

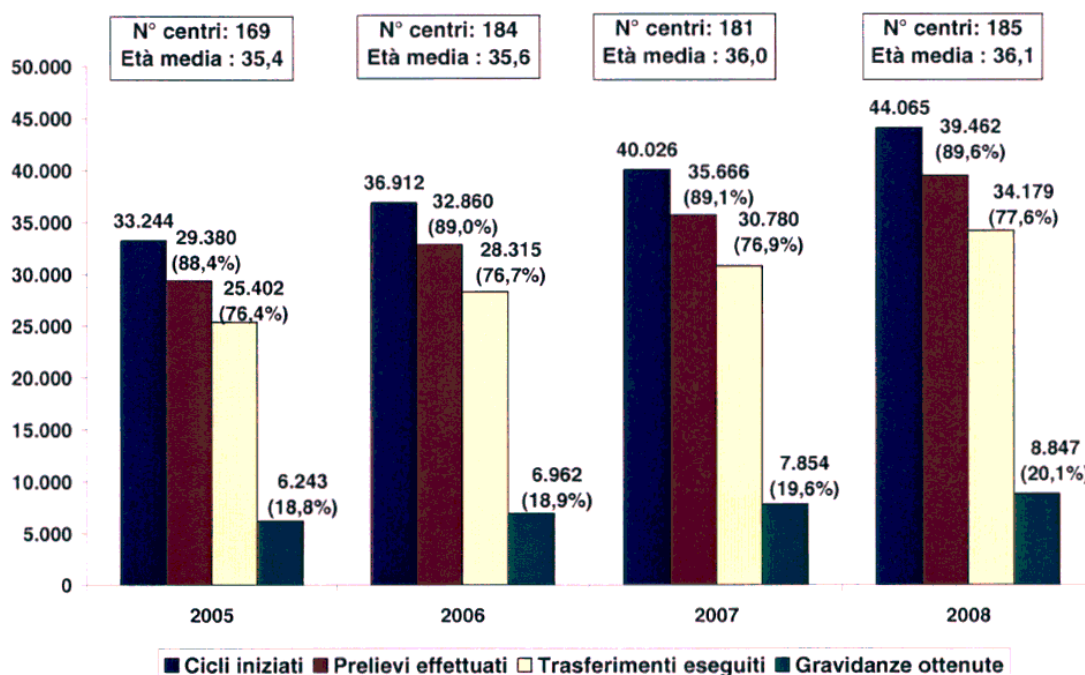
Un ciclo di PMA con tecniche a fresco ha inizio:

- quando la donna assume farmaci per indurre le ovaie a produrre più ovociti (stimolazione), oppure in assenza di stimolazione farmacologica, da quando le ovaie della donna vengono tenute sotto controllo attraverso ecografie e/o prelievo del sangue per i dosaggi ormonali, in attesa dell'ovulazione naturale.
- Una volta **prelevato** l'ovocita viene messo a contatto con lo/gli spermatozoo/i in laboratorio. Se la fecondazione ha successo con le tecniche FIVET o ICSI, l'embrione prodotto viene **trasferito** nell'utero della donna attraverso la cervice. Se l'embrione trasferito si impianta nell'utero, con la relativa formazione della camera gestazionale, il ciclo evolve in una gravidanza clinica. Nella tecnica GIFT invece, vengono trasferiti direttamente i gameti, l'ovocita e gli spermatozoi, nelle Tube di Falloppio. Se avviene la fecondazione e l'embrione si impianta nell'utero, con la relativa formazione della camera gestazionale, il ciclo evolve in una **gravidanza clinica**.
- Il ciclo così descritto può essere interrotto/sospeso durante ogni sua fase per sopraggiunti motivi medici o per volontà della coppia.
- Un ciclo si definisce **sospeso** nella fase precedente al prelievo ovocitario; **interrotto** nella fase tra il prelievo ovocitario ed il trasferimento dell'embrione in utero.

Nel 2008 la percentuale di gravidanze calcolata sul totale dei cicli iniziati è pari al 20,1%, e rappresenta un indicatore di efficacia delle tecniche applicate.

Nella **Figura 3.11** è rappresentata l'evoluzione dell'applicazione delle tecniche a fresco dal 2005 al 2008. E' possibile notare come l'applicazione delle tecniche sia cresciuta, infatti si è passati dall'analisi di 33.244 cicli del 2005, all'analisi di 44.065 cicli del 2008 (+32,6% rispetto al 2005). Nel 2005 i prelievi ovocitari erano pari a 29.380 e le gravidanze ottenute a 6.243, nel 2008, invece, si parla di 39.462 prelievi ovocitari (+34,3%) e 8.847 gravidanze ottenute da tecniche a fresco (+41,7%).

Figura 3.11 Cicli iniziati, prelievi effettuati, trasferimenti eseguiti e gravidanze ottenute, su tecniche a fresco di II e III livello (GIFT, FIVET e ICSI) negli anni 2005-2008.

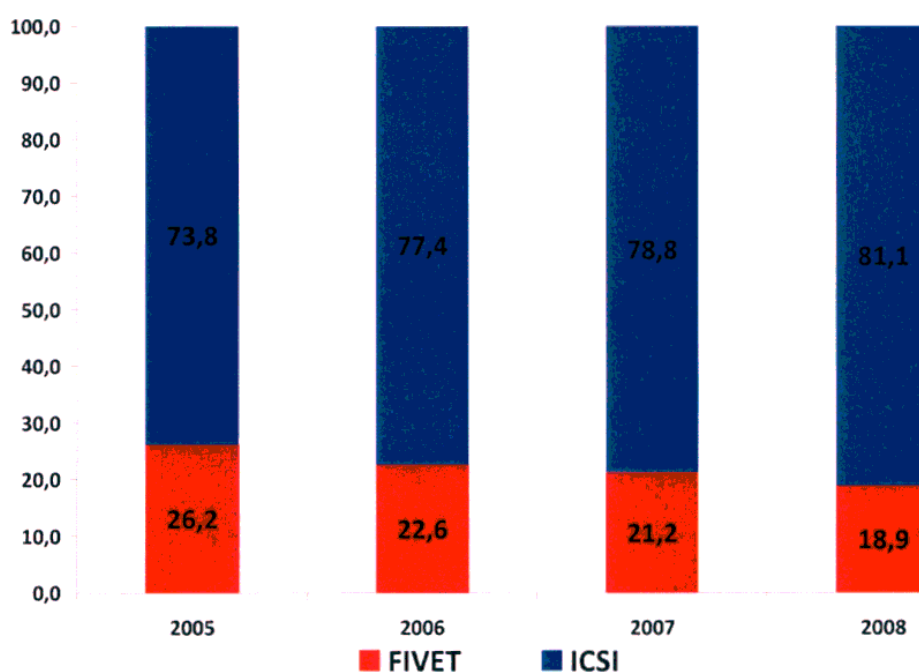


Nella **Figura 3.12** è rappresentata l'*evoluzione dell'applicazione delle tecniche FIVET ed ICSI*, rispetto al totale dei prelievi effettuati, dal 2005 al 2008.

Nella rappresentazione grafica sono stati utilizzati i prelievi effettuati anziché i cicli iniziati. Questo dato è più rispondente alla realtà, giacché nel numero totale dei cicli iniziati vengono considerati anche i cicli sospesi (cioè quelli che non sono mai arrivati al prelievo).

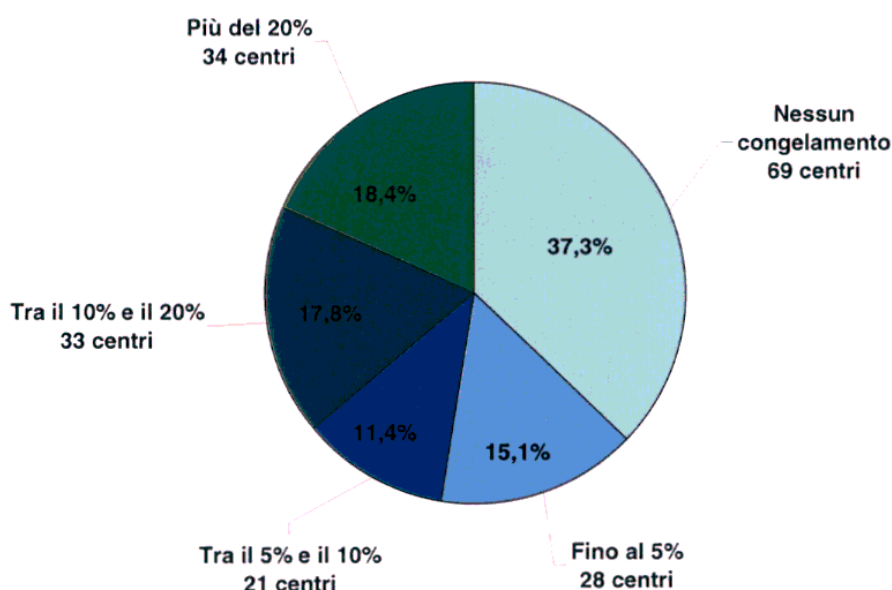
Si nota come nei quattro anni di rilevazione dati del Registro Nazionale, l'applicazione della tecnica ICSI sia cresciuta rispetto all'applicazione della tecnica FIVET. Si è passati infatti dal 73,8% di applicazione della tecnica ICSI nel 2005 al 81,1% del 2008. In quest'ultimo anno soltanto nel 18,9% dei prelievi è stata successivamente utilizzata la tecnica FIVET per la prosecuzione del trattamento.

Figura 3.12 Percentuale di tecniche a fresco applicate (FIVET e ICSI), dai centri italiani rispetto al numero di prelievi effettuati. Anni 2005-2008.



Crioconservazione degli ovociti. In un ciclo di fecondazione assistita vengono prelevati dalla paziente, dopo opportuna stimolazione ovarica, un certo numero di ovociti. Esiste la possibilità di crioconservare questi ovociti per tentare successive fecondazioni in caso di fallimento nell'applicazione delle tecniche a fresco. Questa tecnica, però, non è adottata da tutti i centri. Come è possibile osservare dalla **Figura 3.13**, in cui è rappresentata la distribuzione della percentuale di cicli in cui è stato effettuato il congelamento di ovociti in relazione ai prelievi effettuati, in 69 centri, corrispondenti al 37,3% del totale, non è stato effettuato nessun congelamento ovocitario. In altri 28 centri è stato effettuato il congelamento ovocitario in non più del 5% dei prelievi, e soltanto in 34 centri si è superato il tetto del 20% di congelamenti ovocitari rispetto ai prelievi effettuati.

Figura 3.13 Distribuzione dei centri secondo la percentuale di cicli in cui si è effettuato congelamento di ovociti rispetto ai prelievi effettuati, nell'anno 2008.
Totale 185 centri



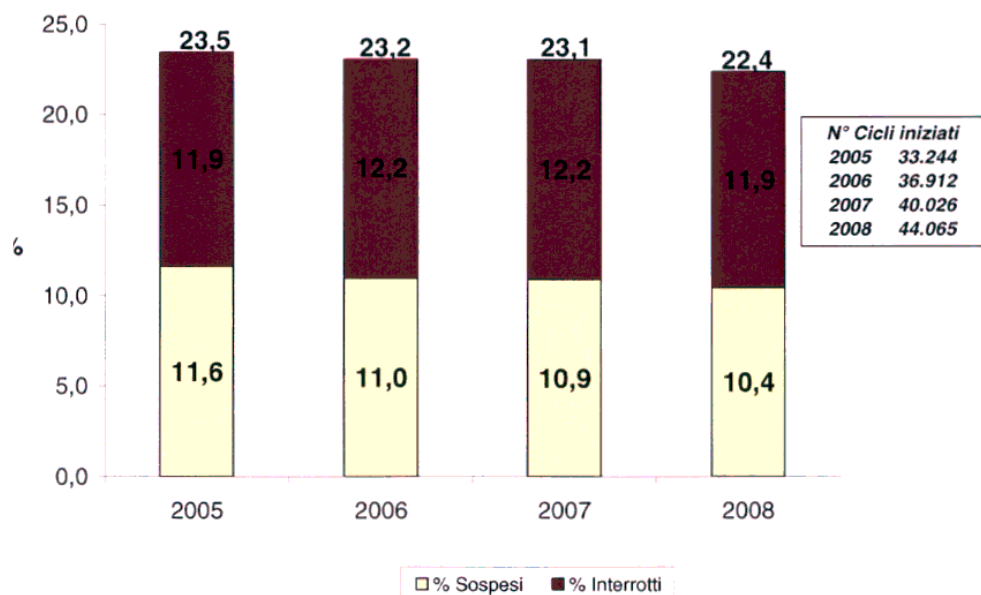
I **cicli annullati** sono quelli che non giungono al trasferimento e sono suddivisi in:

- Cicli sospesi: ovvero i cicli che vengono annullati prima della fase del prelievo ovocitario;
- Cicli interrotti: cioè quelli annullati dopo il prelievo e prima del trasferimento dell'embrione.

Negli anni 2005, 2006, 2007 e 2008, rispettivamente sono stati annullati 7.807, 8.558, 9.225 e 9.858 cicli iniziati. La **Figura 3.14** mostra nel dettaglio l'incidenza dei cicli annullati rispetto ai cicli iniziati. Nel 2008 si è registrato un 22,4% di cicli annullati (-1,1% rispetto al 2005, -0,7% rispetto al 2007) sul totale di quelli iniziati, di cui il 10,4% sospesi prima del prelievo e il 11,9% interrotti prima del trasferimento.

La causa più rilevante per la sospensione del ciclo è dovuta alla mancata risposta alla stimolazione ovarica, che essendosi verificata, per l'anno 2008 in 3.045 casi, incide sul 6,9% dei cicli iniziati. Altre 830 sospensioni (1,9% dei cicli iniziati), sono da attribuirsi ad una risposta eccessiva alla stimolazione. Per quanto concerne i cicli interrotti, la causa più rilevante è la mancata fertilizzazione degli ovociti prelevati, che avviene in 2.159 casi, ovvero nel 5,5% dei cicli iniziati. In 1.463 cicli interrotti cioè il 3,7% dei cicli iniziati, la causa è data dal fatto che non è stato prelevato alcun ovocita.

Figura 3.14 Percentuale dei cicli annullati prima del trasferimento sui cicli a fresco iniziati divisi per cicli sospesi e cicli interrotti. Anni 2005-2008.



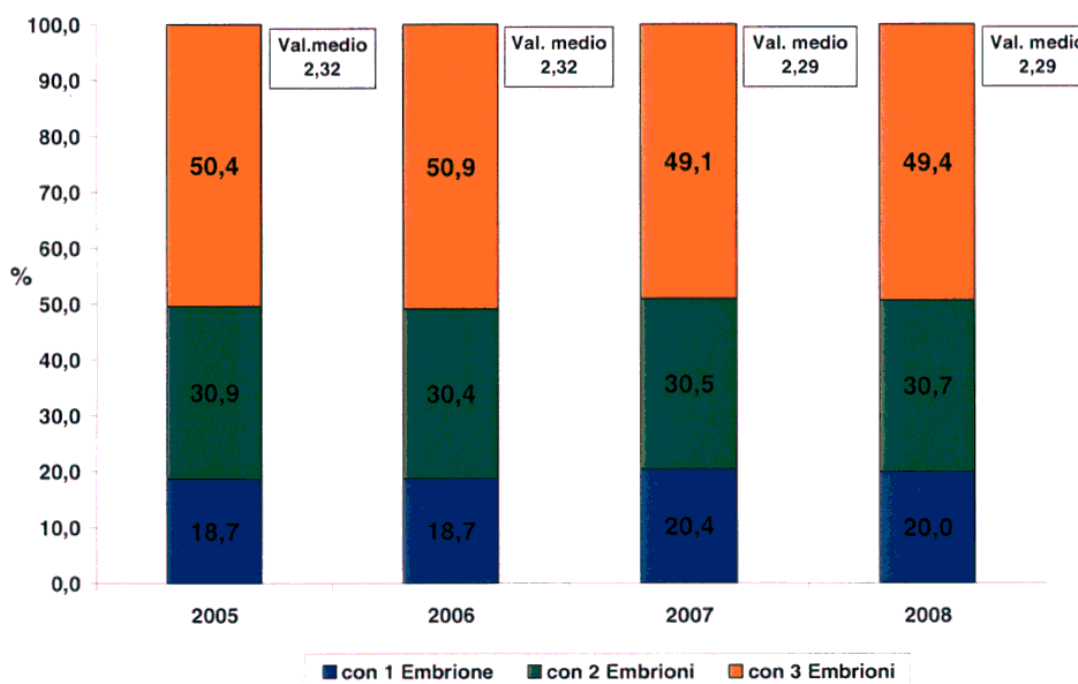
Numero di embrioni che vengono trasferiti nei cicli a fresco di PMA.

Nella **Figura 3.15** è rappresentata l'evoluzione dei trasferimenti negli anni di rilevazione del Registro Nazionale, secondo il numero di embrioni trasferiti in utero.

Ricordiamo la normativa vigente nell'anno di riferimento che indica il vincolo di trasferimento contemporaneo di tutti gli embrioni formati con un numero massimo di 3.

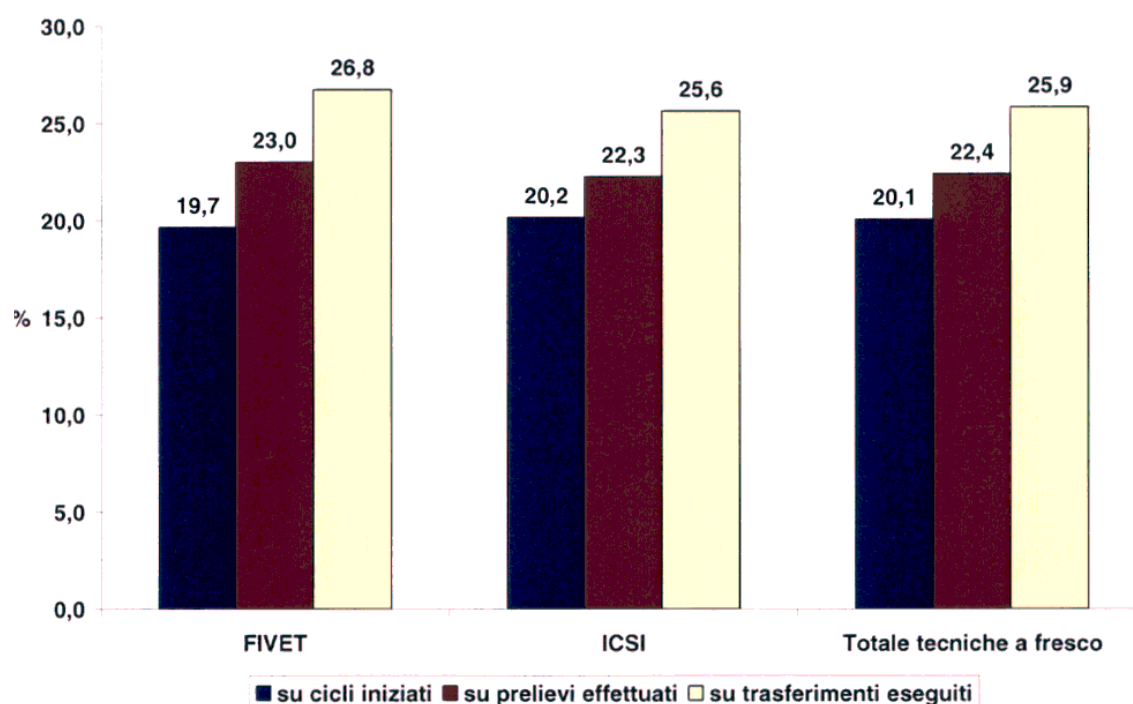
Nel 2008 su 34.179 cicli a fresco che arrivano alla fase del trasferimento, nel 49,4% dei casi vengono trasferiti in utero tre embrioni. Nel 30,7% dei casi vengono trasferiti 2 embrioni e nel restante 20,0% del totale si trasferisce un solo embrione. Osservando il grafico si nota come nel 2008 i dati risultino confrontabili con quelli del 2007 con un valore medio di embrioni trasferiti uguale fra le due rilevazioni che si attesta a 2,29 embrioni trasferiti per trasferimento eseguito.

Figura 3.15 Distribuzione percentuale dei trasferimenti in cicli a fresco secondo il numero di embrioni trasferiti negli anni 2005-2008.



La **Figura 3.16** mostra le percentuali di gravidanze calcolate rispetto ai cicli iniziati, ai prelievi effettuati e per i trasferimenti eseguiti a seconda delle diverse tecniche a fresco utilizzate (FIVET e ICSI). Le percentuali di gravidanze per ciclo iniziato sono pari rispettivamente al 19,7% per la FIVET e 20,2% per la ICSI, mentre per il prelievo ovocitario sono pari rispettivamente al 23,0% e al 22,3%, e per i trasferimenti eseguiti si attestano al 26,8% per la FIVET e 25,6% per la ICSI. Osserviamo che la percentuale di gravidanze, sia sui cicli che sui prelievi effettuati che sui trasferimenti, è simile per le diverse tecniche utilizzate.

Figura 3.16 Percentuali di gravidanze ottenute sui cicli iniziati, sui prelievi effettuati e sui trasferimenti eseguiti, secondo le diverse tecniche a fresco utilizzate (FIVET e ICSI) nell'anno 2008

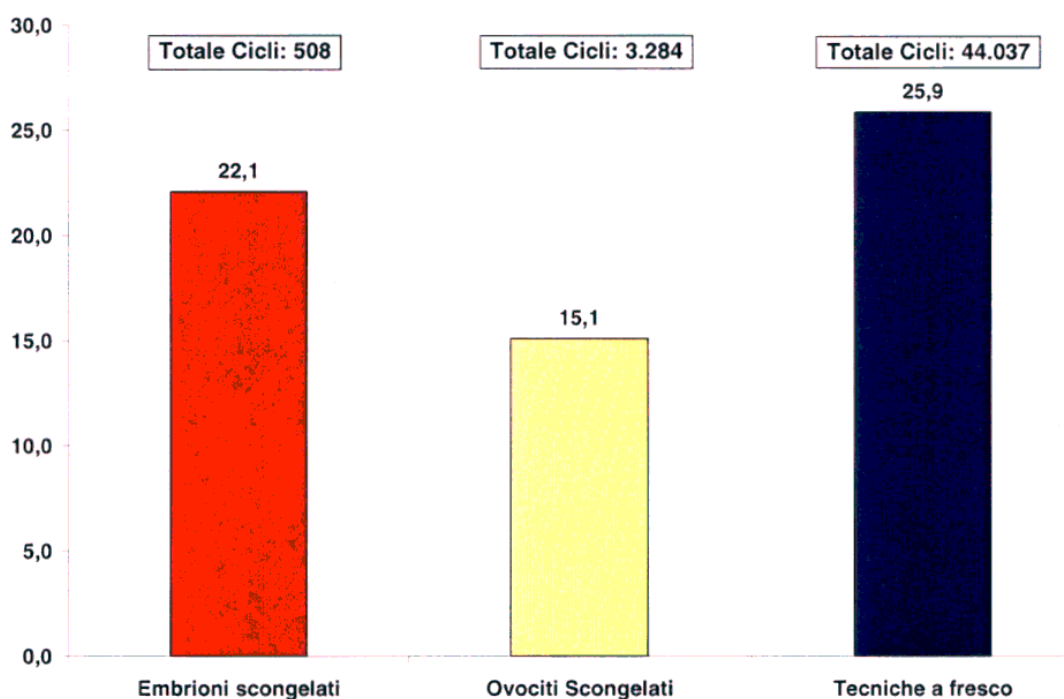


Tecniche da scongelamento di secondo e terzo livello.

Nel 2008 i cicli di trattamento, che hanno utilizzato embrioni crioconservati sono stati 508 pari al 1,1% del totale dei cicli iniziati ed i cicli che hanno utilizzato ovociti crioconservati sono stati 3.284 pari al 6,9% del totale dei cicli iniziati.

La **Figura 3.17** compara le percentuali di gravidanza ottenute sui trasferimenti effettuati da cicli con scongelamento di embrioni, da cicli con scongelamento di ovociti, con la percentuale di gravidanze ottenute dall'applicazione di tecniche a fresco.

Figura 3.17 Percentuali di gravidanze ottenute sui trasferimenti eseguiti da tecniche di scongelamento e da tecniche a fresco (FIVET e ICSI) nell'anno 2008.

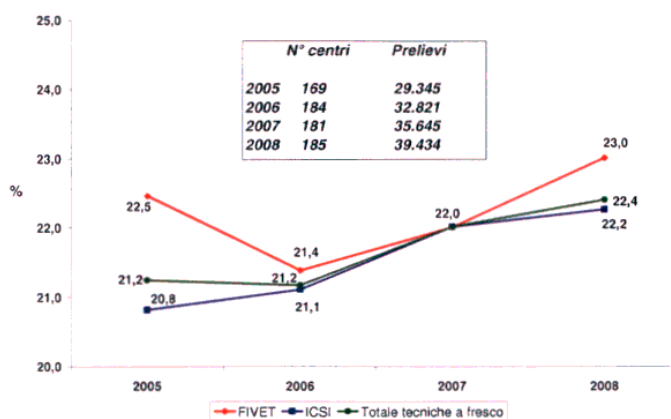


Andamento nel tempo: variazioni delle percentuali di gravidanza

Le **Figure 3.18** e **3.19** mostrano come si sono modificate le percentuali di gravidanze ottenute da tecniche a fresco negli anni dal 2005 al 2008.

Nella **Figura 3.18** sono rappresentate le percentuali di gravidanza ottenute con tecniche a fresco sui prelievi effettuati dal 2005 al 2008. Sia per la tecnica FIVET che per la ICSI si registra un lieve aumento nelle percentuali di gravidanza nel 2008 rispetto all'anno precedente. Nell'ultimo anno ci sono delle lievi differenze tra le due tecniche, in termini di risultati ottenuti.

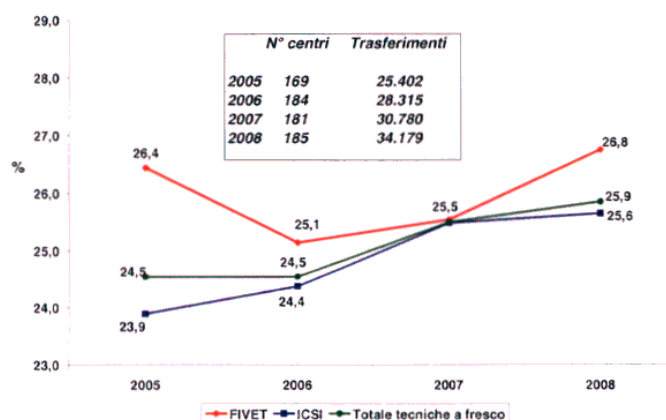
Figura 3.18 Percentuali di gravidanza ottenute con tecniche a fresco (FIVET e ICSI) su prelievi effettuati. Anni 2005-2008.



La **Figura 3.19** mostra le percentuali di gravidanza ottenute con tecniche a fresco nei tre periodi precedentemente menzionati, ma questa volta rapportate ai trasferimenti di embrioni eseguiti.

Anche in questo caso valgono le considerazioni fatte precedentemente: infatti si può notare una leggera differenza nei risultati conseguiti con l'utilizzo della FIVET o della ICSI per quest'ultimo anno.

Figura 3.19 Percentuali di gravidanza ottenute con tecniche a fresco (FIVET e ICSI) sui trasferimenti eseguiti. Anni 2005-2008.



Percentuale di parti gemellari e trigemini ottenuti con l'applicazione di tecniche a fresco

La **Figura 3.20** mostra la percentuale di parti multipli, divisi in gemellari e trigemini, sul totale di quelli ottenuti con l'applicazione delle tecniche a fresco. Nel passaggio dal 2005 al 2008 sembra esserci stata una leggera diminuzione della percentuale di parti multipli in generale (-0,4%), questa diminuzione è da attribuirsi, però, soltanto ad una lieve flessione dei parti gemellari, in quanto la percentuale di parti trigemini appare costante nei quattro anni. Viceversa se ci riferiamo ai valori dell'anno precedente c'è stato un lieve aumento passando dal 23,4% nel 2007 al 23,9% nel 2008. Mentre la percentuale di parti gemellari è più o meno allineata alla media Europea che è del 21,0%, (dati European Society of Human Reproduction and Embriology – ESHRE, 2005), la percentuale di parti trigemini, che in Italia nel 2008 è pari al 2,7%, appare molto superiore a quella Europea che mostra un costante trend decrescente che va dall'1,3% allo 0,8%, (dati ESHRE 2002-2005). Esiste una grande varietà tra centro e centro nella distribuzione dei parti secondo il genere. Pur analizzando soltanto i centri che ottengono almeno 10 parti, la percentuale di parti trigemini varia da un minimo dello 0,0% ad un massimo del 30,8%.

Riscontrando questa diversità di valori, abbiamo suddiviso i centri in diverse classi a seconda della percentuale di parti trigemini ottenuti (**Tabella 3.6**) e abbiamo considerato per ognuna di esse i cicli e i parti (i centri sono 124 poiché sono stati esclusi 47 centri che hanno ottenuto meno di 10 parti). Nella prima fascia sono stati inclusi i centri con percentuale di parti trigemini compresi fra lo 0,0% e il 2,5%, valori inferiori quindi alla media nazionale. Nella seconda quelli con valori compresi fra il 2,6% e il 10% e nella terza quelli con i valori maggiori del 10%, fino al valore massimo rilevato (30,8%). Nella prima fascia, erano presenti 76 centri che hanno eseguito 28.433 cicli pari al 65,9% del totale dei cicli iniziati nei 124 centri presi in esame, e hanno ottenuto 3.872 parti corrispondenti al 64,5% del totale dei parti. Nella seconda fascia, troviamo 42 centri che hanno eseguito 13.634 cicli pari al 31,6% e hanno ottenuto 1.999 parti corrispondenti al 33,3%. Nella terza e ultima fascia con valori maggiori del 10%, troviamo 6 centri che hanno eseguito 1.080 cicli pari al 2,5% e hanno ottenuto 133 parti corrispondenti al 2,2%. In questa fascia rientra il centro con il valore massimo di parti trigemini pari al 30,8%. In particolare tale centro ha eseguito 53 cicli ottenendo 13 parti di cui 8 singoli, 1 gemellare, e 4 trigemini.

Il valore espresso del 30,8% è quindi un dato episodico di un singolo centro che non può avere valenza interpretativa di una prassi ma potrebbe essere riferito al caso.

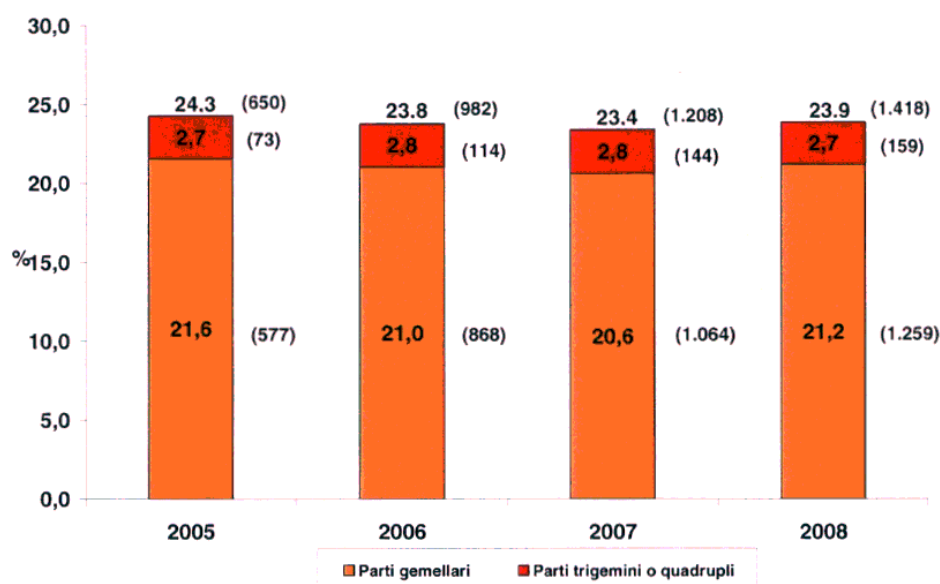
Infatti alcuni centri che hanno riportato quest'anno i valori più alti, in anni precedenti hanno riportato valori di parti trigemini pari a zero.

Tabella 3.6 Classi di parti trigemini (%) in rapporto alla numerosità dei cicli eseguiti nei centri

	Centri con % di parti trigemini < 2,5	Centri con % di parti trigemini compresi tra 2,5 e 10	Centri con % di parti trigemini > 10
N° Centri	76	42	6
N° cicli iniziati	28.433	13.634	1.080
% sul totale dei cicli iniziati	65,9	31,6	2,5
N° parti	3.872	1.999	133
% sul totale dei parti	64,5	33,3	2,2

Questi dati possono risultare condizionati dalla perdita di informazioni sugli esiti delle gravidanze soprattutto per quanto riguarda gli anni 2005 e 2006, mentre nell'ultima raccolta dati la perdita di informazioni è stata contenuta al 12,6%, e questo rende più solide le informazioni riportate.

Figura 3.20 Percentuale del genere di parto ottenuto con l'applicazione delle tecniche a fresco. Anni 2005-2008. (tra parentesi sono indicati i valori assoluti).

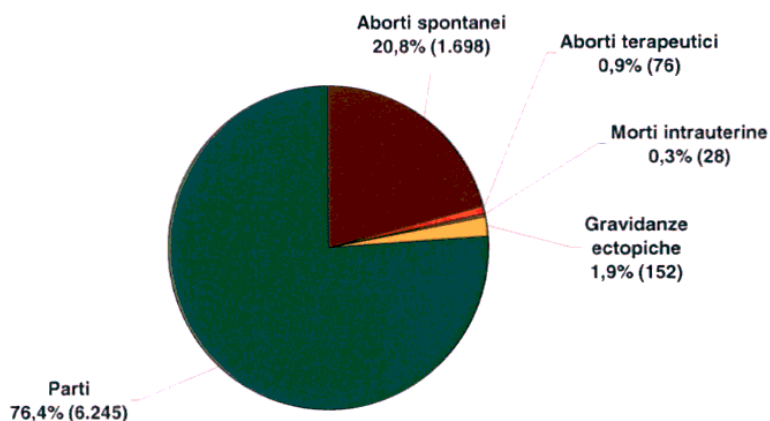


Monitoraggio delle gravidanze.

Le gravidanze ottenute dall'applicazione delle tecniche di PMA di secondo e terzo livello, sia a fresco che da scongelamento, nel 2008 sono state 9.353. Delle 8.173 gravidanze monitorate il 76,4% giunge al parto, come si può osservare dalla **Figura 3.21**. Il 20,8% esita in un aborto spontaneo e lo 0,9% in aborti terapeutici. Si perdono le informazioni relativamente a 1.180 gravidanze che rappresentano il 12,6% del totale.

Dai 6.245 parti nascono vivi 7.855 bambini. I nati morti ammontano a 25 e rappresentano lo 0,3% del totale dei nati.

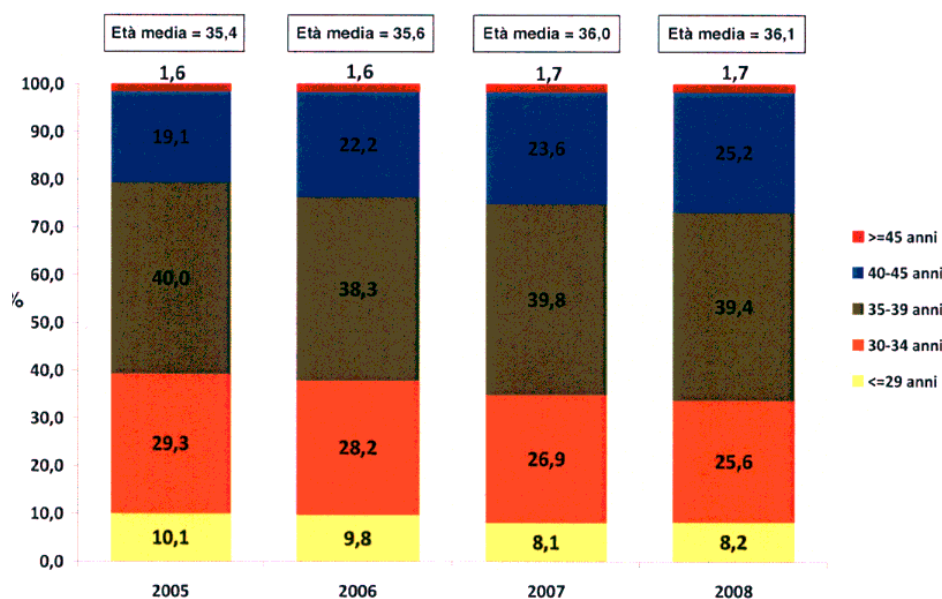
Figura 3.21 Esiti delle gravidanze monitorate ottenute da tecniche a fresco e da tecniche di scongelamento, nell'anno 2008 (in parentesi è espresso il numero di gravidanze in valore assoluto).



Analisi per classi di età delle pazienti

Nella **Figura 3.22** sono rappresentate sia la composizione dei cicli a fresco iniziati secondo l'età delle pazienti espressa in classi, sia il calcolo dell'età media delle pazienti per ciclo iniziato, negli anni 2005, 2006, 2007 e 2008. È importante considerare che il Registro Nazionale raccoglie questo tipo di dato con modalità aggregata, esprimendo l'età delle pazienti in classi. L'età media è quindi calcolata considerando il valore centrale di ogni classe di età.

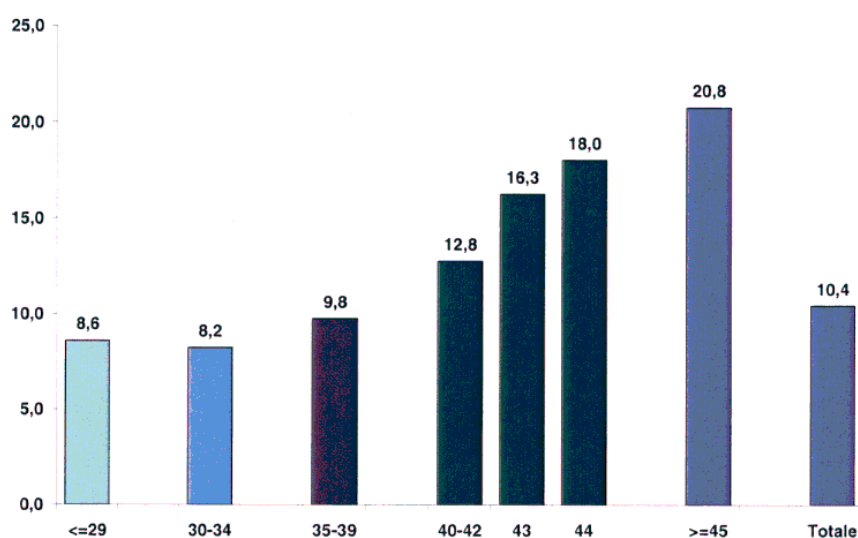
Si può osservare come aumenti la frequenza dei cicli sulle pazienti di età elevata (+6,1% nella classe 40-45 anni dal 2005 al 2008) e diminuisca la frequenza dei cicli in cui l'età delle pazienti è più bassa, (-1,9% per cicli su pazienti con meno di 30 anni e -3,7% per la classe di età 30-34 anni). Questo comporta un aumento dell'età media delle pazienti trattate, che passa dai 35,4 anni del 2005 ai 36,1 del 2008. Va evidenziato che l'età media delle pazienti che in Italia si sottopongono a terapie di procreazione assistita è più elevata rispetto a quanto si osserva in altri paesi europei. Applicando lo stesso tipo di calcolo dell'età media ai dati del Registro Europeo, otteniamo, infatti, per il 2005 un'età media di 33,8 anni.

Figura 3.22 Distribuzione dei cicli a fresco per classi di età delle pazienti. Anni 2005-2008.

Effetto dell'età delle pazienti sulla possibilità che il ciclo venga sospeso dopo la stimolazione ovarica.

Dopo la stimolazione ovarica esiste la possibilità che il ciclo venga sospeso, prima di giungere alla fase del prelievo ovocitario. Questa sospensione può dipendere da vari fattori, può infatti subentrare una risposta eccessiva o una mancata risposta alla stimolazione ovarica.

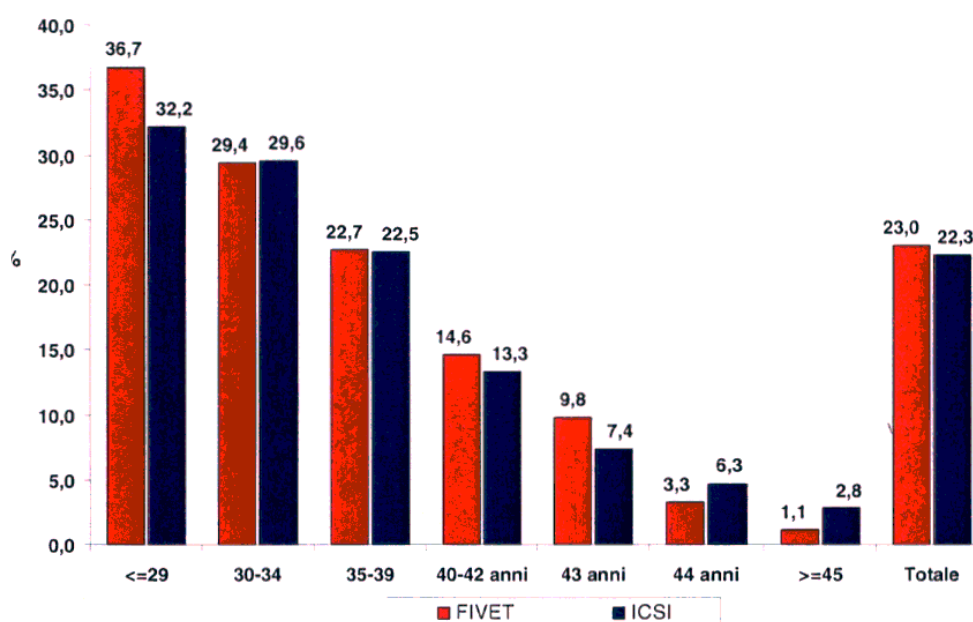
Il rischio che possa verificarsi una sospensione del trattamento, è connesso all'aumentare dell'età delle pazienti, come rappresentato nella **Figura 3.23**. Se, infatti, nelle classi di età fino a 39 anni il rischio di sospensione di un ciclo prima del prelievo si mantiene più o meno costante, a partire da 40 anni, questo rischio aumenta col crescere dell'età delle pazienti, fino a raddoppiare a 44 anni e a triplicare per le donne dai 45 anni in su.

Figura 3.23 Distribuzione della percentuale di cicli sospesi sul totale di quelli iniziati nell'anno 2008, secondo la classe di età delle pazienti.

Probabilità di ottenere una gravidanza con l'aumentare dell'età della paziente Una delle variabili che maggiormente influisce sul buon esito dell'applicazione delle tecniche di fecondazione assistita, e quindi sulla probabilità di ottenere una gravidanza, è l'età della paziente. Le percentuali di gravidanza rappresentate in **Figura 3.24**, secondo la classe di età delle pazienti, sono calcolate sul numero di prelievi effettuati.

Risulta evidente l'esistenza di una relazione inversamente proporzionale tra l'età e le percentuali di gravidanza ottenute. All'aumentare dell'età, infatti, il rapporto tra gravidanze ottenute e prelievi effettuati subisce una progressiva flessione. E se, dai dati raccolti, si evince che per l'anno 2008, in pazienti con meno di 29 anni, su cento cicli iniziati si sono ottenute tra le 32 e le 37 gravidanze a seconda della tecnica adottata, è anche vero che, in pazienti con 45 anni o più, su cento cicli iniziati si sono ottenute tra le 1 e le 3 gravidanze, sempre a seconda della tecnica impiegata.

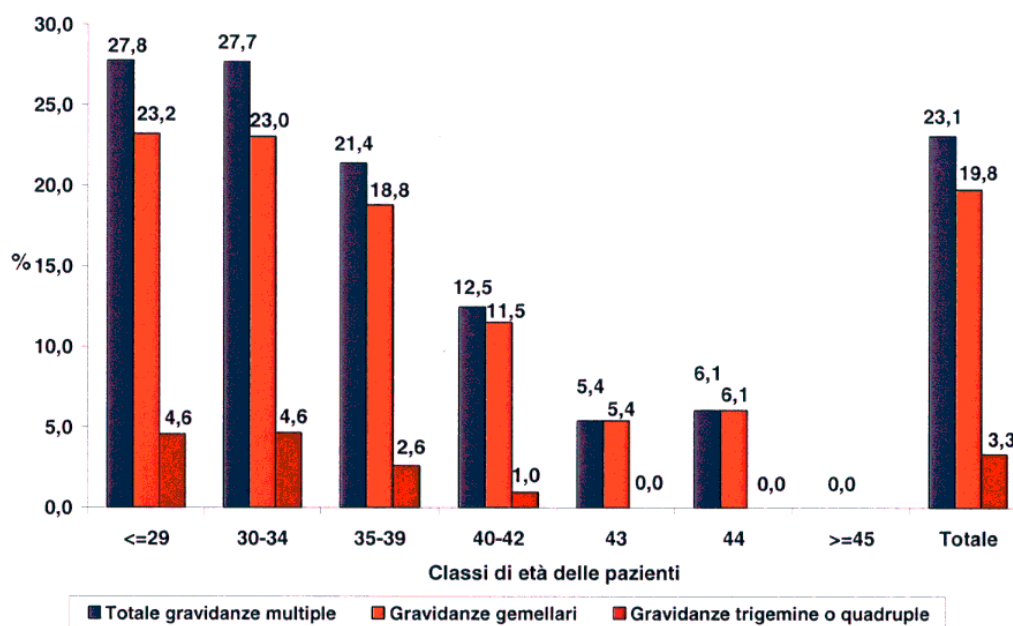
Figura 3.24 Percentuali di gravidanza sui prelievi da tecniche a fresco nell'anno 2008 per classi di età delle pazienti.



Possibilità di gravidanze multiple al variare dell'età, nei trattamenti di PMA. Come si può osservare nella **Figura 3.25**, la probabilità di ottenere una gravidanza gemellare o trigemina, diminuisce all'aumentare dell'età delle pazienti. In generale sul totale delle gravidanze ottenute da tecniche di secondo e terzo livello, sia a fresco che da scongelamento, le gravidanze multiple sono pari al 23,1%, di cui il 19,8% risultano gemellari, e nel restante 3,3% si parla di gravidanze trigemine, in cui per comodità di esposizione sono state incluse anche quattro gravidanze quaduple. Nella classi di età più basse, ovvero quelle che includono le pazienti sotto i 30 anni e tra i 30 e i 34 anni le percentuali di gravidanze multiple sono molto simili e rispettivamente pari al 27,8% e 27,7%. Il rischio di ottenere una gravidanza multipla decresce in maniera marcata sino al 21,4% nella classe che comprende le pazienti con età compresa tra i 35 e i 39 anni. Dai 40 anni in poi la

diminuzione della percentuale di gravidanze multiple è molto più sostanziale, sino ad annullarsi completamente a partire dal quarantacinquesimo anno di età.

Figura 3.25 Percentuali di gravidanze multiple, suddivise in gemellari e trigemini, sul totale delle gravidanze ottenute secondo le classi di età delle pazienti nell'anno 2008.



3.3 Trattamenti ed esiti delle tecniche di PMA di I livello (Inseminazione Semplice) nell'anno 2008

Adesione alla raccolta dati

Alla raccolta dati relativa all'applicazione della tecnica di Inseminazione Semplice, hanno partecipato 297 centri su un totale di 354 iscritti al registro ed autorizzati dalle regioni nel 2008. I centri che non hanno inviato i dati sono stati 57. Questi hanno dichiarato di non aver svolto alcuna attività di Inseminazione Semplice nel 2008. In 16 casi (28,1%), i centri hanno inviato all'ISS la documentazione relativa al mancato svolgimento di attività per sopraggiunti problemi logistici, mentre nei restanti 41 casi (71,9%), nonostante il centro fosse aperto, non è stato trattato alcun paziente.

Anche nella raccolta dati di quest'anno è stata raggiunta la completa adesione all'indagine del Registro Nazionale. L'analisi valuterà, quindi, l'intera attività di Inseminazione Semplice praticata nel paese.

La tecnica di Inseminazione Semplice viene applicata sia dai centri di I livello che da quelli di II e III livello. Spesso nell'analisi sarà distinta l'attività dei 122 centri di I livello e quella dei 175 centri di II e III livello.

La **Tabella 3.7** mostra il numero di centri, divisi per livello, che hanno effettivamente inviato i propri dati al Registro Nazionale, il numero di quelli tenuti all'invio dei dati e il numero di centri che nel 2008 non hanno svolto attività.

Tab. 3.7: Centri partecipanti all'indagine del Registro Nazionale relativa all'Inseminazione Semplice per l'anno 2008 secondo il livello dei centri.

Livello dei centri	Centri tenuti all'invio di dati	Centri partecipanti all'indagine	Centri che non hanno svolto attività nel 2008
I Livello	147	122	25
II e III Livello	207	175	32
Totale	354	297	57

Nel nostro paese pratica attività di fecondazione assistita un cospicuo numero di centri che effettuano un numero non elevato di cicli di trattamento.

Nella **Tabella 3.8** vengono classificati i 147 centri di I livello, ovvero quelli che applicano soltanto l'Inseminazione Semplice secondo il numero di pazienti trattati nell'anno 2008.

Tab. 3.8 Distribuzione dei centri secondo il numero di pazienti trattati con Inseminazione Semplice nell'anno 2008.

Pazienti trattati	Numero centri	Percentuale	Percentuale cumulata
Nessun paziente	25	17,0	17,0
Tra 1 e 20 pazienti	41	27,9	44,9
Tra 21 e 50 pazienti	46	31,3	76,2
Tra 51 e 100 pazienti	28	19,0	95,2
Più di 100 pazienti	7	4,8	100,0
Totale	147	100,0	-

Come già fatto osservare nella tabella precedente, esistono 25 centri (17,0% del totale, -4% rispetto al 2007) di I livello in cui non sono stati trattati pazienti. Ovviamente questi centri verranno esclusi dalle analisi successive. I centri che hanno svolto la propria attività su un numero di coppie non superiore a 20 sono 41 e rappresentano il 27,9% della totalità dei centri. I centri che trattano fino a 50 coppie di pazienti in un anno sono il 76,2% del totale. I centri che trattano un numero di coppie superiore a 100 sono solo 7 e rappresentano il 4,8% dei centri di primo livello.

Efficacia delle tecniche di primo livello (Inseminazione Semplice).

Centri, pazienti trattati e cicli effettuati In Tabella 3.9 è riportato il numero di centri in cui è stato iniziato almeno un trattamento di Inseminazione Semplice durante l'anno 2008, il numero di pazienti trattati e di cicli iniziati, secondo la regione e l'area geografica.

Tab. 3.9: Numero di centri, di pazienti trattati e di cicli iniziati con Inseminazione Semplice secondo la regione ed area geografica nell'anno 2008

Regioni ed aree geografiche	Numero di centri		Numero di pazienti		Numero di cicli iniziati (inclusi i cicli sospesi)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Piemonte	23	7,7	1.353	7,1	2.010	6,4
Valle d'Aosta	1	0,3	48	0,3	100	0,3
Lombardia	56	18,9	4.282	22,5	8.330	26,6
Liguria	6	2,0	425	2,2	1.280	4,1
Nord ovest	86	29,0	6.108	32,1	11.720	37,5
P.A. Bolzano	5	1,7	287	1,5	574	1,8
P.A. Trento	1	0,3	89	0,5	194	0,6
Veneto	27	9,1	1.493	7,8	2.443	7,8
Friuli Venezia Giulia	5	1,7	274	1,4	518	1,7
Emilia Romagna	14	4,7	1.203	6,3	1.750	5,6
Nord est	52	17,5	3.346	17,6	5.479	17,5
Toscana	19	6,4	1.074	5,6	1.662	5,3
Umbria	2	0,7	235	1,2	576	1,8
Marche	1	0,3	186	1,0	403	1,3
Lazio	52	17,5	2.789	14,7	4.328	13,8
Centro	74	24,9	4.284	22,5	6.969	22,3
Abruzzo	3	1,0	717	3,8	725	2,3
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	28	9,4	1.747	9,2	2.284	7,3
Puglia	11	3,7	555	2,9	670	2,1
Basilicata	2	0,7	236	1,2	394	1,3
Calabria	5	1,7	174	0,9	192	0,6
Sicilia	32	10,8	1.378	7,2	1.756	5,6
Sardegna	4	1,3	487	2,6	1.079	3,5
Sud e isole	85	28,6	5.294	27,8	7.100	22,7
Totale	297	100,0	19.032	100,0	31.268	100,0

I centri che hanno partecipato alla raccolta dati sono 297. Le aree geografiche in cui la prevalenza numerica di centri è più importante sono il "Nord Ovest" con 86 centri (29,0% del totale) ed il "Sud e Isole" con 85 (28,6% del totale).

Le regioni maggiormente rappresentate nell'analisi sono la Lombardia con 56 centri (18,9%), il Lazio con 52 (17,5%) e la Sicilia con 32 (10,8%).

Sono state attivate procedure di Inseminazione Semplice su un totale di 19.032 coppie di pazienti (60 in più rispetto al 2007). I cicli iniziati sono pari a 31.268, 283 procedure in meno rispetto al 2007 (-0,9%).

E' da notare che, nonostante il numero di centri quasi uguale, le aree geografiche del "Nord ovest" e del "Sud e Isole" differiscono molto per quanto riguarda il numero di cicli di Inseminazione Semplice effettuati: 11.720 cicli (37,5% del totale) e 7.100 cicli (22,7%) rispettivamente.

In particolare più di un ciclo su quattro di Inseminazione Semplice viene eseguito nella sola regione Lombardia in cui si sono iniziati il 26,6% del totale dei cicli di Inseminazione Semplice.