVa	7,5	minimo	1,2	massimo	0,5	massimo
IVb	1,4	minimo	100,00	-	8,6	massimo
V	6,8	minimo	64,1	minimo	26,7	minimo
VI	1,9	massimo	100,0	massimo	11,8	massimo
VII	0,4	minimo	100,0	massimo	2,7	minimo
VIII	0,7	minimo	100,0	massimo	4,3	minimo
IX	0,4	minimo	100,0	massimo	2,7	massimo
X	2,0	minimo	21,7	minimo	2,7	minimo
Totale	100		16,3	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	20,6	14,0	2,3	21,6	6,6	0,7	5,6	0,7	0,7	0,4	0,1	1,1
1° quartile	21,8	15,1	3,0	24,5	9,3	1,4	6,7	1,5	0,8	0,5	0,2	1,5
mediana	26,1	16,5	4,4	28,6	9,6	1,4	8,7	2,0	1,0	0,7	0,4	2,2
3° quartile	27,5	18,4	5,2	29,3	11,0	1,5	10,1	2,2	1,5	0,9	0,7	3,5
massimo	30,6	20,1	6,9	34,6	11,2	2,4	11,8	2,3	2,0	0,9	1,4	5,0

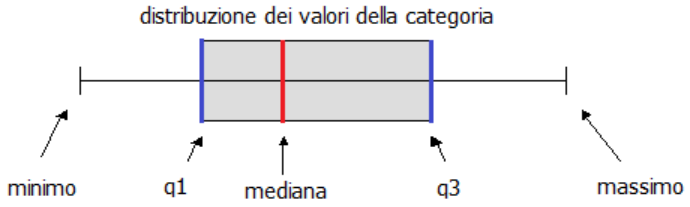
Tasso di cesarei per ogni classe (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X	% TC sui parti
minimo	0,9	5,4	100	0,0	0,0	100	52,2	93,3	87,5	62,5	0,0	0,0	16,0
1° quartile	1,4	8,4	100	0,4	0,0	100	63,8	94,4	100	63,5	0,0	16,7	17,9
mediana	4,3	11,9	100	0,8	3,4	100	72,5	95,0	100	76,2	51,9	33,3	19,7
3° quartile	7,0	15,9	100	1,0	5,9	100	97,3	100	100	96,4	85,0	38,2	22,6
massimo	7,7	19,0	100	1,1	6,0	100	98,1	100	100	100	100	50,0	25,1

Contributo di ogni classe al totale dei cesarei (%)

	I	IIa	IIb	III	IVa	IVb	V	VI	VII	VIII	IX	X
minimo	1,3	5,1	14,1	0,6	1,3	3,2	20,0	3,8	4,0	1,3	0,6	1,7
1° quartile	1,9	6,2	16,0	0,7	1,5	5,7	28,0	8,0	4,5	1,5	0,8	1,9
mediana	5,7	10,0	19,8	1,1	2,0	8,0	29,1	8,7	5,0	2,8	1,9	4,1
3° quartile	7,8	13,9	22,5	1,5	2,6	9,0	42,0	9,4	7,0	3,7	3,0	7,7
massimo	9,6	14,0	38,7	2,0	2,6	10,6	45,0	11,5	7,9	3,9	3,1	8,3

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.

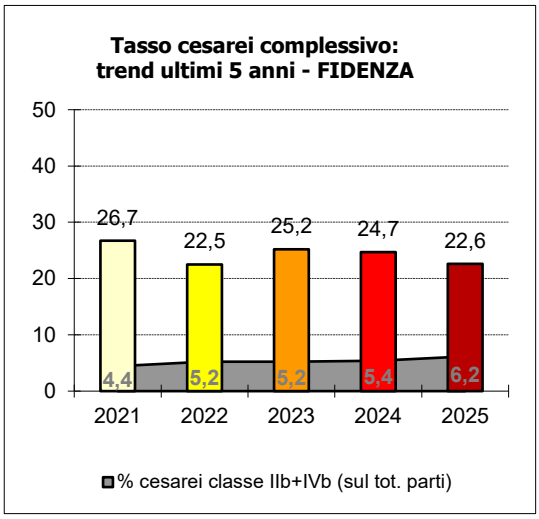


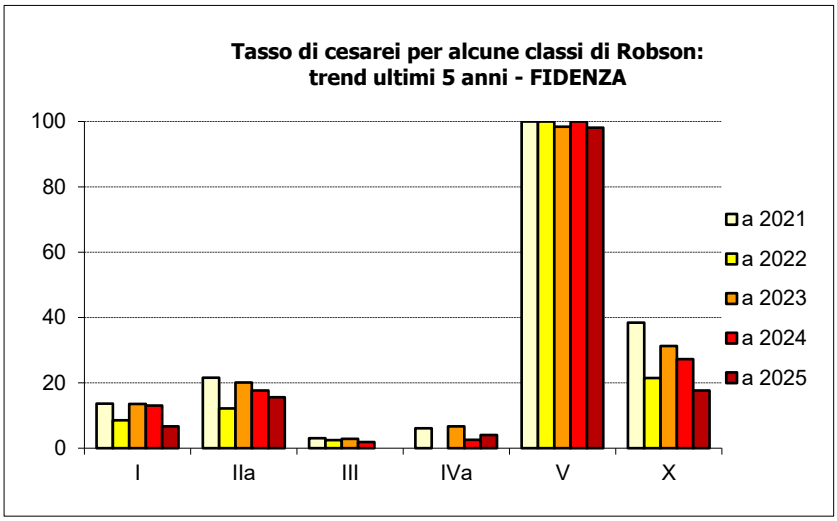
Prima di q1 (1° quartile) si posizionano i valori del 25% dei punti nascita della categoria e dopo q1 il restante 75%. Prima della mediana si posizionano i valori del 50% dei punti nascita della categoria e dopo la mediana quelli del restante 50%. Prima di q3 (3° quartile) si posizionano i valori del 75% dei punti nascita della categoria e dopo q3 quelli del restante 25%.

Fidenza

Nel 2025 sono stati assistiti 796 parti, dei quali 180 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	26,5	tra mediana e q3	6,6	tra mediana e q3	7,8	3° quartile
IIa	20,1	massimo	15,6	tra mediana e q3	13,9	3° quartile
IIb	3,8	tra q1 e mediana	100	-	16,7	tra q1 e mediana
III	24,5	1° quartile	0,0	minimo	-	-
IVa	9,3	1° quartile	4,1	tra mediana e q3	1,7	tra q1 e mediana
IVb	2,4	massimo	100	-	10,6	massimo
V	6,7	1° quartile	98,1	massimo	28,9	tra q1 e mediana
VI	2,3	massimo	94,4	1° quartile	9,4	3° quartile
VII	1,4	tra mediana e q3	100,0	1° quartile	6,1	tra mediana e q3
VIII	0,8	tra mediana e q3	100,0	massimo	3,3	tra mediana e q3
IX	0,3	tra q1 e mediana	0,0	minimo	-	-
X	2,1	tra q1 e mediana	17,6	tra q1 e mediana	1,7	minimo
Totale	100		22,6	3° quartile	100	

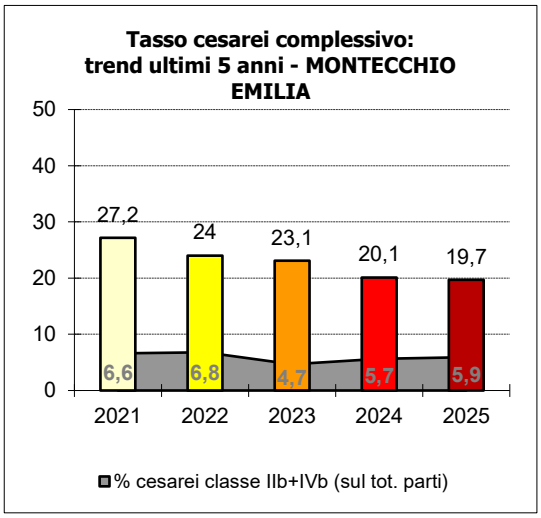


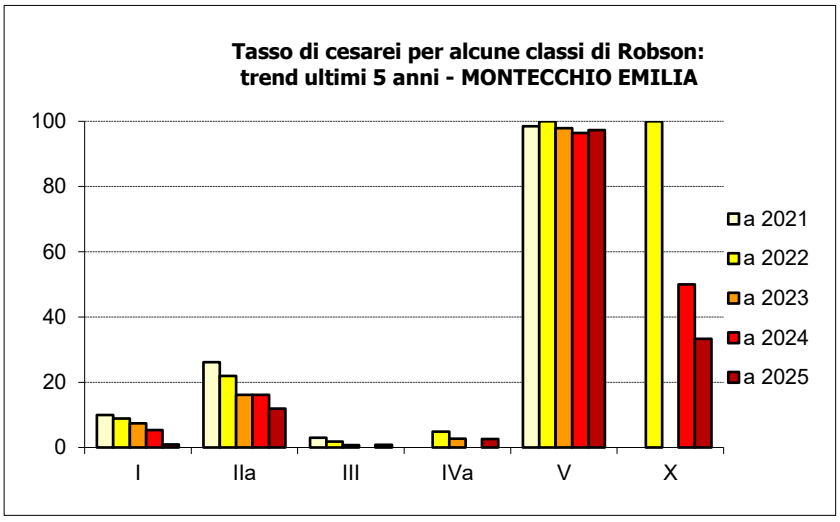


Montecchio Emilia

Nel 2025 sono stati assistiti 406 parti, dei quali 80 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	26,1	mediana	0,9	minimo	1,3	minimo
IIa	16,5	mediana	11,9	mediana	10,0	mediana
IIb	4,4	mediana	100	-	22,5	3° quartile
III	29,3	3° quartile	0,8	mediana	1,3	tra mediana e q3
IVa	9,6	mediana	2,6	tra q1 e mediana	1,3	minimo
IVb	1,5	3° quartile	100	-	7,5	tra q1 e mediana
V	9,1	tra mediana e q3	97,3	3° quartile	45,0	massimo
VI	0,7	minimo	100,0	3° quartile	3,8	minimo
VII	1,0	mediana	100,0	1° quartile	5,0	mediana
VIII	-	-	-	-	-	-
IX	0,3	tra q1 e mediana	0,0	minimo	-	-
X	1,5	1° quartile	33,3	mediana	2,5	tra q1 e mediana
Totale	100		19,7	mediana	100	

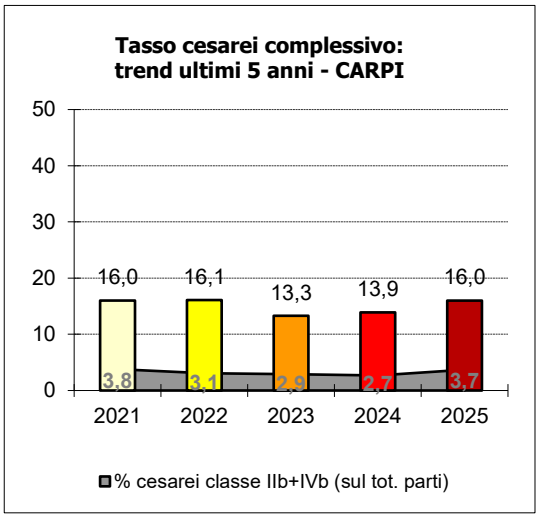


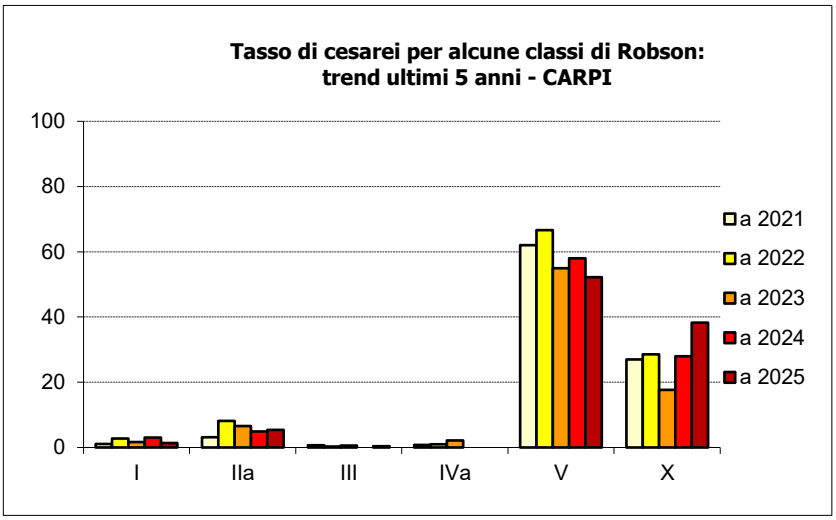


Carpi

Nel 2025 sono stati assistiti 975 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	21,9	tra q1 e mediana	1,4	1° quartile	1,9	1° quartile
IIa	15,1	1° quartile	5,4	minimo	5,1	minimo
IIb	2,3	minimo	100	-	14,1	minimo
III	29,2	tra mediana e q3	0,4	1° quartile	0,6	minimo
IVa	11,0	3° quartile	0,0	minimo	-	-
IVb	1,4	mediana	100	-	9,0	3° quartile
V	11,8	massimo	52,2	minimo	38,5	tra mediana e q3
VI	2,0	mediana	94,7	tra q1 e mediana	11,5	massimo
VII	0,7	minimo	100,0	1° quartile	4,5	1° quartile
VIII	0,7	mediana	85,7	tra mediana e q3	3,9	massimo
IX	0,5	tra mediana e q3	80,0	tra mediana e q3	2,6	tra mediana e q3
X	3,5	3° quartile	38,2	3° quartile	8,3	massimo
Totale	100		16,0	minimo	100	

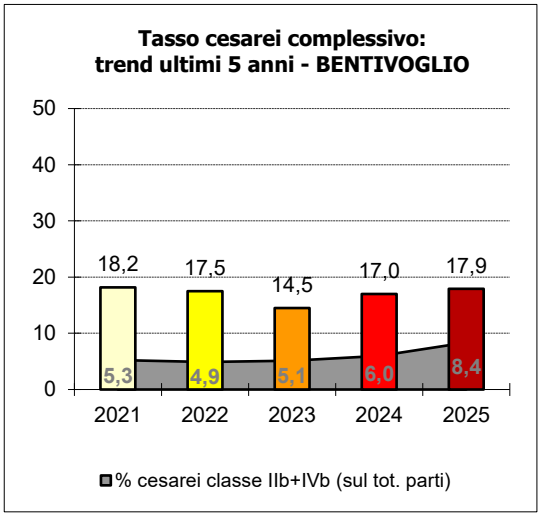


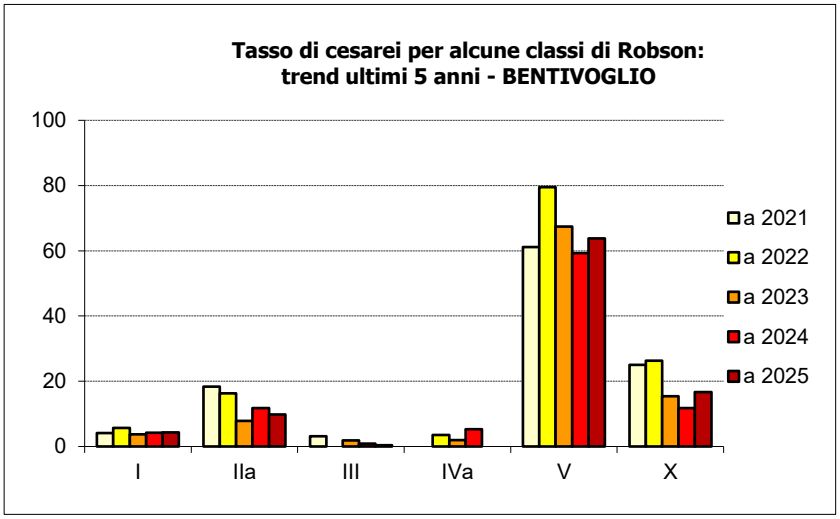


Bentivoglio

Nel 2025 sono stati assistiti 837 parti, dei quali 150 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	30,6	massimo	4,3	mediana	7,3	tra mediana e q3
IIa	15,8	tra q1 e mediana	9,8	tra q1 e mediana	8,7	tra q1 e mediana
IIb	6,9	massimo	100	-	38,7	massimo
III	28,0	tra q1 e mediana	0,4	1° quartile	0,7	1° quartile
IVa	6,6	minimo	0,0	minimo	-	-
IVb	1,4	1° quartile	100	-	8,0	mediana
V	5,6	minimo	63,8	1° quartile	20,0	minimo
VI	1,6	tra q1 e mediana	100,0	3° quartile	8,7	mediana
VII	1,0	mediana	87,5	minimo	4,7	tra q1 e mediana
VIII	-	-	-	-	-	-
IX	0,5	tra mediana e q3	50,0	tra q1 e mediana	1,3	tra q1 e mediana
X	2,2	mediana	16,7	1° quartile	2,0	tra q1 e mediana
Totale	100		17,9	1° quartile	100	

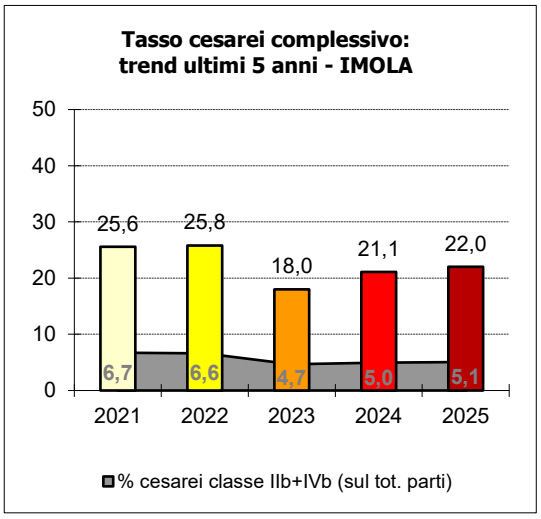


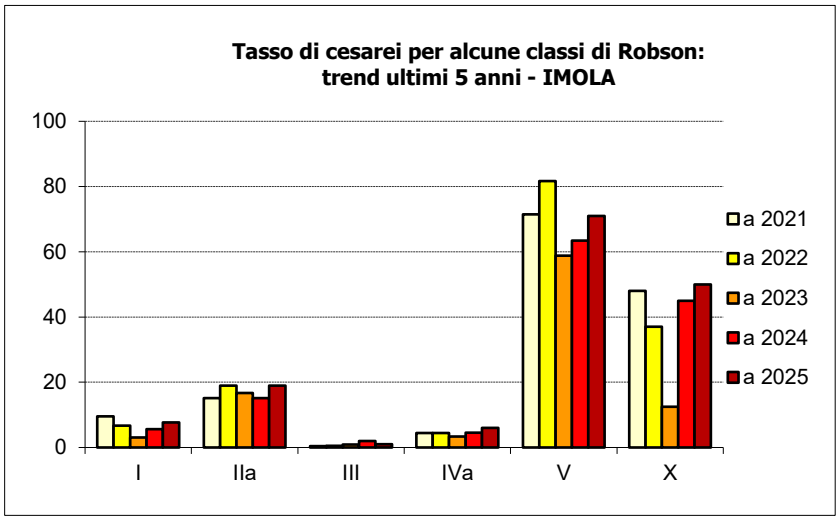


Imola

Nel 2025 sono stati assistiti 713 parti, dei quali 157 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	27,5	3° quartile	7,7	massimo	9,6	massimo
IIa	14,0	minimo	19,0	massimo	12,1	tra mediana e q3
IIb	4,4	mediana	100	-	19,8	mediana
III	28,6	mediana	1,0	3° quartile	1,3	tra mediana e q3
IVa	9,4	tra q1 e mediana	6,0	massimo	2,6	3° quartile
IVb	0,7	minimo	100	-	3,2	minimo
V	8,7	mediana	71,0	tra q1 e mediana	28,0	1° quartile
VI	2,1	tra mediana e q3	93,3	minimo	8,9	tra mediana e q3
VII	1,5	3° quartile	100,0	1° quartile	7,0	3° quartile
VIII	0,4	minimo	66,7	tra q1 e mediana	1,3	minimo
IX	0,1	minimo	100,0	massimo	0,6	minimo
X	2,5	tra mediana e q3	50,0	massimo	5,7	tra mediana e q3
Totale	100		22,0	tra mediana e q3	100	

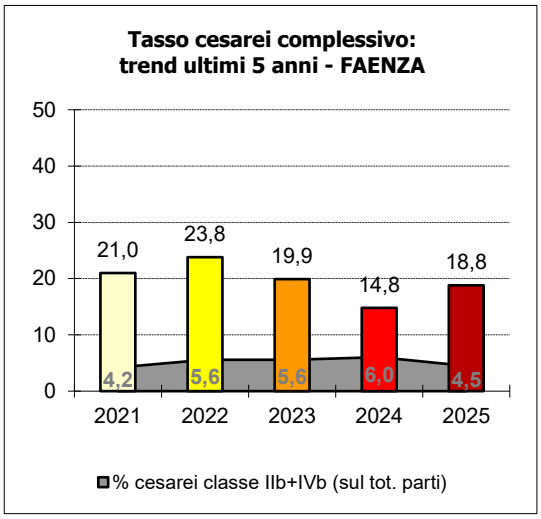


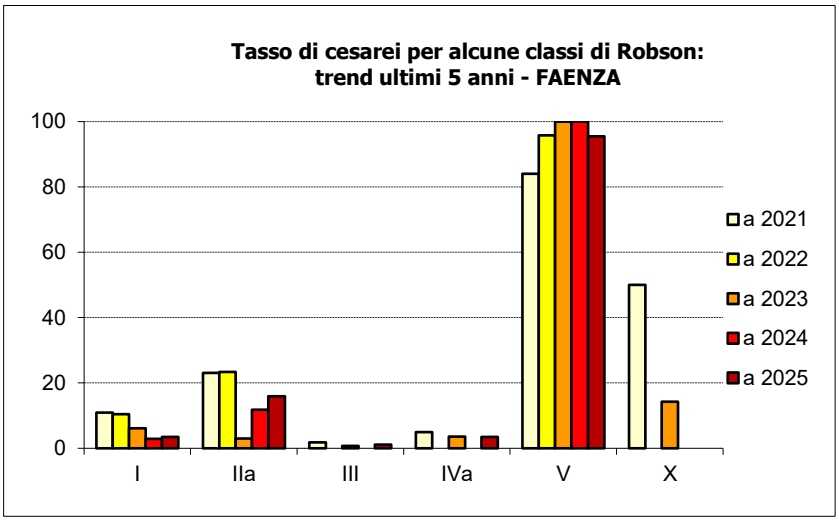


Faenza

Nel 2025 sono stati assistiti 266 parti, dei quali 50 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	21,8	1° quartile	3,4	tra q1 e mediana	4,0	tra q1 e mediana
IIa	16,5	mediana	15,9	3° quartile	14,0	massimo
IIb	3,0	1° quartile	100	-	16,0	1° quartile
III	34,6	massimo	1,1	massimo	2,0	massimo
IVa	10,9	tra mediana e q3	3,4	mediana	2,0	mediana
IVb	1,5	3° quartile	100	-	8,0	mediana
V	8,3	tra q1 e mediana	95,5	tra mediana e q3	42,0	3° quartile
VI	1,5	1° quartile	100,0	3° quartile	8,0	1° quartile
VII	0,8	1° quartile	100,0	1° quartile	4,0	minimo
VIII	-	-	-	-	-	-
IX	-	-	-	-	-	-
X	1,1	minimo	0,0	minimo	-	-
Totale	100		18,8	tra q1 e mediana	100	

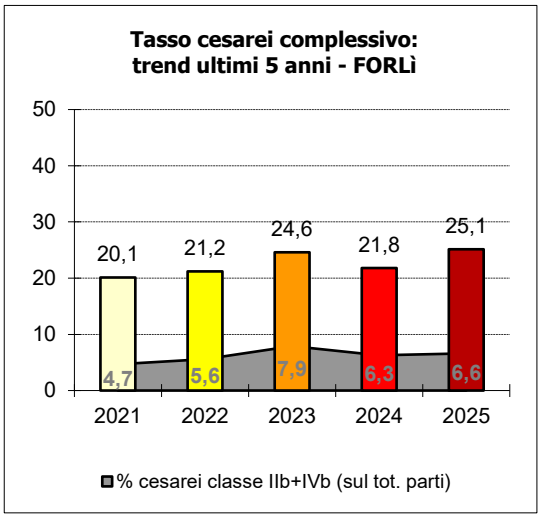


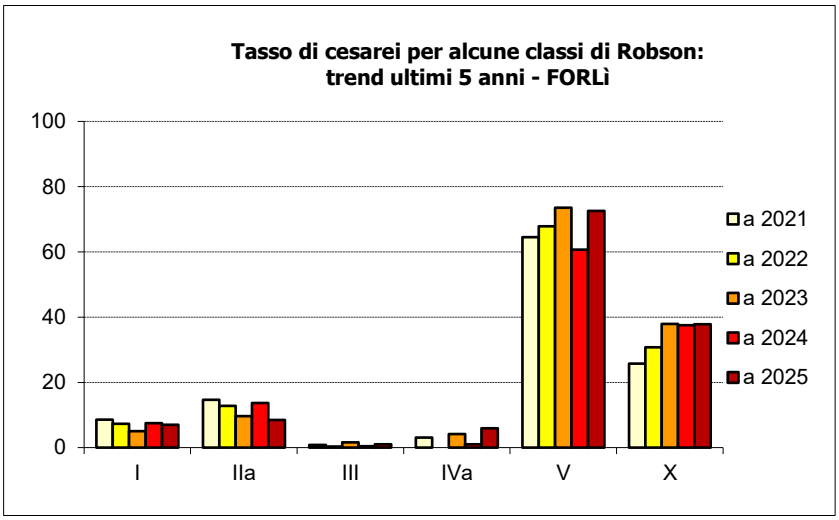


Forlì

Nel 2025 sono stati assistiti 903 parti, dei quali 227 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	20,6	minimo	7,0	3° quartile	5,7	mediana
IIa	18,4	3° quartile	8,4	1° quartile	6,2	1° quartile
IIb	5,2	3° quartile	100	-	20,7	tra mediana e q3
III	21,6	minimo	1,0	3° quartile	0,9	tra q1 e mediana
IVa	11,2	massimo	5,9	3° quartile	2,6	3° quartile
IVb	1,4	mediana	100	-	5,7	1° quartile
V	10,1	3° quartile	72,5	mediana	29,1	mediana
VI	2,2	3° quartile	95,0	mediana	8,4	tra q1 e mediana
VII	2,0	massimo	100,0	1° quartile	7,9	massimo
VIII	0,9	3° quartile	62,5	minimo	2,2	tra q1 e mediana
IX	1,4	massimo	53,8	tra mediana e q3	3,1	massimo
X	5,0	massimo	37,8	tra mediana e q3	7,5	tra mediana e q3
Totale	100		25,1	massimo	100	





Allegato 2. Scheda di rilevazione CedAP anno 2025

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

(DECRETO MINISTERO SALUTE 16 LUGLIO 2001, N. 349)

1. REGIONE: |0|8|0|

2. AZ. USL/AZ. OSP: |_|_|_|

3. PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C.: |_|_|_| |_|_|

4. Comune di evento: _____ |_|_|_| |_|_|_|

5. N° riferimento SDO madre (per il ricovero relativo al parto)*: |_|_|_|_|_|_|_|_|

SEZIONE A: INFORMAZIONI SUL/SUI GENITORE/I GENITORI

6. Codice fiscale madre*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. Cognome e nome madre*: _____

8. Data di nascita madre*: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **9.** Stato di cittadinanza 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: _____ |_|_|_|
(compilare solo per residenti in Italia per le quali non è stato compilato il Comune di residenza per mancato conferimento dati personali)

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 o 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.) ☐

se occupata, posizione nella professione:

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 ☐

se occupata, ramo di attività:

1. agricoltura, caccia e pesca ☐
2. industria ☐
3. commercio, pubblici servizi, alberghi ☐
4. pubblica amministrazione ☐
5. altri servizi privati ☐

15. Stato civile madre: 1. nubile ☐ 2. coniugata ☐ 3. separata ☐ 4. divorziata ☐ 5. vedova ☐ 6. non dichiarato ☐

se coniugata: **16**. Mese e anno matrimonio: |_|_| |_|_|_|_|

17. Data di nascita padre: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **18**. Stato di cittadinanza padre: _____ |_|_|_|

19. Comune (Stato estero) di nascita padre: _____ (Prov._____) |_|_|_| |_|_|_|

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 ☐
2. disoccupato ☐
3. in cerca di prima occupazione ☐
4. studente ☐
5. casalingo ☐
6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.) ☐

se occupato, posizione nella professione:

1. imprenditore o libero professionista ☐
2. altro lavoratore autonomo ☐
3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo ☐
4. lavoratore dipendente: impiegato ☐
5. lavoratore dipendente: operaio ☐
6. altro lavoratore dipendente ☐

se occupato, ramo di attività:

1. agricoltura, caccia e pesca ☐
2. industria ☐
3. commercio, pubblici servizi, alberghi ☐
4. pubblica amministrazione ☐
5. altri servizi privati ☐

* 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: (grado di parentela)
1. parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle): ☐
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. NIPT (non invasive prenatal test):	☐	☐
42. amniocentesi:	☐	☐
43. villocentesi:	☐	☐
44. fetoscopia/funicolocentesi:	☐	☐
45. ecografia dopo le 22 settimane:	☐	☐

46. Decorso e assistenza in gravidanza:
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 (*) ☐

47. Difetto accrescimento fetale:
1. SI ☐
2. NO ☐

48. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita: 1. SI ☐ 2. NO ☐

se SI: **49**. 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 ☐

50. Data ultima mestruazione: |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **51**. 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

52. 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.) ☐

53. Modalità travaglio: 1. travaglio ad inizio spontaneo ☐ 2. travaglio indotto ☐ 3. senza travaglio (solo per TC) ☐

se travaglio indotto:

54. Motivo di induzione (una sola risposta):

1. gravidanza protratta ☐
2. oligodramnios ☐
3. rottura prematura membrane ☐
4. patologia materna ☐
5. patologia fetale ☐

55. Tipo di induzione (una sola risposta):

1. prostaglandine ☐
2. ossitocina ☐
3. altro farmaco ☐
4. amnioressi ☐
5. altro metodo meccanico ☐

se travaglio ad inizio spontaneo: **56**. Parto pilotato: 1. SI ☐ 2. NO ☐

57. Conduzione del travaglio di parto:

1. travaglio a conduzione ostetrica (non medica) ☐
2. travaglio a conduzione medica ☐

58. 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
59. analgesia epidurale	☐	☐	**63.** agopuntura	☐	☐
60. altro tipo di analgesia farmacologica	☐	☐	**64.** digitopressione	☐	☐
61. sostegno emotivo da parte dell'ostetrica	☐	☐	**65.** idropuntura	☐	☐
62. immersione in acqua o doccia in periodo dilatante	☐	☐	**66.** altra metodica non farmacologica	☐	☐

67. Genere del parto: 1. semplice ☐
2. plurimo ☐ se parto plurimo: **68**. N° nati maschi |_| **69**. N° nate femmine |_|

Personale sanitario presente al parto:

	1. SI	2. NO
70. ostetrica/o:	☐	☐
71. ginecologa/o:	☐	☐
72. pediatra/neonatologo:	☐	☐
73. anestesista:	☐	☐
74. infermiera/e neonatale:	☐	☐
75. altro personale sanitario o tecnico:	☐	☐

76. Presenza in sala parto:

1. padre del neonato ☐
2. altra persona di famiglia della partoriente ☐
3. altra persona di fiducia della partoriente ☐
4. nessuno ☐

77. Effettuazione di episiotomia (se parto vaginale): 1. SI ☐ 2. NO ☐

78. Profilassi Rh: 1. SI ☐ 2. NO ☐

79. 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. N° riferimento SDO neonato (per il ricovero relativo alla nascita): |_|_|_|_|_|_|_|_|
(esclusi nati-morti, nati vivi deceduti subito dopo il parto e nati da parto a domicilio)

81. Sesso (in base al tipo di genitali esterni):
1. maschio ☐
2. femmina ☐
3. indeterminato ☐

82. N° d'ordine del nato nel presente parto (se parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti): |_|

83. Presentazione del neonato:
1. vertice ☐ 2. podice ☐ 3. fronte ☐
4. bregma ☐ 5. faccia ☐ 6. spalla ☐

84. Modalità parto:
1. vaginale (non operativo) ☐
2. vaginale con uso di forcipe ☐
3. vaginale con uso di ventosa ☐
4. parto con taglio cesareo ☐ (compilare quesiti 73, 74 e 75)

se parto con taglio cesareo:

85. 1. elettivo ☐ 2. non elettivo ☐

86. 1. in travaglio ☐ 2. fuori travaglio ☐

87. 1. in anestesia generale ☐ 2. in anestesia locoregionale centrale ☐

88. Data del parto (gg, mm, aaaa, ora, minuti): |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

89. Peso (in grammi): |_|_|_|_|

90. Lunghezza (in cm.): |_|_|

91. Circonferenza cranica (in cm.): |_|_|

92. Vitalità:
1. nato vivo ☐
2. nato morto ☐ (**Se nato morto, compilare la sezione D**)
3. nato vivo deceduto subito dopo la nascita (senza ricovero) ☐

93. Punteggio Apgar dopo 5 minuti (se nato vivo): |_|_|

94. Necessità di interventi di rianimazione al neonato (se nato vivo): 1. SI ☐ 2. NO ☐

se SI, indicare gli interventi effettuati:	1. SI	2. NO
95. ventilazione manuale	☐	☐
96. intubazione	☐	☐
97. massaggio cardiaco	☐	☐
98. adrenalina	☐	☐
99. altro farmaco	☐	☐

100. 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)

101. Malattia o condizione morbosa principale del **feto**: _____ |_|_|_|_|_|

102. Altra malattia o condizione morbosa del **feto**: _____ |_|_|_|_|_|

103. Malattia o condizione morbosa principale della **madre** interessante il feto: _____ |_|_|_|_|_|

104. Altra malattia o condizione morbosa della **madre** interessante il feto: _____ |_|_|_|_|_|

105. Altra circostanza rilevante: _____ |_|_|_|_|_|

106. Momento della morte:
1. prima del travaglio ☐
2. durante il travaglio ☐
3. durante il parto (periodo espulsivo) ☐
4. momento della morte sconosciuto ☐

107. Esecuzione esami strumentali in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI ☐ 2. NO ☐

108. Esecuzione fotografie in caso di nato morto con malformazioni: 1. SI ☐ 2. NO ☐

109. 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)

110. Malformazione diagnosticata 1: _____ |_|_|_|_|_|

111. Malformazione diagnosticata 2: _____ |_|_|_|_|_|

112. Malformazione diagnosticata 3: _____ |_|_|_|_|_|

113. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): _____

114. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute): |_|_|
(in caso di malformazione diagnosticata in gravidanza)

115. 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
116. fratelli/sorelle	☐	☐	**120**. genitori padre	☐	☐
117. madre	☐	☐	**121**. altri parenti madre	☐	☐
118. padre	☐	☐	**122**. altri parenti padre	☐	☐
119. genitori madre	☐	☐			

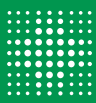
123. Malattie insorte in gravidanza 1: _____ |_|_|_|_|_|

124. Malattie insorte in gravidanza 2: _____ |_|_|_|_

Firma dell'Ostetrica/o _____

Firma del Medico _____

Data _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RE-R

Direzione generale
Cura della persona, Salute e Welfare