

Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna

Dati 2025



Settembre 2026



In collaborazione con:

Prevalenza dell'allattamento in Emilia-Romagna

Dati 2025

Settembre 2026



In collaborazione con:

Ricerca patrocinata dall'Assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e curata dal Settore Assistenza Territoriale, Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità

© Regione Emilia-Romagna – settembre 2026

Tutti i diritti riservati.

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

Il documento è disponibile on line sul portale del Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva-SaPeRiDoc, Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna all'indirizzo:

<https://www.saperidoc.it/allattamento-dati-2025/>

La redazione del volume è stata curata da

Simona Di Mario	SaPeRiDoc, Resp. Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità
Ilaria Camplone	Responsabile Settore Assistenza Territoriale
Bruna Borgini	Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità
Michela Bragliani	Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità
Elena Castelli	Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità
Barbara Paltrinieri	Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità

Si ringraziano

Luca Ronfani per la condivisione dei dati di prevalenza del sistema di monitoraggio della regione Friuli-Venezia Giulia; **Claudia Comina** e **Riccardo Pertile** per la condivisione dei dati di prevalenza del sistema di monitoraggio della PA di Trento

Sergio Battaglia, Luca Cisbani, Massimo Clò, Massimiliano Navacchia, Stefano Sforza Area Integrazione Digitale, Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna per l'estrazione e la gestione dei dati dal flusso dell'anagrafe vaccinale regionale

Carlo Gagliotti, Settore Innovazione nei Servizi Sanitari e Sociali, Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna per lo sviluppo dello score di vulnerabilità CedAP-G

Monica Chili, Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna, per i loghi *Allattare rilassate* e *Accudire rilassate*

Barbara Paltrinieri, Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità, per la composizione grafica della copertina

Le **professioniste** e i **professionisti** delle pediatrie di comunità della Regione Emilia-Romagna, che hanno raccolto i dati; senza la loro collaborazione la ricerca non avrebbe potuto avere luogo

I **genitori** delle persone lattanti che hanno partecipato alla ricerca

L'augurio è che il lavoro di tutte queste persone serva a migliorare le attività a sostegno delle donne che vogliono allattare

Indice

Presentazione	3
Glossario e acronimi	6
Dedica	9
Sommario dei principali risultati	11
1. Introduzione	13
2. Metodo	15
3. Risultati	18
Popolazione vaccinata, flusso AVR	18
Prevalenza allattamento	23
Trend dei dati di prevalenza	35
Analisi in base allo score di vulnerabilità	38
Benchmarking esterno	40
4. Commenti	43
5. Conclusioni	46

Appendice

Dati aziendali

Presentazione

Carissime amiche e carissimi amici,

con la consueta curiosità ho preso in mano il nuovo rapporto sullo stato dell'allattamento in Emilia-Romagna e devo confessare che, come mi capita quasi tutti gli anni, l'ho letto tutto dall'inizio alla fine, cercando di individuare tra le innumerevoli informazioni, le principali novità, le conferme, i piccoli o grandi progressi effettuati, le persistenti criticità.

Il rapporto si conferma, a mio avviso, una straordinaria fotografia sull'andamento di tale pratica, sempre piuttosto fedele ma con diversi chiaroscuri: tanti elementi positivi da valorizzare ma anche punti di criticità, con sempre taluni fattori di ostacolo, mai completamente aggirati.

E forse sono proprio questi aspetti che rendono la giornata di presentazione del rapporto un appuntamento irrinunciabile, un momento di particolare interesse, di confronto e di approfondimento collegiale, una opportunità di riflessione e di lettura critica.

Del resto, l'allattamento non è una semplice scelta alimentare soggettiva, e neanche un puro atto sanitario; è, e ne siamo tutti ormai consapevoli, un potente determinante di salute pubblica e un atto dal profondo valore sociale, capace di influenzare il benessere biologico, economico, ambientale e relazionale dell'intera comunità; è oggi considerato una risorsa della collettività fondamentale per promuovere la salute globale e ridurre le disuguaglianze.

Già queste ragioni giustificano ampiamente gli sforzi fatti in Regione Emilia-Romagna per mettere in atto interventi volti a implementare e diffondere le *best practice* su questo ambito, facilitare la vita di madri e bambini e migliorare i tassi di allattamento: pensiamo ad esempio al continuo e scrupoloso monitoraggio dei tassi di allattamento a 3 e 5 mesi, all'obiettivo – oramai conseguito – di avere anche informazioni oggettive su questo indicatore alla dimissione dai punti nascita, alle innumerevoli formazioni promosse e effettuate, alle FAD realizzate con il coinvolgimento diffuso di personale esperto, l'ultima delle quali (pubblicata a maggio di quest'anno) davvero innovativa e tecnologicamente molto avanzata, ha visto la partecipazione di tantissimi professionisti di area perinatale, con estensione a specializzandi, neo-ostetriche e giovani infermiere con l'obiettivo di uniformare le strategie, di diffondere un

linguaggio comune, di promuovere la pratiche con maggiori evidenze scientifiche, come il *biological nurturing* e il *pelle a pelle*.

Il report è giunto ormai al suo undicesimo anno di pubblicazione¹ e questo permette una valutazione anche longitudinale del fenomeno, mostrandoci trend abbastanza definiti e affidabili. Grazie al variegato contributo di informazioni messe a disposizione, costituisce uno stimolo continuo ad una revisione critica di comportamenti e strategie, un impulso all'implementazione, una spinta al miglioramento delle performance.

Tanti sono gli spunti di riflessione emersi dalla lettura del rapporto 2025. Tra questi voglio sottolinearne solo alcuni:

1. la grande affidabilità della raccolta dati regionale con una copertura di quasi il 99% del campione;
2. il lento ma progressivo miglioramento dei tassi di allattamento completo sia a 3 che a 5 mesi con un significativo incremento nel corso del tempo, (+ 13% e + 25% dal 2015 al 2025, rispettivamente a 3 e 5 mesi);
3. il contemporaneo graduale decremento del numero di bambini alimentati esclusivamente con formula (18% a 3 mesi e 23% a 5 mesi nel 2025). Si tratta di un esito di grandissimo impatto che testimonia la grande efficacia del messaggio comunicativo veicolato nei confronti della nostra comunità circa l'importanza dell'allattamento;
4. la conferma del rilevante impatto negativo sull'allattamento di alcuni fattori di rischio generali, quali la fragilità sociale e il disagio economico, con tutte le conseguenze sugli esiti di salute di queste popolazioni;
5. la estrema eterogeneità, all'interno della nostra regione, dei risultati in termini di prevalenza tra le diverse province e addirittura tra i diversi distretti di una stessa provincia. Nonostante nel tempo tutte le aziende abbiano registrato evidenti miglioramenti, persistono però differenze che si presentano con le medesime caratteristiche e peculiarità, quasi a testimoniare che differenti strategie/approcci/servizi utilizzati nelle diverse realtà si associno ad esiti così diversi.

¹ Ci si riferisce qui al report basato sulla raccolta dati informatizzata. Il primo monitoraggio regionale, basato su schede cartacee, venne fatto nel 1999.

"Ogni passo è una scelta, ogni passo fa l'impronta" ci ricorda il grande Ligabue. È una regola d'oro che vale anche per il nostro percorso.

Restano ancora tanti gradini da salire per vedere la vetta, ma credo anche che tanta strada sia stata fatta per avvicinarci. E di questo cammino dobbiamo essere tutti consapevolmente grati a chi, nei nostri presidi ospedalieri e territoriali, quotidianamente è coinvolto nella assistenza alla diade madre-bambino e nella promozione dell'allattamento: assistenti sanitarie, ginecologhe, infermiere, neonatologhe, ostetriche, pediatre, volontarie dei gruppi di sostegno.

Termino rivolgendo l'ultimo ringraziamento a tutti/e coloro che a diverso titolo contribuiscono alla realizzazione del rapporto: dal Gruppo di lavoro Regionale sull'allattamento, sempre motivato e propositivo, al Settore Assistenza Territoriale, all'Area Salute donna, infanzia, adolescenza e genitorialità e infine al Settore Sistema Informativo sanità e politiche sociali della Regione: tutti/e insieme forniscono un supporto prezioso per il raggiungimento di risultati sempre migliori a sostegno della salute dei nostri lattanti e delle loro madri.

Buona lettura e appuntamento al prossimo anno!

Giancarlo Gargano

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

Glossario e acronimi

Accudire rilassate



Approccio per l'accudimento della persona neonata e nelle prime settimane di vita, che mette al centro il benessere di madre e creatura e le loro competenze, che si estrinsecano con maggiore facilità quando la madre è in posizione comoda e semireclinata.

In questo modo la madre con il suo corpo, senza fatica e senza tensioni muscolari, sostiene quello del/la lattante, che è prono durante il tempo di contatto e con il capo più in alto del resto del corpo. Utilizzando frequenti momenti di vicinanza secondo questo approccio anche quando si ricorra all'alimentazione con il biberon, si moltiplicano per la madre le occasioni di recupero delle forze dopo il parto, e per la diade i momenti di conoscenza reciproca, prossimità e contenimento tramite l'attivazione di riflessi/comportamenti innati di madre e lattante, che si associano a maggiore benessere per entrambi. Per la persona neonata e infante, questa modalità di accudimento corrisponde al cosiddetto *tummy time*, tempo passato in posizione prona, che ne favorisce lo sviluppo psicomotorio. Chi, in famiglia o nella comunità, sostiene la donna, ha un ruolo particolare anche nel sollevarla dalle incombenze domestiche, così che possa dedicarsi alla conoscenza del suo/a bambino/a, per un accudimento prossimale, non condizionato da false credenze popolari (se lo/a tieni sempre vicino/a poi lo/a vizi). Momenti frequenti di accudimento rilassato, prossimale con contatto pelle a pelle sono utili anche per la relazione con l'altro genitore.

Accuratezza

L'accuratezza di una stima è data dalla vicinanza della stima ottenuta al valore reale che si intende stimare.

Allattamento esclusivo

Solo latte materno, senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come, ad esempio, le gocce di vitamine o la soluzione di reidratazione orale).

Allattamento predominante

Latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, tè.

Allattamento completo

La somma di allattamento esclusivo e predominante. Viene utilizzato come indicatore principale nello studio di prevalenza in Regione Emilia-Romagna.

Allattamento complementare

Latte materno con aggiunte di formula, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi.

Allattare rilassate



Approccio all'allattamento, anche noto come *biological nurturing®*, che mette al centro il benessere di madre e lattante e le loro competenze, che si estrinsecano con maggiore facilità quando la madre è in posizione comoda e semireclinata. In questo modo la madre con il suo corpo sostiene quello del/la lattante, prono durante l'allattamento, senza fatica e senza tensioni muscolari. Utilizzando questo approccio, con la madre comoda che non si stanca, l'allattamento avviene senza contrapporsi alla forza di gravità, anzi assecondandola. Si facilita quindi l'attivazione di riflessi/comportamenti innati di madre e lattante, che si associano a maggiore benessere della diade, a minore frequenza di problemi durante l'allattamento (come dolore, ragadi, ingorghi) e a maggiore autonomia della madre, che non "deve imparare ad allattare". Chi, in famiglia o nella comunità, sostiene la donna, ha un ruolo importante anche nel sollevarla dalle incombenze domestiche, così che possa dedicarsi all'allattamento, e nel proteggerla da eventuali condizionamenti culturali contrari, per allattare senza problemi. Momenti di accudimento rilassato, prossimale con contatto pelle a pelle con l'altro genitore non allattante sono utili per la relazione con la creatura.

CoVID-19

Malattia ad andamento epidemico causata da infezione con il virus SARS-CoV-2, diagnosticata per la prima volta in Italia a febbraio 2020.

Non allattamento

Alimentazione priva di latte materno; solo formula e/o alimenti semisolidi o solidi.

OMS

Organizzazione mondiale della sanità (*World Health Organization* - WHO).

Partner

Il termine è riferito alla figura che affianca la madre nella cura della bambina: può quindi includere il padre convivente o meno, la co-mamma, l'attuale partner non genitore biologico della bambina.

Precisione

La precisione di una stima è data dall'ampiezza dell'intervallo di confidenza della stima dell'evento che si intende stimare. Più è ampio l'intervallo di confidenza, minore è la precisione.

Prospettiva di genere

Approccio consapevole alla costruzione della categoria di genere e dei suoi rapporti di potere. Nel lavoro di comunicazione consiste nel mettere al centro il target e nel considerare che il destinatario non è neutro. Questo documento è attento alla prospettiva di genere² e prevede che tutte le declinazioni di genere sono da intendersi sempre al maschile e al femminile, anche se viene tendenzialmente utilizzato il genere femminile sovraesteso qualora non si trovino termini inclusivi (come persone neonate o persone lattanti).

Recall period

Intervallo di tempo che intercorre fra il momento della rilevazione e quello di occorrenza di un evento. Per gli studi sulla nutrizione l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'utilizzo di un *recall period* di 24 ore, per ridurre il rischio di errore (o *bias*) nel riferire il dato che si vuole studiare.

SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2).

Nuovo coronavirus (coronavirus 2 per distinguerlo da quello associato alla SARS del 2003) associato a una sindrome respiratoria acuta grave.

Standardizzazione (diretta, indiretta)

Metodo statistico che permette di confrontare un esito in popolazioni caratterizzate da una diversa distribuzione di una variabile, quale per esempio l'età o il sesso, che potrebbe influenzare la frequenza dell'esito stesso. In questo Rapporto, per il calcolo dei tassi di prevalenza di allattamento tenendo conto dell'età della bambina, è stato utilizzato il metodo di *standardizzazione diretta*.

TIN

Terapia intensiva neonatale.

² Regione Emilia-Romagna. Linee guida in ottica di genere. Uno sguardo nuovo nella comunicazione pubblica. <https://parita.regione.emilia-romagna.it/documentazione/documentazione-temi/media-e-comunicazione/linee-guida-in-ottica-di-genere-della-regione-emilia-romagna-uno-sguardo-nuovo-nella-comunicazione-pubblica>

Dedica

A cavallo fra la fine dell'anno 2025 e l'inizio del 2026 sono morte due persone speciali per le storie personali e professionali di molte di noi e, soprattutto, per la storia dell'allattamento, in Italia e nella nostra regione: il dott. Adriano Cattaneo e la dott.ssa Chiara Cuoghi. A loro dedichiamo questo report e indirizziamo il nostro grato ricordo e pensiero.

Adriano Cattaneo è stato medico chirurgo, epidemiologo, ha lavorato a lungo con il CUAMM nei paesi dove povertà e diseguaglianze sociali erano, e sono, il principale determinante di salute, poi a Ginevra presso l'OMS, per approdare infine al Burlo di Trieste, nell'unità di epidemiologia e statistica, centro collaboratore dell'OMS per la salute materno-infantile. La nutrizione infantile era uno dei vari ambiti in cui ha fatto scuola in Italia, convinto, non ideologicamente, ma sulla base delle prove scientifiche, che da una buona partenza dipende la salute e il benessere di madri e persone bambine e che l'allattamento è un grande strumento di potere delle donne oltre che di uguaglianza. Umano, rigoroso, onesto, generoso, curioso, rivoluzionario, femminista, rispettoso, pacifista, giusto. La nostra area ha avuto l'onore di ricevere il suo sostegno e i suoi suggerimenti su tutti i lavori condotti nel campo dell'allattamento e della genitorialità: dalla strutturazione del monitoraggio annuale alla revisione dei contenuti delle due FAD allattamento.



Chiara Cuoghi, è stata pediatra a Ferrara, prima ospedaliera e poi di comunità, con competenze epidemiologiche e vasta esperienza nella protezione, promozione e sostegno dell'allattamento. È stata una delle colonne dell'APeC (Associazione Pediatria di Comunità), e proprio per conto dell'APeC ha pensato, sviluppato e fatto crescere nel tempo il primo sistema di



monitoraggio dei dati di prevalenza dell'allattamento regionale condotto secondo le definizioni dell'OMS: dalla prima rilevazione nel 1999, condotta in collaborazione con il prof. Faldella del S. Orsola di Bologna, al successivo perfezionamento del metodo e dell'analisi con il dott. Ronfani, del Burlo. Nel monitoraggio dell'allattamento Chiara ha fatto dialogare le sue passioni e competenze: per l'epidemiologia e l'uso responsabile dei dati e per l'allattamento, che lei sapeva essere non solo un importante determinante di salute di madre e lattante, ma un indicatore della relazione e dello sviluppo emotivo delle nuove famiglie.

Sommario dei principali risultati

In questo Rapporto vengono presentati i dati relativi all'alimentazione delle persone lattanti³ raccolti nelle pediatrie di comunità di tutte le AUSL della regione nel periodo marzo-novembre 2025. La raccolta avviene in occasione delle prime e seconde vaccinazioni (a tre e cinque mesi): dal 2015 la registrazione, completamente informatizzata, utilizza il flusso dell'anagrafe vaccinale regionale. Sono state applicate la metodologia e le definizioni suggerite dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità*; si è fatto ricorso alla prevalenza standardizzata per età utilizzando fasce di 15 giorni per permettere il confronto fra AUSL, distretti e con i dati delle precedenti survey regionali.

I dati sono relativi a 32.517 vaccinazioni: specificamente 17.205 persone bambine alla prima vaccinazione (circa 3 mesi) e 15.312 persone bambine alla seconda vaccinazione (circa 5 mesi). Il link con i dati del Certificato di assistenza al parto è stato possibile per 30.831 record (94.8% del campione): 68% sono figlie di donne italiane; fra le madri straniere 39.8% (figura 2) sono di provenienza da paesi dell'Africa, 22.9% dall'Asia, 21.4% da altri paesi europei non UE, 11.5% da paesi UE e 4.5% dalle Americhe. Informazioni sull'alimentazione sono disponibili per 32.162 osservazioni (98.9% delle schede raccolte) in 22.323 lattanti. La prevalenza media regionale di allattamento completo (somma fra allattamento esclusivo e predominante) a tre mesi è pari a 58.2%, in aumento rispetto all'anno precedente (+2.2%), con un range fra diverse AUSL/ambiti che va da 48.4% a 63.8%; a cinque mesi la media regionale è pari a 52.9%, in aumento rispetto all'anno passato (+3.0%) e per la prima volta superiore al target regionale, con un range fra AUSL/ambiti da 46.6% a 63.0%. Come negli anni precedenti permangono importanti differenze a livello distrettuale: la prevalenza di allattamento completo nei diversi distretti varia da 45.4% a 80.5% a tre mesi e da 38.7% a 74.2% a cinque mesi.

Non si rileva una associazione statisticamente significativa fra prevalenza di allattamento completo a tre e cinque mesi e sesso del lattante pur essendo lievemente superiore nelle bambine (+1.0% in entrambe le rilevazioni). L'allattamento completo è meno frequente nelle persone lattanti nate da madre

³ Questo documento, attento alla prospettiva di genere, usa il termine persona lattante o persona bambina con lo scopo di riconoscere, anche attraverso il linguaggio, lo stato di persona portatrice di diritti dei bambini e bambine. Questa formulazione ha il vantaggio ulteriore di essere inclusiva e non necessitare di declinazione al maschile e femminile.

italiana a tre mesi (57.9% italiane, 61.7% straniere) e a cinque mesi (51.8% vs 54.8%): in entrambi i casi la differenza è statisticamente significativa. La differenza è maggiore, e anche in questo caso statisticamente significativa, in termini di *non allattamento* rilevabile sia a tre (17.4% nelle italiane, 11.3% nelle straniere) che a cinque mesi (25.4% italiane 17.7% straniere).

L'osservazione del trend su 11 anni dei tassi di prevalenza, da quando nel 2015 la raccolta è stata informatizzata, conferma che il miglioramento della prevalenza di allattamento completo a 3 mesi in questo periodo è stato più contenuto (+6%) di quello rilevato a 5 mesi (+20%), ma per il primo anno le due curve aumentano seguendo un andamento più tendente al parallelo. Sempre nel 2025 il dato di allattamento complementare (latte materno+formula) ha raggiunto esattamente la stessa proporzione sia a 3 che a 5 mesi (24%).

L'utilizzo dello score CedAP-G, proxy di vulnerabilità sociale, conferma anche per il 2025 il gradiente decrescente, in termini di allattamento completo, in base alla classe di vulnerabilità materna desunta da CedAP (maggiore è la vulnerabilità minore è il tasso di allattamento completo). La distribuzione delle classi di vulnerabilità nel 2025 è simile a quella del periodo pre-pandemico (32.9% della popolazione è nelle classi a minore vulnerabilità, 13.8% in quelle a maggiore vulnerabilità). Per quanto riguarda i tassi di prevalenza di allattamento completo a tre mesi, per la prima volta si evidenzia un aumento lieve, ma significativo, in tutte le classi di vulnerabilità tranne la prima; a cinque mesi l'incremento si registra in tutte le classi, anche se con una intensità lievemente decrescente al crescere della vulnerabilità.

Oltre agli spunti per un confronto intraregionale (*benchmarking* interno) vengono riportati i dati di prevalenza relativi al 2025 della regione Friuli-Venezia Giulia e della PA di Trento per un confronto esterno unitamente a quelli riferiti allo stesso anno e raccolti dal *Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino*, promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che, come già avvenne nel 2022, consentono un confronto fra tutte le regioni.

Per il primo anno uno dei due obiettivi di prevalenza regionale è stato raggiunto; l'auspicio è che traguardo venga confermato nel futuro. Per i prossimi anni, quindi, come nel passato, i target regionali sono:

- tasso di allattamento completo a tre mesi >65%
- tasso di allattamento completo a cinque mesi >50%

1. Introduzione

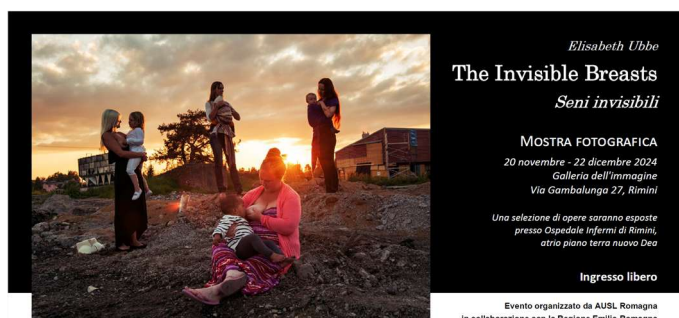
Questo è il report allattamento riferito al 2025, undicesimo report dall'anno in cui (era il 2015) il monitoraggio in Regione Emilia-Romagna è diventato annuale e completamente informatizzato.

Durante il 2025 le attività coordinate centralmente per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento sono consistite in:

- Interventi all'interno del programma libero 11 del Piano Regionale della Prevenzione, *Primi 1000 giorni di vita*
- Disseminazione del corso di formazione a distanza (FAD) sull'allattamento di primo livello intitolato *Breast Feeling*, corso on-line accessibile gratuitamente che, dopo aver avuto il patrocinio di Istituto Superiore di Sanità, UNICEF Italia, IBFAN Italia Odv e MAMI Odv, è stato:
 - reso disponibile (da ottobre 2024 e fino a tutto il 2026) a tutte le cittadine e i cittadini, anche extra-regione Emilia-Romagna, tramite la piattaforma regionale SELF, ambiente *Cittadini* <https://moodle.self-pa.net/moodleci/login/index.php> (senza crediti ECM)
 - concesso per riuso alla Federazione nazionale Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) per tutte le professioni sanitarie anche extra-regione Emilia-Romagna, tramite la piattaforma dell'Ordine <https://www.tsrm-pstrp.org/index.php/fad-breast-feelings/> (con crediti ECM)
 - esteso l'accesso per tutto il 2026 nella versione per il personale sanitario della regione Emilia-Romagna tramite la piattaforma regionale SELF, ambiente *Sanità* <https://moodle.self-pa.net/moodlesa/login/index.php> (con crediti ECM)
- Pubblicazione di una nuova FAD allattamento di secondo livello, intitolata *Breast Practice*, articolata su tre moduli base e tre moduli avanzati, che affronta la fisiologia dell'allattamento e dell'accudimento proponendo una gestione basata sull'approccio semireclinato rilassato (modulo 1, accessibile tramite SPID a chiunque dal territorio nazionale oltre che al personale sanitario della regione Emilia-Romagna nella versione accreditata). Nei moduli 2 e 3 si affrontano i più comuni problemi che possono insorgere durante l'allattamento e le eventuali condizioni patologiche della madre o della persona lattante che possono influire sull'allattamento sia nei giorni immediatamente dopo il parto

(modulo 2, accesso riservato al personale sanitario della regione Emilia-Romagna con crediti ECM) che in seguito nelle prime settimane o mesi (modulo 3, accesso riservato al personale sanitario della regione Emilia-Romagna con crediti ECM). Il corso affronta aspetti rilevanti dell'accudimento responsivo e prossimale e della genitorialità, affrontando -fra gli altri- temi come il pianto, il sonno, la relazione, il ruolo del partner, l'alimentazione responsiva con formula, gli strumenti di conciliazione fra il lavoro di cura e il lavoro stipendiato.

- Prosecuzione del progetto di welfare culturale con allestimenti in vari territori della mostra della fotografa svedese Elisabeth Ubbe *The Invisible Breasts*. Il progetto fotografico di Ubbe è una interessante riflessione sul corpo della donna, quando allatta, quando non ha allattato o non ha nemmeno concepito, o quando è stato curato per un tumore al seno. La mostra ha avuto lo scopo di sensibilizzare sul tema dell'allattamento e del rispetto del corpo delle donne e delle loro scelte. Nel 2025 gli allestimenti sono stati fatti grazie alla collaborazione del Comune di Rimini e dell'Azienda Sanitaria Romagna ambito di Rimini (in due sedi: DEA dell'Ospedale degli Infermi e presso la Galleria dell'Immagine da novembre 2024 a gennaio 2025).



Cartolina di invito per la mostra di Elisabeth Ubbe *The Invisible Breasts* a Rimini.

- Nel 2025, oltre al consueto monitoraggio dei dati di prevalenza, la Regione Emilia-Romagna ha partecipato per la seconda volta (prima edizione quella del 2022) alla sorveglianza su campione promossa dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con il *Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino*, di cui si riportano in questo report i dati relativi all'allattamento.

Oltre a queste attività, sono state implementate a livello territoriale e ospedaliero innumerevoli iniziative coordinate dalle aziende sanitarie, dai centri per le famiglie, dai servizi educativi e dalle associazioni di sostegno alla pari.

2. Metodo

Il monitoraggio della prevalenza di allattamento è stato ideato e sviluppato in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri - Associazione Pediatria di Comunità (ACP-APeC).

Dalla prima edizione del 1999 e fino al 2008 la rilevazione è stata triennale, con raccolta di questionari cartacei. Nel 2011 venne fatto un primo tentativo di informatizzazione utilizzando un questionario on-line sviluppato *ad hoc*. Dal 2015, la raccolta è diventata annuale e completamente informatizzata, diventando parte integrante del flusso corrente *Anagrafe vaccinale regionale*⁴: le professioniste e i professionisti delle pediatrie di comunità inseriscono i dati relativi all'alimentazione contestualmente a quelli delle vaccinazioni pediatriche utilizzando lo stesso software. Questo facilita il lavoro di chi raccoglie e inserisce il dato, ne migliora la qualità e riduce la quota di informazioni mancanti⁵. L'indagine utilizza le definizioni standard aggiornate al 2007 e il *recall period* (24 ore) consigliati dall'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS) per questo tipo di studi⁶. La ricerca si è svolta dal 16 marzo al 30 novembre 2025. In occasione della prima e della seconda vaccinazione pediatrica (rispettivamente dal 61° al 90° giorno - circa tre mesi di età - e dal 121° al 150° giorno - circa 5 mesi di vita), sono state poste al familiare che accompagnava la persona neonata le domande di seguito riportate, a cui è possibile rispondere solo con un sì o con un no (Box sottostante). Oltre al criterio temporale non esistono altri criteri di esclusione.

Box. Domande rivolte al momento della vaccinazione sull'alimentazione.

Nelle ultime 24 ore sua figlia/o (*usare il nome*):

- è stato allattata?
- ha bevuto acqua (normale o zuccherata), tè, succo di frutta, altre bevande non nutritive?
- ha bevuto formula, latte di mucca o altro latte?
- ha mangiato pappe o altri cibi liquidi, solidi o semisolidi?

⁴ AVR: istituita con Circolare n. 7 del 10/04/2014 della Direzione Sanità e Politiche sociali

⁵ Di Mario S, et al. Regular monitoring of breast-feeding rates: feasible and sustainable. The Emilia-Romagna experience. Public Health Nutr 2017;20:1895-902

⁶ WHO Dept. of Child and Adolescent Health and Development. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1 definition. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596664>

Le risposte sono utilizzate in fase di analisi per ricostruire le categorie standard di allattamento e calcolarne la prevalenza:

- *esclusivo*: solo latte materno senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come, ad esempio, le gocce di vitamine o la soluzione di reidratazione orale)
- *predominante*: latte materno con aggiunte di liquidi non nutritivi come acqua, tisane, té (la somma di *allattamento esclusivo* e *predominante* costituisce la categoria *allattamento completo*)
- *complementare*: latte materno con aggiunte di formula, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi
- *non allattamento*: solo formula e/o alimenti semisolidi o solidi.

Se una persona lattante viene inclusa nella ricerca due o più volte perché sottoposta a successive sedute vaccinali tutte comprese nel periodo di studio, in fase di analisi viene considerata una sola volta nell'arco di età 61-90 giorni e una sola volta nell'arco di età 121-150 giorni (la prima delle osservazioni registrate per ognuno dei due lassi temporali).

I dati di prevalenza dell'allattamento sono standardizzati per età per tenere conto delle possibili differenze nella distribuzione di questa variabile nella popolazione delle persone bambine osservate e per permettere confronti fra AUSL/ambiti⁷ o fra distretti⁸ e nel tempo. Dal 2018 si applica il metodo di standardizzazione diretta con fasce da 15 giorni, (la popolazione di riferimento è quella osservata nel 2015 suddivisa in fasce di 15 giorni di età: 61-75; 76-90 e 121-135; 136-150 giorni). I dati di prevalenza standardizzati sono presentati nella loro dimensione regionale, disaggregati a livello aziendale e, per gli esiti allattamento completo e non allattamento, anche a livello distrettuale. Il confronto con i dati del 1999 è possibile unicamente per i dati regionali e aziendali.

Ideata e avviata durante la pandemia, l'analisi dei dati di prevalenza in base alla vulnerabilità materna, calcolata sulla base dei dati CedAP, è diventata parte integrante del report. L'indice di vulnerabilità materno desunto dal CedAP (score

⁷ In questo rapporto si definiscono ambiti le ex Aziende di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini che dal 2014 sono confluite nella AUSL Romagna

⁸ Il distretto è l'articolazione della Azienda unità sanitaria locale che assicura i servizi di assistenza primaria, ivi compresi la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare – in ambulatorio e a domicilio - tra medicina generale, pediatria di libera scelta, servizi di continuità e presidi specialistici ambulatoriali. Il distretto coordina le proprie attività con quelle dei dipartimenti e degli altri servizi aziendali ed eroga prestazioni sanitarie di rilevanza sociale.

CedAP-G)⁹ viene calcolato in base a 7 caratteristiche della madre che si associano a maggiore probabilità di non allattare a 3 e a 5 mesi:

- nazionalità italiana (1 punto)
- abitudine al fumo di sigaretta anche pregressa (1 punto)
- obesità (2 punti) e sovrappeso (1 punto)
- mancata partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita (1 punto)
- scolarità da primaria a secondaria (1 punto)
- primiparità (1 punto)
- età <18 o >35 anni (1 punto)

Sulla base di queste variabili si ottiene uno score totale che va da 0 a 8: maggiore è l'indice maggiore è la vulnerabilità materna stimata sulla base dei dati del flusso CedAP. I singoli score sono poi aggregati in fase di analisi, sulla base delle frequenze osservate, per costituire quattro classi: score 0-1, score 2, score 3-4, score 5-8.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma STATA 15.1 (Stata Corp, College Station, TX, USA).

Per un confronto con altre regioni italiane che hanno un sistema di monitoraggio stabile sono state contattate direttamente le professioniste coinvolte nei progetti di monitoraggio dell'allattamento.

In questo report viene anche riportato il confronto fra regioni condotto sulla base della sorveglianza campionaria organizzata dal Ministero della Salute e coordinata dall'ISS, condotta nel 2025: *Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino*¹⁰.

⁹ Per la descrizione del metodo di calcolo dello score CedAP-G vedere il report allattamento 2021 e la pubblicazione in lingua inglese Di Mario S, Gagliotti C, Cattaneo A, Battaglia S, Cisbani L, Franchi F; Regional Breastfeeding Group. Impact of COVID-19 Pandemic on Breastfeeding by Family Vulnerability: An Observational Study Based on Record Linkage. *Breastfeed Med*. 2023 Dec;18(12):921-927.

¹⁰ <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/0-2anni>

3. Risultati

Di seguito i risultati organizzati in sezioni:

- popolazione vaccinata, flusso AVR
- prevalenza allattamento
- analisi temporale
- allattamento e classi di vulnerabilità
- *benchmarking* esterno: confronto con altre realtà italiane e con i risultati del *Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino*.

In appendice si riportano i dati di prevalenza per singola azienda.

Popolazione vaccinata, flusso AVR

Sono stati raccolti dati relativi a 32.517 momenti vaccinali relativi a 17.205 vaccinazioni in persone bambine di circa tre mesi di età (prima vaccinazione) e 15.312 vaccinazioni in persone bambine di circa cinque mesi di età (seconda vaccinazione). L'informazione relativa all'alimentazione è disponibile e interpretabile per il 98.9% (32.162 osservazioni in 22.323 lattanti) degli eventi vaccinali (tabella I):

- per 7.011 lattanti (31.4%) il dato è stato raccolto solo alla prima vaccinazione
- per 5.118 lattanti (22.9%) il dato è stato raccolto solo alla seconda vaccinazione
- per 10.194 lattanti il dato (45.7%) è stato raccolto due volte, una alla prima e una alla seconda vaccinazione.

Tabella I. Monitoraggio, 1999, 2015 e ultimi 5 anni: schede e popolazione.

	1999	2015	2021	2022	2023	2024	2025
Schede raccolte	3.820	15.263	36.046	36.173	34.681	33.569	32.517
Schede informative ^a	2.849	14.044	34.856	29.405	34.268	33.137	32.162
I vacc. (61-90 gg)	1.640	7.861	18.419	16.432	18.075	17.678	17.022
II vacc. (121-150 gg)	1.209	6.183	16.437	12.973	16.193	15.459	15.140
Sesso maschile	52%	51%	52%	51%	51%	51%	51%
Nazionalità materna italiana	nd	68% ^b	68% ^c	68% ^d	69% ^b	68% ^b	68% ^b

^a contenenti dati sull'allattamento interpretabili (no dati mancanti o impossibili); nd=dato non disponibile; dato disponibile da CedAP per il ^b95% delle schede; ^c 64% delle schede; ^d 83% delle schede.

Le schede con dati mancanti sull'allattamento sono 85, pari a 0.3% del totale come media regionale; le schede con dati allattamento inseriti ma impossibili (ad esempio: tutte e quattro le risposte negative) sono 270, pari a 0.8% del totale come media regionale (tabella II).

Tabella II. Caratteristiche delle schede per AUSL/ambito, anno 2025.

AUSL/ambiti	schede inserite	schede informative	dati mancanti	% mancanti	dati impossibili	% impossibili
Piacenza	2.269	2.265	0	0.0%	4	0.2%
Parma	3.671	3.666	0	0.0%	5	0.1%
Reggio Emilia	4.029	3.952	0	0.0%	77	1.9%
Modena	5.991	5.869	0	0.0%	122	2.0%
Bologna	6.422	6.396	5	0.1%	21	0.3%
Imola	853	850	1	0.1%	2	0.2%
Ferrara	2.115	2.114	0	0.0%	1	0.0%
Ravenna	2.501	2.486	9	0.4%	6	0.2%
Forlì	1.290	1.270	6	0.5%	14	1.1%
Cesena	1.381	1.364	11	0.8%	6	0.4%
Rimini	1.995	1.930	53	2.7%	12	0.6%
Totale	32.517	32.162	85	0.3%	270	0.8%

Il numero di persone lattanti per le quali è possibile procedere al link con i dati del flusso CedAP per il 2025 è pari a 30.831, una percentuale, quindi, molto elevata: solo per 1.686 (5.2%) il link non è stato possibile, con qualche differenza fra azienda/ambito, in particolare per le schede di Piacenza e di Imola (tabella III).

Tabella III. Schede non linkate al flusso CedAP per AUSL/ambito, anno 2025.

AUSL/ambiti	schede inserite	% link CedAP mancante
Piacenza	2.269	10.6%
Parma	3.671	5.5%
Reggio Emilia	4.029	3.0%
Modena	5.991	5.3%
Bologna	6.422	3.6%
Imola	853	24.4%
Ferrara	2.115	5.6%
Ravenna	2.501	5.0%
Forlì	1.290	2.1%
Cesena	1.381	3.0%
Rimini	1.995	2.7%
Regione	32.517	5.2%

La quota di figli di donne straniere si conferma simile a quella degli anni precedenti e pari a 32% (tabella IV).

Il dato, tratto dal link con il flusso CedAP, non mostra sostanziali modifiche nel tempo rispetto ai paesi e alle macro-aree di provenienza della madre (figure 1 e 2).

Tabella IV. Paese di provenienza (macro-aree) delle madri dei bambini vaccinati, link flusso CedAP, periodo 2021-2025.

Macro-aree di provenienza*	2021		2022		2023		2024		2025	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Italia	15.633	68	16.789	68	22.601	69	21.771	68	21.011	68
Africa	2.636	11	2.859	12	3.677	11	3.863	12	3.919	13
Altri paesi europei non UE	1.811	8	2.096	8	2.568	8	2.438	8	2.105	7
Asia	1.624	7	1.490	6	2.115	7	2.259	7	2.256	7
Unione Europea (escl. Italia)	1.123	5	1.156	5	1.436	4	1.266	4	1.130	4
America	322	1	305	1	396	1	413	1	443	1
Oceania-Apolidi	9	0	3	0	8	0	3	0	4	0
Regione	23.158	100	24.698	100	32.801	100	32.013	100	30.868	100

*calcolate sulla base dei codici ISTAT.

Figura 1. Vaccinate, figlie di madri straniere: distribuzione % per paese di provenienza materna, elaborazione link flusso CedAP (primi 10 paesi più rappresentati), 2025.

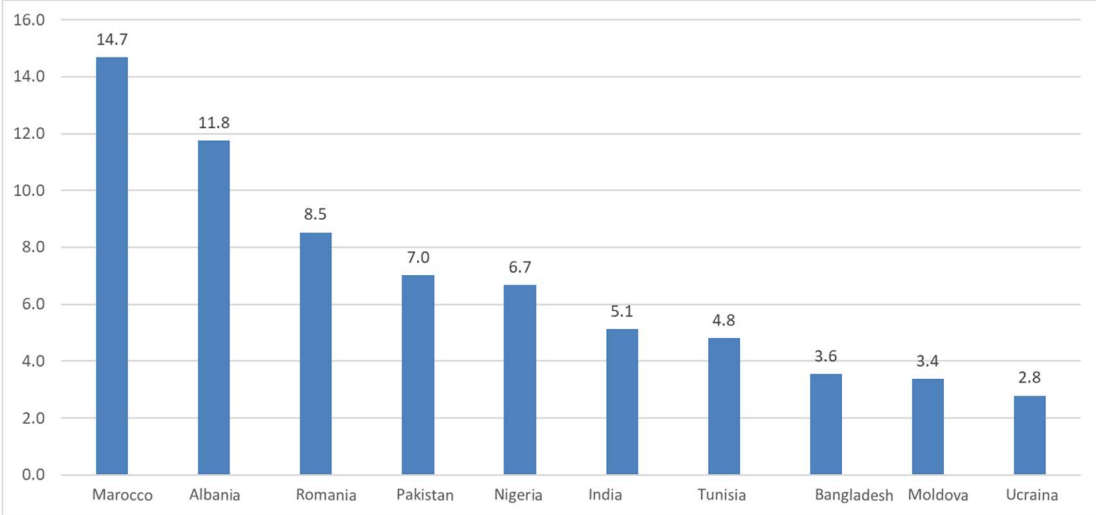
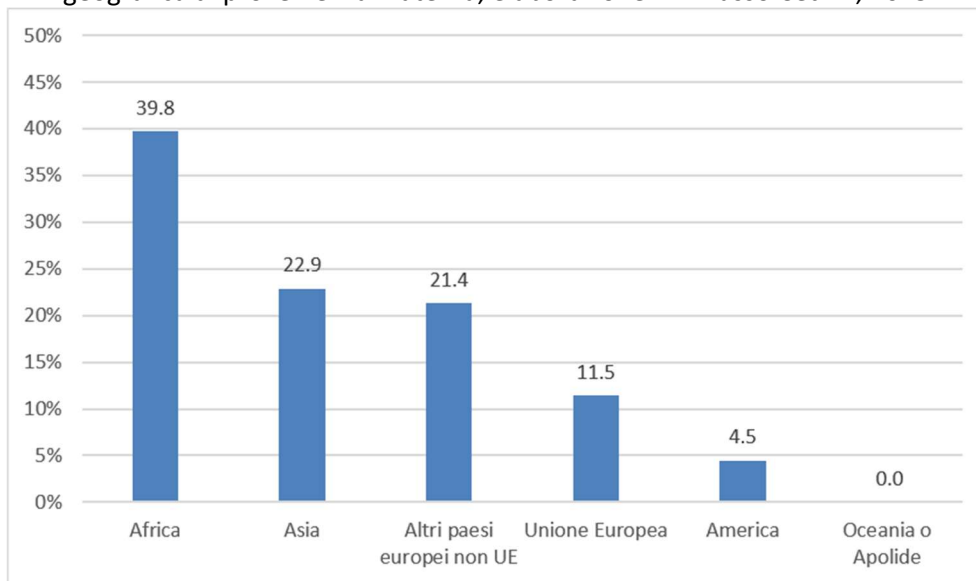


Figura 2. Vaccinati, figli di madri straniere: distribuzione % per macroarea geografica di provenienza materna, elaborazione link flusso CedAP, 2025.



La distribuzione della variabile età nella popolazione dei vaccinati (32.517 osservazioni), utilizzando le due fasce di 15 giorni al momento della prima e della seconda vaccinazione, è riportata in tabella V.

Tabella V. Distribuzione dell'età alla prima e seconda vaccinazione, anno 2025.

Gruppi di età giorni	I vaccinazione		II vaccinazione	
	n	%	n	%
61-75	15.549	90		
76-90	1.656	10		
121-135			8.577	56
136-150			6.735	44
Totale	17.205	100	15.312	100

La distribuzione dell'età alla vaccinazione segue andamenti solo lievemente differenti nelle singole AUSL/ambiti per la prima vaccinazione (figura 3) mentre alla seconda vaccinazione le differenze sono più marcate (figura 4).

Figura 3. Distribuzione dell'età alla prima vaccinazione per AUSL/ambito, anno 2025.

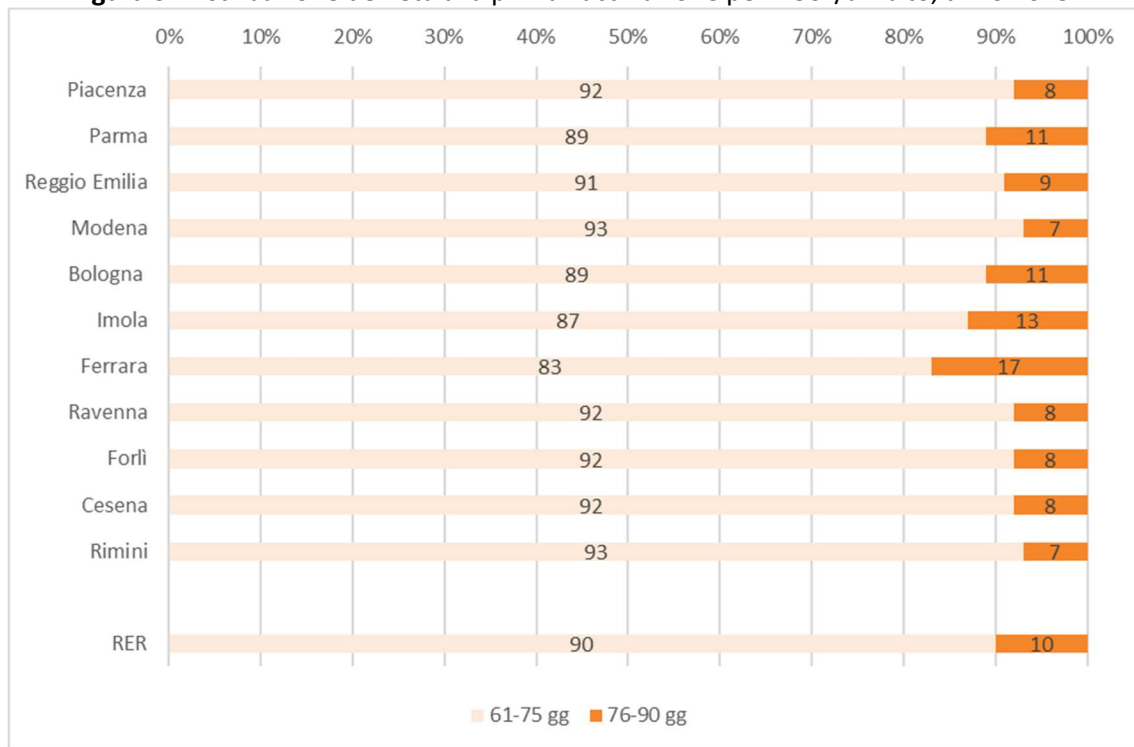
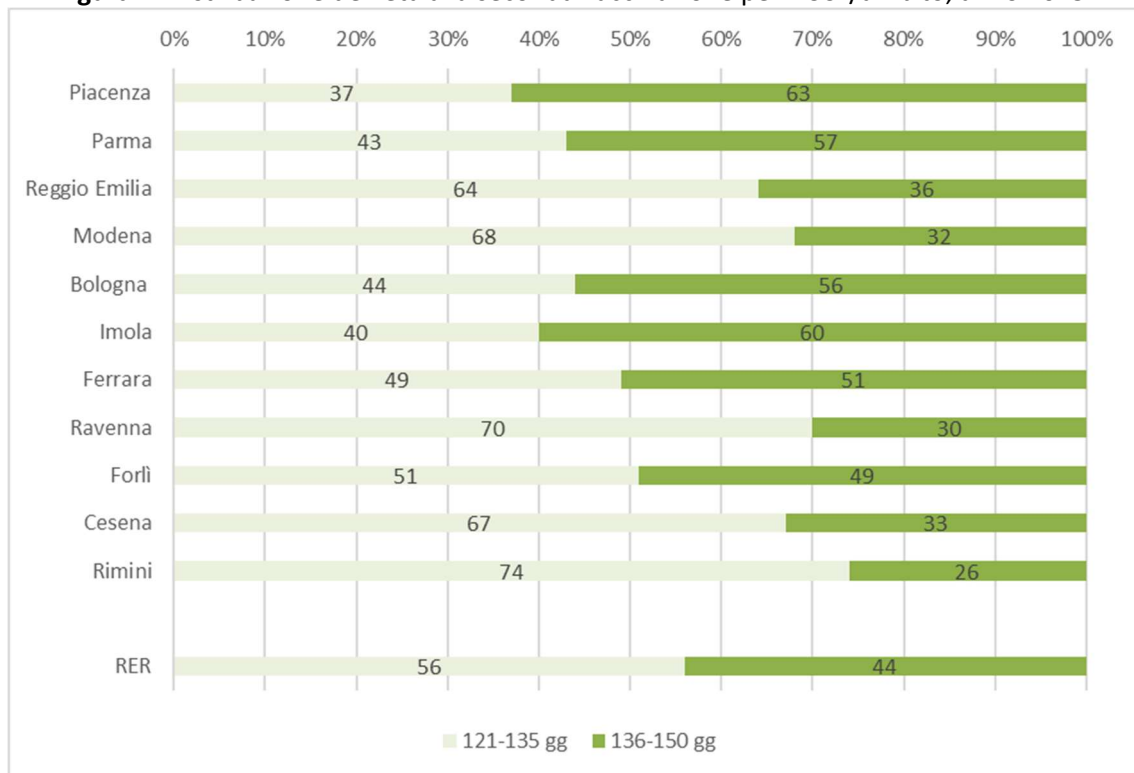


Figura 4. Distribuzione dell'età alla seconda vaccinazione per AUSL/ambito, anno 2025.



Prevalenza allattamento

La prevalenza media regionale di allattamento completo a tre mesi è pari a 58.2% (figura 5), in miglioramento rispetto all'anno precedente (+2.2%). A cinque mesi la prevalenza media è pari a 52.9% (figura 6), in aumento rispetto all'anno passato (+3.0%).

Figura 5. Prevalenza delle categorie di allattamento a 3 mesi, dati standardizzati per età, 1999-2025.

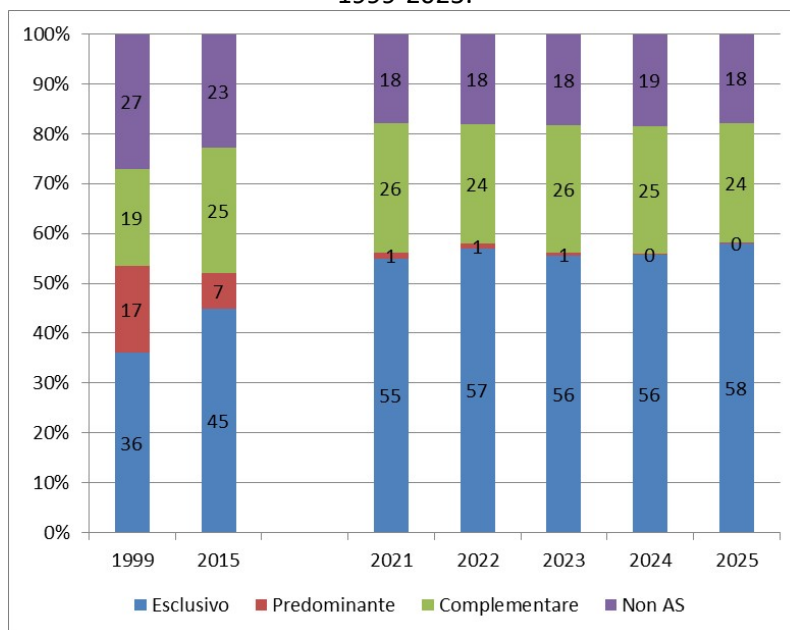
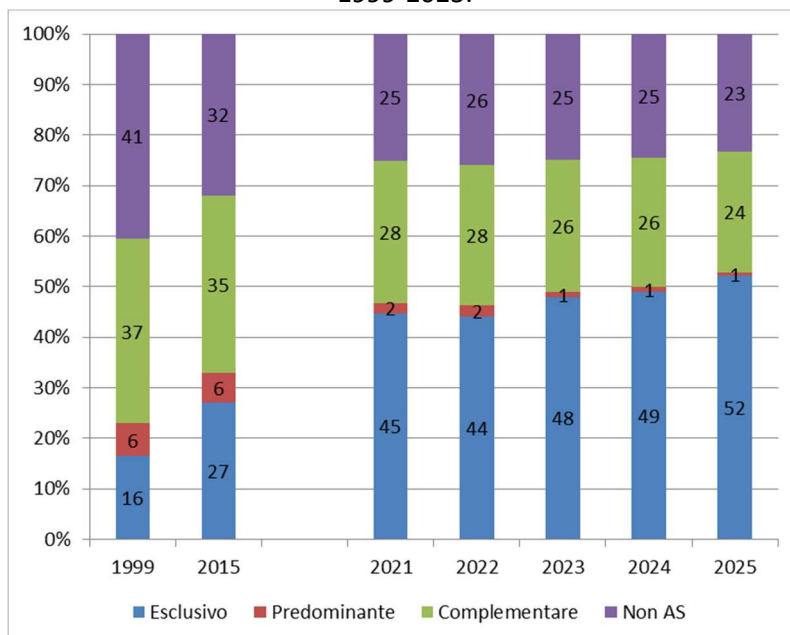
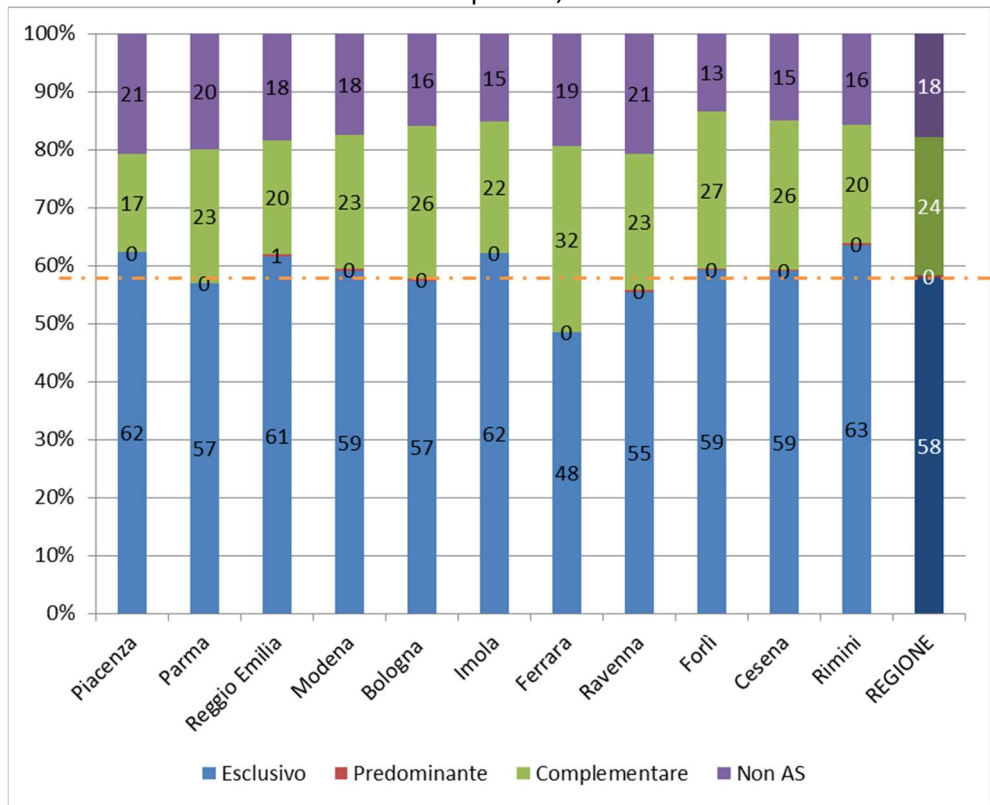


Figura 6. Prevalenza delle categorie di allattamento a 5 mesi, dati standardizzati per età, 1999-2025.



A livello di AUSL/ambito, la prevalenza di allattamento completo a tre mesi è compresa fra 48.4% e 63.8%, mentre quella di *non* allattamento fra 13.3% e 20.8% (figura 7).

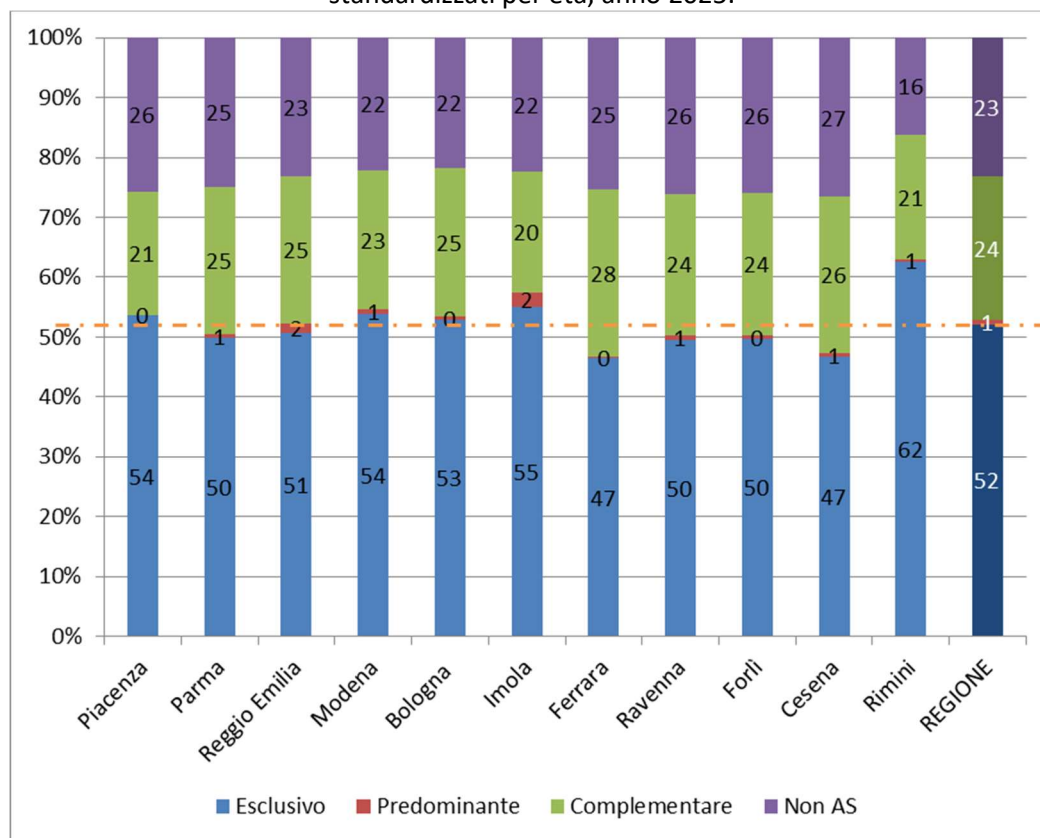
Figura 7. Prevalenza delle diverse categorie di allattamento a 3 mesi, livello AUSL/ambito, dati standardizzati per età, anno 2025.



Linea tratteggiata arancione: allattamento completo a tre mesi, media regionale 58.2%.

A cinque mesi la variabilità della prevalenza di allattamento completo è compresa fra 46.6% e 63.0%, quella di *non* allattamento fra 16.2% e 26.6% (figura 8).

Figura 8. Prevalenza delle diverse categorie di allattamento a 5 mesi, livello AUSL/ambito, dati standardizzati per età, anno 2025.



Linea tratteggiata arancione: allattamento completo a cinque mesi, media regionale 52.9%.

Le differenze si accentuano passando a livello distrettuale: a tre mesi di vita la prevalenza di allattamento completo varia da 45.4% a 80.5% nei diversi distretti (figura 9); a cinque mesi di vita da 38.7% a 74.2% (figura 10).

Il campione di dati consente di avere una stima precisa della prevalenza di allattamento completo a livello regionale e aziendale/di ambito anche dopo aver introdotto la standardizzazione per età (figure 11 e 12). A livello distrettuale, invece, il range della stima della prevalenza a tre mesi risulta superiore a $\pm 10\%$ in diversi distretti: Piacenza Ponente, Valli Taro e Ceno, Parma Sud Est, Guastalla, Correggio, Scandiano, Castelnuovo né Monti, Pavullo nel Frignano, Vignola, Castelfranco Emilia, Appennino Bolognese, S. Lazzaro di Savena, Faenza, Rubicone e Riccione; le stime di prevalenza standardizzata per età alla prima vaccinazione in questi distretti vanno quindi interpretate con cautela. Come nel passato non si rilevano problemi di accuratezza delle stime alla seconda vaccinazione: soltanto nel distretto di Castelnuovo né Monti si rileva un range $\pm 10\%$ rispetto alla stima puntuale (figure 13 e 14).

Figura 9. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, variabilità fra distretti, dati standardizzati per età, anno 2025.

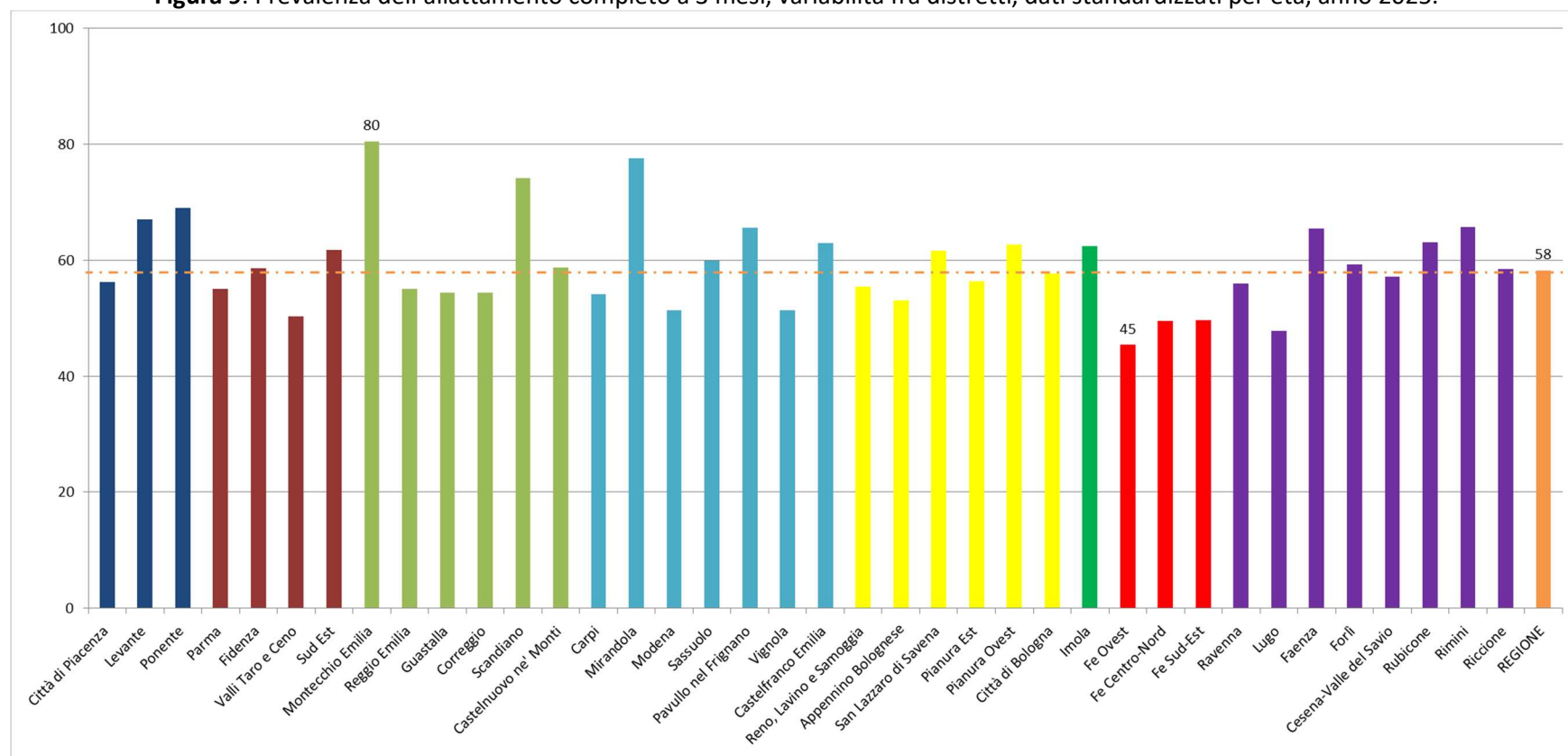


Figura 10. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, variabilità fra distretti, dati standardizzati per età, anno 2025.

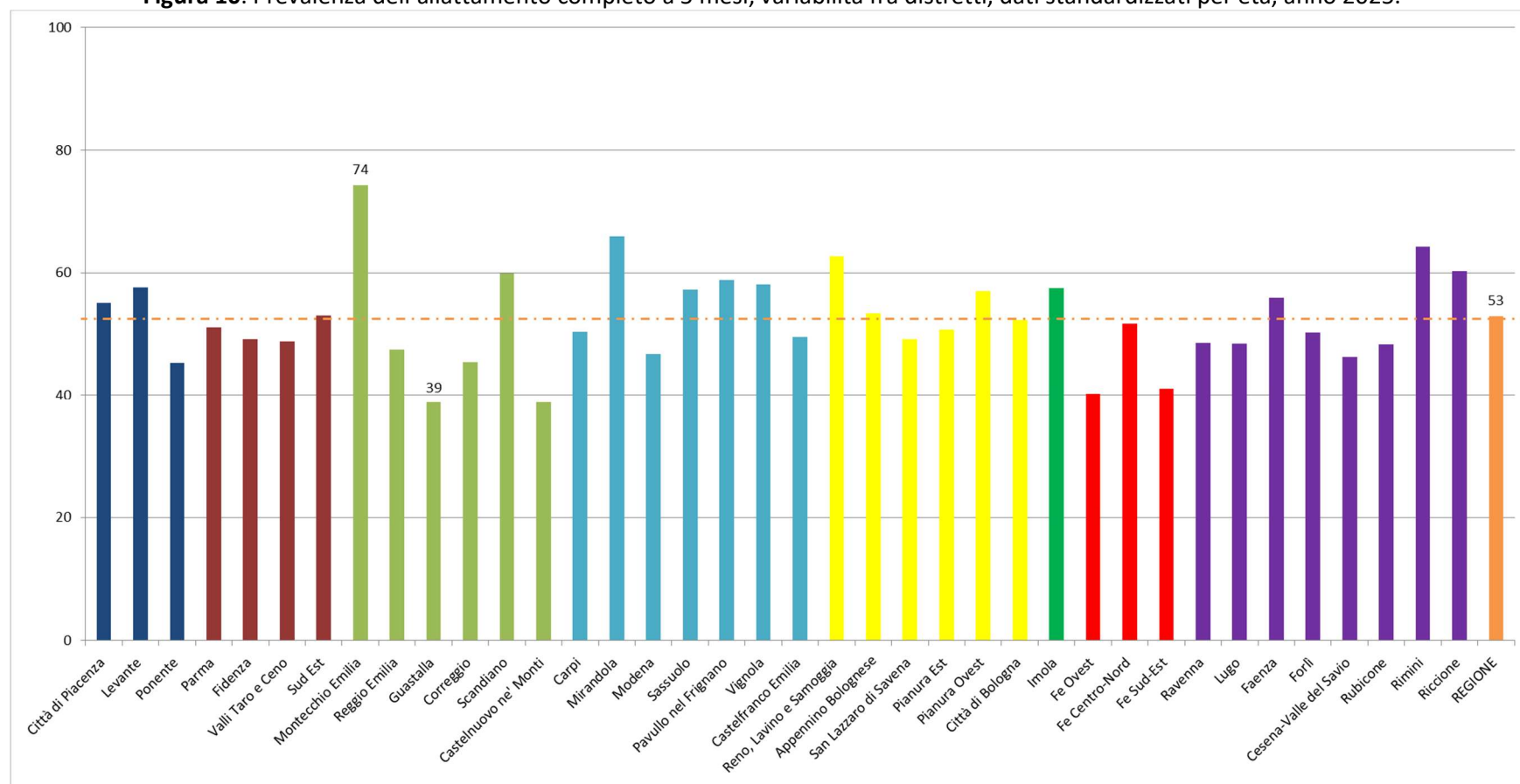


Figura 11. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, precisione della stima standardizzata per età per AUSL/ambiti, anno 2025.

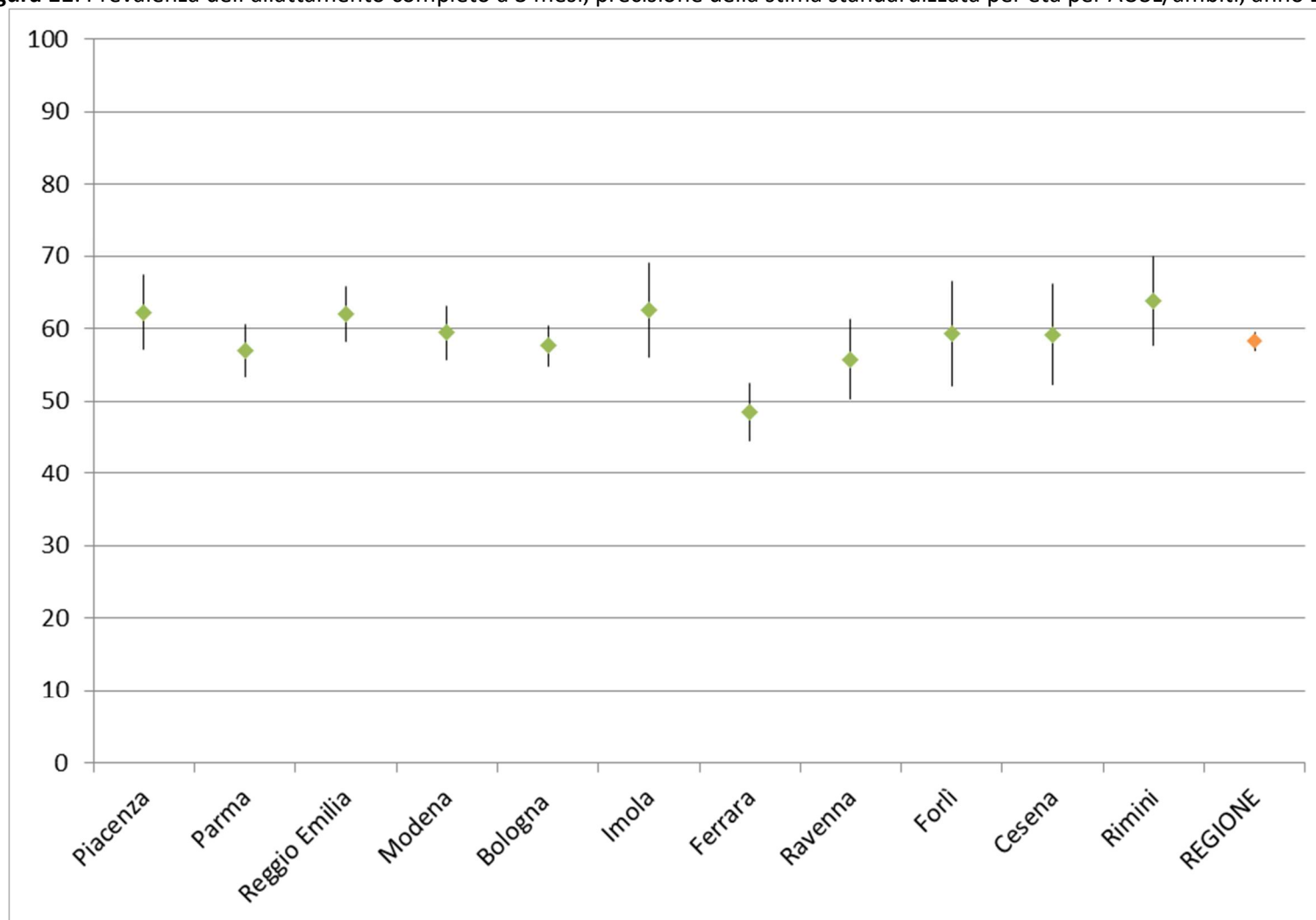


Figura 12. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, precisione della stima standardizzata per età per AUSL/ambiti, anno 2025.

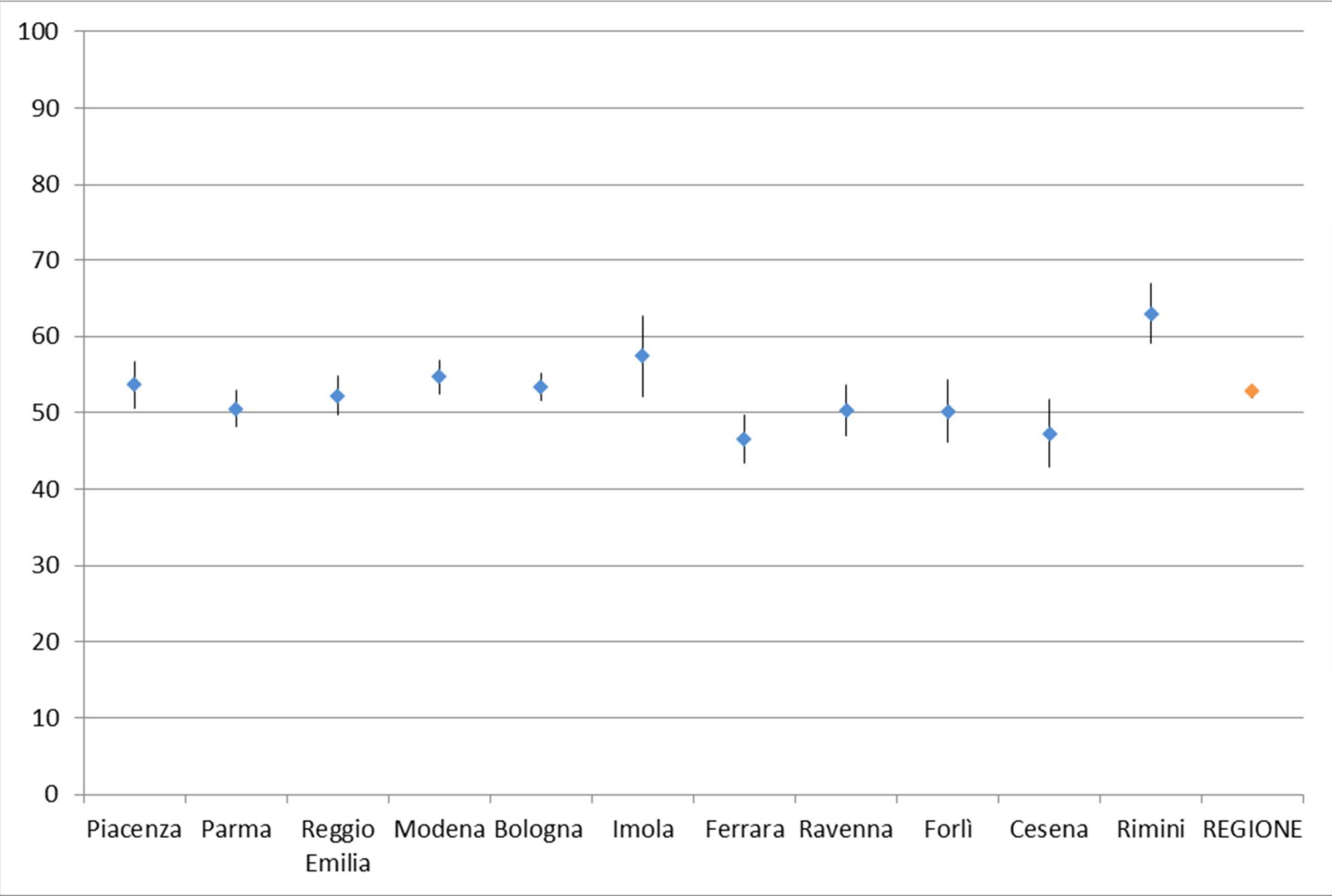


Figura 13. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 mesi, precisione della stima standardizzata per età per distretto, anno 2025.

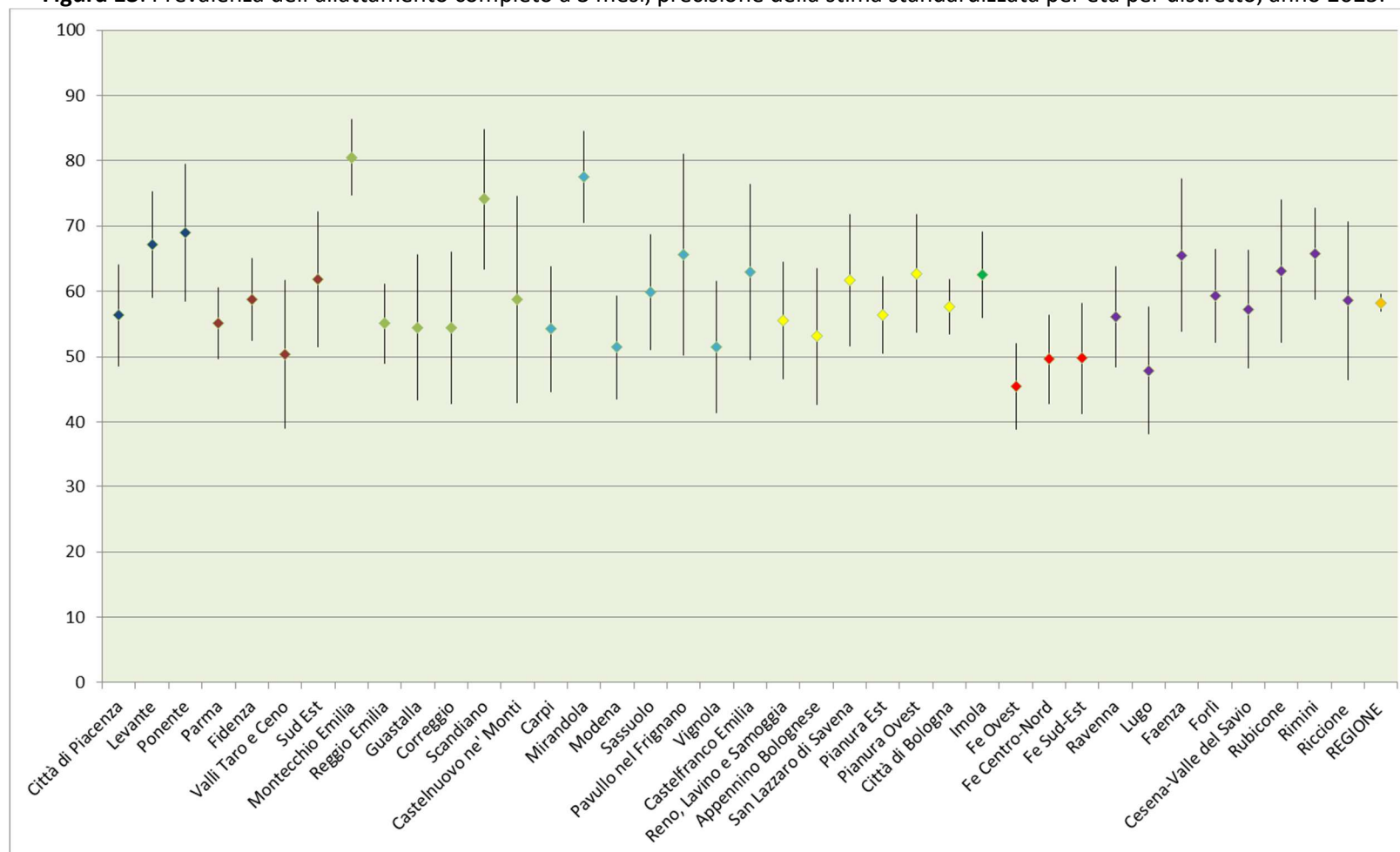
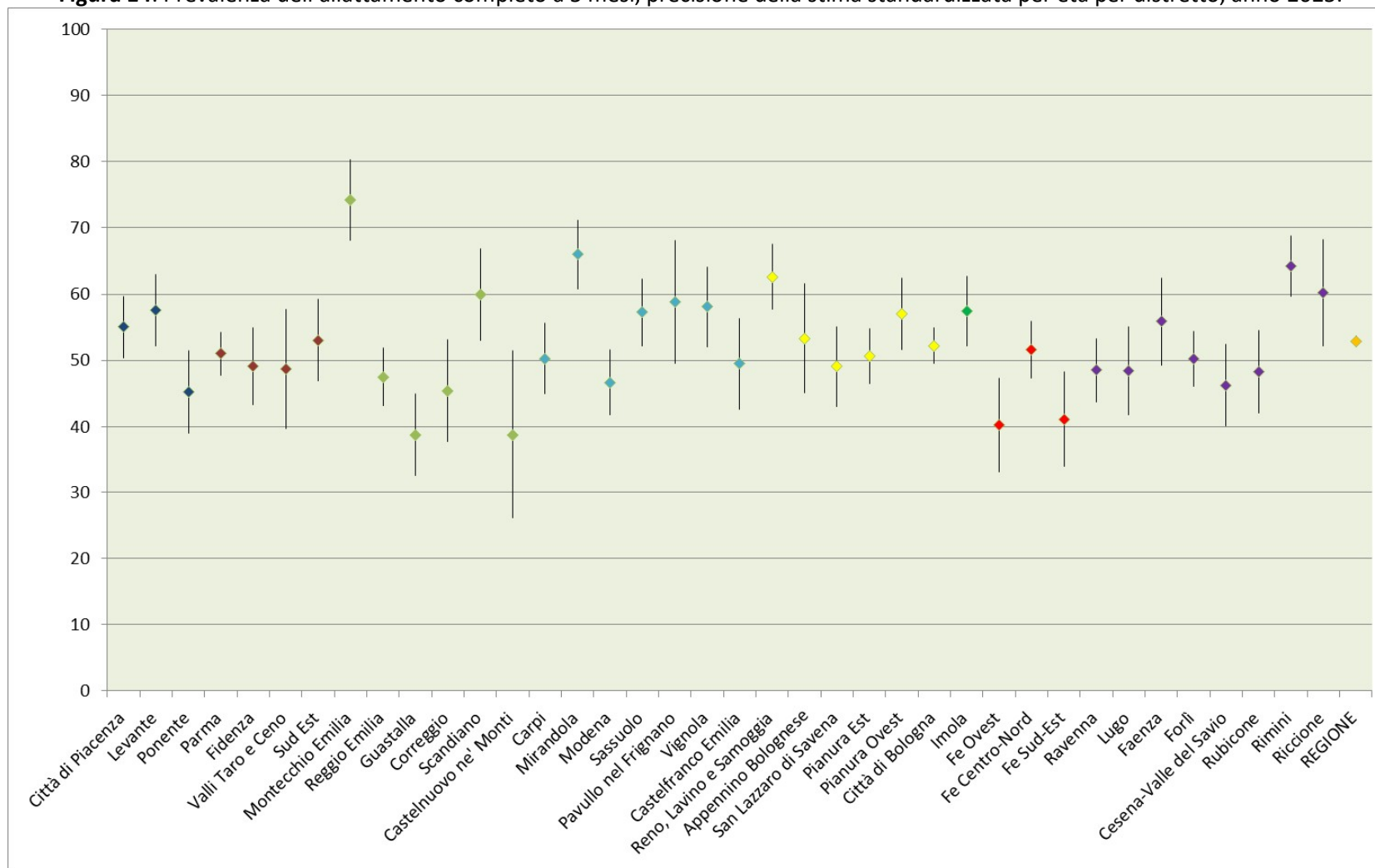


Figura 14. Prevalenza dell'allattamento completo a 5 mesi, precisione della stima standardizzata per età per distretto, anno 2025.



Come negli anni precedenti, si è proceduto al collegamento fra banca dati AVR e CedAP anche per verificare quanto il campione monitorato sia rappresentativo della popolazione generale che partorisce in Regione Emilia-Romagna: il link è stato possibile per 94.8% delle schede considerate (30.831/32.517). Le caratteristiche delle madri incluse nel monitoraggio sono riportate in tabella VI e risultano sovrapponibili a quella della intera popolazione di donne che ha partorito in Regione nel 2025. Anche per le variabili relative alla gravidanza e parto le due popolazioni non differiscono (tabella VII).

Tabella VI. Dati generali madri AVR e CedAP, 2025.

Variabile	madre-AVR %	madre-CedAP %
italiana	68.1	68.3
coniugata	52.3	50.1
scolarità		
<i>elementari-medie</i>	19,9	19,9
<i>superiori</i>	38,3	37,8
<i>laurea</i>	41,8	42,3
stato		
<i>occupata</i>	65,3	64,0
<i>non occupata</i>	31,3	32,3
<i>studentessa</i>	3,4	3,7
età*		
<18	0,1	0,1
18-34	64,1	63,5
≥35	35.8	36.4
pluripara	48.9	49.5
fumo^		
<i>no</i>	83.4	82.2
<i>smesso</i>	11.5	11.5
<i>sì</i>	5.1	5.1
BMI		
<i>normopeso</i>	58.8	59.0
<i>sottopeso</i>	5.6	5.7
<i>sovrappeso</i>	22.9	22.5
<i>obesa</i>	12.7	12.7

*per questo confronto le classi di età sono state riformulate. Nelle successive analisi allattamento la categoria di riferimento è 18-35.

^ per questo confronto sono stati considerati i dati di tutti i punti nascita del flusso CedAP, senza esclusione degli outlier, come invece nel report CedAP.

Tabella VII. Caratteristiche di gravidanza e parto, AVR e CedAP, 2025.

Variabile	Gravidanza e parto AVR %	Gravidanza e parto CedAP %
assistenza pubblica in gravidanza	72.6	72.4
corso accompagnamento alla nascita		
<i>sì</i>	41.3	40.7
<i>no. già fatto</i>	15.1	15.8
<i>no</i>	43.6	43.5
gravidanza fisiologica	65.5	65.4
parto		
<i>vaginale non operativo</i>	71.5	71.5
<i>vaginale operativo</i>	5.0	5.0
<i>taglio cesareo</i>	23.5	23.6
durata gravidanza		
<i>parto a termine</i>	92.3	91.3
<i>parto pretermine</i>	6.1	7.1
<i>parto post-termine</i>	1.6	1.6
peso neonatale		
<i>normale</i>	87.6	87.2
<i>basso</i>	5.9	6.4
<i>macrosoma</i>	6.5	6.4
lattante sesso femminile	48.9	48.6
procreazione medicalmente assistita	5.2	5.6
epidurale durante il parto [^]	35.4	39.2
feto singolo	97.4	97.2

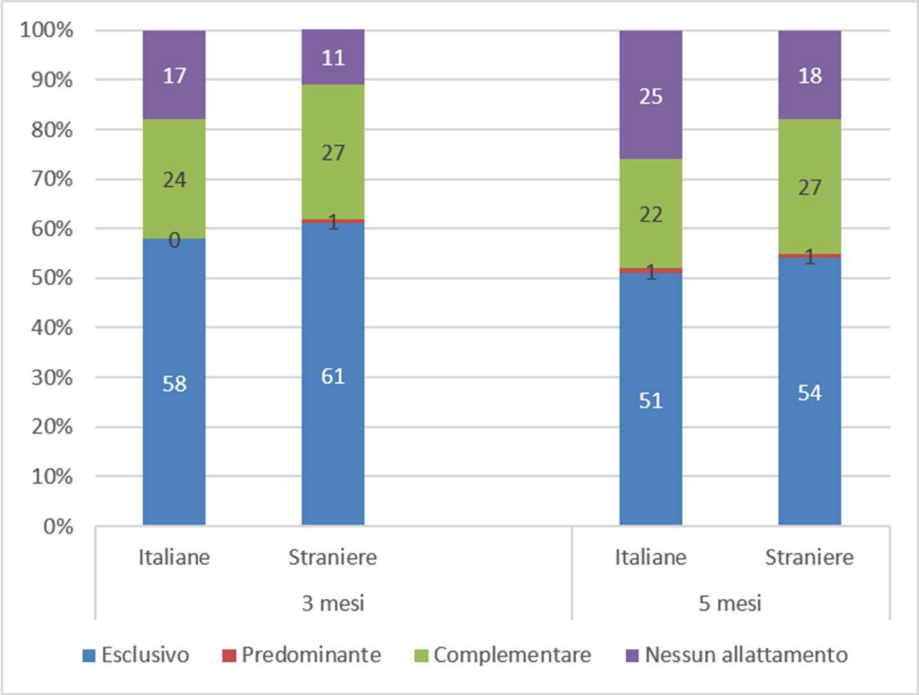
[^]CedAP calcola la frequenza di epidurale solo in parti con travaglio.

Nel 2025 la prevalenza di allattamento completo è leggermente superiore nelle lattanti di sesso femminile sia a tre mesi (+1.7%) che a cinque mesi (+2.2%), ma questa differenza non raggiunge la significatività statistica. Anche il tasso di *non* allattamento, pur leggermente superiore nei maschi sia a tre (+0.5%) che a cinque mesi (+1.3%), non differisce in maniera statisticamente significativa nei due gruppi.

A tre mesi la prevalenza di allattamento completo nelle donne italiane (57.9%) è inferiore a quella delle donne straniere (61.7%; OR italiane vs straniere: 0.85; IC95%: 0.80, 0.91); quella di *non* allattamento è pari a 17.4% nelle italiane e 11.3% nelle straniere (OR italiane vs straniere: 1.66; IC95%: 1.50, 1.83). Anche a cinque mesi la prevalenza di allattamento completo fra le italiane (51.8%) è inferiore rispetto a quello delle donne straniere (54.8%; OR italiane vs straniere: 0.89; IC95%: 0.83, 0.95) così come il *non* allattamento è superiore: 25.4% nelle italiane e 17.7% nelle

straniere (OR italiane vs straniere: 1.58; IC95%: 1.45, 1.73) (figura 15). Tutte le differenze rilevate sono statisticamente significative.

Figura 15. Prevalenza dell'allattamento a 3 e 5 mesi in base alla nazionalità, anno 2025.



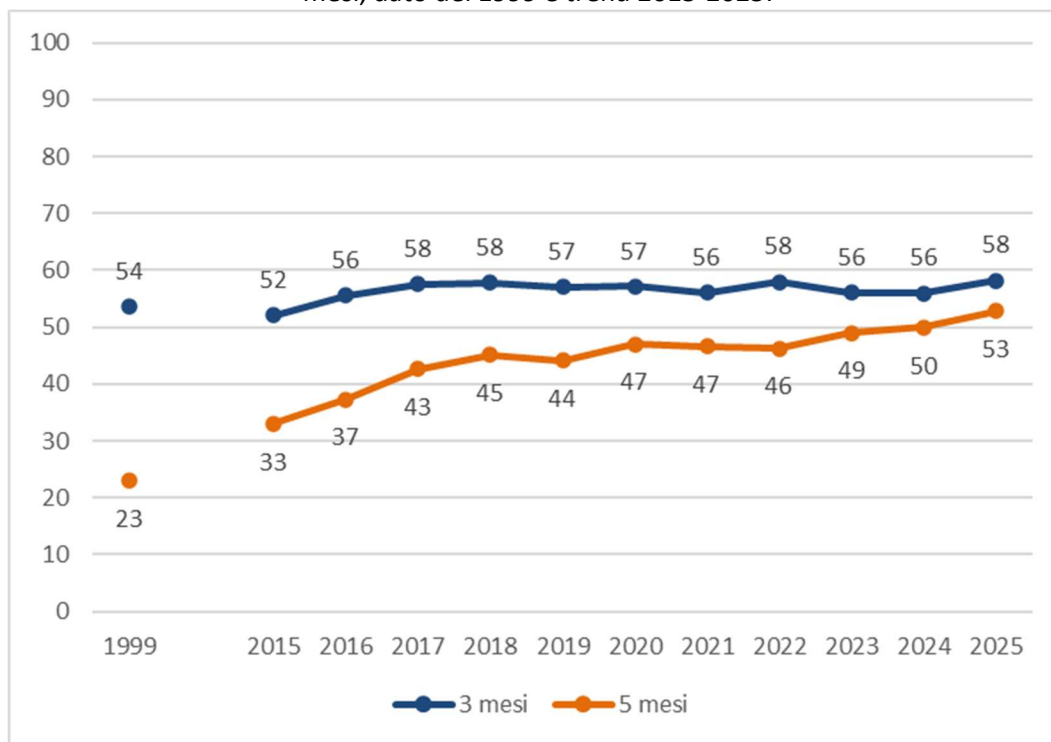
Trend dei dati di prevalenza

Siamo all'undicesimo anno di monitoraggio completamente informatizzato e annuale: questo, come già fatto per la prima volta nel precedente report, ci consente di avere uno sguardo più ampio dell'andamento nel tempo dei tassi di prevalenza di allattamento, indicatore indiretto di salute e benessere della coppia madre-lattante e in senso lato del nucleo familiare.

Riportiamo per ogni grafico come punto di partenza il dato a tre e cinque mesi rilevati nel primo monitoraggio del 1999, per poi riportare i tassi degli anni dal 2015 in poi.

Allattamento completo: dopo alcuni anni di sostanziale stabilità del dato di allattamento completo a tre mesi, nell'ultimo anno si evidenzia un segnale di lieve miglioramento (figura 16) (+4% rispetto al 1999 e +6% rispetto al 2015), anche se per ora non riesce a sfondare il tetto del 58%, già raggiunto nel passato; miglioramento costante e progressivo nel tempo, invece, del dato a cinque mesi (+30% rispetto al 1999 e +20% rispetto al 2015).

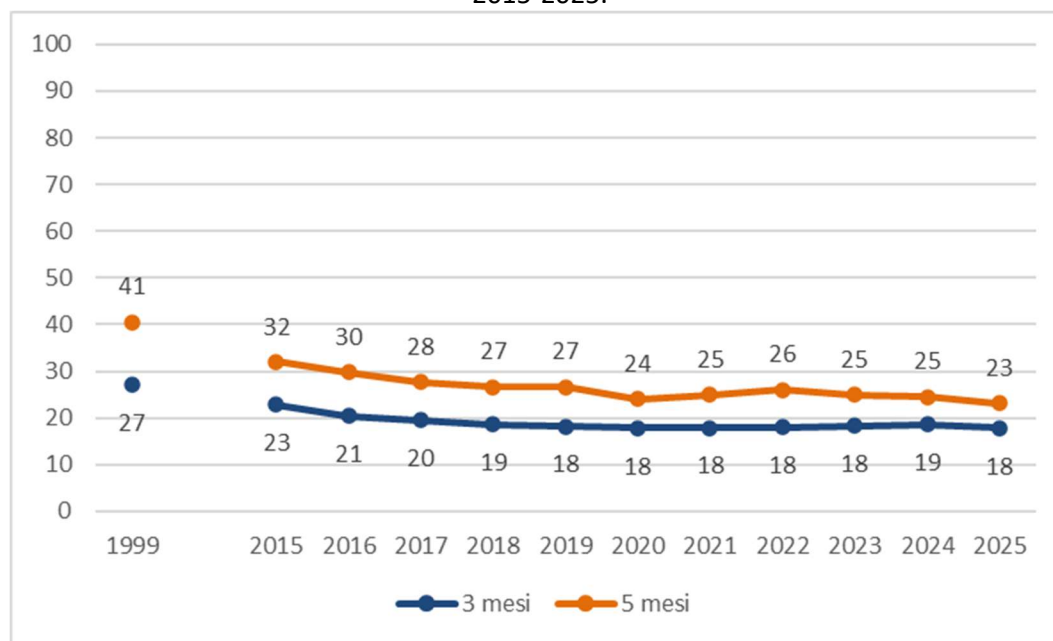
Figura 16. Prevalenza dell'allattamento completo (solo latte materno senza formula) a 3 e 5 mesi, dato del 1999 e trend 2015-2025.



Non allattamento, solo formula: la curva del non allattamento evidenzia una riduzione progressiva nel tempo, sia nella rilevazione condotta a tre mesi di vita che in quella

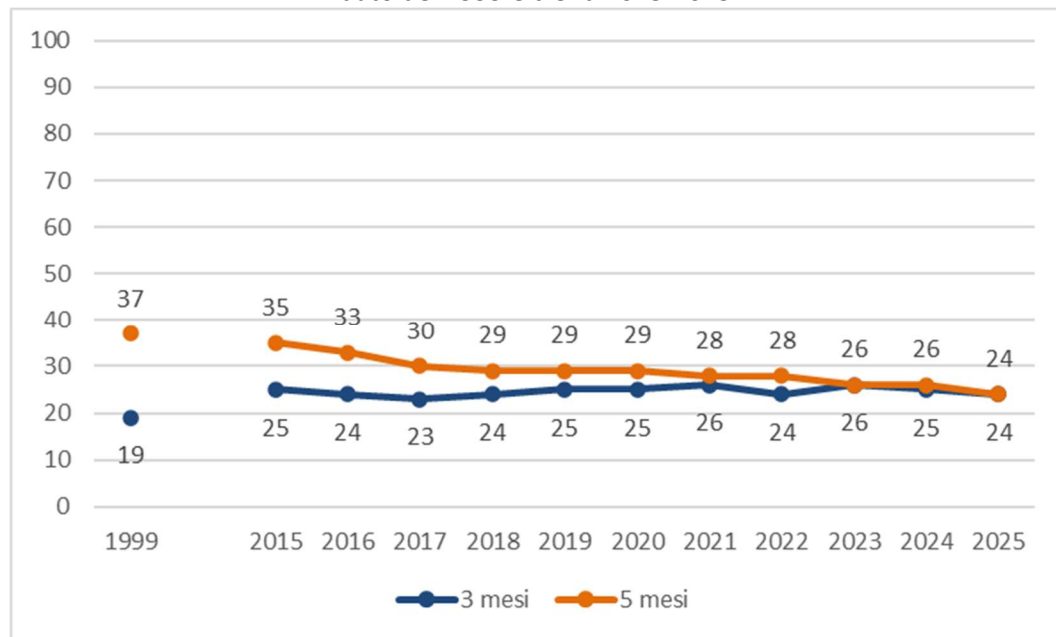
a cinque mesi, anche se con una pendenza lievemente diversa (figura 17). A tre mesi il miglioramento, cioè la riduzione del tasso di non allattamento, è contenuto, ma statisticamente significativo (-9% rispetto al 1999 e -5% rispetto al 2015). A cinque mesi la riduzione è più netta (-18% rispetto al 1999 e -9% rispetto al 2015).

Figura 17. Prevalenza di non allattamento (solo formula) a 3 e 5 mesi, dato del 1999 e trend 2015-2025.



Allattamento complementare (latte materno+formula): diverso è l'andamento nel tempo della prevalenza di allattamento complementare: nel passato questa quota era nettamente maggiore nei/nelle lattanti di 5 mesi; nel tempo la stabilità del dato a 3 mesi (+5% rispetto al 1999 e -1% rispetto alla rilevazione del 2015) e la progressiva riduzione a 5 mesi (-13% rispetto al 1999 e -11% rispetto al 2015) ha portato le due curve a sovrapporsi: nel 2025 la quota di alimentazione complementare sia a 3 che a 5 mesi è pari a 24% (figura 18).

Figura 18. Prevalenza di allattamento complementare (latte materno e formula) a 3 e 5 mesi, dato del 1999 e trend 2015-2025.



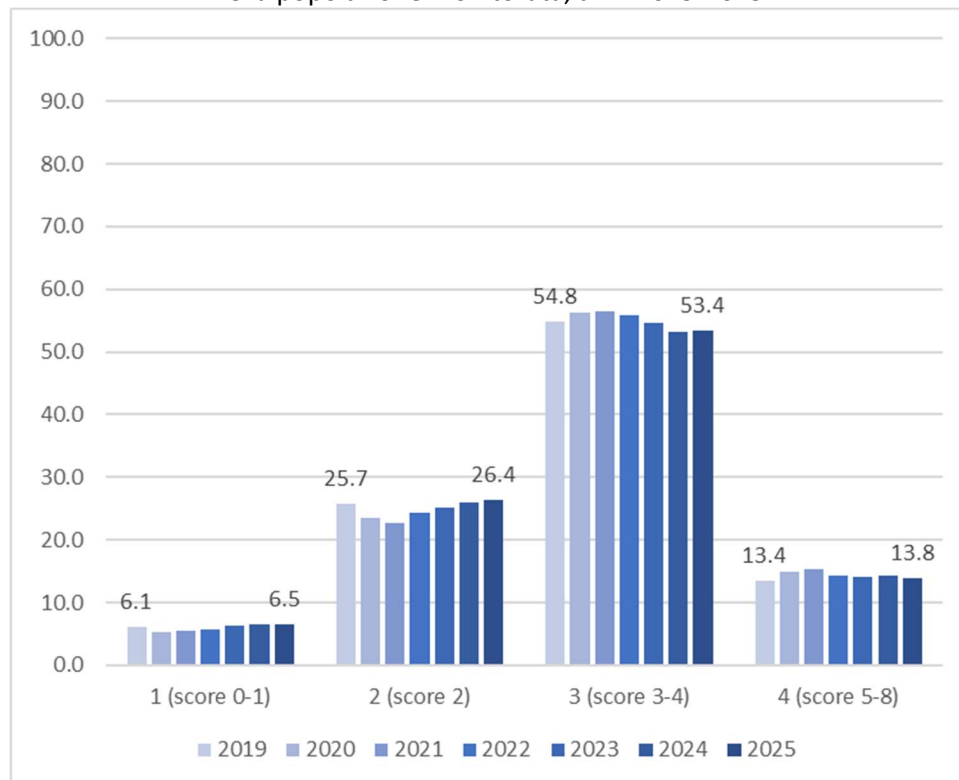
Analisi in base allo score di vulnerabilità

Partita durante la pandemia, l'analisi dei dati di prevalenza in base della vulnerabilità materna (calcolata sulla base dei dati CedAP), proxy della vulnerabilità familiare, è diventata parte integrante del report.

È stato possibile calcolare lo score CedAP-G (tutte le variabili necessarie presenti) per 29.846 record sul totale di 32.517 (91.8%).

La distribuzione delle fasce di vulnerabilità nella popolazione di lattanti vaccinati nel periodo 2019-2025 evidenzia un sostanziale ritorno ai livelli prepandemici dopo l'incremento delle classi a maggiore vulnerabilità (classe 3 e classe 4) rilevate nel 2020 e nel 2021 (figura 19).

Figura 19. Distribuzione delle classi di vulnerabilità (score CedAP-G) nella popolazione monitorata, anni 2019-2025.



La prevalenza di allattamento completo a tre e cinque mesi nelle diverse classi di vulnerabilità si conferma significativamente superiore nelle classi a minore vulnerabilità (figura 20). Il tasso di allattamento completo nel periodo 2019-2025 per fasce di vulnerabilità a 3 mesi di vita rimane pressoché costante con un minimo

incremento nell'ultimo anno che rende il trend positivo in tutte le classi di vulnerabilità tranne la prima. Si conferma il lieve ma significativo aumento del tasso di allattamento completo a 5 mesi in tutte le classi di vulnerabilità, con una intensità maggiore nelle classi a minore vulnerabilità (tabella VIII).

Figura 20. Prevalenza dell'allattamento completo a 3 e 5 mesi in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G): anni 2019-2025.

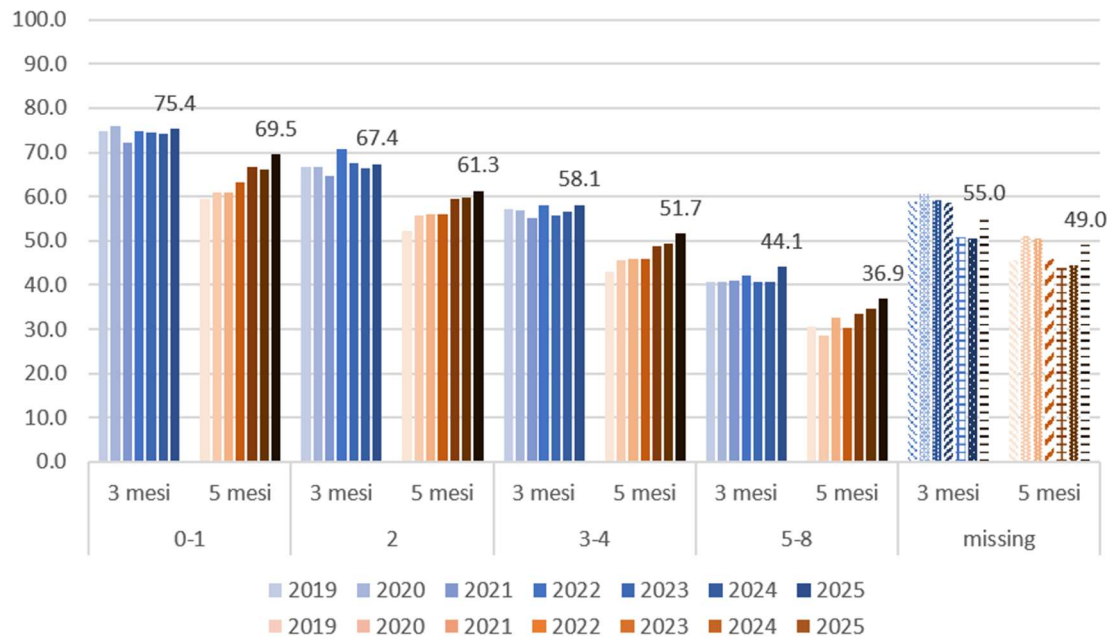


Tabella VIII. probabilità di incremento del tasso di allattamento completo (FBF) a tre e cinque mesi all'interno della stessa classe di vulnerabilità nel periodo 2019-2025.

Classi di vulnerabilità	FBF 3 mesi		FBF 5 mesi	
	OR	IC95%	OR	IC95%
1	1.02	0.99, 1.05	1.09	1.06, 1.12
2	1.02	1.00, 1.03	1.07	1.05, 1.08
3	1.01	1.00, 1.02	1.06	1.05, 1.07
4	1.02	1.00, 1.04	1.06	1.04, 1.08

Benchmarking esterno: confronto con altre realtà italiane e sorveglianza 0-2

Come di consueto riportiamo i tassi riferiti al 2025 della regione Friuli-Venezia Giulia e della PA di Trento (tabella IX), raccolti con modalità differenti, di seguito illustrate.

Il monitoraggio in Friuli-Venezia Giulia¹¹ utilizza una scheda informatizzata che raccoglie il dato alla dimissione dall'ospedale (*recall period* dalla nascita alla dimissione) per tutti i nati esclusi quelli ricoverati in TIN (include dunque, oltre ai neonati fisiologici, quelli patologici ad esempio con ittero, peso < 2500 grammi, i *late preterm*, con disidratazione, ipoglicemia, ecc. presi in carico dalla neonatologia). Oltre a questo, il FVG raccoglie il dato al momento della seconda vaccinazione (*recall period* le ultime 24 ore). Il sistema permette poi di stratificare i dati per età del bambino¹² identificando la prevalenza a 5 e a 6 mesi di vita.

Il monitoraggio nella PA di Trento si basa, invece, su due diverse modalità di raccolta: in una si fa riferimento al dato riportato nella scheda CedAP e raccolto alla dimissione dall'ospedale (*recall period* dalla nascita alla dimissione, include tutti i nati). Nell'altra modalità il dato viene raccolto nell'ambito delle attività di monitoraggio della *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) in tutti i punti nascita, stratificato in base alle caratteristiche del neonato e distinguendo fra allattamento con latte della propria madre e con latte umano donato: la prevalenza complessiva di allattamento esclusivo riportata in tabella si riferisce al monitoraggio della BFHI, includendo i nati fisiologici e patologici non ricoverati in TIN (come nella raccolta dati del FVG)¹³.

Tabella IX. Prevalenza di allattamento esclusivo, confronto con FVG e PA Trento, anno 2025.

	Allattamento esclusivo %			
	Dimissione [°]	3 mesi	5 mesi	6 mesi
Friuli-Venezia Giulia	78.1 [^]		52.7	41.7
PA Trento (BFHI)	69.4 [^]			
Emilia-Romagna		57.9	52.2	

[°] il dato alla dimissione si riferisce all'intervallo di tempo dalla nascita alla dimissione

[^] tutti i nati, anche con piccola patologia, esclusi quelli ricoverati in TIN; dati relativi a 12 mesi

Nel 2025 la Regione Emilia-Romagna, grazie alla collaborazione delle pediatrie di comunità che eseguono le vaccinazioni pediatriche, ha anche partecipato alla seconda

¹¹ Ronfani L. Comunicazione personale. Fonte: SIR- Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale, Regione Friuli-Venezia Giulia. Dati allattamento 2025.

¹² Cattaneo A, Giuliani C. Breastfeeding in Friuli-Venezia Giulia. Eur J Public Health 2006;16:111

¹³ Comina C, Pertile R. Comunicazione personale. Fonte: flusso BFHI, PA Trento. Dati allattamento 2025.

edizione della Sorveglianza 0-2 anni, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il *Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino*¹⁴ nel 2025 ha coinvolto tutte le regioni italiane ad eccezione della Toscana. Il metodo di campionamento prevedeva l'arruolamento di un definito numero di persone lattanti alla I, II e III vaccinazione anti DTP-esavalente e alla I anti MPRV in modo da raggiungere una rappresentatività a livello regionale o a livello aziendale, in base alle scelte delle regioni partecipanti.

In totale in regione Emilia-Romagna sono state arruolate 3.954 mamme che hanno compilato un questionario on-line anonimo. Le caratteristiche delle mamme arruolate nella sorveglianza e la comparazione con quelle delle donne che partoriscono in regione Emilia-Romagna (dati CedAP 2025) sono riportate in tabella X.

Tabella X. Caratteristiche materne a confronto: campione ISS e popolazione CedAP 2025.

<i>Variabili materne</i>	<i>ISS-Sorveglianza 0-2 %</i>	<i>CedAP %</i>
Età ≥35 aa	46.4	36.4
Italiana	81.6	68.3
Scolarità fino alla media inferiore	12.0	19.9
Occupata	84.9	64.0
Primipara	56.3	50.5
Se primipara, ha partecipato al CAN	78.4	68.9

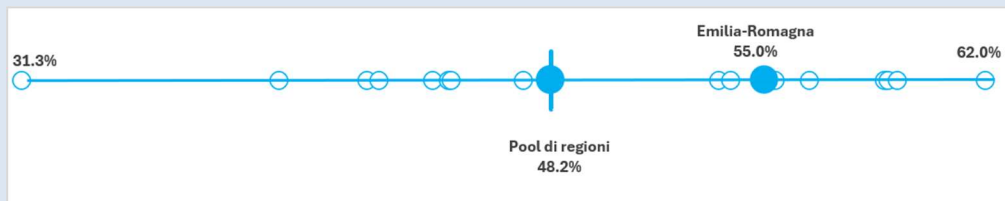
I dati relativi alla prevalenza di allattamento esclusivo a 2-3 mesi e a 4-5 mesi e di quello continuato a 12-15 mesi della regione Emilia-Romagna, e il confronto rispetto alle altre regioni (minimo, massimo, media nazionale) sono riportati in figura 18.

Rispetto al monitoraggio regionale, che pure riguarda una popolazione di donne con caratteristiche diverse da quelle che partecipano alla *Sorveglianza 0-2 anni* (tabella X), i dati di prevalenza di allattamento esclusivo alla prima e seconda vaccinazione non sono tanto dissimili come invece avvenne nel 2022: 55.0% alla prima vaccinazione e 51.2% alla seconda nella *Sorveglianza 0-2*, rispettivamente 57.9% e 52.2% nel monitoraggio regionale (nel 2022 la differenza alla prima vaccinazione era prossima a 6% e alla seconda vaccinazione quasi pari a 10% con una prevalenza che risultava sempre inferiore nella *Sorveglianza 0-2*).

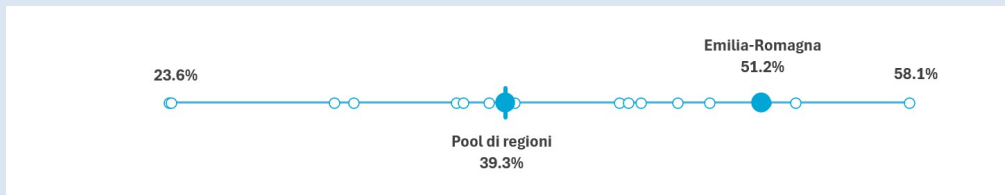
¹⁴ ISS. Sistema di sorveglianza 0-2. Pagina web <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/0-2anni>

Figura 18. Prevalenza di allattamento, sistema di sorveglianza 0-2, anno 2025.

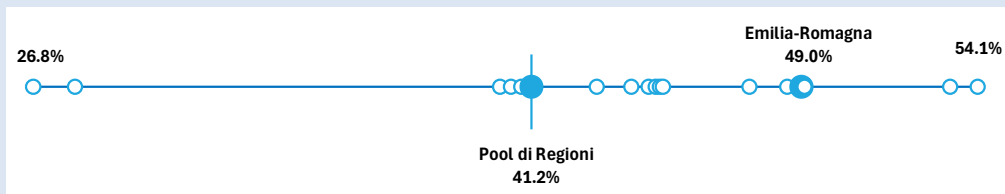
Allattamento esclusivo a 2-3 mesi



Allattamento esclusivo a 4-5 mesi



Allattamento a 12-15 mesi



4. Commenti

La rilevazione dei dati sull'allattamento del 2025 conferma che la metodica scelta e implementata a partire dal 2015 - raccolta dati completamente informatizzata tramite il flusso dell'anagrafe vaccinale - è fattibile e sostenibile¹⁵, e valida, dal momento che il campione monitorato risulta rappresentativo della popolazione di donne che partorisce in Emilia-Romagna nello stesso anno (tabella VI e VII).

Anche per il 2025 la raccolta si è protratta da marzo a novembre permettendo di fare 32.517 osservazioni, un numero lievemente inferiore rispetto all'anno precedente (1.052 schede in meno) coerentemente con la riduzione delle nascite osservata (1.118 neonati in meno), senza perdite significative di dati (la quota di dati mancanti o che non consentono la definizione del tipo di allattamento è molto contenuta e pari a 1.1% del totale): dati informativi e completi sull'allattamento sono disponibili per 32.162 osservazioni.

Pressoché stabile negli anni la quota di figlie di madri italiane, pari a 68% (tabella I). Si è scelto di continuare a riferirsi alla nazionalità della madre, come nelle passate rilevazioni, per permettere il confronto con i dati degli anni precedenti e perché la nazionalità materna riportata nel flusso CedAP sembra essere più affidabile di quella della persona neonata registrata nel flusso AVR (quest'anno il collegamento fra flusso allattamento e flusso CedAP è stato possibile per 94.8% delle schede, tabella III).

A livello regionale il paese di provenienza delle madri più rappresentato continua a essere il Marocco, con una quota pari a 14.7% di tutte le madri straniere, seguito - come nelle precedenti rilevazioni - da Albania (11.8%) e Romania (8.5%) (figura 1).

Rispetto al 2024 il dato medio regionale di prevalenza di allattamento completo è migliorato sia alla prima vaccinazione (+2.2%) che alla seconda (+3.0%); in lieve riduzione la quota di *non* allattamento a tre mesi (da 18.6% a 17.8%) e a cinque mesi (da 24.5% a 23.2%). Permane una differenza statisticamente significativa nei tassi di allattamento completo in base alla nazionalità materna a tre mesi (3.8% in meno nelle italiane) e a cinque mesi (3.0% in meno nelle italiane) ed è più evidente la differenza in termini di *non allattamento*, con le donne italiane che presentano più elevati tassi di non allattamento sia a tre mesi (+6.1%) che a cinque mesi (+7.7%) (figura 15). Le differenze in base al sesso del lattante confermano l'andamento

¹⁵ Di Mario S, et al. Regular monitoring of breast-feeding rates: feasible and sustainable. The Emilia-Romagna experience. Public Health Nutr 2017;20:1895-902

rilevato nel passato: il tasso di allattamento completo è sempre leggermente superiore nelle bambine sia a tre e cinque mesi, così come il tasso di non allattamento è leggermente superiore nei bambini, ma questa differenza nel 2025 non raggiunge la significatività statistica (mentre era statisticamente significativa nel 2024).

Lo sguardo d'insieme sugli 11 anni di monitoraggio informatizzato quest'anno evidenzia un più netto miglioramento del tasso di allattamento completo a tre mesi, paragonabile a quello registrato anche a cinque mesi (figura 16). Bisognerà attendere il prossimo anno per capire se questo miglioramento a tre mesi proseguirà, a riprova di un qualche cambiamento nelle prime fasi di avvio dell'allattamento. La quota di non allattamento si è ridotto negli anni, in maniera abbastanza simile sia a tre che a cinque mesi (figura 17). La quota di alimentazione complementare, cioè quando la persona lattante assume latte materno e formula (figura 18) è sovrapponibile a tre e cinque mesi. Si conferma quindi l'ipotesi già presentata in passato: non sembra esserci una fatica ad allattare in maniera esclusiva nel tempo, ma piuttosto, quando l'allattamento è avviato bene, senza problemi e senza dolore, prosegue poi nel tempo. È nel periodo di avvio dell'allattamento, dunque, e nella continuità ospedale-territorio che andrebbero concentrati gli sforzi per rispondere adeguatamente alle richieste delle donne che desiderano allattare.

La distribuzione della popolazione di donne che ha partorito in Emilia-Romagna nel 2025 in base all'indice di vulnerabilità (score CedAP-G) conferma che la distribuzione delle classi di vulnerabilità è tornata ai livelli pre-pandemici (figura 19). La prevalenza di allattamento completo si riduce progressivamente nelle classi a maggiore vulnerabilità sia a tre che a cinque mesi (figura 20). Nel 2025 il tasso di allattamento completo a tre mesi è 44.1% nella 4° classe e 75.4% nella 1°, a cinque mesi è rispettivamente 36.9% e 69.5%. Questa differenza si mantiene con alcune oscillazioni nel periodo che va dal 2019 al 2025 (figura 20). Interessante notare che, a differenza delle precedenti rilevazioni, si nota un aumento della prevalenza di allattamento completo rispetto agli anni precedenti in tutte le classi di vulnerabilità sia a tre che a cinque mesi, con l'unica eccezione dell'incremento alla prima vaccinazione nella classe con minore vulnerabilità, in cui l'incremento, pure presente, non raggiunge la significatività statistica (figura 20 e tabella VIII): l'incremento più evidente è a cinque mesi, quando è statisticamente significativo in tutte le classi di vulnerabilità e l'entità del miglioramento è decrescente all'aumentare della vulnerabilità, come già rilevato in passato. Quindi, le classi a maggiore vulnerabilità, pur registrando un aumento del tasso di allattamento completo, migliorano di meno

rispetto alle classi con minore vulnerabilità (la misura delle *odds ratio* non quantifica esattamente l'entità del miglioramento – cioè non coincide con il *risk ratio* - ma indica l'andamento). Come già commentato in passato è necessario sostenere in modo mirato le donne a maggiore vulnerabilità, che pur costituendo un gruppo numericamente limitato, hanno però il maggiore rischio di non allattamento e registrano nel tempo i miglioramenti più contenuti: interventi a sostegno di queste famiglie potrebbero avere un elevato impatto sull'allattamento e, presumibilmente, anche su altri esiti di salute relativi alle donne, alle neonate e ai neonati. L'allattamento, infatti, correla con il benessere complessivo e potrebbe associarsi, direttamente e indirettamente, a molti altri aspetti e fattori protettivi.

Dopo tanti anni, per la prima volta possiamo constatare che uno dei due obiettivi di miglioramento (il tasso di allattamento completo a 5 mesi: target >50%) è stato raggiunto, con un dato medio regionale di 52.2%: 6 delle aziende/ambiti regionali, tuttavia, sono sotto questo target e per questo il lavoro a sostegno dell'allattamento deve proseguire e rafforzarsi. Più distante, nonostante il miglioramento registrato quest'anno, e che auspichiamo possa confermarsi e migliorare ulteriormente negli anni a venire, il target fissato per i 3 mesi (>65%): solo 4 fra aziende e ambiti si avvicinano, ma ancora non raggiungono, questo obiettivo, con una media regionale ancora inferiore al 60% (esattamente pari a 58.2%).

Pur ricordando che il target fissato dall'OMS per il 2030 è 60% di allattamento esclusivo a 6 mesi¹⁶, per il momento, in base ai dati di prevalenza di allattamento del Friuli-Venezia Giulia e della PA di Trento (*benchmarking* esterno, tabella IX), oltre a quelli della *Sorveglianza 0-2* (figura 18), ma anche quelli dei diversi distretti della nostra Regione (*benchmarking* interno, figura 9 e figura 10), confermiamo per il 2026 gli obiettivi già indicati nel precedente report:

- tasso di allattamento completo a tre mesi >65%
- tasso di allattamento completo a cinque mesi >50%

¹⁶ World Health Organization. Global Targets 2030: to improve maternal, infant and young child nutrition
<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2030>

5. Conclusioni

La raccolta dati sull'allattamento in regione Emilia-Romagna, con le caratteristiche utilizzate a partire dal 2015, fornisce dati affidabili e, grazie alla standardizzazione, consente una comparazione fra aziende e distretti e nel tempo; come testimonia la sua stessa sopravvivenza più che decennale è, inoltre, un sistema sostenibile.

Questo monitoraggio è una delle componenti necessarie a guidare l'implementazione di quel mix di interventi in grado di sostenere le donne che scelgono di allattare, perché possano farlo con soddisfazione e senza difficoltà, ma il monitoraggio da solo non è sufficiente. Per questo le azioni condotte ogni anno, grazie alla collaborazione del personale sanitario dei punti nascita e dei servizi territoriali (consultori familiari, pediatrie di comunità, pediatria di libera scelta), ma anche dei centri per le famiglie, dell'educativa 0-3 anni e dei gruppi di sostegno per i genitori fra pari, sono fondamentali. Dalla formazione, all'informazione, agli spazi di consulenza e sostegno, tutto concorre a rendere l'allattamento una scelta facile, conveniente, gratificante.

I risultati dell'analisi utilizzando lo score di vulnerabilità confermano da anni che sono necessari interventi mirati alle fasce più vulnerabili per ridurre lo svantaggio che altrimenti si evidenzia anche nell'allattamento, soprattutto nei periodi di crisi. Di questo è necessario tenere conto, ad esempio, nella organizzazione e proposta degli incontri di accompagnamento alla nascita, che si sono dimostrati efficaci nell'aumentare la probabilità di allattare, e che devono riuscire a raggiungere con facilità proprio le famiglie a maggiore vulnerabilità, coprendo il periodo che va dalla gravidanza ai primi mesi dopo il parto (quindi non più e non solo *corso di accompagnamento*, ma *PERcorso di accompagnamento*).

È possibile che altri interventi, previsti dal nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 per il programma predefinito sui Primi 1000 giorni di vita, possano ancora di più rafforzare l'intervento a sostegno dell'allattamento: programmi di visite domiciliari, secondo una logica di universalismo progressivo, ma anche promozione del coinvolgimento dei partner nell'accudimento e nelle cure responsive, eventuali progetti sul modello delle iniziative Baby Friendly (a livello ospedaliero, territoriale o di corso di laurea) possono tutti andare nella direzione di migliorare la relazione e il benessere di madri e persone lattanti, e dell'intero nucleo familiare, attraverso la protezione, la promozione e il sostegno all'allattamento.

Anche la formazione estesa alla popolazione generale, con contenuti e linguaggi comuni e comprensibili per tutti (genitori, persone volontarie delle associazioni, professioniste del sociale, dell'educativo e del sanitario), può fornire alcuni strumenti per concorrere a questo miglioramento, soprattutto se riuscirà a raggiungere un numero elevato di persone¹⁷.

L'attività di monitoraggio nei punti nascita della Regione, dopo un'esperienza di rilevazione ad hoc con il progetto *Politica aziendale sull'allattamento* (PAA) sostenuto dalle società scientifiche di area neonatologica, pediatria e ginecologica e limitata ad un breve arco temporale, diventerà in futuro stabile per tutti i punti nascita grazie alle nuove variabili inserite nella raccolta dati del CedAP: questo permetterà di avere un quadro più completo fin dall'avvio dell'allattamento, accurato e rappresentativo a livello di punto nascita, esteso a tutta la Regione, fornendo ancora maggiori strumenti e informazioni a chi lavora nel sostegno alle donne per capire quali pratiche sottendano le differenze nella protezione, promozione e sostegno all'allattamento nelle diverse aziende e distretti sanitari che registriamo annualmente nella nostra realtà regionale.

¹⁷ Corso base di formazione a distanza: *Breast Feeling* e corso avanzato di formazione a distanza: *Breast Practice*. Regione Emilia-Romagna, piattaforma SELF: versione per la cittadinanza <https://moodle.self-pa.net/moodleci/login/index.php>, versione per la sanità <https://moodle.self-pa.net/moodlesa/login/index.php>.

Appendice

Dati per Azienda Sanitaria

Di seguito vengono riportati i dati aggiornati al 2025 relativi alle singole aziende sanitarie.

Utilizzando la stessa modalità delle precedenti ricerche, sono stati riportati i trend dei tassi di *allattamento completo* e di *non allattamento* a tre e cinque mesi degli ultimi 5 anni.

Idealmente, ci si aspetta che il dato relativo al tasso di allattamento completo aumenti in tutti i distretti e che contemporaneamente si riduca il tasso di non allattamento. La presentazione affiancata dei due grafici facilita la verifica di questi andamenti.

Per tutte le AUSL e distretti, i dati di prevalenza sono calcolati utilizzando la standardizzazione diretta in due fasce di età di 15 giorni (61-75, 76-90 giorni per la prima vaccinazione e 121-135, 136 e 150 giorni per la seconda vaccinazione).

Per l'AUSL Romagna, istituita con la legge regionale n. 22 del 2013 e attiva dal gennaio 2014, i dati sono riportati seguendo due modalità:

1. come totale AUSL Romagna
2. distinti per ex aziende, ora ambiti, di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini.

Come per il resto del report, si alterna l'uso di termini inclusivi per quanto riguarda il genere (persone vaccinate, persone lattanti) con l'uso del femminile sovraesteso: quando si legge bambine si intende bambine e bambini.

Azienda USL di Piacenza (101)

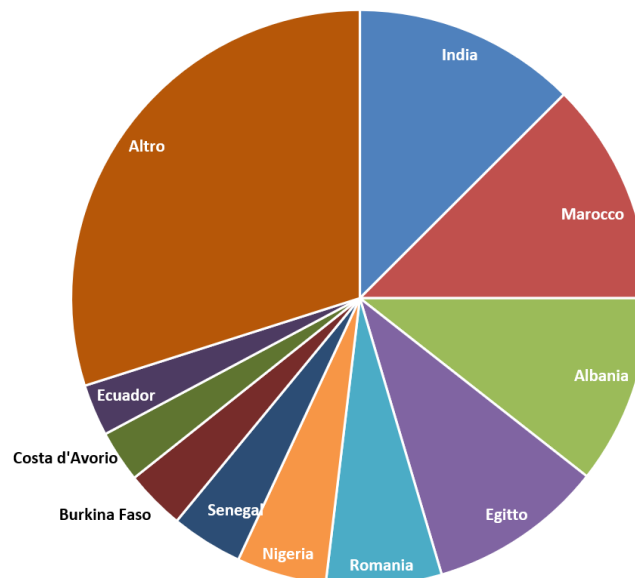
2.269 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.029 bambine, pari a 89.4% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.140 casi (**56.0%**).

Le **896** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
India	112	12.5
Marocco	112	12.5
Albania	95	10.6
Egitto	88	9.8
Romania	58	6.5
Nigeria	45	5.0
Senegal	36	4.0
Burkina Faso	30	3.3
Costa d'Avorio	26	2.9
Ecuador	26	2.9

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Piacenza anno 2025.



1.137 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (50.1%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.265** bambine, con una quota di dati impossibili o *missing* pari a 0.2% (4 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Piacenza, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

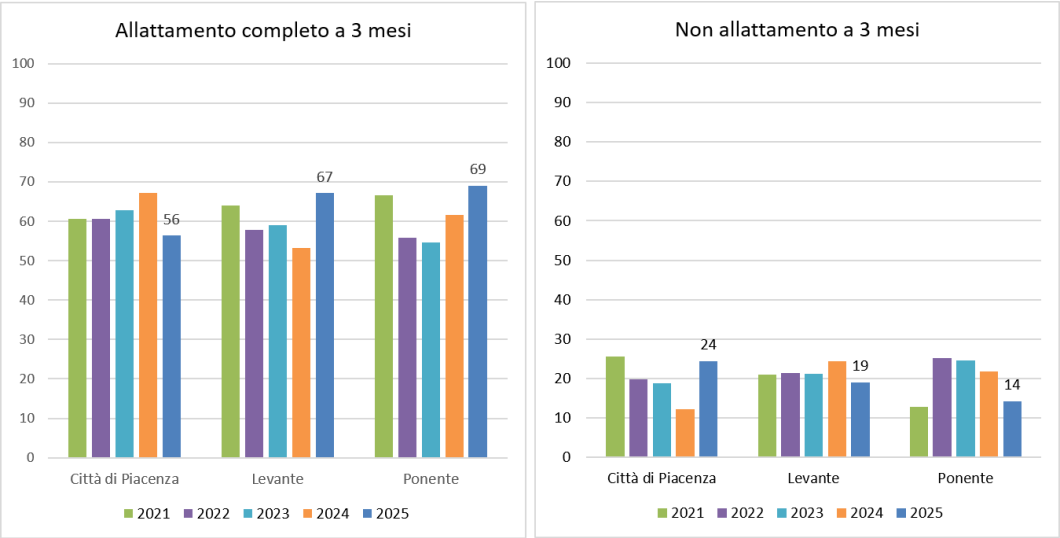
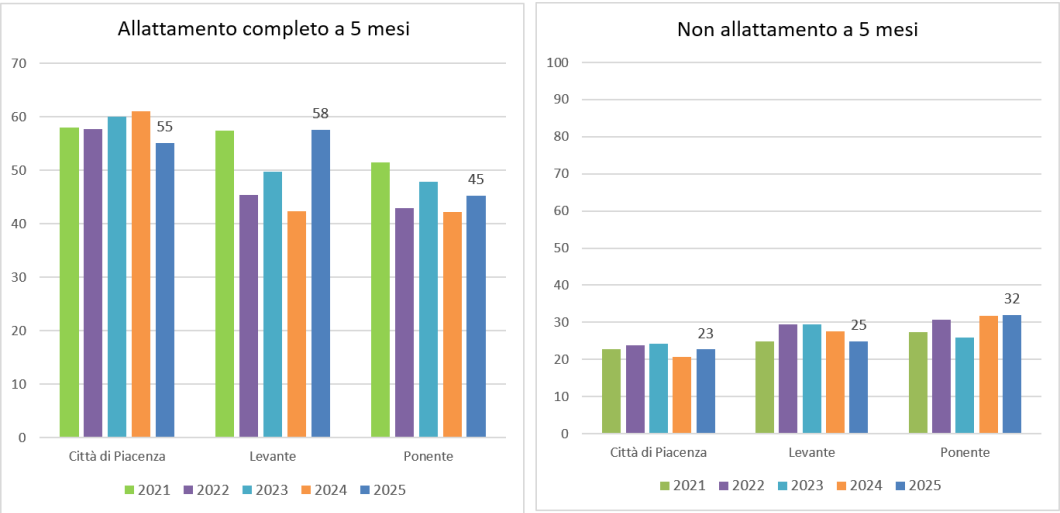


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Piacenza, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Parma (102)

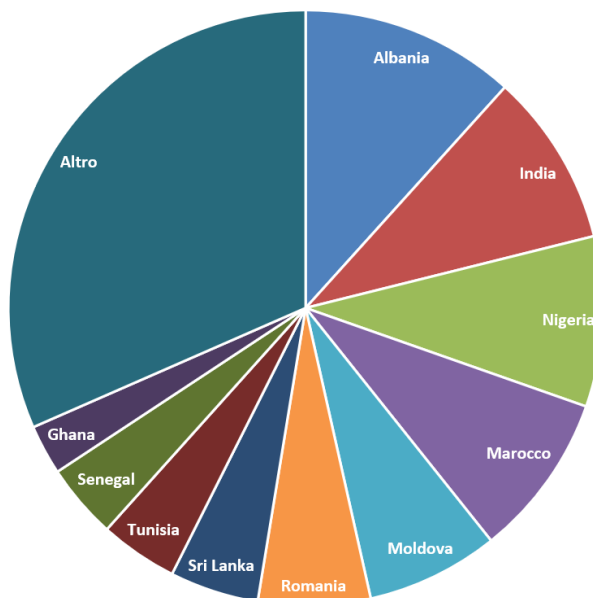
3.671 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 3.469 bambine, pari a 94.5% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.296 casi (**66.1%**).

Le **1.179** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Albania	138	11.7
India	111	9.4
Nigeria	109	9.2
Marocco	105	8.9
Moldova	85	7.2
Romania	72	6.1
Sri Lanka	57	4.8
Tunisia	50	4.2
Senegal	48	4.1
Ghana	32	2.7

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Parma anno 2025.



1.820 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (49.6%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **3.666** bambine, con una quota di *missing* e dati impossibili pari a 0.1% (5 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Parma, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

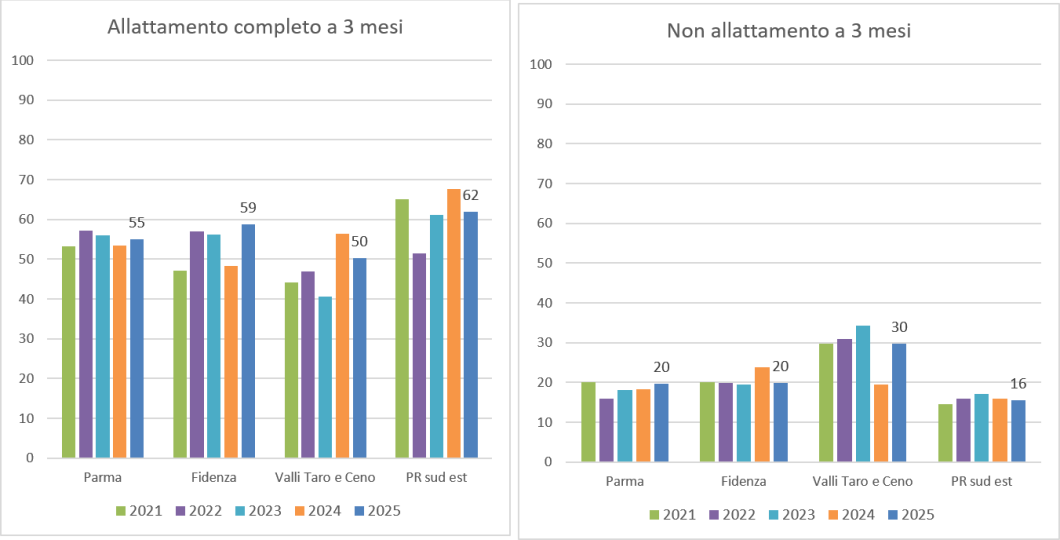
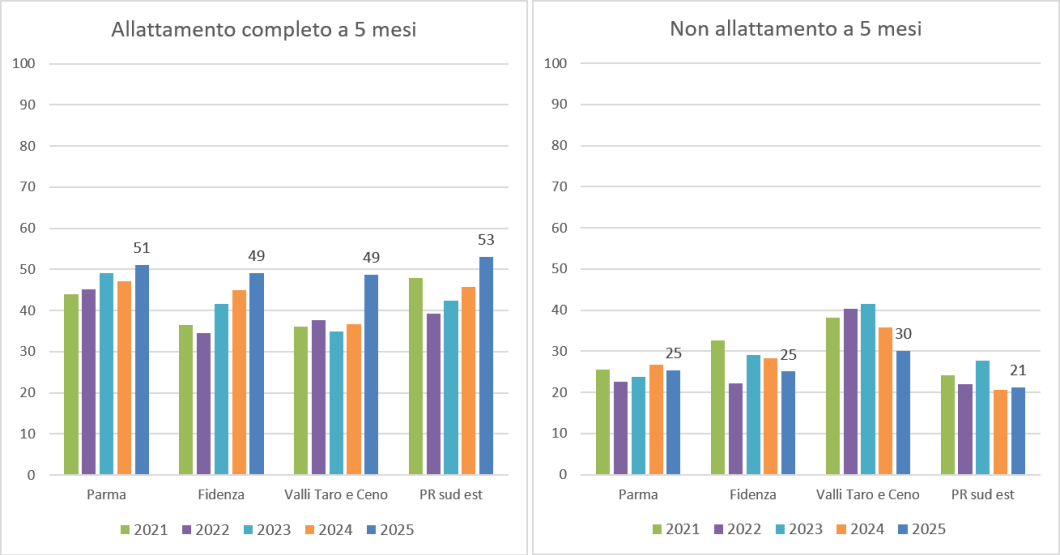


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Parma, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Reggio Emilia (103)

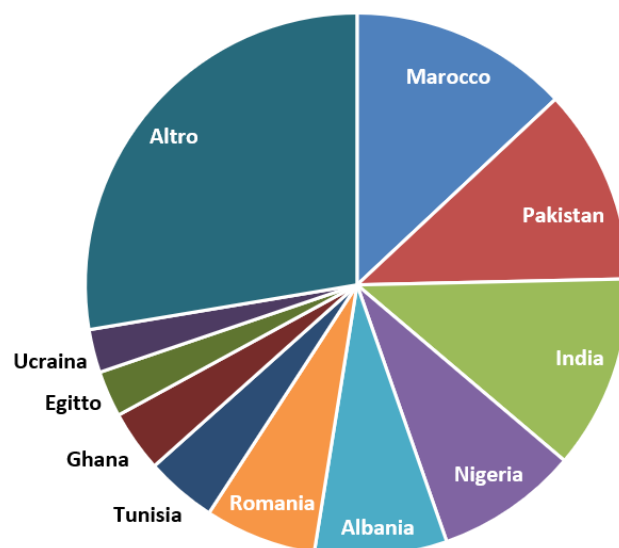
4.029 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 3.909 bambine, pari a 97.0% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 2.708 casi (**69.2%**).

Le **1.205** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	157	13.0
Pakistan	140	11.6
India	139	11.5
Nigeria	102	8.5
Albania	95	7.9
Romania	80	6.6
Tunisia	51	4.2
Ghana	44	3.7
Egitto	33	2.7
Ucraina	31	2.6

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Reggio Emilia anno 2025.



1.992 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (49.4%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **3.952** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.9% (77 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Reggio Emilia, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

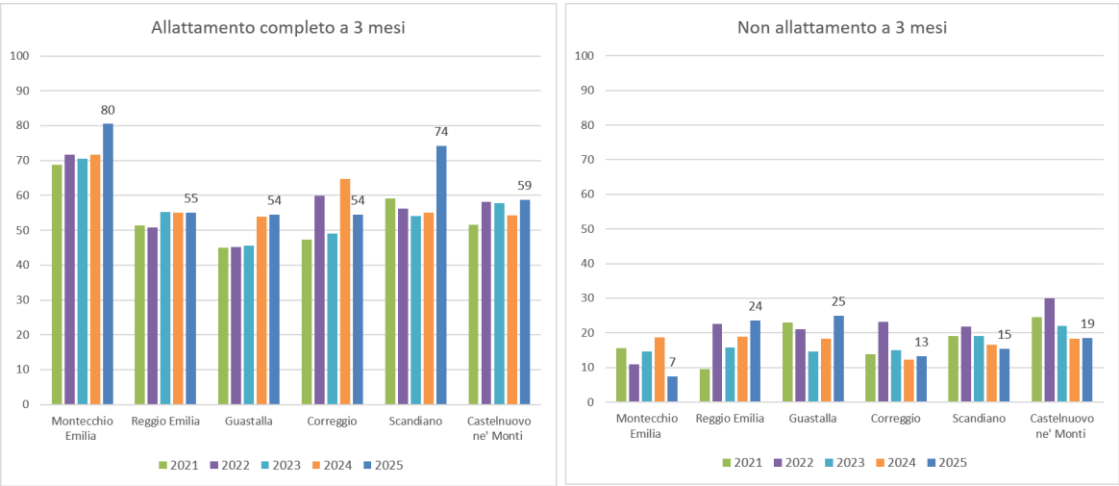
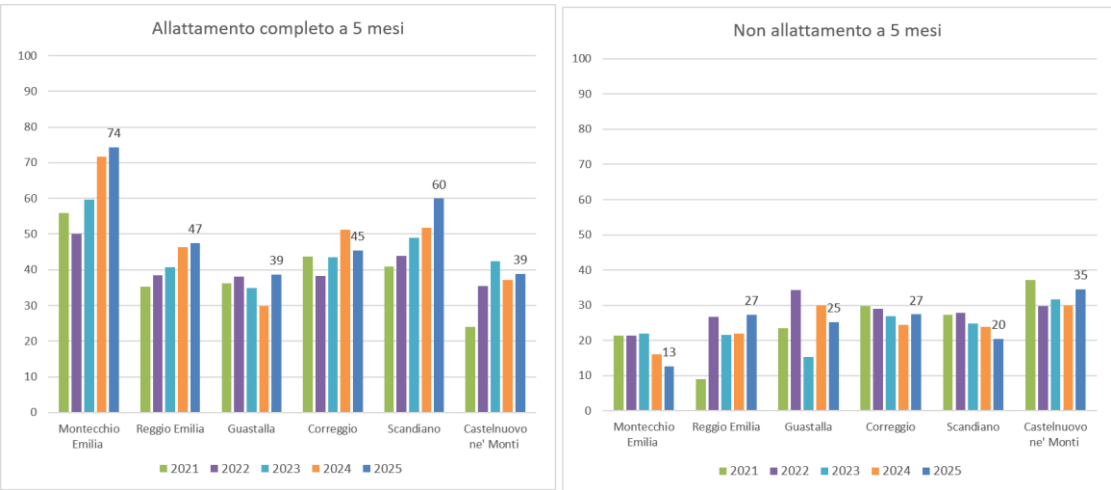


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Reggio Emilia, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Modena (104)

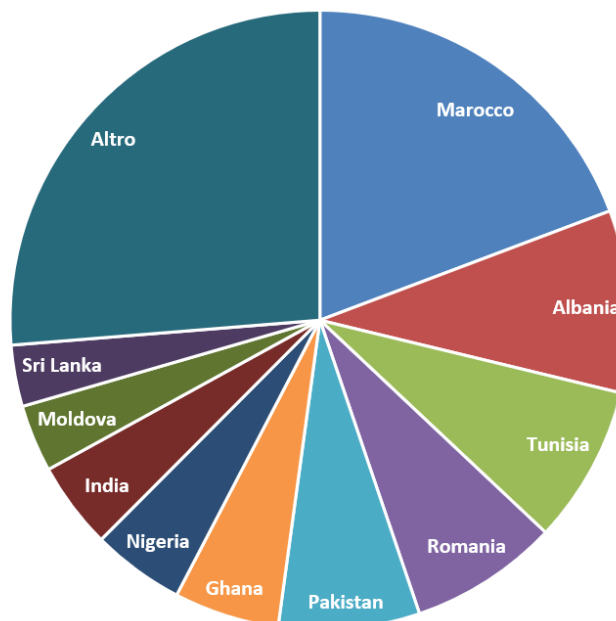
5.991 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 5.673 bambine, pari a 94.7% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 3.709 casi (**65.4%**).

Le **1.967** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	379	19.8
Albania	187	12.0
Tunisia	162	10.2
Romania	153	9.2
Pakistan	145	6.6
Ghana	108	5.2
Nigeria	95	4.7
India	89	4.5
Moldova	69	3.8
Sri Lanka	63	2.5

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Modena anno 2025.



2.912 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (48.6%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **5.869** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 2.0% (122 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Modena, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

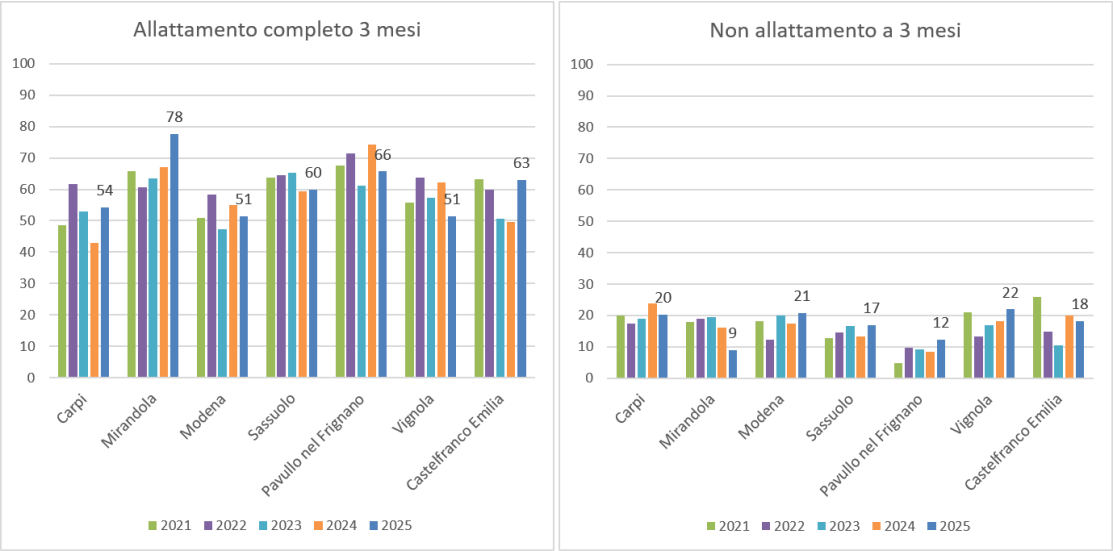
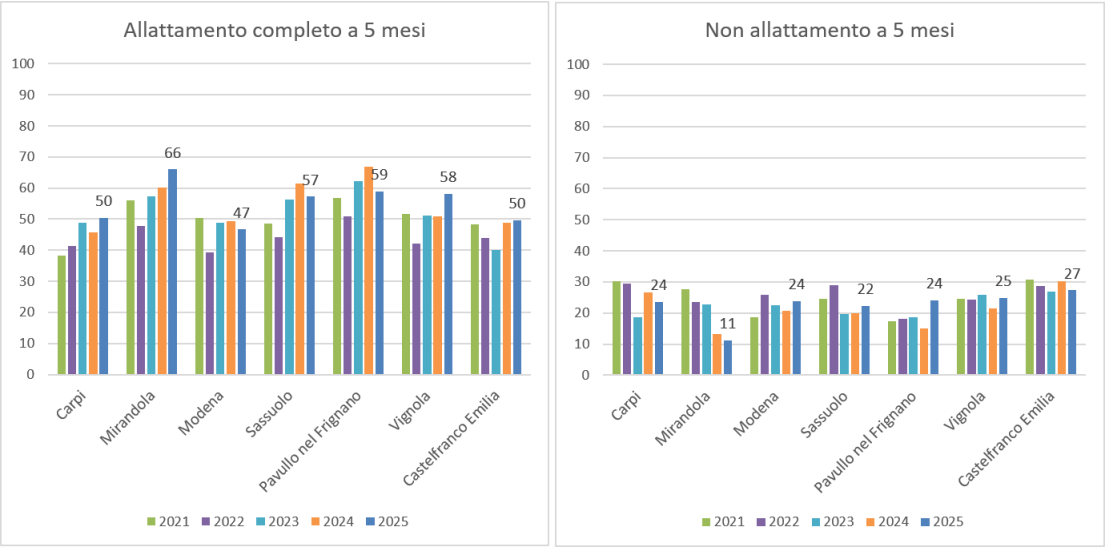


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Modena, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Bologna (105)

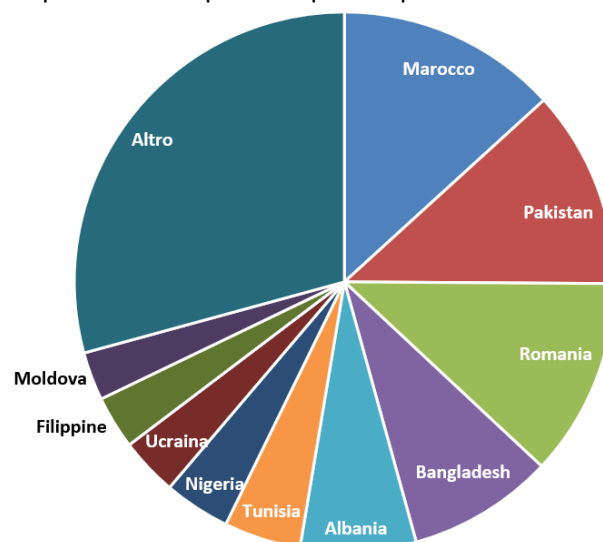
6.422 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 6.181 bambine, pari a 96.4% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 4.434 casi (**71.6%**).

Le **1.761** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	233	13.4
Pakistan	209	13.1
Romania	209	12.3
Bangladesh	154	9.7
Albania	122	8.3
Tunisia	81	4.0
Nigeria	70	4.0
Ucraina	61	3.0
Filippine	56	2.3
Moldova	51	2.3

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Bologna anno 2025.



3.071 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (47.8%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **6.396** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.4% (26 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Bologna, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

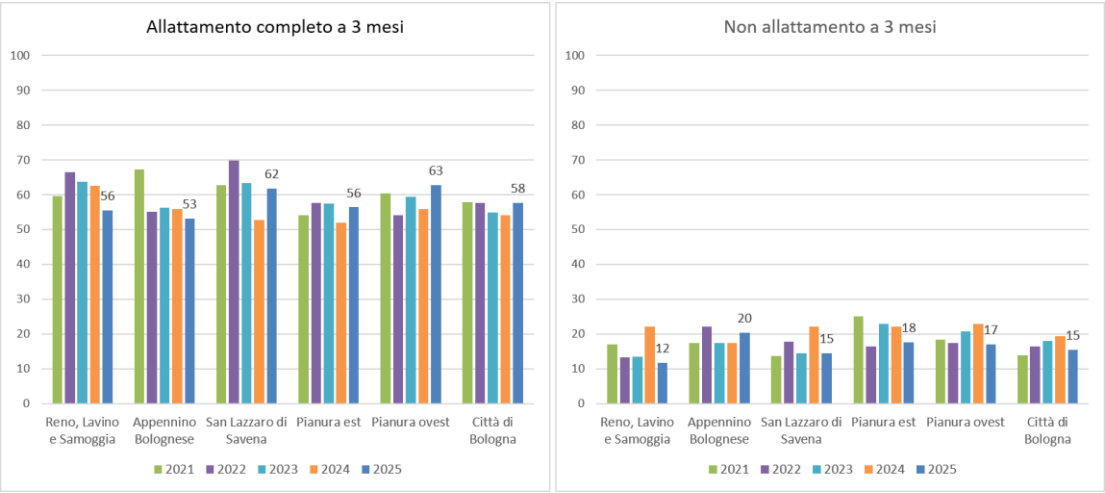
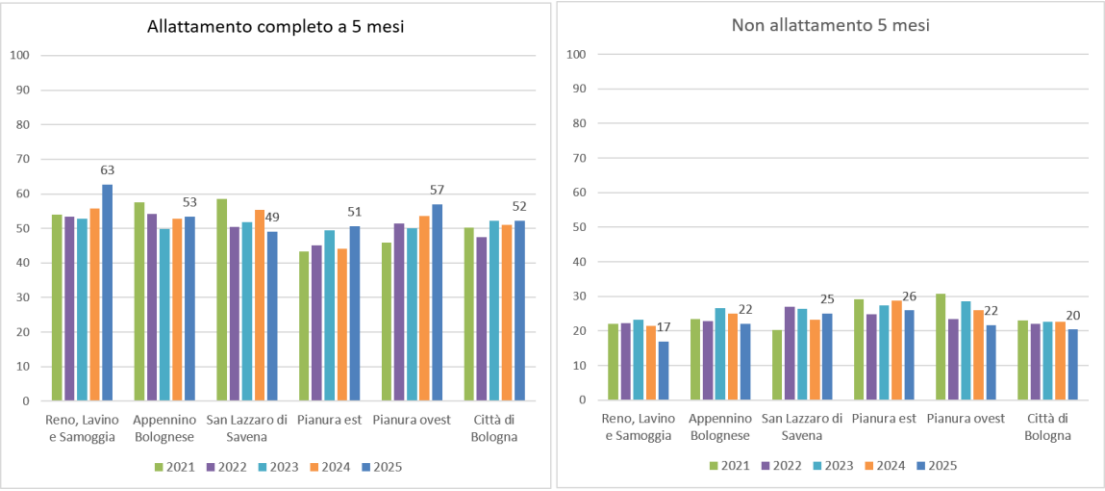


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Bologna, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Imola (106)

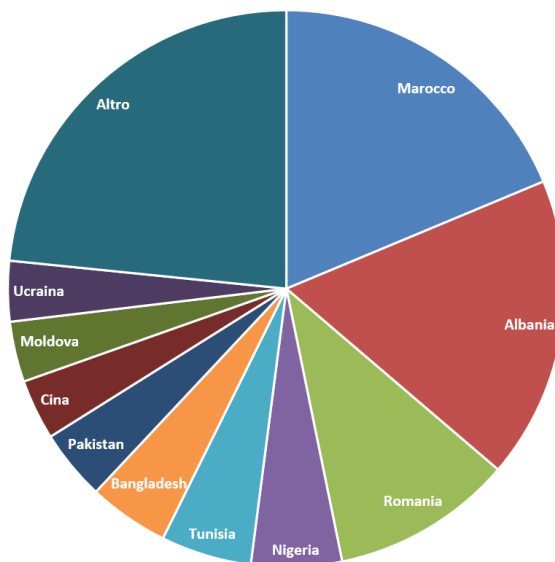
853 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 645 bambine, pari a 75.6% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 476 casi (**73.6%**).

Le **171** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	32	18.8
Albania	30	17.7
Romania	18	10.6
Nigeria	9	5.3
Tunisia	9	5.3
Bangladesh	8	4.7
Pakistan	7	4.1
Cina	6	3.5
Moldova	6	3.5
Ucraina	6	3.5

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Imola anno 2025.



408 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (47.8%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **850** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.4% (3 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Imola, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

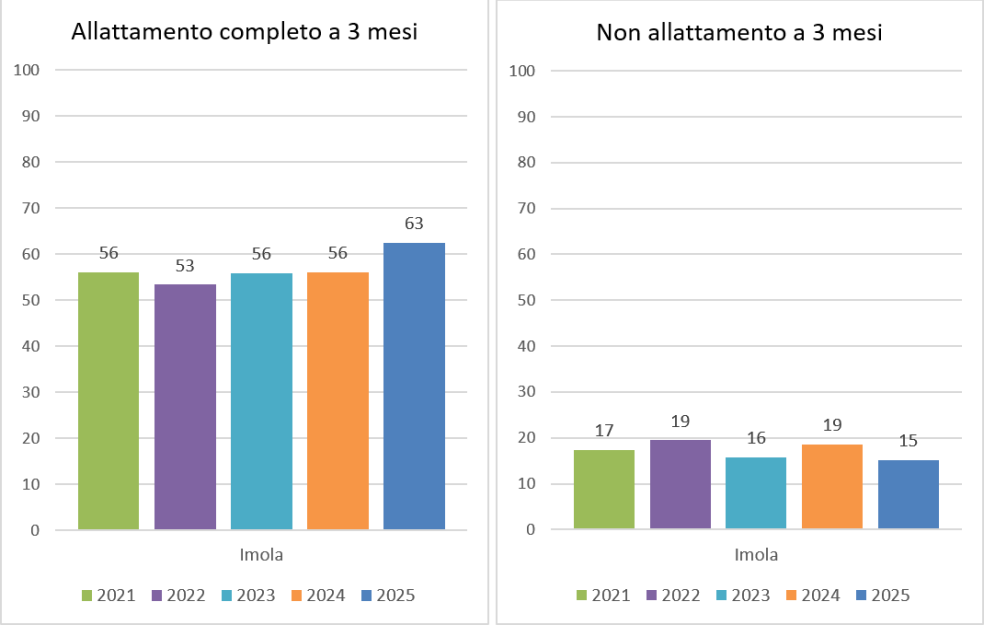
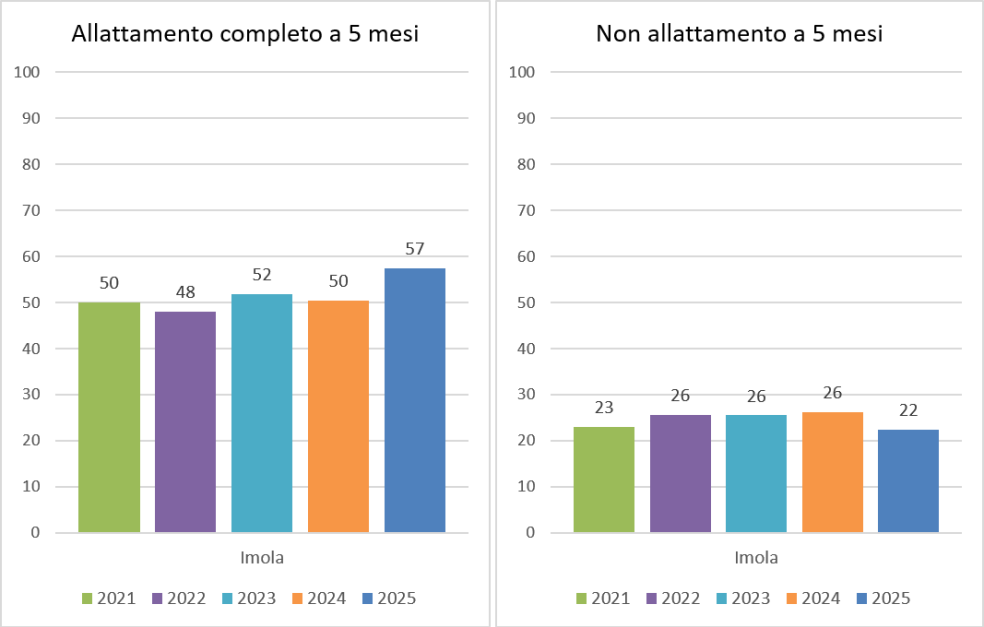


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Imola, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL di Ferrara (109)

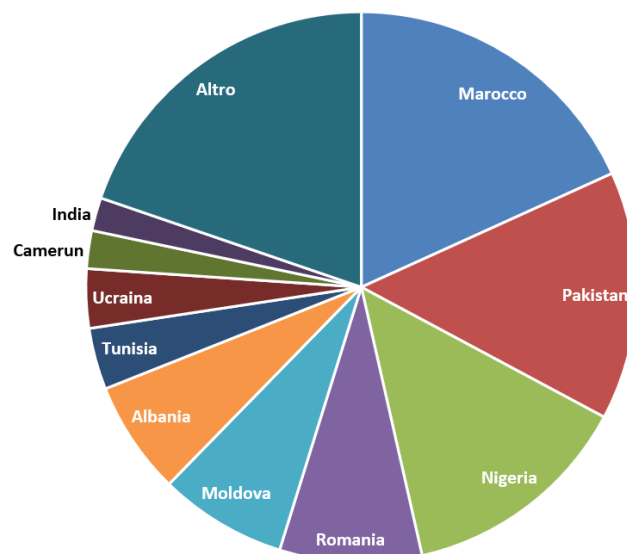
2.115 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.996 bambine, pari a 94.4% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.279 casi (**64.0%**).

Le **719** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	131	18.2
Pakistan	105	14.6
Nigeria	98	13.6
Romania	60	8.3
Moldova	54	7.5
Albania	48	6.7
Tunisia	26	3.6
Ucraina	25	3.5
Camerun	16	2.2
India	14	2.0

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Ferrara anno 2025.



1.033 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (48.8%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.114** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.0% (1 scheda).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi per distretto, AUSL Ferrara, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

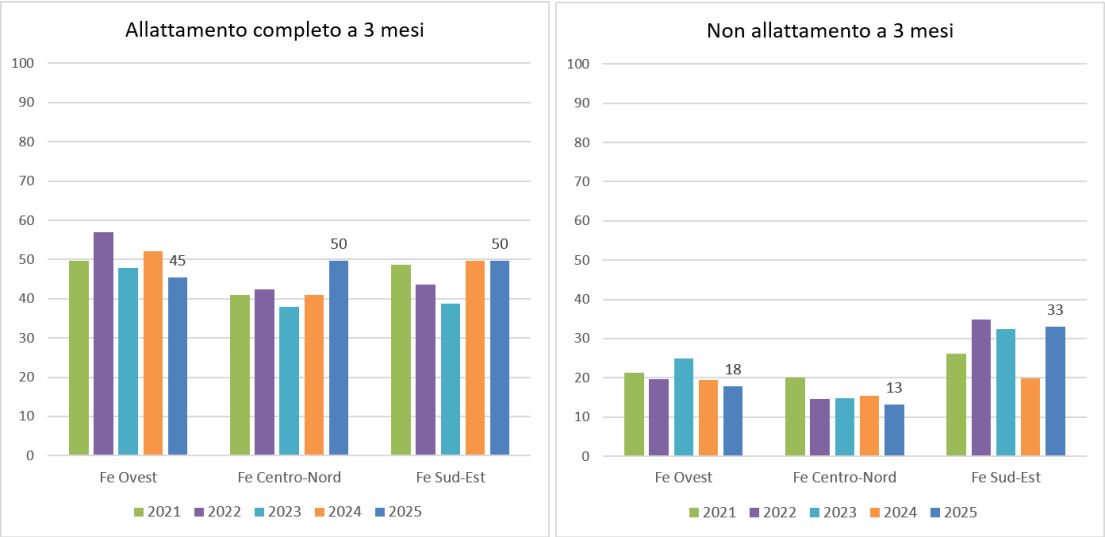
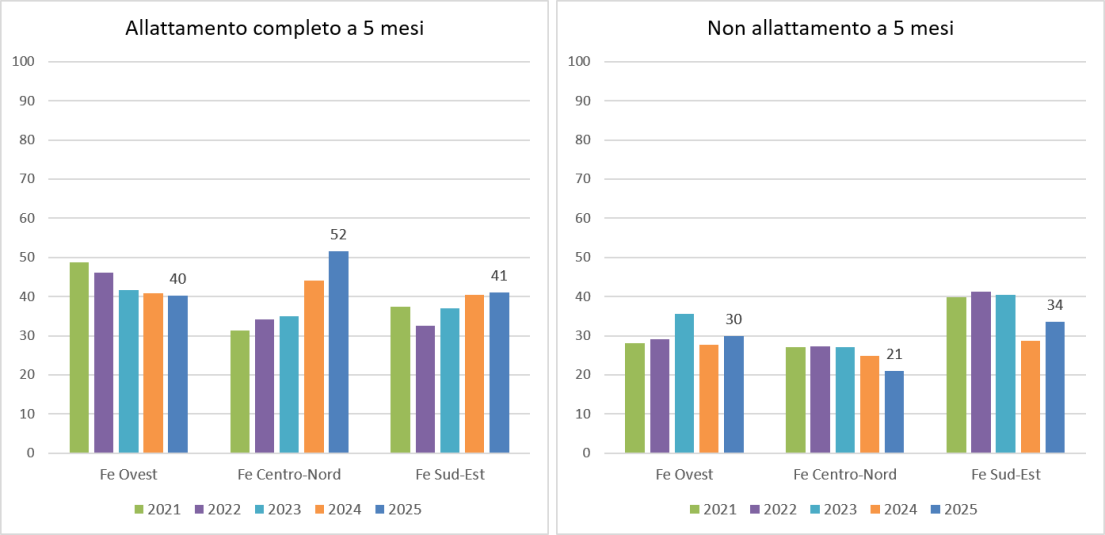


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi per distretto, AUSL Ferrara, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna (114)

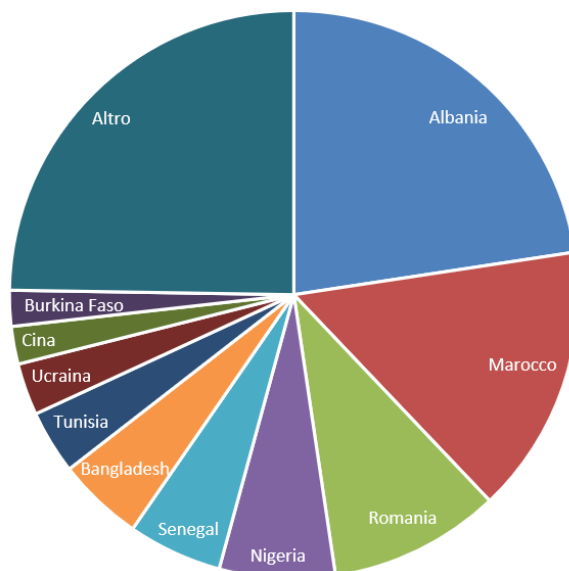
7.167 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 6.929 bambine, pari a 96.7% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 4.969 casi (**71.7%**).

Le **1.960** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Albania	443	22.6
Marocco	300	15.3
Romania	191	9.7
Nigeria	129	6.6
Senegal	105	5.4
Bangladesh	96	4.9
Tunisia	71	3.6
Ucraina	58	3.0
Cina	42	2.1
Burkina Faso	40	2.0

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- AUSL Romagna anno 2025.



3.526 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (49.2%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **7.050** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.6% (117 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, AUSL Romagna, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

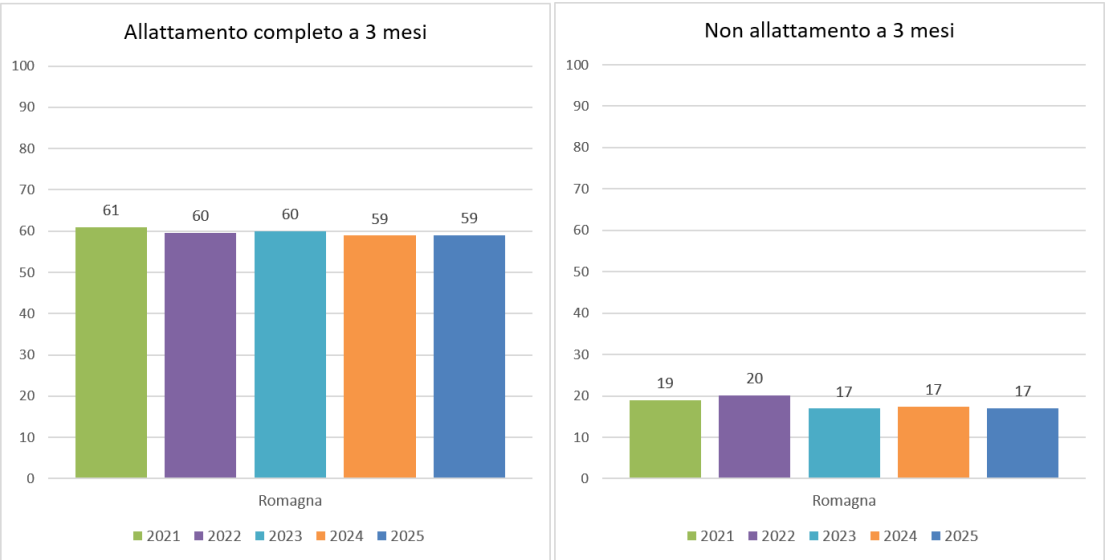
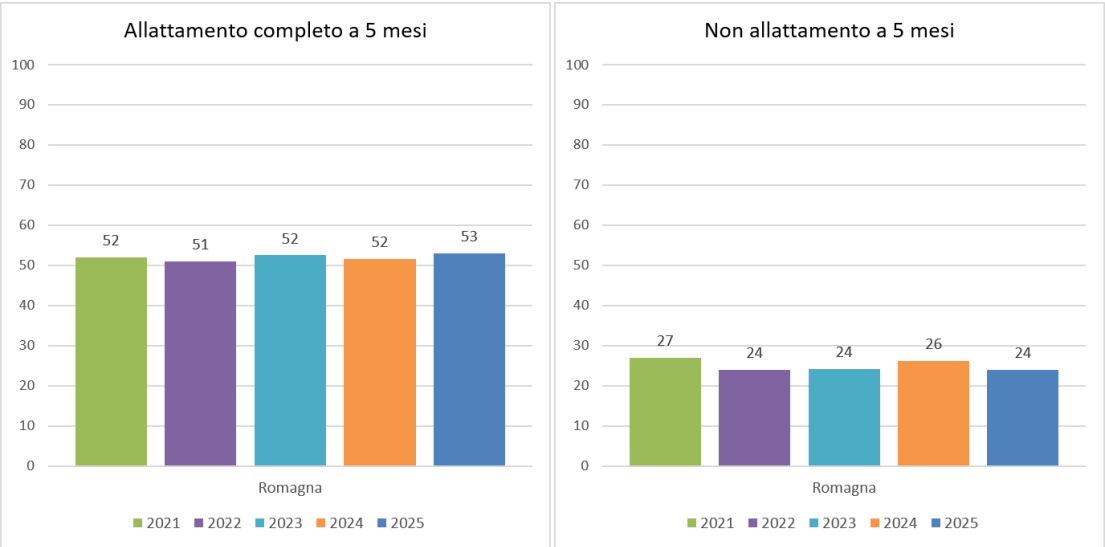


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, AUSL Romagna, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Ravenna (110)

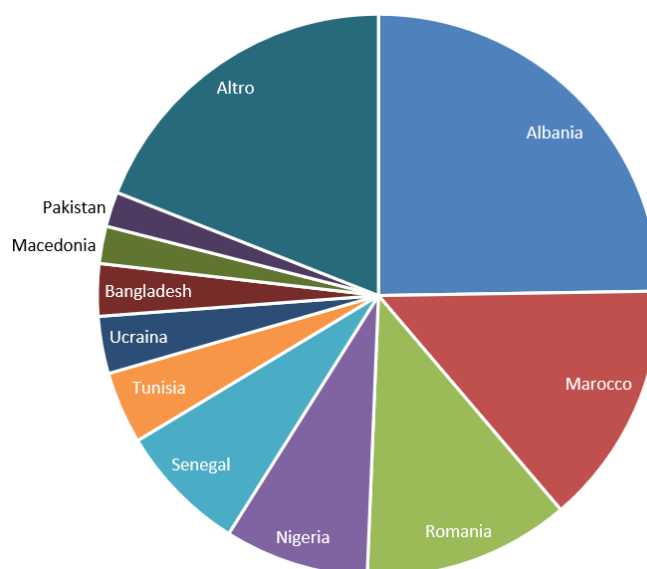
2.501 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 2.375 bambine, pari a 95.0% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.679 casi (**70.6%**).

Le **699** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Albania	173	24.8
Marocco	98	14.0
Romania	83	11.9
Nigeria	58	8.3
Senegal	52	7.4
Tunisia	29	4.2
Ucraina	23	3.3
Bangladesh	21	3.0
Macedonia	15	2.2
Pakistan	14	2.0

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Ravenna anno 2025.



1.219 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (48.7%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **2.486** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 0.6% (15 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Ravenna, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

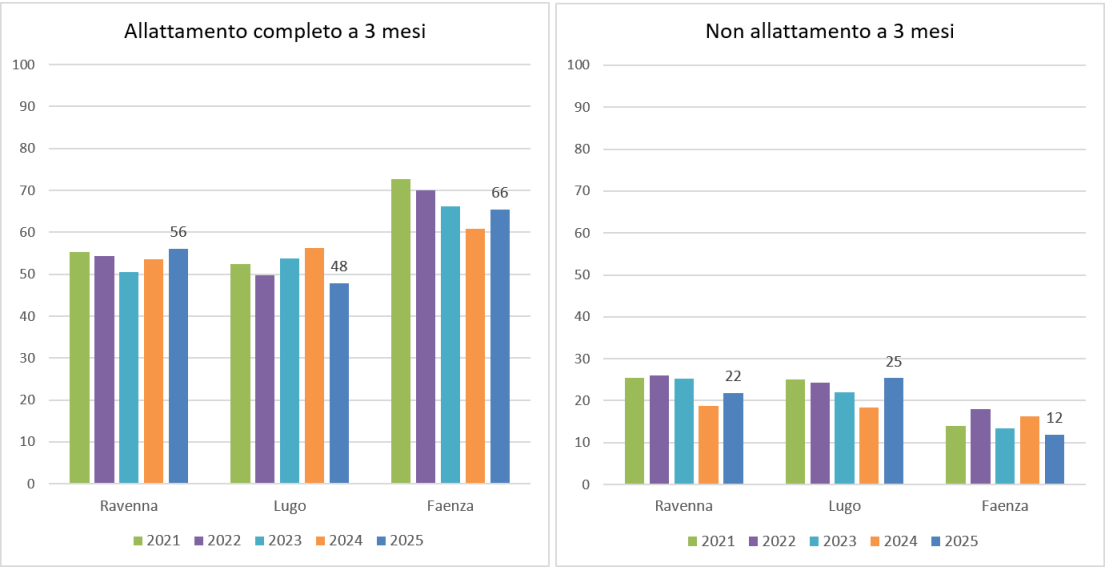
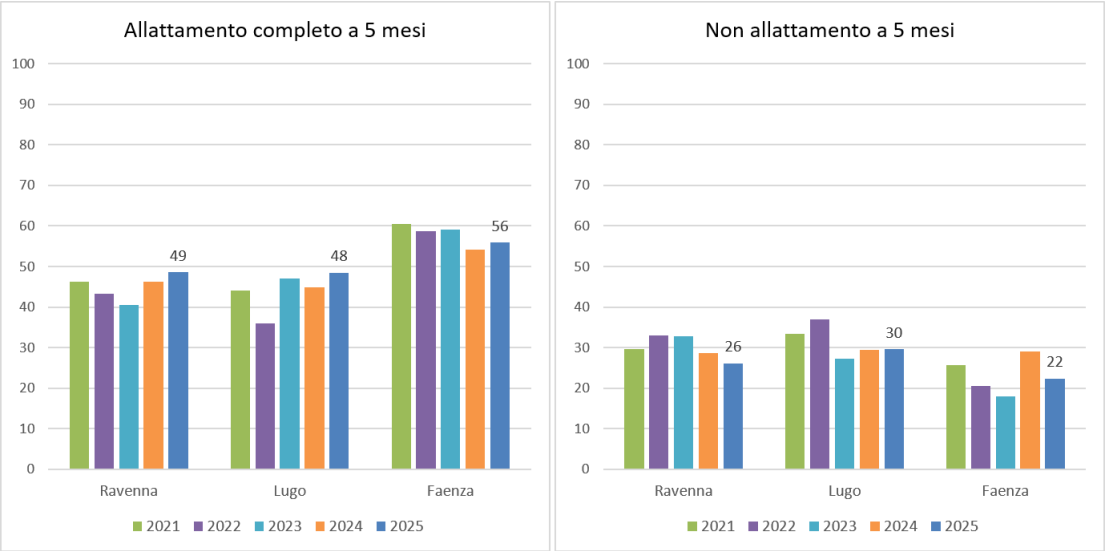


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Ravenna, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Forlì (111)

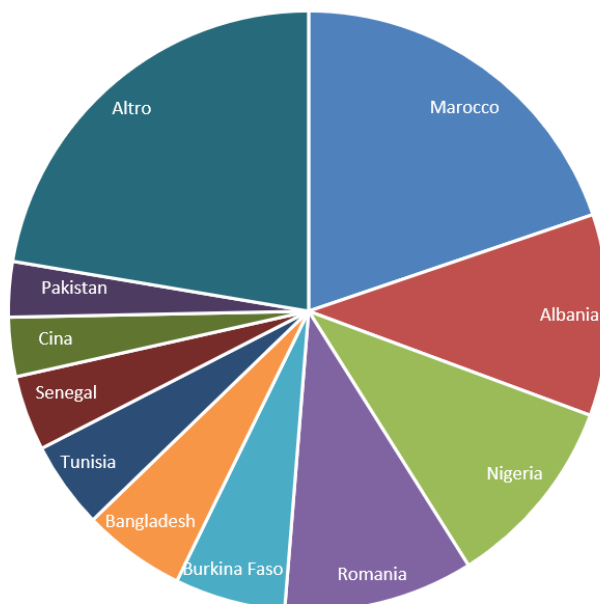
1.290 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.263 bambine, pari a 97.9% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 793 casi (**62.8%**).

Le **470** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Marocco	93	19.8
Albania	51	10.9
Nigeria	49	10.4
Romania	48	10.2
Burkina Faso	28	6.0
Bangladesh	26	5.5
Tunisia	22	4.7
Senegal	19	4.0
Cina	15	3.2
Pakistan	14	3.0

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Forlì anno 2025.



627 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (48.6%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.270** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.6% (20 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Forlì, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

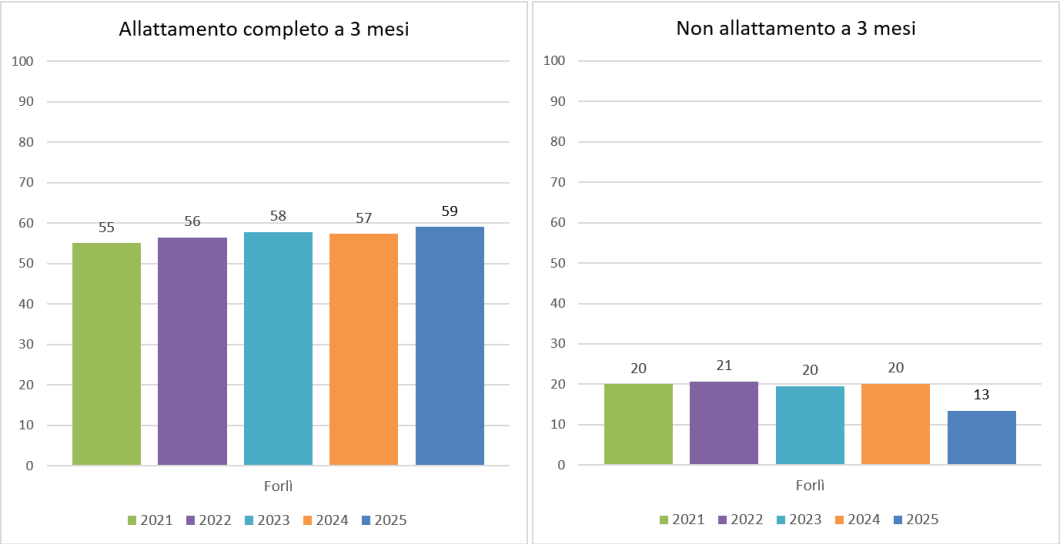
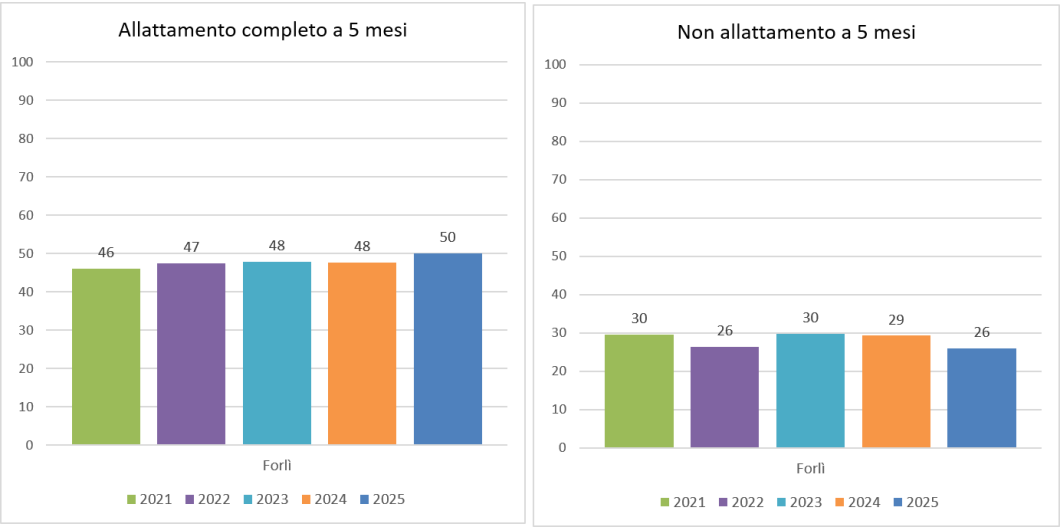


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Forlì, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Cesena (112)

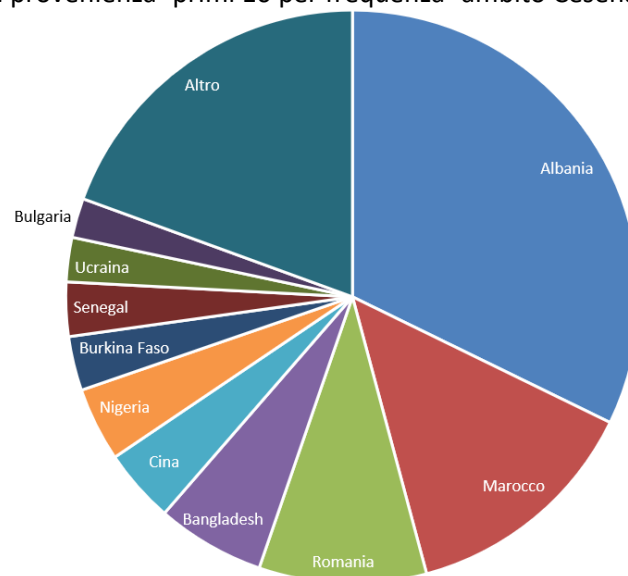
1.381 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.339 bambine, pari a 97.0% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 985 casi (**73.2%**).

Le **360** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Albania	116	32.2
Marocco	49	13.6
Romania	34	9.4
Bangladesh	22	6.1
Cina	15	4.2
Nigeria	15	4.2
Burkina Faso	11	3.1
Senegal	11	3.1
Ucraina	9	2.5
Bulgaria	8	2.2

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Cesena anno 2025.



667 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (48.3%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.364** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 1.2% (17 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Cesena, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

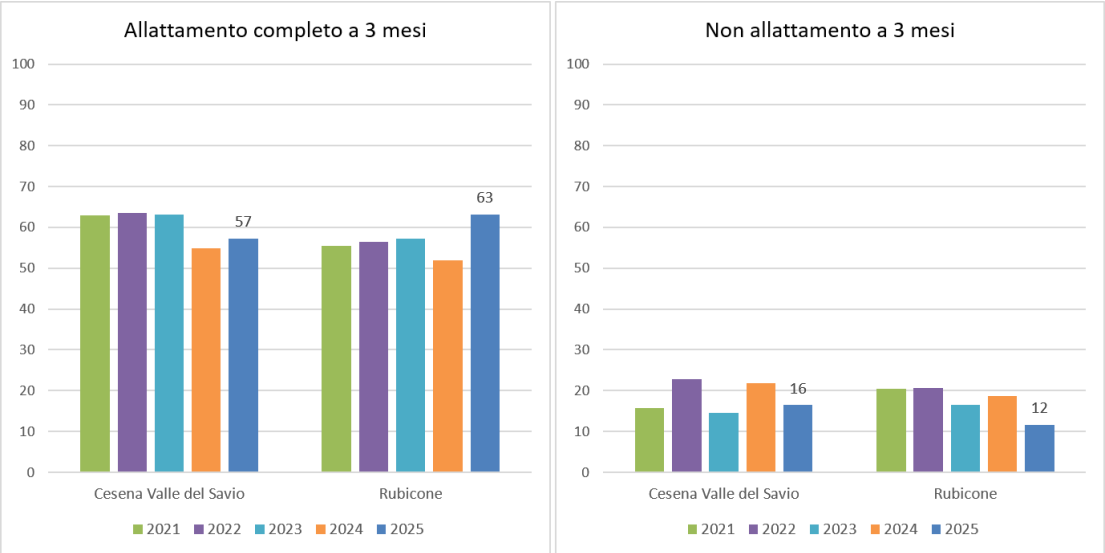
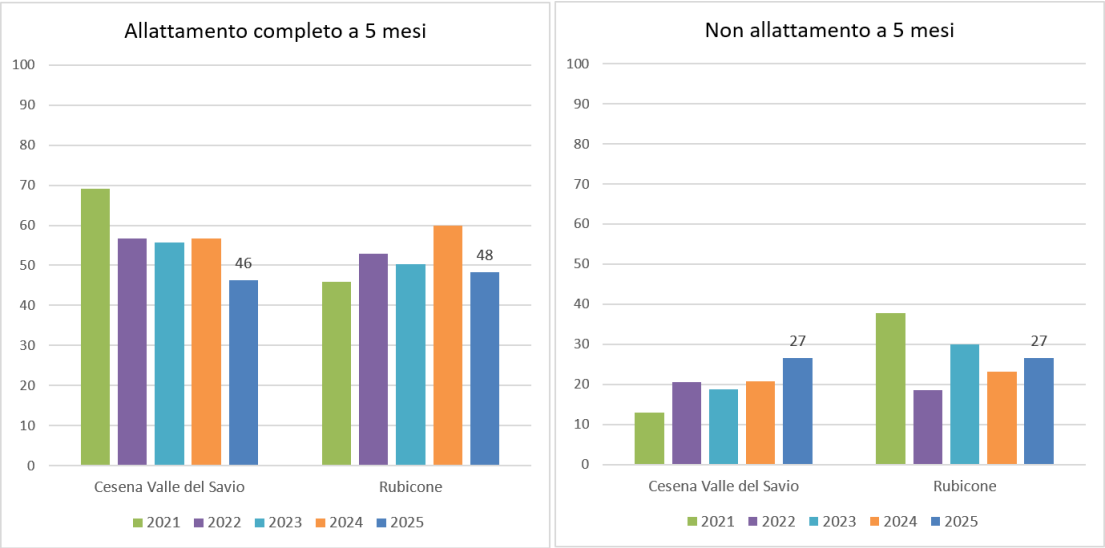


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Cesena, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.



Azienda USL Romagna, ambito di Rimini (113)

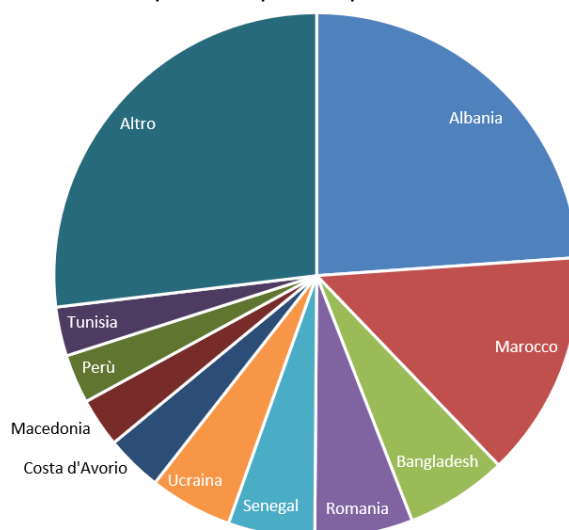
1.995 bambine hanno ricevuto la prima e la seconda serie di vaccini previsti a 3 e 5 mesi di età nel periodo di studio.

Dal *link* con i dati CedAP (possibile per 1.942 bambine, pari a 97.3% delle persone vaccinate) si ottiene la nazionalità della madre che risulta italiana in 1.512 casi (**77.8%**).

Le **431** madri straniere provengono dai seguenti paesi (primi 10 paesi per frequenza):

Nazione	N	%
Albania	103	23.9
Marocco	60	13.9
Bangladesh	27	6.3
Romania	26	6.0
Senegal	23	5.3
Ucraina	22	5.1
Costa d'Avorio	15	3.5
Macedonia	13	3.0
Perù	13	3.0
Tunisia	13	3.0

Figura. Paesi di provenienza -primi 10 per frequenza- ambito Rimini anno 2025.



1.013 delle persone lattanti vaccinate sono femmine (50.8%).

I dati relativi all'allattamento sono completi per **1.930** bambine, con una quota di *missing* e di dati impossibili pari a 3.3% (65 schede).

Figura. Allattamento completo e non allattamento a tre mesi, ambito di Rimini, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

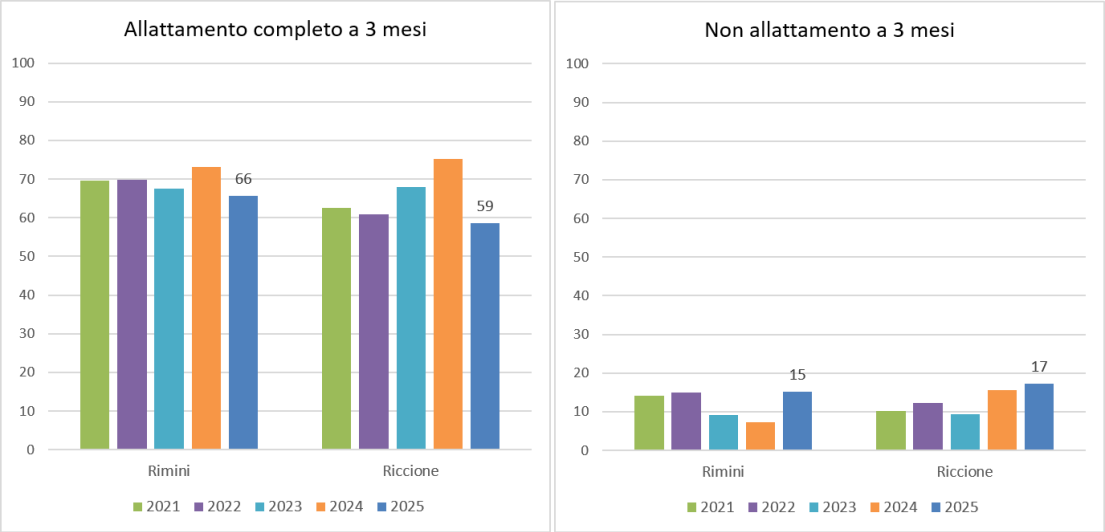


Figura. Allattamento completo e non allattamento a cinque mesi, ambito di Rimini, trend temporale 2021-2025, dati standardizzati per età.

