

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta un settore fondamentale della Sanità Pubblica in quanto si occupa del benessere delle donne durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale, nonché della salute dei neonati e dei bambini nei primi anni di vita. Questo ambito mira a garantire condizioni ottimali per la crescita e lo sviluppo dei bambini, prevenendo malattie e complicazioni che possano compromettere la vita e la qualità di vita sia delle madri sia dei loro figli. Investire nella salute materno-infantile significa promuovere interventi preventivi, migliorare l'accesso ai servizi sanitari ed educare le famiglie, con l'obiettivo di ridurre la mortalità materna e infantile e favorire uno sviluppo sano e armonioso.

Tra il 2020 e il 2023, il numero di punti nascita con <1.000 parti annui è diminuito di 18 unità. Nel 2023, il 62% dei parti in Italia è avvenuto in strutture con un volume >1.000 nascite all'anno, una percentuale stabile rispetto al 2022. Nel contempo, l'8,1% dei parti si è svolto in strutture con <500 nascite annue, rispetto al 7,6% dell'anno precedente. Le unità operative di UOTIN sono presenti in 116 punti nascita, con una diminuzione di 2 unità operative rispetto al 2022.

Nel 2023 la proporzione di TC è pari a 31,8% (in diminuzione rispetto al 32,6% dell'anno precedente) con una marcata variabilità interregionale che vede come valore minimo il 20,9% registrato in Friuli-Venezia Giulia e come valore massimo il 45,7% riportato in Campania. Con riferimento ai TC primari si osserva una lieve riduzione tra il 2022 e il 2023 (da 19,9% a 19,4%) e le 2 regioni agli estremi della distribuzione risultano essere l'Emilia-Romagna (14,1%) e la Sardegna (25,1%).

Le Classi di Robson sono un sistema di classificazione usato in ostetricia per suddividere le donne in gravidanza in dieci gruppi omogenei, basati su caratteristiche cliniche rilevanti, il cui scopo è facilitare l'analisi e il confronto del ricorso al TC tra le diverse regioni. La Classe 1 include casi a basso rischio di TC (primipare, singolo feto, presentazione cefalica, a termine e travaglio spontaneo), ma, nonostante ciò, l'incidenza non è trascurabile e pari al 12,3%, con il valore più basso (5,8%) in Emilia-Romagna e quello più elevato (26,3%) in Campania.

La quota di nascite da donne ≥ 35 anni continua ad aumentare nel tempo e nel 2023 risulta pari a 35,7%. È noto che questo posticipo riduce la probabilità di avere una gravidanza e aumenta la probabilità di un suo esito negativo. Anche l'età media al primo figlio risulta in crescita e uguale a 31,7 anni con un *range* compreso tra i 30,7 anni della PA di Bolzano e i 32,5 anni della Sardegna.

Tra i nati vivi, il 6,9% è venuto alla luce prima del termine fisiologico della gravidanza, con lo 0,9% dei casi classificati come gravemente pre-termine. Inoltre, il 7,0% dei neonati presenta un peso alla nascita <2.500 grammi mentre lo 0,9% pesa <1.500 grammi. L'età gestazionale e il peso alla nascita, fortemente correlati tra loro, vengono analizzati congiuntamente per determinare la percentuale di neonati classificati come *Small for Gestational Age* e *Large for Gestational Age* pari, rispettivamente, al 10,8% e al 9,6%.

L'attività di PMA nel 2022 mostra una riduzione del numero dei centri attivi rispetto all'anno precedente: da 340 a 333. Nonostante ciò, dal 2021 al 2022 si sono registrati aumenti nel numero delle coppie trattate, dei cicli effettuati e dei bambini nati vivi: questi ultimi sono passati da 16.625 a 16.718. Permane una significativa disomogeneità regionale sia nell'offerta che nella qualità della raccolta dei dati.

Il tasso di IVG per l'anno 2023 è risultato uguale a 5,5 casi per 1.000 donne residenti in età feconda, stazionario rispetto all'anno precedente. Le IVG effettuate con metodo farmacologico continuano ad aumentare e risultano essere il 58,5% di tutti gli interventi con una marcata disomogeneità territoriale: in 5 regioni (Marche, Sicilia, Campania, Lombardia e PA di Bolzano) non si raggiunge la metà degli interventi, mentre in 7 regioni (PA di Trento, Emilia-Romagna, Piemonte, Basilicata, Liguria, Calabria e Molise) si supera il 70%.

Viene riproposto l'indicatore sulla natimortalità e la mortalità perinatale che è stato pubblicato un'unica volta nel Rapporto Osservasalute del 2021. Entrambi gli indicatori risultano in diminuzione nel periodo di osser-

vazione: il tasso di natimortalità passa da 3,6 a 3,1 nati morti per 1.000 nati tra il 2015-2023: il tasso di mortalità perinatale è passato da 5,1 a 4,4 decessi ogni 1.000 nati tra il 2015-2022. In entrambi i casi emerge una forte variabilità a livello territoriale.

Chiude il Capitolo un *Box* sull'offerta dell'IVG farmacologica in regime ambulatoriale, secondo quanto disposto da una circolare del Ministero della Salute emanata il 12 agosto 2020. Nel 2024 solo 3 regioni hanno attivato tale servizio presso Ambulatori o Consultori. Si evidenziano difficoltà organizzative o di altra natura nel resto delle regioni che dovrebbero essere risolte per fornire un servizio garantito sul territorio a tutte le donne.

Parti effettuati nei punti nascita e presenza di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

Significato. L'indicatore intende descrivere l'organizzazione territoriale della rete dei punti nascita e la rete di assistenza intensiva neonatale.

In Italia, l'assistenza alla gravidanza e al parto è generalmente buona (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni Ottanta, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pre-termine e quella di nati di peso inferiore si è ridotta drasticamente). Tuttavia, la realtà italiana è ancora caratterizzata da un'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui il non appropriato ricorso al TC rappresenta la manifestazione più esasperata, e dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita.

Per migliorare questo sistema assistenziale, è stato sancito in conferenza unificata il 16 dicembre 2010 l'Accordo Stato-Regioni recante "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", in cui si propone un programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC.

Tali linee di indirizzo hanno come obiettivo, tra gli altri, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti <1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due

i precedenti tre livelli del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 24 aprile 2000 ed indicando standard operativi, di sicurezza e tecnologici, rispetto alle specifiche funzioni collegate ai livelli assistenziali.

Contengono anche specifiche indicazioni di politica sanitaria per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate durante il percorso nascita. Tra queste sono previste la razionalizzazione dei punti nascita nonché il miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture; inoltre, prevedono che le Unità Operative neonatologiche di II livello assistano neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di Terapia Intensiva. Le funzioni collegate ai livelli assistenziali ricomprendono l'assistenza a soggetti "inborn" ed "outborn", necessitanti di assistenza intensiva, di qualsiasi peso o età gestazionale.

La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non <500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio Trasporto Assistito Materno. Fra gli standard qualitativi sono previsti non meno di 1.000 nati/anno nella struttura (*inborn*) e la presenza di una UOTIN. Inoltre, la UOTIN dovrebbe essere attivata per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

Proporzione di parti secondo la classe di ampiezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Parti}_{\text{Classe } i}}{\text{Parti}} \times 100$$

Classe i = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500 parti.

Percentuale del numero di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale secondo la classe di ampiezza, in termini di parti effettuati, nei punti nascita

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{UOTIN}_{\text{Classe } i, \text{ Regione } j}}{\text{UOTIN}_{\text{Regione } j}} \times 100$$

Classe i = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500 parti.

Validità e limiti. L'indicatore evidenzia il rispetto di due tra i molteplici standard qualitativi per caratterizzare i livelli della rete di offerta dei servizi ostetrici e neonatologici ospedalieri. La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il CedAP. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza, in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto tra le regioni occorre considerare sia la diversa ampiezza dei territori regionali sia le notevoli variabilità di densità abitativa e caratteristiche orografiche che impongono un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La distribuzione dell'offerta risulta notevolmente diversificata sul territorio compatibilmente con la struttura geografica dello stesso e con il suo bacino di utenza.

Il confronto del numero di punti nascita tra il 2020 e il 2023 evidenzia una diminuzione complessiva in tutte le regioni (Tabella 1), pari al 7,2% a livello nazionale, cui corrispondono 30 punti nascita soppressi (si passa da 419 a 389 unità). Il Lazio ne ha chiusi 5, mentre la Lombardia, l'Emilia-Romagna e la Campania 4 ciascuna. Solo il Friuli-Venezia Giulia risulta aver acquisito un'ulteriore unità.

Nel più recente biennio 2022-2023 sono state 6 le strutture chiuse, che hanno interessato le seguenti regioni: Lazio (-2 punti nascita), Liguria (-1 punto nascita), Emilia-Romagna (-1 punto nascita), Sicilia (-1 punto nascita) e Sardegna (-1 punto nascita).

Se si considerano i punti nascita con un volume di parti <1.000 annui, così come indicato nelle Linee di indirizzo, la riduzione tra il 2020 e il 2023 è stata di 18 unità, pari al 6,6%. Più recentemente, tra il 2022 e il 2023, la riduzione è stata di 3 unità a livello nazionale. In realtà, se si osserva la distribuzione regionale, si nota che Liguria, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna hanno visto la chiusura di 2 punti nascita; invece, per il Piemonte e il Lazio risulta la chiusura di 1 struttura. Le aperture, invece, hanno interessato la Lombardia (+1 punto nascita), la PA di Trento (+1 punto nascita), la Campania (+1 punto nascita), la Calabria (+1 punto nascita) e il Veneto (+3 punti nascita).

Nel 2023 il 62% dei parti in Italia è avvenuto in strutture dove si verificano >1.000 parti l'anno (valore stabile rispetto al 2022) (Grafico 1); l'8,1%, invece, è avvenuto in strutture che accolgono <500 casi l'anno (7,6% l'anno precedente), volume ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accetta-

bile neanche per i punti nascita di I livello.

In 7 regioni sono presenti strutture con grandi volumi di attività (>2.500 parti l'anno): Lazio, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Campania.

I punti nascita di piccole dimensioni (<500 parti) che accolgono una quota significativa di nascite (oltre il 10%), risultano presenti nel Molise (40%), Basilicata (24%), Friuli-Venezia Giulia (16%), Sicilia (16%), Sardegna (16%), Umbria (14%), PA di Trento (11%) e Marche (11%).

Nel Rapporto CedAP 2023, pubblicato dal Ministero della Salute, si evince che il 9,8% delle nascite è avvenuto in case di cura private accreditate, che hanno generalmente una dimensione inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal SSN (tale quota era pari a 10,8% nel 2022). 267 parti sono stati effettuati in 4 case di cura private non accreditate con volume di attività <500 casi l'anno.

La funzione di coordinamento per la tematica del percorso nascita e di monitoraggio dell'implementazione degli standard di qualità e sicurezza in attuazione dei contenuti presenti nell'Accordo Stato-Regioni del 2010 è svolta dal Comitato Percorso Nascita nazionale. A tale organo di coordinamento è affidato, tra gli altri, il compito di esprimere parere consultivo sulle eventuali richieste da parte delle Regioni, di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività <500 parti annui e situate in aree orograficamente difficili. La particolare attenzione verso la tematica del percorso nascita è attestata anche dall'inserimento nella verifica LEA di uno specifico punto dedicato al percorso nascita, nell'ambito del quale vengono annualmente verificati i punti nascita con bassi volumi di parti.

L'UOTIN è presente in 116 dei 389 punti nascita analizzati nel 2023 (Tabella 2), una proporzione del 29,8%, in lieve diminuzione rispetto al 30,5% del 2022.

Solo in Sicilia è presente una UOTIN in una struttura che effettua <500 parti l'anno; mentre, <1.000 parti, ce ne sono 21 in totale. La maggior parte (80 UOTIN) sono collocate in strutture con un numero di parti compreso tra 1.000-2.499.

Dal Rapporto pubblicato dal Ministero della Salute risultano 5 UOTIN in punti nascita privati accreditati: 1 in Valle d'Aosta, 1 nel Lazio e 3 in Campania. Queste ultime hanno un volume di parti compreso tra 1.000-2.499, le altre >2.500 parti.

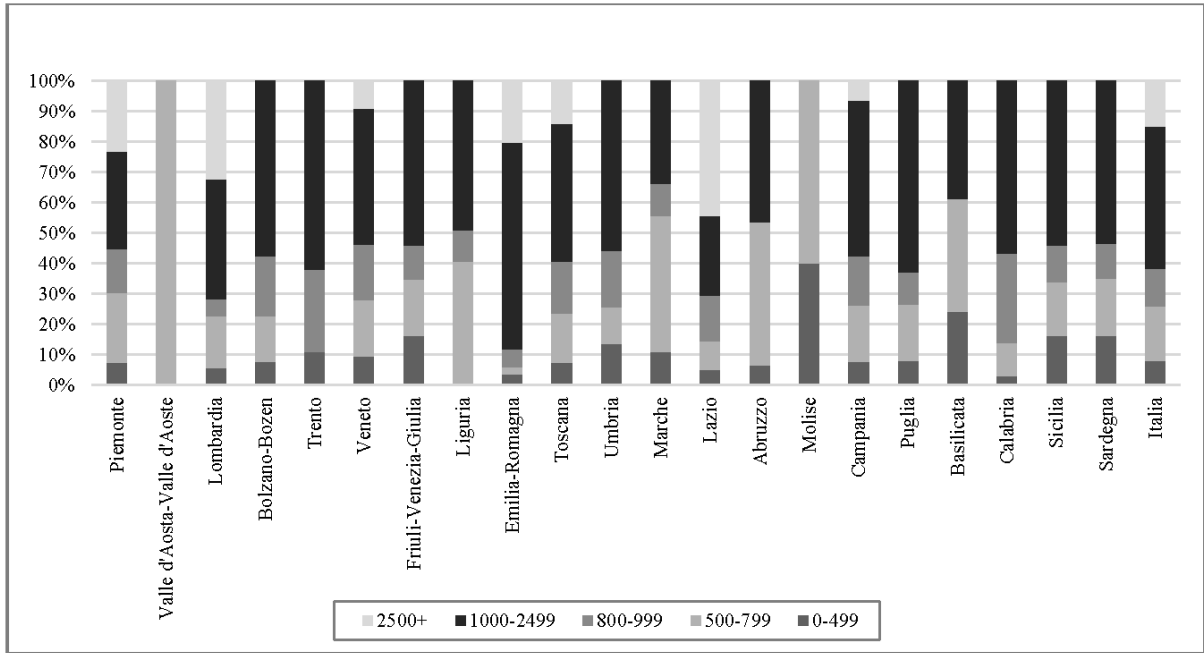
La corretta collocazione delle UOTIN, in relazione all'organizzazione della rete dei punti nascita per intensità di livello assistenziale, è determinante da un lato per limitare quanto più possibile il rischio che neonati patologici ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e dall'altro per un impiego appropriato delle risorse specialistiche e tecnologiche.

Tabella 1 - *Punti nascita (valori assoluti) totali e per volume di attività <1.000 parti annui per regione - Anni 2020-2023*

Regioni	Punti nascita					Punti nascita <1.000 parti annui				
	2020	2021	2022	2023	2023-2020	2020	2021	2022	2023	2023-2020
Piemonte	27	26	26	26	-1	20	19	20	19	-1
Valle d'Aosta-Valle d'Aoste	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
Lombardia	59	55	55	55	-4	32	30	31	32	0
Bolzano-Bozen	5	5	5	5	0	3	2	3	3	0
Trento	4	4	4	4	0	2	2	2	3	1
Veneto	34	32	32	32	-2	21	21	20	23	2
Friuli Venezia Giulia	9	10	10	10	1	6	8	7	7	1
Liguria	11	10	10	9	-2	8	7	8	6	-2
Emilia-Romagna	23	20	20	19	-4	12	9	8	6	-6
Toscana	24	24	23	23	-1	15	16	15	15	0
Umbria	8	6	6	6	-2	6	3	4	4	-2
Marche	12	11	11	11	-1	9	8	9	9	0
Lazio	36	33	33	31	-5	24	23	21	20	-4
Abruzzo	9	9	9	9	0	7	7	7	7	0
Molise	3	3	3	3	0	3	3	3	3	0
Campania	53	52	49	49	-4	36	34	30	31	-5
Puglia	26	26	25	25	-1	17	17	16	16	-1
Basilicata	5	5	5	5	0	4	4	4	4	0
Calabria	12	11	11	11	-1	7	6	6	7	0
Sicilia	47	45	45	44	-3	32	31	33	31	-1
Sardegna	11	11	12	11	0	8	8	10	8	0
Italia	419	399	395	389	-30	273	259	258	255	-18

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Grafico 1 - *Parti (valori per 100) effettuati nei punti nascita per classe di ampiezza e regione - Anno 2023*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Tabella 2 - *Punti nascita (valori assoluti) totali con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale per classe di parto e regione - Anno 2023*

Regioni	Punti nascita con UOTIN per classe di parto					Punti nascita con UOTIN
	<500	500-799	800-999	1000-2499	>2500	
Piemonte	0	1	2	4	1	8
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	8	5	13
Bolzano-Bozen	0	0	0	1	0	1
Trento	0	0	0	1	0	1
Veneto	0	0	0	6	1	7
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0	2	0	2
Liguria	0	0	0	1	0	1
Emilia-Romagna	0	0	0	7	2	9
Toscana	0	0	2	4	1	7
Umbria	0	0	0	2	0	2
Marche	0	0	0	1	0	1
Lazio	0	0	1	4	4	9
Abruzzo	0	1	0	2	0	3
Molise	0	1	0	0	0	1
Campania	0	2	3	10	1	16
Puglia	0	0	1	8	0	9
Basilicata	0	0	0	1	0	1
Calabria	0	0	0	4	0	4
Sicilia	1	2	3	12	0	18
Sardegna	0	0	1	2	0	3
Italia	1	7	13	80	15	116

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze relative alla composizione percentuale dei parti secondo la classe di ampiezza dei punti nascita consentono di definire la situazione attuale ed i punti critici, fornendo un valido strumento a supporto della programmazione dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica e degli interventi di razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, previsti per la sicurezza delle cure ed il contenimento della spesa sanitaria.

Le unità funzionali perinatali di II livello assistono gravidanze e parti a rischio elevato ed i nati patologici, ivi inclusi quelli che necessitano di Terapia Intensiva. L'analisi della distribuzione del numero di UOTIN, in relazione alle classi di ampiezza dei punti nascita, unitamente alla distribuzione dei punti nascita per classi di ampiezza, consente di evidenziare ambiti di potenziale non appropriatezza organizzativa o di rischio per la sicurezza della madre e del neonato.

Poiché l'accesso alla Terapia Intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la soprav-

vivenza e la futura qualità della vita del bambino, la presenza di UOTIN deve essere correlata anche all'età gestazionale, in modo da evidenziare in particolare la percentuale dei parti fortemente pre-termine che hanno luogo in strutture prive di UOTIN. Si segnala che tale indicatore è tra quelli raccomandati dal progetto Euro-Peristat, ai fini del monitoraggio della salute perinatale a livello europeo, pertanto sarebbe opportuna una sua diffusione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, "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". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=null&id=3147.
- (2) Ministero della Salute (2025), "Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2023". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.

Parti con Taglio Cesareo

Significato. La proporzione di parti con TC è un indicatore di qualità dell'assistenza perinatale e misura l'utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. La proporzione di parti con TC primario è un indicatore che descrive l'assistenza fornita alle par-torienti. Il minore ricorso al TC primario riduce la

popolazione con pregresso TC, maggiormente a rischio di ripetere l'intervento.

Come ogni intervento chirurgico, anche il TC è associato a rischi per la salute materna e perinatale a breve e a lungo termine. Il ricorso inappropriato all'intervento costituisce un problema di costo-efficacia e di salute pubblica.

Proporzione di parti con Taglio Cesareo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo in donne che non hanno subito un precedente cesareo (DRG 370-371 esclusi i codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371 e codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Validità e limiti. Le informazioni rilevate dalle SDO, compilate sulla base dei DRG, consentono di stimare la proporzione di parti con TC nelle singole regioni in misura accurata e uniforme. L'analisi riporta le proporzioni di TC primari (primo parto con TC) e ripetuti (TC in donne con pregresso TC) che definiscono due sottopopolazioni per le quali è possibile pianificare interventi distinti e specifici per migliorare l'appropriatezza dell'intervento. Le informazioni rilevabili dalla fonte SDO non consentono di analizzare il ricorso al TC in relazione a ulteriori condizioni ostetriche che implicano diverse complessità assistenziali. Il calcolo di questi indicatori non è aggiustato per condizioni cliniche che potrebbero aumentare il rischio di TC.

Valore di riferimento/Benchmark. L'OMS ha rilevato che, a livello di popolazione, tassi di TC >10% non sono associati a una riduzione di mortalità materna e neonatale. Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 stabilisce, come standard assistenziale, che la proporzione di TC primari non debba essere >25%, con una soglia che può variare in base al volume di attività del punto nascita, ma comunque mai superiore a tale valore.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2023, la proporzione di TC sul totale dei

parti è pari a 31,84%, in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (32,57%). La variabilità interregionale è spiccata con proporzioni che variano da un minimo del 20,86% registrato in Friuli-Venezia Giulia ad un massimo del 45,68% riportato in Campania (Tabella 1).

Confrontata al 2015, la proporzione di TC è diminuita nella quasi totalità delle regioni; una variazione percentuale superiore al 15% si registra in 3 regioni i cui valori iniziali erano molto diversi: da 27,09% nel 2015 a 22,13% nel 2023 in Emilia-Romagna, da 45,32% a 35,48% in Molise e da 61,09% a 45,68% in Campania (Tabella 1).

A livello nazionale la proporzione di TC è diminuita in misura modesta sia tra gli interventi primari (da 21,02% nel 2015 a 19,39% nel 2023), con una variazione percentuale pari a -7,75% (Tabella 2) sia tra quelli ripetuti (da 14,40% a 12,45%, con variazione pari a -13,54%) (Tabella 3). L'emergenza pandemica del 2020 non ha influenzato, in misura significativa, il ricorso all'intervento.

Nel 2023 si rileva una variabilità interregionale della proporzione di TC primario (da valori <15% in Emilia-Romagna e PA di Trento a valori >25% in Sardegna) e di quella di TC ripetuti (da valori <6% in Friuli-Venezia Giulia a valori >20% in Campania), con un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole.

La Tabella 4 riporta i tassi std dei TC dal 2015 al 2023 e rileva che, al netto dell’età materna, le proporzioni di TC sono in diminuzione a livello nazionale e regionale (ad eccezione della PA di Bolzano e della Valle d’Aosta, che hanno una numerosità di parti inferiore rispetto alle altre regioni).

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	28,45	28,60	27,09	26,86	27,07	26,82	26,62	27,08	26,29	-7,60
Valle d’Aosta	28,78	30,47	28,42	28,55	34,41	32,74	30,46	34,85	34,81	20,97
Lombardia	26,89	27,01	26,38	25,89	26,27	25,84	25,93	26,28	26,29	-2,25
Bolzano-Bozen	24,04	24,84	25,21	26,49	24,83	23,55	24,83	25,28	26,58	10,57
Trento	24,04	20,70	21,82	19,25	19,36	19,32	20,82	20,55	21,33	-11,25
Veneto	24,97	24,95	22,98	25,33	24,99	24,23	24,56	24,26	24,10	-3,50
Friuli-Venezia Giulia	24,20	24,18	23,11	20,51	21,54	21,66	22,36	22,25	20,86	-13,81
Liguria	33,25	31,02	29,87	30,22	30,65	30,77	30,74	30,74	29,92	-10,02
Emilia-Romagna	27,09	26,76	24,61	24,80	24,08	23,56	23,09	22,57	22,13	-18,32
Toscana	25,67	26,41	25,92	26,09	28,31	26,25	25,45	25,06	24,33	-5,21
Umbria	28,07	28,33	27,18	25,83	25,81	26,44	26,36	26,18	26,24	-6,52
Marche	33,63	33,76	32,04	33,79	31,50	31,85	31,13	30,78	30,27	-9,98
Lazio	39,82	39,05	37,46	37,37	37,06	37,16	37,79	37,88	37,52	-5,76
Abruzzo	37,65	36,29	34,39	34,45	33,74	33,54	32,92	33,36	32,53	-13,61
Molise	45,32	46,73	44,14	38,63	39,98	38,91	40,50	37,54	35,48	-21,71
Campania	61,09	59,03	53,64	52,52	49,82	49,41	49,33	47,68	45,68	-25,23
Puglia	42,04	43,92	41,58	40,52	39,55	39,11	38,33	39,43	36,79	-12,50
Basilicata	38,43	39,42	37,46	36,35	37,32	36,41	34,73	36,22	34,85	-9,32
Calabria	36,94	38,09	38,21	38,17	39,25	38,11	39,19	35,76	35,43	-4,08
Sicilia	43,32	41,75	41,82	38,78	40,46	40,62	41,39	42,45	40,96	-5,45
Sardegna	39,79	38,82	37,77	37,73	37,90	38,32	37,69	37,63	38,05	-4,37
Italia	35,42	35,12	33,60	33,11	33,00	32,64	32,60	32,57	31,84	-10,12

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo per regione. Anno 2023

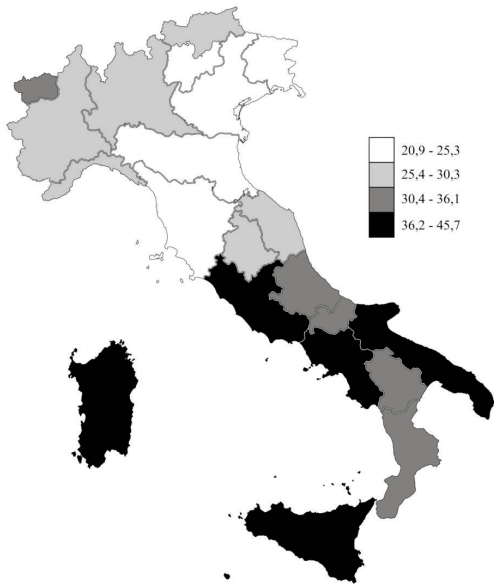


Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	18,16	18,35	17,46	16,83	17,02	17,13	17,04	17,48	16,88	-7,05
Valle d'Aosta	16,83	19,03	17,72	20,98	25,62	24,97	23,37	27,27	24,79	47,30
Lombardia	16,88	16,67	16,31	16,11	16,58	16,14	16,40	17,14	17,29	2,43
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,69</i>	<i>17,25</i>	<i>17,20</i>	<i>17,80</i>	<i>16,25</i>	<i>15,36</i>	<i>16,30</i>	<i>16,72</i>	<i>17,31</i>	<i>3,71</i>
<i>Trento</i>	<i>14,90</i>	<i>11,89</i>	<i>12,38</i>	<i>11,34</i>	<i>11,68</i>	<i>12,47</i>	<i>13,87</i>	<i>13,07</i>	<i>14,69</i>	<i>-1,41</i>
Veneto	15,81	15,78	14,56	15,81	15,83	15,70	15,85	15,90	15,67	-0,89
Friuli-Venezia Giulia	16,46	16,14	15,87	13,84	14,79	14,27	15,95	15,96	15,15	-7,96
Liguria	22,33	20,15	18,88	18,85	20,06	19,48	19,57	19,65	19,68	-11,87
Emilia-Romagna	17,00	16,90	15,09	15,26	14,80	14,42	14,01	14,34	14,07	-17,24
Toscana	17,27	17,45	16,99	17,30	18,59	17,32	16,37	16,63	16,12	-6,66
Umbria	17,34	17,56	16,93	16,19	16,49	15,98	17,07	16,46	17,09	-1,44
Marche	21,79	20,95	19,19	20,22	18,89	18,76	18,93	19,20	18,50	-15,10
Lazio	23,64	22,77	22,08	22,22	22,08	22,69	22,67	23,60	23,04	-2,54
Abruzzo	24,29	23,60	21,34	21,91	20,83	20,79	20,37	20,89	20,54	-15,44
Molise	26,92	28,93	25,79	19,77	21,85	22,54	24,92	22,21	20,32	-24,52
Campania	33,36	30,60	25,93	24,83	24,27	24,68	24,09	25,58	24,35	-27,01
Puglia	23,72	24,88	23,69	22,84	22,12	22,33	22,00	23,47	21,33	-10,08
Basilicata	21,64	22,44	21,94	20,99	21,18	20,49	18,65	20,80	20,38	-5,82
Calabria	20,81	22,53	22,91	22,47	23,19	21,49	22,09	20,75	20,54	-1,30
Sicilia	21,88	20,94	21,56	20,80	21,41	22,16	22,15	24,09	23,29	6,44
Sardegna	26,10	25,25	23,83	24,23	24,37	25,35	23,97	23,88	25,11	-3,79
Italia	21,02	20,57	19,47	19,22	19,28	19,24	19,13	19,86	19,39	-7,75

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 3 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo ripetuto e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	10,29	10,25	9,63	10,03	10,05	9,68	9,57	9,61	9,40	-8,65
Valle d'Aosta	11,96	11,44	10,70	7,58	8,79	7,78	7,09	7,58	10,03	-16,14
Lombardia	10,01	10,34	10,07	9,79	9,69	9,69	9,53	9,14	9,00	-10,09
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,36</i>	<i>7,59</i>	<i>8,01</i>	<i>8,68</i>	<i>8,57</i>	<i>8,19</i>	<i>8,53</i>	<i>8,56</i>	<i>9,28</i>	<i>26,09</i>
<i>Trento</i>	<i>9,14</i>	<i>8,81</i>	<i>9,44</i>	<i>7,90</i>	<i>7,68</i>	<i>6,84</i>	<i>6,95</i>	<i>7,49</i>	<i>6,64</i>	<i>-27,35</i>
Veneto	9,16	9,17	8,41	9,53	9,15	8,52	8,71	8,36	8,42	-8,08
Friuli-Venezia Giulia	7,74	8,04	7,24	6,66	6,75	7,39	6,41	6,28	5,69	-26,49
Liguria	10,92	10,88	10,99	11,37	10,60	11,30	11,18	11,09	10,24	-6,23
Emilia-Romagna	10,08	9,86	9,52	9,54	9,28	9,13	9,08	8,24	8,06	-20,04
Toscana	8,39	8,95	8,94	8,79	9,72	8,92	9,08	8,43	8,21	-2,15
Umbria	10,73	10,78	10,25	9,64	9,32	10,45	9,29	9,71	9,15	-14,73
Marche	11,84	12,81	12,86	13,57	12,61	13,09	12,21	11,58	11,77	-0,59
Lazio	16,18	16,28	15,38	15,15	14,98	14,47	15,13	14,28	14,49	-10,44
Abruzzo	13,36	12,69	13,04	12,54	12,91	12,74	12,56	12,48	11,99	-10,25
Molise	18,40	17,80	18,35	18,87	18,13	16,37	15,58	15,33	15,04	-18,26
Campania	27,73	28,43	27,71	27,69	25,55	24,72	25,25	22,10	21,32	-23,12
Puglia	18,32	19,05	17,89	17,68	17,43	16,77	16,33	15,96	15,46	-15,61
Basilicata	16,79	16,98	15,52	15,36	16,14	15,91	16,08	15,41	14,47	-13,82
Calabria	16,13	15,57	15,30	15,70	16,06	16,63	17,10	15,01	14,90	-7,63
Sicilia	21,44	20,81	20,26	17,98	19,05	18,46	19,24	18,36	17,67	-17,58
Sardegna	13,69	13,57	13,94	13,50	13,53	12,96	13,72	13,75	12,94	-5,48
Italia	14,40	14,55	14,13	13,90	13,73	13,40	13,47	12,71	12,45	-13,54

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	53,57	53,63	50,29	48,45	48,08	47,32	46,88	47,27	44,62	-16,71
Valle d'Aosta	56,15	59,76	52,51	53,85	63,05	54,99	52,34	60,09	59,40	5,79
Lombardia	55,21	54,66	52,51	50,20	49,87	46,81	47,09	47,41	46,37	-16,02
Bolzano-Bozen	58,19	61,50	61,36	64,70	61,31	57,34	61,71	59,05	58,71	0,90
Trento	51,75	43,17	45,26	38,68	38,94	37,30	42,43	40,10	39,85	-22,99
Veneto	48,52	48,48	43,92	47,32	45,38	43,54	45,59	44,07	42,79	-11,80
Friuli-Venezia Giulia	42,00	43,85	41,73	37,19	37,14	37,10	38,89	39,53	35,82	-14,72
Liguria	59,53	56,17	53,79	52,31	52,48	53,79	53,50	53,66	51,15	-14,07
Emilia-Romagna	53,35	51,90	46,41	46,24	43,78	41,63	41,52	40,71	38,83	-27,22
Toscana	46,62	47,88	47,01	45,49	47,25	43,10	43,35	41,17	39,40	-15,49
Umbria	51,23	51,70	47,98	44,75	43,93	43,70	44,23	42,49	41,85	-18,31
Marche	63,47	61,10	57,06	58,70	53,57	53,66	52,60	50,86	51,27	-19,23
Lazio	76,42	74,58	69,62	67,51	55,28	62,00	63,70	62,18	61,82	-19,11
Abruzzo	69,63	67,49	62,61	59,98	54,88	56,69	57,35	57,17	53,71	-22,87
Molise	79,46	80,84	79,54	63,32	66,78	62,05	64,33	60,67	58,18	-26,78
Campania	123,55	119,20	108,85	102,06	97,90	96,44	94,06	94,63	89,12	-27,87
Puglia	74,69	78,81	75,70	72,53	69,02	67,10	66,69	67,07	65,35	-12,51
Basilicata	66,64	69,13	65,97	61,92	60,99	60,29	56,85	58,45	56,50	-15,22
Calabria	72,86	74,23	74,62	73,77	72,54	65,36	67,49	67,47	67,27	-7,67
Sicilia	88,54	83,99	85,74	78,48	79,97	77,05	82,25	82,89	81,96	-7,43
Sardegna	63,75	59,88	58,15	54,68	52,25	51,50	52,08	49,06	49,29	-22,69
Italia	69,15	68,04	64,55	61,92	59,43	58,07	58,69	58,27	56,38	-18,47

Nota: i tassi sono stati standardizzati sulla popolazione media italiana nel 2023.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli studi osservazionali hanno rilevato che tassi di TC inferiori al 10-15% sono associati a un maggiore rischio di mortalità e morbosità materna e neonatale; tuttavia, non si osservano benefici quando i tassi di TC superano il 15-20%, anche in Paesi con elevato indice di sviluppo. Contrariamente a queste conoscenze, la proporzione di TC è aumentata progressivamente a livello globale dal 1990 ad oggi; si stima che nel 2030 nei Paesi con elevato indice di sviluppo il ricorso al TC raggiungerà valori di poco inferiori al 40%. In Italia, negli ultimi 10 anni il tasso di TC si è ridotto progressivamente (era pari a 36,50% nel 2013), pur rimanendo tra i più alti fra i Paesi europei (*range* da 14,2% in Islanda a 51,4% in Romania). La marcata eterogeneità interregionale, con uno spiccato gradiente Nord-Sud ed Isole, è attribuibile, verosimilmente, a fattori attitudinali o clinico-organizzativi piuttosto che a reali differenze nello stato di salute della popolazione. È possibile che regioni con numero elevato di punti nascita con volumi di attività <1.000 parti/anno o di strutture private abbiano una proporzione di TC più alta rispetto alle altre regioni. L'analisi condotta dal PNE ha rilevato, dopo aggiustamento per gravità clinica all'ammissione, un minore ricorso al TC primario nelle strutture pubbliche e un progressivo aumento al ridursi del volume di parti.

L'offerta nell'ambito del percorso nascita dell'assistenza consultoriale basata sul modello di continuità assistenziale da parte dell'ostetrica è associata a mag-

giore soddisfazione della madre e migliori esiti di salute, riducendo il rischio di interventi iatrogeni, compreso il ricorso al TC. L'indagine condotta dall'ISS sui Consultori familiari ha rilevato che, nelle regioni che hanno investito sul modello operativo centrato sul ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, rispetto alle regioni che hanno adottato un modello operativo con ruolo intermedio o non centrato su questa figura professionale, è maggiore la quota di madri seguite in Consultorio e che frequentano gli incontri di accompagnamento alla nascita, mentre è più basso il tasso di TC.

I professionisti sanitari e le donne devono essere consapevoli dei benefici e dei danni dell'intervento. Alle donne deve essere offerto un sostegno per eventuali preoccupazioni sulle diverse modalità di parto. In assenza di controindicazioni, deve essere offerta la possibilità di un parto vaginale a tutte le donne con precedente TC.

Per incrementare l'efficacia e la sicurezza dell'assistenza fornita alla donna e al proprio bambino, le strutture sanitarie dovrebbero istituire *audit* clinici locali attraverso i quali monitorare i parti con TC e valutarne l'appropriatezza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2018 23; 15(1): e1002494.
- (2) Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesa-

rean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018; 392 (10155): 1.349-57.

(3) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).

(4) Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary caesarean delivery. *Birth*. 2014; 41 (3): 237-44.

(5) Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127).

(6) Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006; 33 (4): 270-7.

(7) Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between caesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015; 314 (21): 2.263-70.

(8) Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(6): e005671.

(9) OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. Data. Caesarean sections (indicator) total, per 1.000 live births, 2023. Disponibile sul sito: www.oecd.org/en/data/indicators/caesarean-sections.html.

(10) Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Report Programma nazionale esiti. Dati 2023. Edizione

2024. Testo integrale. Disponibile sul sito:

www.agenas.gov.it.

(11) Ministero della Salute. Comitato Percorso Nascita nazionale. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), 2017. Testo integrale. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2836_allegato.pdf.

(12) Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024; 4 (4): CD004667.

(13) Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, et al. Child and maternal benefits and risks of caseload midwifery - a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23 (1): 663.

(14) Istituto Superiore di Sanità. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati. 2022, vi, 192 p. Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1.

(15) Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Prima parte. 2010. Update 2014.

(16) Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. 2012. Update 2016.

Parti secondo la Classificazione di Robson

Significato. La classificazione di Robson consente di classificare i parti in dieci gruppi mutuamente esclusivi secondo la diversa complessità assistenziale valutata in base ad alcune variabili: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto, pregresso TC.

Tale classificazione originaria è stata in seguito rivista suddividendo ulteriormente due classi e, quindi, arrivando ad un totale di dodici gruppi:

Classe 1: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio spontaneo.

Classe 2a: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio indotto.

Classe 2b: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), TC prima del travaglio.

Classe 3: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gesta-

zionale ≥ 37 settimane), travaglio spontaneo.

Classe 4a: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio indotto.

Classe 4b: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), TC prima del travaglio.

Classe 5: precedente TC, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane).

Classe 6: madri nullipare, feto singolo, presentazione podalica.

Classe 7: madri multipare (incluse donne con precedente TC), feto singolo, presentazione podalica.

Classe 8: gravidanze multiple (incluse donne con precedente TC).

Classe 9: feto singolo, presentazioni anomale (incluse donne con precedente TC).

Classe 10: parto pre-termine (età gestazionale ≤ 36 settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse donne con precedente TC).

Percentuale del numero di parti secondo la Classificazione di Robson

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti effettuati per Classe di Robson}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti}} \times 100$$

Tasso di incidenza dei parti con Taglio Cesareo nelle Classi di Robson

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti per Classe di Robson}} \times 100$$

Validità e limiti. Una classificazione univoca e condivisa a livello internazionale consente interessanti confronti tra Paesi (4) oltre che tra le regioni italiane (5). Anche il progetto Euro-Peristat nell'ultima Edizione ha raccolto i dati del 2019 richiedendo una disaggregazione delle variabili tale da consentire la costruzione delle Classi di Robson (6-8).

Nella *Classe 2b* e nella *Classe 4b* andrebbero inclusi tutti i TC fuori travaglio, quindi sia quelli in elezione che quelli d'urgenza fuori travaglio. L'attuale variabile "modalità del parto" presente nel flusso CedAP non consente questa distinzione, pertanto vengono inseriti solo i TC in elezione. Il nuovo Decreto al quale il Ministero della Salute sta lavorando insieme a un tavolo di esperti multidisciplinari, ridisegnerà il flusso CedAP e i suoi contenuti. Tra questi sono presenti ottimizzazioni delle informazioni e, certamente, la possibilità di costruire le Classi di Robson in maniera più precisa.

Valore di riferimento/Benchmark. L'OMS ha proposto l'utilizzo di tale classificazione come standard glo-

bale per la valutazione, il monitoraggio e il *benchmarking* longitudinale nel tempo e trasversale tra i punti nascita, sul ricorso al TC (9, 10). Si presenta come un adeguato strumento di valutazione comparativa di efficacia, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza alla nascita.

Descrizione dei risultati

I casi validi da poter essere utilizzati nell'analisi sono quelli per i quali sono presenti tutte le informazioni delle variabili richieste. Nel 2023 la percentuale dei parti rilevati dai CedAP classificabili secondo Robson (cui corrispondono 336.602 eventi) è pari all'89,3%, calcolata sul totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Non si evidenzia uno scostamento nella qualità delle informazioni rispetto al 2022 (89,4%). La totalità dei casi viene classificata nella PA di Bolzano, Veneto, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna. Tutte le regioni presentano un numero elevato di casi classificabili (oltre il 96%). Anche per quest'anno il Lazio è

stato escluso in quanto, una delle variabili necessarie alla Classificazione di Robson, non viene rilevata nel tracciato regionale.

Il Grafico 1 mostra due indicatori: il peso percentuale dei parti di ogni singola classe rispetto alla popolazione totale delle donne che hanno partorito nel 2023 e, per ogni classe, il peso dei TC rispetto alla totalità dei parti. Nella Tabella 1 gli stessi indicatori vengono illustrati per regione.

Il 25,0% dei parti viene classificato nella *Classe 1* che include le donne nullipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica per un totale di 84.030 casi nel 2023. Questa classe include la maggior frazione di donne con gravidanza fisiologica a basso rischio e il ricorso al TC risulta essere stato effettuato nel 12,3% dei casi. I confronti regionali mostrano una grande variabilità territoriale nel ricorso al TC, con il noto gradiente Nord-Sud ed Isole: la Campania è l'unica regione con una percentuale di TC superiore al 20% (26,3%). Un confronto con l'anno 2013 rileva una diminuzione sia della quota di parti presenti nella *Classe 1* (da 29,8% a 25,0%) che della percentuale di TC (seppur lieve: da 12,8% a 12,3%).

La *Classe 2a* include i parti di donne nullipare con gravidanza a termine, feto singolo, in presentazione cefalica (52.681 casi), quindi caratteristiche analoghe alla *Classe 1* con l'unica differenza di un travaglio indotto. In questa classe viene classificato il 15,7% dei parti, il 24,6% dei quali viene effettuato con TC. In molte regioni del Meridione (Sardegna, Molise, Sicilia, Puglia e Calabria) questa quota supera il 30%, probabilmente a causa di differenti indicazioni nell'affrontare l'induzione del travaglio. Nel 2013 la percentuale di parti era il 10,6% quindi si è assistito ad un incremento; al contrario, la percentuale dei TC è diminuita passando dal 29,8% al 24,6%.

Nella *Classe 2b* i parti (pari a 12.920) presentano le stesse caratteristiche della precedente, differenziandosi solo per il ricorso al TC prima del travaglio; quindi, risulta ovvio che la totalità dei parti risulti effettuata con TC (come già accennato, attualmente senza la possibilità di distinguere i TC elettivi da quelli urgenti). A livello nazionale, il 3,8% dei casi appartiene a questa categoria di situazioni a basso rischio risolte, però, tramite TC effettuato prima del travaglio. Nel 2013 rappresentavano il 6,4% del totale dei parti. Nell'anno in esame, in Campania questa quota è pari al 7,7%, in Sicilia al 7,0%, nelle altre risulta <5%.

Nella *Classe 3* si trovano parti da donne multipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 80.050 donne (con una percentuale pari al 23,8%, molto simile al 23,9% del 2013). Questa classe si differenzia dalla *Classe 1* solo per il fatto di comprendere donne multipare: in questo caso il ricorso al TC risulta meno frequente e pari al 2,4%, leggermente inferiore al 2,6% del 2013. Non risulta una grande variabilità ter-

ritoriale: l'unica regione con valore superiore al 4% risulta essere la Campania. In Molise il valore 100% si riferisce a un unico caso presente in questa classe.

La *Classe 4a* comprende casi analoghi alla *Classe 2a* applicati però alle donne multipare (27.062 casi, pari all'8,0% del totale dei parti, in crescita rispetto al 4,8% del 2013). Tra questi l'incidenza del TC è pari al 6,1%, effettuato con travaglio indotto, una quota ben inferiore al 24,6% applicato a donne in situazioni analoghe ma nullipare. È presente una grande variabilità territoriale che va dallo 0% del Molise al 23,2% della Sardegna.

Nella *Classe 4b* (4.650 casi pari all'1,4% del totale dei parti, in decrescita rispetto al 2,5% dell'anno 2013) si ritrovano le stesse caratteristiche della precedente, differenziandosi solo per il ricorso al TC prima del travaglio, quindi, così come per la *Classe 2b*, la totalità dei parti risulta effettuata con TC.

La *Classe 5* presenta un numero di parti considerevole (39.237 pari all'11,7% del totale, in lieve crescita rispetto al 10,6% del 2013): si tratta di donne sottoposte a pregresso TC, con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo. Questa classe si differenzia da quelle sopra descritte per la presenza di un pregresso TC: a parità delle altre variabili questa condizione sembra essere determinante per il ricorso a un (successivo) TC. Infatti, l'incidenza di questa tipologia è superiore all'80% in tutto il periodo considerato (2013-2023). Due regioni hanno valori <60%: Friuli-Venezia Giulia (59,0%) e Toscana (59,5%). Tutte le regioni del Meridione hanno percentuali maggiori della media nazionale e alcune superano la soglia del 90% (Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia).

In tutte le classi successive alla quinta sono descritte situazioni per le quali il ricorso al TC può apparire più appropriato. In particolare nella *Classe 6* sono classificati i parti da madri nullipare con feto singolo in presentazione podalica (8.391 casi, pari al 2,5% del totale). In questi casi l'87,3% dei parti avviene con TC. Nel tempo non si sono verificati grandi cambiamenti: nel 2013 le rispettive percentuali erano 2,5% e 94,7%. In alcune regioni, nell'anno in esame, l'incidenza risulta più bassa della media nazionale e al di sotto dell'80% (Valle d'Aosta, Toscana e Molise).

Anche la *Classe 7* considera gravidanze con feto in posizione podalica, ma differentemente dalla classe precedente, da madri multipare includendo anche quelle con precedente TC. Non sono molti i casi con queste caratteristiche (4.880 pari all'1,4% del totale, valore costante dal 2013) e una grande maggioranza dei parti (82,1%) è stata effettuata con TC. Alcune regioni hanno una percentuale <80%: Umbria, Lombardia, Marche, Toscana, Valle d'Aosta e Molise. Solo la PA di Trento presenta il 100% di TC.

Nella *Classe 8* vengono raggruppate tutte le gravidanze multiple (1,5% del totale, cui corrispondono 5.069 eventi) le quali nell'81,4% dei casi si risolvono in nascite con TC. Nel 2013 le percentuali risultavano

leggermente superiori: 1,8% e 84,5%.

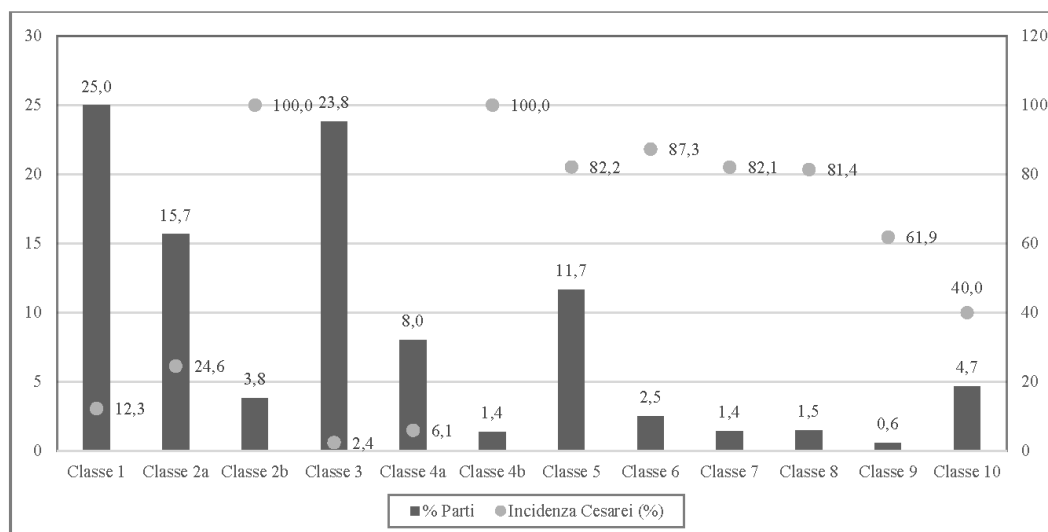
La *Classe 9* include 1.891 gravidanze (lo 0,6% del totale) con presentazioni anomale del feto, per le quali nel 61,9% dei casi si è fatto ricorso al TC (74,0% nel 2013). In tutte le regioni si tratta di una quota residuale dei parti inferiore all'1% (con l'eccezione della Valle d'Aosta 4,7%) e questo può spiegare l'ampia variabilità territoriale del ricorso al TC.

Infine, la *Classe 10* si caratterizza per gravidanze pretermine (feto singolo e presentazione cefalica) che rappresentano il 4,7% dei casi (15.741 nascite) e per le quali il 40,0% ha dato luogo a una nascita con TC. Entrambe le percentuali erano più elevate nel 2013: 5,2% e 47,1%. Tra le regioni che, nel 2023, hanno una

bassa incidenza del ricorso al TC si evidenzia la Toscana con il 12,9%.

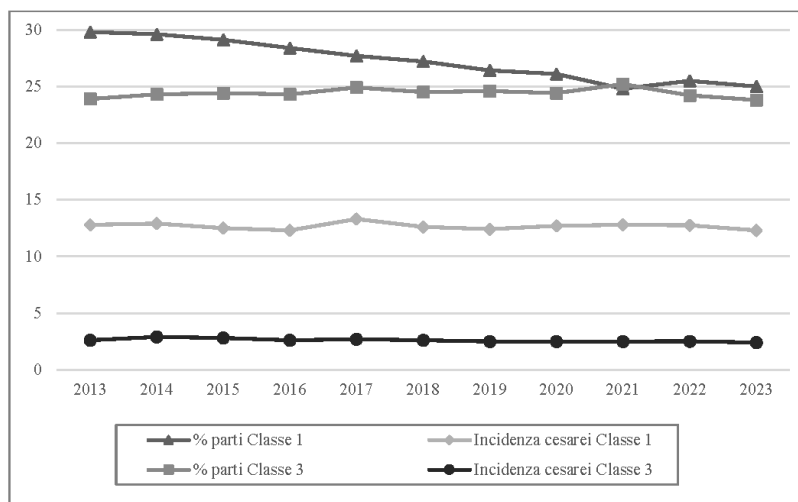
Nella breve serie storica disponibile (2013-2023) la maggior parte dei casi è stata classificata nella *Classe 1*, dove vengono attribuite le donne al primo parto che presentano una gravidanza a basso rischio. Solo per l'anno 2021 è la *Classe 3* che raccoglie il maggior numero dei parti (Grafico 2); si ricorda che questa classe si differenzia dalla precedente solo perché considera donne multipare e non primipare. Sono classi che meritano particolare attenzione poiché il ricorso ad un TC, probabilmente non appropriato, aumenta il rischio di un successivo TC e, quindi, la successiva inclusione nella *Classe 5*.

Grafico 1 - Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson - Anno 2023



Fonti dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Grafico 2 - Parti (valori per 100) e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo nella Classe 1 e nella Classe 3 - Anni 2013-2023



Fonti dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Tabella 1 - Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson e regione - Anno 2023

Regioni	Classe 1			Classe 2a			Classe 2b			Classe 3			Classe 4a			Classe 4b			Classe 5			Classe 6			Classe 7			Classe 8			Classe 9			Classe 10		
	Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC		Parti	TC	
Piemonte	24,9	7,5		16,0	21,4		1,6	100,0		25,5	1,3		9,4	5,7		1,5	100,0		9,4	74,9		3,0	97,0		1,6	92,2		1,3	76,3		0,6	58,2		5,2	41,6	
Valle d'Aosta	25,9	14,5		14,6	25,8		2,6	100,0		25,9	1,2		4,8	6,3		0,6	100,0		12,2	72,8		2,1	78,6		1,5	60,0		1,2	25,0		4,7	19,4		3,9	26,9	
Lombardia	23,8	7,4		17,3	20,4		3,1	100,0		24,1	1,6		9,6	4,6		1,3	100,0		10,7	69,5		2,2	82,7		1,2	77,7		1,5	70,8		0,4	48,6		4,7	24,3	
Bolzano-Bozen	25,6	14,8		13,1	29,3		1,6	100,0		27,4	3,0		8,1	6,1		1,3	100,0		12,4	64,1		2,5	95,7		1,4	93,4		1,4	78,1		0,9	65,9		4,4	36,1	
Trento	23,2	6,1		16,5	19,7		1,8	100,0		27,1	0,5		10,6	4,3		1,0	100,0		9,5	64,6		2,2	100,0		1,0	100,0		1,8	79,0		0,6	70,0		4,9	37,1	
Veneto	24,2	8,4		16,7	21,8		2,5	100,0		26,2	2,0		10,0	4,5		2,0	100,0		8,6	74,4		2,1	97,5		1,3	98,1		1,5	87,4		0,5	69,6		4,5	42,6	
Friuli-Venezia Giulia	24,6	6,3		19,4	19,3		1,2	100,0		25,6	1,3		10,6	3,1		0,7	100,0		7,9	59,0		2,5	98,9		1,2	98,9		1,3	78,5		0,5	67,6		4,6	39,5	
Liguria	25,0	11,4		16,3	26,6		4,1	100,0		22,8	2,8		9,0	6,6		1,3	100,0		11,1	78,5		2,8	92,4		1,1	97,7		1,2	80,2		0,5	65,0		4,8	42,3	
Emilia-Romagna	25,5	5,8		17,1	17,3		3,1	100,0		24,9	1,3		9,0	4,1		1,3	100,0		9,3	70,1		2,3	96,7		1,2	94,6		1,4	80,3		0,7	54,0		4,2	39,4	
Toscana	25,7	6,3		16,0	14,8		1,7	100,0		26,6	1,6		8,8	5,3		0,8	100,0		9,7	59,5		2,3	70,5		1,3	61,2		1,6	54,9		0,7	45,6		4,8	12,9	
Umbria	31,9	8,8		16,8	22,2		4,5	100,0		23,9	2,9		6,0	8,4		1,0	100,0		5,7	73,1		2,5	88,3		1,0	78,7		1,4	68,1		0,4	80,0		4,7	25,2	
Marche	23,5	8,3		18,5	18,8		4,8	100,0		23,5	1,5		8,5	4,6		2,2	100,0		9,4	79,4		2,2	84,7		1,1	70,3		1,3	73,4		0,5	54,1		4,4	22,4	
Lazio*	n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
Abruzzo	21,6	9,9		18,8	23,2		4,3	100,0		22,3	2,8		9,6	5,7		2,0	100,0		10,5	86,8		2,4	96,1		1,3	97,0		1,7	84,8		0,5	79,4		5,1	52,4	
Molise	0,0	0,0		0,4	40,0		0,1	100,0		0,1	100,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,2	100,0		48,6	25,8		50,0	34,3		0,6	100,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
Campania	28,5	26,3		8,9	26,0		7,7	100,0		20,8	5,6		3,6	4,9		2,0	100,0		19,4	96,1		1,9	97,0		1,0	93,4		1,7	94,8		0,6	58,0		3,9	60,0	
Puglia	24,3	13,4		16,8	30,6		3,2	100,0		22,1	2,4		6,7	6,8		1,0	100,0		14,2	94,3		2,6	93,9		1,5	95,2		1,8	90,1		0,5	85,8		5,3	50,3	
Basilicata	25,0	14,4		16,5	29,6		2,5	100,0		26,9	3,3		6,2	9,1		1,3	100,0		13,0	95,8		2,3	97,4		1,0	94,3		1,0	93,9		0,4	92,3		3,9	37,7	
Calabria	26,2	15,7		12,8	30,1		4,3	100,0		24,6	3,9		6,5	7,2		1,4	100,0		14,4	94,0		2,3	94,7		1,5	95,9		1,3	85,0		0,3	76,7		4,5	48,3	
Sicilia	24,1	18,7		15,2	39,1		7,0	100,0		22,5	3,5		7,0	10,4		1,0	100,0		11,7	93,8		2,5	95,9		1,4	91,7		1,6	89,8		0,8	76,0		5,4	51,0	
Sardegna	23,0	13,7		24,4	47,7		0,1	100,0		19,5	2,6		10,5	23,2		0,1	100,0		10,1	88,5		2,9	96,0		1,6	92,1		1,5	93,3		0,3	69,6		6,1	52,6	
Italia	25,0	12,3		15,7	24,6		3,8	100,0		23,8	2,4		8,0	6,1		1,4	100,0		11,7	82,2		2,5	87,3		1,4	82,1		1,5	81,4		0,6	61,9		4,7	40,0	

*Il Lazio è stato escluso dall'analisi in quanto una delle variabili necessarie alla Classificazione di Robson non viene rilevata nel tracciato regionale.
n.d. = non disponibile.

Raccomandazioni di Osservasalute

La *Classe 1* e la *Classe 3*, essendo quelle con i parti a più basso rischio, dovrebbero essere attentamente monitorate per diminuirne il ricorso al TC. Il parto vaginale (anche dopo TC) dovrebbe essere ulteriormente sollecitato in quanto associato a diversi potenziali vantaggi per la salute della donna, tra cui minore medicalizzazione e un periodo di ospedalizzazione più breve (11).

La fonte CedAP si rileva essere fondamentale e preziosa per lo studio dell'evento nascita in tutti i suoi molteplici aspetti: dalla salute perinatale alla programmazione sanitaria nell'ambito materno infantile. Il Ministero della Salute in questi anni è stato attento alle cresciute esigenze conoscitive in questi ambiti emanando il nuovo decreto CedAP (12). A questo aspetto, indubbiamente positivo, si aggiunge la presenza del Decreto n. 262/2016 (13) sull'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi del SSN (tra cui i CedAP). L'obiettivo principale è senz'altro l'ampliamento della portata conoscitiva delle fonti informative per le finalità, tra le altre, di monitoraggio della salute perinatale e della salute materno infantile.

Riferimenti bibliografici

- (1) Robson M (2001), "Classification of cesarean sections", *Fetal Matern Med Rev*, 12: 23-9.
- (2) Robson MS (2001), "Can we reduce the caesarean section rate?", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 15:179-194.
- (3) Robson MS (2021), Known knowns, unknown unknowns and everything in-between - The Ten Group Classification System (TGCS). *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.16679.
- (4) Pyykonen A., Gissler M., Løkkegaard E., Bergholt T., Rasmussen S.C., Smarason A. et al.(2017), "Caesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification". *Acta Obstet Gynecol*

Scand, 96: 607-616.

(5) Ministero della Salute (2025), "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2023". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.

(6) Euro-Peristat Project (2022), European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Disponibile sul sito: www.europeristat.com.

(7) Amyx M. et al (2023), Euro-Peristat Research Network. Trends in caesarean section rates in Europe from 2015 to 2019 using Robson's Ten-Group Classification System: A Euro-Peristat study *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.17670.

(8) Zeitlin J. et al. (2020), Euro-Peristat Network. Using Robson's Ten-Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.16634.

(9) World Health Organization (2017), Robson Classification: Implementation Manual, Geneva. Disponibile sul sito:

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en.

(10) Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J.J. et al. (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates", *BJOG*, 123 (5): 667-70.

(11) ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), "Vaginal birth after cesarean delivery", *Practice Bulletin No. 184*. *Obstet Gynecol*, 130:e217-33.

(12) Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 128 del 05-06-2025, DM del 5 maggio 2025 "Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite". Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-06-05&atto.codiceRedazionale=25A03212&elenco30giorni=true.

(13) Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 32 del 08-02-2017, DM n. 262 del 7 dicembre 2016 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato". Disponibile sul sito:

www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/02/08/17G00016/sg.

Età al parto

Significato. Nel 2023 le nascite della popolazione residente sono 379.890, circa 13.000 in meno rispetto al 2022 (-3,4%). Si tratta di un nuovo minimo storico che conferma e accentua la persistente tendenza di denatalità in atto da oltre un decennio. Rispetto al 2008, anno in cui si registrarono 576 mila nati vivi, il più alto valore dall'inizio degli anni Duemila, si osserva una riduzione complessiva di 197 mila nascite (-34,1%). Anche il numero medio di figli per donna continua a

diminuire: nel 2023 le donne residenti in Italia di età compresa tra i 15-49 anni hanno avuto in media 1,20 figli, in calo rispetto al valore dell'anno precedente (1,24 figli) e coerente con la tendenza discendente iniziata nel 2010, quando si raggiunse un massimo relativo di 1,44 figli per donna. La fecondità totale osservata risente del calendario riproduttivo decisamente posticipato, testimoniato da una crescita marcata dell'età media al parto.

Età media delle madri al parto

$$\text{Numeratore} = \frac{\sum (fx) \times (\text{Età } x)}{\sum (fx)}$$

Nota: fx è il tasso specifico di fecondità per età della donna (rapporto tra i nati vivi da donne di età x e la popolazione femminile media residente della stessa età).

Proporzione di parti per età della madre

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Parti da madri in età } x}{\text{Parti}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori relativi all'intensità e alla cadenza della fecondità (numero medio di figli per donna, età media al parto ed età media alla nascita del primo figlio) sono diffusi dall'Istat e si basano sulla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (dati riferiti alla popolazione residente) (1).

Gli indicatori sulla distribuzione dei parti per età materna sono stati calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute (2). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura che di coerenza interna delle informazioni. Tuttavia, permangono problemi di qualità per singole variabili, quali la cittadinanza e il titolo di studio che presentano una quota elevata di "non indicato" in alcune regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori degli indicatori calcolati nelle regioni vengono confrontati con il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 si sono registrati nei CedAP circa 377.000 parti (-2,8% rispetto al 2022). L'età media delle madri al parto raggiunge i 32,5 anni nel 2023, con un andamento in continuo aumento. Si osserva un'elevata

variabilità territoriale, ai cui estremi troviamo la Sardegna, regione che presenta il calendario più posticipato (33,2 anni) e la Sicilia con quello più anticipato (31,7 anni). Tra le regioni che rinviato maggiormente emergono anche la Basilicata (33,1 anni) e il Lazio (33,0 anni), mentre nella PA di Bolzano (31,9 anni), in Campania (32,2 anni) e in Calabria (32,3 anni) l'età media al parto è più contenuta (Grafico 1).

L'età in cui si diventa madri per la prima volta raggiunge i 31,7 anni nel 2023; all'estremo superiore troviamo ancora la Sardegna (32,5 anni), mentre a quello inferiore è la PA di Bolzano dove si diventa madri prima (30,7 anni), seguita dalla Sicilia (30,8 anni).

Con riferimento alla distribuzione dei parti per età della madre di fonte CedAP, si osserva uno slittamento dell'evento nascita verso età sempre più avanzate: a livello medio nazionale, quasi una madre su dieci partorisce dopo i 40 anni (9,0%), con picchi elevati in Sardegna (13,3%) e nel Lazio (11,7%) (Tabella 1). Sardegna e Lazio sono, in generale, le regioni con le percentuali più alte di parti da madri di età 35 anni ed oltre con valori, rispettivamente, pari a 43,4% e 41,0%, rispetto ad una media nazionale del 35,7%. La quota di donne che partorisce prima dei 25 anni è decisamente esigua (8,3%), con valori mediamente più elevati nel Mezzogiorno, in particolare in Sicilia (12,6%).

Il titolo di studio è una variabile che influisce in modo molto marcato sui comportamenti riproduttivi (Tabella 2). Nel 2023, la media delle età al parto è di 4,0 anni

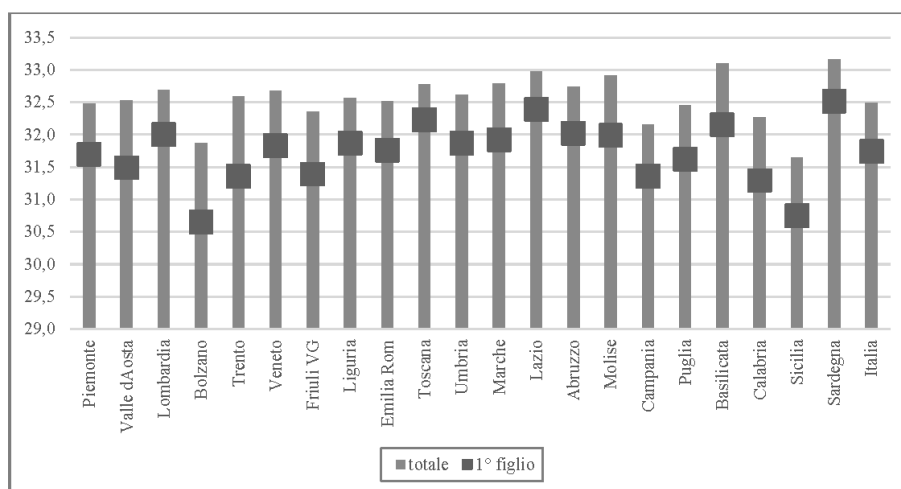
più elevata tra le donne con alto titolo di studio rispetto alle donne con basso titolo (34,3 anni vs 30,3 anni), con divari che arrivano a 4,8 anni in Sicilia e 4,7 anni in Puglia.

Se consideriamo i parti da madri con alto livello di istruzione, osserviamo come la quota di parti da donne ≥ 35 anni raggiunga il 47,5%, mentre quando il livello di istruzione è basso, tale quota si presenta poco più che dimezzata (26,2%).

In generale, le differenze risultano più contenute

rispetto alla media nazionale nelle regioni del Nord, in media al Centro, mentre sono molto ampie nelle regioni meridionali, con l'eccezione della Calabria. In Sardegna e Abruzzo si osservano i più alti divari per titolo di studio: la quota di donne con alto titolo di studio che hanno figli dopo i 35 anni ha, rispettivamente, 26,6 e 26,5 p.p. in più rispetto a chi ha un basso livello di istruzione. Le regioni che presentano minore variabilità sono la Valle d'Aosta (+8,4 p.p.) e la PA di Bolzano (+12,4 p.p.).

Grafico 1 - Età media (valori in anni) delle madri al parto e alla nascita del 1° figlio per regione di residenza - Anno 2023



Fonti dei dati: Istat. Rilevazione degli Iscritti in Anagrafe per Nascita. Anno 2025.

Tabella 1 - Parti (valori per 100) per classe di età della madre e regione di evento - Anno 2023. Italia Anni 2019-2022

Regioni	N	<20	20-24	25-29	30-34	≥35	35-39	≥40
Piemonte	24.417	0,8	7,0	21,4	36,0	34,8	26,3	8,5
Valle d'Aosta	687	0,6	6,6	21,0	38,7	33,2	25,0	8,2
Lombardia	65.355	0,8	6,5	19,8	36,2	36,7	27,5	9,2
Bolzano-Bozen	4.705	0,6	7,8	26,1	37,5	28,0	21,9	6,1
Trento	3.572	0,6	6,5	22,3	37,2	33,3	25,1	8,2
Veneto	29.936	0,7	6,5	20,8	36,5	35,5	26,9	8,6
Friuli-Venezia Giulia	7.449	0,6	7,1	22,3	35,8	34,3	26,1	8,2
Liguria	7.852	1,0	8,1	21,0	34,9	35,0	25,8	9,3
Emilia-Romagna	28.686	0,7	6,8	21,0	35,9	35,6	26,4	9,2
Toscana	21.196	0,7	6,3	19,2	35,6	38,3	28,2	10,1
Umbria	4.857	0,8	5,2	20,2	36,1	37,7	28,2	9,5
Marche	8.376	0,7	6,5	19,6	35,3	38,0	28,3	9,7
Lazio	35.277	0,9	6,0	18,3	33,7	41,0	29,4	11,7
Abruzzo	7.432	0,9	6,7	19,6	34,9	37,9	28,0	9,9
Molise	1.171	1,3	7,0	20,4	32,8	38,5	28,3	10,2
Campania	42.382	1,6	8,2	22,1	35,8	32,3	24,5	7,7
Puglia	25.493	1,6	7,8	19,9	35,1	35,6	26,7	8,9
Basilicata	3.340	0,8	6,8	19,3	34,4	38,7	29,6	9,0
Calabria	12.516	1,1	7,4	22,2	35,1	34,3	26,1	8,2
Sicilia	35.100	2,6	10,0	22,1	33,9	31,5	24,0	7,5
Sardegna	7.005	0,9	6,0	16,6	33,1	43,4	30,0	13,3
Italia 2023	376.804	1,1	7,2	20,6	35,4	35,7	26,7	9,0
Italia 2022	387.710	1,1	7,5	20,9	35,5	35,0	26,1	8,9
Italia 2021	394.937	1,1	7,5	21,0	34,9	35,4	26,8	8,7
Italia 2020	397.721	1,2	8,1	21,8	34,5	34,4	25,7	8,7
Italia 2019	414.885	1,4	8,3	22,1	33,9	34,4	25,6	8,8

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Tabella 1 - Et  media (valori in anni) della madre al parto e parti (valori per 100) da madri di et  35 anni ed oltre per titolo di studio della madre e regione di evento - Anno 2023, Italia 2019-2022

Regioni	Basso ^a		Medio ^a		Alto ^a	
	Et� media al parto	Parti da madri ≥35 anni	Et� media al parto	Parti da madri ≥35 anni	Et� media al parto	Parti da madri ≥35 anni
Piemonte	30,8	28,9	31,7	29,3	34,2	45,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,4	30,9	31,7	28,8	33,4	39,3
Lombardia	30,6	27,6	31,7	30,0	34,3	47,2
Bolzano-Bozen	30,4	23,4	31,0	24,8	33,2	35,8
Trento	30,0	24,8	31,3	25,9	33,8	42,7
Veneto	30,7	28,7	31,8	30,9	33,9	43,6
Friuli Venezia Giulia	30,4	25,8	31,4	28,6	33,8	43,3
Liguria	30,2	24,7	31,8	31,3	34,3	46,5
Emilia-Romagna	30,8	28,2	31,9	31,4	34,0	44,3
Toscana	30,7	27,4	32,2	33,3	34,6	49,5
Umbria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	30,8	29,4	32,0	32,3	34,3	47,3
Lazio	30,8	27,6	32,4	35,6	34,8	52,1
Abruzzo	30,3	25,7	31,9	30,7	34,8	52,2
Molise	30,5	28,0	31,8	32,2	34,6	52,1
Campania	29,8	23,0	31,5	28,1	34,4	47,6
Puglia	30,0	25,5	31,9	31,0	34,7	51,3
Basilicata	30,7	30,3	32,2	33,3	34,9	54,2
Calabria	30,7	28,2	31,6	29,7	34,2	47,1
Sicilia	29,4	22,3	31,6	29,7	34,2	47,1
Sardegna	31,2	31,4	33,2	40,2	35,5	58,0
Italia 2023 ^b	30,3	26,2	31,8	30,7	34,3	47,5
Italia 2022 ^c	30,3	25,6	31,8	30,1	34,3	47,1
Italia 2021 ^d	30,2	25,9	31,8	30,8	34,3	47,7
Italia 2020 ^e	30,1	25,5	31,7	30,4	34,1	46,4
Italia 2019 ^f	30,1	27,6	31,7	31,0	34,1	46,3

n.d. = non disponibile.

^aBasso: fino alla licenza media inferiore. Medio: diploma di scuola secondaria. Alto: laurea o titolo superiore.

^bDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 46,2% dei parti.

^cDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 45,5% dei parti.

^dDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 46,6% dei parti.

^eDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 48,4% dei parti.

^fDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 50,4% dei parti.

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli Iscritti in Anagrafe per Nascita. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La denatalit    determinata principalmente da coorti sempre meno numerose di donne in et  feconda (15-49 anni), dalla progressiva riduzione del contributo alla natalit  dei cittadini stranieri e dalla quota crescente di donne senza figli (1). Parallelamente, continua a crescere la quota di parti in et  sempre pi  avanzata, con un conseguente abbassamento della probabilit  di concepimento e un aumento del rischio di esiti negativi della gravidanza. Anche l'et  media al parto registra un costante incremento.

Per ottenere risultati tangibili nel medio-lungo periodo, le politiche a sostegno della natalit  e delle famiglie con figli, quali ad esempio l'Assegno Unico e Universale per i figli, che va nella direzione della promozione della fecondit  sostenendo la genitorialit  e promuovendo l'occupazione femminile (3), necessitano di essere protrate nel tempo, sostenute con risorse adeguate e, soprattutto, accompagnate da un incre-

mento dei servizi alle famiglie, ancora insufficienti e distribuiti in maniera eterogenea nel territorio. Solo un intervento coordinato e strutturale potr  favorire un'inversione di tendenza nelle scelte riproduttive, contrastando il rinvio o la rinuncia alla maternit .

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Natalit  e fecondit  della popolazione residente. Anno 2023, Comunicato stampa, 21 ottobre 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf.
(2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3149.
(3) F. Luppi, A. Rosina. La rivoluzione dell'Assegno unico e universale: potenzialit  e limiti. Neodemos, 4 ottobre 2022. Disponibile sul sito: www.neodemos.info/2022/10/04/la-rivoluzione-dellassegno-unico-e-universale-potenzialita-e-limiti.

Salute del neonato

Significato. Gli indicatori proposti consentono di analizzare i bisogni di salute delle donne in età fertile in un'ottica di monitoraggio della salute riproduttiva. Questa risulta essere un'area che necessita di essere monitorata anche in termini di accessibilità ai servizi

sanitari poiché può avere ripercussioni sulle condizioni di salute del neonato. Un nato pre-termine e/o sottopeso ha un rischio più elevato di esiti perinatali sfavorevoli e di disfunzioni motorie e cognitive a lungo termine.

Percentuale di nati vivi pre-termine e gravemente pre-termine

$$\frac{\text{Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)} + \text{Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso

$$\frac{\text{Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)} + \text{Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi per Classe di punteggio Apgar

$$\frac{\text{Nati vivi per Classe di punteggio Apgar}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute. Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

Gli indicatori sono calcolati considerando i nati vivi da parto singolo, con peso alla nascita compreso tra 500-7.000 grammi e con età gestazionale tra 22-42 settimane. Sono stati esclusi, invece, i casi con valori mancanti per almeno una delle variabili considerate. Per l'indicatore peso per età gestazionale si è seguito l'algoritmo descritto di seguito.

In una prima fase, sono stati identificati gli *outlier* sulla base degli *z-score* calcolati entro-campione, per genere ed età gestazionale. Sono stati esclusi i soggetti con valori $>+4$ o <-4 . In una seconda fase, i pesi sono stati espressi in *z-score* usando come riferimento le carte *Italian Neonatal Study* (INeS) non separate per parità¹. Tali carte sono presentate attraverso i tre parametri, età gestazionale e genere dipendenti, del modello CG-LMS: la mediana (M), il coefficiente di variazione (S) e un parametro che corregge per l'asimmetria (L). Grazie ad essi, il peso di ciascun neonato può essere trasformato in *z-score* secondo la seguente formula:

$$zscore = \frac{\left(\frac{peso}{M}\right)^L - 1}{S \times L}$$

I neonati sono quindi stati classificati come *Small for Gestational Age* (SGA: peso $<10^{\circ}$ centile), *Large for Gestational Age* (LGA: peso $>90^{\circ}$ centile) o *Appropriate for Gestational Age* (AGA: 10° centile \leq peso $\leq 90^{\circ}$ centile), classificazione condivisa a livello internazionale.

Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori molto piccoli che danno luogo a indicatori poco stabili e, quindi, difficilmente confrontabili. Pertanto, la percentuale sui nati morti viene solo riportata nel testo descrittivo a livello nazionale e non in tabella. Per l'anno 2023 nella selezione dei casi sono stati esclusi 14 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, <22 settimane o >42 settimane (pari allo 0,32% dei nati totali), con peso mancante, <500 o >7.000 grammi (0,11%) e con punteggio Apgar non compreso tra 1-10 (0,51%).

Valore di riferimento/Benchmark. La definizione condivisa dalla letteratura scientifica specifica internazionale identifica i nati pre-termine come nascite precedenti alle 37 settimane compiute di gestazione;

¹È stato scelto di utilizzare le carte INeS non separate per parità poiché risultano più appropriate negli studi di popolazione, dove la variabile parità è spesso incompleta o poco affidabile. In assenza di tale informazione, si assume convenzionalmente che il neonato sia primogenito: una scelta conservativa, ma potenzialmente soggetta a *bias*. Le carte stratificate per parità restano, invece, le più indicate nella pratica clinica, dove i dati disponibili sono completi e accurati.

analogamente, per nati gravemente pre-termine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane. I nati sottopeso sono quelli con peso alla nascita <2.500 grammi; tra questi, quelli fortemente sottopeso sono nella categoria con meno di 1.500 grammi.

La Classe di punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita rileva una sofferenza neonatale se compreso tra 1-3 (gravemente depresso), delle evidenti difficoltà se compreso tra 4-6 (moderatamente depresso) e una condizione di normalità tra 7-10.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 si sono registrati nei CedAP 376.925 parti, con una diminuzione del 2,8% rispetto al 2022.

Considerando l'età gestazionale, i neonati pre-termine (nati <37 settimane complete di gestazione) sono a più alto rischio di mortalità, morbidità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine. Nel Grafico 1 vengono riportati i nati vivi per settimane di gestazione suddivise in eventi <32 settimane e tra 32-36 settimane. La somma dei due gruppi individua tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine.

La condizione di nato morto è più frequentemente associata ad una gravidanza patologica e ad una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: infatti, il 65,8% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e oltre un terzo (36,0%) <32 settimane (dati non presentati).

Nel 2023, a livello nazionale, il 6,9% delle nascite con vitalità sono avvenute entro le 36 settimane compiute, quindi non a termine. La variabilità regionale presenta un range con valori <6% e un unico valore superiore all'8% in Sardegna (9,2%).

La quota delle nascite <32 settimane, quindi gli eventi gravemente pre-termine, si assesta mediamente attorno allo 0,86%. Tuttavia, le percentuali oscillano da un minimo di 0,29% in Valle d'Aosta a un massimo di 1,17% in Umbria.

Indipendentemente dal tipo di parto, che sia singolo o gemellare, tutti i neonati pre-termine devono ricevere un'assistenza adeguata, ovunque avvenga il parto. Tuttavia, è intuitivo che, considerando solo i parti plurimi, le percentuali siano più elevate: nel 2023, circa il 52,5% dei nati da parto plurimo è risultato pre-termine tra 32-36 settimane, mentre il 7,5% è nato gravemente pre-termine. Tra i parti singoli, le due percentuali sono pari, rispettivamente, al 4,6% e allo 0,7% (dati non presentati).

La percentuale di neonati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi) rappresenta un indicatore ampiamente utilizzato per valutare il rischio di esiti perinatali avversi ed è incluso in molti sistemi di sorveglianza sia nazionali che internazionali. I neonati con un peso alla nascita ridotto sono, infatti, esposti a un rischio maggiore di esiti perinatali sfavorevoli e di

disabilità cognitive e motorie a lungo termine rispetto a quelli con peso adeguato.

Nel Grafico 2 vengono riportati i nati vivi per peso alla nascita suddivisi in due classi: <1.500 grammi e tra 1.500-2.499 grammi. La somma dei due gruppi individua tutti i casi con basso peso, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi fortemente sottopeso.

La condizione di nato morto si associa più spesso a un basso peso alla nascita, così come a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico (come già illustrato): il 56,5% dei nati morti nel 2023 presenta un peso alla nascita <2.500 grammi. Considerando, invece, la soglia dei 1.500 grammi, la percentuale è uguale a 24,5%. Un'ulteriore conferma dell'impatto negativo del basso peso sulla salute perinatale è rappresentata dal ricorso a manovre rianimatorie: queste sono risultate necessarie nel 49,2% dei neonati con peso <1.500 grammi.

Nel 2023, a livello nazionale, il 7,0% dei nati vivi pesa <2.500 grammi. La variabilità regionale presenta un range con valore minimo in corrispondenza di Molise, Emilia-Romagna e PA Trento (5,9%) e valore massimo per la Sardegna (9,3%). La quota dei nati vivi <1.500 grammi, quindi gli eventi fortemente sottopeso, si assesta attorno allo 0,9%. Piccoli numeri in corrispondenza di alcune regioni non rendono significative eventuali differenze.

Anche in questo caso, selezionando solo i parti plurimi, le percentuali aumentano sensibilmente: oltre la metà (54,0%) risulta avere un peso compreso tra 1.500-2.499 grammi, mentre l'8,1% ha un peso <1.500 grammi. Nei parti singoli le due percentuali sono, rispettivamente, 4,7% e 0,6%.

Poiché il peso alla nascita è fortemente associato all'età gestazionale e, in misura minore, al genere, oltre alla valutazione assoluta si utilizza un indicatore che considera tali variabili. Questo indicatore si basa sul confronto con un riferimento esterno, rappresentato dalle carte neonatali adottate. Come già precedentemente descritto, in questo modo, i neonati sono classificati in tre categorie: SGA, AGA e LGA. Le categorie SGA e LGA sono considerate analoghe, rispettivamente, al basso e all'alto peso alla nascita. Nella nostra popolazione si osservano il 9,6% nati vivi con basso peso (SGA) e il 10,8% con peso elevato (LGA) (riferimento: carte INeS non separate per parità).

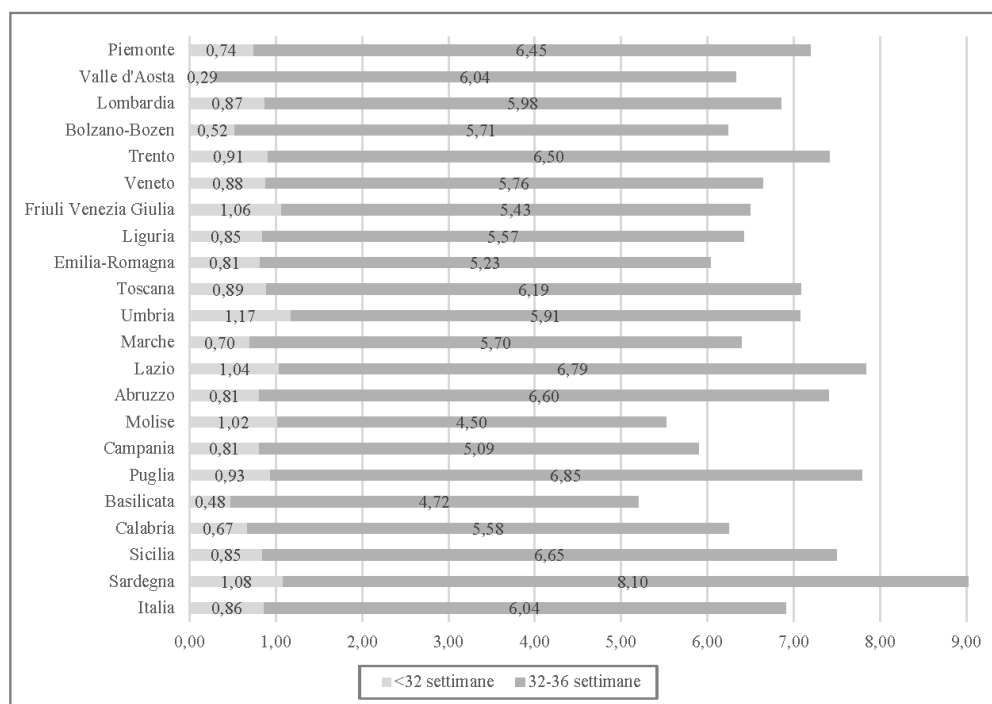
La distribuzione regionale (Grafico 3) dei due indicatori risulta essere differente a seconda che si tratti di nati con basso peso o con peso elevato. Nel primo caso, infatti, le percentuali più elevate (superiori alla media nazionale) sono presenti in 6 regioni del Sud (Campania, Basilicata, Calabria, Molise, Sardegna e Sicilia), 2 del Nord (Valle d'Aosta e Liguria) e nessuna del Centro. Invece, percentuali più alte di nati con peso elevato sembrano essere più una caratteristica del Nord; infatti, valori maggiori della media nazionale si trovano in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, PA Bolzano e Liguria, in sole 2 regioni

del Centro (Umbria e Marche) e in 2 del Sud (Abruzzo e Puglia).

Nella Tabella 1 viene riportata per i nati vivi la distribuzione per classi di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (7-10).

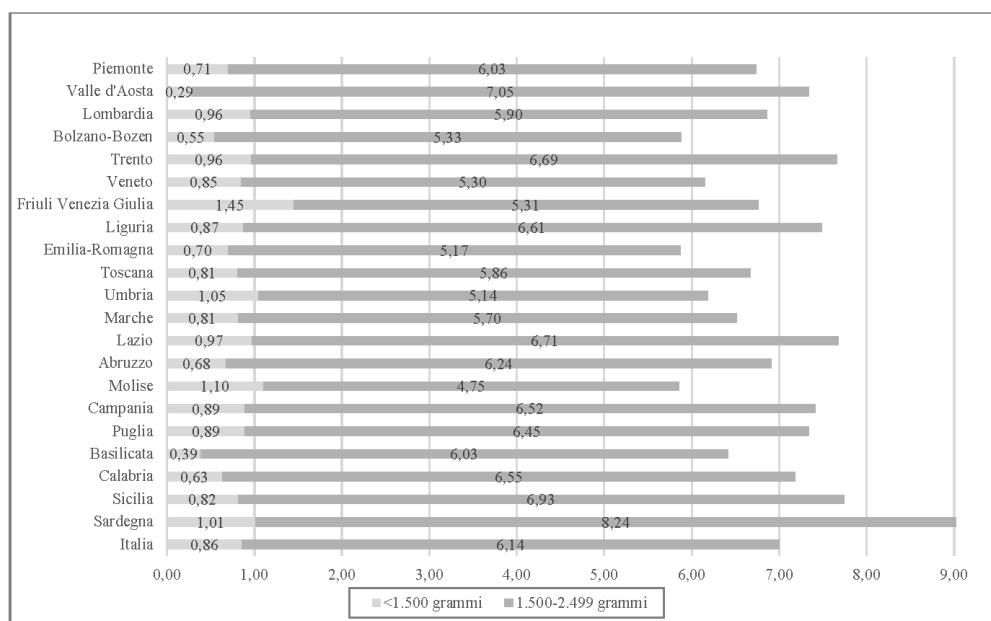
A livello nazionale, si registra una percentuale di nati con punteggio <7 nello 0,8% dei casi. Piccoli numeri non rendono significative eventuali differenze regionali. Sono soprattutto i neonati sottopeso a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole: 2,0% se si considera il peso compreso tra 1.500-2.499 grammi e 17,5% in corrispondenza di un peso alla nascita <1.500 grammi.

Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) pre-termine per settimane di gestazione e regione - Anno 2023



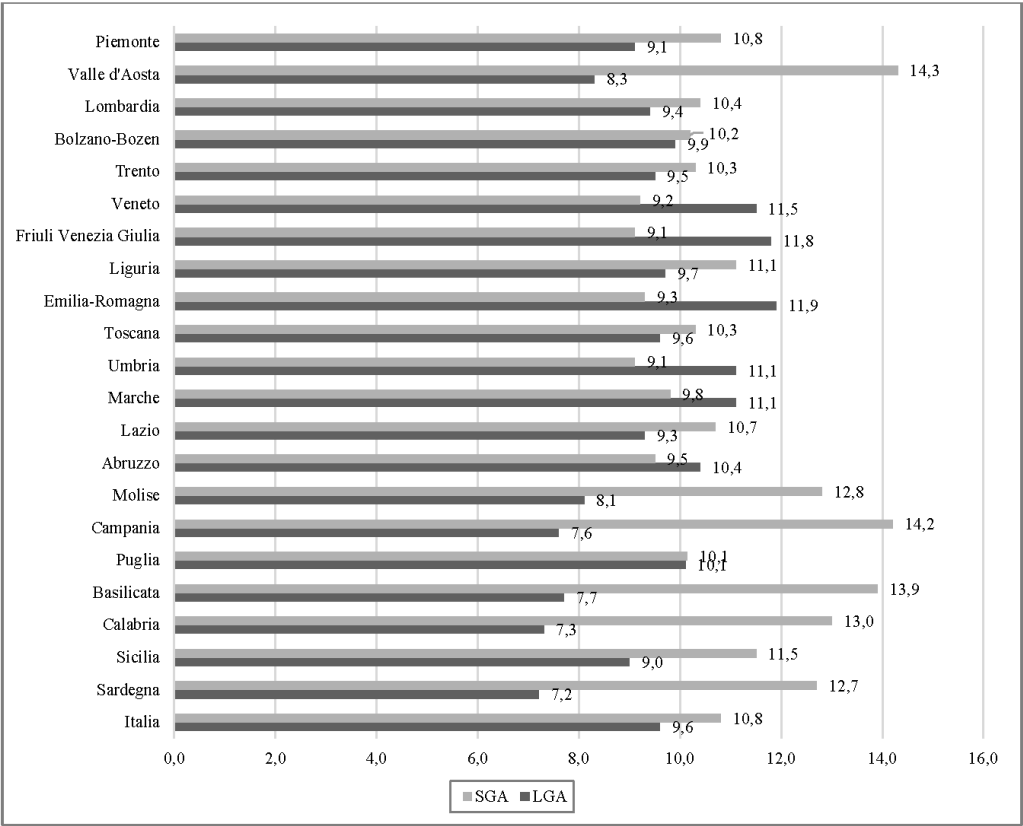
Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Grafico 2 - Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita e regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Grafico 3 - Nati vivi (valori per 100) con basso (Small for Gestational Age-SGA) o alto (Large for Gestational Age-LGA) peso alla nascita per età gestazionale e regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Tabella 1 - Nati vivi (valori per 100) totali, sottopeso e fortemente sottopeso, per Classe di punteggio Apgar e regione - Anno 2023

Regioni	Totali			Sottopeso			Fortemente sottopeso		
	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10
Piemonte	0,13	0,98	98,89	0,47	2,69	96,84	3,49	18,60	77,91
Valle d'Aosta	0,14	1,01	98,85	0,00	2,08	97,92	0,00	50,00	50,00
Lombardia	0,15	0,75	99,10	0,26	1,79	97,95	6,05	12,74	81,21
Bolzano-Bozen	0,17	1,31	98,52	0,40	3,60	96,00	3,85	26,92	69,23
Trento	0,25	0,99	98,76	0,41	1,65	97,94	5,71	20,00	74,29
Veneto	0,08	0,63	99,30	0,12	1,99	97,88	1,17	15,18	83,66
Friuli-Venezia Giulia	0,15	1,02	98,83	0,50	2,00	97,50	4,59	12,84	82,57
Liguria	0,16	1,27	98,56	1,52	2,53	95,96	3,45	44,83	51,72
Emilia-Romagna	0,11	0,56	99,33	0,47	1,13	98,40	2,94	9,80	87,25
Toscana	0,08	0,54	99,38	0,32	1,67	98,01	1,73	11,56	86,71
Umbria	0,08	0,16	99,76	0,00	0,39	99,61	0,00	5,77	94,23
Marche	0,08	0,15	99,76	0,00	0,83	99,17	2,90	1,45	95,65
Lazio	0,23	0,62	99,15	0,75	2,35	96,90	8,95	15,02	76,04
Abruzzo	0,15	0,40	99,45	0,21	1,07	98,72	8,16	10,20	81,63
Molise	0,42	1,02	98,56	0,00	1,79	98,21	16,67	33,33	50,00
Campania	0,05	0,79	99,16	0,11	1,66	98,23	1,17	17,60	81,23
Puglia	0,07	0,29	99,64	0,24	0,72	99,04	0,87	10,00	89,13
Basilicata	0,09	0,39	99,52	0,49	0,49	99,01	0,00	15,38	84,62
Calabria	0,07	0,30	99,63	0,24	1,09	98,67	3,95	7,89	88,16
Sicilia	0,12	0,42	99,45	0,20	1,15	98,65	2,43	10,42	87,15
Sardegna	0,27	0,76	98,97	0,68	2,56	96,75	9,72	6,94	83,33
Italia	0,12	0,64	99,24	0,34	1,68	97,99	3,93	13,59	82,48

Nota: per la Liguria la quota dei nati vivi esclusa dall'analisi a causa di un punteggio Apgar non valido è pari al 15,0%.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La nascita pre-termine è un evento che riscuote molta attenzione da parte dei neonatologi, tanto da indire una Giornata Mondiale della Prematurità, che si svolge ogni anno il 17 novembre. Questi neonati, estremamente fragili, si trovano fin da subito a lottare per la sopravvivenza all'interno delle Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Per questo motivo, le società scientifiche di neonatologia promuovono con forza il modello di "Family Centered Care", che prevede il pieno coinvolgimento dei genitori nell'assistenza e nella cura del neonato. Tuttavia, ciò sarebbe possibile solo garantendo un accesso alle TIN attivo 24 ore su 24, una condizione che purtroppo non è ancora uniformemente assicurata su tutto il territorio nazionale. Un accesso continuativo permetterebbe anche di applicare le raccomandazioni dell'OMS riguardo al contatto pelle-a-pelle, riconosciuto come una pratica salvavita. L'accudimento del neonato pre-termine resta fondamentale anche dopo le dimissioni dalla TIN: è, infatti, indispensabile attivare un percorso di *follow-up* che coinvolga i PLS e i servizi territoriali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346.
- (2) Euro-Peristat Project. "European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe". Anni vari. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html.
- (3) Spada E, Peila C, Coscia A. Italian neonatal birthweight charts derived from INeS not separated by birth order. *Ital J Pediatr.* 2024 Apr 29; 50 (1): 89. doi: 10.1186/s13052-024-01660-7. PMID: 38679732; PMCID: PMC11057175.
- (4) WHO (2023), Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low-birth-weight infants. Disponibile sul sito: www.who.int/tools/elena/interventions/kangaroo-care-infants.
- (5) Società Italiana di Neonatologia-SIN, La dimissione inizia il giorno del ricovero. Un percorso di accompagnamento alla dimissione dalla TIN del neonato e della sua famiglia. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1711446695.pdf.

Procreazione Medicalmente Assistita

Significato. Nell'ambito dei servizi erogati per la riproduzione umana è fondamentale considerare le tecniche di PMA, che includono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di oociti umani, di spermatozoi o embrioni ai fini di un progetto di gravidanza.

Il Registro Nazionale della PMA Italiano raccoglie i dati di tutti i Centri che applicano tecniche di fecondazione assistita, sia di I che di II e III livello. Con tecniche di I livello ci si riferisce all'inseminazione semplice (IUI), con II e III livello si fa riferimento, invece, oltre che all'inseminazione semplice anche alle tecniche di fecondazione in vitro più complesse quali, la fecondazione in vitro con trasferimento degli embrioni (FIVET), la tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo (ICSI), il trasferimento di embrioni crioconservati (FER), il trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati (FO), la crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo degli spermatozoi.

I Centri di II e III livello si distinguono soltanto per il tipo di anestesia somministrata e per alcune differenze nelle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi; dal punto di vista della lettura dei risultati vengono, quindi, considerati in un unico gruppo.

Gli indicatori proposti misurano diverse dimensioni del fenomeno e, in particolare, si riferiscono alla distribuzione, adeguatezza, accuratezza e qualità

complessiva dell'offerta sanitaria.

Il primo indicatore è riferito alla mappatura e distribuzione dei servizi, e descrive il numero di Centri attivi obbligati all'invio dei dati. Esso consente di quantificare in termini assoluti il numero di strutture sanitarie che garantiscono l'accesso ai servizi di PMA.

Il secondo indicatore riguarda i cicli iniziati con tecniche di II e III livello e descrive la relazione tra domanda e offerta, fornendo indicazioni sulle dimensioni del fenomeno e consentendo di stimare l'adeguatezza dell'offerta sanitaria. Nello specifico, il numeratore corrisponde al numero di cicli iniziati con tecniche di II e III livello, mentre al denominatore viene considerata la popolazione residente.

Il terzo indicatore preso in considerazione è dato dalla percentuale di gravidanze perse al *follow-up*. Questo indicatore fornisce un'informazione relativa al sistema di monitoraggio e raccolta dati dei Centri dove si applicano le tecniche di fecondazione assistita. Dunque, è un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai Centri e del monitoraggio del lavoro e dei risultati ottenuti dal Centro stesso. Nella composizione di questo indicatore, però, assume un ruolo importante anche la disponibilità di personale all'interno delle strutture. In molti Centri, infatti, la carenza di personale costituisce un ostacolo all'ottenimento di livelli ottimali del monitoraggio delle gravidanze ottenute.

Numero di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita attivi tenuti all'invio dei dati

Cicli a fresco

Numeratore	Cicli da tecniche di II e III livello (tecniche FIVET, ICSI, FER e FO) iniziati in 1 anno
Denominatore	Popolazione media residente

x 1.000.000

Percentuale di gravidanze perse al follow-up

Numeratore	Gravidanze di cui non si conosce l'esito
Denominatore	Gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello

x 100

Validità e limiti. I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dall'ISS e, nello specifico, dal Registro Nazionale della PMA. Le unità di rilevazione sono rappresentate dai Centri che applicano le tecniche di PMA, autorizzati dalle Regioni ed iscritti al Registro Nazionale. A partire dalla raccolta dati relativa all'attività del 2006, la copertura dell'indagine è stata totale e tutti i trattamenti di riproduzione assistita effettuati in un anno, vengono registrati e monitorati nella raccolta dati. Ogni anno, sui dati rac-

colti, vengono eseguiti una serie di controlli di congruenza e di validazione. Le procedure di validazione vengono eseguite sia attraverso controlli verticali, che approfondiscono l'esattezza dei dati, quando questi appaiono fuori scala rispetto alle medie regionali e nazionali, sia attraverso controlli orizzontali, che vengono realizzati sulla premessa che i dati comunicati da ogni Centro debbano essere quantitativamente paragonabili da un anno all'altro. Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nella circostanza che i

dati comunicati al Registro Nazionale vengono raccolti in forma aggregata. In questo modo diventa più complicato collegare gli esiti delle terapie ad alcune caratteristiche delle coppie di pazienti. La probabilità di riuscita di un ciclo di fecondazione assistita è legata anche al tipo e al grado di infertilità della coppia.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di confronto degli indicatori presentati fanno riferimento ad altri Paesi europei, in cui l'attività di fecondazione assistita è assimilabile all'attività svolta in Italia. Inoltre, potranno essere presi in considerazione anche i valori medi europei, presentati ogni anno dall'*European IVF Monitoring*, sistema di raccolta ed analisi dei dati del Registro Europeo, a cui l'Italia partecipa.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, sul territorio nazionale i Centri PMA iscritti al Registro Nazionale e autorizzati dalle Regioni di appartenenza sono 333. Si registrano 133 Centri di I livello, mentre quelli di II e III livello sono 200. Stratificando per tipologia di servizio offerto (pubblico, privato accreditato e privato), si osserva una distribuzione eterogenea per i Centri di PMA di II-III livello attivi nel 2022. Un'incidenza maggiore di Centri pubblici attivi si riscontra in alcune regioni del Nord, mentre nelle regioni meridionali i Centri privati sono i più rappresentativi, a testimonianza di differenze negli indirizzi e nelle politiche sanitarie adottate dalle diverse regioni.

A livello nazionale, tra il 2016 e il 2022 si è registrata una riduzione del numero di Centri pari al 7,5% (-27 unità complessive) (Tabella 1). Tale diminuzione è stata particolarmente marcata nella PA di Bolzano (-50,0%), in Sicilia (-33,3%), in Piemonte (-25,0%) e in Liguria (-20,0%). Nello stesso periodo, al contrario, si è osservato un incremento rilevante in Sardegna (+33,3%), Calabria (+33,3%), Puglia (+20,0%) e Marche (+14,3%).

Tra il 2021 e il 2022 la riduzione complessiva è stata più contenuta, pari a 7 unità a livello nazionale. In particolare, la Sicilia ha registrato il calo più significativo (-21,2%).

Nel complesso, a livello nazionale, con l'applicazione di tutte le tecniche di PMA, nel 2022 sono state trattate 87.192 coppie di pazienti, circa 1.100 in più rispetto al 2021, per un totale di 109.755 cicli di trattamento avviati (quasi 1.700 in più rispetto all'anno precedente).

Nel 2022, in riferimento ai Cicli iniziati con tutte le tecniche di II e III livello per milione di abitanti, i risultati mostrano a livello nazionale 1.591 cicli iniziati. Questo valore rappresenta un incremento del 28,6% rispetto al 2016 e del 4,1% rispetto all'anno precedente (Tabella 2). Nell'intervallo temporale 2016-2022 si osserva un aumento complessivo in qua-

si tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo (-21,5%) e Sardegna (-19,5%). Incrementi superiori al 40% si registrano in Liguria (+45,4%), Campania (+46,8%), Friuli Venezia Giulia (+55,3%), Veneto (+55,9%), Calabria (+63,9%) e Lazio (+74,8%).

Dai valori riportati emerge chiaramente come durante la pandemia COVID-19, in particolare nel 2020, si sia verificata una generale contrazione dei volumi, legata sia a una riduzione della domanda sia, soprattutto, alla limitata accessibilità ai servizi dovuta alle misure restrittive. Tutte le procedure mediche non considerate urgenti furono, infatti, sospese o rimandate in seguito al Decreto del Governo del 9 marzo 2020, mentre proseguirono soltanto le attività non differibili, come le tecniche di crioconservazione di gameti e tessuto gonadico, indispensabili per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici.

Tuttavia, tra il 2021 e il 2022 si registra una nuova riduzione dei cicli iniziati con tecniche di II e III livello in 10 regioni: Calabria (-26,0%), Molise (-14,9%), Basilicata (-14,1%), Abruzzo (-11,2%), Sardegna (-9,8%), Piemonte (-5,3%), Valle d'Aosta (-5,3%), Liguria (-4,4%), PA di Trento (-1,1%) ed Emilia-Romagna (-1,0%). Al contrario, si distinguono per un incremento Veneto (+21,3%), Friuli-Venezia Giulia (+20,0%), PA di Bolzano (+12,1%) e Marche (+10,0%). È importante sottolineare che il numero di cicli eseguiti nelle regioni non sempre corrisponde alla numerosità dei Centri presenti sul territorio.

Per quanto riguarda il terzo indicatore, a livello nazionale si sono registrate, complessivamente, 1.730 gravidanze perse al follow-up, pari al 7,6% del totale delle gravidanze ottenute mediante tecniche di II e III livello, con e senza donazione di gameti (Tabella 3). Nel periodo 2016-2022 si osserva un decremento nazionale pari al -25,5%. Le regioni che hanno mostrato una riduzione superiore al 60% sono Liguria, Umbria, Veneto, Abruzzo, PA di Bolzano, Basilicata e PA di Trento. Al contrario, incrementi marcati si registrano in Molise (+208,0%) ed Emilia-Romagna (+366,7%).

Tra il 2021 e il 2022 la riduzione a livello nazionale è stata ancora più consistente (-40,2%). In questo intervallo, un decremento è stato osservato in 14 regioni, mentre un incremento si è registrato soltanto in due: Lombardia (+29,6%) e Veneto (+47,6%).

L'attività di PMA nel 2022 mostra una riduzione del numero dei Centri attivi rispetto all'anno precedente: da 340 a 333. Nonostante ciò, dal 2021 al 2022 si sono registrati aumenti nel numero delle coppie trattate, dei cicli effettuati e dei bambini nati vivi: questi ultimi sono passati da 16.625 a 16.718. Permane una significativa disomogeneità regionale sia nell'offerta che nella qualità della raccolta dei dati.

Tabella 1 - Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (valori assoluti) di attivi per regione - Anni 2016-2022

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Δ % (2022-2016)
Piemonte	28	28	23	23	22	22	21	-4,5	-25,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1	1	1	1	1	1	0,0	0,0
Lombardia	62	60	58	58	55	55	55	0,0	-11,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>0,0</i>	<i>-50,0</i>
<i>Trento</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	1	1	1	1	1	1	1	0,0	0,0
Friuli-Venezia Giulia	38	38	35	36	34	36	37	2,8	-2,6
Liguria	5	5	4	4	4	4	4	0,0	-20,0
Emilia-Romagna	22	21	22	22	22	24	22	-8,3	0,0
Toscana	22	22	23	23	22	22	22	0,0	0,0
Umbria	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0
Marche	7	6	6	7	7	8	8	0,0	14,3
Lazio	38	42	36	36	34	35	36	2,9	-5,3
Abruzzo	5	6	6	6	6	5	5	0,0	0,0
Molise	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0
Campania	44	44	44	45	42	45	45	0,0	2,3
Puglia	15	16	15	16	16	18	18	0,0	20,0
Basilicata	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0
Calabria	9	9	9	11	12	12	12	0,0	33,3
Sicilia	39	43	38	36	34	33	26	-21,2	-33,3
Sardegna	3	3	3	3	3	3	4	33,3	33,3
Italia	360	366	345	346	332	340	333	-2,1	-7,5

Fonte dei dati: Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Attività dei centri procreazione medicalmente assistita anno 2022. Anno 2025.

Tabella 2 - Cicli (valori per 1.000.000) iniziati con trattamento di II e III livello per regione - Anni 2016-2022

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Δ % (2022-2016)
Piemonte	872	1.015	1.046	1.072	879	1.198	1.135	-5,3	30,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3.462	3.589	2.773	3.647	2.537	4.429	4.195	-5,3	21,2
Lombardia	2.104	2.162	2.195	2.249	1.534	2.221	2.353	5,9	11,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>523</i>	<i>507</i>	<i>623</i>	<i>630</i>	<i>454</i>	<i>647</i>	<i>725</i>	<i>12,1</i>	<i>38,6</i>
<i>Trento</i>	<i>3.002</i>	<i>3.473</i>	<i>3.811</i>	<i>3.715</i>	<i>2.761</i>	<i>3.380</i>	<i>3.343</i>	<i>-1,1</i>	<i>11,4</i>
Veneto	1.088	755	1.153	1.428	1.074	1.398	1.696	21,3	55,9
Friuli-Venezia Giulia	860	890	956	948	871	1.113	1.336	20,0	55,3
Liguria	975	1.184	1.357	1.225	1.155	1.484	1.418	-4,4	45,4
Emilia-Romagna	1.684	1.673	1.566	1.515	1.247	1.727	1.710	-1,0	1,5
Toscana	2.313	2.361	2.473	2.545	2.423	2.961	3.020	2,0	30,6
Umbria	593	598	645	577	516	655	693	5,8	16,9
Marche	161	151	158	124	112	180	198	10,0	23,0
Lazio	1.343	1.350	1.335	1.451	1.374	2.139	2.347	9,7	74,8
Abruzzo	717	645	629	799	502	634	563	-11,2	-21,5
Molise	302	433	388	260	245	355	302	-14,9	0,0
Campania	1.095	1.151	1.140	1.207	1.128	1.559	1.608	3,1	46,8
Puglia	636	636	676	755	664	834	882	5,8	38,7
Basilicata	556	642	784	793	462	768	660	-14,1	18,7
Calabria	321	386	357	464	618	711	526	-26,0	63,9
Sicilia	874	894	828	857	795	983	997	1,4	14,1
Sardegna	609	532	603	609	351	543	490	-9,8	-19,5
Italia	1.237	1.275	1.297	1.341	1.117	1.529	1.591	4,1	28,6

Fonte dei dati: Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Attività dei centri procreazione medicalmente assistita anno 2022. Anno 2025.

Tabella 3 - Gravidanze (valori per 100) perse al follow-up per regione - Anni 2020-2022

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Δ % (2022-2016)
Piemonte	6,5	5,0	3,9	4,7	8,1	11,8	5,7	-51,7	-12,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	4,3	8,2	0,0	0,0	2,1	0,0	-100,0	n.a.
Lombardia	4,7	4,9	3,4	3,3	4,3	2,7	3,5	29,6	-25,5
Bolzano-Bozen	2,9	0,0	2,9	6,5	1,0	1,1	0,3	-72,7	-89,7
Trento	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.a.	-100,0
Veneto	14,2	8,3	6,4	3,5	5,1	2,1	3,1	47,6	-78,2
Friuli-Venezia Giulia	0,0	1,4	0,3	0,3	0,0	0,5	0,3	-40,0	n.a.
Liguria	2,3	1,2	0,5	0,5	0,0	0,9	0,9	0,0	-60,9
Emilia-Romagna	0,9	5,3	6,3	1,9	3,4	5,9	4,2	-28,8	366,7
Toscana	10,2	14,9	8,4	5,9	7,8	8,4	7,1	-15,5	-30,4
Umbria	5,0	5,4	0,0	1,2	0,0	0,0	1,2	n.a.	-76,0
Marche	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.a.	n.a.
Lazio	22,2	18,7	18,9	28,3	15,7	13,2	11,4	-13,6	-48,6
Abruzzo	4,9	2,7	2,4	4,2	4,6	3,5	0,7	-80,0	-85,7
Molise	5,0	5,0	0,0	27,3	28,9	25,0	15,4	-38,4	208,0
Campania	15,4	32,1	24,7	29,0	21,7	44,2	11,2	-74,7	-27,3
Puglia	35,4	37,2	39,6	38,8	45,3	36,8	34,4	-6,5	-2,8
Basilicata	1,6	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	n.a.	-100,0
Calabria	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	1,3	1,2	-7,7	n.a.
Sicilia	16,1	18,0	14,6	17,3	16,0	14,5	11,3	-22,1	-29,8
Sardegna	2,9	4,2	4,8	1,1	2,0	8,9	3,0	-66,3	3,4
Italia	10,2	11,9	9,7	10,6	10,2	12,7	7,6	-40,2	-25,5

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Anno 2025.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nel 2022 l'attività dei Centri di PMA in Italia ha mostrato un incremento rispetto al 2021, confermando la ripresa dopo la contrazione legata alla pandemia da SARS-CoV-2. Tuttavia, l'analisi evidenzia ancora una significativa eterogeneità regionale: in alcune regioni si osservano aumenti rilevanti dei cicli avviati, mentre in altre persiste una riduzione del numero di Centri e dei trattamenti erogati.

Queste differenze riflettono, verosimilmente, le diverse politiche sanitarie e l'organizzazione dell'offerta a livello regionale. È, quindi, importante che la programmazione sanitaria tenga conto di tali squilibri per garantire equità di accesso ai servizi di PMA sull'intero territorio nazionale.

Infine, sebbene a livello nazionale si registri una diminuzione della percentuale di gravidanze perse al *follow-up*, permangono differenze territoriali e in alcune regioni persistono criticità legate alla raccolta e completezza dei dati. In quest'ottica, un ulteriore sforzo è necessario per migliorare la qualità del monitoraggio e la disponibilità di personale dedicato alla raccolta delle informazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Procreazione Medicalmente Assistita. Disponibile sul sito: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-della-donna/procreazione-medicalmente-assistita>.
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo

stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Attività dei centri procreazione medicalmente assistita. Anno 2022.

(3) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2004-2022.

(4) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2023.

(5) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - Procreazione Medicalmente Assistita: risultati dell'indagine sull'applicazione delle tecniche nel 2003.

(6) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - 1° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2005.

(7) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli, R. De Luca, R. Spoletini, E. Mancini- 2° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2006.

(8) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, R. De Luca, P. D'Aloja, S. Fiaccavento, R. Spoletini, M. Bucciarelli, E. Mancini- 3° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2007.

(9) G. Scaravelli, PE Levi Setti, G. Gennarelli, L. Mencaglia, FM Ubaldi, R. De Luca, D. Cimadomo, R. Spoletini, V. Vigilano & PP Sileri. The actual impact of SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic on IVF activity: a survey across Italian ART centers. J Assist Reprod Genet (2022). Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1007/s10815-022-02600-2>.

(10) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on October 17, 2023 - Assisted reproductive Technology in Europe, 2019: results generated from European registers by ESHRE.

Abortività volontaria

Significato. La Legge n. 194/1978 (“Norme per la tutela della maternità e sull’Interruzione Volontaria della Gravidanza”) regola, in Italia, le modalità del ricorso all’aborto volontario. Grazie ad essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l’IVG entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l’IVG è consentita solo per gravi problemi di salute fisica o psichica. L’intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del SSN e le strutture private accreditate e autorizzate dalle Regioni.

Il 12 agosto 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato la circolare di aggiornamento “Linee di indirizzo sulla Interruzione Volontaria di Gravidanza con Mifepristone e prostaglandine”. Tale documento dispone l’estensione del limite per l’esecuzione dell’IVG con questa metodica da sette a nove settimane compiute di età gestazionale e prevede la prestazione anche in DH e presso strutture ambulatoriali pub-

bliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all’Ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i Consultori familiari.

Il tasso di abortività volontaria è l’indicatore più frequentemente usato a livello internazionale (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni) e permette di valutare l’incidenza del fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall’uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall’offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Al fine di una valutazione più approfondita dell’IVG, è possibile calcolare il tasso di abortività specifico per alcune caratteristiche delle donne, ad esempio età, stato civile, parità, luogo di nascita e cittadinanza (se si dispone della popolazione per il denominatore). Si può, inoltre, utilizzare il tasso std per età al fine di eliminare l’effetto confondente di questa variabile.

Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di età 15-49 anni
Denominatore	Popolazione media residente di donne di età 15-49 anni

x 1.000

Validità e limiti. L’indicatore viene elaborato utilizzando i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall’Istat, dall’ISS e dal Ministero della Salute. Dal 2019 per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il questionario Istat sulla piattaforma dedicata tramite la quale le Regioni possono anche elaborare le tabelle che inviano trimestralmente al Sistema di Sorveglianza sull’IVG coordinato dall’ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, l’Istat e le Regioni. La gestione dei due flussi (Istat e ISS) attraverso un unico strumento informatico ha semplificato le procedure di inserimento dei dati e ha consentito di eliminare gran parte delle precedenti discrepanze.

Ogni anno il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull’andamento del fenomeno e l’Istat pubblica i dati sul proprio sito e tramite altri canali di diffusione. Attualmente, i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale.

I casi registrati sulla piattaforma Istat vengono sottoposti a controlli di completezza tramite il confronto con il numero di IVG registrate nel flusso delle SDO del Ministero della Salute, individuabili tramite il codice ICD9-CM 635 (Aborto indotto legalmente) e sottovoci. In caso di sottostima dei dati Istat, questi vengono integrati con le SDO, modificandone il numero totale. Tali integrazioni, oltre a ulteriori informazioni fornite direttamente dalle Regioni, vengono incluse nei dati elaborati dal Sistema di Sorveglianza

sull’IVG. L’Istat, invece, pubblica i dati effettivamente registrati indicando per quali regioni è stato riscontrato un invio incompleto. Le integrazioni vengono comunque utilizzate per calcolare i tassi di abortività. L’indicatore regionale può essere calcolato considerando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (da donne residenti e non) e al denominatore le donne di età compresa tra i 15-49 anni residenti, motivo per cui il dato può risultare sovra o sottostimato.

Utilizzando, invece, le donne residenti sia al numeratore che al denominatore, si escludono i casi di donne non residenti che riguardano, principalmente, le donne straniere. In questa pubblicazione viene riportato il tasso calcolato secondo quest’ultima modalità che privilegia l’omogeneità tra numeratore e denominatore. Per il 2023 vengono quindi escluse 1.589 IVG di donne residenti all’estero (2,4% del totale), delle quali 1.483 risultano effettuate da cittadine straniere.

A seguito della diffusione da parte dell’Istat della popolazione ricostruita post-censuaria al 1° gennaio, per gli anni 2002-2019, i tassi sono stati ricalcolati in serie storica. Inoltre, per la standardizzazione è stato considerato un sistema di pesi internazionale basato su una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella proposta nell’*European Standard Population*, Edizione 2013, proposta dalla banca dati europea Eurostat.

La fonte utilizzata è l’indagine Istat sulle IVG.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle 3 regioni che presentano il valore dell'indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, l'Istat ha notificato 65.493 IVG rilevando una sottostima rispetto ai dati delle SDO per Liguria, Abruzzo, Calabria e Sicilia. Nel 2022 le IVG erano risultate 65.528, quindi si registra una sostanziale stabilità (solo 35 IVG in meno) del numero dei casi notificati. Sembra quindi che, dopo la rilevante riduzione nel periodo 2019-2021 dovuta alla pandemia di COVID-19, dal 2022 il numero delle IVG stia tornando ad un andamento simile al periodo pre-pandemico. Il trend di lungo periodo (Grafico 1) conferma una progressiva decrescita a partire dal 1984 (considerando il 1982 come primo anno in cui i dati si considerano completi in tutte le regioni). Tuttavia, si osservano due eccezioni a questa tendenza: il tasso ha conosciuto un periodo di sostanziale stabilità tra il 1994 e il 2004 (quando era compreso tra il 9,1 e il 9,6 per 1.000 donne di età compresa tra i 15-29 anni) e la ripresa post-pandemica. Nel complesso, tra il 1982 e il 2023, il numero assoluto di IVG si è ridotto del 71,6%, mentre il tasso std per 1.000 donne ha registrato una diminuzione del 66,5%. Questa riduzione ha interessato tutte le classi di età, con cali superiori al 60%, ad eccezione della fascia più giovane (15-19 anni), che presenta una riduzione comunque significativa, pari al 58%.

Confrontando l'andamento del numero delle IVG con quello del numero dei parti durante gli ultimi 10 anni (Grafico 2), si osserva che per i parti la riduzione è stata continua, anche se meno accentuata nel periodo 2019-2021, mentre per le IVG si è osservata una leggera ripresa nel 2022.

Nel confronto tra le regioni viene utilizzato il tasso std per eliminare le differenze riconducibili alle diverse strutture per età (Grafico 3). Anche in questo caso, analogamente a quanto si osserva per il tasso grezzo, tra il 2013-2023 si registra una diminuzione del 24,4% a livello nazionale e in tutte le regioni. Quelle che mostrano un decremento più marcato (>25%) sono: Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio, Toscana e Umbria. All'opposto quelle con valori <15% sono: Sardegna, PA Trento e PA Bolzano.

L'indagine Istat, oltre alle informazioni sulle caratteristiche delle donne, raccoglie anche informazioni relative alle modalità di effettuazione degli interventi. Nella Tabella 1, le metodiche chirurgica e farmacologica sono analizzate separatamente al fine di evidenziare le differenze legate ad alcune variabili associate ai due approcci.

Le IVG farmacologiche (individuata dalle voci "Solo mifepristone" e "Mifepristone più prostaglandine") nel 2022 per la prima volta, sono risultate essere oltre

la metà (51,1%) del totale delle IVG. Nel 2023 questa tendenza sembra consolidarsi poiché la percentuale passa al 58,5%. Di conseguenza, le IVG chirurgiche (registrate con i metodi "Raschiamento", "Karman" e "Altre forme di isterosuzione") diminuiscono ulteriormente passando dal 46,7% del 2022 al 39,8%. Il complemento a 100 è dato dalle voci residuali "Solo prostaglandine" e "Altro". A seguito delle Linee di indirizzo del Ministero della Salute dell'agosto 2020, l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Lazio hanno iniziato a offrire il servizio di IVG farmacologica presso Ambulatori e/o Consulenti (vedere Box "Interruzione Volontaria di Gravidanza farmacologica in Italia").

L'utilizzo della procedura farmacologica appare ancora eterogeneo tra le regioni nonostante sia stata autorizzata fin dal 2009. Quasi tutte le regioni la utilizzano in oltre la metà delle IVG, con 5 eccezioni: PA di Bolzano (48,1%), Lombardia (48,0%), Campania (46,9%), Sicilia (44,6%) e Marche (37,1%). Il Molise risulta essere l'unica regione che supera l'80%.

Rispetto al 2022 in tutte le regioni aumenta la percentuale di IVG farmacologica, con l'unica eccezione della Calabria che passa da 79,1% a 77,8%, mantenendo comunque una quota elevata superiore alla media nazionale.

L'età gestazionale può essere influenzata dalla modalità di intervento (farmacologico o chirurgico). L'IVG farmacologica può, infatti, essere effettuata solo entro la 9ª settimana di gestazione; quindi, la percentuale entro questo termine risulta più elevata (92,4%) rispetto a quella della metodica chirurgica (52,9%), con scarsa variabilità regionale.

L'utilizzo della procedura di urgenza risulta superiore tra le IVG farmacologiche (30,9%) rispetto a quelle chirurgiche (19,3%); evidentemente, la presenza di un limite temporale induce ad accelerare i tempi di esecuzione. Non è così, però, per tutte le regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Molise e Basilicata hanno una percentuale più elevata di IVG urgenti tra le chirurgiche. Questo sottolinea che altri fattori possono determinare il ricorso alla procedura d'urgenza come, ad esempio, le lunghe Liste di attesa o la carenza di servizi disponibili per effettuare le IVG.

Il tempo di attesa calcolato in giorni tra la certificazione e l'intervento è un indicatore che descrive l'efficienza dei servizi, ma per il suo calcolo occorre la compilazione completa e corretta della data dei due eventi (giorno, mese e anno). Nel 2023 l'informazione mancante ha riguardato il 2,3% dei casi, con valori molto elevati in Veneto (9,6%) e soprattutto in Calabria (39,7%). Tra le IVG effettuate con "Solo mifepristone" o "Mifepristone e prostaglandine", il 90,3% degli interventi avviene entro le 2 settimane di attesa, contro il 66,5% delle IVG chirurgiche e tale differenza riguarda tutte le regioni.

Anche l'utilizzo del tipo di terapia antalgica dipende

molto dal metodo utilizzato. In caso di IVG farmacologica, l'assenza di anestesia o analgesia riguarda in media l'84,0% degli interventi. Nell'IVG chirurgica (nello specifico in caso di isterosuzione) le indicazioni internazionali raccomandano l'anestesia locale piuttosto che quella generale, sia per i minori rischi per la salute della donna che per un minore impegno di personale e infrastrutture (quindi, con costi inferiori). I dati, però, non supportano questa raccomandazione poiché l'anestesia locale è usata solo nell'1,4% dei casi, addirittura in riduzione rispetto al 2022 quando era pari a 2,5%. Le regioni più rispettose delle raccomandazioni presentano comunque una percentuale di utilizzo molto bassa dell'anestesia locale (Valle d'Aosta 13,9% e Toscana 8,2%). La quasi totalità delle IVG chirurgiche, quindi, avviene in anestesia generale o sedazione profonda (93,1%).

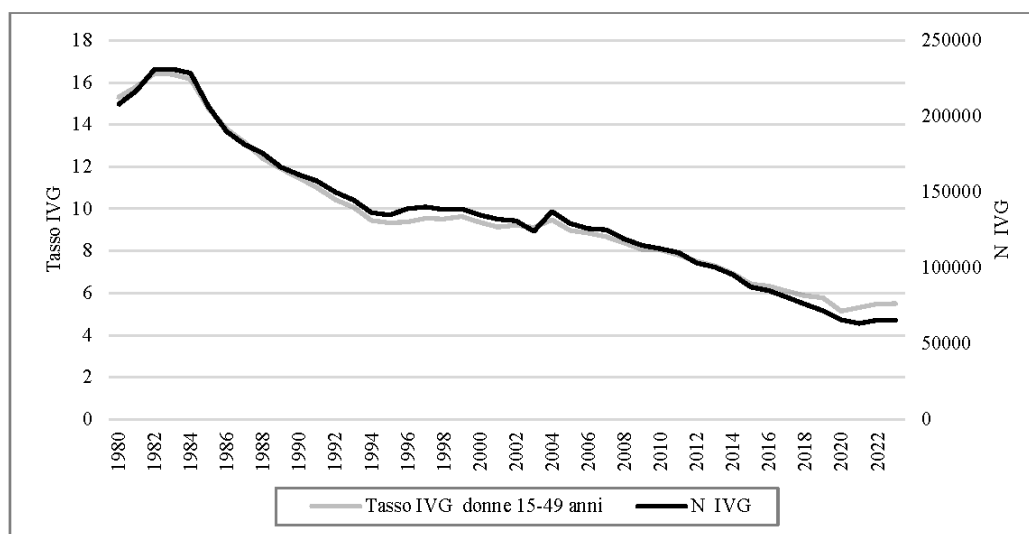
La registrazione delle complicazioni risulta mancante nell'1,2% dei casi, ma in Valle d'Aosta e Umbria la percentuale è più elevata: 12,8% e 6,9%, rispettivamente. La quasi totalità delle IVG (96,4%) non presenta alcuna complicazione; nel dettaglio l'assenza di complicazioni riguarda il 96,6% delle IVG eseguite con metodo farmacologico e il 99,1% delle IVG chirurgiche. In linea con i dati della letteratura internazionale, il mancato o incompleto aborto si presenta più frequentemente (2,0%) in caso di IVG farmacologica rispetto all'IVG chirurgica (0,4%).

Nell'annuale Relazione al Parlamento vengono presentati i dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza sulla percentuale di obiettori di coscienza nei punti IVG.

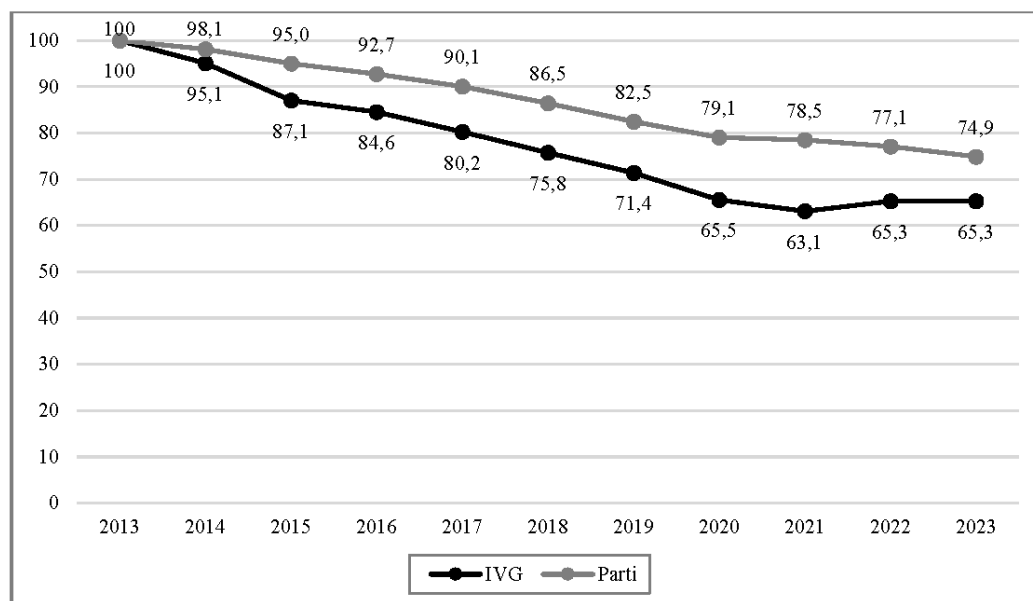
Nello specifico viene calcolato e diffuso il numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore conteggiato su 44 settimane lavorative all'anno (Grafico 4). Questo indicatore esprime il carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore e consente di individuare eventuali criticità riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge.

Il dato, riferito al 2022, mostra un carico di 0,9 IVG settimanali per ginecologo (dato nazionale, in leggero calo rispetto al 2020 quando era pari a 1,0) con una certa variabilità territoriale: si va da un minimo di 0,4 casi della Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna, ad un massimo di 6,2 del Molise. Nel corso degli anni il numero di IVG medio settimanale per ginecologo non obiettore è diminuito costantemente passando da 3,1 del 1983 a 0,9 nel 2022. Questa diminuzione è dovuta principalmente al calo annuale del numero di IVG e alla relativa contestuale stabilità della proporzione di obiezione di coscienza tra i professionisti sanitari. Il dato medio regionale "nasconde" la variabilità interregionale che può presentarsi tra le varie strutture: l'analisi più puntuale effettuata dal Ministero della Salute ha evidenziato solo una struttura con un carico di oltre 10 IVG settimanali in Abruzzo. Eventuali sovraccarichi di attività sono, quindi, da imputarsi a fattori contingenti in realtà territoriali molto circoscritte.

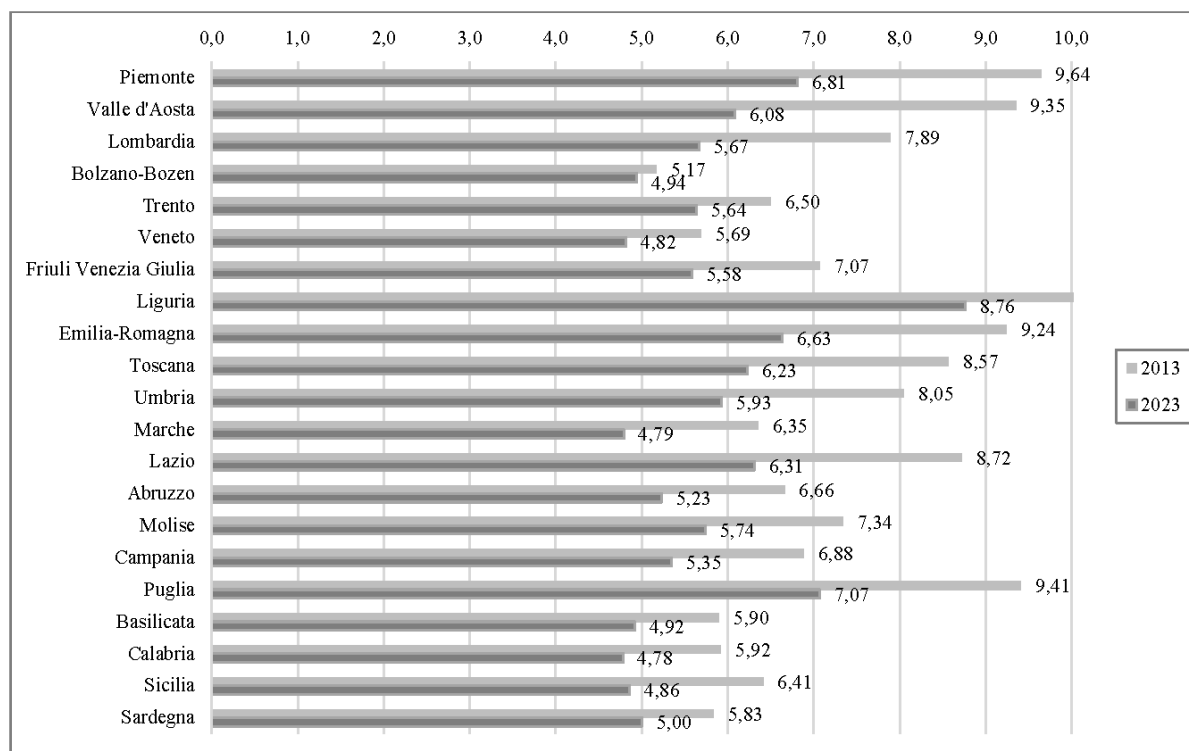
Grafico 1 - Abortività (valori assoluti) volontaria e tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni - Anni 1980-2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Grafico 2 - Abortività (valori per 100) volontaria e parti (valori per 100) - Anni 2013-2023

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione - Anni 2013, 2023

Nota: a causa di incompletezza dei dati i tassi delle seguenti regioni sono stati stimati: Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia per l'anno 2012; Liguria, Abruzzo, Calabria e Sicilia per l'anno 2023.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione. Anno 2023

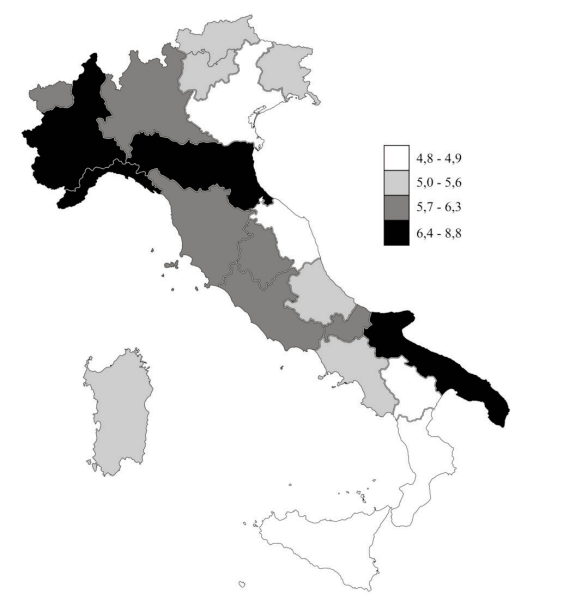


Tabella 1 - Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2023

Regioni	Metodo chirurgico										
	Giorni di attesa				Terapia Antalgica				Complicazioni		
	%	≤14	<63	Urgenza	Nessuna	Analgesia senza anestesia	Anestesia locale	Anestesia generale	Mancato aborto	Altra	Nessuna
Piemonte	22,4	76,9	31,0	39,0	1,4	1,1	0,4	96,8	0,6	0,2	99,2
Valle d'Aosta	31,6	69,0	61,9	4,2	2,8	0,0	13,9	83,3	0,0	0,0	100,0
Lombardia	49,7	56,4	49,0	9,5	0,5	1,4	2,3	95,2	0,4	0,5	99,2
Bolzano-Bozen	51,4	63,9	44,3	7,6	0,4	1,1	0,0	98,2	0,7	0,0	99,3
Trento	24,9	60,7	34,7	14,7	0,0	1,3	0,0	98,0	0,0	0,0	100,0
Veneto	46,0	44,7	42,7	12,1	1,9	1,2	0,6	94,4	0,2	0,5	99,3
Friuli-Venezia Giulia	35,0	70,3	53,5	19,3	0,9	0,5	0,2	98,2	0,5	0,7	98,9
Liguria	21,8	58,1	32,9	17,0	4,4	1,8	0,5	92,6	0,2	2,7	97,0
Emilia-Romagna	25,0	83,3	52,3	27,4	2,4	1,9	0,9	93,9	0,6	1,0	98,5
Toscana	33,4	67,8	41,0	32,7	6,6	3,2	8,2	72,8	0,0	1,0	99,1
Umbria	26,9	58,6	34,4	13,9	1,6	5,2	2,0	86,3	0,0	1,7	98,3
Marche	61,1	62,1	66,0	7,8	1,6	0,6	0,4	97,3	0,3	0,6	99,1
Lazio	38,1	71,4	47,7	36,7	17,1	0,0	1,6	80,8	0,5	0,7	98,8
Abruzzo	46,2	76,8	72,0	23,1	1,8	0,4	0,4	96,9	0,9	0,4	98,7
Molise	18,1	85,1	55,3	23,4	10,6	0,0	0,0	89,4	0,0	0,0	100,0
Campania	52,4	69,2	64,4	19,5	0,4	0,3	0,1	99,1	0,3	0,3	99,4
Puglia	40,9	76,4	70,5	29,4	0,5	1,3	0,3	97,8	0,2	0,4	99,5
Basilicata	20,9	78,2	32,5	14,0	8,3	0,0	2,4	85,7	1,1	0,0	98,9
Calabria	19,6	74,4	40,4	17,7	3,0	0,7	0,0	96,3	0,0	0,7	99,3
Sicilia	53,9	69,1	63,6	5,1	0,7	4,2	0,3	94,4	0,3	0,3	99,4
Sardegna	46,4	76,8	60,5	12,2	0,5	1,0	0,3	97,6	0,5	1,0	98,6
Italia	39,8	66,5	52,9	19,3	3,0	1,4	1,4	93,1	0,4	0,6	99,1

Tabella 1 - (segue) *Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2023*

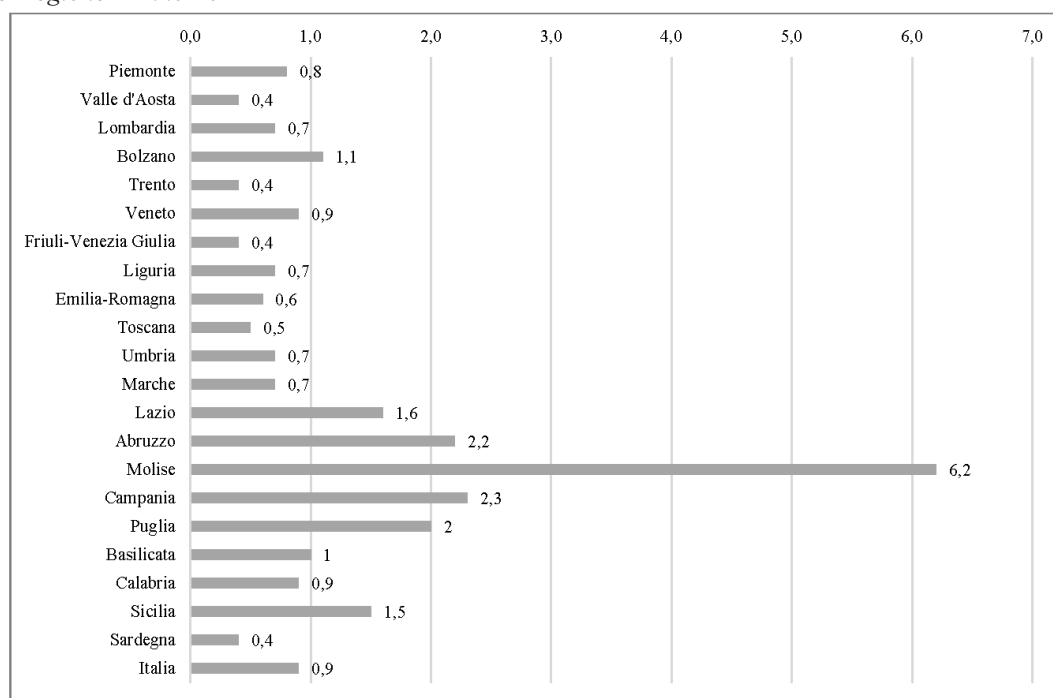
Regioni	Metodo farmacologico							
	%	Giorni di attesa			Terapia Antalgica		Complicazioni	
		≤14	<63	Urgenza	Nessuna	Mancato aborto	Altra	Nessuna
Piemonte	75,2	94,9	93,9	40,6	92,6	1,4	2,1	96,6
Valle d'Aosta	68,4	91,2	96,4	0,0	69,0	0,0	1,2	98,8
Lombardia	48,0	83,1	92,6	4,9	68,1	1,8	1,0	97,3
Bolzano-Bozen	48,1	96,2	90,5	14,3	93,4	0,0	1,1	98,9
Trento	73,1	88,8	93,9	7,0	73,0	0,5	3,0	96,6
Veneto	51,1	88,6	94,0	5,7	73,0	1,4	2,2	96,6
Friuli-Venezia Giulia	64,3	94,2	89,6	8,9	65,0	3,1	0,9	96,1
Liguria	77,1	87,2	94,9	7,0	93,1	2,6	1,1	96,5
Emilia-Romagna	74,5	95,9	93,6	34,3	89,7	5,6	4,3	91,5
Toscana	63,2	92,5	96,0	33,7	84,4	0,1	1,1	98,7
Umbria	68,5	86,4	91,5	15,5	82,7	1,3	2,6	96,1
Marche	37,1	96,9	90,2	17,8	88,1	0,5	1,6	97,9
Lazio	61,4	96,7	94,0	77,7	94,2	1,5	0,9	97,4
Abruzzo	52,8	87,6	90,4	8,7	38,0	1,3	1,5	97,4
Molise	81,5	92,9	99,5	6,1	96,2	1,4	0,0	98,6
Campania	46,9	84,5	93,8	27,1	94,4	1,0	0,6	98,5
Puglia	58,6	91,5	89,5	69,6	86,7	1,7	0,4	97,8
Basilicata	76,9	85,3	87,7	7,5	80,3	4,1	0,3	95,6
Calabria	77,8	90,5	94,5	22,5	98,1	0,4	0,7	98,9
Sicilia	44,6	80,9	80,4	9,2	86,2	1,2	1,5	97,4
Sardegna	51,4	91,8	83,3	15,9	55,4	8,5	0,9	90,7
Italia	58,5	90,3	92,4	30,9	84,0	2,0	1,5	96,6

Nota: per aborto farmacologico si considerano le voci “Solo mifepristone” e “Mifepristone più prostaglandine”. Per aborto chirurgico si considerano le voci “Raschiamento”, “Karman” e “Altre forme di isterosuzione”.

Nel calcolo delle percentuali sono stati eliminati dal denominatore i casi di “non indicato” per la variabile di interesse.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Grafico 3 - *Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valore assoluto medio settimanale) per ginecologo non obiettore per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza. Anno 2025. Istituto Superiore di Sanità, Sistema di Sorveglianza dell'IVG. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che l'IVG in Italia continua a diminuire costantemente. Tuttavia, nel 2023 si è registrato un aumento sia nel numero assoluto di IVG che nel tasso di incidenza. La riduzione complessiva riguarda tutte le categorie di donne, comprese le giovani, le minorenni, le nubili e le straniere (come approfondito nel Capitolo "Salute della popolazione straniera"). Questo trend potrebbe indicare un maggior utilizzo di metodi di procreazione responsabile, favorito da una crescente consapevolezza delle donne e da un'offerta più efficace dei servizi sanitari. È, comunque, importante continuare a monitorare attentamente le donne in condizioni sociali svantaggiate, attraverso programmi di prevenzione che favoriscano l'*empowerment*, ovvero la promozione di riflessioni sui propri vissuti e lo sviluppo di consapevolezza e competenze per fare scelte autonome, come raccomandato storicamente dalla Carta di Ottawa e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

I dati sulle procedure di IVG e sulla disponibilità di servizi e operatori sanitari mostrano ancora alcune criticità, sebbene emergano anche segnali di miglioramento che possono contribuire a rendere l'esperienza più sicura e meno stressante per le donne. In tal senso, si raccomanda di incentivare il ricorso all'aborto farmacologico, che consente di intervenire nelle prime settimane di gestazione, evitando l'anestesia generale e riducendo il ricorso a procedure chirurgiche più invasive, come il raschiamento, associate a maggiori rischi per la salute. Inoltre, si raccomanda di organizzare percorsi dedicati all'offerta dell'aborto farmacologico anche in strutture extra-ospedaliere, come indi-

cato dalle nuove Linee Guida del Ministero della Salute, e di facilitare le procedure amministrative tra la certificazione della gravidanza e la somministrazione del farmaco, considerando che l'aborto farmacologico è consentito fino alla 9ª settimana di gestazione. Su questi, e altri obiettivi, è stato focalizzato il Progetto "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza" approvato dal Ministero della Salute nell'ambito del programma CCM 2022 conclusosi ad aprile 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2020), Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine". Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75683&parte=1%20&serie=null.
- (2) Ministero della Salute (2024), Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati 2022. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3493_allegato.pdf.
- (3) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2023. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (4) Eurostat (2013), Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's Task Force, Methodologies and Working Paper, 2013 edition. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF>.
- (5) Istituto Superiore di Sanità. Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l'appropriatezza delle procedure per l'IVG: il progetto CCM 2022. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022.

Natimortalità e mortalità perinatale

Significato. La natimortalità e la mortalità perinatale sono indicatori cruciali per monitorare la salute materno-infantile e valutare la qualità dell'assistenza sanitaria lungo il percorso nascita, che si articola in tre fasi fondamentali: la gravidanza, il parto e i primi giorni di vita del neonato. La natimortalità misura i decessi fetali (nati morti) avvenuti dopo una certa epoca gestazionale per 1.000 nati totali e riflette in modo specifico le condizioni cliniche e assistenziali relative alla gravidanza e al parto.

La mortalità perinatale, invece, estende l'analisi inclu-

dendo oltre ai nati morti, anche i decessi nei primi sette giorni di vita del neonato. Questi eventi, sebbene classificati come "neonatali", sono spesso la conseguenza diretta di ciò che è avvenuto prima o durante il parto e mettono in evidenza la qualità dell'assistenza sanitaria nella prima fase di vita del bambino. Considerare entrambi gli indicatori è, quindi, fondamentale per avere una visione completa dei rischi e delle criticità lungo tutto il percorso nascita, nonché per orientare efficacemente le politiche di prevenzione e miglioramento dell'assistenza materno-neonatale (1).

Tasso di natimortalità

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Totali morti}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità perinatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati morti + Decessi neonatali precoci (0-6 giorni)}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati CedAP del Ministero della Salute (2), i dati Istat dell'indagine sui decessi e cause di morte (3) (4) e quelli dell'indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo (4-5).

Il CedAP viene compilato in occasione di ogni parto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. L'indagine sui decessi e le cause di morte riguardano tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale. L'indagine sugli Aborti Spontanei (AS) rileva esclusivamente i casi ospedalizzati, escludendo quelli che si risolvono senza ricovero, e che riguardano generalmente i casi ad età gestazionale più precoce.

L'OMS definisce le morti fetali come "Prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), indipendentemente dalla durata della gravidanza". Tuttavia, raccomanda l'inclusione negli indicatori statistici di tutti i casi con età gestazionale ≥ 22 settimane¹ e definisce i nati morti (*stillbirths*) come gli eventi di morte in utero a partire da 28 settimane di gestazione (6).

Il flusso dei CedAP del Ministero della Salute rileva i nati morti senza fornire indicazioni sulla durata della

gestazione. L'indagine Istat registra i casi di AS definendoli come "Ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea" (cioè 25 settimane + 6 giorni). Quindi, la classificazione degli eventi nati morti e AS adottata in Italia non individua due gruppi mutuamente esclusivi tra le due indagini, ma crea una zona "sfumata" (tra le 22 e le 26 settimane) nella quale si collocano sia casi di AS che di nati morti, entrambi rilevanti per il calcolo dei rispettivi indicatori. Questa problematica è già stata affrontata in Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute (7-8).

Quindi, per calcolare l'indicatore di natimortalità secondo le raccomandazioni dell'OMS, è necessario integrare i dati delle due indagini. Va, tuttavia, considerato che l'informazione relativa al peso del feto/neonato non è presente nell'indagine sugli AS; pertanto, il numeratore dell'indicatore di natimortalità include:

- nati morti con età gestazionale ≥ 22 settimane e/o peso alla nascita ≥ 500 grammi (fonte Ministero della Salute);
- AS con età gestazionale ≥ 22 settimane (fonte Istat), che vengono inclusi anche nel totale dei nati del denominatore.

Gli indicatori di natimortalità e mortalità perinatale sono, quindi, calcolati secondo le indicazioni interna-

¹In caso di età gestazionale non disponibile, va considerato il peso alla nascita ≥ 500 grammi oppure la lunghezza nuca-tallone ≥ 25 cm. In alcuni casi, soprattutto per i confronti internazionali, la selezione viene effettuata a partire dalle 24 o 28 settimane di gestazione poiché in molti Paesi le morti precoci avvenute prima delle 28 settimane possono risultare sottostimate. Recentemente molti Paesi stanno considerando anche i casi a partire da 20 settimane di gestazione.

zionali. Un primo tentativo di integrazione è stato effettuato nell'ambito del progetto Euro-Peristat, che rileva dati sulle morti fetali dai vari Paesi europei, armonizzando le classificazioni per costruire indicatori confrontabili (9).

Attualmente, nelle diffusioni istituzionali, il tasso di natimortalità viene calcolato considerando solo i nati morti registrati nel CedAP (2) o solo quelli registrati nella fonte Istat di Stato Civile (10), escludendo i casi registrati come AS e determinando un'inevitabile sottostima dell'indicatore.

Per analizzare più approfonditamente il fenomeno sarebbe opportuno considerare anche altre variabili come, ad esempio, età della donna, parità, genere del parto (semplice o plurimo), tipo di parto (vaginale o cesareo), presentazione del feto, travaglio e, ovviamente, causa della natimortalità. A parte le informazioni su età e parità della donna, le altre sono disponibili solo nel flusso CedAP e non in quello degli AS. La fonte CedAP si conferma, quindi, fondamentale e preziosa per lo studio della salute riproduttiva in tutti i suoi molteplici aspetti. Il Ministero della Salute, in risposta alle crescenti esigenze conoscitive in questo ambito, ha emanato il nuovo decreto CedAP (11) che "si applica agli interventi sanitari relativi ai parti per i quali l'età gestazionale del feto è ≥ 22 settimane compiute (22 settimane + 0 giorni)". Con l'avvio del nuovo flusso, non sarà più necessario integrare due fonti, poiché per tutti i casi saranno disponibili le stesse variabili.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio italiano.

Descrizione dei risultati

L'indicatore di natimortalità è stato calcolato per gli anni dal 2015 al 2023, mentre quello della mortalità perinatale fino al 2022 (ultimo anno attualmente disponibile per i dati sui decessi e cause di morte).

Nel 2023, in Italia si sono registrati 1.192 nati morti, con un tasso di natimortalità pari a 3,1 per 1.000 nati, un valore in diminuzione rispetto al 2015, quando il tasso era pari a 3,6 per 1.000. Analizzando il dato dello stesso anno per ripartizione geografica, si osserva che solo il Nord-Ovest presenta un tasso inferiore alla media nazionale (2,7 per 1000 nati), mentre in tutte le altre ripartizioni geografiche il valore risulta superiore (Grafico 1). Nel periodo considerato (2015-2023), tutte le aree del Paese hanno registrato una riduzione del tasso di natimortalità, seppur con intensità differenti: la flessione più marcata si osserva nel Nord-Ovest (-24,1%), seguito dal Sud e dalle Isole (-18,7%), mentre nel Nord-Est e nel Centro il calo è stato molto più contenuto (-2,6% e -3,8%, rispettivamente).

L'analisi territoriale per regione, riferita all'ultimo anno disponibile, evidenzia una marcata disuguaglianza.

Alcune regioni come Puglia e Calabria presentano valori elevati, rispettivamente, pari a 4,7 e 4,6 nati morti ogni 1.000 nati, mentre altre, come Molise e Valle d'Aosta, non hanno registrato alcun caso di natimortalità (Grafico 2). Il valore medio nazionale divide quasi equamente le regioni: 10 regioni presentano un tasso superiore alla media italiana, 10 risultano al di sotto e 1, il Lazio, presenta un tasso simile alla media italiana. Tuttavia, non emerge un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, come spesso accade in altri indicatori sanitari. Un dato inaspettato riguarda l'Emilia-Romagna, che registra un tasso relativamente alto (4,1 per 1.000 nati), mentre la Campania si distingue per un valore basso (1,7 per 1.000 nati).

L'analisi del tasso di natimortalità in Italia, disaggregata per classe di età materna (≤ 35 anni e > 35 anni) e ripartizione geografica, evidenzia una chiara associazione tra età materna avanzata e aumento del rischio di natimortalità. A livello nazionale, il tasso passa da 2,8 per 1.000 nati tra le donne con età ≤ 35 anni a 3,8 per 1.000 tra quelle di età > 35 anni, con un incremento del 34,5%. Questo andamento si conferma in tutte le ripartizioni territoriali, anche se con differenze di entità (Grafico 3). I valori più elevati per le madri > 35 si osservano nelle Isole (4,3 per 1.000), seguite da Nord-Est (4,0 per 1.000) e Sud (3,9 per 1.000). Il tasso più basso per le madri più giovani si registra nel Nord-Ovest (2,3 per 1.000), mentre il più alto si rileva nel Nord-Est (3,3 per 1.000).

Tra il 2015 e il 2022, il tasso di mortalità perinatale in Italia è passato da 5,1 a 4,4 decessi ogni 1.000 nati, evidenziando una progressiva, ma contenuta riduzione del fenomeno a livello nazionale (-12,4% in 8 anni) (Grafico 4). L'andamento territoriale mostra significative differenze tra le ripartizioni geografiche. Il Sud e le Isole hanno registrato per tutti gli anni, ad eccezione del 2022, il valore più elevato, sebbene in calo: da 5,6 per 1.000 nel 2015 a 4,6 per 1.000 nel 2022 (-17,9%). Il Nord-Ovest, dopo un iniziale calo, mostra una flessione più marcata a partire dal 2017. Il Nord-Est evidenzia oscillazioni, ma complessivamente un netto miglioramento, con un calo da 4,7 per 1.000 a 4,2 per 1.000 nel periodo osservato. Il Centro, dopo una fase altalenante, segna un aumento nel 2022 (4,8 per 1.000), tornando a valori simili a quelli del 2015. Nel 2022, la differenza tra le ripartizioni si è ridotta, con tassi che oscillano tra 4,2 e 4,8 per 1.000.

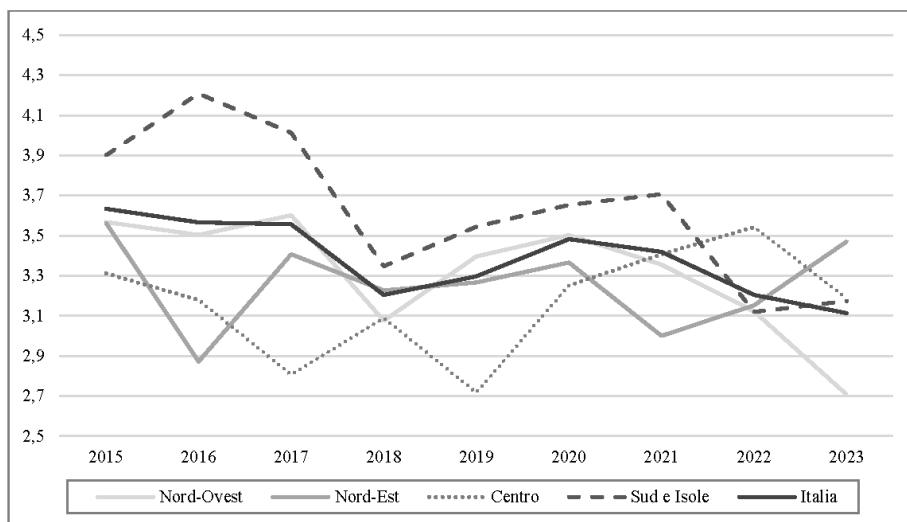
L'analisi per regione mostra disuguaglianze territoriali non riscontrabili dall'analisi per ripartizione geografica. I valori variano da 5,9 per 1.000 in Umbria e Lazio a 0,8 per 1.000 in Molise. Anche in questo caso non esiste un netto gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: alcune regioni meridionali, come la Campania, hanno valori inferiori rispetto ad aree del Centro-Nord come Emilia-Romagna e Lombardia (3,8 per 1.000 vs 4,2 per 1.000) (Grafico 5).

Nel 2022 il tasso di mortalità perinatale, in Italia, è

risultato pari a 3,7 per 1.000 nati tra le madri di età ≤ 35 anni e a 4,7 per 1.000 tra le >35 , evidenziando un incremento del 26,5% associato all'età materna avanzata. Questa tendenza è simile in tutte le ripartizioni

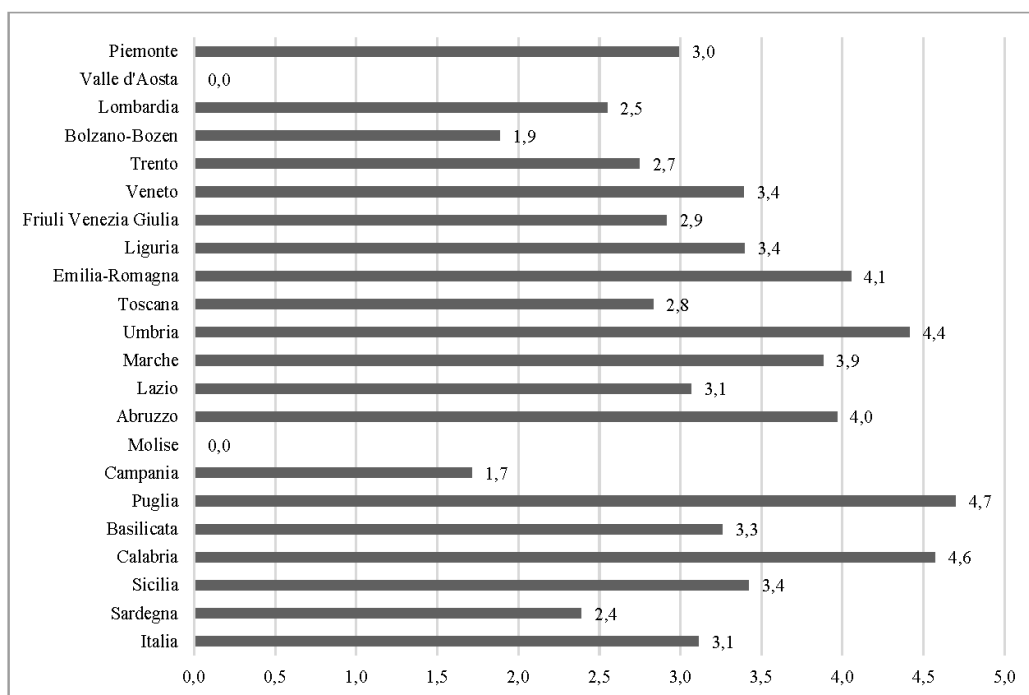
geografiche. Il valore più alto è per i bimbi delle donne >35 anni di età del Nord-Est (4,9 per 1.000), mentre il valore più basso è per i bambini delle donne ≤ 35 anni di età delle Isole (3,5 per 1.000) (Grafico 6).

Grafico 1 - Tasso (per 1.000 nati) di natimortalità per ripartizione geografica - Anni 2015-2023

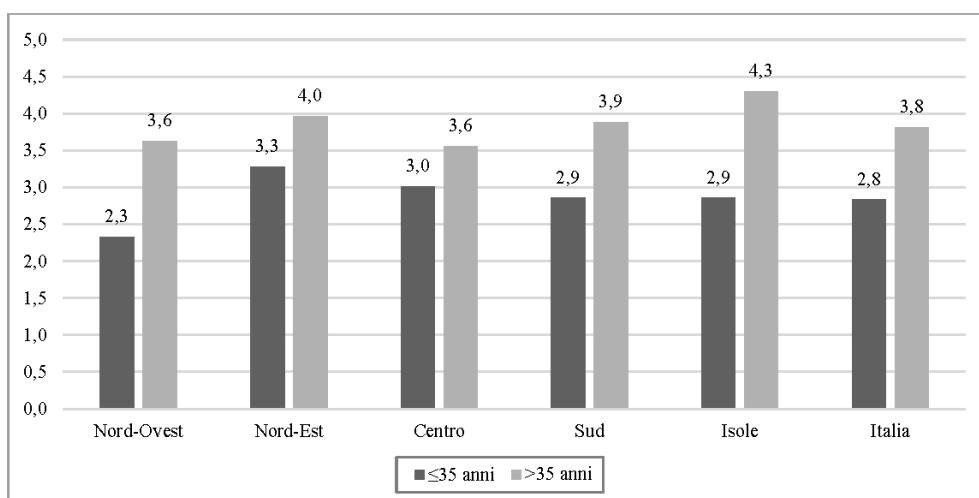


Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

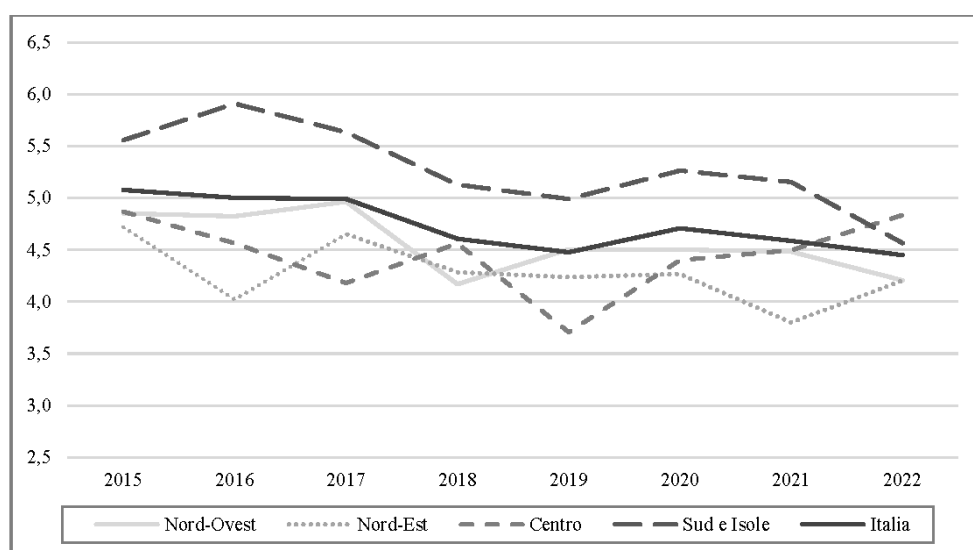
Grafico 2 - Tasso (per 1.000 nati) di natimortalità per regione - Anno 2023



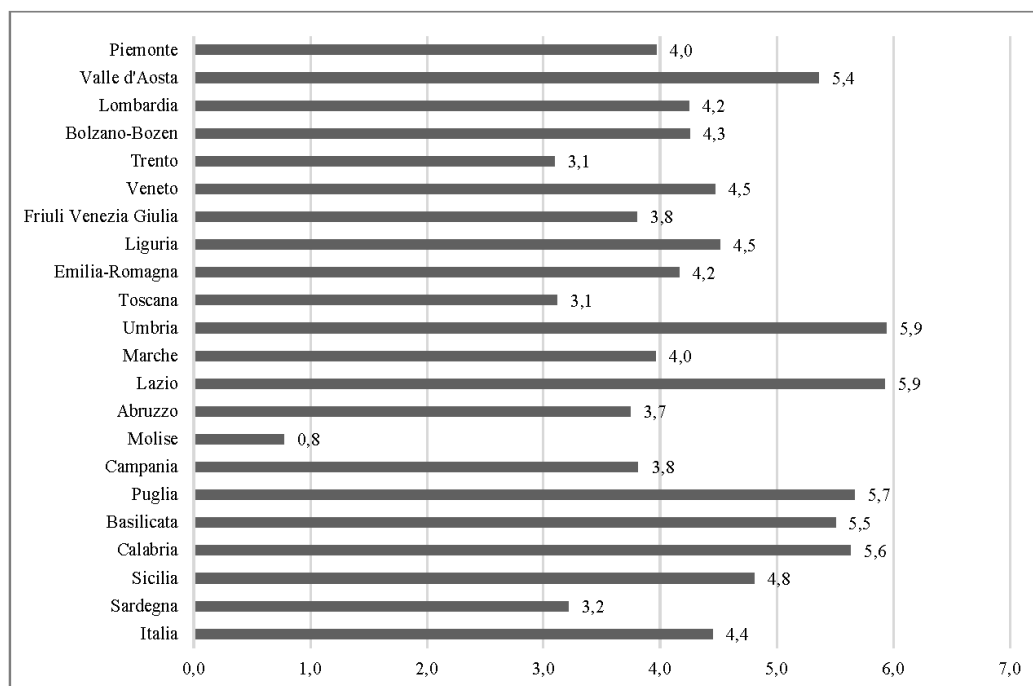
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (per 1.000 nati) di natimortalità per ripartizione geografica e classe di età - Anno 2023

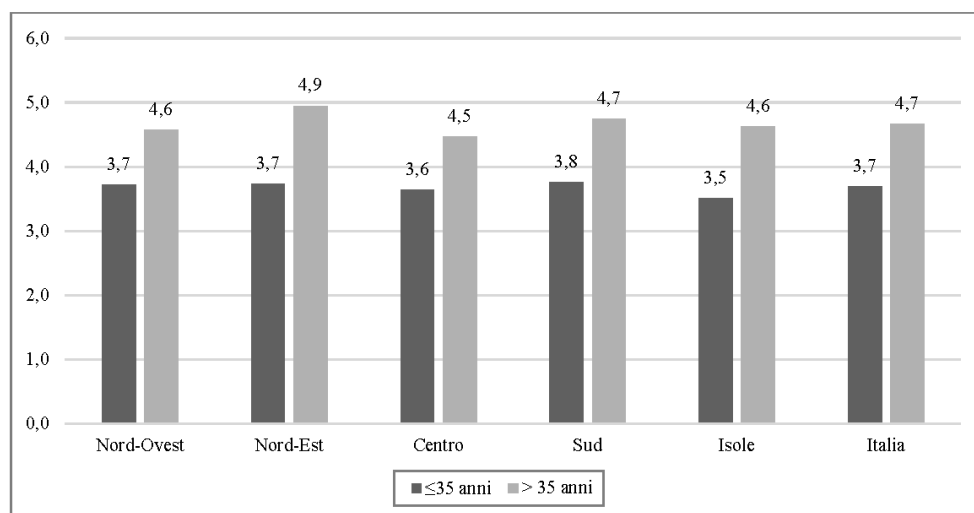
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 4 - Tasso (per 1.000 nati) di mortalità perinatale per ripartizione geografica - Anni 2015-2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 5 - Tasso (per 1.000 nati) di mortalità perinatale per regione - Anno 2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 6 - Tasso di mortalità perinatale (per 1.000 nati) per ripartizione geografica e classe di età. Anno 2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei tassi di natimortalità e mortalità perinatale in Italia evidenzia, nel complesso, un quadro positivo, con valori in diminuzione negli ultimi anni. Tuttavia, emergono persistenti disuguaglianze territoriali e criticità specifiche che richiedono attenzione. Sebbene il SSN garantisca mediamente buoni standard assistenziali in ambito perinatale, i dati suggeriscono la necessità di interventi mirati per ridurre le

disuguaglianze regionali e migliorare la presa in carico delle gravidanze a rischio, come nel caso delle gestanti con età >35 anni.

La necessità di uniformare gli indicatori di natimortalità e mortalità perinatale alle indicazioni internazionali dell'OMS è stata per anni oggetto di confronto tra esperti ed Enti di rilevazione (Istat e Ministero della Salute). La peculiarità del sistema italiano, che prevede due distinti flussi informativi per la rilevazione del-

le morti fetali, ha indotto i due Enti a condurre valutazioni non solo di natura statistica, ma anche legate alle implicazioni derivanti dalla “migrazione” dei casi di AS tardivo (>22 settimane di gestazione) come nati morti. Tali riflessioni hanno portato all’emanazione del nuovo Decreto CedAP (11).

Riferimenti bibliografici

- (1) Neonatal and Perinatal Mortality (WHO). Disponibile sul sito: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1.
- (2) Ministero della Salute (2025), “Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell’evento nascita - Anno 2023”. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.
- (3) Indagine sui Decessi e cause di morte. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/4216.
- (4) Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (5) Indagine sulle Dimissioni dagli istituti di cura per aborto

spontaneo. Disponibile sul sito:

www.istat.it/it/archivio/197015.

(6) Disponibile sul sito: www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1.

(7) Baronciani D., Pregno S., Natimortalità: definizioni e ricadute epidemiologiche, Rapporto Osservasalute, 2005, p.205.

(8) Loghi M. et al., Natimortalità e abortività spontanea: definizioni e implicazioni epidemiologiche, Rapporto Osservasalute 2007, pp. 254-256.

(9) Disponibile sul sito: www.europeristat.com.

(10) Istat, Annuario Statistico Italiano - Anni vari. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/annuario+statistico+italiano.

(11) Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 128 del 05-06-2025, DM del 5 maggio 2025 “Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite”. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-06-05&atto.codiceRedazionale=25A03212&elenco30giorni=true.

Interruzione Volontaria di Gravidanza farmacologica in Italia

Dott.ssa Marzia Loghi, Dott.ssa Alessia D'Errico, Dott.ssa Alessandra Ronconi

In accordo con l'art. 15 della Legge n. 194/1978 ("Le regioni, d'intesa con le Università e con gli Enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza") nel 2009 è stato avviato in Italia l'utilizzo della metodica farmacologica per l'IVG, in alternativa a quella chirurgica. Tale metodica era già da anni presente in altri Paesi, ma in Italia l'iter di autorizzazione in commercio del mifepristone si è concluso il 30 luglio 2009, con il parere favorevole dell'AIFA. La diffusione a livello nazionale è avvenuta solo nel 2014, poiché le regioni hanno impiegato tempi differenti per organizzare la somministrazione del farmaco.

Ancora oggi, il ricorso all'IVG farmacologica varia sensibilmente tra le diverse regioni, sia in termini di numero di interventi, sia per il numero di strutture che offrono tale servizio, e ciò può dipendere anche da specifiche scelte organizzative a livello territoriale (vedere Indicatore "Abortività volontaria"). Si tratta di una metodica meno invasiva per le donne, che prevede la somministrazione del solo mifepristone (o in associazione con prostaglandine) e può essere effettuata entro e non oltre la nona settimana di gestazione, su indicazione medica. Una più recente circolare del Ministero della Salute, emanata il 12 agosto 2020, ha modificato le modalità di esecuzione dell'IVG farmacologica in Italia, estendendo il limite temporale per l'IVG, che in precedenza doveva essere effettuata entro 49 giorni (corrispondenti a 7 settimane di gestazione). Inoltre, l'intervento può essere eseguito, oltre che in regime ospedaliero (RO o DH), anche presso "strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate ad un Ospedale e autorizzate dalle regioni, nonché presso i Consultori". Il secondo farmaco può anche essere consegnato alla donna per una successiva autosomministrazione a domicilio. Queste nuove disposizioni hanno richiesto una revisione del flusso informativo e del questionario di rilevazione, attività attualmente svolta dall'Istat in collaborazione con l'ISS ed il Ministero della Salute.

Nonostante la circolare sia stata emanata nel 2020, sono ben poche le regioni che hanno iniziato a offrire l'IVG farmacologica in Ambulatori e/o Consultori (Tabella 1).

Nel 2020 solo la Toscana ha effettuato IVG farmacologiche in ambulatorio; tuttavia, il flusso informativo non era ancora strutturato per distinguere questi casi da quelli effettuati negli istituti di cura, pertanto non è possibile conoscerne l'ammontare.

Nel 2021 alla Toscana si aggiunge il Lazio. In Toscana risultano attivi 23 Ambulatori, che hanno effettuato il 64,1% di tutte le IVG farmacologiche della regione. Nel Lazio sono attivi 4 Consultori e 1 Ambulatorio, che coprono l'1,7% dell'offerta di IVG farmacologica.

Nel 2022 in entrambe le regioni aumenta sia il numero di strutture (24 ambulatori per la Toscana, 5 Consultori e 2 Ambulatori per il Lazio) sia la percentuale di IVG farmacologiche (rispettivamente, 95,1% e 6,6%). Si aggiunge l'Emilia-Romagna con 44 interventi (pari all'1,1%) distribuiti in 4 Consultori e 1 Ambulatorio.

Nel 2023 le 3 regioni citate restano le uniche ad aver attivato percorsi ambulatoriali o consultoriali. La Toscana mantiene pressoché invariato il numero di Ambulatori (23) e raggiunge il 97,0% di IVG farmacologiche effettuate al di fuori del regime ospedaliero. Per il Lazio, il numero di strutture rimane invariato rispetto all'anno precedente, mentre la percentuale aumenta al 12,1%. Infine, l'Emilia-Romagna amplia l'offerta a 7 Ambulatori e 7 Consultori, arrivando a coprire il 25,3% delle IVG farmacologiche regionali.

I dati provvisori del 2024 confermano una tendenza in aumento nel numero di IVG farmacologiche effettuate in Ambulatori o Consultori, sebbene i casi restino ancora limitati alle medesime 3 regioni.

Il Lazio e l'Emilia-Romagna sono le uniche regioni che dispensano il misoprostolo per l'autosomministrazione a domicilio.

La Toscana non ha attivato l'offerta presso i Consultori ma solo negli Ambulatori, nonostante la circolare ministeriale del 2020 abbia di fatto "superato" l'interpretazione restrittiva dell'art. 8 della Legge n. 194, che cita "Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli Ospedali ed autorizzati dalla regione", non riportando quindi i Consultori.

Si rileva, quindi, un lento adeguamento delle regioni e delle PA alle nuove disposizioni del Ministero della Salute, che dovrebbero facilitare l'accesso all'IVG farmacologica e migliorare l'equità nell'erogazione del servizio.

Nell'ambito del progetto "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatez-

za delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull’Interruzione Volontaria di Gravidanza”, approvato dal Ministero della Salute nell’ambito del programma CCM 2022 e coordinato dall’ISS, uno degli obiettivi era la redazione di istruzioni operative per l’implementazione dell’IVG farmacologica in ambito ambulatoriale. Tale documento è disponibile *online* e costituisce un utile riferimento normativo per l’attivazione del servizio da parte delle regioni.

Tabella 1 - Ambulatori (valori assoluti), Consultori familiari (valori assoluti), Interruzioni Volontarie di Gravidanza farmacologiche (valori assoluti e valori per 100) in alcune regioni - Anni 2021-2024

Regioni	N Ambulatori	N Consultori familiari	N IVG farmacologiche	% IVG farmacologiche ^b
<i>Anno 2021</i>				
Toscana	23	n.d.	1.588	64,1
Lazio	1	4	65	1,7
<i>Anno 2022</i>				
Emilia-Romagna	1	4	44	1,1
Toscana	24	n.d.	2.400	95,1
Lazio	2	5	262	6,6
<i>Anno 2023</i>				
Emilia-Romagna	7	7	1.104	25,3
Toscana	23	n.d.	2.719	97
Lazio	2	5	523	12,1
<i>Anno 2024^a</i>				
Emilia-Romagna	10	9	2.157	48,9
Toscana	23	n.d.	2.814	99,3
Lazio	3	5	569	12,7

n.d. = non disponibile.
Note: per IVG farmacologica si considerano le voci “Solo mifepristone” e “Mifepristone più prostaglandine”.
^aIl dato del 2024 è da ritenersi provvisorio.
^bLa percentuale è stato calcolato considerando a numeratore le IVG farmacologiche effettuate in Ambulatori o Consultori e a denominatore il totale delle IVG farmacologiche.
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici
(1) Ministero della Salute (2020), Aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”, Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75683&parte=1%20&serie=null.
(2) Istituto Superiore di Sanità. Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l’appropriatezza delle procedure per l’IVG: il progetto CCM 2022. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022.