

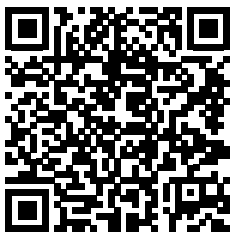
IL RAPPORTO CEDAP

NEL 2025 QUASI SEI PARTI SU DIECI NEI CENTRI CON ALMENO MILLE NASCITE.

Cesarei ancora uno su tre e nelle strutture accreditate raggiungono il 44,9%.



Scarica il Rapporto



Il 91,3% dei parti avviene negli istituti pubblici ed equiparati, ma il 10,13% si concentra ancora nei centri sotto la soglia dei 500 parti annui. Le madri straniere sono il 20,7% e accedono più tardi ai controlli. La quota dei cesarei resta stabile al 29,8%, con forti differenze regionali e per struttura. Sale anche l'età media delle madri: 33,4 anni per le italiane e 31,4 per le cittadine straniere. Il ricorso a una tecnica di procreazione medicalmente assistita ha interessato, in media, 4,6 gravidanze ogni cento. In lieve crescita rispetto al 2024.

LE DONNE SCELGONO SEMPRE DI PIÙ IL PUBBLICO PER METTERE AL MONDO I PROPRI FIGLI. Nel 2025 il 91,3% dei parti è avvenuto negli istituti di cura pubblici ed equiparati, una quota in crescita rispetto al 90,7% del 2024. Sale anche l'età media delle madri: 33,4 anni per le italiane e 31,4 per le cittadine straniere. Quasi sei parti su dieci si concentrano nelle strutture con almeno mille nascite l'anno, ma oltre uno su dieci avviene ancora nei centri sotto la soglia dei 500. E resta alto il ricorso al taglio cesareo, soprattutto nelle case di cura accreditate, dove interessa il 44,9% dei parti. È questa la fotografia scattata dal "Rapporto sull'evento nascita in Italia", realizzato dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute sulla base dei dati del Certificato di assistenza al parto (CeDAP) relativi al 2025. Sotto la lente 347 punti nascita, con una rilevazione caratterizzata da un elevato livello di completezza e da una buona qualità dei dati.

Nascite sempre giù

Si conferma anche nel 2025 il calo delle nascite, in tutte le aree del Paese: nel 2025 si sono registrate 353.240 nascite contro le 370.577 del 2024. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli.

Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale, ma anche tra di loro negli ultimi anni si nota, una diminuzione della fecondità delle donne straniere.

Il tasso di natalità varia da 4,1 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 7,7 nella Provincia Autonoma di Trento rispetto ad una media nazionale del 6,0. Le Regioni del Centro presentano tutte un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania, Calabria e Sicilia con valori superiori alla media nazionale.

La fecondità si mantiene pressoché costante rispetto agli anni precedenti: nel 2025 il numero medio di figli per donna è pari a 1,14 (rispetto a 1,35 del 2015).

La contrazione uniforme delle nascite sull'intero territorio nazionale è tale che le differenze tra le aree geografiche restano invariate. Il Centro ha la fecondità più bassa (1,07 figli per donna), seguito dal Nord con 1,15 e del mezzogiorno con 1,16. La Regione con la fecondità più bassa continua ad essere la Sardegna che presenta un tasso pari a 0,85; seguono il Molise e il Lazio con un numero medio di figli per donna pari, rispettivamente a 1,02 e 1,05. Al Trentino Alto Adige spetta il primato di regione con la fecondità più elevata, con un numero medio di figli per donna di 1,40.

Dove si partorisce

L'analisi della rete di offerta dove hanno avuto luogo i parti dell'anno 2025 ha interessato 347 strutture ospedaliere; di queste 322 sono punti nascita mono-presidio e 25 sono punti nascita articolati su più presidi ospedalieri (a cui corrispondono 61 punti nascita). A livello nazionale il numero complessivo dei singoli punti nascita è pari a 383.

Nel dettaglio, il 91,3% dei parti avviene negli istituti pubblici ed equiparati. L'8,5% dei parti è avvenuto nelle case di cura e appena lo 0,11% in altri luoghi, tra strutture assistenziali diverse dagli istituti di cura e domicilio. Una distribuzione che cambia sensibilmente nelle Regioni in cui le strutture private accreditate hanno un peso maggiore rispetto a quelle pubbliche. Sono state prese in considerazione 5 classi di ampiezza dei punti nascita, in funzione della seguente numerosità di parti annui: meno di 500 parti annui, almeno 500 e fino a 799 parti annui, almeno 800 e fino a 999 parti annui, almeno 1000 e fino a 2499 parti annui, 2500 e più parti annui.

A concentrare il 58,8% dei parti sono 117 punti nascita con almeno mille nascite l'anno, pari al 30,6% delle strutture complessive. All'estremo opposto, il 10,13% dei parti avviene ancora nei centri con meno di 500 nascite annue, riportando in primo piano il nodo della concentra-

IL RAPPORTO CEDAP

zione dei volumi e dell’organizzazione della rete. Molte le differenze regionali: in due Regioni (Emilia Romagna e Lazio) oltre il 70% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno mille parti annui). Un’organizzazione opposta della rete di offerta si registra nelle Regioni del Sud dove oltre il 37% dei parti si svolge in punti nascita con meno di mille parti annui. In particolare, in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2025 meno di mille parti annui. Per quanto riguarda le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e le Unità Operative di Neonatologia (Uon), le prime sono presenti in 117 dei 382 punti nascita analizzati; 94 Unità TIN sono collocate nell’ambito dei 117 punti nascita dove hanno luogo almeno mille parti annui; le restanti 23 Uotin, 12 sono collocate in punti nascita che effettuano meno di 800 parti annui. Le Unità Operative di Neonatologia sono presenti in 231 punti nascita di cui 102 svolgono più di mille parti annui. L’accesso alla Terapia intensiva neonatale (TIN) è determinante per la sopravvivenza e la qualità di vita dei neonati estremamente e molto pre-termine. Per questo la quota di questi parti che avviene in strutture prive di TIN rappresenta un indicatore europeo PERISTAT ed è inclusa nella Griglia LEA. Complessivamente si registrano 6,03 parti pretermine ogni 100 parti. Nei punti nascita con meno di 500 parti l’anno la frequenza è del 3,4%; nelle strutture della stessa dimensione prive di Neonatologia e/o TIN le percentuali indicate per i parti pretermine, molto pre-termine ed estremamente pre-termine sono rispettivamente 1,80%, 1,40% e 0,99%.

Tabella 4 - Distribuzione regionale dei parti secondo il luogo dove essi avvengono (Anno 2025)

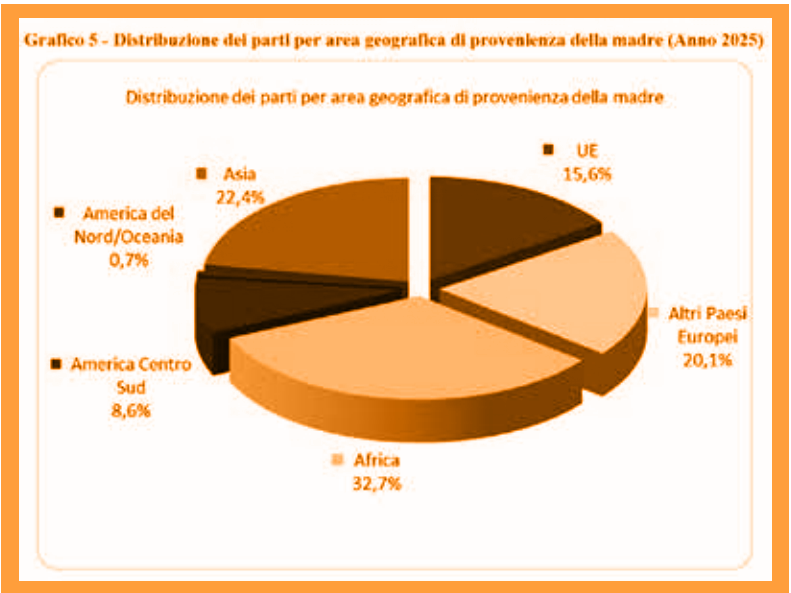
Regione	Punto nascita			Domicilio	Altro	Totale	% Non indicato errato	Parti
	Pubblico	Accreditato	Privato					
Piemonte	98,8	0,0	0,0	0,16	0,07	100,0	1,02	23.178
Valle d'Aosta	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	636
Lombardia	93,0	6,8	0,0	0,08	0,01	100,0	0,05	61.094
P.A. Bolzano	99,4	0,0	0,0	0,6	0,0	100,0	0,0	4.605
P.A. Trento	99,5	0,0	0,0	0,23	0,23	100,0	0,0	3.543
Veneto	99,6	0,0	0,0	0,30	0,12	100,0	0,0	28.607
Friuli Venezia Giulia	96,0	4,0	0,0	0,00	0,00	100,0	0,0	6.960
Liguria	99,9	0,0	0,0	0,1	0,0	100,0	0,0	7.412
Emilia Romagna	99,7	0,0	0,0	0,20	0,13	100,0	0,0	27.096
Toscana	99,8	0,0	0,0	0,00	0,08	100,0	0,1	19.603
Umbria	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	4.717
Marche	100,0	0,0	0,0	0,03	0,0	100,0	0,0	7.680
Lazio	81,0	18,8	0,2	0,0	0,0	100,0	0,0	31.692
Abruzzo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	6.647
Molise	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1.241
Campania	62,7	37,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	39.126
Puglia	94,3	5,6	0,0	0,01	0,01	100,0	0,0	22.720
Basilicata	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	3.031

Tabella 5 - Distribuzione per classi di parto del numero di parti e del numero di punti nascita secondo la tipologia di struttura (Anno 2025)

CLASSE DI PARTI	Pubblica			Privata accreditata			Privata non accreditata			Totale		
	Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti		Punti	Parti	
		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%
0-499	103	33.424	10,51	6	1.712	5,80	4	76	100	113	35.212	10,13
500-799	98	63.138	19,86	12	7.539	25,56				110	70.677	20,33
800-999	36	31.689	9,97	6	5.528	18,74				42	37.217	10,71
1000-2499	93	139.950	44,03	7	9.127	30,95				100	149.077	42,88
2500+	15	49.880	15,69	2	5.587	18,94				17	55.467	15,95
Totale	345	317.879	100,00	33	29.493	100,00	4	76	100	382	347.650	100,00

Una nascita su cinque da madri straniere

Nel 2025 il 20,7% dei parti ha riguardato madri con cittadinanza non italiana. Il fenomeno risulta più diffuso nelle aree del Paese caratterizzate da una maggiore presenza straniera, soprattutto al Centro-Nord, dove oltre il 20% dei parti è riferito a donne non italiane. Le quote più elevate si registrano in Emilia-Romagna, Liguria e Marche, Regioni nelle quali più del 32% delle nascite riguarda madri straniere. Tra le aree geografiche di provenienza prevale l’Africa, con il 32,7%, seguita dall’Asia, con il 22,4%, e dall’Unione europea, con il 15,6%. Le madri originarie del Sud America rappresentano invece l’8,6% delle donne straniere. Restano evidenti anche le differenze nell’età al parto. L’età media delle madri italiane è pari a 33,4 anni, contro i 31,4 anni delle cittadine straniere. I valori mediani sono rispettivamente di 34 anni per le italiane e di 31,6 anni per le straniere. Il rinvio della maternità emerge con particolare chiarezza osservando la nascita del primo figlio. Per le donne italiane, in quasi tutte le Regioni, l’età media al primo parto supera i 32 anni, seppure con variazioni territoriali. Le donne straniere hanno invece il primo figlio, in media, a 29,4 anni.



Istruzione e occupazione, il divario tra italiane e straniere

Tra le donne che hanno partorito nel 2025, il 40,7% presenta una scolarità medio-alta, il 21,3% una scolarità medio-bassa e il 38% ha conseguito una laurea. Il profilo cambia tra le madri straniere, per le quali prevale una scolarità medio-bassa, rilevata nel 40,1% dei casi. Differenze altrettanto marcate emergono sul versante professionale. La rilevazione indica che il 66% delle madri ha un’occupazione lavorativa, il 27,8% è casalinga e il 18,4% è disoccupata o in cerca di prima occupazione. Le percentuali riportate per le tre condizioni professionali, considerate congiuntamente, superano tuttavia il 100%. Tra le straniere che hanno partorito nel 2025, nel 51,2% dei casi la condizione professionale indicata è quella di casalinga. Tra le donne italiane, al contrario, il 70,6% risulta occupato.

Controlli in gravidanza, straniere e giovanissime più esposte ai ritardi

La grande maggioranza delle donne segue un percorso di assistenza prenatale caratterizzato da un numero elevato di controlli. Nel 93,8% delle gravidanze sono state effettuate più di quattro visite ostetriche, mentre nel 76,9% dei casi sono state eseguite più di tre ecografie. Dietro questi valori medi si nascondono però disuguaglianze importanti. Tra le donne italiane, la quota di chi effettua la prima visita soltanto dopo il primo trimestre di gravidanza è pari all’1,7%. Tra le donne straniere sale invece al 9,8%.

Anche il livello di istruzione incide sulla tempestività della presa in carico. La prima visita viene effettuata dopo l’undicesima settimana di gestazione dal 9,5% delle donne con la sola licenza elementare o prive di qualsiasi titolo di studio. La percentuale scende al 3% tra le donne con una scolarità elevata.

Un ulteriore fattore di rischio è rappresentato dalla giovane età. Tra le madri con meno di 20 anni, i controlli risultano del tutto assenti nell’1,9% dei casi. Il 13% effettua invece la prima visita oltre l’undicesima settimana di gestazione.

L’analisi del decorso della gravidanza mostra che il decorso della gravidanza non influenza la numerosità delle visite di controllo effettuate. Per quanto concerne le ecografie, nel 2025 a livello nazionale, sono state effettuate in media 5,8 ecografie per ogni parto, con valori regionali variabili tra 4,0 ecografie per parto nella Provincia autonoma di Trento e 8,1 ecografie per parto nella Regione Sardegna. Per il 76,9% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute.

I dati evidenziano ancora il fenomeno dell’eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza. Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza.

Nell’ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l’amniocentesi è quella più usata, seguita dall’esame dei villi coriali (nell’1% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,3%). In media ogni 100 parti sono state effettuate 1,7 amniocentesi e con differenze da regione a regione: i valori più alti si hanno in Liguria (4,3%), in Umbria (4,1%) e in Piemonte (3,0%). Tra le madri con più di 40 anni, il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 3,8% dei casi a livello nazionale con un trend decrescente nell’ultimo triennio.



I dati evidenziano ancora il fenomeno dell’eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Al parto il padre è presente nel 94,7% dei casi

Al momento del parto, escludendo i cesarei, nel 94,7% dei casi la donna ha accanto il padre del bambino. Nel 4,5% dei parti è presente un familiare, mentre nello 0,85% dei casi la donna è accompagnata da un’altra persona di fiducia. La scelta della persona che assiste la madre non è però omogenea sul territorio nazionale e risulta influenzata dall’area geografica.

Cesarei al 29,8%, nelle case di cura accreditate si arriva al 44,9%

Il ricorso al parto chirurgico continua a essere eccessivo. Nel 2025, in media, il 29,8% dei parti è avvenuto con taglio cesareo. Le notevoli differenze regionali confermano l’esistenza di comportamenti assistenziali e organizzativi non uniformi e, più in generale, un utilizzo ancora troppo elevato della procedura in Italia. I dati mostrano comunque una tendenza alla diminuzione, in linea con le indicazioni contenute nelle “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Il luogo del parto continua a incidere in maniera rilevante sulla probabilità di ricorrere alla chirurgia. Nelle case di cura accreditate il cesareo viene effettuato nel 44,9% dei parti, contro il 28,4% rilevato negli ospedali pubblici. Anche la cittadinanza della madre segna una differenza. Il taglio cesareo è più frequente tra le donne italiane, per le quali interessa il 30,3% dei parti, mentre tra le madri straniere la percentuale si ferma al 27,4%.

Tabella 20 - Distribuzione regionale delle visite di controllo effettuate in gravidanza (Anno 2025)

Regione	Visite di controllo in gravidanza (valori %)					Totale
	nessuna	<= 4	oltre 4	Totale	non indicato	
Piemonte	0,3	7,0	92,7	100,0	0,0	23.178
Valle d'Aosta	5,8	6,4	87,7	100,0	0,0	636
Lombardia	0,7	5,6	93,7	100,0	0,2	61.094
Prov. Auton. Bolzano	0,1	3,8	96,1	100,0	0,0	4.605
Prov. Auton. Trento	0,0	5,3	94,7	100,0	0,0	3.543
Veneto	0,1	6,4	93,5	100,0	0,2	28.607
Friuli Venezia Giulia	0,2	5,3	94,5	100,0	0,0	6.960
Liguria	1,1	3,5	95,4	100,0	7,2	7.412
Emilia Romagna	2,5	5,6	91,9	100,0	0,0	27.096
Toscana	0,2	9,4	90,3	100,0	0,1	19.603
Umbria	1,3	2,9	95,8	100,0	54,8	4.717
Marche	0,4	4,6	95,0	100,0	0,2	7.680
Lazio					100,0	31.692
Abruzzo	0,2	3,3	96,5	100,0	0,0	6.647
Molise	0,2	4,7	95,1	100,0	0,0	1.241
Campania	0,2	2,2	97,6	100,0	0,0	39.126
Puglia	0,2	4,7	95,0	100,0	0,0	22.720
Basilicata	0,3	9,5	90,2	100,0	0,0	3.031
Calabria	0,1	16,4	83,5	100,0	0,0	11.224
Sicilia	0,5	4,4	95,1	100,0	0,0	31.634
Sardegna	0,4	1,4	98,2	100,0	0,0	5.883
Totale	0,6	5,6	93,8	100,0	10,1	348.329

IL RAPPORTO CEDAP

Nei punti nascita con meno di 500 parti annui, l'incidenza di parti cesarei è maggiore della media nazionale (30,32% rispetto a 29,8%): un fenomeno correlato anche alla maggiore concentrazione di strutture private nei punti nascita di dimensioni ridotte. L'analisi relativa ai professionisti sanitari presenti al momento del parto non esclude i parti cesarei. Oltre all'ostetrica (95,95%) al momento del parto sono presenti: nell' 87,04% dei casi il ginecologo, nel 45,82% l'anestesista e nel 68,53% il pediatra/neonatologo.

Oltre all'ostetrica (95,95%) al momento del parto sono presenti: nell' 87,04% dei casi il ginecologo, nel 45,82% l'anestesista e nel 68,53% il pediatra/neonatologo.

Tabella 30 - Distribuzione dei parti secondo la modalità del parto e la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono (Anno 2025)

Modalità del parto	Pubblico	Casa di cura		Totale parti in ospedale *
		Accreditata	Privata	
Spontaneo	65,6	49,0	56,6	222.777
Cesareo	28,4	44,9	43,4	103.482
Altro	6,0	6,1	0,0	20.843
Totale	100,0	100,0	100,0	347.102

* schede valide

Tabella 31 - Percentuale di parti cesarei secondo la tipologia e la dimensione dei punti nascita (Anno 2025)

Classe di parti	% Parti con Taglio Cesareo			
	Pubblica	Privata accreditata	Privata non accreditata	Totale
0 - 499	29,94	44,92	43,42	30,32
500 - 799	29,60	47,49		31,51
800 - 999	24,27	50,62		28,18
1000 - 2499	28,21	44,59		29,21
2500 +	28,77	36,10		29,51
Totale	28,36	44,87	43,42	29,73

Tabella 39 - Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono (Anno 2025)

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	26,8			26,8
Valle d'Aosta	31,4			31,4
Lombardia	22,1	28,0		22,5
Prov. Auton. Bolzano	25,1			25,1
Prov. Auton. Trento	19,4			19,4
Veneto	23,8			23,8
Friuli Venezia Giulia	23,0	26,1		23,1
Liguria	28,3			28,3
Emilia Romagna	22,9			22,9
Toscana	16,1			16,2
Umbria	22,3			22,3
Marche	24,7			24,7
Lazio	35,2	46,4	38,6	37,3
Abruzzo	32,8			32,8
Molise	34,2			34,2
Campania	40,9	48,3		43,7
Puglia	33,8	40,0		34,1
Basilicata	31,3			31,3
Calabria	34,8	33,3		34,8
Sicilia	37,8	52,7		39,2
Sardegna	39,2			39,2
Totale	28,4	44,9	43,4	29,8

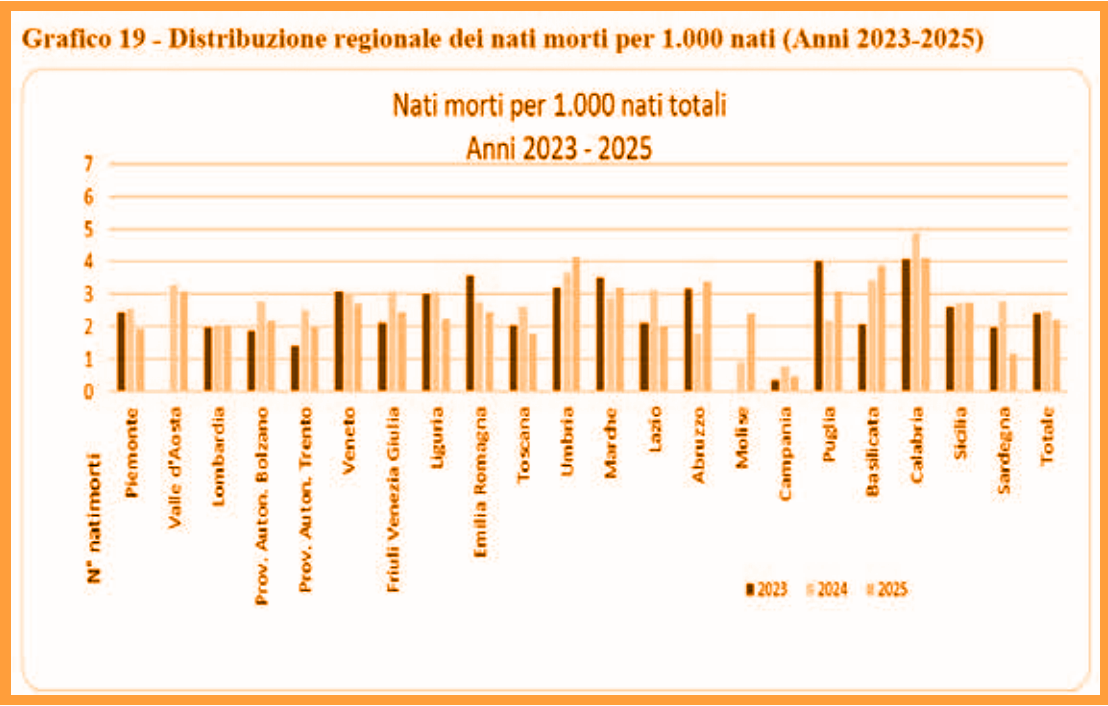
Peso alla nascita e vitalità dei neonati

La distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata nell'anno precedente. Lo 0,8% dei bambini nati nel 2025 presenta un peso inferiore a 1.500 grammi. Un ulteriore 6% ha un peso compreso tra 1.500 e 2.500 grammi, l'88,2% ha un peso tra 2.500 e 3.999 grammi e il 4,9% supera i 4mila grammi di peso alla nascita; I test per valutare la vitalità del neonato restituiscono nel complesso risultati positivi: il 98,3% dei nati ha ottenuto, a cinque minuti dalla nascita, un indice di Apgar compreso tra 7 e 10 e solo lo 0,77% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso. La rilevazione ha inoltre registrato 784 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità pari a 2,20 ogni mille nati. Sono stati segnalati anche 3.151 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita. Resta però incompleto il quadro delle informazioni diagnostiche. L'indicazione della diagnosi è presente soltanto nel 30,5% dei casi di natimortalità e nell'83,7% dei casi di neonati con malformazioni.

La rilevazione ha inoltre registrato **784 nati morti**, corrispondenti a un tasso di natimortalità pari a **2,20** ogni mille nati. Sono stati segnalati anche **3.151 casi di malformazioni diagnostiche alla nascita**.



Tra le prime 10 malformazioni figurano: altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre (29,5 %); altre e mal definite manifestazioni morbose ad insorgenza perinatale (16,4%); ipossia intrauterina e asfissia alla nascita (11%); esito del parto (8%); feto o neonato affetto da complicazioni della placenta, del cordone ombelicale e delle membrane (6,7%); altre cause mal definite e sconosciute di morbosità e mortalità (4,1%); aritmie cardiache (3,9%); perdita ematica antepartum, abruptio placentae e placenta previa (2,6%); problemi relativi a bassa età gestazionale e basso peso alla nascita (2,6%); complicazioni del cordone ombelicale e morte improvvisa da causa sconosciuta (entrambe 1,9%).



Procreazione medicalmente assistita in 4,6 gravidanze su cento

Il ricorso a una tecnica di procreazione medicalmente assistita ha interessato, in media, 4,6 gravidanze ogni cento. La procedura più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento degli embrioni nell’utero, la Fivet. A seguire si colloca la fecondazione in vitro attraverso l’iniezione dello spermatozoo nel citoplasma, la Icsi.

Con Robson emerge l’ampia variabilità tra le Regioni

Per descrivere le differenze nel ricorso al taglio cesareo, i parti sono stati classificati secondo la metodologia di Robson, che consente di individuare gruppi di donne con caratteristiche omogenee e chiaramente identificabili. A livello nazionale sono risultati classificabili 310.193 parti, pari all’89,3% del totale di quelli avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Le classi maggiormente rappresentate sono la classe 1, che comprende le madri primipare a termine con presentazione cefalica, e la classe 3, relativa alle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e senza precedenti cesarei. Insieme, queste due classi comprendono il 45,8% di tutti i parti classificati avvenuti in Italia nel 2025. La classe 5, nella quale rientrano le madri con un precedente parto cesareo, rappresenta invece il 12% del totale dei parti classificati a livello nazionale. Proprio l’analisi delle classi di Robson mette in luce uno dei nodi più rilevanti: il ricorso al cesareo presenta un’ampia variabilità regionale anche nelle classi considerate a minor rischio, che in tutte le Regioni comprendono una quota molto elevata delle nascite. Differenze che confermano l’esistenza di margini significativi per migliorare le prassi organizzative e cliniche adottate nei diversi territori.

