

IL PERCORSO NASCITA NELL'ATS DI BRESCIA

RAPPORTO SUI DATI DEL
CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

Anno 2025

SOMMARIO

CAPITOLO 1 – IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL PERCORSO NASCITA NELL’ATS DI BRESCIA.....	2
INTRODUZIONE E METODI	2
LA POPOLAZIONE ASSISTITA, DINAMICHE DEMOGRAFICHE E NATALITÀ.....	3
ANDAMENTO DEI PARTI E DEI NUOVI NATI	5
CAPITOLO 2: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUI GENITORI	8
RESIDENZA E CITTADINANZA	8
ETÀ MATERNA.....	9
SCOLARITÀ E ATTIVITÀ PROFESSIONALE DEI GENITORI.....	10
CAPITOLO 3: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA	13
ANAMNESI OSTETRICA	13
FUMO, ALCOL, ASSUNZIONE DI FOLATI, BMI.....	14
DECORSO DELLA GRAVIDANZA	15
VISITE DI CONTROLLO ED ECOGRAFIE.....	16
ESAMI PRENATALI INVASIVI	17
TECNICA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	18
CAPITOLO 4: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO	19
IL PARTO	19
ESITI NEONATALI.....	22
ALIMENTAZIONE NEONATALE	24
CAPITOLO 5: LA RETE DI OFFERTA DEI PUNTI NASCITA	26
TAGLIO CESAREO E CLASSIFICAZIONE DI ROBSON	30
UTILIZZO PUNTI NASCITA PER AMBITO DI RESIDENZA	33
CONCLUSIONI	36
ALLEGATO – FAC-SIMILE CEDAP	37

CAPITOLO 1 – IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL PERCORSO NASCITA NELL'ATS DI BRESCIA

INTRODUZIONE E METODI

Il presente rapporto analizza le dinamiche demografiche e l'andamento del Percorso Nascita nell'ambito territoriale dell'ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di Brescia con riferimento all'anno 2025 e ai trend osservati nel periodo 2003-2025. L'obiettivo è fornire informazioni utili alla programmazione, all'organizzazione e alla valutazione dei servizi sanitari, con particolare attenzione all'area materno-infantile e ai punti nascita.

Le principali fonti informative utilizzate sono:

- i Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP), raccolti tramite il sistema *CeDAP-WEB* e confluiti nel Sistema Informativo Sanitario Regionale. In appendice è riportato, a titolo esemplificativo, il facsimile del CeDAP in uso;
- l'Anagrafica Assistiti Regionale (NAR), per verificare o completare eventuali dati anagrafici mancanti;
- le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), impiegate per integrare informazioni relative all'esecuzione del taglio cesareo (codici DRG 370.* e 371.*) e ad altri interventi assistenziali.

I dati locali sono confrontati con statistiche nazionali di natalità e demografia pubblicate da ISTAT e con il rapporto "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) - Analisi dell'evento nascita - anno 2024", al fine di evidenziare similitudini, differenze e specificità territoriali.

Nota Metodologica: Ai fini della presente analisi è necessario precisare che i dati derivanti dal flusso CeDAP non coincidono necessariamente con quelli desumibili dall'Anagrafe Assistiti (NAR), in quanto le due fonti rispondono a logiche differenti di rilevazione. Il CeDAP, flusso informativo basato sull'evento parto, raccoglie tutte le nascite avvenute presso i punti nascita della Regione, indipendentemente dalla residenza della madre. Pertanto, nel flusso CeDAP relativo ai punti nascita dell'ATS di Brescia sono inclusi:

1. i nati da madri residenti nell'ATS di Brescia che partoriscono in strutture del territorio;
2. i nati da madri residenti in altre ATS o in altre Regioni che scelgono di partorire presso strutture ospedaliere dell'ATS di Brescia (*mobilità attiva*).

Ne consegue che il numero di parti registrati nei punti nascita dell'ATS non rappresenta automaticamente il numero di nati residenti nel territorio. Parallelamente, una quota di donne residenti nell'ATS di Brescia partorisce al di fuori del territorio, in altre ATS lombarde o in altre regioni (*mobilità passiva*): i parti di madri residenti in ATS Brescia avvenuti in altre strutture della Regione sono rilevati nel flusso CeDAP regionale, mentre i parti di madri residenti in ATS Brescia avvenuti fuori Regione non rientrano nel flusso CeDAP regionale dell'ATS di Brescia, ma risultano comunque rilevanti ai fini della ricostruzione della natalità della popolazione residente (NAR).

Nel presente lavoro vengono pertanto distinti:

- analisi epidemiologiche e demografiche (es. tassi di natalità, caratteristiche socio-demografiche delle madri residenti), che utilizzano come riferimento i nati da madri residenti nell'ATS di Brescia, indipendentemente dal luogo del parto;
- analisi organizzative e di programmazione dell'offerta (volumi di attività, appropriatezza clinica), che fanno invece riferimento ai parti avvenuti nelle strutture dell'ATS, indipendentemente dalla residenza.

Questa distinzione metodologica è essenziale per evitare interpretazioni improprie dei dati e per garantire coerenza tra indicatori demografici e indicatori di attività sanitaria.

Al 31 dicembre 2025 gli assistiti dell'ATS di Brescia ammontavano a 1.185.792 persone, di cui l'1,5% non residente. Nel corso dell'anno sono stati iscritti 28.001 soggetti poi non più presenti a fine periodo per cause diverse (deceduti, emigrati o non più attivi - Fonte: NAR).

La popolazione straniera assistita (esclusi i soggetti privi di permesso di soggiorno) rappresentava nel 2025 il 14,4% del totale, valore significativamente più elevato rispetto alla media nazionale (9,1% al 1° gennaio 2025)³ e a quella lombarda (12,2%)².

Nonostante una sostanziale stabilità numerica della popolazione (+0,8% negli ultimi dieci anni), emergono profonde trasformazioni strutturali:

- incremento progressivo dell'età media (pari a circa 81 giorni in più ogni anno);
- diminuzione della popolazione infantile e giovanile sotto i 15 anni (-2,5% nel solo ultimo anno);
- accresciuta quota di anziani e grandi anziani, rispettivamente +2% e +4,6% rispetto al 2024.

Fino al 2009 i flussi migratori hanno contribuito a mitigare il fenomeno della denatalità, grazie all'arrivo di una popolazione mediamente più giovane e caratterizzata da un tasso di natalità più elevato rispetto a quello della popolazione italiana. Negli anni successivi tale effetto di compensazione si è progressivamente ridotto, sia per il calo dei flussi migratori, sia per l'adeguamento della popolazione straniera ai modelli di fecondità italiani.

Il **tasso di natalità**, calcolato come numero di nuovi nati per 1.000 assistiti (Fonte NAR) mostra un andamento decrescente simile a quello osservato a livello nazionale. Per la popolazione italiana assistita dall'ATS di Brescia il tasso risulta sostanzialmente sovrapponibile alla media nazionale, mentre per la popolazione straniera si osservava negli anni 2000-2010 un tasso superiore a 25 ‰, seguito da un marcato calo; benché ridotto, tale tasso resta negli ultimi anni superiore a quello degli italiani.

Questa dinamica si allinea alla tendenza nazionale, secondo la quale il numero di nascite è in costante diminuzione sin dal 2008. Secondo dati provvisori riferiti al primo semestre 2025 le nascite in Italia sono state 197.956, circa 13 mila in meno rispetto allo stesso periodo del 2024 (-6,3%). Il tasso di natalità, che nello stesso periodo del 2024 si attestava al 3,6 per mille, nel 2025 è pari al 3,4 per mille³.

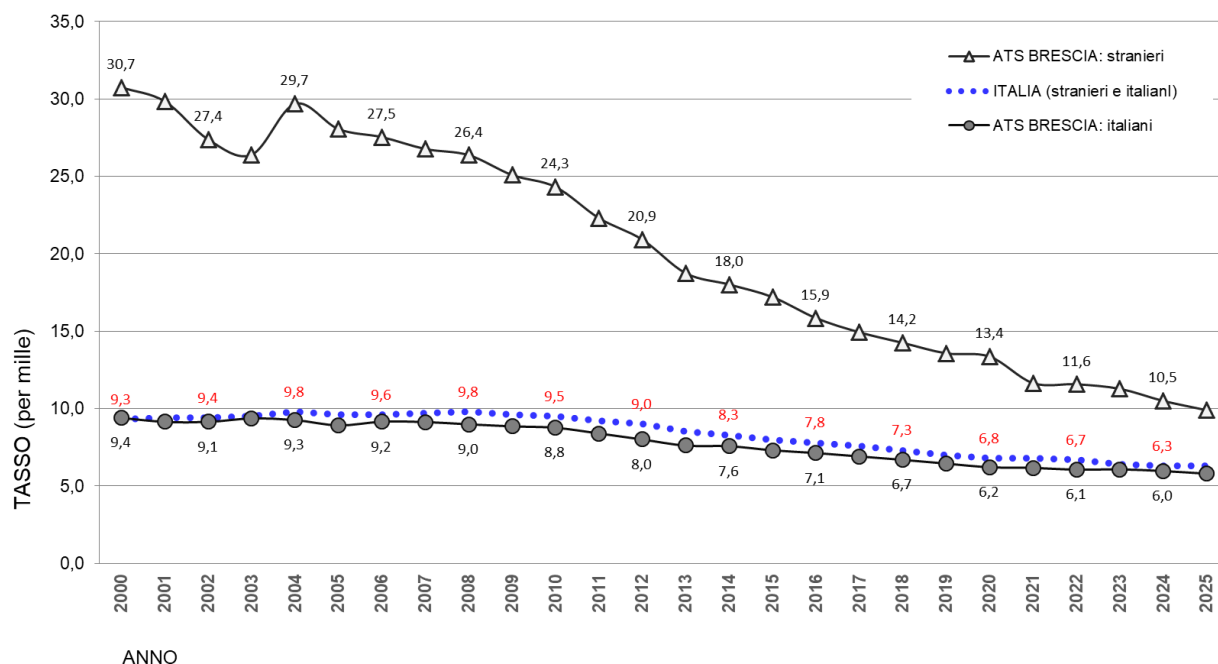
In ATS Brescia si riscontra un declino continuo delle nascite a partire dal 2009, con una diminuzione stimabile in circa 300 nascite ogni anno rispetto al precedente, riflettendo la diminuzione su vasta scala dell'evento nascita registrata nel Paese. Questo declino è associato, tra l'altro, alla diminuzione del numero di donne italiane in età fertile (15-49 anni), che sono passate da 232.561 nel 2000 a poco più di 185.000 nel 2025 (-20%). Per gli assistiti stranieri si osserva invece una stabilità numerica della popolazione femminile in età fertile, ma con un marcato calo del tasso di fecondità, segnando anch'esso un contributo decrescente alla natalità complessiva.

¹ ATS Brescia, "Il contesto territoriale e demografico dell'ATS di Brescia – Aggiornamento 2025", <https://www.ats-brescia.it/popolazione-e-contesto>

² Istat, Noi Italia 2025 <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=4&dove=ITA>

³ Comunicato stampa ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2024/>

Figura 1: Andamento del tasso di natalità in Italia e nell'ATS di Brescia (distinto tra italiani e stranieri)



A livello nazionale, il trend di caduta della natalità ha raggiunto risultati storicamente bassi: nel 2024 il **tasso di fecondità totale** in Italia ha raggiunto 1,18 figli per donna, il valore più basso mai registrato e per il periodo gennaio-luglio 2025, la stima provvisoria indica un ulteriore calo a 1,13 figli per donna⁴.

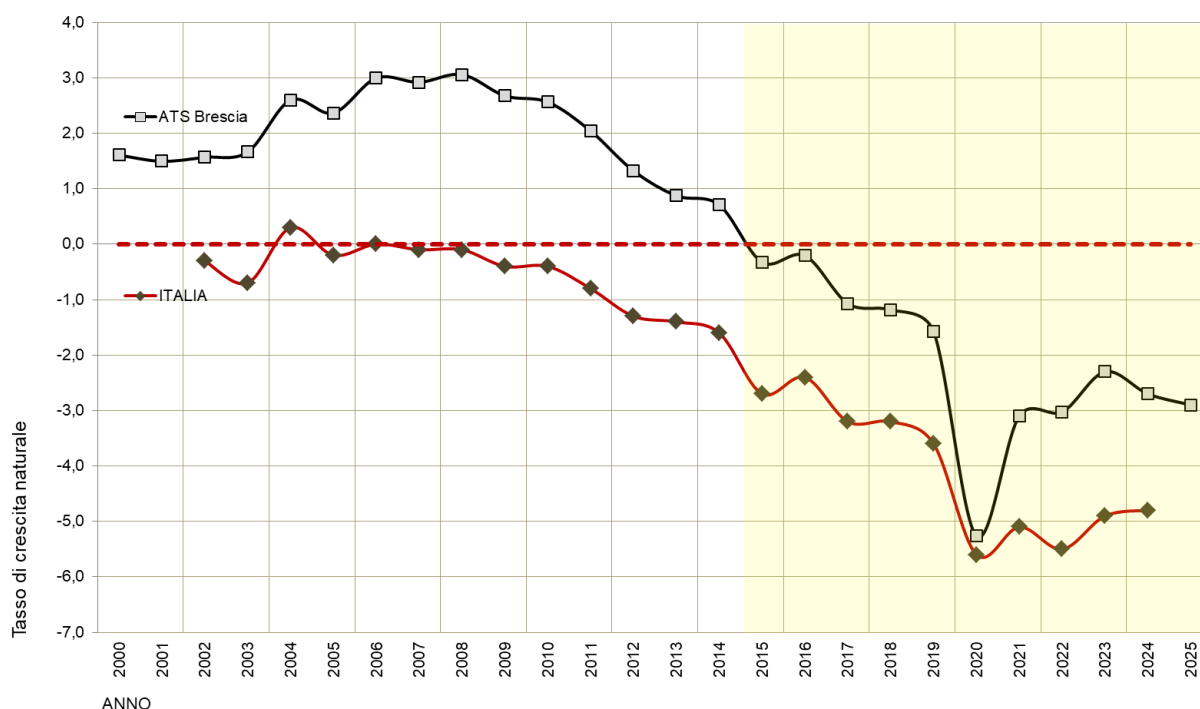
Queste dinamiche vengono correlate a fattori socioeconomici e demografici strutturali, tra cui età media alla maternità in crescita (circa 32,6 anni, 31,9 anni alla prima nascita), mutamenti nei comportamenti riproduttivi e difficoltà legate a conciliazione tra lavoro e famiglia.

Il **tasso di crescita naturale** (differenza tra natalità e mortalità) in ATS Brescia ha mostrato segni positivi durante gli anni di forte immigrazione (2000-2009), in contrasto con il contesto nazionale che spesso evidenziava stabilità o valori negativi. Dal 2015 il tasso di crescita naturale è negativo anche in ATS Brescia, pur con entità inferiore rispetto alla media nazionale. Nel 2020, in particolare, il dato locale è stato comparabile a quello nazionale per poi risalire lievemente negli anni successivi, pur rimanendo negativo.

Quest'andamento riflette l'evoluzione demografica italiana, dove da anni si registra un saldo naturale negativo a causa della combinazione tra bassi tassi di natalità e progressiva diminuzione della mortalità in età avanzata.

⁴ Fonte: <https://demo.istat.it/?l=it> e https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/10/Natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente_Anno-2024.pdf

Figura 2: Tasso di crescita naturale in ATS Brescia e in Italia dal 2002 al 2025

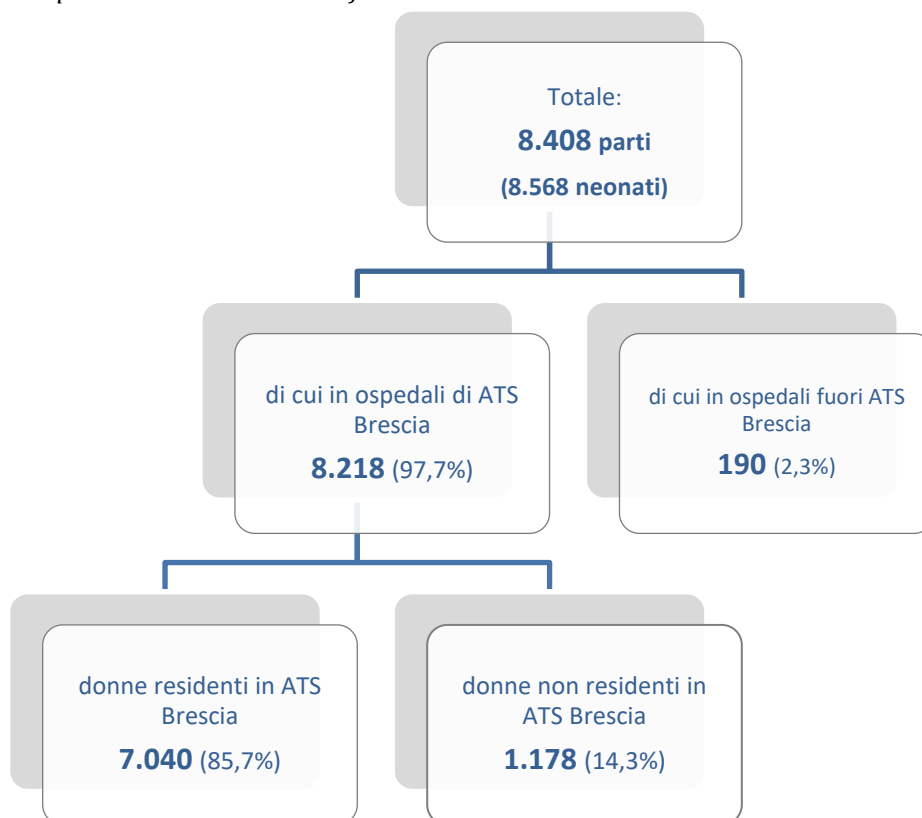


ANDAMENTO DEI PARTI E DEI NUOVI NATI

Nel 2025 i parti rendicontati nel flusso CeDAP sono stati **8.408**, per un totale di **8.568** neonati. Il numero complessivo di nati risulta inferiore rispetto al 2024, con una riduzione di 207 bambini. La differenza tra numero di parti e numero di neonati è attribuibile alla presenza di parti plurimi (gemellari o multipli), che determinano un numero di nati superiore al numero di eventi parto.

Il dato riportato comprende i parti avvenuti nelle strutture dell'ATS di Brescia, indipendentemente dalla residenza della madre, nonché i parti di madri residenti nell'ATS di Brescia avvenuti fuori territorio, ma sempre entro i confini regionali. Il numero di parti avvenuti fuori regione è desumibile dall'analisi delle SDO. La distribuzione dei parti registrati nel flusso CeDAP per l'anno 2025, illustrata nella figura seguente mostra che la quasi totalità dei parti oggetto delle successive analisi (8.218, pari al 97,7%) avviene in ospedali dell'ATS Brescia, mentre solo 190 parti (2,3%) si svolgono fuori territorio. Questo dato evidenzia una mobilità passiva molto contenuta e una buona capacità del sistema locale di trattenere la domanda delle proprie residenti. Analizzando i parti effettuati negli ospedali dell'ATS, emerge che l'85,7% (7.040) riguarda donne residenti, mentre il 14,3% (1.178) riguarda donne non residenti. La quota di accessi da fuori territorio è significativa e suggerisce una buona attrattività delle strutture ospedaliere dell'ATS Brescia, probabilmente legata alla qualità dell'offerta assistenziale e alla presenza di servizi specialistici, oltre a scelte personali legate anche a condizioni logistiche (residenza o domicilio in comuni limitrofi, seppur fuori ATS).

Figura 3: Numero di parti rendicontati tramite flusso CeDAP

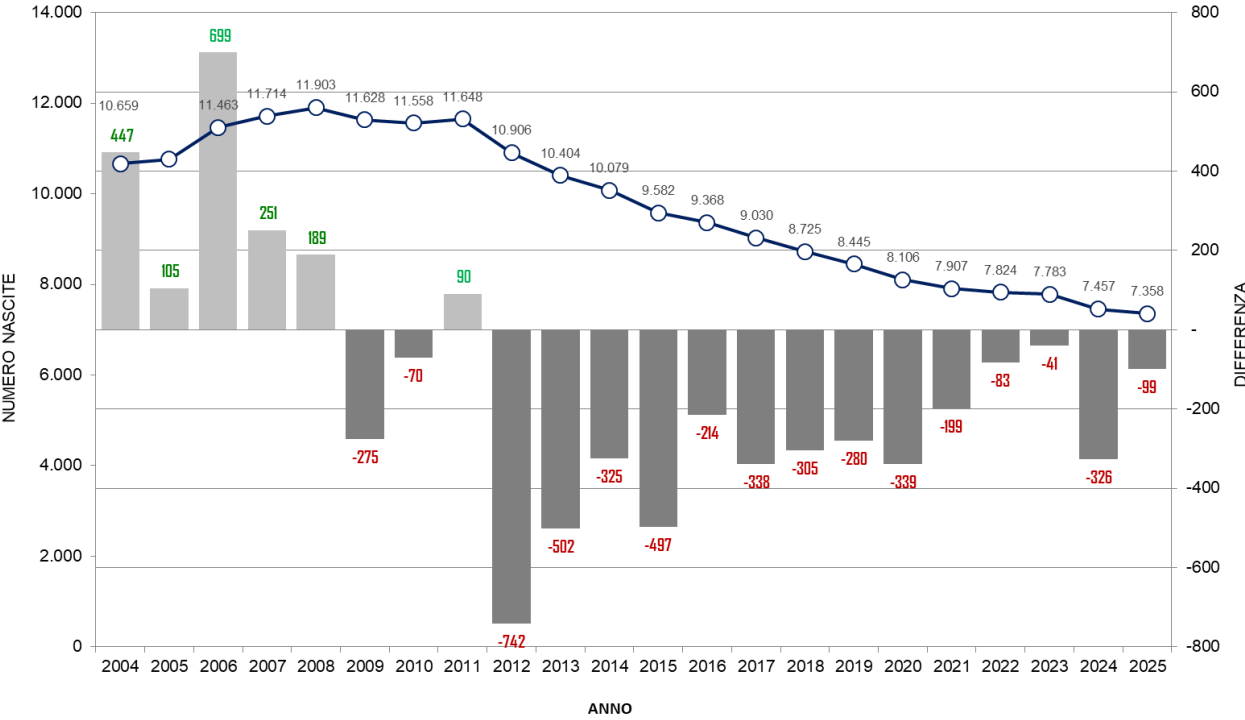


In Figura 4 è rappresentato l'andamento annuale delle nascite considerando **solo i nati da madri residenti in ATS Brescia** (linea azzurra). Le colonne evidenziano la variazione del numero di nati tra un anno e il precedente: in grigio chiaro quando il numero è superiore e in grigio scuro quando si registra un calo.

Dopo che nel biennio 2022-2023 si era osservata una parziale attenuazione del forte decremento registrato negli anni precedenti, nel 2024 si è verificato un nuovo e marcato calo delle nascite, invertendo temporaneamente la tendenza di contenuta stabilizzazione.

I dati desunti dall'anagrafe assistiti, che non tiene conto del luogo del parto, ma solo della residenza del neonato, conferma lo stesso andamento.

Figura 4: Numero di nascite rendicontate nel flusso CeDAP per anno (linea blu con cerchi bianchi) e differenza rispetto all'anno precedente (grigio chiaro: crescita; grigio scuro: decrescita) SOLO NEONATI DA MADRI RESIDENTI IN ATS BRESCIA



CAPITOLO 2: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUI GENITORI

RESIDENZA E CITTADINANZA

Nel 2025, il **14,0% delle partorienti** presso ospedali dell'ATS non era residente in ATS Brescia e proveniva da province limitrofe, in particolare Mantova (340 donne, 29% delle non residenti), Bergamo (269 donne, 23%) e Cremona (188 donne, 16%).

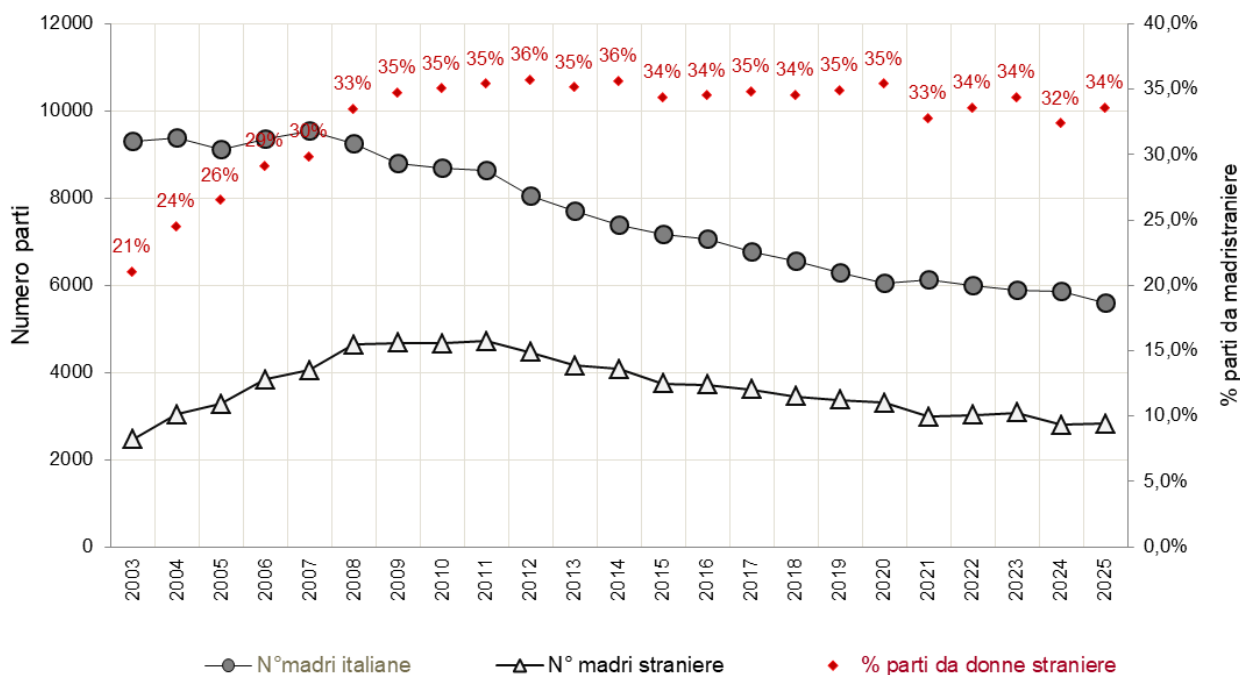
Analizzando i singoli punti nascita emergono delle interessanti differenze. A Desenzano, un terzo dei parti avvenuti nel 2025 (170/510) era da donne non residenti, provenienti in particolare dalla vicina provincia di Mantova (133 donne su 170 non residenti).

A seguire il punto nascita di Chiari, con il 24,3% dei parti da donne non residenti in ATS Brescia, ma provenienti prevalentemente dai comuni bergamaschi confinanti.

Gli Spedali Civili sono la struttura con la minor quota di donne non residenti, pari al 10% di tutti i parti avvenuti nel punto nascita cittadino, probabilmente anche per la collocazione geografica lontana da confini provinciali.

Circa un terzo delle nascite (**33,5% nel 2025**) è avvenuto da **madri straniere**, e, considerando anche la cittadinanza paterna, il **35,6% dei neonati** aveva almeno un genitore straniero. Come già evidenziato in precedenza il numero di nascite in ATS Brescia è aumentato nel periodo 2003-2009 di circa il 2,5% annuo, per poi diminuire negli anni successivi, fenomeno riconducibile soprattutto alla diversa natalità tra donne italiane e straniere. In figura 5 si evidenzia proprio il diverso profilo tra donne straniere e italiane secondo quanto riportato nel CeDAP: fino agli anni 2008-2009, il numero di nuovi nati tra le italiane è rimasto stabile, mentre tra le straniere si è registrato un aumento continuo. Negli ultimi anni, l'effetto positivo delle nascite determinate dalla popolazione straniera si è ridotto, pur mantenendo la quota di neonati da madri straniere **superiore alla media nazionale** (20,5% nel 2024)⁵.

Figura 5: N° di parti da donne italiane e straniere in strutture dell'ATS di Brescia (esclusi i parti avvenuti fuori ATS)



⁵ https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-12/Rapporto_CeDAP_2024.pdf

La proporzione di partorienti straniere varia significativamente tra i punti nascita, ma tali differenze sono solo parzialmente spiegabili con la differente stratificazione della popolazione in aree diverse.

A Chiari si registra la percentuale più elevata di nascite da madri straniere: nel 2025 hanno rappresentato il 62,6% del totale. Tale valore è significativamente superiore alla quota di stranieri regolarmente presenti nei comuni del bacino d'utenza del punto nascita (ambito territoriale 7 - Oglio Ovest), pari al 15,1%, e alla quota di donne straniere in età fertile (per convenzione età compresa tra 15 e 49 anni), pari al 20,3%.

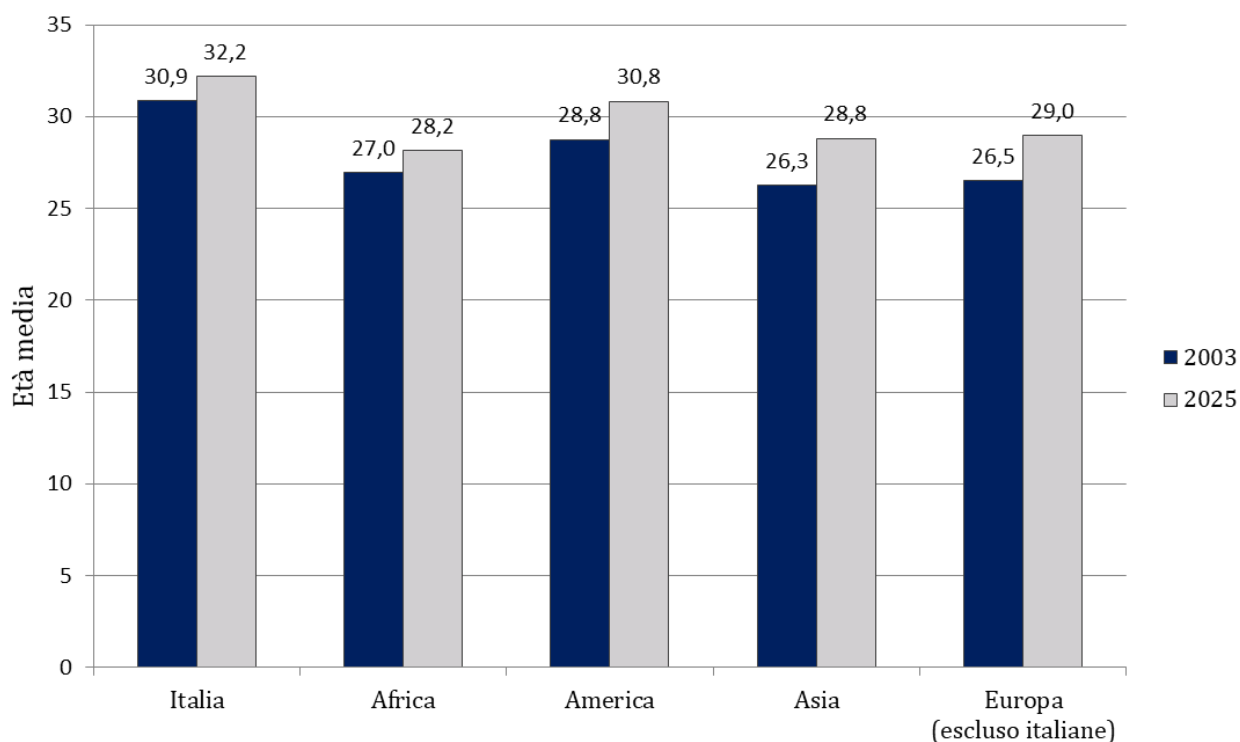
Analogamente il punto nascita di Desenzano ha registrato il 59,8% di parti da donne straniere, pur essendo situato in un territorio in cui la quota di stranieri assistiti è solo del 12,5% e quella delle donne straniere in età fertile del 19,1%.

Questi dati confermano una minor tendenza a concepire tra le donne italiane: nonostante la presenza di una percentuale rilevante di donne italiane in età fertile, la quota di chi intraprende una gravidanza è inferiore rispetto a quanto accade nelle donne straniere.

ETÀ MATERNA

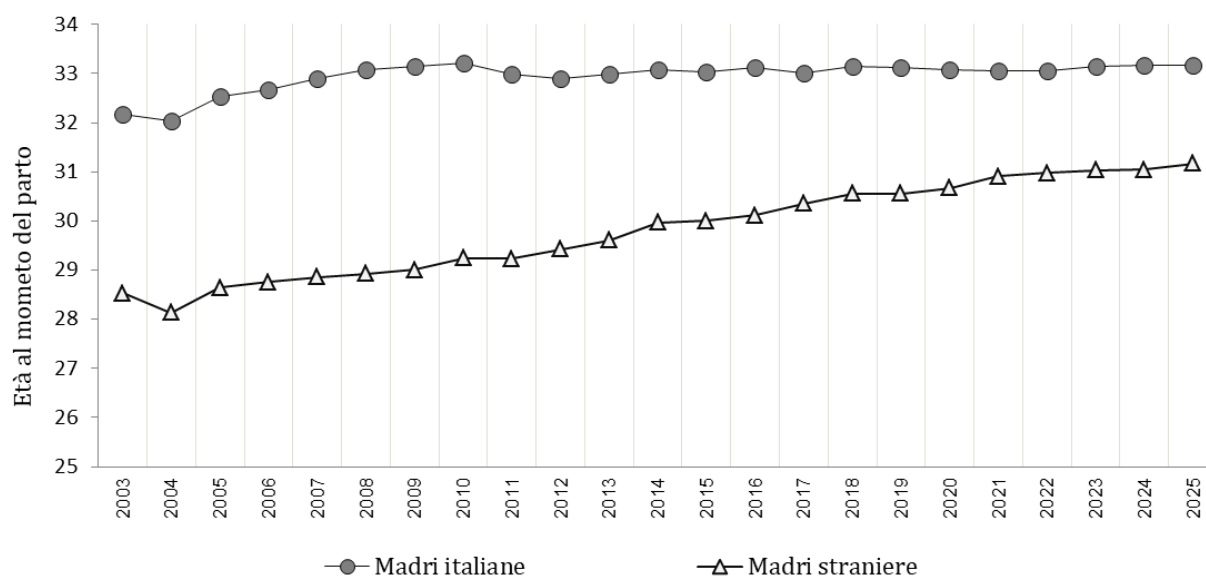
Si conferma anche per il 2025 la tendenza a un progressivo innalzamento dell'età materna al momento del parto, in particolare per le primipare. La *Figura 6* confronta l'età media al primo parto nel 2003 e nel 2025, per continente di origine rispetto al dato nazionale. L'incremento è evidente in tutte le aree geografiche, con un aumento particolarmente marcato tra le donne asiatiche ed europee, passate da una media di poco più di 26 anni nel 2003 a 29 anni nel 2025. Le italiane già nel 2003 erano il gruppo con l'età più elevata al primo figlio.

Figura 6: Età media per le primipare per continente di provenienza: confronto anno 2003 e 2025



In *Figura 6* è rappresentata la crescita dell'età media al parto, considerando tutte le gravidanze, non solo le prime. Mentre tra le italiane l'incremento sembra essersi stabilizzato negli ultimi anni, tra le donne straniere si osserva una crescita costante e continua.

Figura 7: Età media materna al momento del parto per cittadinanza



Nel 2025, l'età media delle madri al parto è stata di 32 anni e mezzo (31,4 anni per le primipare e 33,5 anni per le pluripare), mentre quella dei padri è stata di 35,8 anni (mediana: 35 anni). Le partorienti straniere sono risultate mediamente più giovani delle italiane di circa due anni (31,2 anni vs 33,2; $p < 0,01$), differenza che si accentua nel caso delle primipare (28,8 anni vs 32,2 anni). A livello nazionale, l'età media al parto è pari a 33,3 anni per le italiane e 31,3 anni per le straniere; per il primo figlio le italiane superano i 31 anni in quasi tutte le regioni, mentre le straniere primipare hanno in media 29,4 anni.

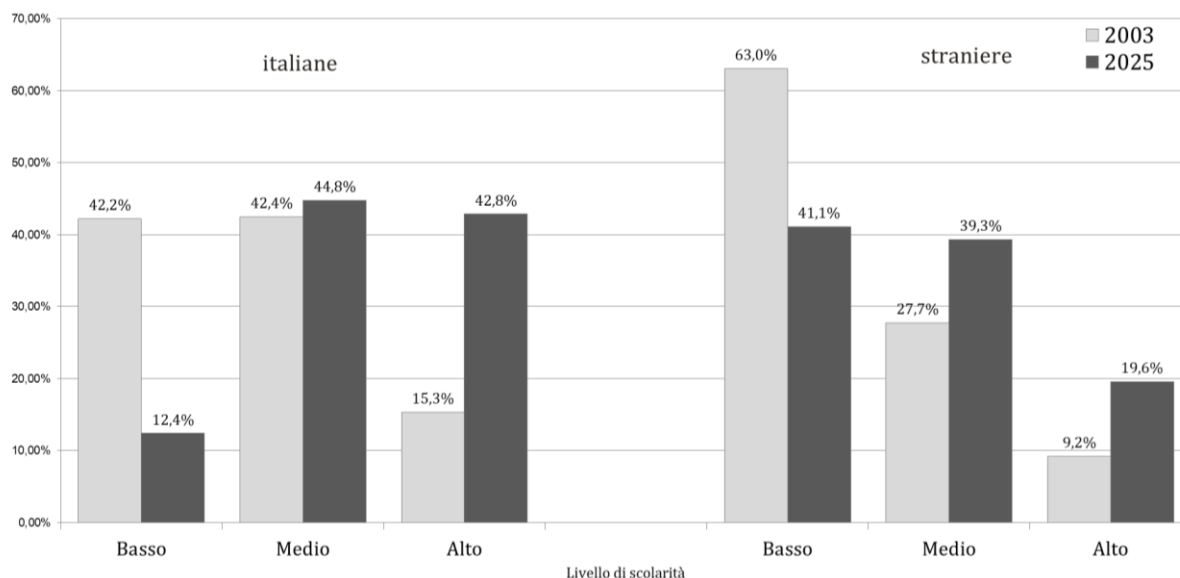
Il numero di parti nelle donne ultraquarantenni è in crescita costante: erano il 4,6% nel 2003 e hanno raggiunto il 7,5% nel 2025. Tale percentuale è più elevata tra le italiane, ma stabile già da alcuni anni (7,9%); tra le straniere la quota di ultraquarantenni sta crescendo molto rapidamente, ed è arrivata al 6,6% nel 2025.

SCOLARITÀ E ATTIVITÀ PROFESSIONALE DEI GENITORI

Il livello di istruzione della madre rappresenta un determinante rilevante degli stili di vita, dell'accesso ai servizi sanitari e degli esiti della gravidanza, con effetti diretti anche sulla salute del neonato.

Nel 2025, tra le donne che hanno partorito in ATS di Brescia, il livello di scolarizzazione risulta mediamente elevato: poco più di un terzo delle donne è in possesso di una laurea. Nonostante permangano differenze tra italiane e straniere, la quota di madri non italiane laureate è quasi raddoppiata, passando dal 9,2% del 2003 al 19,6% del 2025 (Figura 7). Tra le italiane, invece, la proporzione di laureate ha superato il 40%. Si osserva inoltre una progressiva convergenza nel livello di istruzione intermedio: la proporzione di donne con diploma di scuola secondaria di secondo grado è ormai simile tra italiane e straniere, segnando una riduzione del divario rispetto al passato.

Figura 8: Percentuale di donne per titolo di studio al momento del parto: confronto 2003-2025 nelle italiane e straniere



Considerando entrambi i genitori, nel 2025:

- il 40,6% dei nati aveva almeno un genitore laureato (51,4% se entrambi i genitori italiani, 20% se entrambi stranieri);
- il 43,8% un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado (42,2% se entrambi italiani e 44,3% se entrambi stranieri);
- il 15,6% entrambi i genitori con un titolo di studio inferiore (6,4% se entrambi italiani e 35,7% se entrambi stranieri).

La condizione lavorativa evidenzia una marcata differenza di genere. Nel 2025 il 96,7% dei padri risulta occupato, con prevalenza di operai (47,6%), lavoratori autonomi (18,7%) e impiegati (18,1%). La quota di padri disoccupati, che aveva raggiunto il 6% nel 2013-2014, è tornata a ridursi negli ultimi anni, attestandosi attorno all'1% tra gli italiani e il 5% tra gli stranieri con alcune oscillazioni annuali. Tra questi ultimi è inoltre nettamente più frequente l'occupazione come operai (74,7% dei padri stranieri occupati).

Tra le madri, invece, solo il 61,3% risulta occupata, mentre il 32,4% si dichiara casalinga e il 5,8% disoccupata. Anche in questo caso si rilevano differenze tra italiane e straniere: tra le prime prevale l'occupazione come impiegate, mentre tra le seconde è più frequente l'impiego come operaie (37,3%).

La *Tabella 1* riassume in dettaglio le principali caratteristiche socio-demografiche dei genitori nel 2025, distinguendo per cittadinanza.

Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche dei genitori per cittadinanza (anno 2025)

a) CLASSE D'ETÀ	Madri		Padri	
	Italiane	Straniere	Italiani	Stranieri
< 20 anni	0,4%	1,1%	0,1%	0,1%
20-29	24,7%	43,3%	12,5%	22,9%
30-39	66,9%	49,0%	61,7%	53,5%
40-49	7,8%	6,6%	22,9%	20,6%
>=50	0,1%	0,0%	2,8%	2,9%
Età media	33 anni	31 anni	36 anni	35 anni

Commento: Il profilo delle madri straniere risulta mediamente più giovane, con una forte concentrazione nella classe 20–29 anni (43,3% contro 24,7% delle italiane) e un'età media inferiore (31 contro 33 anni). Al contrario, tra le madri italiane la maternità appare più posticipata, con una maggiore incidenza nella classe 30–39 anni.

b) LIVELLO DI STUDIO	Madri		Padri	
	Italiane	Straniere	Italiani	Stranieri
Basso: lic. elementare, media o nessun titolo	12,4%	41,1%	23,9%	50,2%
Medio: Diploma di scuola media superiore	44,8%	39,3%	50,8%	39,4%
Alto: Laurea	42,8%	19,6%	25,3%	10,4%

Commento: si osserva un evidente divario nei livelli di istruzione, con una maggiore concentrazione dei genitori stranieri nei livelli di scolarità bassi e una sotto-rappresentazione nei titoli di studio elevati

c) POSIZIONE NELLA PROFESSIONE	Madri		Padri	
	Italiane	Straniere	Italiani	Stranieri
Occupata/o	82,3%	19,6%	98,9%	94,7%
Disoccupata/o	6,1%	5,1%	0,9%	4,8%
Casalinga	10,8%	74,6%	---	---
Studente	0,7%	0,6%	0,1%	0,1%
Altro	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%

Commento: La distribuzione della condizione lavorativa evidenzia una netta differenza di genere: le madri straniere mostrano una partecipazione al lavoro significativamente inferiore rispetto alle italiane, con una prevalenza della condizione di casalinga; i padri, indipendentemente dalla cittadinanza, risultano quasi interamente occupati

d) LIVELLO PROFESSIONALE	Madri		Padri	
	Italiane	Straniere	Italiani	Stranieri
Operaia/o	11,0%	37,3%	35,8%	72,3%
Impiegato/a	53,2%	25,2%	25,1%	5,1%
Lavoratore autonomo	14,0%	10,0%	22,0%	10,0%
Dirigente	2,3%	0,7%	2,4%	0,4%
Altro	19,5%	26,8%	14,7%	12,2%

Commento: La struttura professionale mostra una chiara differenziazione occupazionale: le madri e i padri stranieri sono fortemente concentrati nel lavoro manuale, con scarsa presenza nei ruoli impiegatizi o dirigenziali. I genitori italiani, al contrario, presentano una distribuzione più equilibrata tra lavoro impiegatizio, autonomo e operaio.

CAPITOLO 3: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

ANAMNESI OSTETRICA

I dati relativi alle donne che hanno partorito nel 2025 mostrano differenze interessanti tra madri italiane e madri straniere, sia per quanto riguarda il numero di figli precedenti sia per la presenza di eventi riproduttivi come aborti spontanei o interruzioni volontarie di gravidanza (IVG).

Parti precedenti:

Tra le madri italiane, più della metà (55,5%) stava dando alla luce il primo figlio. Circa un terzo (34,8%) aveva già un figlio, mentre una minoranza (9,7%) aveva avuto due o più figli in precedenza. Il numero medio di parti precedenti dichiarati dalle italiane (escluse e primipare) era 1,07, indicativo del fatto che la maggior parte delle donne italiane che hanno partorito nel 2025 aveva avuto al massimo un figlio prima.

Al contrario, tra le madri straniere la distribuzione dei figli precedenti era più equilibrata: circa un terzo erano primipare (34,8%), un terzo aveva già un figlio (35,2%) e quasi un terzo (30%) aveva avuto due o più figli. Il numero medio di parti precedenti tra le straniere era più alto, pari a 1,52, a indicare che le donne straniere tendono ad avere più figli rispetto alle italiane.

Precedenti aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)

Analizzando gli aborti spontanei precedenti, si osserva che la maggior parte delle madri italiane (79%) non aveva subito aborti spontanei prima del parto del 2025. Il 15,6% aveva avuto un aborto spontaneo precedente, mentre il 5,4% aveva subito due o più aborti spontanei. Il numero medio di aborti spontanei tra chi ne aveva avuti era 1,38.

Tra le madri straniere, la percentuale di donne senza precedenti aborti spontanei era leggermente inferiore (75,3%), mentre il 17,7% aveva avuto un aborto spontaneo e il 6,9% due o più. Il numero medio di aborti spontanei tra le straniere era simile a quello delle italiane, pari a 1,41.

Le interruzioni volontarie di gravidanza precedenti risultano molto rare in entrambi i gruppi. Tra le italiane, il 95,1% non aveva mai effettuato un'IVG, il 4,5% ne aveva avuta una sola e lo 0,4% due o più. Il numero medio di IVG tra chi ne aveva effettuata almeno una era 1,11.

Tra le straniere, i valori sono molto simili: il 95,1% senza IVG precedenti, il 4,1% con una IVG e lo 0,8% con due o più. Il numero medio di IVG tra le straniere che ne avevano avuta almeno una era leggermente più alto, pari a 1,20.

Nella *Tabella 2* sono riportati i dati dettagliati relativi alla precedente storia riproduttiva nei due gruppi, mamme italiane e straniere.

Consanguineità

La quota di gravidanze tra consanguinei risulta molto contenuta tra le donne italiane (0,45%), mentre tra le straniere si attesta al 5,3%. Tra le straniere, la percentuale di consanguineità è progressivamente diminuita, passando dal 6,7% del 2016 al 4,5% del 2022, salvo poi risalire nel triennio successivo. Tra le italiane è rimasta stabile su valori inferiori all'1%.

Le differenze emerse per nazionalità confermano la maggiore diffusione del fenomeno in alcuni gruppi: tra le donne pakistane la quota di consanguineità con il padre del neonato ha raggiunto il 27,3% nel periodo 2016-2024. Percentuali più elevate rispetto alla media si registrano anche tra egiziane (9,4%) e senegalesi (13,3%).

Tabella 2: Storia riproduttiva per cittadinanza materna (anno 2025)

Indicatore	Madri Italiane		Madri Straniere	
	N°	%	N°	%
PARTI PRECEDENTI				
Nessun parto precedente	3.103	55,5%	980	34,8%
1 parto precedente	1.946	34,8%	992	35,2%
2 o più parti precedenti	540	9,7%	847	30,0%
N° medio di parti precedenti (solo se dichiarati precedenti concepimenti)	1,07		1,52	
PRECEDENTI ABORTI SPONTANEI (AS)				
Nessun AS	4.414	79,0%	2.124	75,3%
1 precedente AS	872	15,6%	500	17,7%
2 o più AS	303	5,4%	195	6,9%
N° medio aborti spontanei (solo se dichiarati precedenti AS)	1,38		1,41	
PRECEDENTI INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA (IVG)				
Nessuna IVG precedente	5.314	95,1%	2.681	95,1%
1 IVG precedente	250	4,5%	116	4,1%
2 o più IVG precedenti	25	0,4%	22	0,8%
N° medio di IVG precedenti (solo se dichiarati precedenti IVG)	1,11		1,20	

FUMO, ALCOL, ASSUNZIONE DI FOLATI, BMI

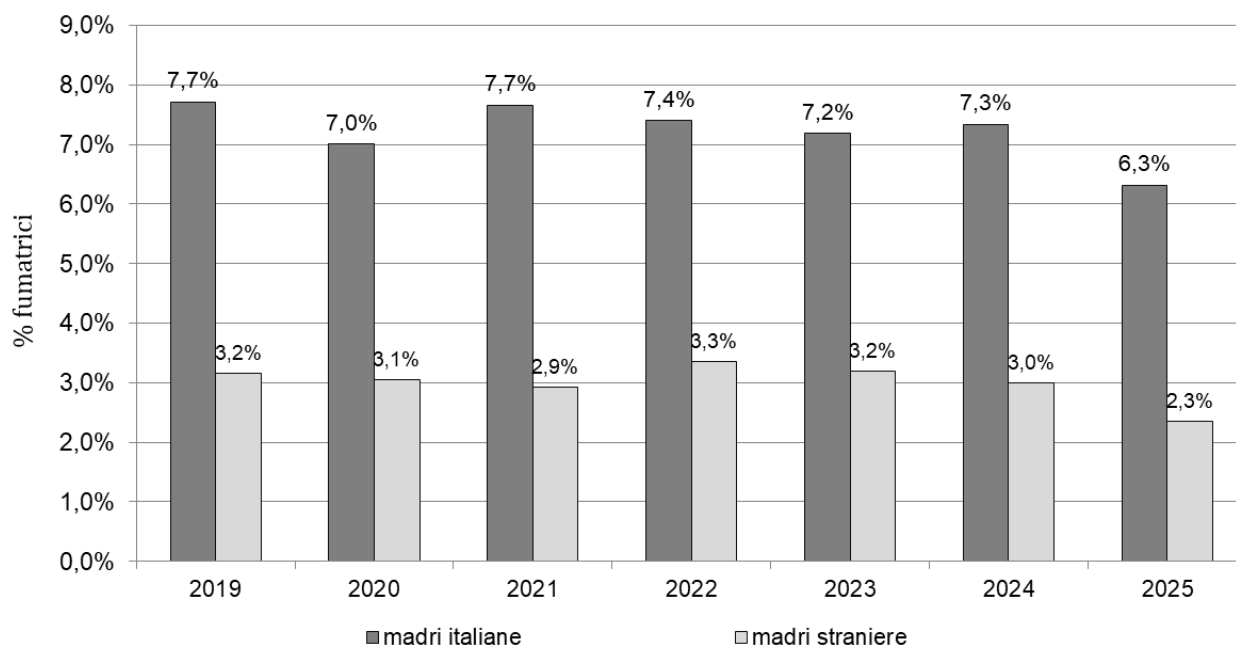
Il **fumo** materno in gravidanza costituisce un rischio ostetrico rilevante, associato a morte improvvisa del lattante (SIDS), basso peso alla nascita e ridotta funzionalità respiratoria.

Dal 2019 il CeDAP rileva lo status di fumatrice della madre. Nel 2025:

- la prevalenza di donne fumatrici in gravidanza è stata pari al 5,8% (7,2% tra le italiane e 3,0% tra le straniere);
- l'8,2% delle madri ha smesso di fumare durante la gravidanza, cui si aggiunge il 7% che aveva interrotto il fumo già nell'anno precedente;
- l'abitudine al fumo in gravidanza diminuisce con l'aumentare del livello di istruzione: 8,1% tra chi ha la licenza media/elementare, 6,8% tra le diplomate e 2,9% tra le laureate.

Si conferma la correlazione tra fumo in gravidanza e basso titolo di studio, indipendentemente dalla cittadinanza materna. Non si rileva, invece, una relazione significativa con l'età materna. La prevalenza di fumo in gravidanza è rimasta stabile attorno al 6% negli ultimi anni (*Figura 9*).

Figura 9: Percentuale di donne fumatrici durante la gravidanza in italiane e straniere



Per quanto riguarda il **consumo di alcol**, il 73,2% delle donne si dichiara astemia e il 26,3% ha smesso di bere alcolici all'inizio della gravidanza. Solo una quota esigua ha continuato ad assumere alcolici, in quantità comunque minima (meno di un'unità a settimana).

L'assunzione di **acido folico** è raccomandata per la prevenzione primaria di difetti congeniti. Nel 93,9% dei casi tra il 2019 e il 2025 vi è stata assunzione di acido folico, con differenze tra italiane e straniere (97% vs 88%), e tra primipare e donne con gravidanze precedenti (95,8% vs 92,3%).

Dal 2019 il CeDAP rileva anche peso e altezza, utili per calcolare il **BMI** pregravidico. I dati mostrano che:

- le donne straniere presentano una maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità rispetto alle italiane;
- valori di BMI elevato sono più frequenti nelle donne con basso livello di istruzione: il 66,3% delle laureate aveva un BMI nella norma, contro il 56,4% delle diplomate e il 48,6% di chi possiede un titolo inferiore. Tale correlazione permane anche analizzando separatamente donne italiane e straniere
- la condizione lavorativa incide sul BMI: il fatto di non lavorare o di essere casalinga è associato a un maggior rischio di sovrappeso e obesità (OR = 1,74)

DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Nel 2025, il 22,5% delle gravidanze terminate con un parto presso gli ospedali di ATS Brescia, ha avuto un decorso patologico, quota in crescita nel tempo. Si fa presente che dal flusso CeDAP non è possibile determinare la causa specifica che ha portato a definire la gravidanza come "patologica", ma è comunque possibile individuare i seguenti come possibili fattori associati:

- Età materna superiore ai 39 anni (OR = 1,50; $p < 0,001$), con un rischio aumentato del 50% rispetto alle donne più giovani;
- Consanguineità (OR = 1,96; $p < 0,001$);
- Pregressi aborti spontanei (OR = 1,29).

Anche la cittadinanza straniera emerge come fattore di rischio per patologie della gravidanza (OR = 1,75; $p < 0,001$), ma tale associazione osservata non deve essere interpretata come un fattore causale diretto, ma riflette la presenza di determinanti socio-sanitari e di accesso ai servizi che caratterizzano alcune popolazioni migranti.

Tra i possibili elementi esplicativi si segnalano: l'accesso più tardivo ai servizi prenatali, con un inizio del percorso di presa in carico in epoca gestazionale più avanzata, le barriere linguistiche e culturali, che possono rendere più complessa la comunicazione con i servizi sanitari e l'aderenza ai controlli, condizioni socio-economiche di fragilità, un profilo di rischio ostetrico differente.

Correggendo per età materna, cittadinanza, consanguineità e abitudine al fumo, le donne in sovrappeso presentano un rischio di gravidanza patologica aumentato del 60% rispetto alle normopeso (OR = 1,61; $p < 0,001$), mentre in caso di obesità il rischio raddoppia (OR = 2,57; $p < 0,001$).

Il decorso patologico influenza anche la scelta del punto nascita: tra il 2018 e il 2024, oltre il 52% dei parti da gravidanza patologica si è svolto presso gli Spedali Civili, seguiti dal presidio di Manerbio, mentre per le gravidanze fisiologiche la Poliambulanza è il presidio con il maggior volume di parti.

Tabella 3: Distribuzione per luogo del parto in caso di gravidanza fisiologica o patologica (2017-2024)

Punto nascita	Gravidanze patologiche (GP)		Gravidanze fisiologiche (GF)	
	N°	% rispetto al totale delle GP	N°	% rispetto al totale delle GF
Spedali Civili	7.080	54,5%	17.714	30,8%
Poliambulanza	1.268	9,8%	20.322	35,4%
Istituto Clinico Sant'Anna	143	1,1%	4.972	8,7%
Presidio di Desenzano	941	7,2%	4.019	7,0%
Presidio di Manerbio	2.046	15,7%	3.785	6,6%
Presidio di Gavardo	409	3,1%	2309	4,0%
Presidio di Chiari	1.112	8,6%	4.333	7,5%
Totale parti in ATS Brescia (esclusi punti nascita non più attivi: Iseo, Città di Brescia, Gavardo)	12.999		57.454	

VISITE DI CONTROLLO ED ECOGRAFIE

Il primo trimestre rappresenta il periodo chiave per pianificare l'assistenza alla gravidanza e informare i futuri genitori sui servizi disponibili e sui comportamenti salutari. La prima visita oltre l'11^a settimana è considerata "tardiva". Nel 2025, in ATS Brescia la prima visita è stata effettuata mediamente alla 8^a settimana per le italiane e alla 9^a per le straniere. Nonostante la maggior parte delle gravidanze analizzate sia stata caratterizzata da un primo controllo entro i tempi consigliati (90,7% delle gravidanze nel 2025), permangono come elementi di fragilità, maggiormente associati a controlli tardivi, l'età inferiore ai 20 anni, la cittadinanza straniera, il basso livello di scolarizzazione. Tali elementi di fragilità sono simili a quanto riscontrato a livello regionale e nazionale. La letteratura descrive la gravidanza e il parto come un periodo di vulnerabilità per le donne immigrate a causa delle più frequenti condizioni di svantaggio socioeconomico, delle barriere linguistiche e culturali, delle difficoltà di accesso e fruizione dell'assistenza e della mancanza di una rete familiare di sostegno.⁶

⁶ ISS Linee guida 1/2023 SNLG Gravidanza fisiologica
https://www.iss.it/documents/20126/9184367/SNLG+1_2023+Gravidanza-fisiologica+Parte-1.pdf/1b3c23be-4578-48f8-277a-88cf0a98de6c?t=1708700731145

Passando al numero di visite ostetriche eseguite si nota che nel 2025:

- Il numero medio è stato di 6,4 senza differenze tra italiane e straniere, quindi superiore alle 3 visite raccomandate e previste dai LEA.
- Le gravidanze con decorso patologico richiedono un monitoraggio più attento e frequente rispetto a quelle fisiologiche. Nonostante ciò si nota che la numerosità delle visite eseguite è simile indipendentemente dal decorso: 7 visite per le gravidanze patologiche contro 6,3 per quelle fisiologiche.

Secondo le indicazioni dei protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute, il numero di ecografie raccomandate durante il decorso della gravidanza è 37. I dati nazionali evidenziano però ancora un fenomeno di eccessiva medicalizzazione e di sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza: mediamente nel 2024 sono state richieste 5,8 ecografie per ogni parto con valori variabili tra 4,0 ecografie per parto nella provincia autonoma di Trento e 7,9 in Sardegna. La Lombardia si colloca in una situazione intermedia, con 5,5 ecografie per ogni parto.

In ATS Brescia la situazione appare migliore, con una media di 4 ecografie per ogni gravidanza, che sale a 4,6 per le gravidanze patologiche. Il 54% delle partorienti del 2025 si è dunque attenuto alle indicazioni ministeriali eseguendo tre ecografie; il 31,8% ne ha fatte da 4 a 6, mentre nel 10,7% dei casi ne sono state fatte più di 6.

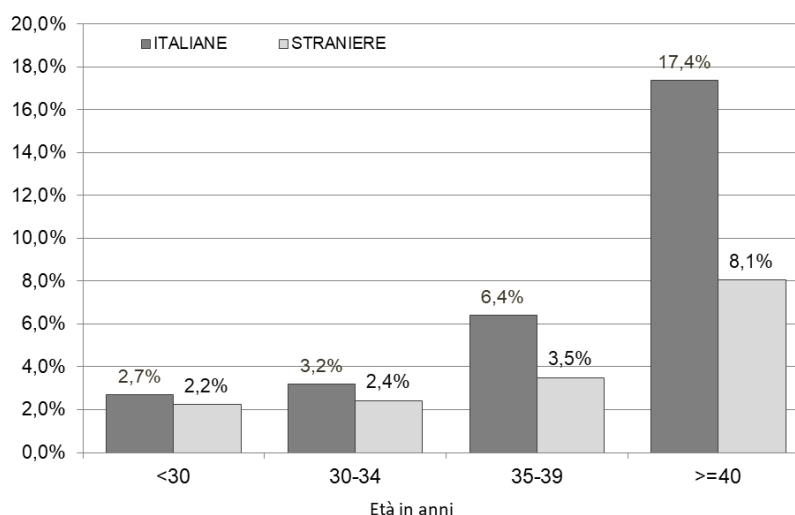
All'aumentare del titolo di studio materno si nota un maggior numero di accertamenti, intesi sia come visite ostetrico-ginecologiche, sia come ecografie.

ESAMI PRENATALI INVASIVI

Nel 2025 per il 4,3% delle gravidanze era stato eseguito almeno un esame prenatale invasivo: in particolare sono state eseguite 2,1 amniocentesi ogni 100 parti (pari al 48,5% di tutti gli esami invasivi), 2,1 procedure di villocentesi ogni 100 parti (48,8%) e 0,3 funicolocentesi ogni 100 parti (6,3% di tutti gli esami invasivi).

Le donne con più di 35 anni sono quelle che più frequentemente si sottopongono ad esami invasivi prenatali: 5,7% nelle donne di 35-39 anni e 14,6% oltre i 40 anni di età. Nelle donne straniere l'esecuzione di questi esami è meno comune rispetto a quanto si registra nelle donne italiane, indipendentemente dall'età (*Figura 10*).

Figura 10: Percentuale di esami prenatali invasivi per età della madre e cittadinanza (2025)



⁷ Gravidanza fisiologica, linee guida ISS 1/2023 SNLG

https://www.iss.it/ricerca?p_p_id=ricercawebcontentnew_INSTANCE_go5yaDEt7yac&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_ricercawebcontentnew_INSTANCE_go5yaDEt7yac_javax.portlet.action=goToDettaglioJournalArticle&_ricercawebcontentnew_INSTANCE_go5yaDEt7yac_idJournalArticle=10767482&p_auth=Lir2iB9v

Vari fattori sono associati ad un maggior ricorso ad esami invasivi prenatali. In caso di gravidanza patologica la quota di gravidanze per la quali è stato effettuato un esame invasivo sale al 6,2%.

L'analisi multivariata per il periodo 2003-2025, avente come variabile dipendente l'effettuazione di esami prenatali invasivi e variabili indipendenti l'anno in cui è avvenuto il parto, età, titolo di studio e cittadinanza materna, mostra come gli esami prenatali invasivi siano significativamente associati all'età della madre più elevata (+22% ogni anno di età) e assai meno frequenti nelle straniere (OR=0,30; IC95%=0,29-0,31). Dal 2003 al 2025 si è verificata una diminuzione del ricorso a tali esami, seppur con un andamento piuttosto irregolare (OR = 0,92 per l'intero periodo).

Anche il titolo di studio più elevato sembra essere associato ad un maggior ricorso ad esami prenatali invasivi: considerando il basso titolo di studio come "base", si nota che in caso di titolo di studio "medio" (diploma superiore) il ricorso a tecniche invasive è pari al 18% in più, mentre in caso di laurea materna l'eccesso è del 12% rispetto al titolo elementare.

TECNICA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Nel 2025, 398 gravidanze derivano da tecniche di procreazione medico-assistita (4,7%), in linea con i dati nazionali (4,2 parti ogni 100 gravidanze nel 2024). Il ricorso a tali tecniche varia molto in base all'età materna: 17,8% nelle donne di età superiore ai 39 anni, 7,2% nella fascia d'età 35-39 anni, 3,5% tra i 30 e i 35 anni e 1,2% sotto i 30 anni. In media le donne che hanno avuto una gravidanza a seguito di PMA avevano 37 anni, contro un'età media di 32 delle altre madri.

Tra le donne con alto titolo di studio il ricorso a tecniche di PMA avviene con maggior frequenza rispetto a quelle con titolo di studio più basso: tale maggior frequenza è solo in parte spiegabile con un'età media più alta nelle laureate rispetto alle donne con titolo di studio inferiore.

La quota di primipare che hanno fatto ricorso a PMA è del 7,6%, superiore a quella delle donne che non sono alla prima gravidanza (2%). Tipicamente le tecniche di procreazione assistita portano più frequentemente a gravidanze plurime: nel 2025 il 9,3% contro l'1,5% in assenza di PMA.

Il trattamento più comunemente utilizzato è il trasferimento di embrioni in utero (FIVET-*Fertilization In Vitro and Embryo Transfer*; 57,8%), seguito dalla fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI-*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*; 34, %); meno utilizzate le altre tecniche (12,8%).

Fino al 2015 la percentuale di gravidanze in cui il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita si è mantenuta inferiore all'1,5%, pur con alcune fluttuazioni. Gli anni successivi hanno visto un aumento del ricorso a tali tecniche. L'emergenza COVID ha determinato una riorganizzazione all'interno degli ospedali che hanno dovuto posticipare tutte le procedure non d'emergenza, tra cui la fecondazione assistita; di conseguenza vi è stata una contrazione delle nascite, in particolare negli ultimi mesi del 2020 e nei primi del 2021. Dal 2022 vi è stata una ripresa di tutte le tecniche di Procreazione medicalmente assistita, riguardante il 4% delle gravidanze.

CAPITOLO 4: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

IL PARTO

L'analisi dei dati relativi alla **durata della gestazione** è stata condotta utilizzando la classificazione europea riportata nell'*European Perinatal Health Report 2013*, che distingue:

- grave prematurità: 22-27 settimane di gestazione (parti estremamente pre-termine) e 28-31 settimane di gestazione (parti molto pre-termine);
- prematurità: 32-36 settimane (parti moderatamente pre-termine);
- gravidanza a termine: 37-41 settimane di gestazione;
- gravidanza oltre il termine: più di 41 settimane di gestazione.

Nel 2025, l'82,5% dei parti è avvenuto a termine e il 6,6% in epoca pretermine (di cui l'1,0% in condizioni di grave prematurità). Le gravidanze con parto oltre il termine sono state 913, pari al 10,9% del totale.

La frequenza di prematurità risulta più elevata nelle gravidanze patologiche (15,9%). I dati riferiti all'ATS di Brescia si collocano in linea con i valori nazionali e regionali: 6,1% la quota di prematurità a livello nazionale e lombardo nel 2024.

L'analisi delle sole nascite avvenute nel 2025 evidenzia alcune caratteristiche materne associate a un rischio maggiore di parto pretermine:

- Madri non italiane, con un rischio di prematurità 38% più elevato rispetto alle donne italiane
- Età materna: rispetto alla fascia 20-29 anni, il rischio aumenta nelle donne di 30-39 anni (RR = 1,31) e in modo ancora più significativo in età ≥ 40 anni (RR = 1,76; IC95% = 1,30-2,40);
- Ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA), anche in assenza di gravidanze gemellari;
- Lo stato di madre fumatrice o ex-fumatrice.

Nel periodo osservato la prevalenza complessiva di prematurità si è mantenuta pressoché stabile.

L'induzione del travaglio ha come obiettivo l'avvio di un travaglio attivo in condizioni di benessere materno e fetale. Dal 2003 al 2017 la quota di parti con travaglio indotto si è attestata intorno al 20% annuo, per poi aumentare e stabilizzarsi attorno al 30%. Considerando gli anni dal 2019 al 2025 le principali condizioni che determinano la necessità di induzione sono:

- durata gestazionale superiore alle 41 settimane (OR = 3,84; $p < 0,001$);
- gravidanza patologica (OR = 2,63; $p < 0,001$);
- obesità materna (OR = 1,62; $p < 0,001$) o sovrappeso (OR = 1,26; $p < 0,001$).

Per quanto riguarda la **modalità del parto**, nel 2025:

- il 64,8% è avvenuto in modo spontaneo (5.447 casi);
- il 29% mediante taglio cesareo (1.357 casi in elezione e 723 in travaglio e 355 fuori travaglio);
- la quota residua tramite altre tecniche (forcipe, ventosa, ecc.).

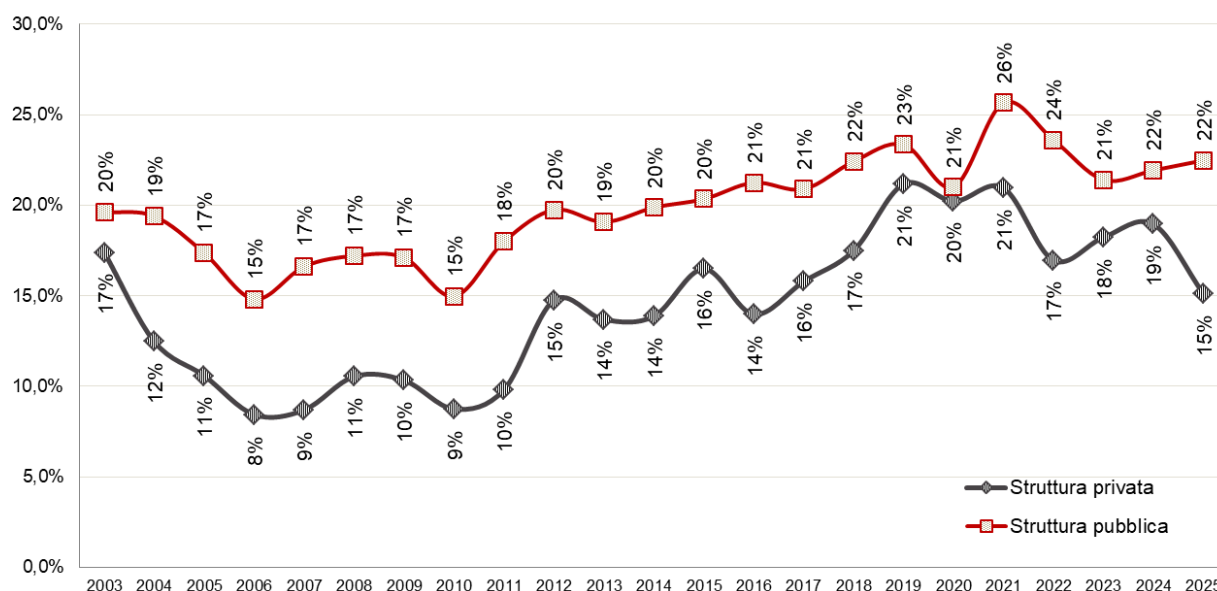
Il principale fattore associato al ricorso al taglio cesareo è la presentazione fetale anomala. L'età materna risulta anch'essa determinante: la quota di cesarei cresce progressivamente dal 23% in caso di madri con età < 30 anni, fino al 46,3% per le ultraquarantenni. Ulteriori fattori di rischio sono l'abitudine tabagica e il sovrappeso/obesità, indipendentemente dal decorso fisiologico o patologico della gravidanza.

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza post-operatoria ha talvolta generato la percezione di un intervento privo di rischi. Tuttavia, la mortalità materna e le complicanze post-partum restano significativamente più elevate rispetto al parto vaginale. I maggiori rischi e costi non trovano un corrispondente beneficio costante negli esiti perinatali. A livello nazionale si registrano notevoli differenze regionali che comunque evidenziano un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

Tra gli indicatori utilizzabili per valutare l'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo, un ruolo rilevante è rappresentato dalla proporzione di **parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo** (VBAC, *Vaginal Birth After Cesarean*). Le linee guida internazionali raccomandano di offrire la possibilità di un parto vaginale in assenza di specifiche condizioni di rischio. In Italia si osserva un'elevata variabilità territoriale, con un evidente gradiente Nord-Sud: si registrano valori pari o superiori a 30 parti vaginali ogni 100 parti in donne con precedente cesareo nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, a fronte di percentuali inferiori al 10% in diverse regioni del Centro-Sud.

Secondo i dati del Programma Nazionale Esiti dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)⁸, nel 2025 il valore medio nazionale si attestava all'11,8%, mentre quello regionale raggiungeva il 18,3%. Nello stesso anno, in ATS Brescia la quota di VBAC è risultata pari al 20%, superiore al dato nazionale, in linea con quello regionale e in crescita sia nelle strutture pubbliche sia in quelle private (Figura 11).

Figura 11: Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo in ATS Brescia (2003-2025): strutture pubbliche e private

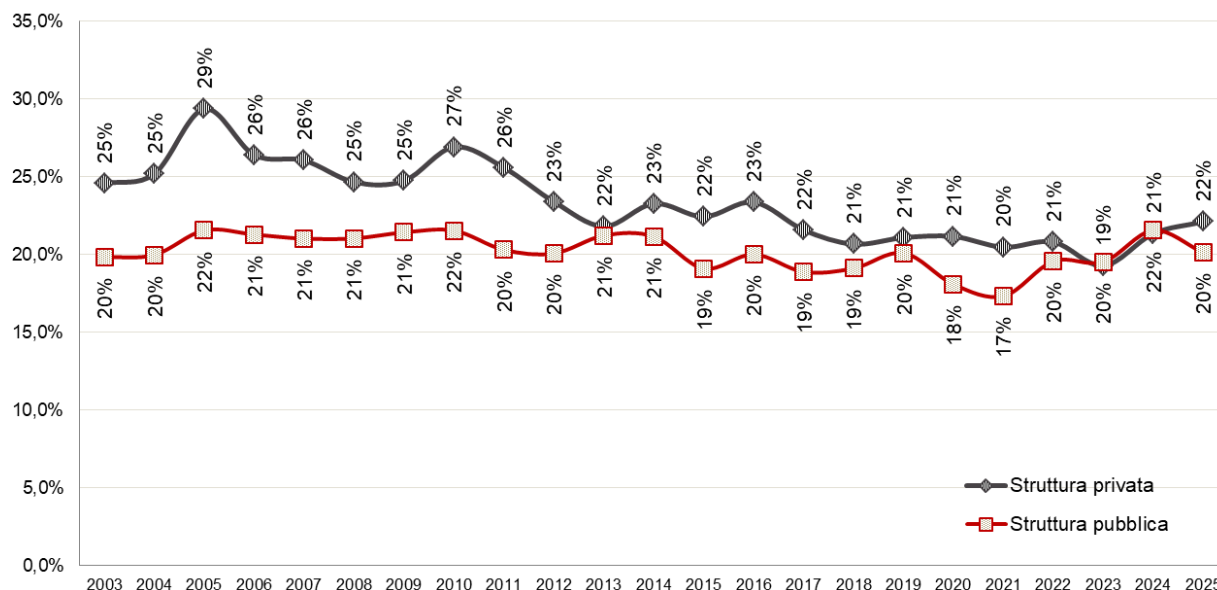


Un secondo indicatore rilevante è rappresentato dal **tasso di taglio cesareo primario**, definito come la proporzione di parti avvenuti mediante intervento chirurgico in donne al primo cesareo. Valori elevati possono indicare un ricorso non sempre appropriato all'intervento chirurgico in assenza di indicazioni cliniche stringenti, mentre valori più contenuti sono generalmente associati a una maggiore aderenza alle linee guida e a una gestione più orientata alla fisiologia del travaglio.

Nel 2024, i valori nazionale e lombardo risultavano pari rispettivamente al 22,2% e al 17,4%, entrambi sostanzialmente stabili dal 2015. Il dato dell'ATS di Brescia del 2025 (20,9%) si colloca su livelli prossimi a quello nazionale e lievemente superiori rispetto al dato regionale, senza evidenziare variazioni significative nel tempo. (Figura 12).

⁸ Programma Nazionale Esiti. <https://pne.agenas.it/ospedaliera/indicatori/36?tab=italia&mode=0>

Figura 12: Proporzione di parti cesarei primari in ATS Brescia (2003-2025): strutture pubbliche e private



Analizzando le singole strutture emerge una marcata variabilità nei tassi di taglio cesareo primario, con valori che oscillano tra il 14,2% del Presidio di Desenzano e il 29,5% dell'Istituto Clinico Sant'Anna. Il tasso aumenta in modo evidente in presenza di gravidanza patologica, confermando il ruolo della complessità clinica nella determinazione del ricorso al taglio cesareo (Tabella 4).

Tabella 4: Tasso di cesarei primari, per struttura e decorso della gravidanza (anno 2025)

Punto Nascita	Gravidanza fisiologica		Gravidanza patologica		TOTALE	
	N° cesarei Primari	% sui parti totali (esclusi se TC precedente)	N° cesarei Primari	% sui parti totali (esclusi se TC precedente)	N° cesarei Primari	% sui parti totali (esclusi se TC precedente)
Spedali Civili	361	18,6%	272	33,5%	633	23,0%
Polambulanza	435	19,9%	48	30,0%	483	20,6%
Istituto Clinico Sant'Anna	132	29,2%	7	36,8%	139	29,5%
Presidio di Desenzano	40	12,6%	21	18,8%	61	14,2%
Presidio di Manerbio	43	12,9%	50	20,2%	93	16,0%
Presidio di Chiari	46	12,5%	29	19,3%	75	14,5%
TOTALE	1.057	18,9%	427	28,5%	1.484	20,9%

Infine, un ulteriore elemento chiave per la valutazione dell'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo è rappresentato dalla distribuzione dei cesarei secondo la classificazione di Robson, che verrà approfondita nel [Capitolo 5](#).

La distribuzione dei neonati del 2025, in relazione al **peso alla nascita** è la seguente:

- 113 neonati (1,3%) avevano peso <1.500 grammi e in 1/3 dei casi erano gemelli;
- 561 (6,5%) avevano peso compreso tra 1.500-2.499 grammi. In questo caso i neonati da gravidanza plurima erano 154 (27,5%);
- l'87,7% era considerato di peso adeguato all'età gestazionale (2.500-3.999 grammi);
- 377 bambini (4,45%) avevano invece un peso superiore ai 4.000 grammi.

Il trend della prevalenza di basso peso alla nascita (<2.500 grammi) segue quello dei nati prematuri.

Considerando il periodo 2019-2025, escludendo i parti prematuri e quelli gemellari, non si nota un rischio di prematurità diverso tra madri italiane straniere. L'età materna, se considerata come variabile lineare, non porta ad un maggior rischio di basso peso alla nascita, ma se si considera come valore categorico, si nota un eccesso di rischio nel caso di madri ultraquarantenni. L'abitudine al fumo durante la gravidanza, porta ad un rischio di basso peso alla nascita e prematurità di circa il 90% più elevato rispetto alle donne che non hanno mai fumato. La sospensione dell'abitudine tabagica porta a una riduzione di questo rischio.

Nel periodo 2003-2025 sono stati registrati complessivamente 4.193 parti plurimi, con un incremento progressivo della loro incidenza sul totale dei parti, passata dall'1,1% nel 2003 all'1,9% nel 2025. La frequenza di parti plurimi è significativamente più elevata nelle gravidanze ottenute tramite Procreazione Medicalmente Assistita (PMA): il 20,9% dei parti da PMA è plurimo, contro l'1,7% dei parti in assenza di PMA.

In ciascun anno considerato si osserva una quota di parti gemellari sistematicamente più elevata tra le donne non residenti nell'ATS rispetto alle residenti. Tale evidenza conferma la maggior attrattività delle strutture bresciane per le gravidanze plurime, verosimilmente percepite come a più elevata complessità assistenziale. Nel biennio 2020-2021 si rileva una flessione dei parti gemellari, plausibilmente correlata alla contrazione dell'attività di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) conseguente alla pandemia da Covid-19.

Tra le donne non residenti, la quota di gravidanze ottenute a seguito di PMA è diminuita dal 4% del triennio pre-pandemico al 2,8% nel triennio 2020-2022, con un ritorno a valori superiori al 4% solo a partire dal 2023. Nelle residenti, invece, il recupero è stato più precoce: già nel 2022 la quota di parti da PMA ha raggiunto il 4,1%, proseguendo poi con un ulteriore incremento negli anni successivi.

Nel 2025 si sono registrati 30 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità di 3,5‰ nati, valore superiore al dato nazionale 2024 (2,4 per 1.000 nati). Considerando l'intero periodo 2011-2025 (escludendo gli anni precedenti per una possibile incompletezza del dato) la natimortalità risulta fortemente associata all'età gestazionale, con un chiaro gradiente di rischio:

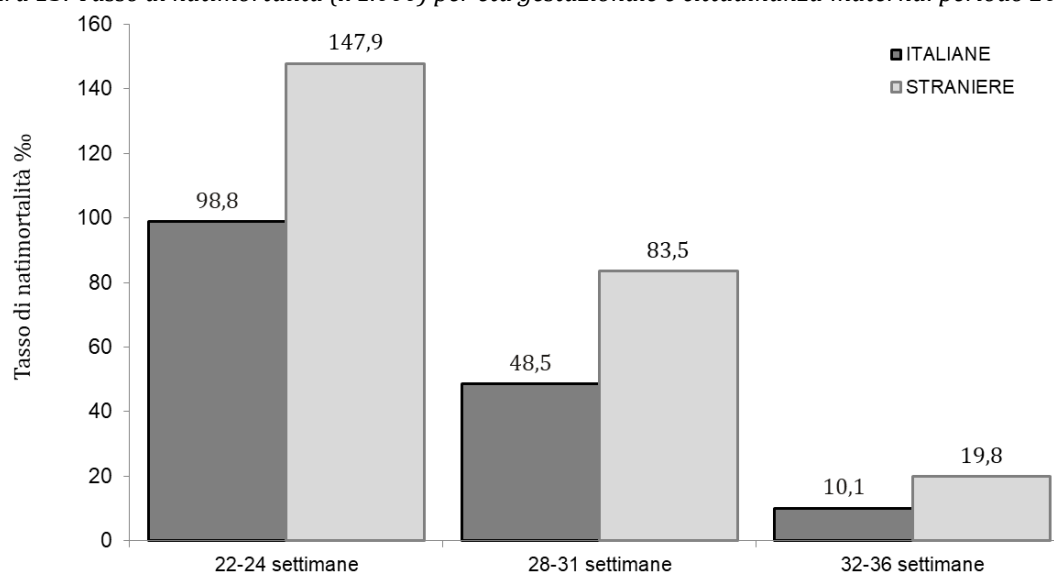
- 121‰ nei neonati estremamente prematuri (22-27 settimane);
- 62,4‰ nei molto pretermine (28-31 settimane);
- 13,6‰ nella prematurità moderata.

Le madri straniere presentano tassi di natimortalità più elevati rispetto alle italiane (4,2‰ vs 2‰), anche in caso di gravidanza a termine (1,8‰ vs 0,9‰). L'analisi dei soli parti a termine (37-40 settimane) nel periodo 2011-2025 (152 nati morti) ha evidenziato:

- maggior rischio per donne straniere (OR = 1,47; p<0,001);
- rischio raddoppiato in caso di gravidanza patologica (OR = 2,2; p<0,001)
- maggior rischio in caso di prima gravidanza
- maggior rischio, seppur non statisticamente significativo, in caso di obesità materna (OR = 1,6; p = 0,1)

L'attribuzione eziologica della natimortalità sulla base del solo flusso CeDAP risulta complessa, anche in considerazione del fatto che l'eventuale referto autoptico può non essere disponibile al momento della compilazione della scheda.

Figura 13: Tasso di natimortalità (x 1.000) per età gestazionale e cittadinanza materna: periodo 2011-2025



Nel 2025 il flusso CeDAP ha segnalato 269 casi di malformazioni, pari a 31,4/1.000 nati. L'analisi 2016-2024 (dati incompleti negli anni precedenti) evidenzia:

- trend in crescita, dal 2,1% del 2016 al 3,14% del 2025;
- rischio sovrapponibile tra madri straniere (2,4%) e italiane (2,3%);
- associazione significativa con la consanguineità genitoriale (OR = 2,20; $p < 0,001$);
- maggior frequenza nei parti plurimi, con un incremento del 66% rispetto ai parti singoli;
- minor frequenza di malformazioni in caso di assunzione di acido folico, in particolare se l'assunzione è iniziata precocemente, prima dell'inizio della gravidanza.

L'indice di Apgar, rilevato a 1 e 5 minuti dalla nascita quale indicatore sintetico delle condizioni neonatali immediate, mostra nel 2025 una quota contenuta di compromissione: tra i nati vivi, lo 0,84% presenta un punteggio < 7 a 5 minuti.

L'analisi per età gestazionale evidenzia il consueto gradiente clinico:

- nei nati a termine il punteggio medio a 5 minuti è > 9 ;
- nei pretermine di 28-31 settimane il valore medio scende a 7,5;
- nella prematurità estrema (22-24 settimane) si riduce ulteriormente a 4,8.

Su 8.538 nati vivi nel 2025, 301 (3,5%) hanno richiesto manovre di rianimazione neonatale; tale proporzione aumenta significativamente in caso di prematurità, raggiungendo il 18,8%, confermando l'elevata complessità assistenziale di questa popolazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'allattamento esclusivo al seno fino al compimento del sesto mese di vita, individuandolo come standard ottimale per la nutrizione infantile e come obiettivo prioritario di salute pubblica. L'allattamento materno ha un'efficacia nella riduzione della mortalità postnatale, riduce inoltre il rischio di morte improvvisa del lattante, le infezioni del tratto respiratorio, le malattie allergiche. Inoltre, previene patologie dell'infanzia e dell'età adulta quali il diabete di tipo 2, il sovrappeso e l'obesità⁹.

Dal 2021 il CeDAP rileva la modalità di alimentazione del neonato alla dimissione; tuttavia l'informazione risulta mancante per il 28,2% dei casi. L'analisi è quindi limitata ai 32.127 neonati con dato disponibile. Tale quota di *missing* rappresenta un elemento critico sotto il profilo epidemiologico, in quanto può introdurre distorsioni nella stima delle prevalenze qualora la mancata compilazione non sia casuale. Si precisa inoltre che la quasi totalità dei dati mancanti è attribuibile a una specifica struttura ospedaliera, nella quale la variabile non è stata compilata in modo sistematico nel periodo considerato. In tale presidio si osserva una distribuzione delle caratteristiche materne (ad esempio età, cittadinanza, profilo clinico-ostetrico) differente rispetto agli altri punti nascita di ATS. Questo porta a un possibile *bias* di selezione, e l'esclusione di tali casi dall'analisi può determinare una sovra- o sottostima delle reali prevalenze di allattamento alla dimissione a livello complessivo. Pertanto, i risultati devono essere interpretati con cautela, tenendo conto della potenziale non rappresentatività del campione analizzato rispetto all'intera popolazione dei nati nel periodo 2021-2025.

Tra i casi analizzati emerge che:

- 58,7% dei neonati è dimesso con allattamento esclusivo al seno;
- 28,2% con allattamento complementare;
- 4,7% con allattamento al seno predominante;
- 8,4% con latte formulato esclusivo.

La prevalenza di allattamento esclusivo risulta superiore tra le madri straniere (61,0%) rispetto alle italiane (57,5%). La maggiore prevalenza tra le madri straniere è un dato frequentemente osservato anche a livello nazionale. In letteratura viene ipotizzato un ruolo delle abitudini culturali e della maggiore aderenza ai modelli tradizionali di cura neonatale nei primi mesi di vita.

Si osserva un gradiente inverso tra età materna e allattamento esclusivo. Le madri di età ≥ 40 anni presentano la quota più bassa di allattamento esclusivo e la più alta percentuale di alimentazione complementare (36,1%) e formulata (11,4%). L'associazione potrebbe riflettere una maggiore incidenza di complicanze ostetriche, parti operativi o condizioni cliniche che ostacolano l'avvio precoce dell'allattamento, ma anche una scelta personale della madre. Non emerge un chiaro gradiente lineare con il titolo di studio materno.

Molto probabilmente esistono interazioni tra istruzione, cittadinanza e condizioni lavorative (es. rientro precoce al lavoro, maggiore medicalizzazione del percorso nascita).

Il decorso patologico rappresenta un determinante rilevante di riduzione dell'allattamento esclusivo, con incremento dell'alimentazione complementare (38,7%). Le complicanze gestazionali possono determinare separazione madre-neonato, necessità di osservazione clinica o condizioni neonatali che interferiscono con l'avvio dell'allattamento.

La prematurità emerge come il fattore maggiormente associato a bassa prevalenza di allattamento esclusivo. Nei neonati pretermine aumentano significativamente l'alimentazione complementare (50,9%), l'uso esclusivo di latte formulato (13,6%) o l'allattamento "misto", con una componente predominante di latte materno (7,6%). Il

⁹ <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/SORVEGLIANZA%20BAMBINI%200-2%20ANNI.pdf>

dato è coerente con la letteratura internazionale: nei pretermine l'im maturità neurologica, la difficoltà di suzione-deglutizione e la necessità di supporto nutrizionale parenterale o con sondino rendono più complesso il mantenimento dell'esclusività al seno, nonostante le evidenze dimostrino che il latte materno sia particolarmente protettivo in questa popolazione (riduzione del rischio di enterocolite necrotizzante e sepsi).

La *Tabella 5* riporta la distribuzione del tipo di alimentazione al momento della dimissione (anni 2021-2025) in relazione a caratteristiche materne, del neonato o della gravidanza.

Tabella 5: Tipo di alimentazione del neonato al momento della dimissione (periodo 2021-2025)

	<i>Alimentazione complementare</i>	<i>Allattamento al seno esclusivo</i>	<i>Allattamento al seno predominante</i>	<i>Alimentazione con latte formulato</i>
<i>Cittadinanza materna</i>				
<i>Madri Italiane</i>	27,1%	57,5%	4,5%	10,9%
<i>Madri Straniere</i>	30,2%	61,0%	5,1%	3,7%
<i>Età materna al parto</i>				
<i>< 30 anni</i>	25,8%	63,3%	4,9%	6,0%
<i>30-34 anni</i>	27,7%	59,2%	4,5%	8,7%
<i>35-39 anni</i>	29,7%	55,4%	4,7%	10,2%
<i>>= 40 anni</i>	36,1%	47,6%	4,9%	11,4%
<i>Titolo di studio materno</i>				
<i>Scuola primaria o secondaria di 1° grado</i>	28,8%	58,4%	4,7%	8,1%
<i>Secondaria di 2° grado</i>	27,5%	58,1%	4,4%	10,0%
<i>Laurea</i>	28,7%	59,8%	5,0%	6,5%
<i>Decorso della gravidanza</i>				
<i>Fisiologico</i>	25,6%	61,6%	4,6%	8,1%
<i>Patologico</i>	38,7%	47,0%	4,8%	9,5%
<i>Durata della gestazione</i>				
<i>A termine</i>	26,9%	60,5%	4,5%	8,1%
<i>Prematurità</i>	50,9%	27,9%	7,6%	13,6%

CAPITOLO 5: LA RETE DI OFFERTA DEI PUNTI NASCITA

Nella presente sezione sono considerati esclusivamente i parti avvenuti presso strutture afferenti alla rete di ATS Brescia; sono pertanto esclusi, salvo diversa esplicita indicazione, i parti avvenuti in presidi fuori ATS e i parti a domicilio. Questa scelta metodologica consente un'analisi omogenea dell'offerta territoriale e un confronto coerente tra i punti nascita della rete locale.

Nel territorio di ATS Brescia risultavano attivi, al 2025, **sei punti nascita**: 4 pubblici afferenti alle tre ASST territoriali e 2 privati accreditati. In base ai volumi medi annui del quinquennio 2021-2025, le strutture si distribuiscono nelle seguenti classi:

- 500 a 1.499 parti/anno: 4 punti nascita
- ≥ 2.500 parti/anno: 2 punti nascita

Non sono presenti strutture con volume compreso tra 1.500 e 2.499 parti annui.

Nel 2025 il 71,3% dei parti è avvenuto nei due punti nascita ad alto volume (Spedali Civili e Fondazione Poliambulanza), mentre il 28,7% nelle strutture con 500–1.499 parti annui (Manerbio, Chiari, Desenzano e Istituto Clinico Sant'Anna).

Nel periodo 2003–2025 si osservano due principali dinamiche:

1. Riduzione progressiva del numero complessivo di parti, passati da 11.775 nel 2003 a 8.218 nel 2025 (–30%). Tale andamento rispecchia il calo della natalità osservato a livello nazionale (–35,8% dal 2008 al 2024, Fonte ISTAT¹⁰).
2. Progressiva contrazione dei volumi nei presidi più periferici, che ha comportato la sospensione o cessazione dell'attività ostetrica in alcune strutture (Iseo, Gardone Valrompia, Gavardo, Istituto Clinico Città di Brescia).

La concentrazione dei parti nei centri ad alto volume è coerente con gli indirizzi organizzativi previsti dalle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, con l'introduzione di soglie minime di attività per garantire sicurezza materno-neonatale.¹¹

Fino al 2010 circa il 70% dei parti avveniva in strutture pubbliche. A partire dal 2011, parallelamente alla diminuzione delle nascite, si osserva uno spostamento verso il privato accreditato, che negli anni successivi arriva ad accogliere stabilmente tra il 35% e il 40% dei parti annui.

¹⁰ <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/10/Natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-Anno-2024.pdf>

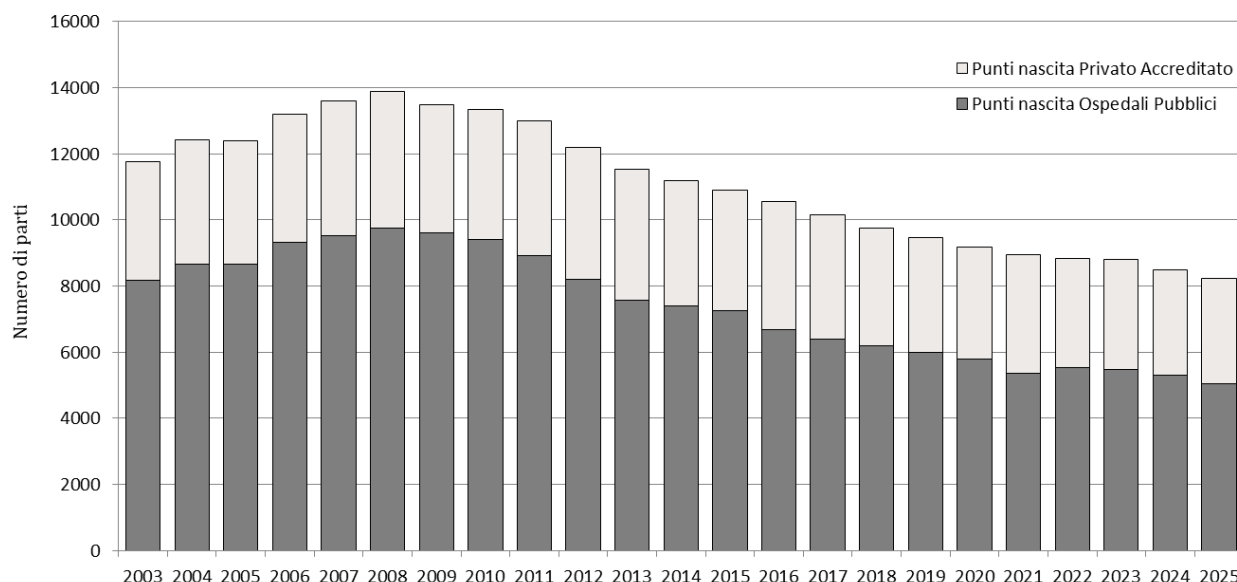
¹¹ Conferenza unificata Stato-Regioni e stato-città ed autonomie locali (ex art. 8 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, N. 281). Accordo 16 dicembre 2010 Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo». (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (GU Serie Generale n.13 del 18-01-2011) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2011/01/18/11A00319/sg>

Tabella 6: Numero di parti per struttura per anno (in grigio gli anni di chiusura/sospensione dell'attività del punto nascita)

anno	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<i>Spedali Civili</i>	3.367	3.566	3.584	3.950	4.038	4.061	3.946	3.981	3.713	3.631	3.444	3.512	3.594	3.233	3.100	3.066	2.971	3.057	3.038	3.060	3.096	3.257	3.249
<i>Poliambulanza</i>	1.470	1.326	1.325	1.471	1.594	1.580	1.703	1.678	1.819	2.611	2.706	2.717	2.642	2.765	2.743	2.672	2.708	2655	2.894	2704	2.709	2640	2.608
<i>Desenzano</i>	1.133	1.248	1.212	1.312	1.462	1.385	1.480	1.445	1.423	1.292	1.126	1.077	931	793	692	683	629	621	631	682	601	603	510
<i>Manerbio</i>	1.029	1.002	1.017	1.079	1.118	1.219	1.144	1.169	1.079	974	913	859	872	840	837	803	760	802	677	706	717	702	664
<i>Chiari</i>	567	646	736	793	824	959	1.056	1.173	977	989	899	844	807	768	724	667	682	774	632	688	738	639	625
<i>Sant'Anna</i>	542	708	725	610	687	679	607	544	707	700	643	529	500	510	541	659	756	727	684	599	596	532	562
<i>Gavardo</i>	743	676	651	716	644	743	701	528	637	597	567	519	510	518	525	539	507	469	377	388	336	102*	
<i>Iseo</i>	713	843	808	828	846	875	816	799	703	715	616	582	530	538	513	432	440	76*					
<i>Città di Brescia</i>	522	560	577	635	660	681	642	718	637	646	616	537	518	591	467	239							
<i>Sant'Orsola</i>	1.055	1.157	1.114	1.162	1.122	1.197	919	984	901	32*													
<i>Gardone VT</i>	634	680	646	642	604	507	472	326	395														
Totale	11.775	12.412	12.395	13.198	13.599	13.886	13.486	13.345	12.991	12.187	11.530	11.176	10.904	10.556	10.142	9.760	9.453	9.182	8.934	8.827	8.793	8.475	8.218

* Chiusura /sospensione dell'attività nel corso dell'anno

Figura 14: numero di parti in ospedali pubblici e privati accreditati



La scelta della struttura di ricovero appare fortemente correlata a determinanti clinici. Nel 2025 i parti conseguenti a gravidanza patologica (considerando esclusivamente le strutture di ATS Brescia) sono stati 1.846; nell'88,5% dei casi il parto è avvenuto presso una struttura pubblica. Il dato evidenzia una chiara canalizzazione delle gravidanze a maggior rischio verso i presidi pubblici, in particolare verso gli Spedali Civili di Brescia. Per le gravidanze fisiologiche, la struttura maggiormente scelta è risultata Fondazione Poliambulanza che ha accolto il 36,0% dei parti.

Accanto agli aspetti clinici, intervengono fattori socio-demografici:

- le donne straniere hanno partorito in strutture pubbliche nel 74% dei casi, contro il 55% delle donne italiane;
- tra le donne italiane, la scelta tra pubblico e privato non appare significativamente associata al livello di istruzione;
- tra le donne straniere, invece, il basso livello di scolarizzazione si associa più frequentemente al parto in struttura pubblica (76,5%), quota che si riduce al 74,2% tra le donne con titolo di studio intermedio e al 68,8% tra le laureate.

Queste differenze possono riflettere fattori socio-economici, livelli di integrazione nei percorsi assistenziali e modalità di accesso ai servizi.

È tuttavia necessario considerare che nella scelta del punto nascita giocano un ruolo rilevante anche fattori logistici, in particolare la prossimità geografica e il luogo in cui la donna è stata presa in carico durante la gravidanza. I fattori sopra descritti, soprattutto quelli demografici, potrebbero quindi agire come variabili confondenti e riflettendo in parte la stratificazione socio-demografica del bacino d'utenza di ciascun presidio ospedaliero.

Nel 2025 il presidio che ha accolto il maggior numero di partorienti è stato quello degli Spedali Civili di Brescia, con 3.249 parti, seguito dalla Fondazione Poliambulanza con 2.608 parti. I due punti nascita cittadini concentrano complessivamente oltre il 70% dei parti avvenuti nelle strutture di ATS Brescia.

Si osservano differenze rilevanti nelle caratteristiche socio-demografiche delle partorienti tra i diversi punti nascita (Tabella 7). I presidi di Chiari e Desenzano presentano la quota più elevata di partorienti straniere (rispettivamente 62,6% e 59,8%). In tali strutture si osserva inoltre:

- età media inferiore rispetto ai due hub cittadini (31,0 anni a Chiari; 31,5 a Desenzano);
- maggiore presenza di donne con basso livello di istruzione (38,6% a Chiari; 36,5% a Desenzano);
- percentuale più contenuta di primipare (16,3% a Chiari; 19,0% a Desenzano).

Queste differenze determinano una diversa composizione dell'utenza ostetrica e un differente profilo di rischio materno-infantile, che possono influenzare i principali indicatori clinici ed assistenziali, quali modalità del parto, ricorso al taglio cesareo, complicanze ed esiti neonatali

Tabella 7: Caratteristiche materne nei diversi punti nascita dell'ATS nel 2025

STRUTTURA	N° PARTI	% donne straniere	Livello di Scolarizzazione (*)			% primipare	Età media
			Basso	Medio	Alto		
Spedali Civili	3.249	32,0%	19,8%	39,7%	40,4%	49,2%	33,0
Poliambulanza	2.608	20,3%	15,4%	44,5%	40,0%	53,6%	32,6
Manerbio	664	47,9%	31,0%	43,8%	25,2%	41,4%	32,1
Chiari	625	62,6%	38,6%	45,1%	16,3%	37,1%	31,0
Sant'Anna	562	34,0%	24,1%	50,4%	25,5%	52,8%	31,9
Desenzano	510	59,8%	36,5%	44,5%	19,0%	34,3%	31,5

(*) Livello di Scolarizzazione:

- Basso: licenza elementare, media o nessun titolo di studio
- Medio: diploma di scuola media superiore
- Alto: laurea

Oltre alle caratteristiche materne, emergono differenze tra i punti nascita anche in relazione agli esiti della gravidanza e alle modalità del parto (Tabella 8).

Gli Spedali Civili presentano la più alta prevalenza di nati prematuri (9,3%) e di parti gemellari (3,3%). Questo dato è coerente con il ruolo di centro di riferimento per le gravidanze a maggiore complessità clinica, anche in relazione alla presenza della Terapia Intensiva Neonatale, che comporta una concentrazione dei casi ad alto rischio ostetrico e perinatale.

Una quota rilevante di gravidanze patologiche si osserva anche presso il Presidio di Manerbio (45,6%). In questo caso, il dato appare riconducibile principalmente al bacino d'utenza, che comprende la popolazione dei comuni situati a sud del distretto cittadino, per i quali il presidio di Manerbio è il più facilmente raggiungibile.

L'Istituto Clinico Sant'Anna evidenzia invece il più elevato ricorso al taglio cesareo (40,2%), valore nettamente superiore alla media complessiva (29,0%).

Tabella 8: Caratteristiche del parto nei diversi punti nascita dell'ATS nel 2025

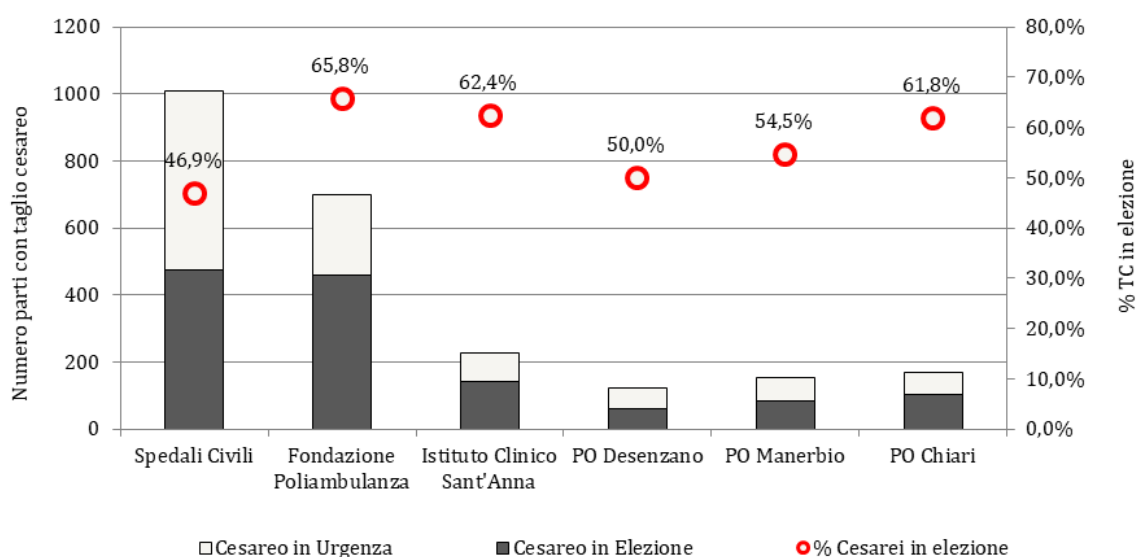
	% prematurità	% parti gemellari	% gravidanze patologiche	% con induzione travaglio	% taglio cesareo
Spedali Civili	9,3%	3,3%	30,9%	38,8%	31,1%
Poliambulanza	5,3%	1,4%	7,2%	27,1%	26,8%
Presidio di Manerbio	3,5%	0,5%	45,6%	33,9%	23,2%
Presidio di Chiari	4,3%	0,2%	30,7%	37,3%	27,2%
Istituto Clinico Sant'Anna	4,8%	0,7%	4,3%	31,9%	40,2%
Presidio di Desenzano	3,9%	0,4%	26,7%	37,6%	23,9%

TAGLIO CESAREO E CLASSIFICAZIONE DI ROBSON

Nel 2025 i parti espletati mediante taglio cesareo sono stati 2.380. In oltre la metà dei casi (55,6%; 1.324 parti) l'intervento è stato effettuato in elezione, cioè programmato prima dell'inizio del travaglio, ed eseguito in assenza di urgenza clinica immediata. Le strutture con la maggiore quota di cesarei programmati sul totale dei cesarei risultano Poliambulanza, Istituto Clinico Sant'Anna e Presidio di Chiari, dove oltre il 60% dei tagli cesarei avviene in elezione (*Figura 15*). In generale si osserva che la quota di cesarei non eseguiti in urgenza è più alta nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche (65% contro il 49,7%).

Nel complesso, la distribuzione degli indicatori suggerisce una marcata variabilità tra strutture, riconducibile sia alla diversa complessità clinica delle gravidanze assistite, sia a differenti modelli organizzativi e pratiche ostetriche.

Figura 15: Numero di parti da taglio cesareo in urgenza o in elezione e quota % dei TC in elezione



Per analizzare in modo sistematico e strutturato il ricorso al taglio cesareo è utile adottare la **Classificazione di Robson**, sistema raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come standard internazionale per la valutazione e il monitoraggio dei tassi di cesareo.

La classificazione consente di analizzare la distribuzione dei parti sulla base di alcune caratteristiche ostetriche fondamentali (parità, presentazione fetale, età gestazionale, numero di feti e modalità di insorgenza del travaglio), permettendo un confronto più appropriato tra strutture e contesti assistenziali.

Nel territorio dell'ATS di Brescia la quota maggiore di parti si concentra nelle classi I e III, che comprendono rispettivamente le nullipare e le multipare con gravidanza singola cefalica a termine e travaglio spontaneo; queste due classi rappresentano complessivamente oltre il 40% dei parti.

Una quota rilevante è rappresentata anche dalle classi II e IV, relative ai parti indotti o ai cesarei prima del travaglio nelle gravidanze a termine.

La classe V (donne con precedente taglio cesareo) rappresenta circa il 12% dei parti e costituisce uno dei gruppi più rilevanti nell'analisi del ricorso al taglio cesareo.

Nel complesso, la distribuzione delle classi appare coerente con quella osservata a livello regionale e nazionale, con una prevalenza di parti a termine con presentazione cefalica e una quota più contenuta di gravidanze caratterizzate da maggiore complessità ostetrica.

In *Tabella 9* sono evidenziate in verde le classi IIb e IVb, nelle quali il parto avviene per definizione mediante taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio. La quota di gravidanze che rientra in queste due categorie è complessivamente limitata, pari a circa il 5% del totale dei parti. Le classi dalla V alla X comprendono invece situazioni con possibile indicazione clinica al cesareo, mentre le classi I e la III, che sono anche le più numerose, rappresentano condizioni a basso rischio ostetrico, nelle quali il parto vaginale costituisce generalmente la modalità di parto di riferimento.

Tabella 9: Numero di parti in ATS Brescia per classe di Robson, anno 2025

Classe di Robson	Descrizione	N° parti	% sul totale dei parti
I	Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane, travaglio spontaneo	1.668	20,3%
II	Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane, travaglio indotto (IIa)	1.541	18,8%
	Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane, TC prima del travaglio (IIb)	290	3,5%
III	Multipare (escluse se pregresso taglio cesareo), gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane, travaglio spontaneo	1.784	21,7%
IV	Multipare (esc. preg. TC) gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane, travaglio indotto (IVa)	1.000	12,2%
	Multipare (esc. preg. TC) gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane, TC prima del travaglio (IVb)	114	1,4%
V	Pregresso TC, gravidanza singola, presentazione cefalica, >= 37 settimane	979	11,9%
VI	Nullipare, presentazione podalica, indipendentemente dall'età gestazionale	183	2,2%
VII	Pluripare, presentazione podalica, indipendentemente dall'età gestazionale	89	1,1%
VIII	Gravidanza multipla anche con pregresso taglio cesareo	152	1,8%
IX	Posizioni anomale anche con pregresso taglio cesareo	13	0,2%
X	Tutte le gravidanze singole, cefaliche, inclusi i pregressi tagli cesarei, età gest. < 36 settimane	405	4,9%

In Figura 15 è riportata la quota di parti con taglio cesareo nelle diverse classi della classificazione di Robson.

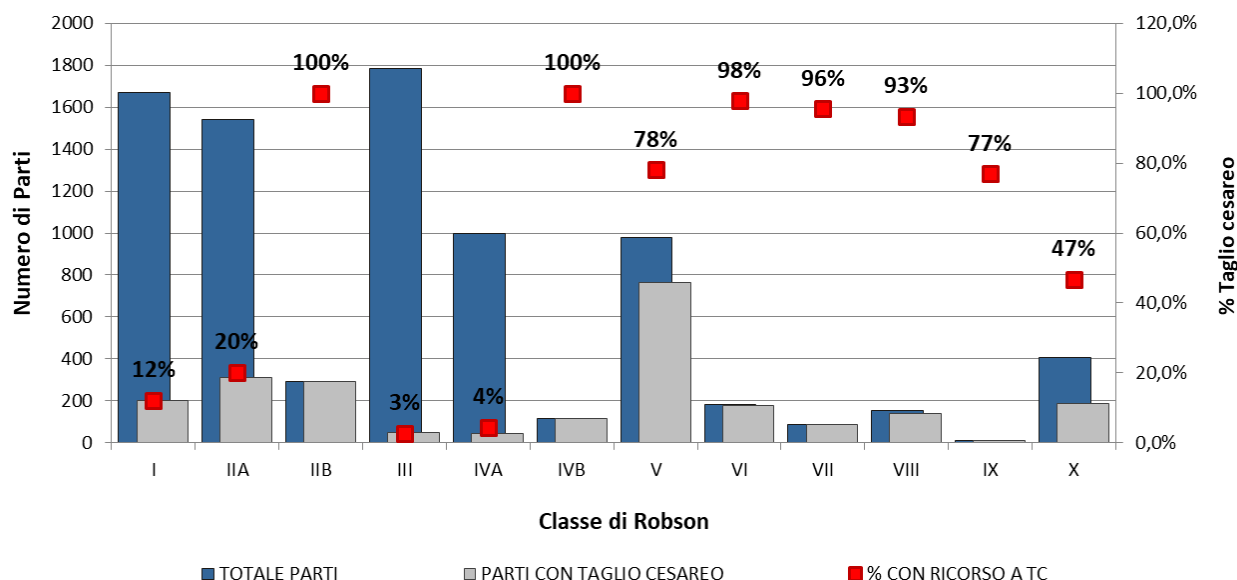
Escludendo le classi IIb e IVb, nelle quali la percentuale di cesarei è pari al 100%, i valori più elevati si osservano nella classe VI (nullipare con presentazione podalica), dove il ricorso al taglio cesareo raggiunge il 98%. Percentuali elevate si registrano anche nelle classi VII e VIII, che tuttavia rappresentano una quota relativamente contenuta del totale dei parti.

La classe V, che comprende le donne con pregresso taglio cesareo e gravidanza singola cefalica a termine, assume invece un peso particolarmente rilevante poiché contribuisce in misura significativa, in termini assoluti, al numero complessivo di parti cesarei.

Le classi III e I rappresentano i gruppi più numerosi. In entrambe, il ricorso al taglio cesareo risulta relativamente contenuto. In particolare, la classe I, che comprende le donne al primo parto con gravidanza singola cefalica a termine e travaglio spontaneo, rappresenta il gruppo più numeroso ed è costituita prevalentemente da gravidanze a basso rischio.

Il monitoraggio del ricorso al taglio cesareo in questa classe riveste particolare importanza, poiché l'esecuzione di un cesareo al primo parto aumenta significativamente la probabilità di ricorrere nuovamente al taglio cesareo nelle gravidanze successive. Un elevato tasso di cesarei nella classe I tende inoltre a riflettersi, negli anni successivi, in un aumento della numerosità della classe V, che comprende le donne con precedente taglio cesareo.

Figura 16: Numero di parti totali e cesarei per classe di Robson, con indicazione della % di TC



L'analisi per struttura (Tabella 10) evidenzia una marcata variabilità nei tassi di cesareo anche all'interno delle classi a basso rischio, in particolare nelle Classi I e III.

In dettaglio:

- Classe I: tasso di cesareo tra compreso tra 8% e 19%;
- Classe III: tra 1,6% al 4,0%;
- Classe V: tra 71,4% e 94,9%.

Questa eterogeneità non è interamente spiegabile con differenze cliniche, poiché la classificazione di Robson è progettata proprio per rendere omogenei i gruppi di rischio ostetrico. Essa può riflettere differenti politiche clinico-organizzative, modelli assistenziali, o una diversa propensione alla promozione del parto vaginale dopo cesareo (VBAC -*vaginal birth after cesarean*).

Una simile variabilità è descritta anche a livello regionale, come riportato nel documento "Certificato di assistenza al parto in Regione Lombardia, analisi dell'evento nascita 2024".

Tabella 10: Numero e percentuale di parti cesarei per classe di Robson e punto nascita, anno 2025

	Robson I		Robson IIa		Robson III		Robson V	
	N°parti	% cesarei	N°parti	% cesarei	N°parti	% cesarei	N°parti	% cesarei
Spedali Civili	571	12,6%	709	21,2%	578	3,6%	412	72,3%
Poliambulanza	683	11,3%	420	16,4%	607	2,3%	241	80,9%
Istituto Clinico Sant'Anna	116	19,0%	116	29,3%	100	4,0%	79	94,9%
Presidio di Desenzano	66	9,1%	88	20,5%	149	2,7%	70	72,9%
Presidio di Manerbio	124	8,1%	110	19,1%	185	1,6%	77	71,4%
Presidio di Chiari	108	13,9%	98	20,4%	165	1,8%	100	90,0%
TOTALE	1.668	12,1%	1.541	20,2%	1.784	2,7%	979	78,0%

UTILIZZO PUNTI NASCITA PER AMBITO DI RESIDENZA

Il numero complessivo dei parti registrati tramite CeDAP in donne residenti in ATS Brescia è stato di 7.040. Vi erano inoltre 1.178 donne che hanno partorito nei punti nascita di ATS Brescia ma non erano qui residenti. Essendo la scelta del punto nascita fortemente influenzata dalla residenza si presentano i dati stratificati per gli 11 ambiti sociosanitari di ATS Brescia nel 2025.

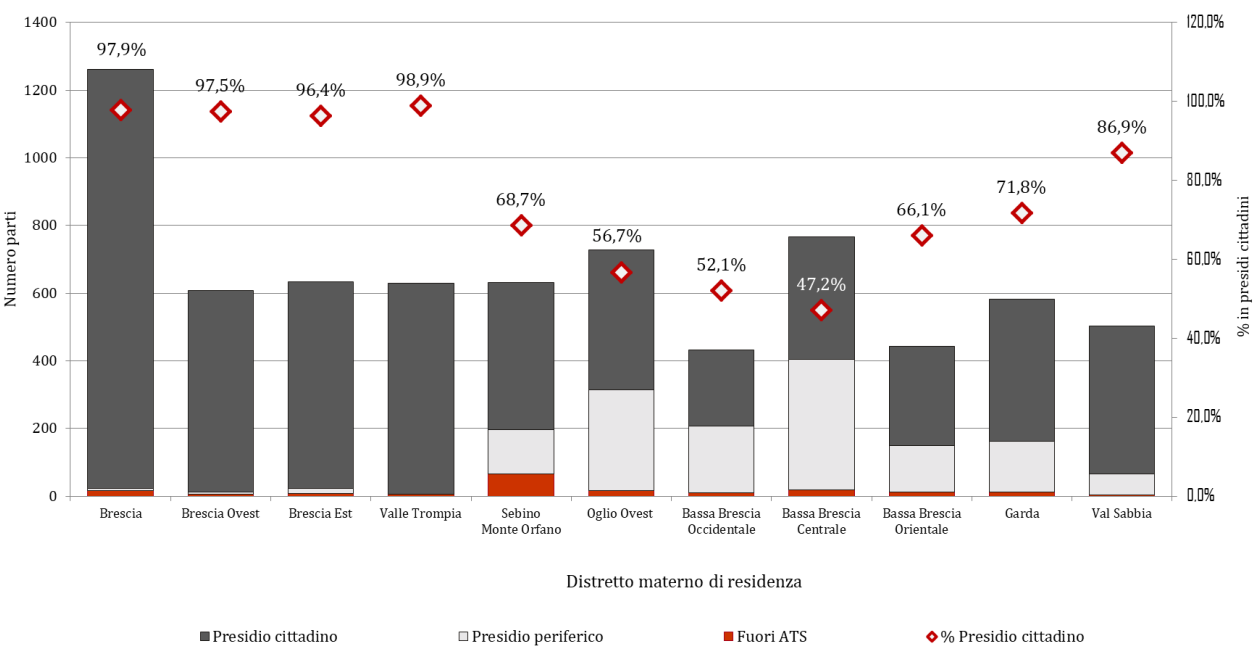
Tabella 11: Numero parti per residenza e nazionalità della madre nel 2025

	n. totale	Italiane	straniere	% straniera
01- Brescia	1.266	742	504	39,8%
02- Brescia Ovest	609	424	180	29,6%
03- Brescia Est	634	444	183	28,9%
04- Valle Trompia	630	434	191	30,3%
05- Sebino Monte Orfano	632	421	157	24,8%
06- Oglio Ovest	728	418	296	40,7%
07- Bassa Bresciana Occidentale	432	274	152	35,2%
08- Bassa Bresciana Centrale	767	471	284	37,0%
09- Bassa Bresciana Orientale	442	265	171	38,7%
10- Garda	585	434	138	23,6%
11- Valle Sabbia	505	350	153	30,3%
NON residenti che hanno partorito in ATS Brescia	1.178	768	410	34,8%
Totale	8.408	5.589	2.773	33,0%

La scelta del punto nascita appare fortemente influenzata anche dal luogo di residenza della madre all'interno del territorio dell'ATS Brescia. Dall'analisi dei flussi emerge infatti una chiara relazione tra ambito territoriale di residenza e struttura di ricovero utilizzata per il parto. In particolare, le donne residenti negli ambiti cittadini si rivolgono quasi esclusivamente ai due punti nascita presenti in città, mentre le residenti negli ambiti periferici mostrano un comportamento più articolato: una quota rilevante accede comunque ai presidi cittadini, mentre una parte consistente dei parti avviene nei punti nascita territorialmente più prossimi alla residenza.

Questo andamento suggerisce come la prossimità geografica continui a rappresentare un fattore determinante nella scelta della struttura, soprattutto nelle aree più distanti dal capoluogo. Allo stesso tempo, i punti nascita cittadini mantengono un'elevata capacità attrattiva anche nei confronti delle residenti nei distretti periferici, probabilmente in relazione alla maggiore disponibilità di servizi specialistici e alla presenza di livelli assistenziali più elevati.

Figura 17: Numero di parti per tipologia di presidio e ambito di residenza della madre, anno 2025



Una quota contenuta di parti avviene al di fuori della regione, con maggiore incidenza nei distretti confinanti con Veneto e Trentino (Garda, Valle Sabbia) o nelle zone più periferiche del Sebino e della Bassa Bresciana. In questi casi, le donne scelgono strutture vicine geograficamente, come la Clinica Pederzoli di Peschiera del Garda, l'ospedale di Rovereto o alcuni presidi lombardi limitrofi, in particolare a Bergamo e Mantova. Complessivamente, i parti fuori regione rimangono marginali rispetto al totale, confermando la forte prevalenza di scelta dei punti nascita ATS Brescia.

Distretto 1 - Brescia

Nel 2025 le partorienti residenti nel distretto urbano di Brescia sono state 1.266. La quasi totalità (97,9%) ha partorito nei punti nascita cittadini, con prevalenza agli Spedali Civili (740 parti, 58,5%), seguiti dalla Poliambulanza con (401, 31,7%) e dall'Istituto Clinico Sant'Anna (98, 7,7%).

Diciassette parti si sono svolte in strutture fuori dell'ATS Brescia, senza particolare concentrazione. Tra le gravidanze con decorso patologico (237 casi), l'82,3% dei parti è avvenuto presso gli Spedali Civili.

Distretto 2 Brescia Ovest

Le 609 partorienti residenti hanno partorito per la maggior parte parti nei punti nascita cittadini, con gli Spedali Civili al primo posto (54,7%), seguiti dalla Poliambulanza (32,5%) e dall'Istituto Clinico Sant'Anna (10,3%). Sei parti sono avvenuti in altre ATS lombarde. Tra le gravidanze patologiche (113 casi) la maggior parte dei parti si è svolta agli Spedali Civili (79,6%) o alla Poliambulanza (8,8%).

Distretto 3 - Brescia Est

Nel 2025 le 634 partorienti del distretto hanno partorito prevalentemente nei punti nascita cittadini (94,4%), suddivisi quasi equamente tra Poliambulanza (45,1%) e Spedali Civili (45,4%), mentre l'Istituto Clinico Sant'Anna ha accolto il 5,8% dei parti. Otto parti sono avvenuti in altre ATS lombarde e sette fuori regione. Tra le gravidanze patologiche (110 casi), la maggioranza dei parti si è svolta agli Spedali Civili (72,7%) o alla Poliambulanza (19,1%).

Distretto 4 - Valle Trompia

Le 630 partorienti residenti hanno partorito quasi tutte nei punti nascita cittadini (98,9%), con cinque parti in altre ATS lombarde e sei fuori regione. Tra le gravidanze patologiche, l'88,5% dei parti si è svolto agli Spedali Civili e il 9% alla Poliambulanza.

Distretto 5 - Sebino - Monte Orfano

In quest'area, le 632 partorienti hanno mostrato una scelta più diversificata: il 68,7% ha partorito nei punti nascita cittadini, il 20,3% presso il presidio di Chiari e ulteriori 65 parti in altre ATS lombarde, in particolare a Bergamo e Seriate. Tra le gravidanze patologiche (142 casi), la maggior parte dei parti si è svolta agli Spedali Civili (40,1%) o al presidio di Chiari (30,3%).

Distretto 7 - Oglio Ovest

Le 728 partorienti hanno partorito per oltre la metà (52,1%) nei punti nascita cittadini, mentre il presidio di Chiari ha registrato il maggior numero di nascite (291, 40,4%). Sedici parti si sono svolte in altre ATS lombarde, principalmente a Bergamo. Tra le gravidanze patologiche (127 casi), 68 parti sono avvenuti a Chiari.

Distretto 8 - Bassa Bresciana Occidentale

Tra le 432 partorienti, più della metà dei parti (52,1%) è avvenuta nei punti nascita cittadini, mentre Manerbio ha accolto 150 parti (34,7%). Undici parti si sono svolte in altre ATS lombarde, prevalentemente in provincia di Cremona. Tra le gravidanze patologiche (127 casi), la maggior parte dei parti è avvenuta a Manerbio (53,5%) o agli Spedali Civili (22,8%).

Distretto 9 - Bassa Bresciana Centrale

Le 767 partorienti hanno partorito principalmente a Manerbio (50%), mentre il 47,2% si è rivolta ai punti nascita cittadini. Tra i parti in altre ATS lombarde (19 casi), Cremona è risultata la struttura più utilizzata. Tra le gravidanze patologiche (258 casi), i parti sono avvenuti prevalentemente a Manerbio (69,8%) e agli Spedali Civili (20,2%).

Distretto 10 - Bassa Bresciana Orientale

Tra le 442 partorienti, il 66,1% ha partorito nei punti nascita cittadini. Le strutture più scelte sono state Poliambulanza (156 parti, 35,3%) e Spedali Civili (124, 28,1%), con un numero significativo anche a Desenzano (117, 26,5%). Tredici parti si sono svolte in altre ATS lombarde, principalmente a Mantova. Tra le gravidanze patologiche (101 casi), la maggior parte dei parti si è svolta agli Spedali Civili (44,6%) o a Desenzano (29,7%).

Distretto 11 - Garda

Le 585 partorienti hanno partorito in prevalenza nei punti nascita cittadini (71,8%), soprattutto Spedali Civili (29,3%) e Poliambulanza (34,7%), mentre il 25,3% ha scelto l'ospedale di Desenzano. Dodici parti si sono svolte in altre ATS lombarde e, a causa della vicinanza con Veneto e Trentino, una quota rilevante fuori regione (79 parti nel 2022), soprattutto a Peschiera del Garda e Rovereto. Tra le gravidanze patologiche (85 casi), il parto è avvenuto prevalentemente a Desenzano (35,3%) o agli Spedali Civili (44,7%).

Distretto 12 - Valle Sabbia

Le 505 partorienti hanno partorito per l'86,9% nei punti nascita cittadini, principalmente agli Spedali Civili (39,2%) e alla Poliambulanza (41,8%). Tra le gravidanze patologiche (103 casi), la maggior parte dei parti è avvenuta agli Spedali Civili (62,1%).

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati del CeDAP relativi all'anno 2025 conferma le principali caratteristiche del percorso nascita nell'ATS di Brescia. Il numero dei parti si inserisce nel più ampio contesto di progressiva riduzione della natalità osservato negli ultimi anni, fenomeno che interessa l'intero territorio nazionale e che comporta una progressiva contrazione dei volumi assistenziali.

Dal punto di vista socio-demografico emerge il progressivo aumento dell'età materna al parto e la presenza di una quota rilevante di madri di cittadinanza straniera. Tali elementi contribuiscono a delineare un profilo della popolazione assistita sempre più eterogeneo e, in alcuni casi, caratterizzato da bisogni assistenziali più complessi, con possibili implicazioni sull'organizzazione e sull'intensità dell'assistenza nel percorso nascita.

L'analisi dell'assistenza alla gravidanza evidenzia nel complesso un buon livello di adesione ai controlli prenatali e ai principali interventi di prevenzione raccomandati, a conferma di una buona capacità del sistema di intercettare precocemente le donne in gravidanza e di accompagnarle lungo il percorso assistenziale. Gli esiti neonatali risultano complessivamente in linea con quanto osservato a livello regionale e nazionale.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'offerta, i punti nascita dell'ATS di Brescia continuano a rappresentare il riferimento principale per le partorienti residenti nel territorio. In particolare, i presidi dell'area cittadina accolgono la maggior parte dei parti e svolgono un ruolo centrale nella gestione delle gravidanze a maggiore complessità assistenziale, mentre i punti nascita territoriali mantengono una funzione rilevante nel garantire prossimità e accessibilità alle popolazioni residenti nelle aree periferiche.

L'analisi dei flussi conferma inoltre una forte relazione tra area di residenza e struttura scelta per il parto, con una prevalenza di accesso ai punti nascita più prossimi al domicilio e una mobilità complessivamente contenuta verso strutture di altre ATS o fuori regione, concentrata prevalentemente nelle aree di confine.

Le analisi evidenziano una variabilità non trascurabile tra strutture nei principali indicatori di appropriatezza del ricorso al taglio cesareo. Tali differenze, solo in parte giustificabili da caratteristiche cliniche della popolazione assistita, appaiono verosimilmente correlate anche a modelli organizzativi, pratiche cliniche e approcci gestionali differenti. In particolare, si osservano scostamenti rilevanti sia nel ricorso al cesareo primario, anche in condizioni a basso rischio, sia nell'offerta e nel successo del VBAC. Questo quadro suggerisce la presenza di margini di miglioramento, in particolare attraverso il rafforzamento di strumenti di audit clinico, il confronto sistematico tra strutture e la diffusione di pratiche assistenziali maggiormente aderenti alle linee guida.

Nel complesso, i dati analizzati evidenziano una rete dei punti nascita articolata e complessivamente in grado di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione residente, con una distribuzione dei flussi coerente con la configurazione territoriale dell'offerta sanitaria. In questo contesto, la riduzione della variabilità non giustificata tra strutture e il miglioramento dell'appropriatezza del ricorso al taglio cesareo rappresentano ambiti prioritari di intervento per il sistema, anche in un'ottica di equità, qualità e sicurezza dell'assistenza.

FAC - SIMILE

CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

A 1. Codice Istituto di cura	2. Anno pratica della ricoverata	3. N° SDO della ricoverata
OPPURE IN CASO DI PARTO NON AVVENUTO IN ISTITUTO DI	RICOVERO	(a)
B 1. Codice ASL	2. Anno dell'evento	3. N° progressivo ASL del parto
5. Archivio di registrazione (tipo record) (b) 1		
6. Comune di evento		
Il sottoscritto _____ nella qualità di _____		
avendo prestato la propria opera al parto in oggetto certifica quanto segue:		
Cognome e nome della puerpera _____		
7. Codice fiscale della puerpera _____ Puerpera coperta da anonimato ☐ sì ☐ no ☐		
SEZIONE A informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i		
MADRE		
8. DATA DI NASCITA	16. DATA DI NASCITA	
9. CITTADINANZA (c)	17. CITTADINANZA (c)	
10. LUOGO DI NASCITA (d)	18. LUOGO DI NASCITA (d)	
11. LUOGO DI RESIDENZA (d)	19. LUOGO DI RESIDENZA (d)	
12. TITOLO DI STUDIO (se più di uno, indicare solo il più elevato)	20. TITOLO DI STUDIO (se più di uno, indicare solo il più elevato)	
13. CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE	21. CONDIZIONE PROFESSIONALE/NON PROFESSIONALE	
SE OCCUPATA INDICARE LA POSIZIONE NELLA PROFESSIONE E IL RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA	SE OCCUPATO INDICARE LA POSIZIONE NELLA PROFESSIONE E IL RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA	
13.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE	21.2 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE	
13.3 RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA	21.3 RAMO DI ATTIVITA' ECONOMICA	
14. STATO CIVILE	Firma dell'ostetrica/o o del medico	
SE STATO CIVILE DIVERSO DA "Nubile" INDICARE LA DATA DELL'UNICO O ULTIMO MATRIMONIO		
15. DATA DEL MATRIMONIO		

22. PRECEDENTI CONCEPIMENTI <i>IN CASO DI PRECEDENTI CONCEPIMENTI INDICARE IL NUMERO DI:</i> 23. Parti precedenti si ☐ no ☐ 24. Tagli cesarei precedenti 1 ☐ 2 ☐ 25. Nati vivi 1 ☐ 2 ☐ 26. Nati morti (e) 1 ☐ 2 ☐ 27. Aborti spontanei (r) 1 ☐ 2 ☐ 28. Interruzioni volontarie di gravidanza 1 ☐ 2 ☐ 29. DATA ULTIMO PARTO (precedente a quello che si rileva) g g m m a a a a 30. CONSANGUINEITA' TRA PADRE E MADRE -Parenti di 4° grado (figli di fratelli e sorelle) 1 ☐ -Parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlio/a di un suo primo cugino) 2 ☐ -Parenti di 6° grado (secondi cugini) 3 ☐ -Nessuna consanguineità 4 ☐ 31. NUMERO DI VISITE DI CONTROLLO EFFETTUATE (g) PARTI FINO AL 2015: -Nessuna visita 1 ☐ -Da 1 a 4 visite 2 ☐ -Più di 4 visite 3 ☐ PARTI DAL 2016: -Zero visite 0 ☐ -Una visita 1 ☐ -Due visite 2 ☐ -Tre visite 3 ☐ -Quattro visite 4 ☐ -Cinque visite 5 ☐ -Sei visite 6 ☐ -Sette visite 7 ☐ -Otto visite 8 ☐ -Nove o più visite 9 ☐	32. NUMERO DI SETTIMANE COMPIUTE DI GRAVIDANZA ALLA PRIMA VISITA DI CONTROLLO 1 ☐ 2 ☐ 33. NUMERO DI ECOGRAFIE 1 ☐ 2 ☐ ALTRE INDAGINI PERINATALI 34. Amniocentesi si ☐ no ☐ 35. Villi coriali si ☐ no ☐ 36. Fetoscopia/funicolocentesi si ☐ no ☐ 37. Ecografia dopo le 22 settimane si ☐ no ☐ 38. DECORSO DELLA GRAVIDANZA - Fisiologico 1 ☐ - Patologico 2 ☐ 39. DIFETTO DI ACCRESCIMENTO FETALE - Rallentamento accrescimento intrauterino 1 ☐ - Nessun rallentamento accrescimento intrauterino 2 ☐ 40. CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI RIPRODUZIONE MEDICO-ASSISTITA si ☐ no ☐ 41. SE SI INDICARE LA TECNICA: -Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione 1 ☐ -IUI (Intra Uterine Insamination) 2 ☐ -GIFT (Gamete Intra Falloppian Transfer) 3 ☐ -FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer) 4 ☐ -ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection) 5 ☐ -Altre tecniche 6 ☐ 42. SETTIMANE DI AMENORREA 1 ☐ 2 ☐ 43. NUMERO DI NATI NEL PARTO IN OGGETTO DI CUI SPECIFICARE: 44. quanti di sesso maschile 1 ☐ 2 ☐ 45. quanti di sesso femminile 3 ☐ 4 ☐ 46. quanti di sesso indeterminato 5 ☐ 6 ☐ 47. PROFILASSI RH si ☐ no ☐
---	--

114. Alcool: - Astemia 1 ☐ - Sospeso all'inizio della gravidanza 2 ☐ - Beve 1-2 Unità Alcolica/settimana 3 ☐ - Beve 1 Unità Alcolica /die 4 ☐ - Beve > 1 Unità Alcolica /die 5 ☐ 117. Acido Folico: - Si, assunzione precedente alla gravidanza 1 ☐ - Si, assunzione dopo inizio gravidanza 2 ☐ - No 3 ☐ 119. Altezza: cm	115. Fumo : - No, mai 1 ☐ - Si, sospeso da almeno un anno 2 ☐ - Si, sospeso in gravidanza 3 ☐ - Si, fumatrice attuale 4 ☐ 116. Incontri Accompagnamento alla nascita: - Si 1 ☐ - No 2 ☐ 118. Peso pregravidico: kg
---	---

(a) Le informazioni richieste nel riquadro a fondo grigio rappresentano la chiave di individuazione di ogni singolo parto: per i parti avvenuti in istituti di ricovero, sia pubblici sia privati, andrà compilata esclusivamente la riga A; in alternativa quando il parto si verifichi in abitazione o "casa della madre" o altro luogo diverso da un istituto di ricovero, andrà compilata esclusivamente la riga B.

(b) Il tipo di record viene prestampato nel modello, non è necessaria la compilazione, è stato inserito solamente come aiuto nella fase di registrazione dei dati nel computer.

(c) Specificare la cittadinanza. Se italiana utilizzare il codice 100

(d) Le prime 3 caselle in caso di nata/o o residente all'estero devono essere compilate con "999" mentre nelle ultime 3 caselle deve essere inserito il codice ISTAT degli Stati Esteri.

(e) Nato morto: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita, purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.

(f) Aborto spontaneo: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

(g) Il campo Visite di Controllo, che attualmente permette l'inserimento di fasce, è stato modificato in modo da permettere l'indicazione del preciso numero delle visite di controllo, solo per i parti con data parto a partire dal 2016. Il nuovo comportamento è stato previsto sia nel tracciato da inviare alla Regione tramite file sia dall'interfaccia Web.

Per compatibilità con il passato, fino al 2015 bisognerà inserire Cedap contenenti solo le vecchie fasce:

- Tramite file saranno le fasce 1,2,3 (comportamento invariato rispetto a quello attuale)
- Da interfaccia web saranno le fasce 0.A.B (A e B inserite per compatibilità con il passato, dove A=da 1 a 4 visita e B=oltre 4 visite)

FAC SIMILE CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

A 1. Codice Istituto di cura OPPURE IN CASO DI PARTO NON AVVENUTO IN ISTITUTO DI RICOVERO		2. Anno pratica della ricoverata		3. N° SDO della ricoverata		(a)	
B 1. Codice ASL		2. Anno dell'evento		3. N° progressivo ASL del parto			
4. Numero d'ordine del nato nel parto in oggetto				5. Archivio di registrazione (tipo record)			
				(b)			

SEZIONE C Informazioni sul parto e sul neonato (da compilarsi per ogni nato)

Cognome del neonato		Nome del neonato	
Codice fiscale del neonato		48. Numero SDO del neonato (anno; progressivo)	

49. LUOGO DEL PARTO

-Istituto di Cura pubblico o privato

-Abitazione privata(parto programmato a domicilio)

-Altra struttura di assistenza

-Altro(strada mezzo di trasporto parto non programmato a domicilio, etc)

50. MODALITA' DEL TRAVAGLIO

-Spontaneo

-Indotto

-Assenza di travaglio (solo per TC)

-Spontaneo, accelerato con ostetrica

-Spontaneo, accelerato con amnioressi

51. SE INDOTTO INDICARE LA METODICA DI INDUZIONE:

-Farmacologico

-Amnioressi

-Altro

52. PRESENTAZIONE DEL NEONATO

-Vertice

-Podice

-Fronte

-Bregma

-Faccia

-Spalla

53. MODALITA' DEL PARTO

-Spontaneo

-Taglio cesareo di elezione

-Taglio cesareo in travaglio

-Forcipe

-Ventosa

-Altro

-Taglio cesareo fuori travaglio urgente

54. DATA E ORA DEL PARTO

55. GENERE DEL PARTO

-Semplice

-Gemellare

60. PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL MOMENTO DEL PARTO

56. Ostetrica/o (c) si no ostetrica one-to-one

57. Ginecologa/o si no

58. Pediatra/Neonatalogo si no

59. Anestesista si no

60. Altro si no

61. PERSONE PRESENTI AL MOMENTO DEL PARTO

-Padre del neonato

-Altra persona di famiglia della partoriente

-Altra persona di fiducia della partoriente

-Nessuno

62. SESSO

-Maschio

-Femmina

-Indeterminato

63. TIPO DI GENITALI ESTERNI

-Maschili

-Femminili

-Indeterminati

64. PESO ALLA NASCITA (in grammi)

65. LUNGHEZZA (in centimetri)

66. CIRCONFERENZA CRANICA (in centimetri)

67. VITALITA'

-Nato vivo

-Nato morto

(Se nato morto compilare anche la sezione D)

68. PUNTEGGIO APGAR (5° minuto)

69. NECESSITA' DI RIANIMAZIONE si no

70. PRESENZA DI MALFORMAZIONI si no

METODICHE DI CONTENIMENTO DEL DOLORE (d)

102. ANALGESIA EPIDURALE si no

103. ACQUA si no

104. ALTRO TIPO DI ANALGESIA FARMACOLOGICA si no

105. POSTURE MATERNE si no

106. ALTRO NON FARMACOLOGICO si no

107. EPISIOTOMIA si no

108. LACERAZIONE

-Nessuna lacerazione 0

-I Grado 1

-II Grado 2

-III Grado 3

-IV Grado 4

109. PERDITA EMATICA AL PARTO (in millimetri)

-Fino a 100 01

-Fino a 200 02

-Fino a 300 03

-Fino a 400 04

-Fino a 500 05

-Fino a 600 06

-Fino a 700 07

-Fino a 800 08

-Fino a 900 09

-Fino a 1000 10

-Fino a 1100 11

-Fino a 1200 12

-Fino a 1300 13

-Fino a 1400 14

-Fino a 1500 15

-Oltre 1500 16

Firma dell'ostetrica/o o del medico

POST-PARTUM (e)

110. Contatto pelle a pelle per almeno un'ora si no

111. Attacco precoce al seno nelle prime due ore si no

112. Trasferito presso altra struttura si no

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

- (a) Le informazioni richieste nel riquadro a fondo grigio rappresentano la chiave di individuazione di ogni singolo parto: per i parti avvenuti in istituti di ricovero, sia pubblici sia privati, andrà compilata esclusivamente la riga A; in alternativa quando il parto si verifichi in abitazione o "casa della madre" o altro luogo diverso da un istituto di ricovero, andrà compilata esclusivamente la riga B.
- (b) Il tipo di record viene prestampato nel modello, non è necessaria la compilazione, è stato inserito solamente come aiuto nella fase di registrazione dei dati nel computer.
- (c) Ostetrica: indicare uno dei tre valori possibili: si/no/one-to-one. L'opzione one-to-one è da indicare solo nel caso in cui l'organizzazione aziendale è stata predisposta in modo da avere la presenza e il supporto continuativi da parte di un'Ostetrica una volta posta diagnosi di travaglio attivo, che continua fino al parto e durante il post-partum.

(d) Metodiche di contenimento del dolore:

Analgesia epidurale	Analgesia loco-regionale
Altro tipo di analgesia farmacologica	Opioidi per via parenterale (morfina); Analgesico inalatorio (protossido di azoto)
Posture materne	Possibilità per la donna di muoversi e assumere posizioni libere durante travaglio e parto.
Acqua	Utilizzo dell'acqua (doccia o vasca) come metodo di contenimento del dolore durante travaglio e parto.
Altro (non farmacologico)	Tecniche di rilassamento, tecniche di respirazione, massaggi, musica scelta dalla donna, altri metodi di contenimento del dolore non farmacologici.

(e) Post-partum:

Contatto pelle a pelle per almeno un'ora	Madre e padre sono a petto nudo a contatto con il neonato nudo, immediatamente dopo il parto e continuamente per almeno un'ora.
Attacco precoce al seno nelle prime due ore	Attacco del neonato al seno materno entro due ore dall'espletamento del parto.

4. Numero d'ordine del nato nel parto in oggetto (g)		5. Archivio di registrazione (tipo record) (b)	3
---	--	---	---

SEZIONE D informazioni sulle cause di nati-mortalità (da compilarsi per ogni nato morto)

MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO

71.

72.

Descrizione Codice ICD-9-CM

ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO

73.

74.

Descrizione Codice ICD-9-CM

MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE INTERESSANTE IL FETO

75.

76.

Descrizione Codice ICD-9-CM

ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE INTERESSANTE IL FETO

77.

78.

Descrizione Codice ICD-9-CM

ALTRA CIRCONSTANZA RILEVANTE

79.

80.

Descrizione Codice ICD-9-CM

81. MOMENTO DELLA MORTE

- Morte prima del travaglio 1 ☐
- Morte avvenuta durante il travaglio 2 ☐
- Morte avvenuta durante il parto 3 ☐
- Momento della morte sconosciuto 4 ☐

83. ESECUZIONE FOTOGRAFIE si ☐ no ☐
(in caso di malformazioni)

84. RISCONTRO AUTOPTICO

- La causa di morte individuata è stata confermata dalla autopsia 1 ☐
- Il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito 2 ☐
- L'autopsia non è stata effettuata 3 ☐

82. ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI si ☐ no ☐
(in caso di malformazioni)

SEZIONE E informazioni sulla presenza di malformazioni (da compilarsi per ogni nato malformato)

85. MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA - 1

Descrizione Codice ICD-9-CM

86. MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA - 2

Descrizione Codice ICD-9-CM

87. MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA - 3

Descrizione Codice ICD-9-CM

88. CARIOTIPO

Descrizione

89. ETA' GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE (settimane)

90. ETA' NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE (giorni)

PRESENZA DI EVENTUALI MALFORMAZIONI IN FAMIGLIA RISCONTRATE IN:

91. Fratelli si ☐ no ☐	95. Genitori padre si ☐ no ☐
92. Madre si ☐ no ☐	96. Altri parenti della madre si ☐ no ☐
93. Padre si ☐ no ☐	97. Altri parenti del padre si ☐ no ☐
94. Genitori madre si ☐ no ☐	

MALATTIA INSORTA IN GRAVIDANZA - 1

98.

99.

Descrizione Codice ICD-9-CM

MALATTIA INSORTA IN GRAVIDANZA - 2

100.

101.

Descrizione Codice ICD-9-CM

Firma del medico

Eventi da segnalare	
MATERNI	FETALI
- MORTE MATERNA ☐	- NATI MORTI > 500 gr E/O > 23 SETTIMANE ☐
- DISTOCIA DI SPALLA ☐	- MORTE INTRAPARTUM ☐
- EMORRAGIA > 1500 ml ☐	- TRAUMA ALLA NASCITA ☐
- RITORNO IN SALA OPERATORIA ☐	- PH DEL CORDONE OMBELICALE < 7.0 ARTERIOSO O < 7.1 VENOSO ☐
- ECLAMPSIA ☐	- SGA INASPETTATO A TERMINE ☐
- ISTERECTOMIA / LAPAROTOMIA / EMBOLIZZAZIONE ARTERIE UTERINE ☐	(peso alla nascita inferiore al decimo percentile per età gestazionale e sesso)
- COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE DA EPIDURALE / SPINALE ☐	- NEONATO A TERMINE SENZA MALFORMAZIONI, RICOVERATO IN TIN ☐
- TROMBOEMBOLISMO ☐	- ANOMALIE FETALI NON DIAGNOSTICATE ☐
- RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA ☐	
- LACERAZIONI DI TERZO / QUARTO GRADO ☐	
- VENTOSA O FORCIPE ADOPERANTI SENZA SUCCESSO ☐	
- ROTTURA D'UTERO ☐	
- TEMPO > 30min PER TC D'EMERGENZA (CODICE ROSSO) ☐	
- RITENZIONE DI GARZA O STRUMENTO ☐	
- PARTO A DOMICILIO NON PIANIFICATO ☐	
- PARTO NON ASSISTITO ☐	

Firma dell'ostetrica/o o del medico
