

LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLA DONNA



LA SALUTE RIPRODUTTIVA DELLA DONNA

ISBN 978-88-458-1944-5
© 2017
Istituto nazionale di statistica
Via Cesare Balbo, 16 - Roma

Salvo diversa indicazione la riproduzione è libera,
a condizione che venga citata la fonte.

Immagini, loghi (compreso il logo dell'Istat),
marchi registrati e altri contenuti di proprietà di
terzi appartengono ai rispettivi proprietari e non
possono essere riprodotti senza il loro consenso.



INDICE

	Pag.
Premessa	7
Capitolo 1 – Il contesto demografico	9
1.1 Introduzione	9
1.2 La popolazione residente: evoluzione e caratteristiche	9
1.3 Le fasi alterne del comportamento riproduttivo	11
1.4 Fecondità attesa e realizzata delle donne con un figlio	17
1.5 Conclusioni	20
Capitolo 2 – La contraccezione femminile in Italia	21
2.1 Introduzione	21
2.2 L'Italia nel contesto internazionale e le sue specificità	22
2.3 La rivoluzione contraccettiva in via di completamento: il declino del coito interrotto	27
2.4 Donne che non ricorrono alla contraccezione: fattori sociali e	29
2.5 Altri aspetti della contraccezione	31
2.5.1 <i>Un solo metodo o più di uno?</i>	31
2.5.2 <i>Prima della coppia: la contraccezione tra i giovani</i>	33
2.5.3 <i>Contraccezione di emergenza più diffusa tra le donne giovani e istruite</i>	36
2.5.4 <i>Donne straniere e comportamenti contraccettivi</i>	37
2.6 Conclusioni	39
Capitolo 3 – La gravidanza	41
3.1 Introduzione	41
3.2 L'avvio del percorso assistenziale	41
3.3 La salute delle donne in gravidanza	44
3.4 I controlli in gravidanza	45
3.5 Esposizione al fumo in gravidanza	48
3.6 La tutela della gravidanza sul lavoro	49
▶ <i>La Procreazione medicalmente assistita</i>	53
3.7 Conclusioni	58

	Pag.
Capitolo 4 – Il parto	59
4.1 Introduzione	59
4.2 Parto cesareo	59
4.3 Medicalizzazione del parto spontaneo	63
4.4 Conclusioni	65
Capitolo 5 – L'allattamento in Italia all'inizio del terzo millennio: fragilità e punti di forza	67
5.1 Introduzione	67
5.2 Il quadro iniziale	68
5.3 Un inizio a volte impossibile	72
5.4 Abbandono precoce, la complessità	73
5.5 Sei mesi di allattamento esclusivo: chi ce la fa?	76
5.6 Conclusioni	77
Capitolo 6 – Gli esiti negativi del concepimento	79
6.1 Introduzione	79
6.2 L'interruzione volontaria della gravidanza	79
6.2.1 <i>Un fenomeno in costante diminuzione</i>	80
6.2.2 <i>La diminuzione avviene in tutte le età, più marcatamente tra le giovani</i>	81
6.2.3 <i>I cambiamenti per stato civile</i>	82
6.2.4 <i>Lo status socio-economico</i>	83
6.2.5 <i>Le donne straniere</i>	84
6.2.6 <i>Il territorio</i>	87
6.2.7 <i>La presenza di figli</i>	87
6.2.8 <i>L'abortività ripetuta</i>	88
6.3 L'aborto spontaneo	90
6.3.1 <i>L'andamento del fenomeno</i>	91
6.3.2 <i>Le caratteristiche delle donne</i>	94
6.3.3 <i>L'abortività ripetuta</i>	95
▶ <i>La natimortalità</i>	97
6.4 Conclusioni	99
Capitolo 7 – La mortalità neonatale, post-neonatale ed infantile in Italia	101
7.1 Introduzione	101
7.2 Definizioni e indicatori	101
7.2.1 <i>Estrazione dei dati</i>	101
7.2.2 <i>Definizioni</i>	102
7.3 La mortalità nel primo anno di vita in Italia dal 2006 al 2013	102
7.3.1 <i>La mortalità per età e causa di morte</i>	102
7.3.2 <i>La mortalità degli italiani e degli stranieri residenti in Italia</i>	106
7.3.3 <i>La mortalità neonatale e infantile per ripartizione geografica</i>	110
7.4 Conclusioni	111

	Pag.
Capitolo 8 – La mortalità materna	113
8.1 Introduzione	113
8.2 Mortalità materna: definizioni e indicatori	113
8.3 La difficoltà della rilevazione delle morti materne	115
8.4 Le ricerche dell'Iss sulla mortalità e grave morbosità materna	117
8.5 Risultati del progetto pilota della sorveglianza della mortalità materna Iss-Regioni	118
8.6 La sorveglianza ostetrica Iss-Regioni nel 2015-2016	124
8.7 Prospettive future	125
8.8 Conclusioni	126
Riferimenti bibliografici	127

PREMESSA¹

La salute riproduttiva (e più in generale quella materno-infantile) rappresenta una tematica prioritaria della salute pubblica, sia perché la gravidanza e il parto in Italia sono la prima causa di ricovero per le donne, sia perché gli indicatori relativi a questa sfera della salute sono utilizzati a livello internazionale per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria di un Paese.

Nella presente pubblicazione vengono trattati diversi aspetti della salute riproduttiva (contraccezione, gravidanza, parto, allattamento, abortività, mortalità infantile e materna) inquadrati in un contesto demografico (Capitolo 1) caratterizzato, come è ormai noto, da una crescente tendenza all'invecchiamento della popolazione, nonostante il forte incremento della presenza femminile straniera degli ultimi venti anni. Questa ha contribuito a rallentare, ma non frenare, la decrescita della fecondità, che negli ultimi anni si caratterizza anche per una posticipazione delle scelte riproduttive. Viene altresì illustrata la distanza tra numero di figli effettivamente avuti e numero di figli attesi: infatti proprio la famiglia con due figli resta la composizione familiare più frequentemente attesa.

Un aspetto rilevante della salute riproduttiva è dato dall'opportunità di poter regolare la propria fecondità, anche attraverso l'uso di contraccezione. A questo proposito, nel Capitolo 2 vengono riportati i risultati dell'ultima indagine Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", che costituisce il più recente riferimento per studiare i comportamenti contraccettivi in Italia. Nonostante un maggior ricorso a metodi moderni (soprattutto pillola e preservativo), non si può ancora affermare che in Italia sia stata compiuta in modo definitivo la "rivoluzione" contraccettiva, intesa come transizione verso una diffusione estesa di metodi moderni ed efficaci.

Quando si inizia una gravidanza, con essa inizia un percorso complesso che presenta effetti su molteplici aspetti della vita quotidiana; alcuni di questi vengono analizzati nel Capitolo 3, come ad esempio il percorso assistenziale, gli stili di vita, il mondo del lavoro. In Italia la gravidanza viene trattata come un evento eccessivamente medicalizzato: esami e controlli medici sono molto più frequenti rispetto a quanto previsto dalle linee guida ministeriali e non sono sempre giustificati da gravidanze patologiche; inoltre non è dimostrato che questo garantisca maggiore sicurezza, ma potrebbe invece esporre ad un più elevato rischio di falso positivo, con conseguenti trattamenti inutili.

Un aspetto positivo è certamente l'aumentata consapevolezza da parte delle donne dei rischi che si corrono nell'adottare stili di vita non salutari, quali ad esempio il fumo in gravidanza.

La tutela del lavoro in gravidanza, inoltre, permette alla donna di ricorrere all'astensione anticipata dal lavoro, oppure ad una riallocazione in lavori più adatti nel caso di gravidanze a rischio. Nella maggior parte dei casi comunque si esce dal mercato del lavoro dopo il sesto o settimo mese di gestazione.

All'interno di questo capitolo viene dedicato uno specifico approfondimento alla Procreazione medicalmente assistita, tramite la quale in Italia nel 2014 è venuto alla luce il 2,7 per cento dei nati vivi totali.

Così come la gravidanza, anche l'evento nascita in Italia risulta fortemente medicalizzato (Capitolo 4). In primis appare evidente un elevato ricorso al taglio cesareo, nonostante

¹ Il volume è a cura di Marzia Loghi e Roberta Crialesi.

tutte le raccomandazioni presenti nelle linee guida emanate dal Ministero della Salute; questo avviene anche tra le primipare, con la conseguenza di rendere più probabile la ripetizione del cesareo negli eventuali parti successivi. Ma anche in caso di parto spontaneo spesso vengono utilizzate pratiche non sempre giustificate dalle condizioni di necessità clinica previste dalle linee guida ministeriali per la tutela della salute del nascituro e della donna.

Il ricorso all'allattamento al seno, di cui si tratta nel Capitolo 5, dovrebbe rappresentare un approccio naturale che succede all'evento nascita. Se però, come già accennato, la gravidanza e il parto non sono stati vissuti come eventi fisiologici, aumentano anche i rischi dell'insuccesso e/o dell'abbandono precoce dell'allattamento al seno. Molti sono i fattori che influenzano questa scelta (caratteristiche del punto nascita, della madre, il contesto, le condizioni di salute, la propensione verso comportamenti sani, ecc.) e la loro interconnessione rende più complicato un intervento teso a raggiungere il comportamento ottimale, ovvero l'allattamento esclusivo fino a sei mesi.

Non tutte le gravidanze terminano con esito positivo, cioè con un nato vivo. Nel Capitolo 6 vengono quindi analizzati gli esiti negativi: le interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), gli aborti spontanei e i nati morti. Com'è noto l'aborto è stato legalizzato in Italia nel 1978 tramite la legge n. 194; la sua piena applicazione, verificata e monitorata costantemente dal Ministero della Salute, ha fatto sì che il numero di Ivg si sia più che dimezzato nel corso di oltre 35 anni, e con esso tutti gli indicatori di abortività volontaria che ne conseguono. Anche tra le donne straniere, che presentano comunque una più elevata propensione all'aborto volontario, si assiste da qualche anno ad un declino del fenomeno.

Gli indicatori di abortività spontanea presentano un trend crescente (seppur in modo contenuto), ma quando vengono depurati dell'effetto derivante dall'età la situazione si capovolge rafforzando, se mai ce ne fosse bisogno, la consapevolezza che il posticipo delle scelte riproduttive, illustrato nel Capitolo 1, non può non avere conseguenze anche sugli esiti negativi.

Un box interno al capitolo 6 illustra i problemi definitivi a livello internazionale della misura della natimortalità.

Infine, due fenomeni su cui è importante mantenere alto il livello di attenzione sono quelli relativi alla mortalità infantile e alla mortalità materna trattati nei Capitoli 7 e 8.

Grazie al miglioramento degli screening, delle diagnosi prenatali e a un adeguato monitoraggio delle donne in gravidanza la mortalità infantile è scesa a livelli molto bassi anche se permangono differenze significative tra italiani e stranieri e soprattutto tra Nord e Sud Italia. Il miglioramento della qualità dell'assistenza alla madre e al neonato durante il travaglio, alla nascita, nel primo giorno e nella prima settimana di vita sono riconosciuti a livello internazionale come il fulcro sul quale far leva per perseguire l'obiettivo di ridurre ulteriormente la mortalità materna e infantile nei prossimi anni.

1. IL CONTESTO DEMOGRAFICO¹

1.1 Introduzione

Negli ultimi dieci anni in Italia si è assistito a fondamentali trasformazioni socio-demografiche, avvenute anche per effetto delle diverse esperienze di vita delle generazioni. La dinamica naturale si è fatta via via più debole e si è osservato un rallentamento nel ritmo di crescita della popolazione (Istat, 2016a). A partire dal 2015 si profila una nuova fase caratterizzata dal declino demografico: il consistente saldo naturale negativo (dovuto all'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'aumento dei decessi), unito alla continua diminuzione del saldo migratorio, ha portato infatti al decremento della popolazione (Istat, 2016b). Il trend di diminuzione della popolazione è stato, seppur parzialmente, contrastato dal contributo dell'immigrazione.

Tra i fenomeni che hanno infatti maggiormente caratterizzato il nostro Paese negli ultimi venti anni emerge senza dubbio quello migratorio. Il forte incremento della presenza femminile straniera, determinato sia dai ricongiungimenti familiari sia dalle maggiori opportunità di inserimento nel mercato del lavoro, ha influito sulla dinamica demografica complessiva, con forte impatto sulla consistenza e sulla struttura della popolazione nonché sull'andamento dei principali indicatori demografici.

1.2 La popolazione residente: evoluzione e caratteristiche

La popolazione residente decresce e invecchia. A fine 2016 risiedono in Italia 60.589.445 persone, di cui più di cinque milioni di cittadinanza straniera (8,3 per cento sul totale dei residenti). Rispetto al 2007, la popolazione è cresciuta di 2.365.701 unità con un incremento pari al 4,1 per cento (Tavola 1.1). Nel 2016 la popolazione residente ha registrato un evidente calo in linea col 2015 quando per la prima volta negli ultimi novanta anni si è verificato un saldo complessivo negativo. La diminuzione riguarda esclusivamente la popolazione di cittadinanza italiana mentre la popolazione straniera mostra un moderato aumento.

L'aumento della sopravvivenza, specie tra le donne, e il calo della natalità hanno reso l'Italia uno dei paesi con il più elevato livello di invecchiamento. L'età media è 44,9 anni e la popolazione con meno di 15 anni continua a ridursi (13,5 per cento a fine 2016, due punti decimali in meno rispetto all'anno precedente). Al 1° gennaio 2017 l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella con meno di 15 anni arriva al 165,3 per cento, rispetto a 148,6 di cinque anni prima. L'invecchiamento della popolazione ha prodotto una contrazione del numero di donne in età adulta; in particolare, in soli dieci anni, la proporzione di donne tra 15 e 35 anni è passata dal 24,4 per cento del 2007 al 21 per cento nel 2017, con una conseguenza diretta sulla riduzione delle nascite o dei primi matrimoni, anche a parità di propensione ad avere figli o sposarsi. Peraltro, il processo di invecchiamento è destinato ad accelerare nel prossimo futuro, ed avrà, come ovvio, evidenti effetti sulla crescita e la composizione della spesa previdenziale, sanitaria e assistenziale.

¹ Il capitolo è a cura di Cinzia Castagnaro e Antonella Guarneri. Il paragrafo 1.4 è da attribuire a Francesca Rinesi.

A contrastare questo processo di invecchiamento, interviene la presenza straniera con conseguenze dirette sulla crescita della popolazione e indirette sui comportamenti demografici, in particolare sulla ripresa della natalità e della fecondità.

I cittadini stranieri residenti in Italia nello stesso intervallo sono raddoppiati. Inoltre, se nel 2007 il peso della popolazione straniera residente sul totale della popolazione era pressoché uguale nei due generi, nel 2017 il peso percentuale della componente femminile straniera è più elevato rispetto a quella maschile (le straniere residenti rappresentano l'8,5 per cento della popolazione femminile contro l'8,2 per cento di quella maschile). La presenza straniera, sia in valore assoluto che come peso percentuale sul totale dei residenti, non è omogenea all'interno del territorio nazionale: al 1° gennaio 2017 gli stranieri rappresentano infatti oltre il 10 per cento del totale della popolazione residente nel Centro-Nord, mentre lo stesso valore è pari a 4,0 per cento nel Mezzogiorno.

Tavola 1.1 - Popolazione residente per sesso, cittadinanza e ripartizione geografica al 1° gennaio - Anni 2007 e 2017 (valori assoluti)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Popolazione residente			Popolazione residente straniera		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2007						
Nord-ovest	7.443.600	7.933.039	15.376.639	479.329	482.066	961.395
Nord-est	5.393.294	5.685.661	11.078.955	375.729	364.233	739.962
Centro	5.406.229	5.832.253	11.238.482	280.438	317.944	598.382
Sud	6.767.437	7.158.602	13.926.039	93.284	117.560	210.844
Isole	3.201.674	3.401.955	6.603.629	40.290	42.077	82.367
Italia	28.212.234	30.011.510	58.223.744	1.269.070	1.323.880	2.592.950
2017						
Nord-ovest	7.832.094	8.271.788	16.103.882	819.620	885.298	1.704.918
Nord-est	5.664.202	5.972.900	11.637.102	566.626	645.714	1.212.340
Centro	5.822.205	6.245.319	12.067.524	607.595	687.836	1.295.431
Sud	6.856.385	7.214.776	14.071.161	287.347	307.477	594.824
Isole	3.270.855	3.438.921	6.709.776	122.941	116.574	239.515
Italia	29.445.741	31.143.704	60.589.445	2.404.129	2.642.899	5.047.028

Fonte: Istat, Popolazione per sesso, età e stato civile; Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente; Istat, Popolazione straniera per sesso e età

Nella Tavola 1.2 è riportata la graduatoria delle prime dieci cittadinanze per numerosità della presenza femminile ponendo a confronto il 2007 con il 2017. Nel 2007 le cinque cittadinanze più numerose per presenza femminile, che nel complesso rappresentano circa il 45 per cento delle straniere residenti, sono la Romania, l'Albania, il Marocco, l'Ucraina e la Cina. Inoltre il tasso di femminilizzazione, che in media è di 49,9 straniere ogni 100 stranieri, varia per le diverse cittadinanze. Esso è massimo per la comunità ucraina (80,8 per cento) e per quella polacca (71,7 per cento) e minimo per la comunità marocchina (40,0 per cento) e albanese (44,4 per cento). Il tasso di femminilizzazione è un indicatore particolarmente rilevante in quanto le comunità che presentano valori alti sono quelle per le quali le migrazioni femminili sono dovute non tanto o non solo a ricongiungimenti familiari quanto anche a motivi di lavoro. In altre parole in queste comunità sono molto spesso le donne che assumono il ruolo di *breadwinner*.

Il processo di femminilizzazione dei flussi migratori è proseguito nel tempo: nel 2017 ogni 100 stranieri residenti circa 53 sono donne, in crescita rispetto al 2007. Nel 2017 le cinque comunità più numerose per presenza femminile sono le stesse del 2007 ma spicca l'aumento della comunità rumena per la quale cresce il tasso di femminilizzazione (passando da 52,6 a 57,4 per cento). Alcune comunità che mostravano già nel 2007 un alto livello di femminilizzazione (come ad esempio la collettività ucraina e moldava) hanno invece mostrato nel 2017 una lieve diminuzione.

1. Il contesto demografico

Tavola 1.2 - Popolazione straniera residente al 1° gennaio per sesso e graduatoria femminile delle prime dieci cittadinanze - Anni 2007 e 2017 (valori assoluti e percentuali)

PRIME 10 CITTADINANZE E TOTALE	Popolazione residente			Incidenza popolazione straniera femminile sul totale delle straniere residenti (a)	Tasso di femminilizzazione
	Maschi	Femmine	Totale		
			2007 (b)		
Romania	162.154	180.046	342.200	12,3	52,6
Albania	209.209	166.738	375.947	11,4	44,4
Marocco	205.852	137.376	343.228	9,4	40,0
Ucraina	23.058	97.012	120.070	6,6	80,8
Cina Rep. Popolare	76.739	68.146	144.885	4,6	47,0
Filippine	41.591	59.746	101.337	4,1	59,0
Polonia	20.516	51.941	72.457	3,5	71,7
Ecuador	27.004	41.876	68.880	2,9	60,8
Perù	25.884	40.622	66.506	2,8	61,1
Moldova	19.488	36.315	55.803	2,5	65,1
Altro	661.578	586.031	1.247.609	40,0	47,0
Totale	1.473.073	1.465.849	2.938.922	100	49,9
			2017		
Romania	497.577	670.975	1.168.552	23,2	57,4
Albania	229.870	218.537	448.407	8,9	48,7
Marocco	225.278	195.373	420.651	8,3	46,4
Ucraina	142.227	139.745	281.972	5,6	49,6
Cina Rep. Popolare	50.726	183.628	234.354	4,6	78,4
Moldova	71.888	94.571	166.459	3,3	56,8
Filippine	89.778	61.652	151.430	3,0	40,7
Polonia	45.512	90.149	135.661	2,7	66,5
Perù	88.263	34.165	122.428	2,4	27,9
India	76.754	36.011	112.765	2,2	31,9
Altro	74.186	34.018	108.204	2,1	31,4
Totale	2.404.129	2.642.899	5.047.028	100	52,4

Fonte: Istat, Bilancio Demografico e popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza

(a) Il tasso di femminilizzazione è calcolato come rapporto tra le residenti femmine ed il totale dei residenti. (b) Popolazione non ricostruita dopo il censimento della popolazione.

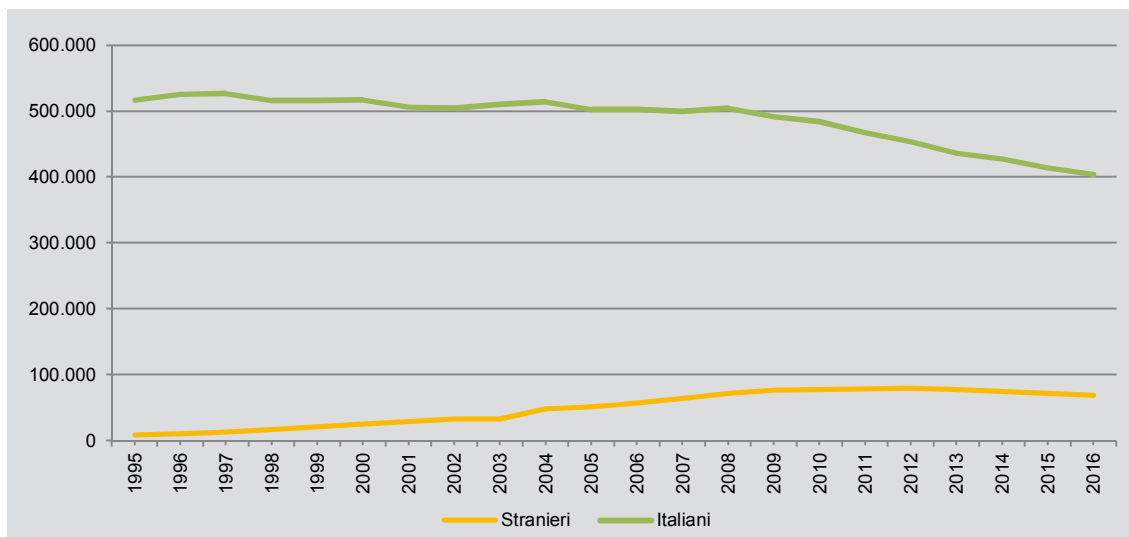
1.3 Le fasi alterne del comportamento riproduttivo

L'anno 1995 è un anno particolare per l'Italia in quanto si è registrato il minor numero medio di figli per donna (1,19), con un livello di 526.064 nati, minimo relativo di quegli anni.

A partire dal 1995, la natalità ha registrato una lieve ripresa durata fino al 2008 (576.659); a partire dal 2009 le nascite sono tornate nuovamente a diminuire fino ad arrivare nel 2016 al di sotto del mezzo milione (473.438). Le nascite sono state 12.342 in meno rispetto all'anno precedente e più di 100 mila in meno rispetto al picco del 2008. Tale diminuzione, come mostrato nella Figura 1.1, è ascrivibile prevalentemente alle nascite da genitori entrambi italiani ed è un fenomeno che ha riguardato tutte le aree del Paese.

La lenta ma costante ripresa durata fino al 2008 si è avviata nelle regioni del Centro-Nord, prevalentemente come risultato del progressivo incremento delle nascite da almeno un genitore straniero; nell'arco di pochi anni, infatti, queste sono cresciute fino a superare i 100 mila nati arrivando a costituire un quinto del totale dei nati a livello nazionale (quasi uno su 3 nelle regioni del Nord in cui è maggiore la presenza straniera). L'altra parte dell'incremento è attribuibile al recupero della fecondità da parte delle donne italiane nate a metà degli '60 (*baby boom*), che precedentemente avevano rinviato l'esperienza riproduttiva. Si tratta infatti di un collettivo di donne molto numeroso il cui peso ha avuto un impatto rilevante nell'andamento della natalità in Italia.

Figura 1.1 - Nati italiani e stranieri della popolazione residente in Italia - Anni 1995-2016 (valori assoluti)



Fonte: Istat, Rilevazione delle nascite; Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita; Istat, Bilancio Demografico e popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza

Successivamente, l'uscita delle *baby boomers* dall'età riproduttiva, è stato uno dei fattori responsabili della nuova diminuzione delle nascite a partire dal 2009.

Va detto che quello che osserviamo in Italia non è un caso isolato. In molti Paesi sviluppati si è osservato un fenomeno sostanzialmente analogo. Poiché questa diminuzione si è manifestata in coincidenza con la grave crisi economica alcuni studiosi (Goldstein et al., 2013; Lanzieri, 2013; Sobotka et al., 2011) hanno ipotizzato, tra gli altri fattori, l'esistenza di una relazione, a livello macro, tra il comportamento riproduttivo (misurato sia in termini di natalità che di fecondità) e la situazione economica (misurata facendo ricorso all'andamento del Pil o di alcuni indicatori del mercato del lavoro quali il tasso di occupazione o di disoccupazione).

A dispetto della diminuzione tendenziale della natalità, si nota un andamento crescente delle nascite da genitori stranieri, fino al 2009, seguito da un periodo di sostanziale stabilità durata fino al 2012, e poi una lieve caduta negli ultimi tre anni. Ponendo l'attenzione al confronto tra il 2006 con il 2016 (Tavola 1.3), si nota come la proporzione di nati da almeno un genitore straniero sia passata dal 14,2 per cento al 21,2 per cento circa sul totale dei nati residenti. La quota di nati da almeno un genitore straniero è quasi completamente assorbita da quella dei nati da entrambi stranieri (circa 3 su 4); tale quota è passata dal 10,3 per cento nel 2006 al 14,7 per cento nel 2016 sul totale dei nati residenti.

Notevoli sono le differenze territoriali: le nascite da genitori stranieri – pur se aumentate negli anni in tutto il Paese – sono molto più consistenti nel Centro-Nord che non nel Sud e nelle Isole. In particolare nel 2016 nel Nord oltre il 29 per cento ha almeno un genitore straniero e uno su cinque ha entrambi i genitori stranieri. Nel Mezzogiorno i nati da almeno un genitore straniero e da entrambi i genitori stranieri sono rispettivamente quasi il 9 e oltre il 5 per cento.

Anche per le donne straniere si registra tuttavia un invecchiamento della popolazione in età feconda (15-49 anni) e una diminuzione della propensione ad avere figli nel nostro Paese (Istat, 2015).

Andando ad analizzare la composizione per cittadinanza delle madri straniere, emergono al primo posto per numero di figli avuti le madri rumene (19.147 nati nel 2016), al

1. Il contesto demografico

secondo le madri marocchine (11.657), al terzo le madri albanesi (8.961); queste tre cittadinanze coprono il 42,7 per cento del totale dei nati da madri straniere.

Differenziando per tipologia di coppia, emergono forti differenze per cittadinanza, specchio del diverso comportamento riproduttivo e del diverso progetto migratorio proprio delle diverse nazionalità; si rivela molto elevata la propensione a formare una famiglia con figli tra concittadini (omogamia) per le comunità maghrebine, cinesi e, più in generale, per tutte le comunità asiatiche e africane. Mostrano invece un'accentuata propensione ad avere figli con partner italiani più che con connazionali le donne ucraine, polacche, moldave, russe e cubane immigrate nel nostro Paese.

Tavola 1.3 - Nati per sesso, cittadinanza dei genitori e ripartizione geografica - Anni 2006, 2015 e 2016 (valori assoluti e percentuali)

RIPARTIZIONI GEO- GRAFICHE	Nati (valori assoluti)			% Almeno un genitore straniero	% Entrambi stranieri
	Totale	Maschi	Femmine		
2006					
Nord-ovest	75301	71102	146403	20,5	15,6
Nord-est	55283	52324	107607	21,3	16,2
Centro	54533	51394	105927	16,9	11,9
Sud	70539	66338	136877	4,6	2,4
Isole	32845	30351	63196	4,2	2,4
Italia	288501	271509	560010	14,2	10,3
2015					
Nord-ovest	128199	66294	61905	28,7	21,1
Nord-est	93522	47923	45599	29,3	21,4
Centro	94171	48373	45798	23,7	17,0
Sud	115499	59340	56159	8,7	5,5
Isole	54389	28020	26369	7,8	4,9
Italia	485780	249950	235830	20,7	14,8
2016					
Nord-ovest	123011	63059	59952	29,2	20,8
Nord-est	90726	46648	44078	29,8	20,7
Centro	91265	46857	44408	24,3	16,9
Sud	111566	57344	54222	9,0	5,7
Isole	51777	26560	25217	8,2	5,1
Italia	468345	240468	227877	21,2	14,7

Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita; Movimento e calcolo della popolazione residente; Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza

Un altro fattore che ha avuto impatto sul calo delle nascite avviatosi a partire dal 2009, è ricollegabile anche al forte calo della nuzialità registrato nello stesso periodo (circa 43 mila nozze in meno tra il 2008 e il 2016). Dato il forte legame che c'è nel nostro Paese tra nuzialità e natalità questo di per sé ha portato un ridimensionamento delle nascite.

Tuttavia una parte sempre crescente delle nascite avviene, anche nel nostro Paese, fuori del matrimonio.

I nati all'interno del matrimonio, infatti, scendono sempre più marcatamente e nel 2014 sono appena 331.681, 132 mila in meno in 8 anni. Sono aumentati i nati da genitori non coniugati che nel 2016 ammontano a 141.757. Il loro peso relativo negli ultimi cinque anni è aumentato in maniera apprezzabile, passando dal 22,0 per cento del 2010 al 29,9 per cento del 2016, anche in conseguenza al calo dei genitori coniugati.

Rispetto all'anno di minimo storico della fecondità (1995), quando soltanto l'8,1 per cento delle nascite avveniva al di fuori del matrimonio, l'incidenza dei nati da genitori non coniugati è più che triplicata; rispetto al passato, la geografia del fenomeno resta invariata, con valori via via decrescenti se si procede da Nord verso Sud. L'incidenza e la geografia del

fenomeno restano invariate anche quando si considerano solo i nati da genitori entrambi italiani (quasi uno su tre ha i genitori non coniugati nel 2016). Lo stesso si registra nel caso di coppie miste mentre gli stranieri conservano dei comportamenti più tradizionali, con una proporzione del 17,7 per cento da genitori non coniugati (Tavola 1.4).

Tavola 1.4 - Nati da genitori coniugati e non coniugati per tipologia di coppia - Anno 2016 (valori assoluti e percentuali)

TIPOLOGIA DI COPPIE	Nati da genitori coniugati	Nati da genitori non coniugati	Totale
Padre e madre entrambi italiani	68,4	31,6	100
Padre straniero e madre italiana	63,8	36,2	100
Padre italiano e madre straniera	69,2	30,8	100
Padre e madre entrambi stranieri	82,3	17,7	100
Totale coppie	70,1	29,9	100

Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

L'intensità della fecondità, che consente di monitorare l'evoluzione del fenomeno nel tempo e nello spazio al netto della struttura per età della popolazione, è misurata dal numero medio di figli per donna; si conferma la nuova fase di diminuzione del numero medio di figli per donna, avviatasi a partire dal 2010; il numero medio di figli per donna – pari a 1,46 del 2010 – scende a 1,37 nel 2014 e a 1,34 nel 2016 (Istat, 2017).

L'aumento della fecondità registrato a partire dalla seconda metà degli anni Novanta è dunque terminato. L'analisi territoriale conferma inoltre l'avvicinamento dei livelli di fecondità tra le varie regioni del Centro e del Mezzogiorno (1,31 e 1,29 figli per donna). Per quanto riguarda le sole donne italiane l'indicatore nel 2016 è pari a 1,26 figli per donna (1,24 nel Centro e nelle Isole contro l'1,27 nel Sud - Tavola 1.5).

Tavola 1.5 - Numero medio di figli per donna ed età media delle donne al parto per cittadinanza e ripartizione geografica - Anni 2006 e 2016

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Numero medio di figli per donna			Età media delle donne al parto		
	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale
	2006					
Nord-ovest	1,28	2,92	1,37	31,4	27,1	31,0
Nord-est	1,22	2,99	1,39	32,1	27,1	31,1
Centro	1,23	2,91	1,41	32,0	27,2	31,0
Sud	1,22	2,87	1,34	32,2	27,1	31,5
Isole	1,33	2,79	1,36	30,7	26,8	30,6
Italia	1,32	3,16	1,35	30,5	27,2	30,4
	2016					
Nord-ovest	1,26	2,08	1,39	32,7	29,0	31,9
Nord-est	1,26	2,10	1,40	32,7	28,9	31,8
Centro	1,24	1,76	1,31	32,9	28,7	32,1
Sud	1,27	1,81	1,29	31,8	28,0	31,6
Isole	1,24	1,95	1,27	31,4	28,1	31,3
Italia	1,26	1,97	1,34	32,4	28,7	31,8

Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

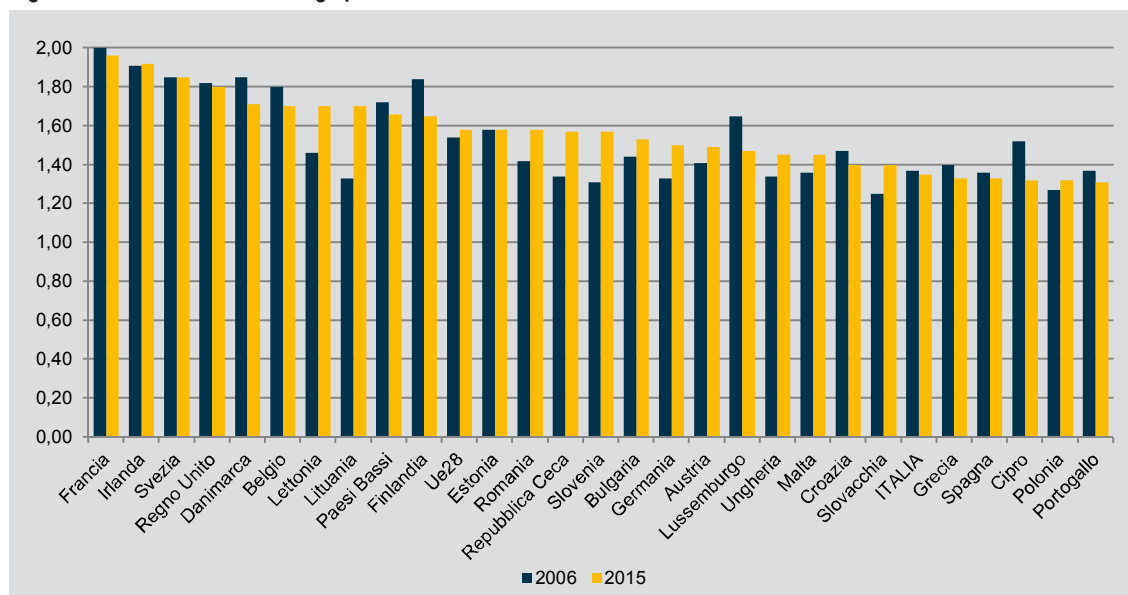
All'aumento registrato nel numero dei nati da genitori stranieri non corrisponde un analogo aumento dei tassi di fecondità. Negli ultimi dieci anni, infatti, diminuiscono in modo consistente i tassi di fecondità per età delle donne straniere, e dunque il numero medio di figli per donna, sia per effetto di una riduzione della propensione a fare figli (come adozione di comportamenti più simili alla popolazione autoctona) che per effetto dei cambiamenti

di composizione per cittadinanza – e conseguentemente dei profili delle donne per età e progetti migratori – della popolazione straniera. Il numero medio di figli per donna delle cittadine straniere residenti si attesta a 1,97 nel 2016, in diminuzione molto sensibile rispetto a soli otto anni prima (2,65).

Il contributo della popolazione straniera, maggiormente concentrata nelle regioni settentrionali e centrali, ha fatto sì che la geografia della fecondità si sia rovesciata nel corso dell'ultimo decennio: attualmente, le regioni più prolifiche sono infatti quelle del Centro-Nord. Per il Mezzogiorno, dunque, si prospetta uno scenario di progressiva contrazione della popolazione, che la ridotta presenza straniera contrasta solo parzialmente, sia in termini di nuovi flussi dall'estero che di nascite (Istat, 2015).

Nel contesto internazionale dell'Ue28, l'Italia si colloca tra i paesi a bassa fecondità (Kohler et al., 2002); nella Figura 1.2, ordinata in maniera decrescente in base all'anno 2015, emerge come il paese che nel 2015 ha registrato la fecondità minima a livello europeo sia il Portogallo (Tft=1,31), in seguito a una drastica diminuzione rispetto al 2003. I paesi a più alta fecondità sono Francia (1,96) e Irlanda (1,92).

Figura 1.2 - Numero medio di figli per donna nell'Ue28 - Anni 2006 e 2015

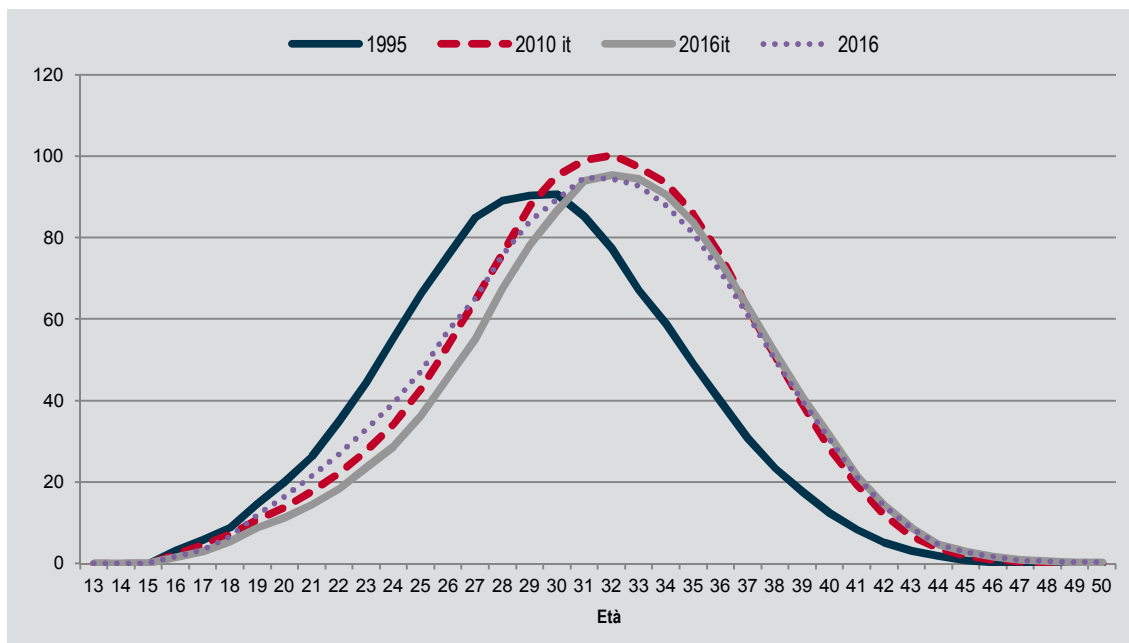


Fonte: Eurostat

Il fenomeno della posticipazione delle nascite, in atto nel nostro Paese dalla metà degli anni '70, è sempre più marcato. La fecondità viene sempre più spostata verso età più mature: infatti, l'età media alla nascita dei figli è aumentata nell'ultimo decennio di quasi due anni per le donne italiane, raggiungendo i 32,4 anni, e di circa un anno e mezzo per le donne straniere (da 27,2 a 28,7 anni).

La tendenza a posticipare è evidente anche analizzando le curve di fecondità per età (Figura 1.3). In particolare è interessante confrontare il numero medio di figli delle donne italiane residenti nell'anno più recente con quello delle italiane residenti nel 2010, ultimo anno della ripresa, e il numero medio di figli riferito al complesso delle donne residenti nel 1995 quando, come si è detto, si è raggiunto il minimo storico della fecondità e quando il contributo delle cittadine straniere era ancora trascurabile (a titolo indicativo si consideri che nel 1995 solo l'1,7 per cento di nati residenti era di cittadinanza straniera).

Figura 1.3 - Tassi di fecondità specifici per età delle donne residenti in Italia - Anni 1995, 2010 e 2016 (per 1.000 donne) (a)

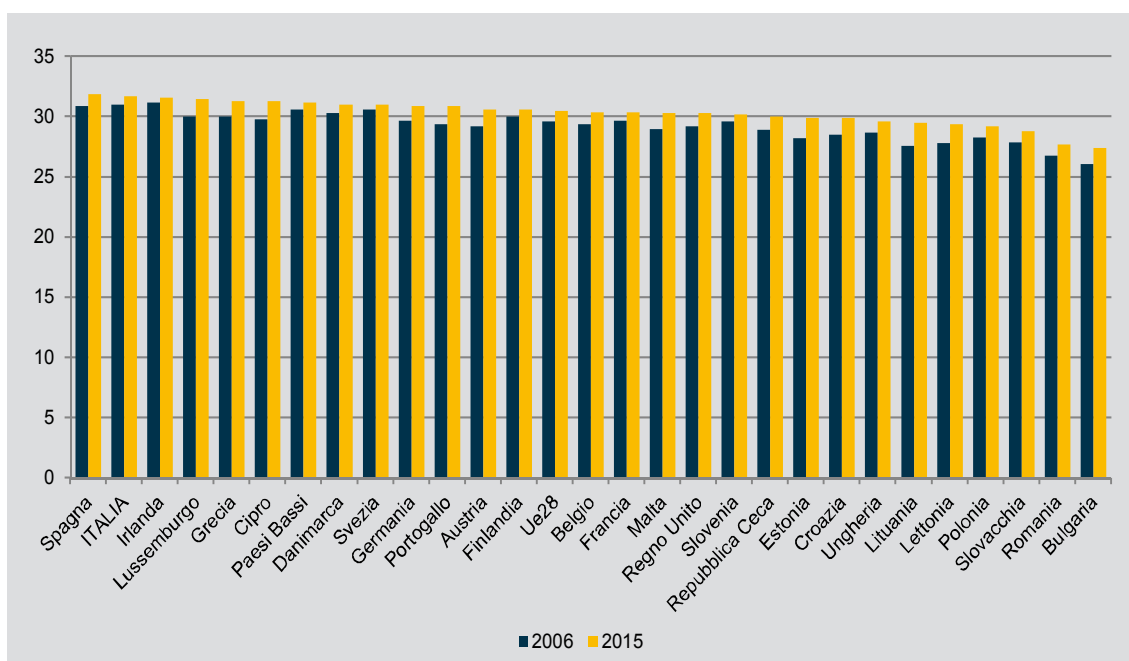


Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

(a) Il dato del 2010 è riferito alle sole donne italiane e quello del 2016 è riferito sia alle sole donne italiane che al totale delle donne residenti.

Come è possibile osservare, la ripresa che si è verificata tra il 1995 e il 2010 è attribuibile ai più alti tassi di fecondità nelle età superiori a 30 anni, mentre nelle donne più giovani emerge una diminuzione dei livelli di fecondità. Lo spostamento della curva testimonia l'effetto della posticipazione.

Figura 1.4 - Età media al parto nell'Ue28 - Anni 2006 e 2015



Fonte: Eurostat

Se confrontiamo il 2010 col 2016, è evidente come la diminuzione recente delle nascite è attribuibile alla minore propensione ad avere figli da parte delle donne con meno di 34 anni, dove i livelli di fecondità si presentano sempre più bassi.

Nel panorama europeo, l'Italia mostra un calendario fortemente posticipato, con un'età media al parto pari a 31,7 anni nel 2015, secondo paese in graduatoria (Figura 1.4). Il paese con la più alta età media al parto è la Spagna (31,8 anni) e il terzo è l'Irlanda (31,6 anni); tuttavia, mentre in Irlanda l'indicatore sintetico subisce l'effetto dell'alta fecondità, che porta ad un'età media necessariamente più alta, la Spagna e l'Italia, pur avendo un bassissimo numero medio di figli per donna, hanno la più alta età media al parto, lasciando ipotizzare che sia proprio l'esperienza del primo figlio ad essere così posticipata.

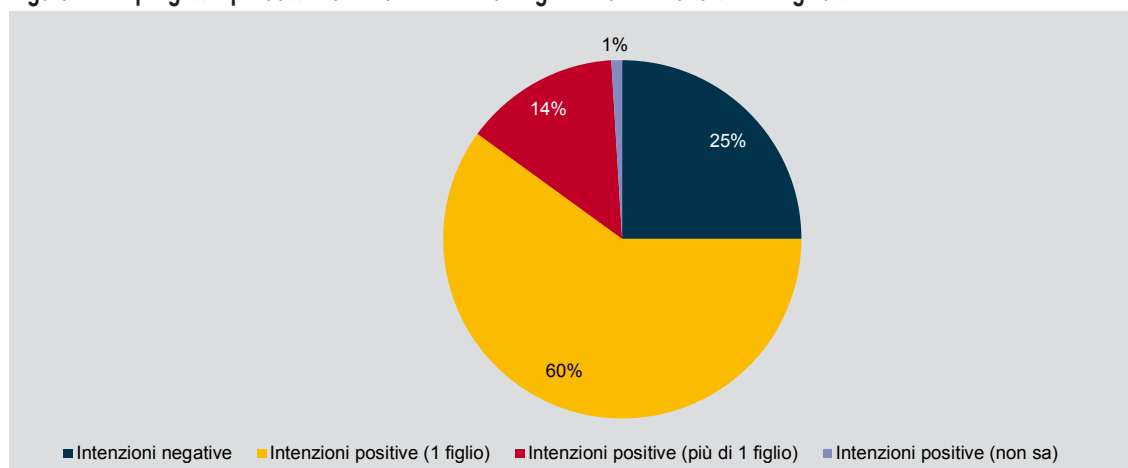
1.4 Fecondità attesa e realizzata delle donne con un figlio

Nel paragrafo precedente è stato messo in luce l'andamento decrescente del numero medio di figli per donna. Negli stessi anni, però, non si è registrato un parallelo calo del numero atteso di figli: stando ai dati più recenti è infatti ancora la famiglia con due figli la composizione familiare attesa più frequentemente riportata dai residenti in Italia (Istat, 2009). Esiste quindi una distanza tra numero di figli effettivamente avuti e numero di figli attesi.

Dalla lettura dei dati di fecondità per ordine di nascita si osserva come, nonostante l'aumento del numero di donne senza figli, in Italia non ci sia tanto una disaffezione verso la maternità quanto una rarefazione delle nascite di figli di secondo ordine e – ancor più – di terzo ordine o superiore (De Rose e Strozza, 2015). Per questo motivo le analisi che seguono si concentreranno sul comportamento riproduttivo delle donne che hanno un figlio.

Nel Figura 1.5 sono riportati i progetti riproduttivi delle donne a distanza di 18-24 mesi dalla nascita del primo figlio (Fraboni e Sabbadini, 2014). Dai dati relativi all'edizione del 2005 emerge come il 75 per cento delle madri con un figlio pianifica la nascita di almeno un altro figlio (intenzioni di fecondità positive) entro la fine della loro carriera riproduttiva, mentre solo una madre su quattro non progetta di avere altri figli (intenzioni di fecondità negative). In particolare, sei intervistate con un figlio su dieci pianificano la nascita di un solo altro figlio, aderendo quindi al modello familiare che prevede la nascita di due bambini, mentre molte meno solo le madri che progettano una famiglia più numerosa. Solo il 14 per

Figura 1.5 - I progetti riproduttivi delle donne con un figlio e numero di ulteriori figli attesi - Anno 2005

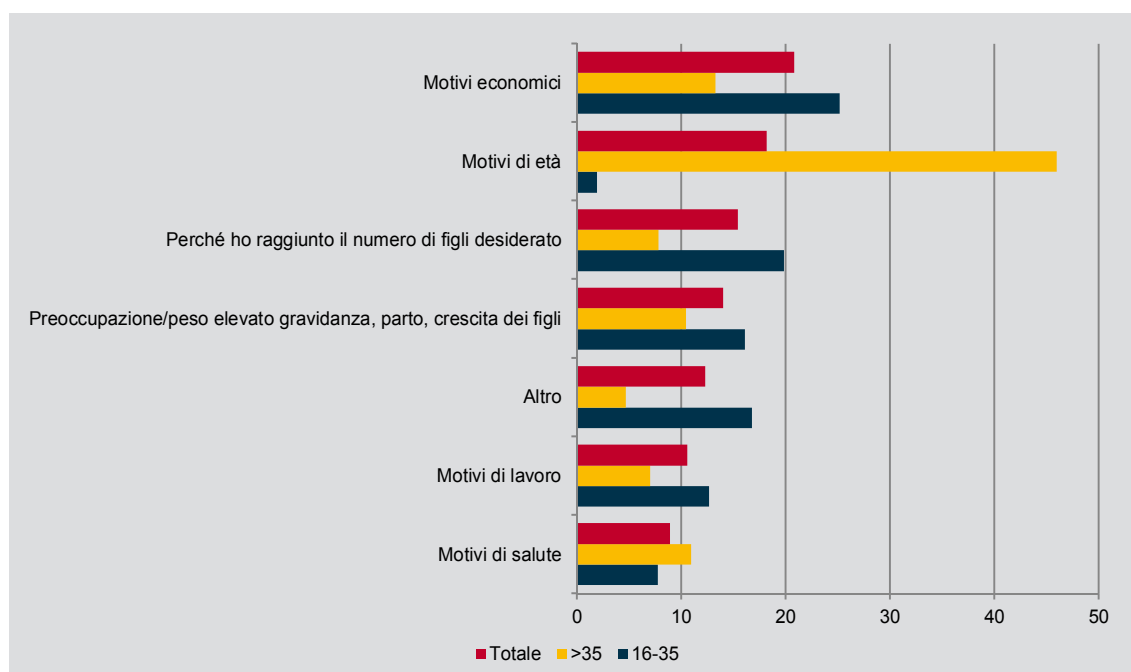


Fonte: Istat, Indagine campionaria sulle nascite

cento delle neomadri intervistate infatti prevede la nascita di due o più altri figli. Dall'analisi dei dati dell'edizione del 2012 emerge come i progetti riproduttivi delle madri con un figlio appaiano pressoché invariati (Castagnaro, Prati, 2014).

Anche l'analisi delle motivazioni addotte circa la volontà di non progettare la nascita di ulteriori figli espresse all'intervista dalle donne con un figlio è particolarmente interessante. Emerge infatti (Figura 1.6), come sono i motivi economici o legati all'età le due ragioni più frequentemente riportate dalla intervistate dietro la scelta di fermarsi alla famiglia con il figlio unico. Solo al "terzo posto" troviamo l'aver già raggiunto il numero ideale di figli. Le motivazioni per non progettare la nascita di un altro figlio variano significativamente se si considerano separatamente le neomadri fino a 35 anni e quelle che hanno 36 anni o più. Con riferimento alle prime, infatti, l'aver già raggiunto il numero ideale di figli è secondo solo alle difficoltà imputabili a problemi di natura economica. Poco meno della metà delle intervistate di 36 anni o più, invece, attribuisce all'aver un'età troppo elevata il principale motivo per non progettare la nascita di un secondo figlio. Queste informazioni appaiono assai rilevanti per due ordini di motivi. Primo, esiste un bacino di donne che si autolimitano nella scelta di avere ulteriori figli per motivi non legati all'aver già realizzato il loro progetto di vita. Efficaci politiche sociali possono agire in tal senso: un aumento della fecondità (almeno progettata) può passare proprio dalla rimozione/attenuazione degli ostacoli che impediscono alle donne non solo di avere il numero di figli desiderato, ma anche di progettarli. Secondo, occorre porre l'attenzione sul fatto che molte donne con più di 35 anni vedono nell'età anagrafica la barriera più forte alla progettazione del secondo figlio: ciò non può non generare preoccupazione dato che la posticipazione della transizione verso la genitorialità non cenna a fermarsi e – a parità di altre condizioni – questa difficoltà potrebbe riguardare nel futuro un numero crescente di donne.

Figura 1.6 - Motivo principale addotto dalle donne con un figlio per non progettare la nascita di altri figli per classe di età - Anno 2005 (valori percentuali)



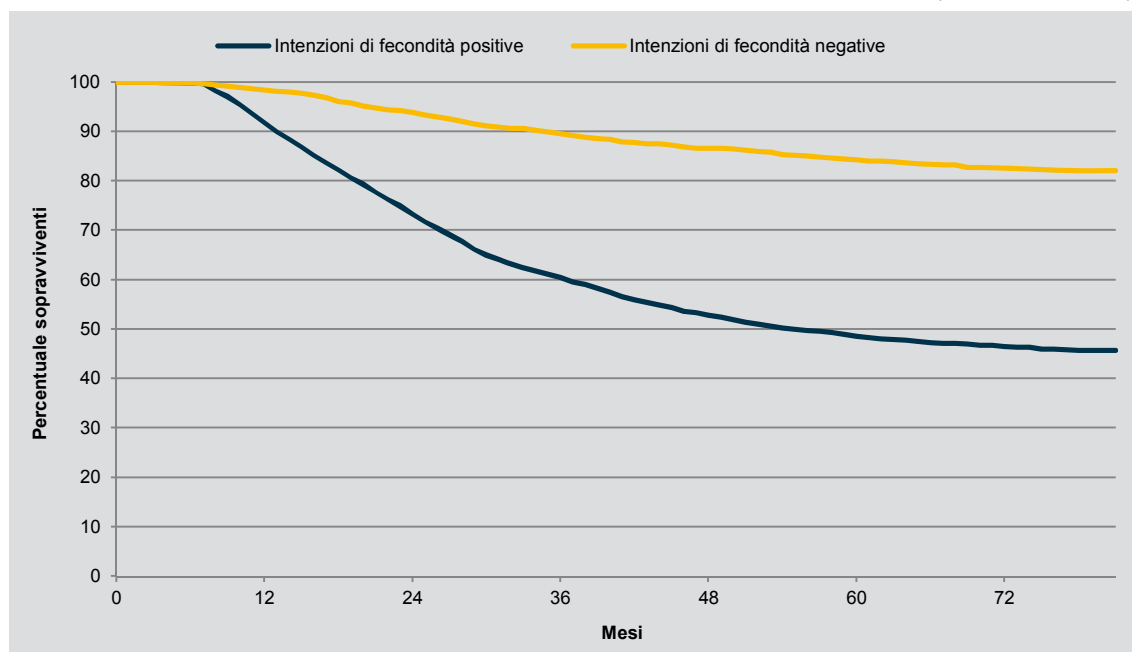
Fonte: Istat, Indagine campionaria sulle nascite

a)Le percentuali sono state calcolate con riferimento alle donne che hanno un solo figlio e che all'intervista dichiaravano di non aspettare un bambino.

Per valutare la capacità predittiva delle intenzioni di fecondità espresse nel 2005 (Castagnaro et al., 2016), sono state stimate le curve di sopravvivenza della transizione verso il secondo figlio nei sei anni successivi, separatamente per le madri con intenzioni di fecondità positive e negative (Figura 1.7). Dalle analisi emerge come – coerentemente con la letteratura in materia – le intenzioni di fecondità negative siano dei buoni predittori del successivo comportamento riproduttivo: solo meno del 20 per cento delle donne con un figlio che non progettavano la nascita altri figli hanno, contrariamente a quanto affermato, avuto il secondo nei mesi di osservazione. Le intenzioni di fecondità positive, invece, tendono a sovrastimare il successivo comportamento: solo poco più della metà delle donne che progettavano la nascita del secondo figlio ha effettivamente realizzato tale progetto nei circa sei anni successivi. Lo scostamento tra intenzioni e comportamento può essere attribuito a più fattori. In primo luogo, i progetti riproduttivi stessi possono cambiare nel tempo, ad esempio a seguito della rottura o alla formazione di una nuova unione, all'insorgenza di nuovi impedimenti come problemi di salute, cambiamento della situazione economica, e via dicendo. In secondo luogo, specie per le donne più giovani che esprimono intenzioni di fecondità positive, il periodo di osservazione (in questo caso sei anni) può non coprire tutta la durata della vita fertile delle intervistate: la progressione verso il secondo figlio potrebbe avvenire, e realizzarsi, quindi in un periodo successivo a quello di osservazione.

Le donne che non realizzano le proprie intenzioni di fecondità positive per un motivo altro rispetto al cambiamento delle intenzioni stesse dovuto a fattori esterni al desiderio della donna, rappresentano un segmento di popolazione sul quale le policy possono agire in modo efficace. La rimozione degli ostacoli che non consentono alle donne di realizzare i propri progetti riproduttivi permetterebbe con ogni probabilità l'aumento non solo a livello micro del loro livello di benessere ma anche dei (bassi) livelli di fecondità che caratterizzano l'Italia nel suo complesso con tutte le note conseguenze sull'invecchiamento della popolazione.

Figura 1.7 - La transizione verso il secondo figlio delle donne con un figlio per le intenzioni di fecondità espresse.
Stima della curva di sopravvivenza con il metodo di Kaplan-Meier - Anni 2005-2011 (mesi dall'intervista)



Fonte: Record linkage deterministico tra l'Indagine campionaria sulle nascite e gli Iscritti in Anagrafe per Nascita

1.5 Conclusioni

Per descrivere il contesto demografico in cui si inserisce l'esperienza della maternità l'attenzione viene in particolar modo rivolta all'evoluzione della fecondità negli anni più recenti che si caratterizza per una generale contrazione del numero medio di figli per donna – numero stabilmente e significativamente al di sotto del livello di sostituzione – e una contemporanea posticipazione delle nascite dei figli verso un'età più elevata.

Negli stessi anni, non si è registrato tuttavia un parallelo calo del numero atteso di figli: la famiglia con due figli sembra mantenere il suo primato. Esiste quindi una distanza tra numero di figli effettivamente avuti e numero di figli attesi che lascia margine a numerose interpretazioni e all'affinamento degli strumenti di intervento per venire incontro alle situazioni in cui l'allargamento delle famiglie è legato a fattori prevalentemente esogeni.

Tuttavia non si osserva una disaffezione verso la maternità tout court quanto una rarefazione delle nascite di figli di secondo ordine e – ancor più – di terzo ordine o superiore. E questo andamento si osserva nonostante l'apporto fornito dalla popolazione straniera che nell'ultimo ventennio è intervenuta nel contrastare il processo di invecchiamento che ormai caratterizza profondamente il nostro Paese. Tuttavia a partire dal 2015 si profila una nuova fase caratterizzata dal declino demografico in cui la popolazione – peraltro invecchiata – decresce.

2. LA CONTRACCEZIONE FEMMINILE IN ITALIA¹

2.1 Introduzione

La salute riproduttiva è definita dall'OMS come uno “stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale [...] in tutto ciò che attiene il sistema riproduttivo, le sue funzioni ed i suoi meccanismi”. Pertanto si auspica che “le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura, la possibilità di riprodursi, la libertà di decidere se e quando farlo.” (UNFPA, 2014).

Viene considerata come una delle irrinunciabili componenti del concetto di salute nel 1994 durante la conferenza *United Nation's International Conference on Population and Development* del 1994 al Cairo. Un aspetto importante della salute riproduttiva dipende dalla possibilità di poter regolare liberamente e in modo sicuro la propria fecondità, anche attraverso l'uso di contraccezione.

La ricerca di metodi contraccettivi semplici, senza effetti collaterali, poco costosi e reversibili è un obiettivo ancora attuale, nonostante nuovi procedimenti e nuove tecniche vengano sperimentati e commercializzati. E oggi, come in passato, il ruolo rilevante nell'evoluzione dei comportamenti riproduttivi è ancora svolto in buona parte da fattori culturali.

Nei paesi sviluppati, le profonde trasformazioni sociali ed economiche che hanno portato ad elevati standard di vita, ad un progressivo rinvio della genitorialità, insieme con l'evoluzione e la precocità delle abitudini sessuali, comportano la necessità di ricorrere sempre più a strumenti di controllo della propria vita riproduttiva.

In epoca storica i metodi adottati per evitare una gravidanza erano molteplici². Più recentemente, citando Frejka, si può dire che “*early in the 21st century modern contraception – primarily hormonal methods, advanced IUDs, sterilization and condoms – has become the main instrument of birth regulation in Northern and Western Europe and gaining ground in Southern Europe and the formerly state socialist countries of Central and Eastern Europe*”³. Attualmente quindi né il mondo occidentale, né il continente Europeo, possono dirsi omogenei per comportamenti contraccettivi.

Storicamente, infatti, la transizione verso metodi moderni ed efficaci, e il progressivo abbandono dell'uso dei metodi tradizionali, viene denominata “rivoluzione contraccettiva” (Westoff, Ryder, 1977). Tale processo storico si è verificato in Europa nord-occidentale negli anni '60 e '70, mentre in Sud Europa negli anni '80-'90 e in alcuni paesi è ancora in corso: in Italia, dove vi è tuttora un'elevata diffusione del coito interrotto, la rivoluzione contraccettiva appare ancora in via di compimento.

L'Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, condotta dall'Istat tra il 2012 e il 2013, costituisce il più recente riferimento per studiare i comportamenti contraccettivi. Attraverso un breve questionario composto da 5 quesiti, da compilare direttamente

¹ Il capitolo è a cura di Lisa Francovich e Lidia Gargiulo.

² Esistono attestazioni scritte di metodi di barriera, ad esempio l'uso di un impasto fatto di miele, foglie di acacia e polvere da inserire nella vagina per bloccare lo sperma Egitto, (Papiro Ebers 1550 a.C. e il papiro Kahu 1850 a.C.), o di metodi meccanici/naturali quali il coito interrotto, notoriamente citato nella Genesi; nel 1700 si trovano le prime documentazioni di metodi maschili di barriera; per i metodi ormonali o ad alta efficacia come IUD e sterilizzazione bisognerà aspettare il XX secolo e per una loro effettiva disponibilità al grande pubblico la seconda metà del XX secolo (Himes, 1936).

³ Frejka, 2008, p. 73.

in totale privacy e in assenza del rilevatore da tutti i componenti della famiglia di 14 anni e oltre, è stato indagato il tema dell'uso di metodi contraccettivi negli ultimi dodici mesi prima dell'intervista⁴. La finalità del questionario è stata quella di raccogliere informazioni circa le modalità con cui la popolazione adulta si protegge da malattie sessualmente trasmissibili e come controlla la propria fecondità: pertanto la compilazione era rivolta alle donne fino ai 54 anni e agli uomini fino ai 79 anni.

Considerata la delicatezza del tema, da somministrare nell'ambito di un'indagine di popolazione, al fine di limitare il più possibile il numero di rifiuti (la così detta mancata risposta totale) agli intervistati si richiedeva di restituire al rilevatore il questionario in una apposita busta chiusa. Nonostante ciò, la mancata risposta totale si è attestata complessivamente al 15,7 per cento ed è stata particolarmente elevata tra le persone più giovani e tra quelle più anziane; da qui la scelta operata dall'Istat di diffondere i dati solo per le persone maggiorenti e, in questa occasione, di limitare l'analisi per le donne adulte di età inferiore ai 50 anni.

La popolazione di donne così stimata (18-49 anni) -grazie al campione di circa 24.000 mila donne intervistate- è pari a 12.593.640 persone.

Guardando indietro nel tempo, per le indagini che hanno indagato le stesse tematiche bisogna risalire al 1996, quando venne svolta l'Indagine Nazionale sulla Fecondità (Inf-2) condotta dall'Istat, in collaborazione con alcune università italiane e il Cnr, su un campione di 4824 donne (De Sandre et al., 1999). La possibilità di fornire al Paese un aggiornamento a distanza di circa 20 anni è dunque di particolare interesse⁵.

2.2 L'Italia nel contesto internazionale e le sue specificità

Nell'ambito degli obiettivi del Millennium Development Goals per il 2015, le Nazioni Unite hanno promosso il miglioramento della salute materna, auspicando l'aumento della diffusione della contraccezione come fattore di empowerment delle donne. Il principale indicatore usato nei confronti internazionali sull'uso (complessivo o specifico) di metodi contraccettivi è denominato *Contraceptive Prevalence Rate*, che nella sua versione standard considera al numeratore le donne di 15-49 anni in unione stabile, che usano (personalmente o il loro partner) un qualsiasi metodo di controllo delle nascite, oppure uno specifico metodo, oppure un gruppo di metodi nel periodo di riferimento indicato.

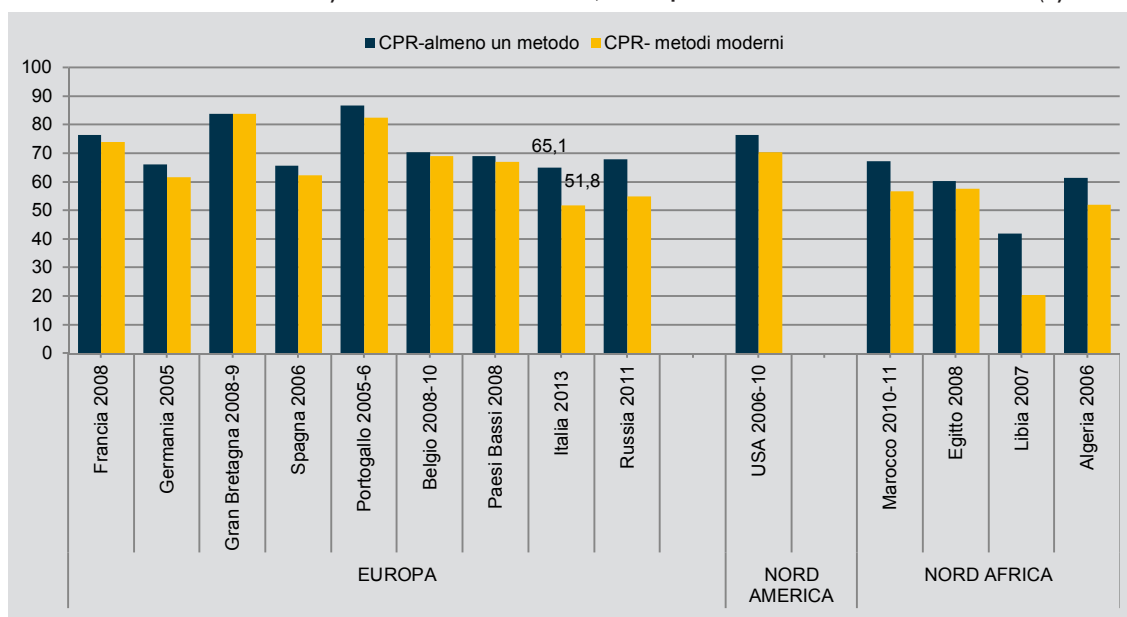
L'adozione pressoché universale di tale indicatore permette ampi confronti internazionali, e grazie ai risultati dell'indagine sulla salute del 2013 anche l'Italia può contribuire al monitoraggio di tale obiettivo, aggiornando l'indicatore con dati più recenti. Nella Figura 2.1 sono messi a confronto alcuni paesi occidentali e dell'area mediterranea, utilizzando il dato più recente disponibile (selezione dal Data Base della *Population Division* delle Nazioni Unite), relativamente ai due principali indicatori utilizzati per i confronti internazionali: il *Contraceptive Prevalence Rate (any method)*, relativo alla diffusione di qualsiasi metodo contraccettivo e il *Modern Contraceptive Prevalence Rate*, relativo all'uso dei soli metodi

4 Due sono i quesiti usati per rilevare l'uso di contraccezione: 1) Negli ultimi 12 mesi Lei o la persona con cui ha avuto rapporti sessuali ha utilizzato il preservativo? Sì, sempre ad ogni rapporto. Sì, solo alle volte. No, non ho avuto rapporti sessuali completi negli ultimi 12 mesi. 2) Negli ultimi 12 mesi Lei o la persona con cui ha avuto rapporti sessuali ha utilizzato qualcuno di questi metodi contraccettivi? Pillola anticoncezionale. Spirale. Diaframma. Anello vaginale. Cerotto contraccettivo. Sterilizzazione. Coito interrotto. Altri metodi naturali. Altro metodo (specificare). Nessun contraccettivo.

5 Esiste una indagine del 2006, in ambito accademico, i cui risultati sono pubblicati in 'La sessualità degli italiani' a cura di Barbagli e Dalla Zuanna e Garelli (Il mulino 2010), che segna un punto intermedio tra 1996 e il 2013. Tra i vari aspetti dei comportamenti sessuali degli italiani lo studio ha riguardato anche l'uso di contraccettivi.

moderni (preservativi, diaframma, pillola, spirale, anello vaginale, cerotto contraccettivo, sterilizzazione). La posizione dell'Italia circa il primo indicatore, appare sostanzialmente in linea (65,1 per cento) con altri paesi europei quali Germania (66,2 per cento) e Spagna (65,7 per cento), e con alcuni paesi nord-africani quali il Marocco (67,4 per cento); ma è superata nettamente da altri, quali Portogallo (84,0 per cento) e Gran Bretagna (86,8 per cento). Per il secondo indicatore l'Italia è nella parte più bassa della graduatoria, con uno scarso utilizzo di metodi moderni (51,8 per cento), il cui tasso è anche inferiore a quello del Marocco e dell'Egitto, e con maggior ricorso a metodi tradizionali, come in Russia, Libia e Marocco.

Figura 2.1 - Percentuale di donne in coppia (a) che usa almeno un metodo di contraccezione (Contraceptive Prevalence Rate-CPR) e che usa metodi moderni, alcuni paesi selezionati. Vari anni 2006-2013 (b)



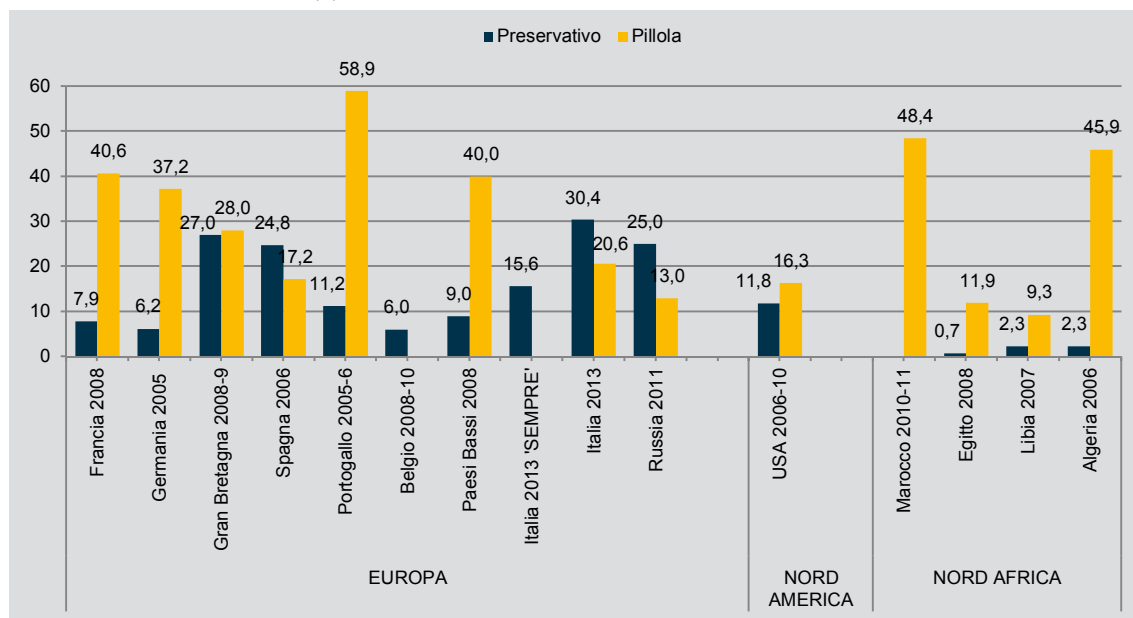
Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). World Contraceptive Use 2014 (POP/DB/CP/Rev2014)
 a) Et  delle intervistate: 14-44 anni in Russia e USA, 15-49 in Spagna, Portogallo, Marocco, Egitto, Libia, Algeria, 16-49 in Gran Bretagna, 18-45/49 in Germania, Belgio, Paesi bassi e Italia, 20-49 in Francia.
 (b) Ulteriori aggiornamenti sono disponibili al sito: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/>

Considerando le donne in unione stabile (Figura 2.2) si evidenzia che circa l'uso della pillola contraccettiva i livelli di diffusione sono simili o poco superiori (20,6 per cento) a quelli della Spagna (17,2 per cento), superiori a quelli degli Stati Uniti (16,3 per cento), ma molto pi  contenuti rispetto ai paesi dell'Europa del Nord, della Francia (40,6 per cento) e del Marocco (48,4 per cento) o dell'Algeria (45,9 per cento). Riguardo all'uso del preservativo, la comparabilit  per l'Italia non   del tutto assicurata a causa di una diversa formulazione del quesito. Per questo il confronto   stato effettuato distinguendo tra l'uso ad ogni rapporto (modalit  di risposta "Sempre ad ogni rapporto nei 12 mesi") che permette di qualificarlo come metodo principale, dall'uso saltuario ("Solo alle volte")⁶. Nel primo caso la percentuale quasi si dimezza rispetto alla seconda formulazione, attestandosi al 15,6 per cento, valore superiore agli Stati Uniti (11,8 per cento), ma inferiore all'uso molto diffuso

⁶ Circa la formulazione dei quesiti, normalmente le indagini DHS utilizzano la domanda "Which method are you using?" che permette una risposta multipla. Il quesito dell'Indagine Istat sulla Salute del 2013 per l'uso del preservativo fa una distinzione tra un utilizzo sistematico "sempre ad ogni rapporto" o saltuario "alle volte". Questa distinzione non   riscontrabile in altre fonti internazionali, ma era mirato a conoscere anche la diffusione di comportamenti di prevenzione di possibili infezioni sessualmente trasmesse (IST).

della Gran Bretagna (27,0 per cento) e della Spagna (24,8 per cento). Ciò che ancor più contraddistingue l'Italia è l'elevata diffusione del coito interrotto (18,7 per cento), deponendo a favore della teoria che la rivoluzione contraccettiva, diffusasi in Europa negli anni '70, sia ancora in via di compimento, così come accade per la Russia, unico altro paese europeo con un elevato ricorso al coito interrotto (12,0 per cento). Nel confronto con la Francia, ad esempio, bisogna andare indietro nel tempo fino alla metà degli anni '70 (1978: 22,2 per cento) per trovare un uso equivalente, nel 2008 (ultimo dato disponibile) le quote erano assolutamente trascurabili per il coito interrotto (0,4 per cento); in Ungheria nel 1975 si attestava al 19,0 per cento, ma già nel 1993 era sceso al 6,6 per cento, e in Polonia occorre tornare al 1977 per trovare prevalenze così elevate (18,8 per cento). Nel paragrafo 2.3 si affronta il tema della confrontabilità nel tempo dei dati per l'Italia, al fine di illustrare meglio la transizione verso una contraccezione più moderna ed efficace.

Figura 2.2 - Donne in coppia (a) che usano la pillola o il preservativo, alcuni paesi selezionati a confronto. Vari anni tra il 2006 e il 2013 (b)



Fonte: Data Base della Population Division delle Nazioni Unite

a) Età delle intervistate: 14-44 anni in Russia e USA, 15-49 in Spagna, Portogallo, Marocco, Egitto, Libia, Algeria, 16-49 in Gran Bretagna, 18-45/49 in Germania, Belgio, Paesi bassi e Italia, 20-49 in Francia.

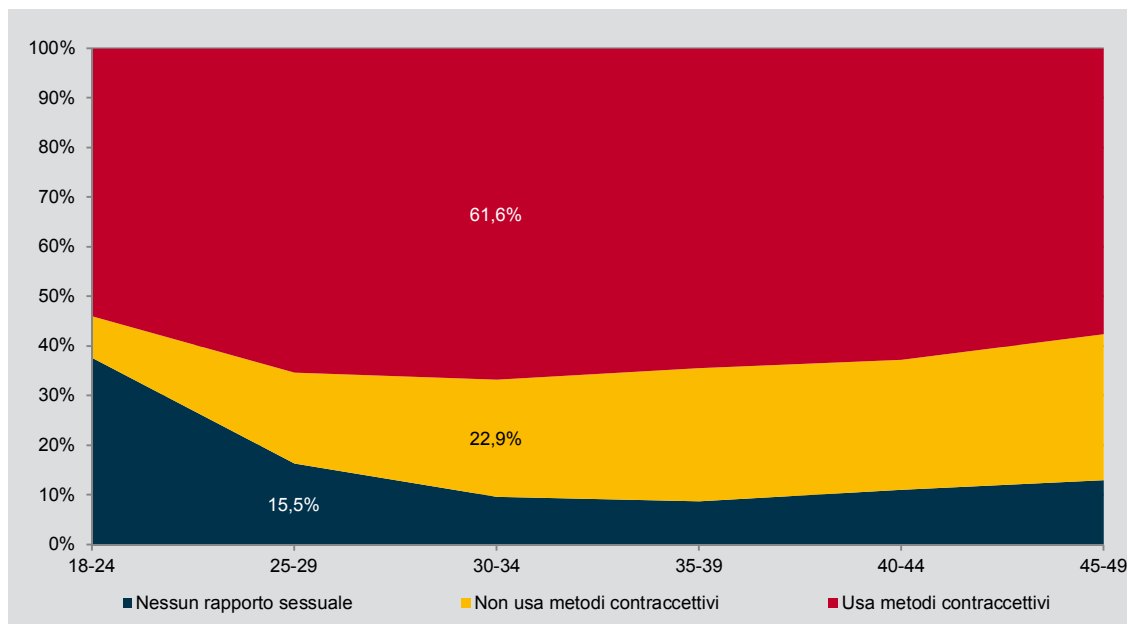
(b) Ulteriori aggiornamenti sono disponibili al sito: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/>

Oltre alla possibilità di operare confronti internazionali, le analisi sui dati dell'indagine Istat 2013 offrono la possibilità di approfondire i comportamenti contraccettivi tra diversi gruppi di donne, considerando dimensioni fondamentali quali l'età, la coppia, la vita sessuale. Nel 2013 la quota di donne adulte in età fertile (18-49 anni) che ricorre a metodi anticoncezionali è pari al 61,6 per cento (Figura 2.3), se si considerano tutte le donne in quella fascia di età, indipendentemente dal tipo di unione; mentre la quota di chi non utilizza alcun metodo è pari al 22,9 per cento e il 15,5 per cento dichiara di non avere avuto rapporti sessuali nei dodici mesi precedenti l'intervista. La Figura 2.3 evidenzia l'andamento delle tre diverse quote per classe di età quinquennale: si osserva una quota molto bassa di donne (8,5 per cento) che non usano contraccezione proprio tra le più giovani sotto i 25 anni, compensata in gran parte dalla più alta frequenza di quante dichiarano di non avere avuto rapporti sessuali completi (37,6 per cento). Con l'avanzare dell'età, una quota maggiore di donne diventa sessualmente attiva, per cui tra i 30 e i 40 anni la percentuale di chi dichiara

di non aver avuto rapporti negli ultimi dodici mesi si riduce al 9,0 per cento, fase del ciclo di vita in cui le donne si avviano prevalentemente a vivere stabilmente in coppia. Di converso, all'aumentare dell'età, aumenta la quota di chi non utilizza contraccezione, arrivando quasi al 30 per cento per le donne di 45 anni e più. Dai 25 anni in su, rimane sostanzialmente stabile la quota di donne che fanno uso di almeno un metodo di controllo delle nascite (intorno al 63 per cento, e declina solo tra le più anziane).

Per meglio circoscrivere l'entità del fenomeno della contraccezione è indispensabile affinare i contingenti che costituiscono i collettivi di riferimento (Tavola 2.1). Infatti, considerando le persone sessualmente attive, vale a dire escludendo le persone che hanno dichiarato di non avere avuto rapporti sessuali nell'ultimo anno, la quota di chi ricorre alla contraccezione aumenta dal 61,6 per cento al 73,0 per cento. Se si affina ulteriormente il contingente, escludendo dal denominatore anche le donne che non sono potenzialmente a rischio di concepimento, perché dichiarano di non essere fertili, oppure di essere in gravidanza o in menopausa, tale percentuale sale al 76,2 per cento, e raggiunge l'82,1 per cento qualora si escludano anche le donne che ricercano una gravidanza.

Figura 2.3 - Donne di 18-49 anni per ricorso a metodi contraccettivi e classi di età - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Tra i metodi contraccettivi utilizzati, ricorrono più frequentemente il preservativo, la pillola e il coito interrotto, che sono gli unici tre metodi con percentuali a due cifre decimali. Il più diffuso è il preservativo (39,1 per cento su tutte le donne sessualmente attive), ma se consideriamo l'uso del preservativo come metodo principale (calcolando cioè la prevalenza dei soli casi in cui è stato dichiarato di utilizzarlo 'sempre ad ogni rapporto', pari al 22,0 per cento), emerge come sia la pillola (25,9 per cento) il metodo maggiormente adottato in tutti i gruppi di donne considerate, in coppia o meno. Da segnalare anche il costante maggiore utilizzo di pillola e preservativo tra le donne non in coppia (34,9 per cento e 33,4 per cento), rispetto a quelle che lo sono (21,3 per cento, 16,1 per cento); il fenomeno rispecchia probabilmente i diversi progetti di maternità nei due gruppi. Il ricorso al metodo tradizionale del coito interrotto tra le donne sessualmente attive, invece, non si differenzia rispetto al

vivere in coppia o meno: la quota si assesta tra il 19 per cento e il 20 per cento. I restanti metodi hanno un uso di nicchia e oscillano tra il 4,6 per cento e l'1 per cento: tra questi i più rilevanti sono "altri metodi naturali" (4,6 per cento) e la spirale (IUD-*Intra Uterine Device* - 4,5 per cento). I due metodi ormonali (anello e cerotto) insieme considerati ammontano al massimo al 3,9 per cento.

Le donne in coppia fanno un uso minore di metodi moderni di media o alta efficacia, quali preservativi, pillola e altri metodi ormonali, rispetto alle donne che non convivono con un partner. Infatti nella coppia è molto più elevato il ricorso al coito interrotto o ad altri metodi naturali, comportamento che svela una certa apertura verso il rischio di una gravidanza. Segue per diffusione nella coppia la spirale (4,9 per cento), le cui caratteristiche ne fanno un metodo particolarmente adatto per chiudere l'esperienza procreativa o per distanziare consistentemente le nascite: infatti tra le donne che non hanno figli la percentuale di ricorso alla spirale è solo del 2,7 per cento, sale invece del 4,3 per cento tra chi ha un solo figlio e raggiunge il 5,9 per cento tra chi ha due o più figli.

Tavola 2.1- Donne di 18-49 anni per uso di metodi contraccettivi nei 12 mesi precedenti l'intervista - Anno 2013 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

	Totale delle donne (a)			Donne sessualmente attive			Donne esposte		
	Coppia	Non in coppia	Totale	Coppia	Non in coppia	Totale	Coppia	Non in coppia	Totale
Nessun metodo contraccettivo	34,9	43,1	38,4	32,6	16,2	27,0	28,7	14,4	23,8
Almeno Un Metodo Contraccettivo	65,1	56,9	61,6	67,4	83,8	73,0	71,3	85,6	76,2
Almeno Un Metodo Contraccettivo (escluso preservativo solo 'a volte')	60,6	54,4	58,0	62,7	80,1	68,6	73,2	84,1	77,2
Preservativo (Incluso 'a Volte')	30,4	36,6	33,0	31,4	53,9	39,1	33,3	55,0	40,8
-Preservativo (solo 'sempre')	15,6	22,7	18,6	16,1	33,4	22,0	18,8	35,1	24,8
-Pillola	20,6	23,7	21,9	21,3	34,9	25,9	22,6	35,6	27,1
-Coito Interrotto	18,7	13,1	16,4	19,4	19,3	19,4	20,5	19,8	20,2
-Altri Metodi Naturali	4,8	2,7	3,9	5,0	4,0	4,6	5,3	4,1	4,9
-Spirale	4,9	2,3	3,8	5,0	3,3	4,5	5,3	3,4	4,7
-Anello vaginale	1,8	2,2	2,0	1,8	3,2	2,3	2,0	3,3	2,4
-Cerotto contraccettivo	1,1	1,6	1,3	1,1	2,4	1,6	1,2	2,5	1,6
-Sterilizzazione	1,8	0,4	1,2	1,8	0,6	1,4	1,9	0,6	1,5
-Diaframma	0,7	1,1	0,9	0,7	1,6	1,0	0,8	1,6	1,1
-Altro Metodo	2,9	2,8	2,9	3,0	4,2	3,4	3,2	4,3	3,5

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
a) Totale donne 18-49 anni nel campione (24.122). Totale donne stimate (12.593.640) – di cui sessualmente attive nell'anno (71,2 per cento) – di cui non rispondenti (15,7 per cento).

A livello territoriale l'Italia presenta differenze interessanti per quasi tutti i metodi contraccettivi anche se in misura diversa, distribuite lungo la direttrice Nord-Sud del paese. Sul totale delle donne che hanno avuto rapporti sessuali, la diffusione dei metodi contraccettivi evidenzia una variabilità non particolarmente marcata per il preservativo che va da un minimo del 33 per cento in Sardegna ad un massimo del 47,8 per cento in Molise, con il Centro Italia che detiene il valore massimo tra le ripartizioni (41,1 per cento), grazie soprattutto al Lazio (44,0 per cento). Se consideriamo l'uso del preservativo "ad ogni rapporto" troviamo un range che va dal 18,4 per cento nelle Marche al 29,0 per cento in Molise. Più forte la variabilità dei comportamenti circa l'utilizzo della pillola, che passa da un minimo del 18,0 per cento in Basilicata ad un massimo del 42,5 per cento in Sardegna. L'uso della pillola si afferma maggiormente nel Centro (26,4 per cento) e al Nord (Nord ovest 28,4 per cento e Nord est 26,2 per cento) del paese, e meno al Sud (20,2 per cento).

Emerge la specificità della Sardegna dove è molto più diffusa la pillola, anche rispetto ad altre regioni come Liguria o Toscana in cui ha un buon utilizzo, e dove sono assai poco

diffusi il preservativo e il coito interrotto. Il coito interrotto infatti (19,4 per cento in Italia) risulta particolarmente diffuso al Centro (22,1 per cento) con una forte variabilità regionale che passa dal 9,4 per cento in Provincia di Bolzano e 13,4 per cento in Liguria al 24,3 per cento nel Lazio.

2.3 La rivoluzione contraccettiva in via di completamento: il declino del coito interrotto

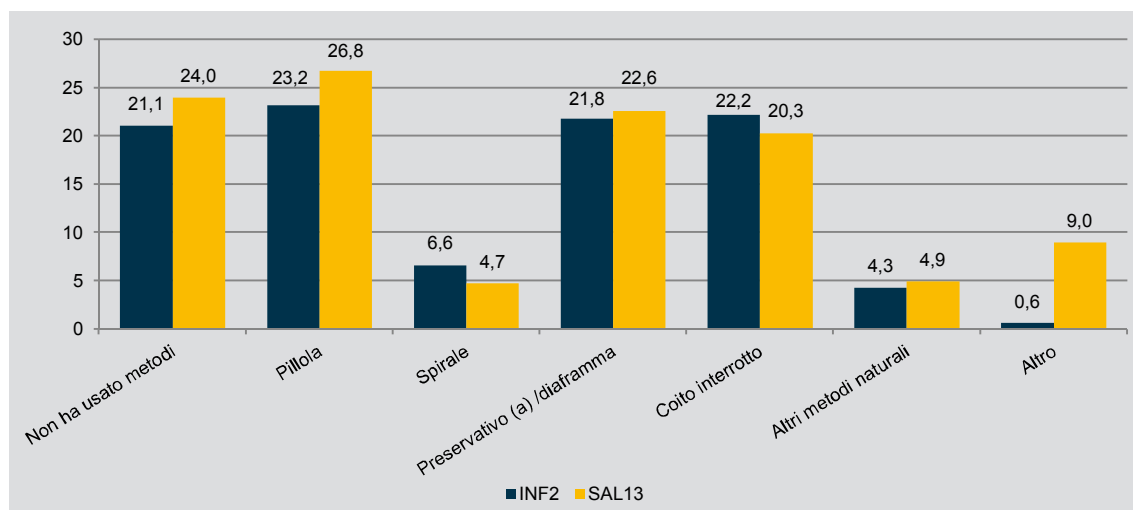
L'osservazione dell'evoluzione nel tempo dei comportamenti contraccettivi è possibile grazie al confronto con l'indagine condotta nel 1996, con rappresentatività nazionale, denominata Indagine nazionale sulla fecondità in Italia (Inf-2). La comparabilità dei quesiti con l'indagine sulla Salute del 2013 non è perfetta, ma possibile⁷.

Adottando quindi le opportune cautele, tenuto conto delle differenze tra i due strumenti di rilevazione utilizzati, ma selezionando le donne intervistate nel 2013 con caratteristiche simili al 1996 (ovvero non sterili, né incinte, ed escludendo le donne straniere), si possono fare alcune considerazioni sull'evoluzione temporale nell'uso di contraccezione. La diffusione dei metodi di controllo dei concepimenti, dopo circa 20 anni, non mostra differenze notevoli in termini di percentuale complessiva di ricorso alla contraccezione (Figura 2.4), che rimane poco al di sotto dell'80 per cento, ma emergono alcune differenze nelle scelte dei singoli metodi di controllo delle nascite. Aumenta in particolare l'uso della pillola (+4,5 punti percentuali), diminuisce il ricorso alla spirale e restano sostanzialmente stabili i metodi di barriera (preservativo ad ogni rapporto o diaframma). Sono comunque in aumento negli ultimi anni altri metodi contraccettivi ormonali (anello contraccettivo, cerotto) che sono stati classificati nella voce "Altri tipi" e che nel 1996 non venivano rilevati; se conteggiati, la quota complessiva del ricorso a pillola, anello e cerotto ammonta al 31,9 per cento. Il moderato calo del coito interrotto (di appena -2 punti percentuali) testimonia che in Italia la rivoluzione contraccettiva è ancora in corso, con un ritardo di almeno 45 anni rispetto a molti paesi europei, anche dell'area del Mediterraneo.

Restringendo l'analisi alle donne in unione stabile, stratificate per classe di età, il confronto nel tempo dei principali metodi (20-49enni) consente di cogliere alcuni cambiamenti rilevanti (Figura 2.5). Risulta chiaro l'abbandono da parte delle generazioni più giovani del coito interrotto e l'adozione di metodi più efficaci e moderni: preservativo e pillola. L'uso del preservativo nella coppia diminuisce di -2,3 punti percentuali, la flessione maggiore si osserva nelle fasce di età centrali, quando l'uso di altri contraccettivi più sicuri e più comodi sono maggiormente adottati nella coppia. Riguardo alla pillola anticoncezionale, l'uso complessivo aumenta nel tempo di +4 punti percentuali, ad opera di tutte le generazioni di donne intervistate, con l'eccezione delle donne in età centrale (30-34 anni) che ne facevano

⁷ Le principali differenze si riscontrano: nel periodo di riferimento nell'uso di metodi contraccettivi, nella Inf-2 si fa riferimento alle ultime 4 settimane precedenti l'intervista, mentre nell'indagine sulla salute del 2013 il riferimento sono gli ultimi dodici mesi; nella possibilità di riferire i vari metodi utilizzati, nella Inf-2 infatti si richiede l'indicazione del metodo principale, ed un eventuale secondo metodo usato in combinazione col primo da una lista di possibili scelte, mentre nella Salute 2013 è possibile indicare più metodi (*multiresponse*). Pertanto, al fine di poter confrontare l'uso del preservativo tra le due indagini, è stato considerato per l'indagine del 2013 solo il caso dell'utilizzo costante ('Sempre ad ogni rapporto'), che approssima meglio l'uso come metodo principale. In questo caso la quota di donne 18-49enni che dichiara di aver utilizzato più di un metodo contraccettivo nei dodici mesi è del 20 per cento. Inoltre i risultati dell'Inf-2 sono pubblicati con riferimento ad un sottogruppo di donne ulteriormente selezionato rispetto a quelli descritti fino ad ora, ovvero prendendo le sole donne sessualmente attive, non sterili né incinte (Bonarini, 1999). Va infine tenuto conto, per ottenere un confronto comparabile, della bassissima quota di donne straniere presenti nel campione Inf-2 del 1996, pertanto per il 2013 sono state escluse le donne straniere.

Figura 2.4 - Donne italiane di 20-49 anni, esposte a rischio di concepimento (sessualmente attive, non sterili, non in gravidanza o menopausa), per uso di alcuni metodi contraccettivi. Confronti Indagine INF-2 1996 e Salute 2013

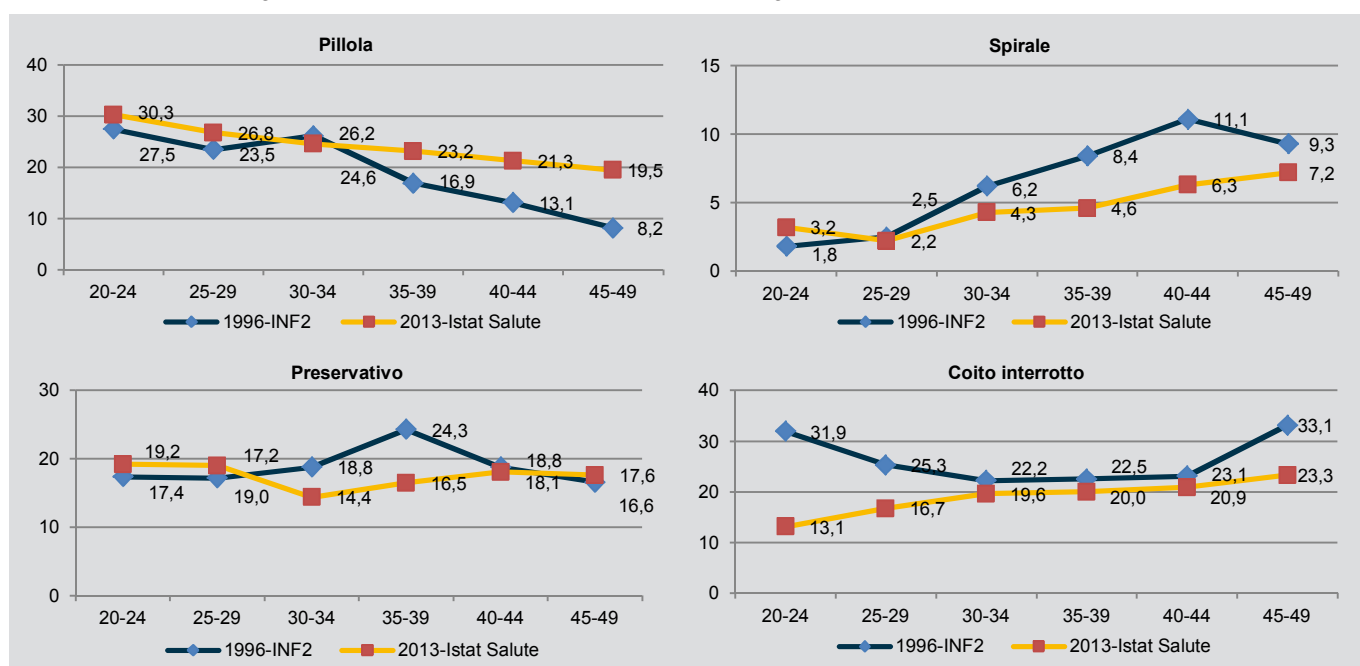


Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari; Indagine nazionale sulla fecondità in Italia
a) Preservativo usato come metodo principale (1996) o 'sempre ad ogni rapporto' (2013).

un maggior uso (anche se modesto) rispetto alle coetanee del 2013. Diminuisce nel tempo l'utilizzo della spirale, che in venti anni decresce trasversalmente per età dal 7,5 per cento nel 1996, tra le donne in coppia, al 5,3 per cento nel 2013.

La pratica del coito interrotto, infine, sta lentamente diminuendo nel tempo, soprattutto all'interno della coppia (-4 punti percentuali circa), ma con una dinamica generazionale che differisce rispetto agli altri metodi (Figura 2.5). Il minor ricorso si riscontra in tutte le classi di età, ma in particolare tra le donne al di sotto dei 30 anni: anche all'interno della coppia

Figura 2.5 - Donne italiane in coppia di 20-49 anni, esposte a rischio di concepimento (non sterili, non in gravidanza o menopausa), per uso di alcune categorie di metodi contraccettivi, per età. Confronti Indagine Inf-2 1996 e Salute 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari; Indagine nazionale sulla fecondità in Italia

quindi, più si è giovani, meno si ricorre al coito interrotto. Entrare in nuova unione oggi in Italia non equivale a esporsi al rischio di una gravidanza, com'era in epoca storica e fino a non molti anni fa; questo controllo le coppie lo raggiungono attraverso metodi che garantiscono maggiore efficacia, rispetto al tradizionale coito interrotto. Se la tendenza al declino generazionale del coito interrotto restasse quest'ultima anche in futuro, ci si può attendere che le bambine che adesso hanno 0-4 anni saranno la prima generazione in Italia a non usarlo, quando avranno tra i 20 e i 50 anni.

2.4 Donne che non ricorrono alla contraccezione: fattori sociali e percorsi di vita familiare

Si attesta al 22,9 per cento la quota di donne (tra i 18 e i 49 anni) che non utilizza alcun metodo contraccettivo pur essendo sessualmente attiva. Su tale gruppo si è condotto un approfondimento per comprendere meglio le ragioni di tali scelte, vale a dire se ciò sia dettato da una scelta consapevole, ad esempio un desiderio di maternità, o rilevi comportamenti a rischio adottati più o meno consapevolmente.

Complessivamente, il mancato ricorso alla contraccezione è confermato essere più diffuso tra le donne in coppia, senza rilevanti differenze d'età. Tra le donne non in unione il comportamento cambia all'aumentare dell'età: più cauto tra le più giovani, dove la quota di chi non usa metodi contraccettivi è pari all'11 per cento, aumenta al 20,9 per cento tra le 35-39enni e raggiunge il 30,6 per cento tra quelle di 45-49 anni. A livello territoriale, il Sud Italia mostra una quota maggiore di donne che non usa contraccezione (32,0 per cento), soprattutto tra le donne più giovani (20,0 per cento a fronte di un valore medio nazionale del 12,6 per cento). Tra le donne in coppia con basso titolo di studio si registra la quota più elevata di chi non fa uso di alcun contraccettivo (37,4 per cento).

Tra le motivazioni del mancato ricorso a metodi contraccettivi prevale la ricerca di maternità⁸: una donna su quattro di 18-49 anni dichiara di non farne uso perché desidera una gravidanza, tra quante non usano alcun metodo anticoncezionale, pur essendo sessualmente attive, (se è in coppia la quota sale al 27,2 per cento vs 16,9 per cento tra le donne non in coppia) (Tavola 2.2). Nel 20 per cento dei casi il motivo riportato è un'esplicita assunzione di un rischio di gravidanza, e ciò vale sia per le donne in coppia che per quelle che non lo sono. Nella graduatoria dei motivi del mancato ricorso, al terzo posto si posiziona il gruppo di donne che dichiara di non aver avuto rapporti a rischio di gravidanza, con il 13,3 per cento, e tra le donne non in coppia questa quota aumenta al 20,4 per cento. Gli altri motivi non raggiungono singolarmente le due cifre, ma cumulando la quota di donne in menopausa o in gravidanza (9,1 per cento) e chi dichiara di non essere fertile (7,1 per cento), questo gruppo raggiunge oltre il 16 per cento dei casi.

L'analisi delle motivazioni del mancato utilizzo di metodi contraccettivi ha consentito di selezionare un collettivo di riferimento più mirato per studiare le caratteristiche delle donne che sono meno propense a tenere sotto controllo la propria fecondità. Dal gruppo di donne che non hanno fatto uso di metodi contraccettivi, pur essendo sessualmente attive, si è infatti operata un'opportuna scrematura, escludendo coloro che avevano dichiarato di desiderare un figlio e le donne non fertili (ovvero che hanno dichiarato di non poter avere figli, oppure di essere in gravidanza o ormai in menopausa). Attraverso un modello di regressione logistica è stata studiata la propensione al mancato ricorso a metodi contrac-

⁸ Il 95 per cento delle persone ha indicato un solo motivo del mancato ricorso.

cettivi su questo gruppo selezionato, utilizzando come variabili esplicative le loro principali caratteristiche strutturali.

Tavola 2.2 - Donne di 18-49 anni, sessualmente attive, che dichiarano di non usare contraccettivi, per motivo e tipo di unione - Anno 2013 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

Motivi	Donne sessualmente attive			Donne che non hanno usato metodi contraccettivi		
	Non in coppia	Coppia	Totale	Non in coppia	Coppia	Totale
Stiamo cercando di avere un figlio	1,9	8,6	5,7	16,9	27,2	25,1
Mi sono assunta il rischio	2,5	6,4	4,8	22,3	20,4	20,8
Non ho avuto rapporti a rischio di gravidanza	2,2	3,6	3,0	20,0	11,5	13,3
Menopausa/gravidanza	0,8	3,0	2,1	6,9	9,6	9,1
Non ci ho pensato	1,1	2,4	1,8	9,9	7,5	8,0
Impossibilità di avere figli	0,7	2,3	1,6	6,1	7,3	7,1
Il partner non vuole	0,7	2,3	1,6	6,2	7,3	7,1
La mia religione/cultura non permette	0,3	1,2	0,8	3,0	3,8	3,6
I contraccettivi non naturali sono troppo costosi	0,3	0,8	0,6	2,7	2,7	2,7
Altro motivo	1,1	2,5	1,9	10,1	8,1	8,5
Non ha usato alcun metodo contraccettivo	11,0	31,5	22,9	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Applicando il metodo *forward*, è emerso che tra le variabili esplicative individuate (classe di età, ripartizione geografica, titolo di studio conseguito, tipo di unione, cittadinanza e presenza e numero di figli) la prima ad entrare nel modello, perché maggiormente associata

Tavola 2.3 - Il mancato uso di metodi contraccettivi nell'ultimo anno: modello di regressione logistica. Donne sessualmente attive (18-49 anni) - escluse le donne non a rischio di gravidanza o desiderose di una gravidanza - Anno 2013

Classe di età	Odds Ratio	Intervalli di confidenza di Wald al 95%	
Probabilità di non usare contraccezione			
18-24 anni	1		
25-29 anni	1,091	0,891	1,336
30-34 anni	1,143	0,939	1,392
35-39 anni	1,301	1,073	1,577
40-44 anni	1,503	1,243	1,817
45-49 anni	1,652	1,369	1,993
Ripartizione geografica			
Nord-Ovest	1		
Nord-Est	0,989	0,865	1,132
Centro	1,19	1,039	1,363
Sud	1,691	1,496	1,912
Isole	1,163	0,993	1,361
Titolo di studio			
Laurea	1		
Diploma	1,305	1,149	1,481
Scuola dell'obbligo	1,791	1,568	2,045
Tipo di unione			
Non in coppia	1		
In coppia non coniugata	1,585	1,321	1,903
In coppia coniugata	1,706	1,489	1,955
Cittadinanza			
Italiana	1		
Straniera	1,705	1,491	1,95
Numero di figli			
Oltre 2 figli	1		
Due figli	1,182	1,396	1,182
Un figlio	1,456	1,73	1,456
Nessun figlio	1,323	1,611	1,323

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

al mancato ricorso alla contraccezione, è il tipo di unione: per le donne che convivono con il partner il rischio di non usare metodi contraccettivi rispetto alle altre aumenta del 70 per cento, a parità delle altre variabili esplicative considerate (Tavola 2.3). A seguire assume rilevanza il livello di istruzione: le donne che hanno al massimo superato la scuola dell'obbligo hanno una propensione ad astenersi dal ricorso alla contraccezione di circa l'80 per cento in più rispetto alle laureate.

Inoltre sono le donne residenti al Sud ad evidenziare una maggiore tendenza a non usare contraccettivi (*Odds Ratio*=1,7). Dopo il territorio segue per importanza la cittadinanza: le donne straniere hanno un rischio del 70 per cento in più rispetto a quelle italiane di non fare uso di contraccettivi; è ben noto infatti che le donne straniere hanno un tasso di fecondità più alto rispetto alle donne italiane, a parità di altre variabili sociodemografiche. Anche l'età ha una sua influenza, infatti si osserva che dopo i 35 anni al crescere dell'età aumenta la propensione a non fare uso di contraccettivi, fino ad un aumento del 65 per cento tra le donne di 45-49 anni rispetto alle più giovani di 18-24 anni. Infine il mancato ricorso a metodi contraccettivi è significativamente associato alla presenza e numero di figli: -. rispetto a chi ne ha 3 o più, la probabilità di non usarne è più elevata tra chi dichiara di non avere figli o ne ha uno o due.

2.5 Altri aspetti della contraccezione

2.5.1 Un solo metodo o più di uno?

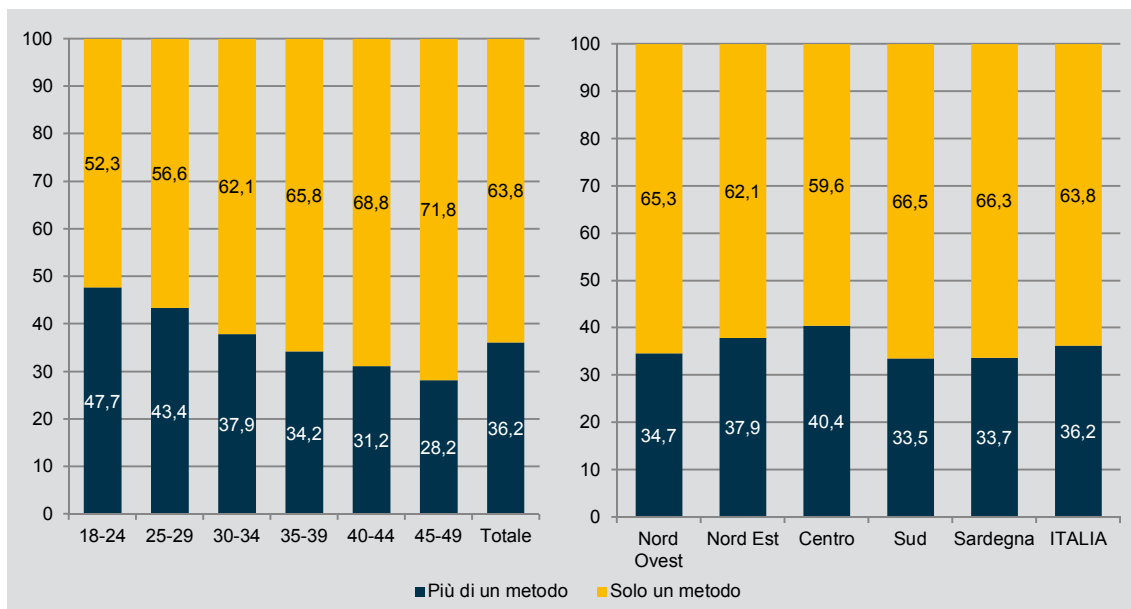
L'uso di metodi contraccettivi rilevato nei dodici mesi precedenti l'intervista permette di osservare se vi sono scelte contraccettive combinate, ovvero se le donne alternano e combinano vari metodi ed eventualmente quali.

Le donne 18-49enni che hanno avuto rapporti sessuali nell'ultimo anno e hanno usato almeno un metodo contraccettivo si possono distinguere in due diversi gruppi, quelle che ne hanno usato solo uno (63,8 per cento), e quelle che ne hanno usati due o più (36,2 per cento) (Figura 2.6). L'uso di più metodi è maggiormente diffuso tra le donne giovani: 47,7 per cento tra le 18-24enni, fino ad arrivare a 28,2 per cento tra le 45-49enni. A livello territoriale è chiara la specificità della Sardegna che ha la percentuale più elevata nell'uso di un unico metodo (66,3 per cento), mentre tendenzialmente si ha un minore uso di metodi combinati al Sud (33,5 per cento) ed elevato invece al Centro (40,4 per cento).

Ma quali metodi vengono combinati insieme? All'avanzare dell'età diminuisce l'uso dei metodi di barriera (diaframma e preservativo), aumenta invece l'uso non combinato/alternato di metodi naturali o tradizionali (*coitus interruptus*). L'alternanza nell'uso di metodi moderni (barriera/ormonali) è la più diffusa (13,9 per cento) in particolare tra le giovani (22,1 per cento tra le 18-24enni) e declina progressivamente fino all'8,2 per cento dopo i 45 anni. L'altra combinazione molto diffusa, metodi moderni alternati ai tradizionali (12,4 per cento) invece non evidenzia differenze per età (Figura 2.7).

L'uso della combinazione più efficace e moderna (metodi di barriera e ormonali) mostra dei modelli di diffusione piuttosto chiari: decresce all'aumentare dell'età e al diminuire degli anni di istruzione, mentre non ha una netta differenziazione territoriale. Al contrario

Figura 2.6 - Donne di 18-49 anni che usano contraccettivi, secondo le diverse combinazioni di metodi - Anno 2013

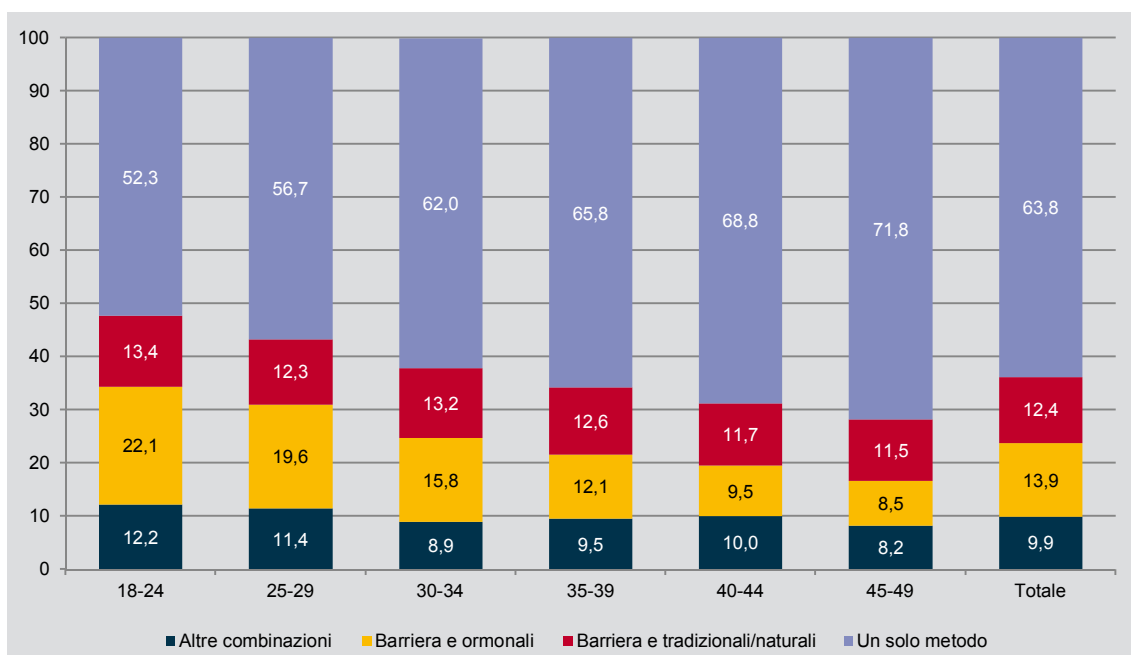


Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

la combinazione ritenuta meno efficace (metodi di barriera e tradizionali/naturali) non si differenzia per età, ma evidenzia differenze territoriali tra Nord e Centro-Sud (eccetto la Sardegna), con una più bassa diffusione al Nord.

Considerando le combinazioni d'uso dei singoli metodi (non classificati in gruppi), tra le donne che ricorrono alla contraccezione, l'associazione più frequente è "preservativo e pillola" (11,5 per cento), seguito dalla combinazione "preservativo e coito interrotto" (9,3

Figura 2.7 - Donne 18-49 anni che usano contraccettivi, secondo le diverse combinazioni di metodi e classe di età - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

per cento); anche considerando l'uso del preservativo 'ad ogni rapporto' le due combinazioni le più frequenti rimangono queste appena indicate, ma con quote meno elevate (rispettivamente 6,6 per cento e 3,0 per cento).

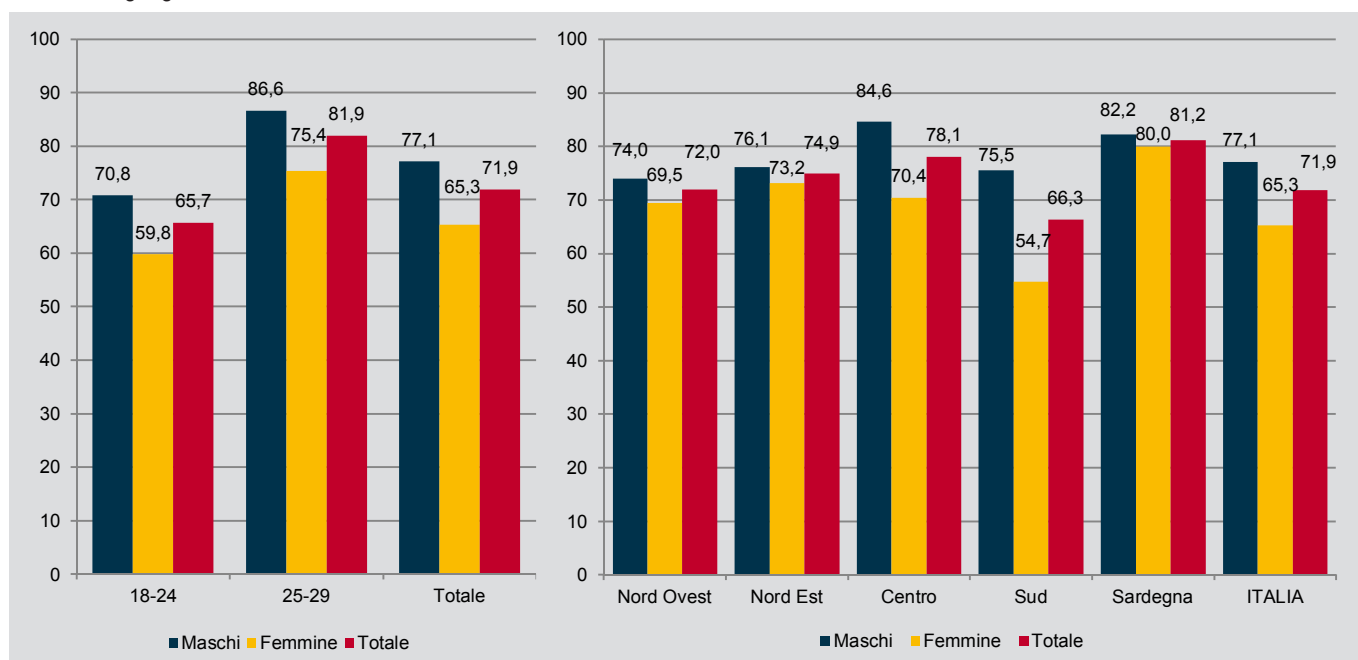
2.5.2 Prima della coppia: la contraccezione tra i giovani

Un segmento particolarmente delicato della popolazione, sotto il profilo della protezione contro gravidanze non desiderate e malattie sessualmente trasmissibili, è quello giovanile e non ancora in unione stabile, per il quale i comportamenti sessuali si suppone siano diversi da chi, a parità di età, convive o è sposato.

In questo caso l'analisi ha coinvolto anche gli uomini, poiché vi è diffuso interesse ad allargare la prospettiva al gruppo dei giovani nel suo complesso dal momento che in questa fase si avvia la vita sessuale adulta⁹.

Tra i giovani dai 18 ai 29 anni non in coppia il 71,9 per cento dichiara di avere avuto rapporti sessuali completi nei dodici mesi precedenti l'intervista, con rilevanti differenze di genere (Figura 2.8): tra le donne sono il 65,3 per cento e tra gli uomini il 77,1 per cento. L'andamento è nettamente crescente con l'età, con una quota del 65,7 per cento nel gruppo più dei 18-24enni e più elevata tra i 25-29enni (81,9 per cento), la percentuale più bassa è tra le donne di 18-24 anni (59,8 per cento).

Figura 2.8 - Donne e uomini 18-29 non in coppia che hanno avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi, per classi di età e ripartizione geografica - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

⁹ Il contingente identificato sono tutti i giovani adulti dai 18-29 anni non in coppia. Gli adolescenti dai 14 ai 17 anni, fascia d'età in cui più diffusamente si comincia ad avere rapporti sessuali sono stati esclusi, per i già citati limiti nell'affidabilità dei risultati tra i minori, per la notevole mancata risposta.

Al Sud l'astensione dai rapporti sessuali nell'ultimo anno è maggiore, in particolare tra le donne (34,7 per cento). Anche l'Italia centrale risulta avere differenze di genere importanti, mentre in Sardegna le differenze comportamentali fra donne e uomini quasi si annullano (2,2 punti percentuali di differenza) come anche in Friuli Venezia Giulia, Veneto, Toscana e Marche. Altrove le differenze sono molto più elevate: soprattutto nel Lazio (uomini 12,3 per cento, donne 37,4 per cento) e in Sicilia (uomini 19,7 per cento, donne 45,3 per cento). Con riferimento alla cittadinanza, non si notano differenze importanti tra i giovani uomini stranieri ed italiani (1,7 punti percentuali), a differenze invece delle coetanee: le italiane non in coppia tra i 18-29 anni che dichiarano di non aver avuto rapporti sessuali nell'anno sono il 34,2 per cento, mentre tra le straniere la quota sale al 40,8 per cento.

È elevata, tra i giovani sessualmente attivi non in coppia, la percentuale di chi dichiara di fare uso di contraccettivi: oltre il 90 per cento vi ha fatto ricorso (Tavola 2.4), con una lieve differenza di genere a sfavore delle donne, con una quota di mancata copertura contraccettiva maggiore rispetto ai coetanei (11,5 per cento vs 8,2 per cento).

Questo gruppo di giovani che non ricorre ad alcun metodo sembra manifestare una minore consapevolezza rispetto alle persone più adulte ultratrentenni: infatti dichiarano più frequentemente tra i motivi del mancato utilizzo di volersi "assumere il rischio" (il 32,6 per cento dei 18-24enni e il 30,2 per cento dei 25-29enni). Tra le donne 18-24 anni tale percentuale è ancor più elevata: 39,8 per cento contro il 25,5 per cento tra i coetanei. Fra tutti i 18-24enni è più frequente anche la motivazione "non ci ho pensato", al di sopra della media (15,6 per cento vs 10,2 per cento). Il motivo economico del costo elevato dei contraccettivi moderni sembra essere un problema per l'8,6 per cento dei giovani maschi sotto i 24 anni e del 7,6 per cento dei 25-29enni.

L'analisi territoriale evidenzia il noto gradiente Nord-Sud, con un minore ricorso alla contraccezione al Sud (87,4 per cento) rispetto al Nord (Nord est 93,1 per cento e Nord ovest 92,1 per cento). Generalmente i giovani maschi usano maggiormente metodi contraccettivi rispetto alle donne (77,1 per cento contro 65,3 per cento), con l'eccezione della Sardegna dove le quote sono molto simili e superiori all'80 per cento.

Aspetti quali la cittadinanza e il livello d'istruzione mostrano delle specificità: la contraccezione tra i giovani stranieri non in coppia è assai meno diffusa (83,8 per cento contro 91,1 per cento), così come tra i giovani poco istruiti (che al massimo hanno conseguito la licenza media inferiore 93,8 per cento; laurea 87,8 per cento).

Tavola 2.4 - Donne e uomini 18-29 non in coppia che hanno usato contraccezione, per uso di almeno un metodo, e dei tre principali metodi - Anno 2013 (per 100 donne/uomini con le stesse caratteristiche)

	Usa almeno un metodo	Preservativo	Pillola	Coito interrotto
		MASCHI		
Classi di età				
18-24	91,8	87,3	34,9	15,9
25-29	91,8	82,6	39,3	16,1
Totale	91,8	85,2	36,8	16,0
		FEMMINE		
18-24	89,0	72,1	43,3	20,5
25-29	87,9	67,3	44,1	21,0
Totale	88,5	70,1	43,6	20,7
		TOTALE		
18-24	90,6	81,0	38,3	17,8
25-29	90,3	76,9	41,1	17,9
Totale	90,5	79,2	39,5	17,9

Fonte: Indagine Istat su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2013

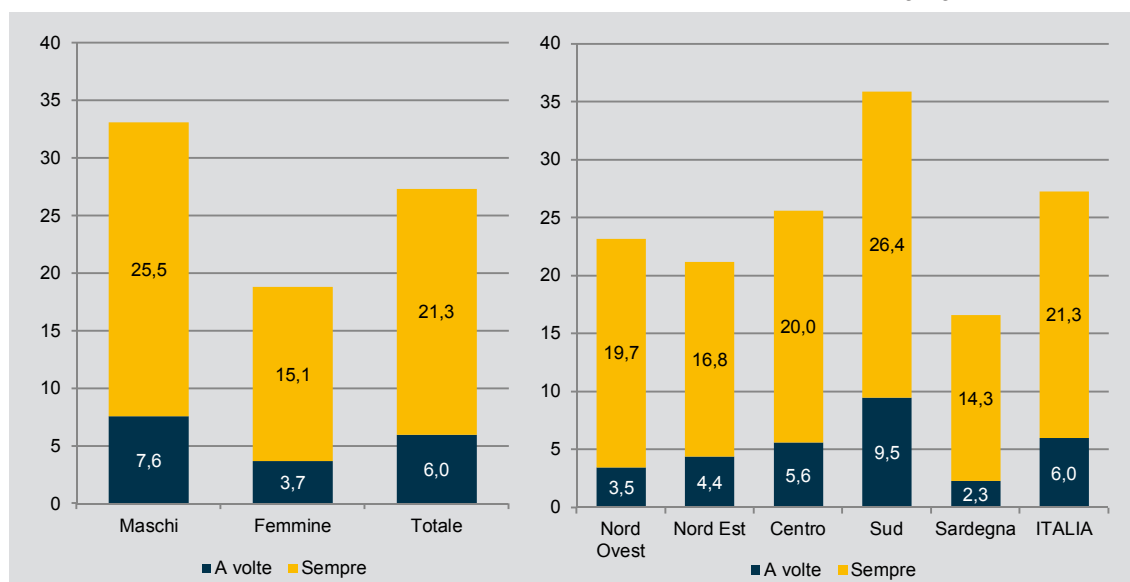
Tra chi utilizza almeno un metodo contraccettivo, il preservativo è quello di gran lunga più adottato, circa l'80 per cento, segue la pillola intorno al 40 per cento, ed elevata rimane la quota di chi usa il coito interrotto pari al 18 per cento (Tavola 2.4). L'uso del preservativo è riportato prevalentemente dai maschi e dalle persone più giovani (tra i maschi sotto i 25 anni raggiunge l'87,3 per cento). La pillola è maggiormente riferita dalle donne e in particolare tra le 25-29enni dove raggiunge il suo massimo, 44,1 per cento. Una percentuale affatto trascurabile ricorre al coito interrotto, senza differenze per età ma con differenze di genere: più elevata tra le donne (20,7 per cento contro il 16,0 per cento dei maschi), soprattutto dai 25-29 anni (21,0 per cento).

Molto elevato è l'uso della pillola in Sardegna, anche tra i giovani (59,5 per cento) ed in particolare tra le donne (65,3 per cento) dove si riporta un uso moderato del profilattico tra le donne (55,3 per cento), ed elevato invece tra gli uomini (79,1 per cento). Il coito interrotto mantiene la sua distribuzione territoriale tipica (elevata al Sud e bassa al Nord) anche in questo specifico gruppo di popolazione. Ciò lascia spazio ad ulteriori avanzamenti della "rivoluzione contraccettiva", anche considerando la bassa diffusione della pillola al Sud (25,4 per cento).

I giovani stranieri si differenziano in maniera netta dagli italiani solo per il minor utilizzo della pillola (32,4 per cento contro il 40,1 per cento).

Vi è un gruppo di *under 30* non in coppia che ha dichiarato di aver usato come unico mezzo di contraccezione il preservativo (27,3 per cento) e la gran parte ne fa un uso ad ogni rapporto (21,3 per cento). L'uso esclusivo del preservativo è più diffuso tra i maschi (33,1 per cento rispetto alle femmine 18,8 per cento), senza particolari differenze per età né istruzione, ed è invece e in modo inatteso molto diffuso al Sud (26,4 per cento) (Figura 2.9).

Figura 2.9 - Uso del preservativo come unico metodo contraccettivo impiegato negli ultimi 12 mesi. Donne e uomini 18-29 non in coppia, che hanno avuto rapporti sessuali, per sesso e ripartizione geografica - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Anche tra i giovani si rileva un uso alternato o combinato di contraccettivi e si nota in particolare che è elevata l'alternanza di metodi efficaci quali barriera e ormonali (22,6 per cento), soprattutto tra gli uomini di 25-29 anni (25,3 per cento), segue per importanza la combinazione di metodi di barriera e naturali (10,9 per cento) specialmente tra le donne e

tra le persone sotto i 25 anni. Molto diffuse anche “Altre combinazioni” che è una categoria residuale che contempla tutte le restanti combinazioni, ciascuna delle quali singolarmente ammonta ad una percentuale assai bassa. Al contrario, ad usare esclusivamente metodi tradizionali o naturali sono in pochi: 3,5 per cento (il massimo si osserva tra le donne di 25-29 anni, 5,5 per cento) soprattutto diffusi al Sud (4,6 per cento). Molto alto è l’uso dei soli metodi di barriera (preservativo e diaframma con 29,0 per cento) in particolare tra i maschi sotto i 25 anni (34,9 per cento); meno diffuso invece al Sud (18,2 per cento).

2.5.3 Contraccezione di emergenza più diffusa tra le donne giovani e istruite

L’uso di contraccezione di emergenza¹⁰ in Europa si differenzia nei vari paesi. Una parte delle differenze dipendono con alta probabilità dal metodo di rilevazione del fenomeno: come le varie e differenti metodologie d’indagine e di campionamento. Comunque i risultati evidenziano per l’Italia i più bassi livelli di utilizzo nel corso della vita, insieme a Germania e Spagna (Tavola 2.5).

Tavola 2.5 - L’uso della pillola del giorno dopo in alcuni paesi europei. Vari anni tra il 2009 e il 2013 (per 100 donne)

PAESE	Uso di Contraccezione d'emergenza tra le donne 14-49 anni (nel corso della vita "ever use")
UK	61,0
Svezia	59,0
Francia	22,0
Olanda	21,0
Danimarca	20,0
Austria	18,0
Spagna	14,7
Germania	13,0
Italia*	12,5

Fonte: <http://www.ec-ec.org/>; Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Il 12,5 per cento delle donne in Italia ha dichiarato di aver fatto ricorso alla pillola del giorno dopo (il così detto *ever use*). Questa quota è molto più alta tra le donne sotto i 30 anni, e tra le laureate. Anche la variabilità territoriale è forte, benché il gradiente Nord-Sud diventi meno marcato, per il basso ricorso di alcune regioni del Nord est (Veneto e Provincia Autonoma di Trento).

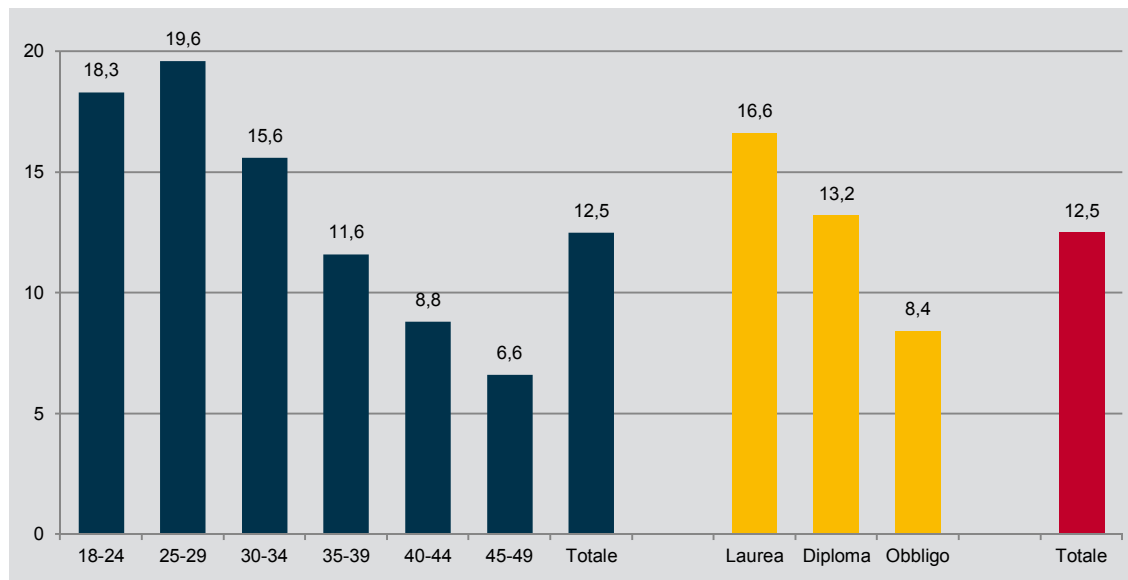
La quota di donne che ha fatto uso della pillola del giorno dopo, una o più volte nella vita, diminuisce al crescere dell’età, mostrando un chiaro effetto generazionale, dovuto in parte alla progressiva liberalizzazione di questo farmaco negli ultimi 20 anni¹¹. Altrettanto rilevante è il livello d’istruzione: tra le laureate il ricorso è doppio rispetto a chi si è fermato alla scuola dell’obbligo (16,6 per cento vs 8,4 per cento - Figura 2.10).

Ancora più elevate le differenze territoriali: a parte il Veneto, l’uso della pillola del giorno dopo è molto più diffuso al Centro-Nord che al Sud e nelle Isole (in questo caso la Sardegna si uniforma ai comportamenti ‘del Sud’). La percentuale più bassa è in Campania e Calabria (circa il 7 per cento) a fronte del 18 per cento nelle Marche e Toscana (17,7 per cento Figura - 2.11).

¹⁰ La contraccezione di emergenza è definita come: “Emergency Contraception (EC), also known as postcoital contraception or the morning after pill refers to the contraceptive methods that women can use to prevent pregnancy after unprotected sexual intercourse. Currently, there are four types of EC methods available in Europe: Levonorgestrel-only EC pills (LNG ECPs) EC pills containing ulipristal acetate (UPA ECPs) EC pills containing mifepristone Copper intrauterine devices (IUDs) inserted up to five days after intercourse”. <http://www.ec-ec.org/emergency-contraception-in-europe/what-is-emergency-contraception/>

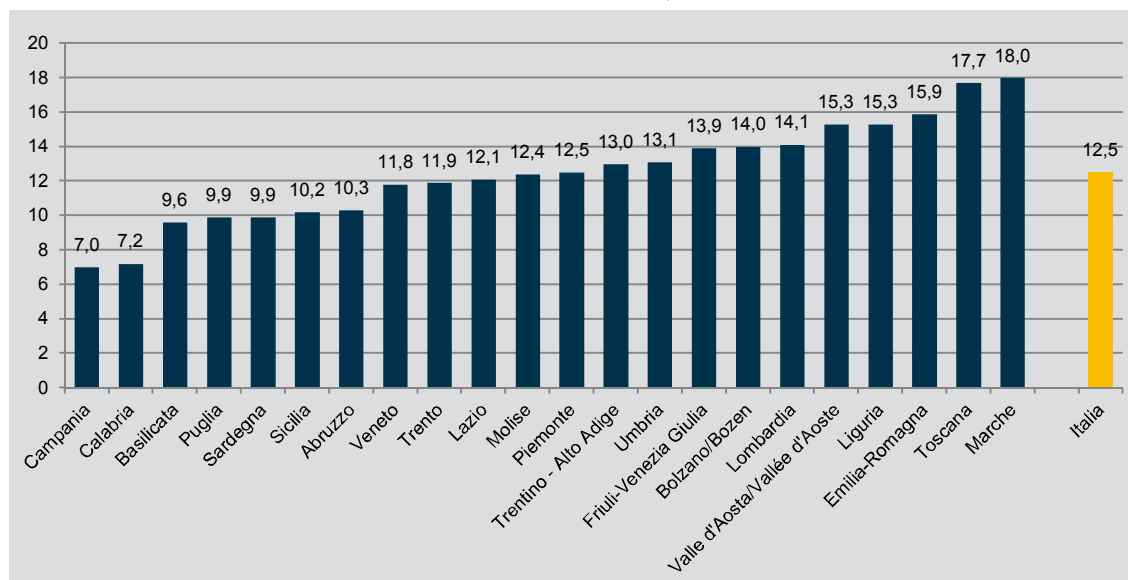
¹¹ Solo nel 2016 è stato reso disponibile in farmacia senza prescrizione medica.

Figura 2.10 - Donne di 18-49 anni per ricorso alla pillola del giorno dopo, per classi di età e livello d'istruzione - Anno 2013 (per 100 donne che hanno avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Figura 2.11 - Donne di 18-49 anni per ricorso alla pillola del giorno dopo, per regione - Anno 2013 (per 100 persone che hanno avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi)



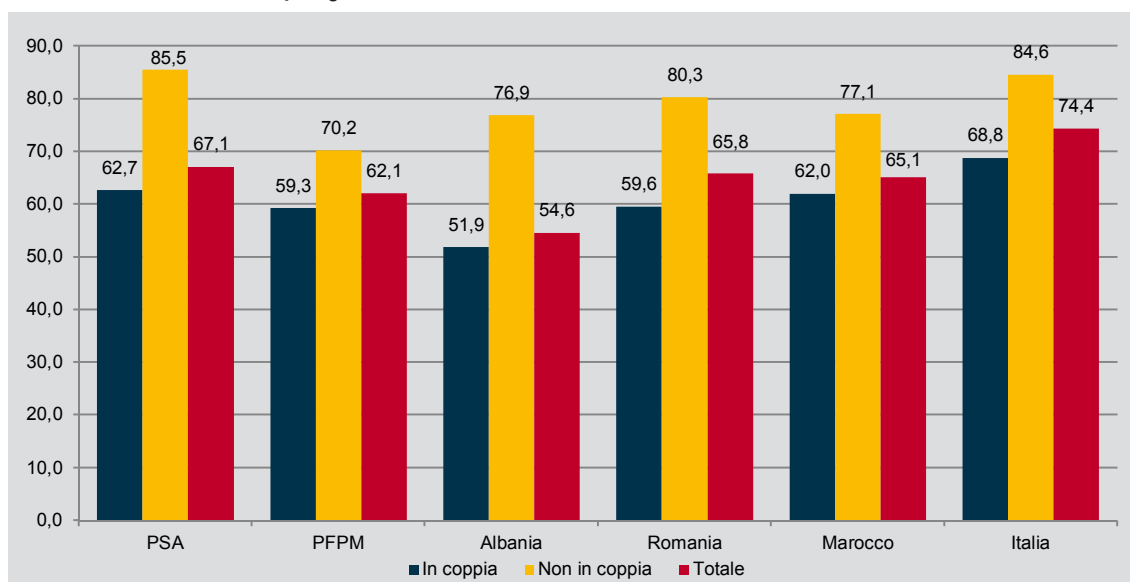
Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

2.5.4 Donne straniere e comportamenti contraccettivi

Nell'analizzare le caratteristiche del ricorso alla contraccezione tra le donne straniere si è ritenuto importante riuscire a distinguere le nazionalità in base alla classificazione del paese di provenienza, ovvero se si tratta di paesi a forte pressione migratoria (Pfp) oppure a sviluppo avanzato (Psa). Inoltre in considerazione della consistenza numerica delle singole cittadinanze nel campione dell'indagine Istat sono state individuate le tre cittadinanze

più presenti in Italia, per analizzarle nel dettaglio: quella rumena, quella albanese e quella marocchina. L'uso di metodi contraccettivi tra le donne che hanno avuto rapporti sessuali è mediamente più bassa tra le straniere (62,8 per cento) rispetto alle italiane (74,4 per cento). Ma le differenze tra le nazionalità di provenienza sono importanti: l'uso maggiore si ha tra le donne provenienti dai Psa, ma quote elevate si osservano anche tra le rumene e le marocchine. In tutti i casi le donne in coppia mostrano un utilizzo di contraccezione più basso rispetto alle donne non in unione stabile, come già osservato per il campione in generale e come avviene per le donne italiane. Il più basso ricorso alla contraccezione si osserva tra le donne albanesi (54,5 per cento), sebbene tra quelle non in coppia (76,9 per cento) le differenze con le altre nazionalità siano meno marcate (Figura 2.12).

Figura 2.12 - Donne di 18-49 anni, sessualmente attive, che usano almeno un metodo di contraccezione, per cittadinanza e tipologia familiare - Anno 2013



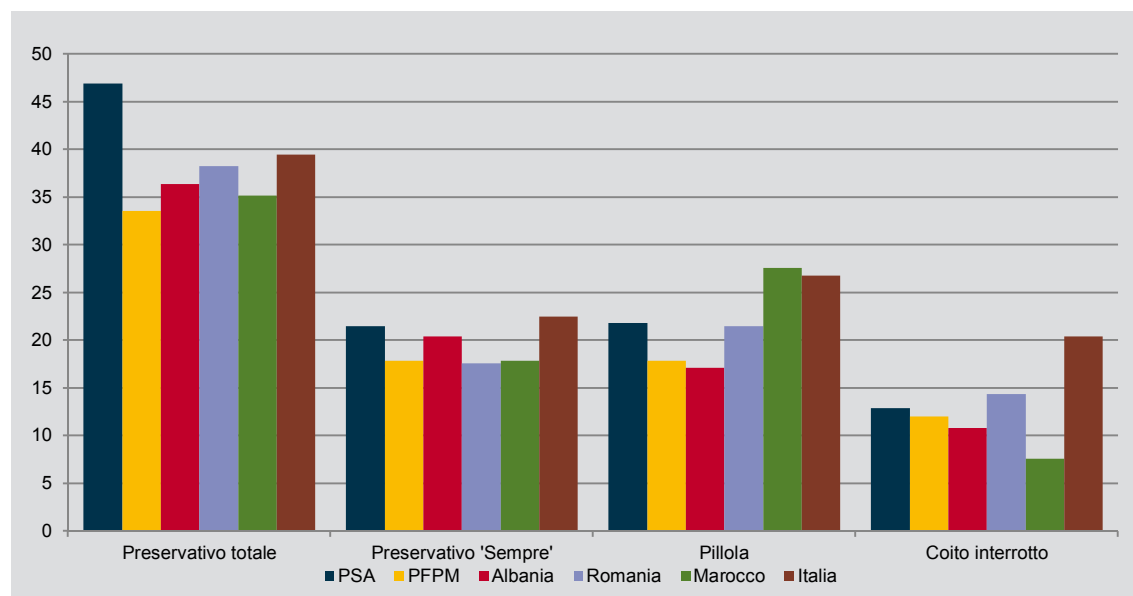
Fonte: stat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Considerando i tre singoli metodi più diffusi, ovvero preservativo, pillola e coito interrotto, si nota una loro minore diffusione tra le donne provenienti dai paesi in via di sviluppo (Pfp_m), e un uso elevato del preservativo tra le donne provenienti da paesi a sviluppo avanzato (Psa) (Figura 2.13). Dalla Figura si evince con chiarezza anche la specificità italiana della maggiore diffusione del coito interrotto.

Soffermandosi sugli altri metodi contraccettivi (spirale, anello vaginale, cerotto, sterilizzazione, diaframma), si evidenzia come la spirale sia abbastanza diffusa tra le donne straniere, senza differenze tra Psa (5,2 per cento) e Pfp_m (5,7 per cento), ad eccezione delle donne albanesi che ne fanno un uso minore (3,6 per cento). L'anello vaginale sembra essere una peculiarità italiana (2,4 per cento) rispetto ai Psa (1,6 per cento) e i Pfp_m (1,8 per cento); il cerotto contraccettivo è impiegato dalle rumene (2,3 per cento) ben più che tra altre nazionalità. La sterilizzazione è molto più frequente tra le donne provenienti dai Psa (5,5 per cento) rispetto a tutte le altre (Pfp_m e donne italiane pari a 1,4 per cento) (Tavola 2.6).

Tra le donne in coppia, si notano differenze a seconda della composizione per cittadinanza: la quota più elevata (quasi il 40 per cento) di assenza di una copertura contraccettiva si osserva tra le coppie straniere (entrambi non italiani) e tra le coppie miste con donna straniera (44,4 per cento); nelle coppie dove la donna è di cittadinanza italiana la non coper-

Figura 2.13 - Donne di 18-49 anni, sessualmente attive, per metodo contraccettivo utilizzato e cittadinanza - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

tura contraccettiva è nella media (ovvero intorno al 30 per cento). Circa i metodi impiegati, le coppie straniere mostrano un uso meno diffuso della pillola e del preservativo (ad ogni rapporto) rispetto alle coppie italiane, e un ricorso molto più contenuto del coito interrotto.

Tavola 2.6 - Donne di 18-49 anni, sessualmente attive, per uso di contraccezione e metodo impiegato, per cittadinanza - Anno 2013 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

	Cittadinanza					
	PSA	PFFPM	Albania	Romania	Marocco	Italia
Non ha usato metodi	32,9	37,9	45,4	34,2	34,9	25,6
Usa metodi di cui (più risposte possibili)	67,1	62,1	54,6	65,8	65,1	74,4
Preservativo totale	46,9	33,6	36,4	38,3	35,2	39,5
Preservativo 'Sempre'	21,5	17,9	20,4	17,6	17,9	22,5
Pillola	21,8	17,9	17,1	21,5	27,6	26,8
Coito interrotto	12,9	12,0	10,8	14,4	7,6	20,4
Altri metodi naturali	7,3	5,0	5,8	3,6	7,8	4,6
Spirale	5,2	5,7	3,6	7,3	2,6	4,3
Anello vaginale	1,6	1,8	1,7	1,0	1,4	2,4
Cerotto contraccettivo	0,0	1,0	0,4	2,3	0,0	1,6
Sterilizzazione	5,5	1,4	0,8	0,7	0,8	1,4
Diaframma	0,0	0,9	0,6	0,6	0,0	1,1
Altro metodo	16,9	2,7	1,3	3,3	2,5	3,4

Fonte: Indagine Istat su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 2013

2.6 Conclusioni

Nell'ambito della salute riproduttiva assume un ruolo cruciale il ricorso alla contraccezione, e grazie agli ultimi dati disponibili dell'indagine Istat sulla salute del 2013 è stato possibile, a distanza di circa 20 anni, fornire un quadro aggiornato sui comportamenti contraccettivi nella popolazione adulta italiana, con particolare riferimento alle donne tra i 18 e 49 anni. L'uso di qualsiasi metodo contraccettivo, monitorato a livello internazionale

attraverso il Contraceptive Prevalence Rate (any method), vede l'Italia sostanzialmente in linea con altri paesi europei, soprattutto quelli dell'Europa del Sud e la Germania, mentre rispetto all'indicatore sull'uso di metodi moderni, il nostro paese resta ancora nella parte bassa della graduatoria europea, essendo ancora molto diffusi i metodi tradizionali. In particolare l'elevato ricorso al coito interrotto, che ha storicamente caratterizzato il nostro paese, induce a considerare che in Italia la rivoluzione contraccettiva non sia compiuta definitivamente, sebbene lentamente regredisca e le giovani generazioni abbandonino sempre più questo metodo a vantaggio di quelli moderni (in particolare pillola e preservativo). Nel mancato ricorso a metodi contraccettivi, a parità di altre caratteristiche, incidono fortemente il titolo di studio, il territorio e la cittadinanza. Gli approfondimenti su gruppi specifici di popolazione (donne straniere e italiane, giovani dai 18-29 di entrambi i generi) hanno fatto emergere risultati inediti come ad esempio il buon livello di copertura contraccettiva con preservativo tra i giovani nel Sud Italia.

LA GRAVIDANZA¹

3.1 Introduzione

È noto come le condizioni di salute di una persona in età adulta e anziana dipendano anche dagli eventi che hanno caratterizzato il suo sviluppo durante la gravidanza oltre che da quelli relativi all'infanzia e all'adolescenza (Blane et al., 2007), quando si gettano, dunque, le basi per la salute futura del nascituro. La promozione di stili di vita salutari delle donne in gravidanza, l'offerta di un'adeguata assistenza durante la gestazione così come la protezione della salute delle donne in gravidanza in ambiente lavorativo devono quindi essere al centro delle politiche per la salute materna e infantile di un Paese. È tuttavia necessario trovare un giusto equilibrio tra interventi utili per prevenire e gestire le complicanze in gravidanza e interventi medici non necessari che possono essere eccessivamente invasivi per la donna oltre a far incrementare i costi di assistenza sanitaria senza tradursi in guadagni per la salute.

3.2 L'avvio del percorso assistenziale

Per avere il tempo di pianificare nel modo migliore l'assistenza in gravidanza, le linee guida dell'Iss² raccomandano il primo appuntamento con il medico o l'ostetrica entro le prime dieci settimane di gestazione. È necessario, infatti, identificare precocemente le donne che potrebbero avere bisogno di un'assistenza intensiva e allo stesso tempo fornire a tutte le gestanti le informazioni necessarie per affrontare l'intero percorso assistenziale in modo consapevole.

Il timing della prima visita rappresenta un rilevante indicatore utilizzato per la valutazione dell'accesso alle cure prenatali sia in ambito internazionale (indicatori Peristat³) che nazionale (indicatori dell'Addendum alla cosiddetta Griglia LEA⁴).

In Italia da circa dieci anni la quota di donne che effettua la prima visita entro il terzo mese di gestazione è stabile al 94 per cento, ma sempre più donne tendono ad anticiparla al primo mese (dal 28 per cento nel 2005, al 34,1 per cento nel 2013) (Tavola 3.1). Le donne che si sottopongono ad una visita al primo mese di gravidanza sono soprattutto laureate (42,2 per cento), di 35-49 anni (37,9 per cento), primipare (36,8 per cento) e residenti nel Nord (37,3 per cento Nord ovest, 35,2 per cento Nord est) o nel Centro (36,3 per cento)

1 Il capitolo è a cura di Laura Iannucci e Lisa Francovich. Il Box è a cura di Alessandra Burgio, Cinzia Castagnaro e Maria Letizia Tanturri.

2 L'agenda della gravidanza, Sistema nazionale per le linee guida Istituto superiore di sanità.

3 Il progetto Euro-Peristat ha l'obiettivo di sviluppare degli indicatori validi ed affidabili per il monitoraggio e la valutazione della salute perinatale in Europa. Il progetto è iniziato nel 1999 come parte del Health Monitoring Programme ed è giunto alla terza fase con lo scopo ultimo di produrre un report sulla salute perinatale in Europa e definire un sistema sostenibile per la segnalazione di indicatori di salute perinatale.

4 I Livelli essenziali di assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale, sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

(Tavola 3.1). Sono quindi soprattutto le donne in attesa del primo figlio e in avanti con l'età a rivolgersi al ginecologo precocemente.

Effettuano invece la prima visita al limite del periodo consigliato, vale a dire prima dello scadere del terzo mese, prevalentemente le donne più giovani fino a 24 anni (30,2 per cento), con bassa scolarità (27,1 per cento), straniere (29,6 per cento) e residenti nel Mezzogiorno (24,5 per cento nel Sud e 29,8 per cento nelle Isole).

Effettuano tardivamente la prima visita, vale a dire oltre il terzo mese, l'11,3 per cento delle donne straniere contro il 4,5 per cento delle italiane, il 9 per cento delle donne più giovani (era il 15,2 per cento nel 2005) e il 9,2 per cento di quelle con titolo di studio più basso.

Tavola 3.1 - Donne (a) per mese in cui hanno effettuato la prima visita in gravidanza per età al parto, titolo di studio, cittadinanza, ordine di nascita e ripartizione geografica - Anni 2005 e 2013 (per 100 donne)

	Mese della prima visita							
	1° mese		2° mese		3° mese		oltre il 4° mese	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2005	2013
	ETÀ AL PARTO (IN CLASSI)							
Fino a 24	19,3	24,8	40,6	36,0	24,8	30,2	15,2	9,0
25-29	26,5	31,9	41,6	39,4	26,6	22,4	5,3	6,3
30-34	30,6	34,6	44,2	40,3	20,0	19,5	5,2	5,6
35-39	28,5	37,9	46,9	37,1	20,4	20,8	4,3	4,2
40 e più	28,9	36,0	43,0	35,7	21,6	22,0	6,4	6,4
	TITOLO DI STUDIO							
Laurea	32,7	42,2	48,2	39,7	15,2	15,7	3,9	2,4
Diploma	30,1	33,9	45,1	39,9	20,1	21,0	4,6	5,2
Scuola dell'obbligo	24,1	28,1	40,8	35,6	27,0	27,1	8,1	9,2
	CITTADINANZA							
Italiana	28,6	36,9	44,2	38,9	21,8	19,8	5,4	4,5
Straniera	22,0	21,9	40,0	37,2	26,4	29,6	11,6	11,3
	PRIMIPARA							
No	25,6	32,0	43,2	38,6	24,9	23,2	6,3	6,2
Sì	31,0	36,8	44,5	38,4	19,0	19,6	5,4	5,1
	RIPARTIZIONE GEOGRAFICA							
Nord-ovest	33,8	37,3	46,7	40,8	16,5	17,9	3,1	4,0
Nord-est	30,5	35,2	49,5	42,1	16,7	18,2	3,3	4,5
Centro	30,9	36,3	41,7	34,1	21,7	21,9	5,7	7,8
Sud	20,6	31,7	41,2	37,0	28,7	24,5	9,5	6,8
Isole	23,8	25,8	37,9	38,4	29,7	29,8	8,5	5,9
Italia	28,0	34,1	43,8	38,6	22,2	21,6	5,9	5,7

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti l'intervista.

Tra i servizi disponibili per l'assistenza durante la gestazione illustrati nel primo incontro con lo specialista, le donne vengono informate anche sui benefici dei corsi di accompagnamento alla nascita. Numerosi studi nazionali ed internazionali hanno infatti documentato gli effetti positivi di tali corsi (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2011): le donne che vi partecipano affrontano in modo più consapevole, sereno e collaborativo il travaglio ed il parto. Inoltre, a parità di età, sono meno frequentemente sottoposte al taglio cesareo e mostrano una maggiore propensione all'allattamento al seno. Tra le donne alla prima esperienza di gravidanza poco più della metà (53,8 per cento) riferisce di aver seguito un corso di accompagnamento alla nascita (Tavola 3.2). Sono notevoli le differenze territoriali a svantaggio delle donne residenti nel Sud tra le quali solo il 33,0 per cento ha seguito un corso (a fronte del 66 per cento nel Nord). Altrettanto evidenti sono le disuguaglianze a carico delle donne che hanno conseguito al massimo il titolo della scuola dell'obbligo (34,4 per cento rispetto al 71,7 per cento delle laureate), che sono ancora più accentuate nel Sud (19,6 per cento tra chi ha la licenza media rispetto al 54,3 per cento tra le laureate).

Tavola 3.2 - Primipare che hanno seguito un corso di accompagnamento alla nascita per classe di età al parto, titolo di studio e lavoro durante la gravidanza - Anno 2012 (per 100 donne)

	Ripartizione geografica					Italia
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	
CLASSE DI ETÀ AL PARTO						
Fino a 24	44,5	44,5	40,2	19,8	22,1	33,9
25-29	62,8	64,5	58,9	31,3	38,0	51,4
30-34	76,8	72,9	67,1	41,5	45,8	63,2
35 e oltre	69,7	72,8	60,6	38,9	51,9	61,2
TITOLO DI STUDIO						
Obbligo	48,9	43,9	38,9	19,6	22,6	34,4
Diploma	68,2	67,8	62,4	32,7	41,0	56,6
Laurea	76,8	81,4	78,2	54,3	60,9	71,7
LAVORO DURANTE LA GRAVIDANZA						
No	57,3	56,3	50,5	30,9	32,5	42,6
Sì	71,4	70,4	66,3	42,6	49,9	63,2
TOTALE	65,5	65,7	59,2	33,0	38,4	53,8

Fonte: Istat, L'indagine campionaria sulle nascite e le madri

Andando ad analizzare i motivi della mancata frequenza si osserva come la comunicazione tra donne e operatori sanitari sui benefici del corso di accompagnamento sia ancora poco efficace: il 42,0 per cento delle donne intervistate a due anni dalla nascita del figlio non lo riteneva utile e il 6,0 per cento non ne conosceva neppure l'esistenza (Tavola 3.3). A riferirlo sono soprattutto donne con basso titolo di studio o con età al parto inferiore a 24 anni.

La carenza di offerta nel territorio di residenza è stata di ostacolo alla frequenza del corso per il 9,7 per cento delle donne con una quota che raggiunge il 14,1 per cento nel Mezzogiorno. Inoltre, è da segnalare che tra le donne che avevano un lavoro durante la gravidanza il 29,2 per cento non ha potuto seguire il corso per mancanza di tempo.

Tavola 3.3 - Primipare che non hanno seguito un corso di accompagnamento alla nascita per motivo, classe di età al parto, titolo di studio, lavoro durante la gravidanza e ripartizione geografica - Anno 2012 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

	Motivo per cui non ha seguito il corso						
	Non lo ritiene utile	Non ne conoscevo l'esistenza	Non ho trovato una struttura disponibile o vicina alla mia abitazione	Per mancanza di tempo	Problemi di salute	Altro	Non sa /non risponde
CLASSE DI ETÀ AL PARTO							
Fino a 24	48,9	11,1	9,3	19,9	5,6	4,3	0,8
25-29	41,5	5,3	9,4	28,6	11,2	3,7	0,3
30-34	37,9	3,6	10,7	25,3	18,2	4,1	0,2
35 e oltre	38,1	2,7	9,2	26,4	21,7	1,5	0,4
TITOLO DI STUDIO							
Obbligo	46,9	8,5	8,9	22,3	9,7	3,4	0,4
Diploma	40,1	4,2	9,7	27,6	14,9	3,2	0,3
Laurea	34,6	4,7	12,0	25,1	17,6	5,6	0,3
LAVORO DURANTE LA GRAVIDANZA							
No	45,6	9,3	10,9	18,6	11,6	3,9	0,1
Sì	39,7	3,9	8,9	29,2	14,1	3,5	0,6
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA							
Nord-ovest	44,6	5,6	5,5	27,5	13,8	2,6	0,3
Nord-est	47,7	4,6	7,1	22,2	11,8	5,5	1,1
Centro	40,9	3,4	4,1	30,4	17,3	3,8	0,2
Sud	37,7	8,0	13,8	24,9	12,1	3,2	0,4
Isole	44,4	6,7	15,1	18,5	11,3	3,8	0,2
Totale	42,0	6,0	9,7	25,0	13,1	3,6	0,4

Fonte: Istat, L'indagine campionaria sulle nascite e le madri

3.3 La salute delle donne in gravidanza

Lo stato di salute delle donne in gravidanza tradizionalmente viene valutato mediante la misura della mortalità materna, che in Italia, analogamente ad altri paesi sviluppati, è molto bassa. Durante i nove mesi di gestazione possono però presentarsi delle complicanze che richiedono una maggiore cura e assistenza al fine di salvaguardare la salute della donna e del feto.

La quota di gravidanze complicate da disturbi gravi⁵ si incrementa nel tempo, passando dal 22,4 per cento nel 2005 al 25,4 per cento nel 2013 probabilmente per la maggiore incidenza di gravidanze in età più avanzata, infatti i nati da madri di 40 anni e più passa dal 5,6 per cento nel 2008 all'8,3 per cento nel 2015 (Istat, 2015). Ciò tuttavia non si traduce in un maggiore ricorso all'ospedalizzazione, che infatti diminuisce passando dal 37,9 per cento nel 2005 al 25,4 per cento nel 2013 (Tavola 3.4).

Oltre il 10 per cento delle donne con un figlio fino a 5 anni riferisce di aver avuto minacce di aborto (10,9 per cento) o parto pretermine (10,2 per cento) con un conseguente ricovero, rispettivamente nel 34,6 per cento e nel 44,2 per cento dei casi.

Tavola 3.4 - Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti l'intervista per disturbi gravi riferiti durante la gravidanza e ricoveri - Anno 2013

TIPO DI DISTURBO	Donne che hanno avuto disturbi in gravidanza (per 100 donne che hanno avuto un figlio negli ultimi 5 anni)	Donne ricoverate in gravidanza (per 100 donne che hanno riferito il disturbo)
Almeno un disturbo grave	25,4	30,7
-Minaccia di parto pretermine	10,2	44,2
-Minaccia d'aborto	10,9	34,6
-Ipertensione	5,6	30,3
-Diabete	5,1	19,5
-Gestosi	2,8	43,3

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

Inoltre, circa il 5 per cento delle donne ha riferito di aver sofferto di diabete in gravidanza. I dati però non permettono di distinguere esattamente il diabete insorto durante la gravidanza da quello diagnosticato durante la gestazione, ma insorto prima della gravidanza. Le donne che hanno riferito il diabete in gravidanza partoriscono figli con un peso alla nascita tendenzialmente superiore rispetto alle donne prive di disturbi gravi (Tavola 3.5).

Tavola 3.5 - Donne per durata della gestazione e peso alla nascita del bambino secondo la presenza di disturbi in gravidanza - Anno 2013 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

	Senza disturbi gravi		Con disturbi gravi				Totale	
		Almeno un disturbo	Gestosi	Ipertensione in gravidanza	Minaccia parto pre-termine	Minaccia d'aborto		Diabete in gravidanza
DURATA DELLA GESTAZIONE								
Fino a 31 settimane	0,4	1,4	6	2,3	2,5	1,7	0,9	0,7
32-36 settimane	5,7	9,7	15,7	10,7	16	8,5	7,9	6,7
37 settimane o più	93,9	88,9	78,3	87	81,4	89,8	91,2	92,6
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100
PESO ALLA NASCITA DEI BAMBINI NATI A TERMINE (IN GRAMMI)								
<2.499 gr	4,3	6,5	9,2	5,8	9,7	4,7	2,9	4,9
2.500- 3.299 gr.	47,6	50,7	46	57,7	51,2	51,7	43,5	48,4
3.300-3.999 gr.	41,8	36,1	33,8	28,8	32,9	38,5	43,2	40,4
>= 3.999 gr.	6,3	6,7	10,9	7,7	6,1	5,1	10,4	6,4
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

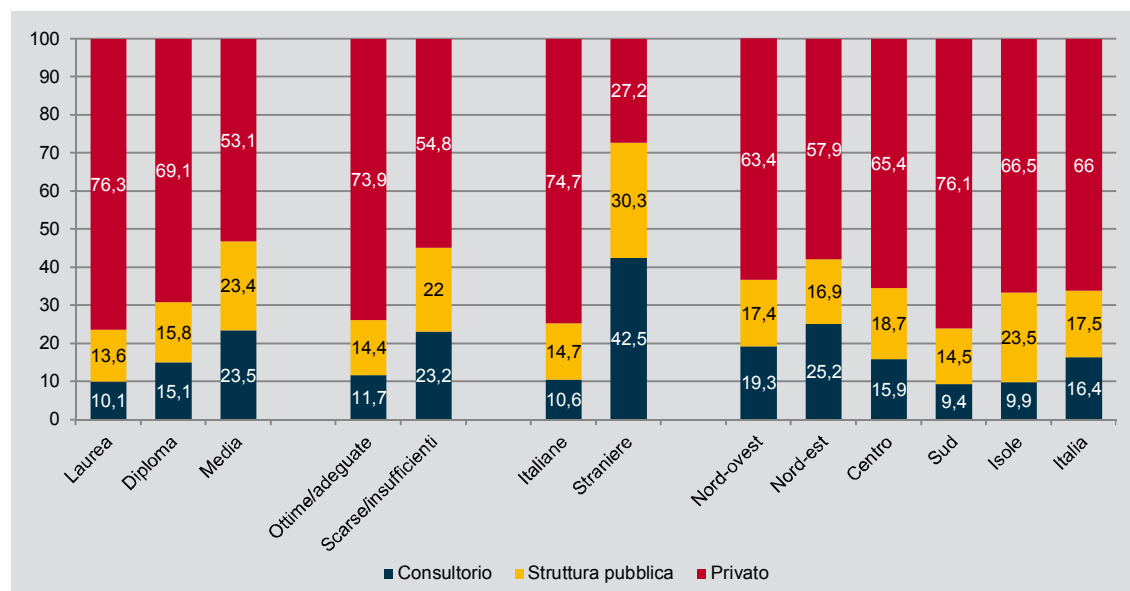
⁵ L'indagine sulle condizioni di salute ha rilevato i seguenti disturbi in gravidanza: minaccia d'aborto, minaccia di parto pretermine, diabete, gestosi, ipertensione.

Il 5,6 per cento delle donne intervistate ha dichiarato di aver sofferto di ipertensione durante la gravidanza e tra di loro il 26,4 per cento dichiara di soffrirne anche al momento dell'intervista. L'ipertensione materna è uno dei principali sintomi della gestosi ma solo il 2,8 per cento delle donne riferisce di averne sofferto in gravidanza. È, invece, elevata la quota di donne con gestosi per le quali è stato necessario un periodo di ricovero in ospedale durante la gravidanza (43,3 per cento). Tra le donne che riferiscono la gestosi è più frequente la nascita prematura del bambino (il 6,0 per cento prima delle 32 settimane ed il 15,7 per cento tra le 32 e le 36 settimane), e tra i nati a termine è più alta la quota di bambini con peso inferiore a 2.500 gr. (9,2 per cento) o superiore a 4.000 gr.

3.4 I controlli in gravidanza

La maggior parte delle donne durante la gestazione preferisce farsi seguire da un ginecologo privato (66,0 per cento), con differenze territoriali che vanno dal 76,1 per cento nel Sud al 57,9 per cento nel Nord est (Figura 3.1). Sono soprattutto le donne con più alto titolo di studio (76,3 per cento) o con migliori risorse economiche (73,9 per cento) a rivolgersi al professionista privato. A questo proposito si evidenzia un rilevante indizio di diseguaglianze territoriali nell'offerta pubblica assistenziale: nel Sud ben il 68,0 per cento delle donne in cattive condizioni economiche sceglie di farsi seguire privatamente a fronte del 41,2 per cento nel Nord est.

Figura 3.1 - Donne (a) per figura professionale che le ha seguite in gravidanza, titolo di studio, giudizio sulle risorse economiche familiari, cittadinanza e ripartizione geografica - Anno 2013 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Donne che hanno avuto un bambino nei cinque anni precedenti l'intervista.

Tra le donne straniere è invece nettamente prevalente il ricorso alle strutture pubbliche (73,0 per cento contro il 25,3 per cento delle italiane), in particolare ai consultori familiari (42,5 per cento contro il 10,6 per cento delle italiane).

Notevoli le differenze territoriali rispetto al ricorso ai consultori familiari da parte delle donne in gravidanza (9,4 per cento nel Sud e 25,2 per cento nel Nord est) nonostante l'offerta quantitativa di tale servizio sia omogenea sul territorio⁶. Infatti, nel 2013 per ogni 20.000 abitanti sono presenti 0,7 consultori familiari pubblici sia nel Nord sia nel Sud, a fronte di un consultorio ogni 20.000 abitanti previsto dalla legge 34/1996.

L'insieme dei controlli da eseguire per monitorare la gestazione sono scadenziati nell'agenda della gravidanza allegata alle linee guida per la gravidanza fisiologica (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2011). Il numero delle visite offerte alle donne in gravidanza non dovrebbe essere inferiore a quattro e quando è possibile, i test e gli altri accertamenti raccomandati devono essere effettuati nel corso degli incontri previsti, al fine di ridurre il disturbo per la gestante. Sulla base dei dati raccolti con i Certificati di assistenza al parto (Cedap), nel 2013 l'11,7 per cento delle donne ha effettuato meno di 4 visite, era del 16,3 per cento nel 2005. Tale quota è diminuita soprattutto tra le donne con decorso patologico della gravidanza, da 21,4 per cento a 10,5 per cento (Tavola 3.6).

Tavola 3.6 - Distribuzione delle visite di controllo effettuate e numero medio di ecografie per decorso della gravidanza - Anni 2005 e 2010 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	Decorso della gravidanza				Totale parti	
	Fisiologico		Patologico		2005	2013
	2005	2013	2005	2013		
Nessuna	0,6	1,4	1,1	1,8	0,7	1,4
<= 4	16,0	11,8	21,4	10,5	16,3	11,7
oltre 4	83,4	86,8	77,5	87,7	83,0	86,9
Totale	100	100	100	100	100	100
N° medio di ecografie in gravidanza	4,8	5,34	4,99	5,38	4,25	5,34

Fonte: Ministero della salute, Certificato di assistenza al parto (Cedap)

Attualmente in Italia il Sistema Sanitario Nazionale prevede l'esenzione dal ticket per tre esami ecografici in caso di gravidanze fisiologiche⁷. Nel complesso, l'80,3 per cento delle donne ne ha fatte oltre 3 e la quota è in aumento rispetto al dato già elevato del 2005 (78,5 per cento). Aumenta soprattutto la percentuale di donne che si è sottoposta a 7 o più ecografie: dal 28,9 per cento nel 2005 al 37,6 per cento nel 2013. L'incremento ha riguardato anche le donne con gravidanza singola e senza disturbi gravi (da 26,0 per cento a 33,5 per cento), per le quali, secondo le linee guida, dovrebbero essere sufficienti tre controlli ecografici (Figura 3.2).

Riguardo alla copertura ecografica delle donne in gravidanza si può quindi parlare di un incremento dell'eccesso di medicalizzazione già osservato nel 2005.

Tra i fattori che inducono le donne ad eccedere nei controlli ecografici⁸, vale a dire a superare le 6 ecografie durante i nove mesi di gestazione, oltre alla presenza di alcune condizioni della gravidanza che oggettivamente predispongono le donne ad effettuare più controlli: gravidanza gemellare (OR⁹=2,15), presenza di disturbi gravi (OR=1,99) e primo figlio

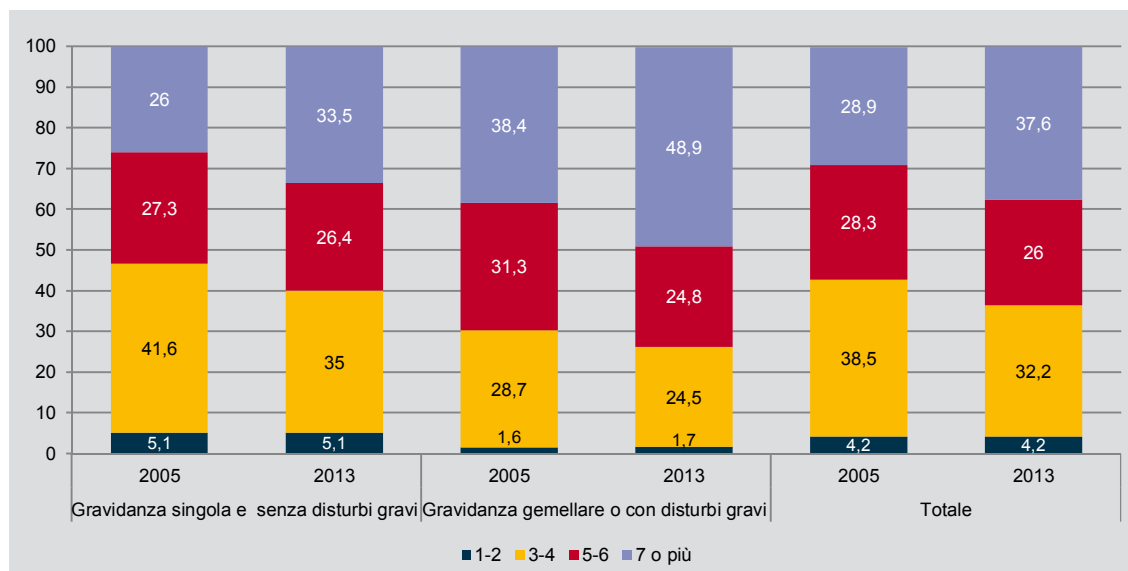
6 Il numero di consultori familiari per ripartizione è stato tratto dalla Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione della gravidanza (Legge 194/78).

7 Le linee guida sulla gravidanza fisiologica del SNLG-ISS raccomandano 2 ecografie in caso di gravidanze fisiologiche (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, ibidem).

8 Per studiare questi fattori sono stati elaborati due modelli logistici, il primo sull'intero campione di donne ed il secondo sul collettivo di donne con gravidanze presumibilmente fisiologiche in quanto singole e senza disturbi gravi

9 In epidemiologia l'Odds Ratio (OR) è la misura dell'associazione tra l'esposizione ad un fattore di rischio (es. gravidanza gemellare) e la comparsa di un evento (es. fare 7 o più ecografie). Se il valore dell'OR è uguale a 1, significa che il fattore di rischio è ininfluente sulla comparsa dell'evento; se il valore dell'OR è maggiore di 1, il fattore di rischio è o può essere

Figura 3.2 - Donne (a) per numero di ecografie effettuate in gravidanza - Anni 2005 e 2013 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Donne che hanno avuto un bambino nei cinque anni precedenti l'intervista.

Tavola 3.7 - Modello logistico. Stima di OR per 7 o più ecografie - Anno 2013

	Su tutte le donne		Sulle donne con gravidanza singola e senza disturbi gravi	
	Stima	Intervallo	Stima	Intervallo
DISTURBI GRAVI DURANTE LA GESTAZIONE (a)				
Sì (vs no)	1.970	(1,718-2,259)		
GRAVIDANZA GEMELLARE				
Sì (vs no)	2.121	(1,391-3,233)		
PRIMIPARA				
Sì (vs no)	1.476	(1,297-1,679)	1.561	(1,339-1,820)
FIGURA PROFESSIONALE				
Ginecologo di struttura pubblica (vs consultorio)	1.582	(1,235-2,025)	1.619	(1,196-2,192)
Ginecologo di struttura privata (vs consultorio)	3.311	(2,672-4,103)	3.666	(2,830-4,74)
CITTADINANZA				
Italiana (vs straniera)	1.656	(1,333-2,057)	1.714	(1,321-2,224)
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA				
Nord-est (vs Nord-ovest)	0,819	(0,675-0,994)	0,906	(0,715-1,148)
Centro (vs Nord-ovest)	1.023	(0,838-1,248)	0,767	(0,608-0,968)
Sud (vs Nord-ovest)	1.328	(1,112-1,586)	1.130	(0,914-1,396)
Isole (vs Nord-ovest)	1.317	(1,056-1,643)	1.080	(0,827-1,409)
ETÀ AL PARTO (IN CLASSI)				
Fino a 24 (vs 40 e più)	1.257	(0,912-1,733)	1.315	(0,890-1,943)
25-29 (vs 40 e più)	1.331	(1,025-1,730)	1.474	(1,061-2,049)
30-34 (vs 40 e più)	1.240	(0,972-1,581)	1.406	(1,033-1,913)
35-39 (vs 40 e più)	1.069	(0,835-1,370)	1.238	(0,904-1,694)
TITOLO DI STUDIO				
Diploma (vs Scuola dell'obbligo)	1.476	(1,297-1,679)	1.049	(0,877-1,256)
Laurea (vs Scuola dell'obbligo)	1.028	(0,856-1,234)	1.036	(0,833-1,289)
RISORSE ECONOMICHE				
Ottime/ adeguate (vs scarse insufficienti)	0,971	(0,849-1,111)	0,918	(0,783-1,077)

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

implicato nella comparsa dell'evento; se il valore dell'OR è minore di 1 il fattore di rischio in realtà è una difesa contro la comparsa dell'evento.

(OR=1,48), si evidenzia una maggiore propensione alla medicalizzazione tra le donne seguite da un ginecologo privato (OR=2,49), tra le italiane (OR=1,72) e tra le residenti nel Sud e nelle Isole (OR=1,34) (Tavola 3.7). Considerando solo il collettivo di donne con gravidanza fisiologica si confermano come fattori determinati il medico privato che segue la donna durante la gravidanza (OR=2,74), la cittadinanza italiana (OR=1,78) e la residenza nel Sud (OR=1,14).

La medicalizzazione dell'evento nascita per una gravidanza fisiologica, peraltro, non garantisce maggiore sicurezza, ma può esporre ad un più elevato rischio di falso positivo¹⁰, con conseguenti trattamenti inutili se non potenzialmente dannosi (rischi iatrogeni). È inoltre un onere aggiuntivo di costi per gli accertamenti che spesso sono a carico delle donne.

3.5 Esposizione al fumo in gravidanza

Il fumo in gravidanza comporta rischi per lo sviluppo del feto. I principali sono una maggiore probabilità di partorire un bambino con basso peso alla nascita e di avere un parto pretermine.

Le donne mostrano di conoscere questi rischi e modificano responsabilmente i loro comportamenti: dal 2005 al 2013 è aumentata la quota di donne fumatrici che hanno smesso di fumare durante la gravidanza. Nel 2013, il 20,5 per cento delle donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti l'intervista, aveva l'abitudine di fumare prima della gravidanza ma, di queste, il 74,1 per cento ha sospeso il consumo di tabacco dopo il concepimento, il 22,9 per cento ha diminuito la quantità quotidiana, mentre solo il 3 per cento non ha modificato le proprie abitudini. La percentuale più alta di donne che smette di fumare

Tavola 3.8 - Donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza per età al parto, titolo di studio, cittadinanza e ripartizione geografica - Anni 2005 e 2013

	Donne che fumavano prima della gravidanza (a)		Donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza (b)	
	2005	2013	2005	2013
ETÀ AL PARTO (IN CLASSI)				
Fino a 24	28,5	26,8	76,6	69,3
25-29	25,1	23,7	72,5	73,1
30-34	19,9	20,4	73,5	77,5
35-39	20,2	16,6	62,9	75,5
40 e più	18,5	18	57,2	63,0
TITOLO DI STUDIO				
Laurea	15,4	14,6	78,6	82,9
Diploma	20,3	21,5	77,8	77,2
Scuola dell'obbligo	26,1	23,5	63,2	65,2
CITTADINANZA				
Italiana	23	21,7	70,1	74,4
Straniera	11,7	15,1	82,1	71,6
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA				
Nord-ovest	20,6	21,3	73,1	74,1
Nord-est	22	22,6	68,3	77,3
Centro	27,4	22,8	71,4	73,6
Mezzogiorno	20,2	17,4	69,9	71,9
Totale	22,0	20,5	70,7	74,1

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Per 100 donne. (b) Per 100 donne che fumavano prima della gravidanza.

¹⁰ Il rischio di falso positivo, quando si ha a che fare con una indagine che può contare su una sensibilità e una specificità (nella pratica effettiva) entrambe del 95 per cento, è pari al 50 per cento, cioè uno su due rilevati positivi dal test sono falsi positivi, se la prevalenza della condizione che si vuole investigare è del 5 per cento nella popolazione; mentre è pari all'84 per cento, cioè sono falsi cinque su sei positivi al test, se la prevalenza della condizione è dell'1 per cento (Lauria et al., 2012).

3. La gravidanza

si osserva nel Nord est: 77,3 per cento (Tavola 3.8). Il livello di istruzione gioca un ruolo fondamentale nell'indurre la futura madre a sospendere il fumo durante la gravidanza: sono molto più numerose le gestanti laureate (82,9 per cento) che smettono di fumare rispetto alle donne meno istruite (65,2 per cento).

Come già osservato con l'indagine del 2005, tra le donne che invece hanno continuato a fumare durante la gravidanza è più alta la presenza di quante hanno partorito prima delle 37 settimane (13,2 per cento contro il 7,0 per cento delle non fumatrici) nonché la quota di bambini sottopeso (inferiore a 2,5 kg) che è del 10,4 per cento contro il 4,6 per cento delle non fumatrici (Tavola 3.9).

Tavola 3.9 - Donne per durata della gestazione e peso del nato a termine secondo l'esposizione al fumo durante la gravidanza - Anno 2013

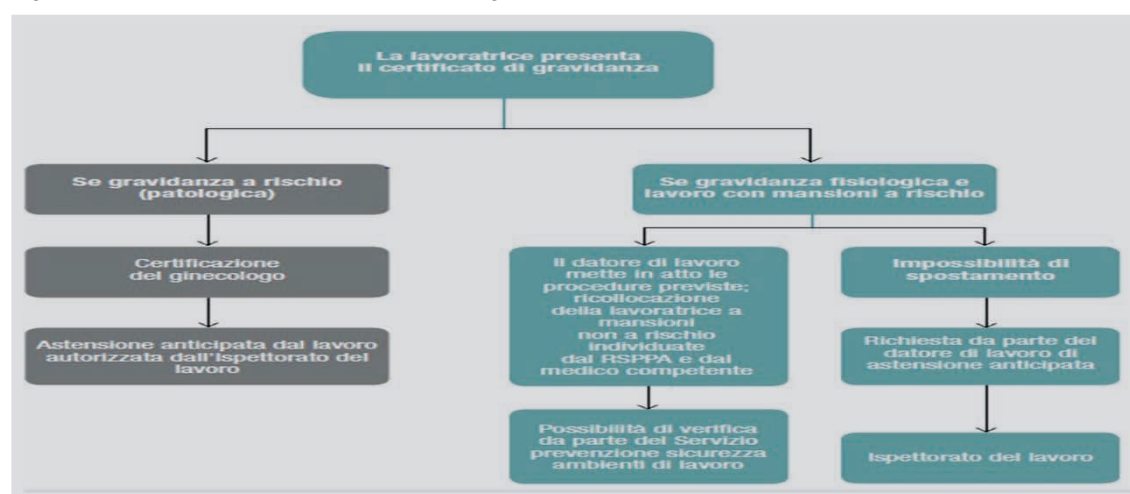
	Non fumatrice o ha smesso in gravidanza	Ha fumato in gravidanza	Totale
Durata delle gestazione			
Meno di 31 settimane	0,6	1,0	0,7
32-36 settimane	6,4	12,2	6,7
37 e più settimane	93,0	86,8	92,6
Totale	100,0	100,0	100,0
Peso del nato a termine			
<2.499 gr.	4,6	10,4	4,9
2.500- 3.299 gr.	48,2	52,4	48,4
3.300-3.999 gr.	40,8	32,5	40,4
>= 3.999 gr.	6,5	4,8	6,4
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

3.6 La tutela della gravidanza sul lavoro

La normativa di tutela della gravidanza sul lavoro¹¹, ovviamente di grande rilievo per la salute della madre e del feto, prevede per le gravidanze a rischio l'astensione anticipata dal

Figura 3.3 - Percorso di tutela della lavoratrice in gravidanza



Fonte: Linee guida Gravidanza fisiologica

¹¹ Le tutele normative previste per la gravidanza e la maternità sono organizzate nel D.Lgs. 151/2001 Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità norma dell'art. 15 della legge 8/3/2000, n. 53.

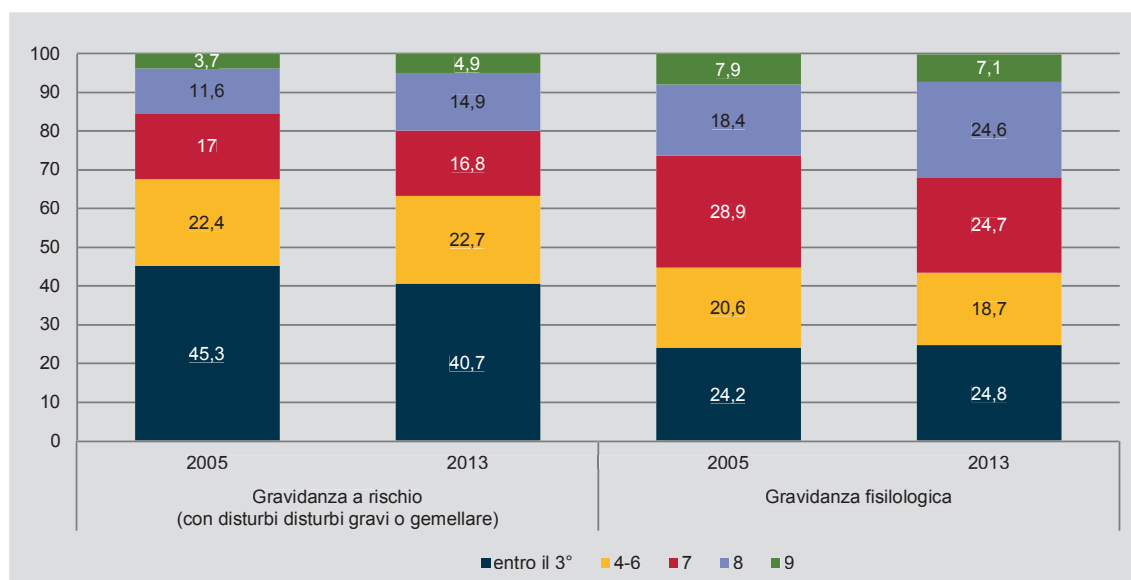
lavoro autorizzata dall'Ispettorato del lavoro (Figura 3.3) e regola gli adempimenti del datore di lavoro in caso di donne con gravidanze fisiologiche cui siano assegnate mansioni a rischio.

Lavoratrici con gravidanze a rischio

Sulla base dei dati raccolti con l'Indagine campionaria sulle nascite e le madri, risulta che nel 2012 il 53,0 per cento delle donne lavoratrici dipendenti ha usufruito dell'astensione anticipata dal lavoro per motivi di salute (autorizzata dall'Ispettorato) interrompendo l'attività lavorativa, anche solo per un periodo: il 63,3 per cento tra le lavoratrici del settore pubblico, a fronte del 50,0 per cento nel settore privato.

Tra le donne lavoratrici con gravidanze a rischio¹² il 40,7 per cento ha lasciato il lavoro entro il terzo mese di gravidanza (era il 45,3 per cento nel 2005) mentre il 16,8 per cento ha continuato a lavorare fino al 7° mese di gestazione (Figura 3.4).

Figura 3.4 - Donne (a) occupate prima della gravidanza per caratteristiche della gravidanza e mese di gestazione in cui hanno smesso di lavorare - Anni 2005 e 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (a) Donne che hanno avuto un bambino nei cinque anni precedenti l'intervista.

Lavoratrici con mansioni a rischio

Tra le donne occupate, circa un quarto ha riferito di essere impiegata in mansioni nocive o pesanti (25,4 per cento nel 2013, 22,8 per cento nel 2005).

Le attività lavorative con mansioni a rischio sono svolte più frequentemente dalle donne più giovani (39,8 per cento), meno istruite (42,2 per cento), straniere (37,9 per cento) e residenti nel Nord (in particolare nel Nord est, 31,9 per cento). In particolare, le donne con basso titolo di studio ricoprono in maggioranza mansioni che richiedono sollevamento di carichi e di pesi (71,2 per cento) (Tavola 3.10).

¹² Donne che hanno riferito gravidanze gemellari o complicate da disturbi gravi: diabete, ipertensione, gestosi, minaccia di parto pretermine, minaccia d'aborto.

3. La gravidanza

La normativa per le donne occupate in mansioni nocive o pesanti prevede la riallocazione a mansioni meno rischiose per la gravidanza. Tra le donne con incarichi pesanti o nocivi però solo il 15,5 per cento (era del 13,4 per cento nel 2005) ha beneficiato del trasferimento ad un incarico adeguato (Tavola 3.10).

Tra queste ultime, rispetto al 2005, diminuisce la quota di quante lasciano il lavoro entro il terzo mese (da 51,5 per cento nel 2005 a 36,3 per cento nel 2013). Tra le donne che non sono state spostate ad un ruolo adeguato: circa il 70 per cento ha smesso di lavorare entro il terzo mese di gravidanza (70,6 per cento nel 2005, 67,2 per cento nel 2013), usufruendo dell'astensione anticipata prevista dalla normativa. Infatti, nell'impossibilità di uno spostamento a compiti adeguati, il datore di lavoro può fare richiesta di aspettativa all'ispettorato.

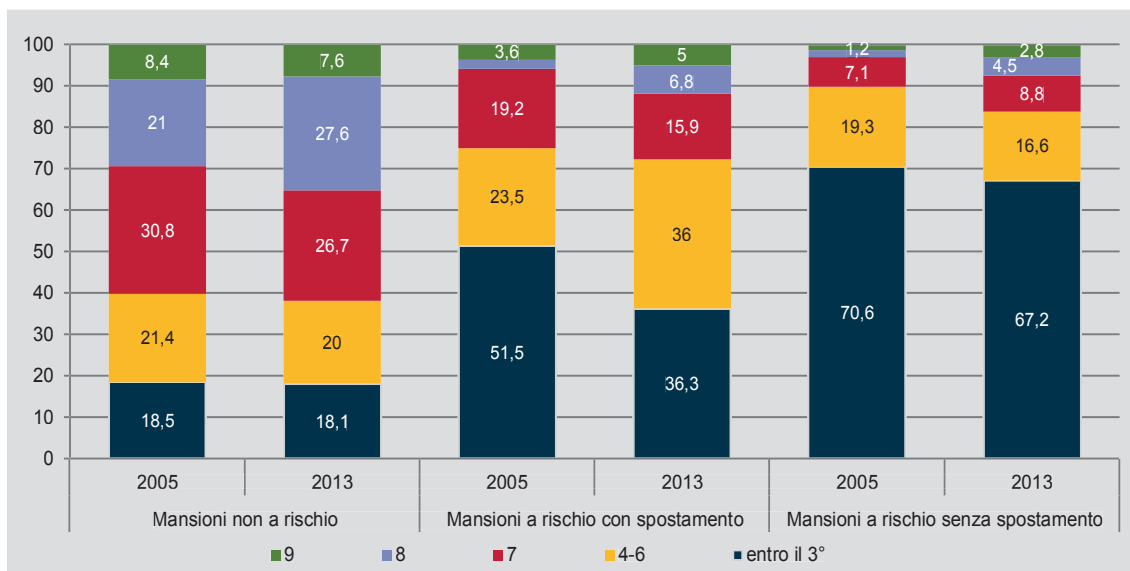
Tavola 3.10 - Donne occupate in lavori pesanti o potenzialmente nocivi prima della gravidanza, che hanno interrotto il lavoro entro il terzo mese di gravidanza, per età al parto, titolo di studio, ripartizione geografica e cittadinanza - Anno 2013

	Donne occupate in mansioni pesanti o nocive prima della gravidanza (a)	Donne che dovevano sollevare carichi/pesi (b)	Donne occupate in mansioni pesanti o nocive c trasferite ad un ruolo adeguato (b)
		Età al parto (in classi)	
Fino a 24	39,8	50,1	17,0
25-29	30,9	65,9	12,0
30-34	24,1	56,7	16,9
35-39	21,8	57,9	17,0
40 e più	22,8	38,0	13,3
		Titolo di studio	
Laurea	16,3	28,7	14,9
Diploma	24,2	59,4	17,7
Scuola dell'obbligo	42,2	71,2	12,7
		Ripartizione geografica	
Nord-ovest	26,2	59,2	17,2
Nord-est	31,9	58,4	15,8
Centro	23,9	53,2	11,6
Mezzogiorno	19,3	56,7	16,6
		Cittadinanza	
Italiana	23,5	58,5	17,0
Straniera	37,9	52,5	9,2
Totale	25,4	57,3	15,5

Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
 (a) Per 100 donne lavoratrici prima della gravidanza.
 (b) Per 100 donne occupate in lavori pesanti o nocivi.

Tra le donne occupate in mansioni non a rischio per la gravidanza circa il 40 per cento lascia il lavoro entro il sesto mese (quota simile al 2005), il 26,7 per cento al settimo mese, in osservanza del periodo di astensione obbligatorio (salvo flessibilità) e solo circa l'8 per cento resta al lavoro fino all'ultimo mese di gravidanza. Nel tempo si rileva una progressiva posticipazione dell'astensione dal lavoro dalla fine del settimo alla fine dell'ottavo mese: nel 2005 il 21,0 per cento all'ottavo mese, la quota sale al 27,6 per cento nel 2013, anche come effetto della flessibilità del congedo di maternità dopo l'ottavo mese.

Figura 3.5 - Donne (a) occupate prima della gravidanza per tipo di mansioni svolte e mese di gestazione in cui hanno smesso di lavorare - Anni 2005 e 2013



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Donne che hanno avuto un bambino nei cinque anni precedenti l'intervista

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

1. Il fenomeno della procreazione medicalmente assistita: recenti tendenze

Negli ultimi decenni, il progressivo rinvio della maternità ha portato l'Italia a registrare l'età media al parto tra le più elevate d'Europa (31,8 anni nel 2015) e una proporzione di nascite da madri con 40 anni e oltre pari all'8,6 per cento. Al tempo stesso, si assiste ad un inevitabile aumento dell'infertilità involontaria dal momento che la fertilità femminile decresce fortemente con l'età.

Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma) offre nuove opportunità alle coppie considerate sterili ed è sempre più percepito come un modo per poter avere figli in tarda età (Bonarini et al., 2004). Negli ultimi vent'anni, in effetti, la pratica della fecondazione assistita ha prodotto alcuni cambiamenti molto specifici sui pattern di fecondità osservati in molti Paesi (Stephen, 2000; Sobotka, 2008): ha contribuito ad esempio alla diffusione di nascite gemellari e ad un aumento della quota di donne che ha figli ad età molto avanzate, addirittura dopo la menopausa (Reynolds et al., 2003; Pison et al., 2015).

Sebbene l'impatto demografico del fenomeno sia ancora piuttosto limitato, si riscontra anche nel nostro Paese un aumento della disponibilità, dell'uso e, soprattutto, dell'efficacia della Pma, in linea con quanto avviene nel resto d'Europa (de Mouzon et al., 2010; Präg, Mills, 2015). Secondo i dati più aggiornati del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita (Istituto Superiore di Sanità, 2017), le coppie che ricorrono alla Pma nei Centri italiani autorizzati sono passate da circa 46 mila nel 2005 a quasi 72 mila nel 2015, con un aumento costante fino al 2011 (73.570) e una successiva fase di lieve calo. A queste coppie si aggiungono coloro (coppie o single) che decidono di effettuare la Pma in centri esteri, in Paesi caratterizzati da quadri normativi da lungo tempo meno restrittivi e da protocolli medici diversi, ritenuti a volte più efficaci e/o meno costosi, e della cui numerosità purtroppo si hanno solo stime non ufficiali.

Secondo i dati del Registro, poco più di una 1 coppia su 5 riesce ad ottenere una gravidanza (22,7 per cento), che nel 76 per cento dei casi dà luogo ad una o più nascite. I nati vivi concepiti con uso di tecniche di Pma nel 2015 ammontano a 12.836, pari al 2,7 per cento del totale dei nati vivi dell'anno. Nonostante una legislazione nel suo impianto originario estremamente restrittiva, si nota come tale proporzione sia paragonabile a quella registrata nella maggior parte dei Paesi europei, dove le nascite da procreazione assistita ammontano ad una quota che va dall'1 al 4 per cento del totale dei nati in un anno (Nybo Andersen et al., 2007; Präg, Mills, ibidem).

Il ricorso alla Pma in Italia è regolato dalla legge 40 del 2004, che ha trasformato il Paese da "selvaggio West della Pma" a uno dei contesti in cui l'accesso ne è più fortemente limitato. Nel suo impianto originario la legge restringeva l'accesso alla Pma alle sole coppie eterosessuali (coniugate o in convivenza stabile), stabiliva che non potessero essere prodotti per ogni ciclo più di tre embrioni e che tutti gli embrioni fecondati dovessero essere immediatamente impiantati. La legge limitava inoltre la ricerca sugli embrioni, ne bandiva la crioconservazione e donazione, vietava la fecondazione eterologa (con donazione di sperma o ovociti) e la maternità surrogata. Una serie di sentenze ha abrogato nel tempo alcune di queste restrizioni perché incostituzionali o in contrasto con altre norme: ad esempio a seguito della sentenza n. 151 del 2009 la Corte costituzionale ritiene illegittimo il disposto per cui, per ogni ciclo di fecondazione artificiale, si imponeva la "produzione di embrioni in un numero strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre", consentendo invece la produzione di un numero di embrioni strettamente necessario per il caso concreto, e dunque anche più di tre embrioni, e la loro crioconservazione per motivi legati alla salute psico-fisica della donna. In aggiunta, la Corte Costituzionale a giugno 2014 (sentenza della Corte Costituzionale 10/06/2014 n. 162) ha dichiarato

l'illegittimità della norma della legge 40 nella parte in cui si vieta il ricorso a un donatore esterno alla coppia di ovuli e spermatozoi nei casi di infertilità assoluta, ammettendo di fatto la fecondazione eterologa. Infine, nel 2015, cadono i divieti relativi alla diagnosi pre-impianto (sentenza della Corte Costituzionale 11/11/2015 n. 229), riconoscendo il diritto alle coppie fertili portatrici di patologie genetiche trasmissibili alla prole, di accedere alla Procreazione assistita preceduta dalla tecnica di diagnosi genetica di pre-impianto.

2. Il profilo socio-demografico e sanitario di chi ricorre alla procreazione medicalmente assistita

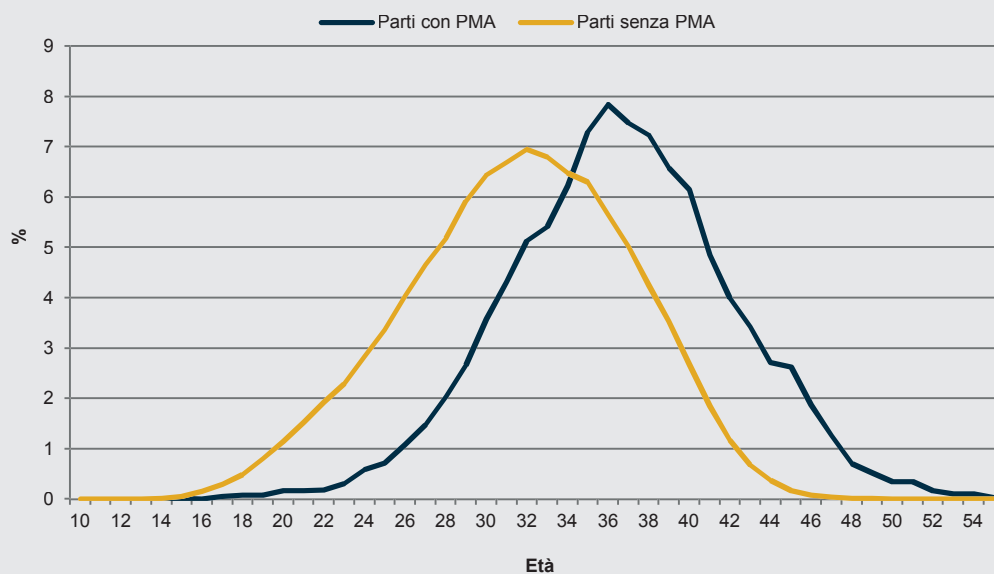
L'analisi delle gravidanze, dei parti e delle nascite avvenuti ricorrendo alla Pma consente di delineare il fenomeno e descrivere il profilo delle donne che intraprendono questo percorso. In particolare vengono messi in evidenza quali fattori caratterizzano il percorso nascita delle donne che effettuano la Pma rispetto a chi non vi ricorre.

Un primo obiettivo consiste in un'analisi differenziale delle caratteristiche socio-demografiche (età, titolo di studio, cittadinanza, residenza, ecc.) della gravidanza (durata della gestazione, medicalizzazione) e del parto (spontaneo vs. cesareo) delle donne che hanno avuto un figlio con la Pma rispetto alle donne che hanno avuto un figlio senza Pma.

Nel 2014, secondo i dati dei Certificati di assistenza al parto (Cedap), rilevati per ogni nato vivo o nato morto, il 2,0 per cento dei parti ed il 2,4 per cento dei nati vivi sono avvenuti a seguito di ricorso alla Pma. Dai dati provenienti dalla rilevazione degli Aborti spontanei (As), si evidenzia che le gravidanze effettuate con Pma che hanno dato luogo ad un aborto rappresentano il 2,3 per cento del totale degli aborti spontanei.

Passando alle tecniche utilizzate per la Pma, e integrando le due fonti, la Fivet (Fertilization in Vitro and Embryo Transfer) e la Icsi (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) risultano quelle maggiormente utilizzate. Il 40,1 per cento dei parti con esito nato vivo è avvenuto con una gravidanza ottenuta tramite Fivet; mentre nel caso di esito negativo (aborto spontaneo o nato morto) tale tecnica è stata utilizzata nel 38,3 per cento dei casi. Per la Icsi le percentuali sono rispettivamente pari a 36,1 per cento e 33,9 per cento. Segue per frequenza l'inseminazione intrauterina (Iui) utilizzata nel 9 per cento circa dei parti indipendentemente dall'esito.

Figura 3.6 - Distribuzione dei parti per età della donna - Anno 2014 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Cedap

L'analisi dei Cedap consente di descrivere le caratteristiche differenziali delle donne che ottengono una gravidanza tramite Pma rispetto alle altre.

L'età media delle madri al parto che hanno effettuato la Pma è pari a 36,6 anni rispetto ai 31,6 anni delle donne che non vi hanno ricorso (il divario è quindi pari a 5 anni). La distribuzione percentuale dell'età al parto mostra chiaramente come le donne che ricorrono alla Pma hanno mediamente una struttura per età più avanzata (Figura 3.6). L'età modale è pari a 36 anni se si effettua la Pma, 32 anni negli altri casi. L'età media del padre alla nascita del figlio è pari a 39,4 anni se la coppia è ricorsa alla Pma e a 35,2 anni negli altri casi, mettendo in evidenza un gap inferiore rispetto a quello delle madri.

Si tenga presente però che l'81 per cento delle donne che ha partorito a seguito di Pma è al primo figlio, rispetto al 49 per cento delle donne che non l'hanno utilizzata; andando quindi ad analizzare l'età media della donna limitandosi solo al primo parto risulta un divario di circa 6 anni tra chi ha concepito con Pma e chi no, maggiore di quello riferito a tutte le parità.

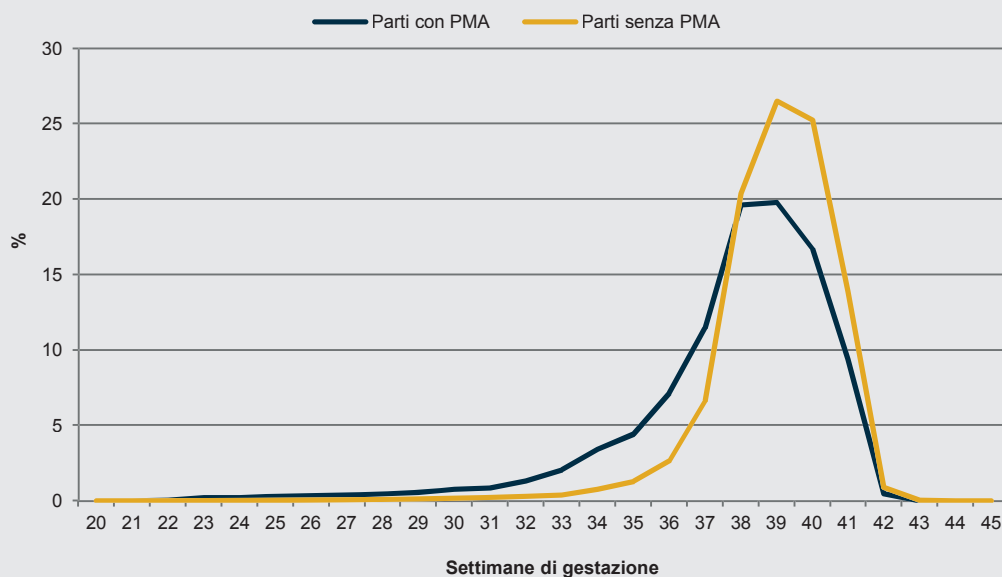
Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, le donne che hanno partorito mediante la Pma sono più frequentemente coniugate (74,4 per cento vs. 67,8 per cento) ed hanno un titolo di studio più elevato (41,1 per cento vs. 27,1 per cento). Il ricorso alla Pma inoltre riguarda meno frequentemente donne con cittadinanza straniera; mentre tra le italiane vi ricorre il 2,3 per cento delle donne, tra le straniere la proporzione si presenta pressoché dimezzata (1,1 per cento).

Le donne che hanno partorito a seguito di Pma hanno molto più frequentemente avuto due o più esperienze di aborto spontaneo precedente (8,4 per cento vs. 4,4 per cento). Tale differenza è in parte dovuta alla maggiore età a cui affrontano la gravidanza, difatti le differenze si attenuano a parità di classe di età.

Analizzando le caratteristiche della gravidanza si osserva come i parti avvenuti con Pma siano più frequentemente parti prematuri. L'età media gestazionale è pari a 37,7 settimane rispetto alle 38,9 settimane dei parti senza Pma. La distribuzione percentuale dell'età gestazionale mostra una maggiore frequenza di parti tra la 30-esima e la 37-esima settimana tra le donne che sono ricorse alla Pma (Figura 3.7).

Molto elevata è la frequenza di parti plurimi se si è fatto ricorso alla Pma: 21,4 per cento rispetto al 1,4 per cento dei parti senza Pma.

Figura 3.7 - Distribuzione dei parti per età gestazionale - Anno 2014 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Cedap

Il parto con taglio cesareo riguarda il 54,3 per cento dei parti con Pma rispetto al 33,9 per cento dei parti senza Pma. Dopo i 40 anni i valori ammontano rispettivamente a 68,9 per cento e 45,7 per cento. Tale fenomeno è solo in parte attribuibile alla diversa struttura per età dei due gruppi di donne; difatti il forte divario si riscontra anche a parità di classe di età.

Per quanto riguarda la diagnosi prenatale le donne che hanno partorito a seguito di Pma ricorrono in misura maggiore all'amniocentesi (13,7 per cento vs. 8,3 per cento) e alla villocentesi (8,0 per cento vs. 4,3 per cento). Le differenze si annullano dopo i 35 anni, ovvero quando il ricorso alla diagnosi prenatale è consigliato a tutte le donne.

La gravidanza a seguito di Pma risulta maggiormente "medicalizzata": chi ricorre alla Pma fa mediamente una visita in più rispetto a chi non vi ricorre. Nel 58,6 per cento delle gravidanze con Pma sono state effettuate più di cinque ecografie rispetto al 44,9 per cento delle gravidanze senza Pma. Se consideriamo il numero di visite di controllo durante la gravidanza, emerge che il 93,1 per cento delle donne che hanno ricorso alla Pma hanno fatto più di quattro visite, mentre tra chi non vi ha ricorso, la proporzione scende a 87,5 per cento.

3. Un'analisi multivariata per approfondire le determinanti del fenomeno e l'impatto sugli esiti della gravidanza

Passando ad un'analisi multivariata, vediamo come la variabile socio-demografica che influenza maggiormente la probabilità di avere una gravidanza con Pma sia l'età della donna (Tavola 3.11); le trentenni hanno una probabilità 3,8 volte più elevata di ricorrere alla Pma rispetto alle donne con meno di 30 anni; l'Odds Ratio (OR) aumenta fino a 17 volte per le donne che arrivano al parto dopo i 40 anni. Il secondo fattore che influenza maggiormente la probabilità di effettuare un parto con la Pma è la condizione di primipara (OR=6,7). L'aver avuto almeno un'esperienza pregressa di aborto spontaneo aumenta del 33 per cento la probabilità di ricorrere alla Pma.

Tavola 3.11 - Modello di regressione logistica (variabile risposta: Probabilità parto con Pma) - Anno 2014

COVARIATE	Modalità e ref	Intervallo di confidenza		
		OR	Inf	Sup
		Caratteristiche della madre		
Età della madre	40+ anni vs <29 anni	17,220	15,691	18,897
Parità	Primo figlio vs Figli successivi	6,744	6,325	7,190
Età della madre	30-39 anni vs <29 anni	3,799	3,493	4,131
Stato civile	Nubile vs Altro stato civile	1,754	1,655	1,860
Condizione professionale	Occupata vs Non occupata	1,426	1,342	1,516
Aborti spontanei precedenti	Si vs No	1,329	1,255	1,407
Stato civile	Coniugata vs Altro stato civile	1,304	1,114	1,526
Titolo di studio	Alto vs Basso	1,195	1,107	1,289
Titolo di studio	Medio vs Basso	1,149	1,069	1,235

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Cedap

Per approfondire il fenomeno è stato analizzato il ruolo della Pma sulla probabilità di avere un parto pretermine o un parto con taglio cesareo. In entrambi i casi l'OR risulta significativo. Il parto a seguito di Pma aumenta del 78 per cento la probabilità di avere un parto pretermine e del 39 per cento la probabilità di avere un parto cesareo. Tuttavia, nel caso del parto pretermine il fattore che lo determina maggiormente è la pluralità; infatti, nel caso di parti gemellari, la probabilità che il parto sia pretermine è oltre sette volte maggiore rispetto a che sia a termine.

Nel caso del parto cesareo la presenza di un parto plurimo (OR=5,4), di un parto prematuro (OR=4,2) ed una età della donna superiore a 40 anni (OR=2,1) costituiscono le principali determinanti.

Rispetto all'esito della gravidanza, quali sono i fattori che influenzano maggiormente la probabilità di avere un nato vivo vs. un esito negativo (nato morto o aborto spontaneo) tra le sole donne che hanno effettuato la Pma? Il modello di regressione logistica evidenzia che il tipo di metodo adottato per la Pma ha un effetto significativo sull'esito della gravidanza solo nel caso della Fivet: con questa tecnica la probabilità di avere un nato vivo aumenta del 27 per cento. Il modello indica inoltre che l'essere primipara costituisce un "fattore protettivo" aumentando del 29 per cento la probabilità di avere un nato vivo. Al contrario l'aver avuto aborti spontanei in precedenza aumenta il rischio di esito negativo della gravidanza.

Estendendo l'analisi a tutte le nascite (non solo quelle avvenute a seguito di Pma), si conferma che le donne più giovani hanno una maggiore probabilità di sperimentare un esito favorevole del parto.

Inoltre emerge una maggiore probabilità di avere un esito positivo del concepimento tra chi ha utilizzato alcune tecniche di Pma rispetto a chi ha avuto un concepimento senza Pma. In particolare aver praticato la Fivet o la Icsi aumentano la probabilità di avere un nato vivo rispettivamente del 55 per cento e del 34 per cento.

3.7 Conclusioni

Le donne in gravidanza in Italia usufruiscono di buoni livelli di assistenza, sebbene il percorso assistenziale della nascita continui ad essere eccessivamente medicalizzato. Infatti esami e controlli medici sono molto più frequenti rispetto a quanto previsto dalle linee guida ministeriali per migliorare la qualità dell'assistenza in gravidanza e non sono sempre giustificati da gravidanze patologiche. Il fenomeno è diffuso soprattutto tra le donne seguite al di fuori del Servizio sanitario nazionale e residenti nel Sud dove più spesso, rispetto al resto del paese, le donne in gravidanza si rivolgono al ginecologo privato.

Aumenta sempre più la consapevolezza da parte delle future madri dei rischi per la gravidanza nell'adottare stili di vita non salutari: aumentano infatti le donne che smettono di fumare dopo il concepimento, anche se tali comportamenti virtuosi differiscono rispetto allo status socio-economico, coinvolgendo maggiormente quelle di status sociale più elevato.

In merito alla condizione lavorativa, se la maggior parte delle gestanti esce dal mercato del lavoro soprattutto dopo il sesto e il settimo mese, aumenta nel tempo la quota di gestanti che prolunga fino all'ottavo mese l'attività lavorativa, mentre le gestanti che anticipano l'uscita dal mercato del lavoro sono soprattutto quelle con gravidanze a rischio e quelle impiegate in mansioni pesanti o nocive. Questo gruppo di donne, pur non troppo numeroso e con la possibilità di essere riallocate in lavori più adatti allo stato di gravidanza, più spesso si tutela grazie al ricorso all'astensione anticipata dal lavoro autorizzata dall'Ispettorato del lavoro.

IL PARTO¹

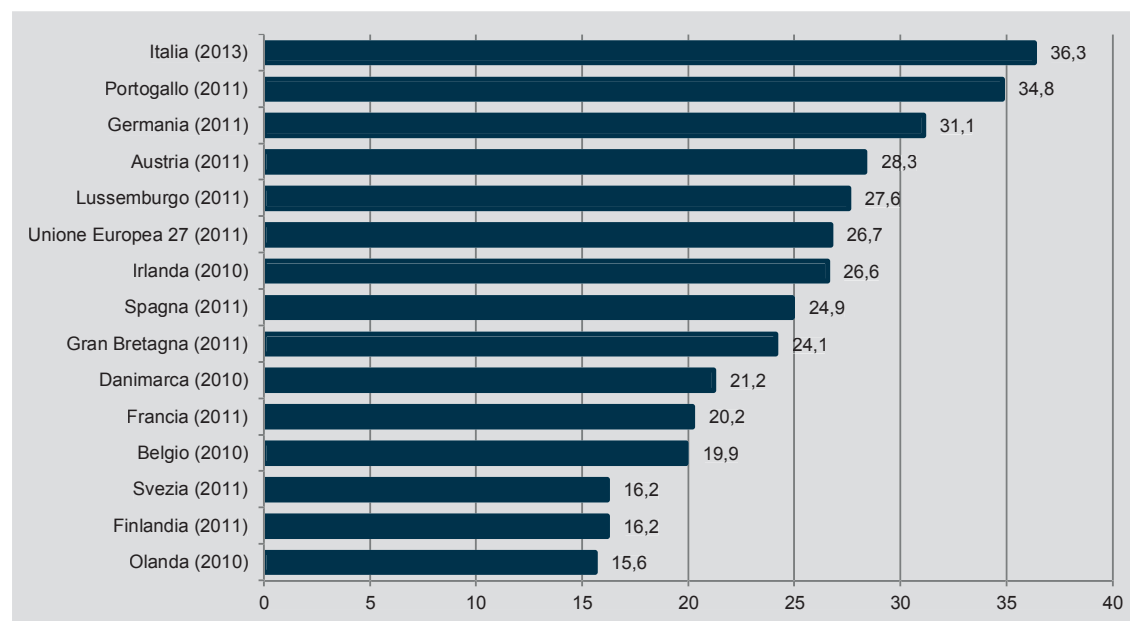
4.1 Introduzione

In Italia è forte l'attenzione al momento della nascita, sia da parte delle donne, sempre più consapevoli delle loro scelte al momento del parto, sia da parte delle politiche sanitarie nel tempo sempre più orientate a favorire il parto fisiologico e a migliorare le condizioni in cui esso avviene. Nonostante questa notevole attenzione, l'evento nascita in Italia è ancora fortemente medicalizzato, con un elevato ricorso al taglio cesareo disattendendo le raccomandazioni per una scelta appropriata e consapevole di questo metodo, presenti nelle linee guida emanate dal Ministero della Salute. Anche durante il travaglio ed il parto spontaneo spesso vengono utilizzate pratiche, non sempre considerate dalla letteratura internazionale affidabili o raccomandabili.

4.2 Parto cesareo

L'Italia è il paese con il più alto numero di parti con taglio cesareo: la percentuale è pari a 36,3 nel 2013, oltre il doppio di quella raccomandata dall'OMS, e superiore di quasi 10 punti percentuali rispetto alla media europea (Ue27 26,7 per cento nel 2011).

Figura 4.1 - Percentuale di parti con taglio cesareo in alcuni paesi dell'Unione europea



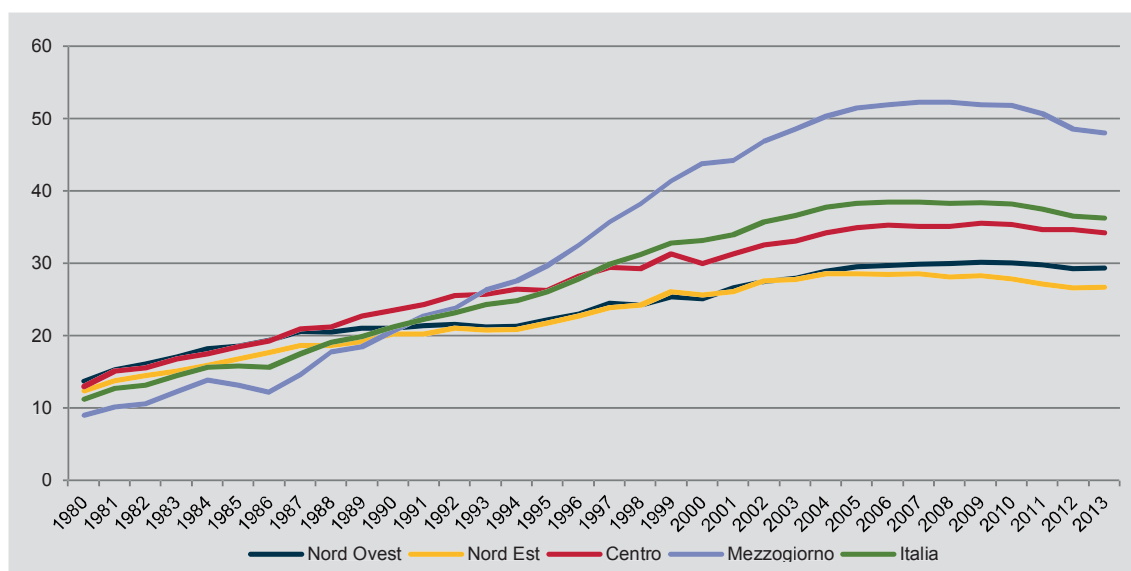
Fonte: Per l'Italia Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera (2013); per gli altri paesi OCSE, Health database; per EU27/WHO, European Health for all database.

¹ Il capitolo è a cura di Laura Iannucci e Lisa Francovich.

Per limitare il rischio di trasformare il parto da evento naturale a intervento chirurgico, nel 2010 e nel 2012, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno emanato opportune linee guida sul ricorso al taglio cesareo (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2012) e il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 invitava a contenerne il ricorso al di sotto del 20 per cento del totale dei parti².

Il ricorso al taglio cesareo è diffuso in modo molto eterogeneo sul territorio, con valori più elevati nel Mezzogiorno (Figura 4.2). Il trend temporale evidenzia che il distacco del Mezzogiorno comincia dopo il 1995 e si acuisce sempre più fino al 2008, assestandosi ad oltre il 50 per cento. A partire dal 2010, si avvia una lenta flessione in quest'area e in maniera minore nel Nord-Est Italia (Figura 4.2).

Figura 4.2 - Percentuale di parti cesarei per ripartizione geografica - Anni 1980-2013



Fonte: Fino al 1998 Istat, Rilevazione delle nascite da fonte stato civile; dal 1999, Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissioni ospedaliere

Nel Sud e nelle Isole, a differenza delle altre ripartizioni, il ricorso al cesareo è significativamente maggiore nei punti nascita privati (rispettivamente 62,6 per cento nel Sud e 52,9 nelle Isole); inoltre anche nelle strutture pubbliche (rispettivamente 42,2 per cento nel Sud e 39,5 nelle Isole) si osservano quote di cesareo significativamente maggiori della media Italia (33,3 per cento) (Figura 4.3).

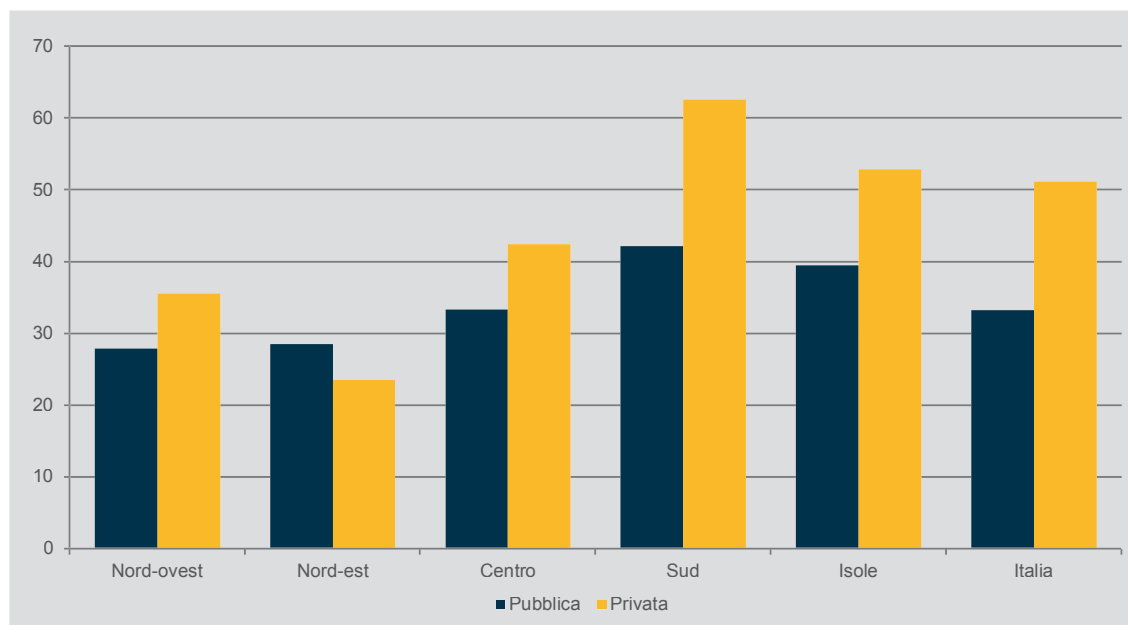
Nelle linee guida sul ricorso al taglio cesareo, sulla base di aggiornate evidenze scientifiche, si specificano i casi in cui, al fine di ridurre la mortalità e la morbosità perinatale, neonatale e materna, è appropriato ricorrere all'intervento chirurgico.

Il pregresso taglio cesareo, pur non essendo di per sé un'indicazione assoluta alla ripetizione del taglio cesareo, ne rappresenta la causa più frequente soprattutto per il maggior rischio di rottura dell'utero³. Ben il 96,5 per cento delle donne che ha sperimentato un taglio cesareo in una precedente gravidanza ha ripetuto lo stesso tipo di parto e nella maggior parte dei casi con programmazione anticipata (78,6 per cento) (Tavola 4.1).

² http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_navigazioneSecondariaRelazione_4_listaCapitoli_capitoliltemName_0_scarica.pdf

³ In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, pregressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

Figura 4.3 - Percentuale di parti cesarei per ripartizione geografica e struttura del parto - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari

Elevata anche la quota di cesarei tra le gravidanze gemellari (88,4 per cento), anche se non sempre è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali dei gemelli. Gli esiti sono influenzati dalla presentazione cefalica o podalica del primo e del secondo gemello (National Institute for Clinical Excellence – NICE, 2004). Oltre il 50 per cento di tali cesarei è stato programmato in anticipo.

È inoltre nota l'associazione tra i disturbi più gravi che si possono verificare in gravidanza ed il ricorso al parto cesareo, in particolare per le donne con gestosi (68,4 per cento) o che hanno sofferto di ipertensione in gravidanza (52,1 per cento).

Tavola 4.1 - Caratteristiche della gravidanza e quota di cesareo - Anno 2013

CARATTERISTICHE DELLA GRAVIDANZA	Prevalenza della caratteristica	Cesareo	Cesareo programmato	
	(a)	(a)	(a)	(b)
Gravidanza singola e senza disturbi gravi	73,5	31,1	20,2	64,9
Gravidanza gemellare o con disturbi gravi	26,5	46,6	26,7	57,2
- Gravidanza gemellare	2,1	88,4	50	56,6
- Gestosi in gravidanza	2,7	68,4	38,5	56,3
- Ipertensione in gravidanza	5,6	52,1	25,9	49,7
- Minaccia parto pre-termine	10,2	47,7	22,2	46,5
- Minaccia d'aborto	10,8	46,1	28,6	62
- Diabete in gravidanza	5,1	35,5	19,8	55,8
Gravidanza con pregresso taglio cesareo	15,6	96,5	78,6	81,5
Gravidanza con precedente parto naturale	40,1	13	7,3	56,1
Primipara	44,2	33,8	15,1	44,8

Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari (2013)

(a) Per 100 donne con figlio nato negli ultimi 5 anni.

(b) Per 100 donne con parto cesareo.

Inoltre, anche tra le donne con gravidanze singole e senza disturbi gravi riferiti in gravidanza, la quota di cesareo risulta ampiamente superiore alla soglia del 20 per cento inserita nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 e ritenuta essere l'obiettivo da raggiungere in

Italia dal Ministero. Come mostrano evidenze scientifiche, il taglio cesareo, in assenza di indicazioni cliniche specifiche, aumenta il rischio di mortalità materna di circa 3 volte (Senatore et al., 2012) e non migliora gli esiti per il neonato (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, ibidem).

L'alto livello di parti cesarei è quindi un segnale di eccessiva medicalizzazione del parto che non può essere spiegata solamente dalle condizioni di necessità clinica che si presentano al momento del parto o durante la gravidanza.

Allo scopo di individuare la natura degli altri fattori che possono aumentare il rischio di taglio cesareo, è stato applicato un modello di regressione logistica tra le donne che hanno avuto un figlio negli ultimi cinque anni, eliminando quelle con pregresso taglio cesareo in considerazione della pratica consolidata a livello nazionale in tutti i punti nascita siano essi pubblici o privati di ripetere lo stesso tipo di parto.

La regressione logistica⁴ conferma che alcune caratteristiche della gravidanza predispongono verso il taglio cesareo: parto gemellare (OR=27,0), parto del primo figlio (OR=4,6), gravidanze complicate da gestosi (OR=2,6), minaccia di parto pretermine (OR=1,8), ipertensione (OR=1,5). Ripetendo l'analisi solo sulle donne con gravidanze singole e fisiologiche, vale a dire senza disturbi gravi durante la gravidanza, la propensione al taglio cesareo risulta associata soprattutto al carattere privato del punto nascita in cui avviene il parto (OR=2,3), all'età al parto superiore a 40 anni (OR=2,3) e alla residenza della donna nel Mezzogiorno (OR=1,9 nel Sud, OR=1,4 nelle Isole).

Tavola 4.2 - Stima dell'OR del Parto cesareo mediante modello Logistico - Anno 2013

	Primipare o Pluripare con parto precedente naturale	Primipare o Pluripare con parto precedente naturale senza disturbi o parto gemellare
Parità		
Primipara (vs pluripara)	4,606 (3,848-5,513)	4,851 (3,469- 6,783)
Struttura del parto		
Privata (vs pubblica)	2,321 (1,829-2,945)	1,968 (1,175-3,297)
Età al parto		
25-29 (vs fino a 24)	0,941(0,702-1,261)	1,008 (0,544-1,867)
30-34 (vs fino a 24)	1,006(0,759-1,332)	1,195(0,657-2,173)
35-39 (vs fino a 24)	1,346 (1,004-1,805)	1,634 (0,885-3,017)
40 e più (vs fino a 24)	2,325 (1,607-3,362)	4,796 (2,347-9,801)
Ripartizione geografica		
Nord-est (vs Nord-ovest)	0,880 (0,684-1,132)	0,708 (0,448- 1,120)
Centro (vs Nord-ovest)	1,117 (0,864-1,444)	1,504 (0,944-2,398)
Sud (vs Nord-ovest)	1,904(1,516-2,390)	1.634 (1.066- 2.504)
Isole (vs Nord-ovest)	1.360 (1.019-1.813)	1.799 (1.066- 3.037)
Cittadinanza		
Italiana (vs straniera)		0.581 (0.364 -0.928)
Ipertensione		
Si (vs no)	1.538 (1.081-2.187)	
Gestosi		
Si (vs no)	2.627 (1.630- 4.234)	
Minaccia parto pretermine		
Si (vs no)	1.772 (1.383-2.269)	
Parto gemellare		
Si (vs no)	26.999 (14.914- 48.877)	

Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari

⁴ È stato applicato un modello logistico che considera la probabilità di aver avuto un taglio cesareo e impiega come variabili indipendenti le seguenti: parità, struttura del parto, età al parto, ripartizione geografica, titolo di studio, giudizio sulle risorse economiche familiari, cittadinanza, disturbi in gravidanza (gestosi, minaccia di parto-pretermine, minaccia d'aborto, ipertensione, diabete) parto gemellare. Le variabili sono state inserite nel modello secondo il metodo stepwise.

Inoltre stimando i rischi relativi del cesareo⁵ per ripartizione e struttura del parto si conferma che il maggiore rischio ascrivibile alle strutture private è significativo solo nel Mezzogiorno. L'eccessiva medicalizzazione è quindi riconducibile non solo alle condizioni di necessità clinica, ma a comportamenti clinico-assistenziali non appropriati radicati in alcuni punti nascita e a livello territoriale.

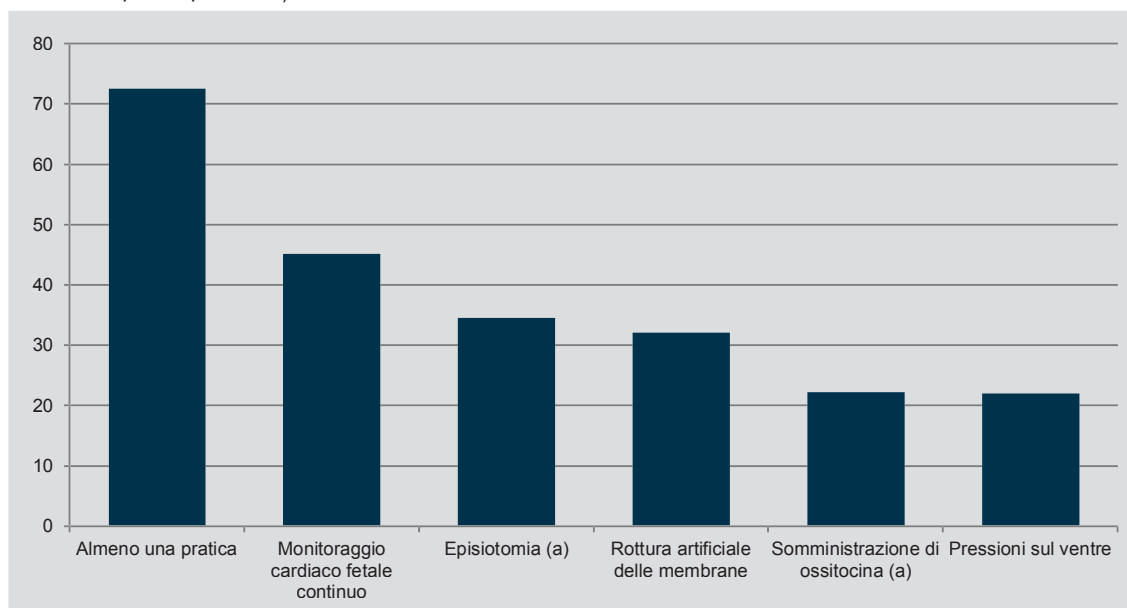
4.3 Medicalizzazione del parto spontaneo

Il parto definito spontaneo (pari al 64,7 per cento dei casi), non è di per sé anche “naturale” cioè privo di qualsiasi intervento medico. Al contrario, l'intervento medico durante il travaglio e il parto è frequente e si concretizza in alcune procedure assistenziali non sempre considerate dalla letteratura internazionale affidabili o raccomandabili.

Nel 1985 l'OMS ha rilasciato un documento con raccomandazioni per una adeguata assistenza in gravidanza, durante il travaglio e il parto, nonché una practical guide (WHO, 1996) nel 1996 dove espressamente si consiglia di limitare alcune pratiche solo in casi particolari al fine di garantire una nascita sicura per madre e bambino. Tra tali pratiche ricorrono la “rottura artificiale delle membrane”, eventualmente da realizzare solo in uno stadio avanzato del travaglio; “il monitoraggio elettronico fetale” da eseguire solo in situazioni particolari e nel travaglio indotto; “l'uso sistematico dell'episiotomia” da evitare perché non ci sono chiare evidenze scientifiche circa la sua efficacia nel ridurre problematiche post-parto come lacerazioni perineali e incontinenza; così come “la somministrazione di routine di farmaci durante il travaglio” anch'essa da evitare se non per casi specifici.

In Italia il livello di intervento medico complessivo è alto: il 72,7 per cento delle donne hanno riferito almeno una delle procedure assistenziali (Figura 4.4).

Figura 4.4 - Procedure assistenziali durante il travaglio e il parto - Anno 2013 (per 100 donne che hanno avuto un parto spontaneo)



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Pratiche di “induzione del parto”.

5 I Rischi relativi sono stati stimati mediante gli effetti marginali della regressione logistica.

Le donne che hanno avuto un parto spontaneo riferiscono di aver subito la rottura artificiale delle membrane (delle acque) in quasi un terzo dei casi (32,1 per cento) e l'episiotomia in più di un terzo dei casi (34,6 per cento), il monitoraggio cardiaco fetale continuo nel 45,2 per cento e le pressioni sul ventre in fase espulsiva (tra cui la manovra di Kristeller) nel 22,1 per cento.

La somministrazione di ossitocina (farmaco che aumenta la frequenza e l'intensità delle contrazioni) viene dichiarata dal 22,3 per cento delle donne, ma una quota non affatto trascurabile (14,2 per cento) dichiara di non sapere se le sia stata o meno somministrata. L'uso di forcipe o ventosa si assesta a livelli molto bassi (4,3 per cento).

I dati a disposizione dell'indagine sulle condizioni di salute non ci permettono di stabilire se le pratiche siano state applicate secondo le linee guida dell'OMS, possiamo però individuare i fattori maggiormente associati al loro uso durante il travaglio e il parto da parte di ginecologi e ostetrici.

I risultati dei modelli logistici applicati a ciascuna delle pratiche considerate, mostrano che, a differenza del taglio cesareo, la natura privata del punto nascita non è tra i fattori significativamente associati al loro uso; sono piuttosto alcune caratteristiche della gravidanza che mettono le donne a rischio di subire tali pratiche durante il travaglio ed il parto. In particolare l'aver sofferto di disturbi gravi durante la gravidanza è un fattore di rischio comune a tutte le pratiche assistenziali.

Tavola 4.3 - Modelli logistici su pratiche applicate durante il travaglio o il parto - Anno 2013

	Episiotomia	Somministrazione di ossitocina	Rottura artificiale delle acque	Monitoraggio cardiaco fetale continuo	Pressioni sul ventre (manovra di Kristeller)
Ripartizione geografica					
Nord-ovest	1	1	1	1	1
Nord-est	0,68(0,54- 0,85)	0,92 (0,72- 1,17)	0,95 (0,76 - 1,18)	1,23(0,99 -1,522)	0,94(0,72 -1,22)
Centro	1,05(0,83 - 1,33)	0,73 (0,56 -0,96)	0,92 (0,72- 1,17)	1,13 (0,90 -1,42)	1,05(0,79 -1,39)
Sud	1,25(1,00-1,57)	0,37(0,28 - 0,50)	0,65(0,52 -0,82)	0,85 (0,68 -1,05)	1,72(1,33 -2,21)
Isole	1,53(1,18-2,05)	0,52(0,37-0,74)	1,16(0,89 - 1,52)	0,87 (0,66 -1,14)	1,78(1,31-2,42)
Disturbi gravi					
No	1	1	1	1	1
Si	1,46(1,23-1,76)	1,31(1,07- 1,62)	1,43 (1,20 - 1,72)	1,40 (1,17-1,68)	1,46(1,19-1,78)
7 o più ecografie					
No	1	1	1	1	
Si	1,22(1,04-1,44)	1,41(1,17-1,71)	1,51 (1,28 - 1,77)	1,29(1,10- 1,51)	
Parità					
Pluripara	1	1			1
Primipara	1,54(1,30- 1,81)	1,59(1,32 -1,92)	ns	ns	2,02(1,70-2,41)
Parto gemellare					
No					
Si	5,30 (1,62- 17,27)	ns	3,31 (1,16 - 9,46)	ns	ns
Cittadinanza					
Straniera	1	1			
Italiana	1,38(1,08 -1,77)	1,94(1,42 - 2,65)	ns	ns	ns
Età al parto					
Fino a 24	1	1			
25-29	1,09(0,79- 1,50)	1,89(1,20 -2,96)			
30-34	1,16(0,85 -1,57)	2,39 (1,55-3,69)	ns	ns	ns
35-39	1,50(1,08 - 2,07)	2,60 (1,66- 4,06)			
40 e più	1,07(0,70 -1,63)	2,16 (1,26- 3,70)			
Peso del neonato (in grammi)					
2.800-2999	1		1		
3000-3399	1,14 (0,88 -1,48)		0,79 (0,61 - 1,03)		
3400-3799	1,34(1,02 - 1,77)	ns	0,89 (0,68 - 1,16)	ns	ns
3800 o più	1,40(1,02 -1,92)		1,13 (0,83 -1,53)		
< 2800	0,73(0,56 -1,10)		0,74(0,53- 1,04)		

Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari

Il rischio di subire episiotomia è maggiore nel caso di parto gemellare (OR=5,3), di peso del bambino superiore a 3.400 gr e tra le primipare (OR=1,5) (Tavola 4.3). Viene infatti attuata per allargare il canale del parto con la sua presunta capacità di ridurre le lacerazioni e l'incontinenza dovute al parto. Tuttavia secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, nella maggior parte dei casi il ricorso all'episiotomia non presenta benefici sostanziali ma al contrario, può aumentare il rischio di danni perineali e l'insorgere di complicazioni. Da un punto di vista territoriale sono maggiormente a rischio le donne del Sud (OR=1,3) e delle Isole (OR=1,6).

Le pressioni sul ventre (manovra di Kristeller), eseguite durante il parto con lo scopo di facilitare l'espulsione della testa fetale in fase espulsiva avanzata, possono causare la rottura d'utero e lacerazioni perineali. Tra le primipare il rischio di ricorrere a questa manovra è doppio rispetto alle donne che hanno avuto altri parti, e il utilizzo è più frequente al Sud (OR=1,7) e nelle Isole (OR=1,8) rispetto al Nord.

Anche il rischio di somministrazione dell'ossitocina come metodo per stimolare le contrazioni è più alto tra le primipare (OR=1,6); mentre il rischio di rottura artificiale delle acque come metodo di induzione del travaglio è più alto in presenza di parti gemellari (OR=3,3).

4.4 Conclusioni

L'evento nascita in Italia si avvale di una solida assistenza, ma continua ad essere caratterizzato da un'eccessiva medicalizzazione, sebbene gli interventi di politica sanitaria messi in campo per contrastare la diffusione del ricorso al taglio cesareo stiano lentamente manifestando esiti incoraggianti. L'eccessiva medicalizzazione del parto che si osserva in Italia non sembra infatti sempre giustificata dalle condizioni di necessità clinica previste dalle linee guida ministeriali per la tutela della salute del nascituro e della mamma. Inoltre, tassi elevati di ricorso a taglio cesareo si riscontrano anche tra le primipare, con la conseguenza di favorire la probabilità di una ripetizione del cesareo negli eventuali parti successivi.

Le maggiori criticità si evidenziano soprattutto nel Mezzogiorno, dove si ricorre eccessivamente al taglio cesareo, ciò in parte favorito dalla tipologia di offerta dei servizi sanitari maggiormente orientata al privato. In quest'area si ricorre anche più spesso a quelle procedure assistenziali che medicalizzano anche il travaglio e il parto vaginale.

Sebbene anche nel Mezzogiorno si registrino segnali di contenimento del ricorso al taglio cesareo, è indispensabile perseverare con le politiche sanitarie sempre più orientate a promuovere il parto fisiologico e a migliorare le condizioni in cui esso avviene, per tutelare il benessere della mamma e del bambino.

5. L'ALLATTAMENTO IN ITALIA ALL'INIZIO DEL TERZO MILLENNIO: FRAGILITÀ E PUNTI DI FORZA¹

5.1 Introduzione

L'allattamento al seno è insieme conseguenza di una molteplicità di fattori che si accumulano nel percorso della donna verso la maternità e fattore di influenza sulla salute futura della madre e del bambino (Cesar et al., 2016), in particolare nella prevenzione di una serie di patologie che, anche in età adulta, affliggono i cittadini dei paesi sviluppati, quali cancro, diabete, allergie, obesità (WHO, 2013).

L'Italia, da un lato, gode dei vantaggi storici dei paesi sviluppati, avendo combattuto efficacemente le principali cause di mortalità perinatale; dall'altro lato, possiede i difetti comuni ai paesi ad elevata medicalizzazione, teoricamente portatrice di salvezza e salute, ma molto presente anche in ambiti fisiologici della vita, come la gravidanza e il parto, con importanti ricadute negative sulla salute della mamma e del bambino. In buona sostanza anche in ambito materno-infantile esiste una sorta di paradosso della modernità, come nel caso dell'obesità infantile o del diabete, ovvero delle "patologie" tipiche della società dei consumi. Per questo motivo il nostro paese è "sorvegliato speciale" delle grandi organizzazioni internazionali quali l'OMS, che chiedono livelli di medicalizzazione appropriati: l'esempio più conosciuto è l'alto tasso di parti cesarei in Italia (Euro-Peristat, 2013). In questo quadro viene a collocarsi la presente analisi.

In secondo luogo l'Italia mostra ancora importanti differenze territoriali relativamente ai percorsi procreativi e all'allattamento, che ne fanno un paese molto eterogeneo al suo interno. Capire le ragioni di tali differenze è importante per restringere il divario e estendere le buone pratiche anche dove stentano a diffondersi.

L'allattamento è annoverato tra i fattori (insieme alla durata della vita fertile, alla mortalità intrauterina e materna e alla nuzialità) che contribuiscono alla fecondità finale della donna, nella misura in cui determina, se esclusivo, l'inibizione dell'ovulazione (detta amenorrea da allattamento) e la durata dell'intervallo tra parti (Livi Bacci, 1986).

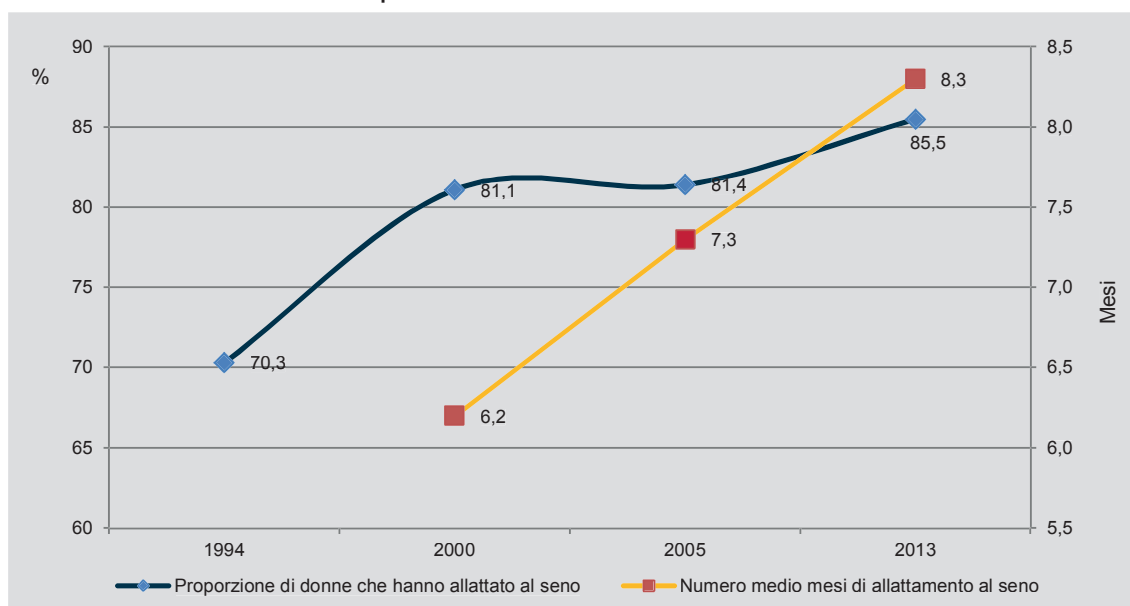
Al fine di favorire l'individuazione dei possibili interventi migliorativi per garantire l'accesso alla corretta e migliore alimentazione del neonato, il latte materno, vanno comprese le determinanti dell'insuccesso e dell'abbandono precoce dell'allattamento al seno. L'alimentazione con latte materno, come raccomandano l'OMS e l'UNICEF (WHO, UNICEF, 1989; WHO, UNICEF, 2014), è frutto non solo di scelte individuali e delle caratteristiche della donna e della sua famiglia (stato sociale, salute, informazione), quanto del percorso nascita; questo parte con la gravidanza, prosegue con il parto e continua con le primissime ore dopo il parto, che sono cruciali per determinare la futura alimentazione del bambino. Quanto più tale percorso è fisiologico, tanto più lo sarà anche la nutrizione del neonato. Attraverso i dati dell'indagine Istat "Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari" del 2013 si raccolgono alcune delle informazioni che possono contribuire a gettare luce su queste dinamiche. Il fenomeno è però complesso e meriterebbe approfondimenti.

¹ Il capitolo è a cura di Laura Iannucci e Lisa Francovich.

5.2 Il quadro iniziale

La quota di donne che ha allattato al seno l'ultimo nato (Figura 5.1) è cresciuta di circa 15 punti percentuali in 20 anni (pari ad un incremento relativo del 21 per cento) passando dal 70,3 per cento (nel 1994) all'85,5 per cento (nel 2013)².

Figura 5.1 - Proporzione di donne che hanno allattato al seno (a) e numero medio mesi di allattamento al seno (b) - Tendenze dal 1994 al 2013 per l'Italia



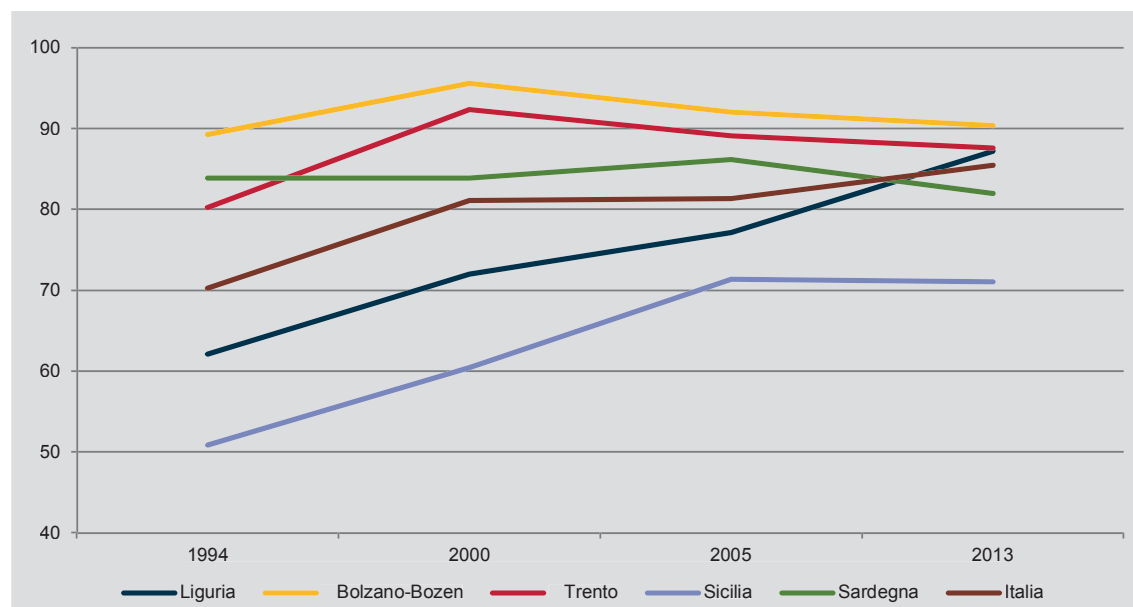
Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari
 (a) Donne con l'ultimo figlio minore di 6 anni.
 (b) Donne con l'ultimo figlio minore di 6 anni che hanno allattato al seno.

I dati mostrano notevoli differenze territoriali (Grafici 5.2 e 5.3), sia in termini di livelli sia in termini di evoluzione temporale. Le prevalenze di allattamento osservate nel 1994 sono caratterizzate da una forbice di ben 38 punti percentuali tra le regioni, con i più alti tassi di allattamento nella Provincia autonoma di Bolzano (89,3 per cento) e Sardegna (83,9 per cento) e i più bassi in Sicilia (50,9 per cento) seguita da Liguria (62,1 per cento) e Lombardia (66,5 per cento).

Anche la durata complessiva dell'allattamento al seno mostra una tendenza crescente e lineare dal 2000 al 2013, aumentando a livello nazionale da 6,2 mesi in media a 8,3 (per il 1994 l'indicatore non è calcolabile). Anche la durata dell'allattamento al seno ha una forte variabilità sul territorio, benché non emerga un netto gradiente territoriale che vada da Nord a Sud, ma piuttosto una distribuzione a macchia di leopardo. Alcune regioni più di altre permettono di osservare le differenze territoriali e temporali: la Sicilia si distingue, oltre che per la bassa prevalenza, come detto sopra, per la più bassa durata media dell'allattamento. Nel Figura 5.2, dove sono rappresentate alcune regioni che si distinguono per le dinamiche nel tempo rispetto alla media nazionale, si osserva che la durata media in Sicilia mostra sicuramente un aumento importante tra il 2000 e il 2013, in linea con altre regioni virtuose che evidenziano un progressivo aumento della durata, ma senza recuperare il progresso

² In questo periodo e in seguito, anche a livello istituzionale, sono state pubblicate e diffuse le linee guida per promuovere l'allattamento al seno e in seguito è stato varato un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento (Ministero della Salute, 2008; Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2016).

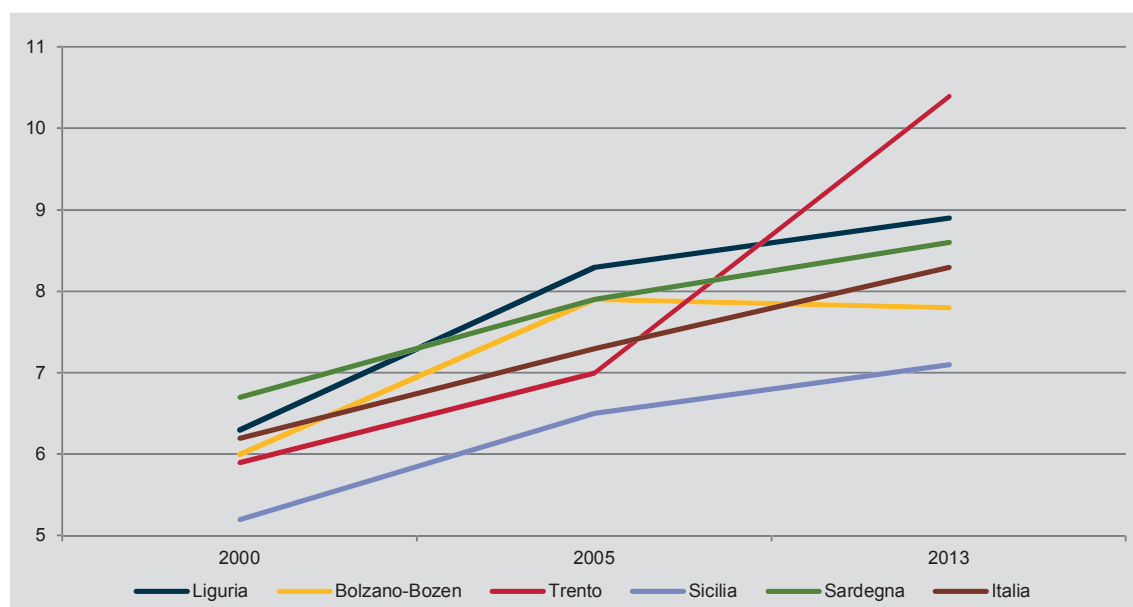
Figura 5.2 - Percentuale di donne che hanno allattato al seno. Italia, Sicilia, Trento e Bolzano, Liguria, Sardegna - Anni 1994, 2000, 2005, 2013



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari

divario. La Provincia autonoma di Trento, a sua volta, mostra uno degli incrementi maggiori dal 2000, passando da una durata media di soli 5,9 mesi (inferiore alla media nazionale) nel 2000, ad una durata media tra le più elevate (insieme a Umbria e Valle d'Aosta).

Figura 5.3 - Durata media in mesi dell'allattamento al seno. Italia, Sicilia, Trento e Bolzano, Liguria, Sardegna - Anni 2000, 2005, 2013



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari

In un quadro in cui l'allattamento materno quindi vede una ripresa e una maggiore diffusione, permangono delle pratiche di assistenza *post-partum* che non ne favoriscono la migliore diffusione. Partiamo dunque dal fatto che permangono delle criticità importanti nel

2013: il 14,5 per cento delle donne intervistate non ha mai allattato il proprio bambino al seno e l'11,9 per cento delle donne che hanno avviato l'allattamento lo abbandona prima del compimento del terzo mese di vita del figlio; inoltre meno di un terzo di delle donne che dichiarano di avere allattato al seno raggiunge i sei mesi di allattamento esclusivo (30,6 per cento).

Tra i fattori che maggiormente limitano l'allattamento vi sono i casi in cui per motivi di salute i neonati vengono separati dalla madre alla nascita; questo avviene con maggiore probabilità per i gemelli³, per i bambini nati prematuri⁴ e per quelli nati sottopeso⁵. Nell'indagine il gruppo dei bambini che hanno almeno una di queste caratteristiche rappresenta il 22 per cento del campione. Spesso tali caratteristiche si ritrovano più frequentemente nei bambini nati con parto cesareo (pari al 35,3 per cento dei neonati riportati nell'indagine)⁶. Se queste caratteristiche e questi eventi si vanno a sommare durante il percorso nascita possono avere un forte potere depressivo sull'avvio dell'allattamento e sulla sua durata. Nonostante tutto, vedremo che l'allattamento è a rischio non solo in questi casi, ma anche tra le donne con gravidanze e parti meno complessi e problematici, a seconda del complesso insieme di variabili che intervengono lungo tutto il percorso, dalla gravidanza alla nascita.

Sono molto rilevanti, e in alcuni casi possono riequilibrare i fattori di rischio, alcune pratiche adottate dai punti nascita nelle immediate ore dopo l'evento; tra queste, come sottolinea l'OMS nei 10 passi per gli ospedali amici dei bambini, un precoce attacco al seno del bambino, le pratiche che favoriscono un allattamento esclusivo al seno (non offrendo né glucosata né latte artificiale in reparto) e infine il *rooming in 24 ore su 24* (ovvero avere il bambino in stanza con la madre per il periodo di degenza post parto). Nella tavola sottostante riportiamo queste pratiche per Regione, potendo così osservare come il territorio italiano sia frastagliato e differenziato.

Tavola 5.1 – Percentuale di donne (con figli minori di 6 anni) per alcune pratiche post parto – Anno 2013

REGIONE	Attacco al seno (entro la prima ora)	E' stato somministrato latte artificiale o glucosata nei primi tre giorni di vita	La donna ha usufruito di rooming in 24 ore su 24
Piemonte	42,0	23,5	62,6
Valle d'Aosta	66,6	8,6	84,0
Liguria	37,8	22,1	36,0
Lombardia	40,3	27,5	47,0
Trentino - Alto Adige	62,0	16,5	65,7
Bolzano-Bozen	63,7	25,2	81,5
Trento	60,4	8,1	50,6
Veneto	50,0	31,9	44,0
Friuli-Venezia Giulia	51,6	24,3	69,6
Emilia-Romagna	51,8	23,0	75,3
Toscana	49,7	20,5	54,4
Umbria	34,8	25,2	75,1
Marche	49,6	21,2	60,7
Lazio	24,6	30,8	24,7
Abruzzo	24,9	26,4	25,7
Molise	19,5	26,1	35,8
Campania	15,7	22,9	27,3
Puglia	27,0	26,7	52,4
Basilicata	35,8	24,8	40,6
Calabria	26,0	34,9	68,5
Sicilia	21,5	44,8	67,4
Sardegna	39,7	29,2	20,0
ITALIA	36,0	27,7	49,1

Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari.

3 I gemelli sono il 2,1 per cento nel campione di donne con figli minori di 6 anni.

4 Nati prima della 37° settimana di gestazione: 7,3 per cento del campione donne con figli minori di 6 anni.

5 Di peso inferiore a 2801 grammi: 17,9 per cento del campione di donne con figli minori di 6 anni.

6 La stima campionaria è compresa nell'intervallo 33,7 per cento – 36,9 per cento.

Queste tre pratiche assistenziali sopradescritte sono strettamente interrelate tra di loro nella attività quotidiana di ogni singolo punto nascita: la soluzione glucosata viene data più facilmente in assenza di *rooming in* (ovvero il neonato non sta con la madre ma alla *nursery*), l'attacco precoce al seno viene favorito di solito lì dove vi è un impegno della struttura nel favorire il parto fisiologico, l'allattamento materno e il *rooming in*, e così via. Conta molto anche come vengono applicate certe pratiche: il *rooming in* ad esempio avrebbe come ricaduta teorica e positiva la possibilità di attaccare il bambino a richiesta, di favorire il *bonding* tra madre e neonato e di offrire indicazioni appropriate alla madre sulle modalità di accudimento e nutrimento del bambino. Ma se questo non viene fatto con opportuni interventi da parte del personale sanitario del punto nascita, i benefici sull'allattamento vengono meno, mentre la madre viene lasciata sola con il neonato e senza sostegno.

È dunque possibile classificare le regioni in base a questi tre indicatori e individuare tre categorie: la prima, virtuosa, dove troviamo le regioni che presentano un profilo coerente, e sono prevalentemente al Centro-Nord (in ordine di virtuosismo: Provincia di Bolzano, Valle d'Aosta, Regione Trentino Alto Adige, Provincia di Trento, Emilia Romagna, Marche, Friuli, Toscana e Piemonte); la seconda categoria, né particolarmente virtuosa, né avversa alle buone pratiche, comprende varie regioni lungo tutto lo "stivale": Veneto, Lombardia, Liguria, Sardegna, Umbria, Basilicata, Puglia; la terza categoria comprende regioni principalmente del Sud Italia dove la diffusione delle tre buone pratiche è del tutto insufficiente (si tratta di Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia). Sicilia e Calabria sono due regioni con pratiche contraddittorie, soprattutto per l'elevata percentuale di *rooming in* (intorno al 68 per cento) ma l'altissima percentuale di somministrazione di latte artificiale o glucosata (tra il 35,0 e il 45,0 per cento): in Sicilia si osserva un tasso di allattamento generico basso (71,1 per cento) in Calabria invece più alto della media (90,0 per cento). Questo fa capire come lasciare il bambino in stanza con la madre non basta: bisogna adoperarsi perché possa allattarlo efficacemente e evitare la somministrazione di altri nutrienti, e per questo ci vogliono indicazioni specifiche e formazione del personale sanitario.

Per capire meglio le determinanti dell'allattamento materno (Yngve, Sjöström, 2001) e il ruolo del territorio sono state intraprese tre modellizzazioni differenti dei dati, relative a tre momenti diversi in cui valutare i rischi per l'allattamento:

1. *l'avvio*, ovvero se il bambino viene attaccato al seno oppure no subito dopo la nascita,
2. *i tre mesi*, prima dei quali si può parlare di *abbandono precoce* dell'allattamento materno,
3. *i sei mesi*, attraverso un approfondimento sui fattori che, di converso, favoriscono il comportamento ottimale secondo OMS, ovvero *l'allattamento esclusivo al seno fino a sei mesi*.

In queste analisi vengono prese in considerazione alcune variabili suddivise per ambito e che riteniamo possano aiutare a 'spiegare' le differenze nelle modalità di avvio e nella durata dell'allattamento⁷.

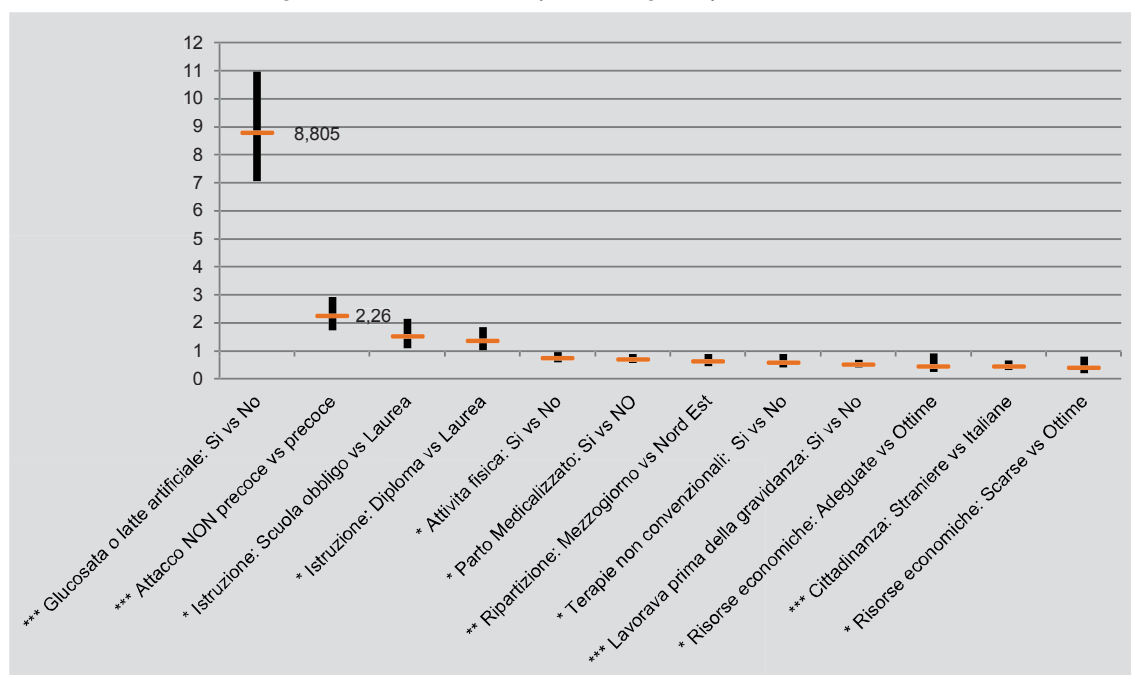
7 Il percorso nascita – età al parto, la struttura dove è avvenuto il parto (privata o pubblica), il ginecologo (privato o pubblico) che ha seguito la donna in gravidanza, la presenza di disturbi in gravidanza (ipertensione, diabete, gestosi, minaccia di aborto o di parto pre-termine), il tipo di parto (cesareo o spontaneo), parto medicalizzato o meno, l'attacco precoce del bambino al seno (entro la prima ora o oltre), la somministrazione di glucosata o latte artificiale nei primi tre giorni dopo il parto, il *rooming in* 24 su 24. Caratteristiche del bambino alla nascita – se prematuro, se sottopeso, se si è trattato di un parto gemellare. Fattori di rischio – indice di massa corporea (sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità), la presenza di almeno una tra le tre malattie croniche più importanti rilevate, depressione cronica. Comportamenti salutisti – se fa attività fisica, se controlla il peso corporeo, e fa uso di terapie non convenzionali, Caratteristiche della

5.3 Un inizio a volte impossibile

Il 14,5 per cento delle donne intervistate non ha mai allattato il proprio bambino al seno (18,9 per cento tra chi ha avuto un taglio cesareo) (Istat, 2014a). Tra le donne che non hanno avuto bambini prematuri o sottopeso questa quota scende, di poco, a 12,9 per cento.

Utilizzando un modello di regressione logistica con *forward selection* al secondo contingente -ovvero quello composto da donne con percorsi nascita non particolarmente a rischio- emergono come fondamentali le pratiche post-parto nell'influenzare la probabilità di fallire l'avvio dell'allattamento: dare glucosata o latte artificiale nei primi tre giorni vita comporta una probabilità quasi 9 volte maggiore di non allattare (8,80; 7,07-10,96), e attaccare il bambino dopo la prima ora successiva al parto (cioè non precocemente) comporta un aumento dello stesso rischio di oltre due volte (2,26; 1,74-2,93).

Figura 5.4 - Probabilità di non allattare per le donne con figli nati a termine e non sottopeso (a): stime dei rapporti di quote e limiti degli intervalli di confidenza (modello logistico) - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) * p<0,05 ** p<0,001 *** p<0,0001

Molto importante è anche il titolo di studio della madre che, se più elevata è un fattore protettivo. Infatti chi ha frequentato solo la scuola dell'obbligo rispetto a chi ha la Laurea mostra il 50 per cento in più di probabilità di non allattare (1,54; 1,10-2,16) e il 38 per cento chi ha il diploma rispetto a chi ha la laurea (1,38; 1,03-1,87). L'istruzione è una dimensione complessa che caratterizza la donna: da un lato è un indicatore di status sociale, dall'altro è un indicatore di *empowerment*, ovvero di competenza e autonomia decisionale. In questo ultimo senso va probabilmente interpretata anche la variabile relativa al lavoro della donna prima della gravidanza: se lavorava, mostra un minor rischio di non allattare

famiglia al momento dell'intervista – se la donna vive in coppia o meno, se è al primo figlio o ne ha più di uno. Stato economico e sociale della donna – il livello di istruzione, valutazione delle risorse economiche familiari, la cittadinanza, se lavorava prima della gravidanza. Territorio – le dimensioni demografiche del comune, la ripartizione geografica.

(0,53; 0,42-0,68). A livello territoriale, è interessante notare che nel Mezzogiorno (ovvero le regioni del Sud e le Isole) le donne hanno in minor rischio (-65 per cento), se confrontato con il Nord est, di non allattare, dimostrando così che la minor quota di donne che allatta nel meridione è frutto più di pratiche ospedaliere inappropriate, che non di propensione soggettiva delle madri.

Infine, tutto considerato, si conferma l'effetto protettivo della cittadinanza straniera, tale per cui le straniere hanno un minor rischio di non avviare l'allattamento rispetto alle donne con cittadinanza italiana (0,46; 0,32-0,67). Da notare che il parto gemellare perde di significatività, così come il parto cesareo: questo significa che le pratiche *post-partum* possono annullare gli effetti negativi che il cesareo e il parto gemellare hanno sulla probabilità di avviare l'allattamento al seno.

Favorire l'allattamento al seno dunque significa agire sulle pratiche dei punti nascita, in particolar modo sulla somministrazione di altri nutrienti diversi dal latte materno.

5.4 Abbandono precoce, la complessità

Una idea di come sia la curva discendente delle donne che allattano al seno, con l'avanzare dei mesi di vita del bambino, ce la offre la Tavola 5.2, dove sono riportate le quote di bambini allattati al seno in modo esclusivo (solo ed esclusivamente latte materno), esclusivo e predominante (oltre al latte materni si ammettono liquidi non nutritivi: acqua, tisane e succhi non zuccherate) costruite secondo le definizioni OMS; vengono anche riportati due diversi indicatori che segnalano la progressiva sostituzione del latte materno con altri cibi importanti (alimentazione complementare) costruiti secondo le definizioni OMS e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Già nei primi due mesi di vita, solo la metà circa dei bambini è nutrito esclusivamente con latte materno, cosa che testimonia o la rinuncia al seno, prima ancora di cominciare, o l'abbandono molto precoce. L'allattamento esclusivo combinato con il complementare (che ha percentuali molto basse) differisce di poco dal primo indicatore e dà una stima della quota di bambini che sono nutriti sostanzialmente solo con il latte materno, poiché non sono stati inseriti altri liquidi nutritivi. Questi due indicatori calcolati per i bambini al di sotto dei sei mesi – indicatore OMS denominato *Exclusive Breastfeeding under Six Months* – indicano che la quota di bimbi che sono nutriti con il solo latte materno e poco altro si aggira tra il 43 e il 46 per cento. Dopo i 6 mesi la quota crolla al 12 per cento, Ma quante madri continuano a dare il latte del seno anche dopo i sei mesi, benché il bambino sia stato svezzato? Questa stima ha rilevanza poiché l'OMS raccomanda di continuare ad allattare al seno fino al un anno e oltre, per molti motivi legati alla salute del neonato e della madre, primo fra cui anche il ruolo protettivo del latte materno rispetto a tutta una serie di patogeni che il bambino può contrarre, che lo rende quindi un valido supporto per il suo sistema immunitario ancora immaturo. Tra il 30 e il 40 per cento delle madri continua a dare il proprio latte dopo i 6 mesi e fino ai 12; di converso i due terzi di loro circa vi ha rinunciato.

L'abbandono del seno è quindi un fenomeno precoce, infatti l'11,9 per cento delle donne che hanno avviato l'allattamento lo abbandona prima del compimento del terzo mese di vita del neonato; questa quota addirittura aumenta tra le donne senza figli prematuri né sottopeso (12,96 per cento).

Nel modello di regressione logistica qui impiegato viene utilizzata come variabile dipendente la probabilità di abbandonare il seno prima del compimento del terzo mese di

Tavola 5.2 - Bambini da 0 a 12 mesi per tipo di allattamento: esclusivo, predominante e alimentazione complementare, per età in mesi del bambino - Anno 2013 (per 100 bambini della stessa età)

ETÀ DEL BAMBINO IN MESI	% Allattamento esclusivo (d)	% Allattamento esclusivo o predominante (d)	% Allattamento materno e alimentazione complementare (latte animale o artificiale e cibi solidi/semisolidi) (b)	% Allattamento materno e alimentazione complementare (solo cibi solidi/semisolidi) (c)
0-1	48,7	51,9	33,8 (a)	6,5 (a)
2-3	43,9	47,9		
4-5	38,6	41,7	32,0	20,1
<6	42,7	46,2	32,3	11,9
6-8	12,0	12,5	39,9	35,3
6-12	5,5	6,2	31,9	34,2

Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari

(a) Vengono considerate insieme le due classi di età in mesi (0-3 mesi).

(b) Definizione Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTisan 12/39).

(c) Definizione OMS: Breast milk and solid or semi-solid food.

(d) Si utilizzano le definizioni OMS di allattamento esclusivo e predominante.

vita del bambino, indipendentemente dal fatto che l'allattamento fosse esclusivo o meno. Si osserva quindi che tra le donne che non hanno avuto bimbi prematuri o significativamente sottopeso, questo abbandono precoce è influenzato da elementi legati a diversi ambiti della vita della donna e a diverse fasi del percorso, come avviene in tutti i processi complessi: sono infatti ancora rilevanti le pratiche adottate nel punto nascita (la somministrazione di glucosata o latte artificiale nei primi tre giorni di vita in particolar modo) tanto da raddoppiare la probabilità di abbandonare presto l'allattamento (2,14; 1,69-2,73). Emerge come fondamentale il comportamento salutistico o meno della donna durante la gravidanza, ovvero il fumo⁸: rispetto a chi non fumava prima della gravidanza, le donne che invece fumavano e non hanno interrotto hanno più del doppio di probabilità di abbandonare precocemente l'allattamento (2,29; 1,50-3,49); ancora una volta la lotta contro il fumo va di pari passo con la lotta per l'allattamento materno. Infine un titolo di studio elevato (Laurea) risulta protettivo della durata dell'allattamento materno: la fragilità delle donne con minore istruzione è chiara, sia per chi ha solo la scuola dell'obbligo (1,96 rispetto a chi ha la laurea; 1,41-2,74) che per chi ha il diploma (1,72 sempre rispetto a chi ha la laurea; 1,27-2,34).

A livello territoriale il gradiente Nord-Sud non risulta significativo, mentre emerge la dimensione grande città-altra tipologia comunale: chi vive al di fuori delle aree metropolitane è a maggior rischio di abbandono precoce: i comuni >10mila abitanti hanno una stima del rischio di 1,81 (1,29-2,53), e i comuni minori di 10 mila abitanti 1,79 (1,26-2,55). Le ragioni possono risiedere nella maggiore presenza nelle aree urbane di servizi pubblici e privati che promuovono le pratiche migliori e anche la maggiore presenza di consulenti (alla pari e professionali) che creano una rete affidabile e attiva; queste condizioni probabilmente sono molto meno frequenti in altri contesti territoriali. Una "geografia" del rischio di questo genere ricorda anche fenomeni culturali che si sono diffusi storicamente in Europa e che partono da élite selezionate, di solito residenti in centri urbani e con alto livello di istruzione⁹. Interessante notare che torna a farsi sentire l'effetto del tipo di parto, laddove aver avuto un cesareo aumenta la probabilità di un abbandono precoce dell'allattamento del 60 per cento circa (1,62; 1,29-2,03). Probabilmente le problematiche del cesareo non si esauriscono dunque nel momento del parto o nelle successive ore, ma perdurano nel tempo.

⁸ La variabile distingue tra chi (1) non fumava prima della gravidanza, e chi invece (2) fumava ma ha sospeso in gravidanza e infine chi (3) fumava e non ha sospeso durante la gravidanza.

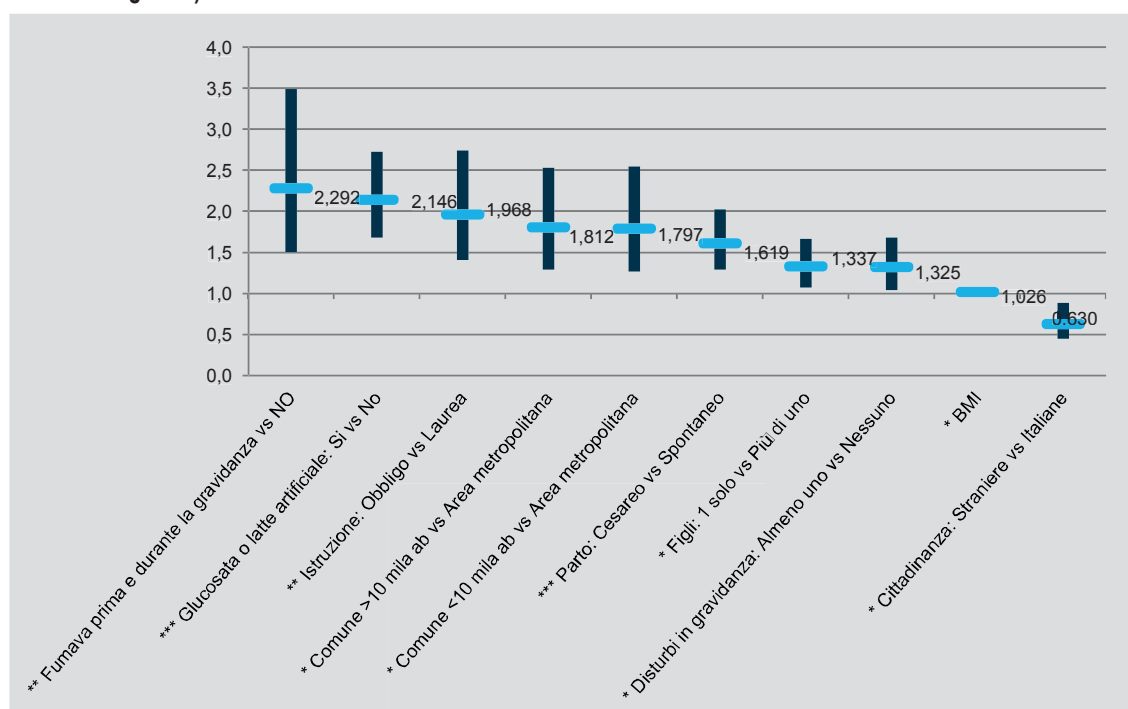
⁹ Si pensi ad esempio alla diffusione della bassa fecondità in epoca storica.

Emerge poi un fattore che non era stato riscontrato tra le criticità nell'avvio dell'allattamento ed è legato all'esperienza pratica della donna, alle competenze che il percorso di vita può fornire: avere più di un figlio garantisce maggiore probabilità di allattare oltre i tre mesi. Detto altrimenti chi è al primo figlio ha meno esperienza ed è più fragile quindi abbandona prima (1,33; 1,07-1,67); quando manca l'esperienza di un figlio e manca una rete di supporto competente l'allattamento ha breve durata.

Avere avuto almeno un disturbo in gravidanza aumenta il rischio di non allattare oltre i 3 mesi del 32 per cento (1,32; 1,04-1,68). Circa i fattori di rischio, avere un punto in più di indice Body Mass Index (BMI)¹⁰ comporta il 2 per cento in più di probabilità di non allattare¹¹: in buona sostanza essere sovrappeso oppure obeso aumenta il rischio.

Si conferma infine la maggiore propensione positiva delle straniere verso l'allattamento, avendo un rischio negativo di abbandono precoce (0,63; 0,44-0,89).

Figura 5.5 Probabilità (a) di abbandono precoce dell'allattamento (prima dei 3 mesi) per le donne con figli nati a termine e non sottopeso: stime dei rapporti di quote e limiti degli intervalli di confidenza (modello logistico) - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari.
(a) * p<0,05 ** p<0,001 *** p<0,0001

Da questa analisi emerge che qualsiasi intervento si voglia intraprendere per evitare abbandoni precoci deve attivarsi in due direzioni diverse: la prevenzione e il sostegno. La prevenzione comporta diffondere con campagne apposite comportamenti virtuosi, così come si fa con il fumo, l'obesità o l'attività fisica, per cambiare l'attitudine delle donne verso

¹⁰ Se BMI<18,5 si è sottopeso; il normopeso è individuato da valori compresi tra 18,5 e 25. Da 25 fino a 30 si parla di sovrappeso, mentre si tratta di obesità se l'indice è superiore o uguale a 30. Le donne del campione inserite in questo modello hanno un BMI minimo pari a 15,5 e massimo pari a 73,3 e un valore mediano di 22,5 (il terzo quartile è invece pari a 25).

¹¹ Ad esempio una donna molto sovrappeso e con BMI=29 rispetto ad una donna di normopeso con BMI=20 ha il 18 per cento in più di probabilità di non allattare oltre i 2 mesi.

questo aspetto della genitorialità, superando le barriere legate all'istruzione e alla capacità di autodeterminare le proprie scelte. Il sostegno comporta implementare in modo coerente, nei punti nascita e sul territorio, servizi di sostegno all'allattamento in modo da sostenere anche a casa le donne che vogliono allattare.

5.5 Sei mesi di allattamento esclusivo: chi ce la fa?

Dopo aver individuato i momenti di fragilità iniziali che le donne incontrano nell'avviare e nel mantenere l'allattamento al seno, si considerano adesso le determinanti del successo, ovvero di chi arriva a realizzare il comportamento ottimale, l'allattamento esclusivo fino a sei mesi. Si cerca dunque di mettere a fuoco gli elementi di forza, che permettono di arrivare a fare il meglio per sé e per il proprio figlio.

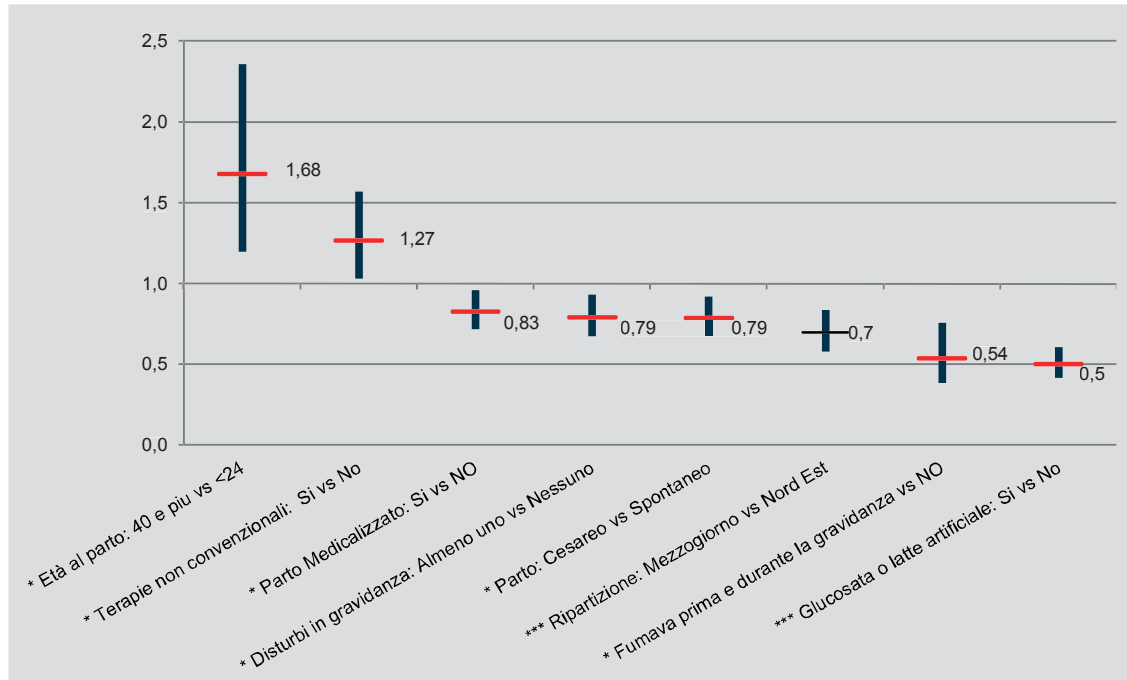
Meno di un terzo delle donne che hanno allattato raggiunge i sei mesi di *allattamento esclusivo*¹² (30,6 per cento). La loro distribuzione secondo la durata in mesi dell'allattamento esclusivo dell'ultimo figlio è una curva plurimodale con valore modale massimo pari al 19,6 per cento in corrispondenza dei 6 mesi, dopo di che la curva crolla a valori molto bassi: solo il 10,5 per cento continua ad allattare per più di sei mesi. In media la durata è di 4 mesi, ma già dopo tre mesi metà delle donne hanno smesso di allattare in modo esclusivo.

Applicando un modello di regressione a tutte le donne (con figli minori di sei anni) che hanno allattato al seno, ponendo come variabile dipendente la probabilità di allattare in modo esclusivo fino a 6 mesi del bambino, troviamo che i tre effetti fondamentali rimandano a tre ambiti di intervento possibile e sono (1) le pratiche post-parto (in particolare glucosata o latte artificiale nei primi tre giorni di vita), (2) il territorio e l'età della donna e infine (3) l'attenzione della donna alla salute: rispetto al fumo e relativamente all'uso di terapie non convenzionali (omeopatia, agopuntura ecc.). Il primo attiene ancora alle pratiche di *routine* adottate nei punti nascita, per cui i bambini che hanno preso glucosata o latte artificiale nei primi tre giorni di vita hanno probabilità negativa di continuare ad essere allattati oltre i 6 mesi (0,50; 0,42-0,61). Si conferma dunque l'effetto negativo di questa pratica anche allungando il periodo di osservazione a sei mesi.

Non sono rilevanti invece le variabili relative al basso peso alla nascita o al tempo di gestazione, poiché la capacità di prolungare l'allattamento fino a sei mesi, una volta avviato, non dipende dalla prematurità del bambino (salvo in casi gravi) ma dalle condizioni che si riscontrano nel riprendere la vita a casa. Seguono due fattori pari per importanza, l'età al parto della donna e la ripartizione geografica: l'asse Nord-Sud divide ancora il paese in due, contrapponendo il Sud e le Isole al Nord est (0,69; 0,58-0,83); il Mezzogiorno deve ancora uscire dalla cultura del latte artificiale (formula) che ha dominato dalla fine degli anni '60 agli anni '80. L'età al parto invece vede svantaggiate le donne più giovani, forse più inesperte: pur tenendo conto dei figli avuti e quindi dell'esperienza pregressa nonché del tipo di parto, avere 40 e più anni offre quasi il 70 per cento di probabilità in più di allattare fino a sei mesi; questo fatto forse riflette la maggiore attenzione e consapevolezza che donne mature hanno quando cercano una gravidanza in età avanzata. Terzo fattore per importanza è il fatto che la madre fumi o meno in gravidanza, ovvero un indicatore che pone l'attenzione sul tema 'salute materna', abitudini sane e attenzione alle buone pratiche: chi fumava in gravidanza

¹² La definizione OMS di allattamento esclusivo è la seguente "exclusive breastfeeding requires that the infant receive breast milk and allows the infant to receive drops, syrups (vitamins) and does not allow the infant to receive anything else" (WHO, UNICEF, 2010).

Figura 5.6 - Probabilità di allattare esclusivamente al seno per i primi 6 mesi di vita del bambino (a): stime dei rapporti di quote e limiti degli intervalli di confidenza (modello logistico) - Anno 2013



Fonte: Istat, Indagine su condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari.
 (a) * $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ *** $p < 0,0001$

vede dimezzarsi la probabilit  di allattare fino a sei mesi esclusivamente, rispetto a chi non fumava (0,54; 0,38-0,76). Continuano a farsi sentire anche se con meno forza gli effetti negativi del parto cesareo (0,79; 0,68-0,92) della medicalizzazione del parto spontaneo (0,83; 0,72-0,96): si conferma quindi l'importanza, per favorire l'allattamento esclusivo, di tutte le fasi del percorso nascita, dalle condizioni della gravidanza, alle modalit  del parto, fino alle pratiche dell'immediato post-parto. Il livello d'istruzione non ha invece effetto positivo sulla durata dell'allattamento, cos  come altri indicatori di status socio-economico delle donne, quali il lavoro prima della gravidanza o le risorse economiche della famiglia.

5.6 Conclusioni

In breve: come nasce un bambino ha una influenza determinante anche nei mesi di vita successivi. Nessun fattore considerato in queste analisi   completamente indipendente dagli altri, piuttosto si ravvisa un complesso intreccio di legami tra di loro (caratteristiche del punto nascita, quelle della madre, il contesto, le condizioni di salute, la propensione verso comportamenti sani, ecc...) esattamente come un percorso con molti bivi e ricongiungimenti: ogni bivio allontana o avvicina all'obbiettivo, ma quasi sempre la strada pu  ricondurre verso l'*optimum*, se intervengo fattori riequilibranti che rimettono in moto una catena virtuosa. Nuovamente le sole risorse della donna (istruzione, reddito, autonomia), sebbene necessarie, non sembrano essere sufficienti:   necessario modificare e migliorare il contesto, ovvero i punti nascita e le comunit  locali.

6. GLI ESITI NEGATIVI DEL CONCEPIMENTO¹

6.1 Introduzione

Gli esiti negativi del concepimento si possono classificare in due grandi categorie: esiti volontari (interruzione volontaria della gravidanza) ed esiti involontari (aborto spontaneo e nato morto).

L'Istat rileva le Interruzioni volontarie della gravidanza e gli aborti spontanei, mentre i nati morti (così come i nati vivi) vengono rilevati dal Ministero della Salute tramite il Certificato di assistenza al parto (Cedap). Nel 2014 tali eventi negativi hanno rappresentato un quarto (24,6 per cento) di tutte le gravidanze diagnosticate, una quota non indifferente.

6.2 L'interruzione volontaria della gravidanza

In Italia il ricorso all'aborto volontario è stato disciplinato nel maggio del 1978 con l'emanazione della legge n. 194 *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*². Secondo l'art. 4 l'interruzione volontaria della gravidanza (lvg) è consentita entro i primi 90 giorni di gestazione in un ospedale pubblico o in una casa di cura autorizzata qualora una donna "accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito". Dopo i 90 giorni di gestazione l'lvg può essere effettuata solo per gravi motivi di salute della donna.

Il Ministero della Salute è tenuto a presentare "...al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione" (art. 16); quindi la legge ha anche sollecitato la necessità di una rilevazione dei dati presso le Regioni³.

Le informazioni rilevate dal medico contestualmente al ricovero della donna riguardano due diversi aspetti: caratteristiche socio-demografiche della donna (età, residenza, stato civile, titolo di studio, cittadinanza, gravidanze precedenti,...) e notizie sull'intervento (data e luogo dell'aborto, data della certificazione preventiva ed ente che l'ha rilasciata, eventuale assenso per la minorenne, metodo e terapia analgica utilizzati, eventuali complicazioni,...). Nell'ottica di dare evidenza a sottopopolazioni di donne più a rischio su cui focalizzare attività di prevenzione e di monitorare l'attività degli istituti, queste informazioni sono state (e saranno) opportunamente adeguate alle mutazioni delle esigenze informative avvenute (e che avverranno) nel corso del tempo.

¹ Il capitolo è a cura di Marzia Loghi, Alessia D'Errico e Angela Spinelli.

² http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_845_allegato.pdf.

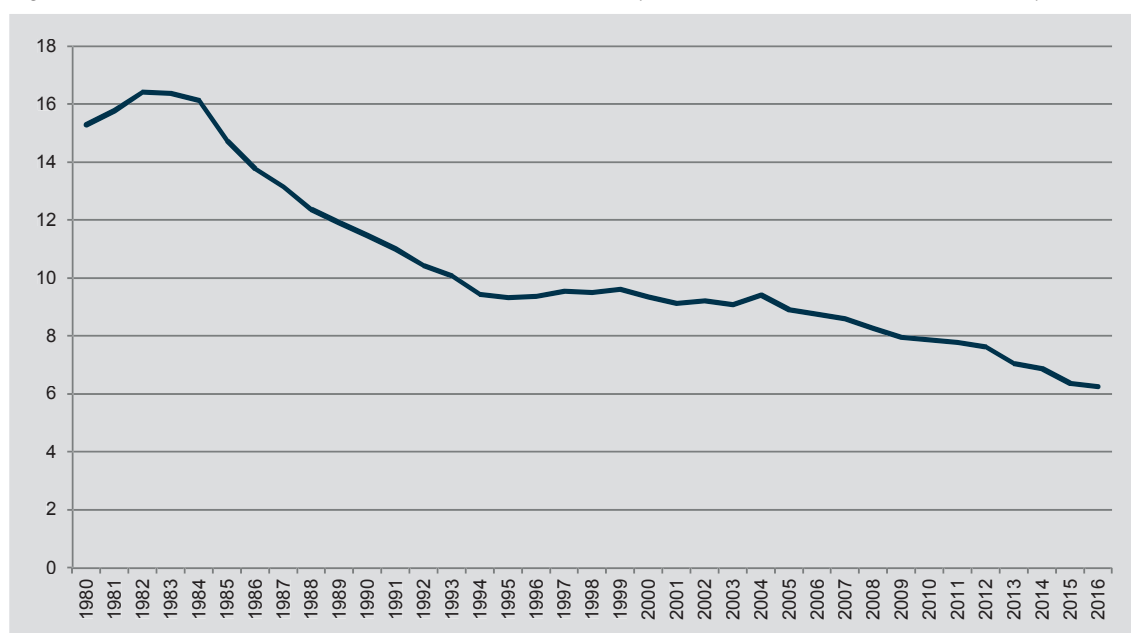
³ La raccolta annuale dei dati individuali è stata avviata dall'Istat di concerto col Ministero della Salute. Contestualmente, per far fronte alla necessità di redigere in tempi brevi la relazione al Parlamento (Ministero della Salute, 2018), è stato istituito il Sistema di Sorveglianza presso l'Istituto Superiore di Sanità che trimestralmente raccoglie dati aggregati.

6.2.1 Un fenomeno in costante diminuzione

A ridosso della legge, nei primi anni Ottanta, il numero di lvg superava i 230mila casi; nel corso di oltre 35 anni queste si sono più che dimezzate arrivando, per la prima volta nel 2014, a meno di 100mila casi; il numero di lvg effettuate nel 2016 risulta pari a 84.874. Il decremento osservato tra il 2014 e il 2015 risulta essere il più elevato mai riscontrato tra due anni contigui (-8 per cento); poiché risulta essere concentrato maggiormente tra il secondo e terzo trimestre del 2015, si potrebbe in parte associare alla decisione dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (G.U. n.105 dell’8 maggio 2015) di abolire, per le donne maggiorenni, l’obbligo di prescrizione medica dell’Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d’emergenza meglio noto come “pillola dei 5 giorni dopo” (Ministero della Salute, 2018).

Rapportando il fenomeno al numero di donne che potenzialmente possono effettuare un aborto volontario (donne in età feconda di 15-49 anni) si ottiene il valore relativo di 6,3 casi per mille, ben lontano dai 16 eventi dei primi anni Ottanta (Figura 6.1) (Loghi et al., 2013).

Figura 6.1 - Tasso di abortività volontaria. Italia - Anni 1980-2016 (tasso per 1.000 donne di età 15-49 anni)

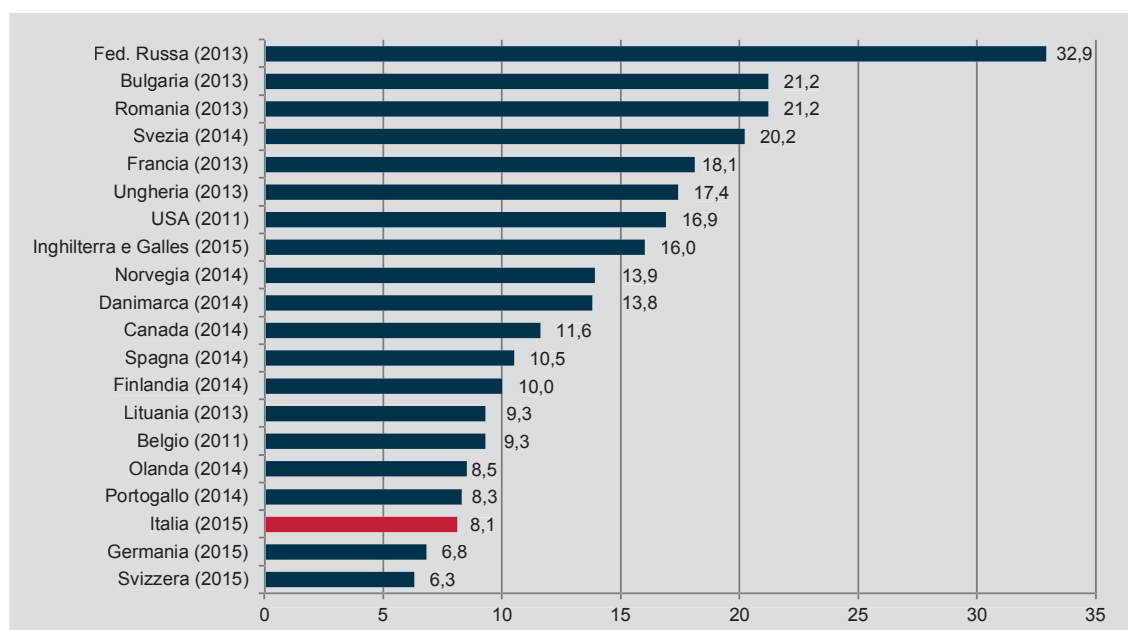


Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Fino a metà degli anni Novanta il declino è stato rilevante e regolare raggiungendo il valore del 9 per mille attorno al quale il fenomeno si è assestato fino al 2005, per poi ridiscendere con meno intensità fino ai livelli attuali. Nel contesto internazionale l’Italia si colloca tra i Paesi a sviluppo avanzato con un più basso ricorso all’aborto volontario (Figura 6.2): l’indicatore, calcolato sulla classe di età 15-44, è pari a 8,1 lvg per 1.000 donne, superiore solo alla Germania (6,8) e alla Svizzera (6,3).

Il declino della fecondità e la posticipazione delle nascite (cfr. Capitolo 1) solo parzialmente possono spiegare questa riduzione del ricorso all’lvg: infatti a fronte di una riduzione del 27,3 per cento dei nati vivi tra il 1980 e il 2016 si assiste, come già accennato, ad un dimezzamento delle lvg (Tavola 6.1). Il rapporto tra i due valori costituisce un ulteriore indicatore che, a integrazione del tasso calcolato sulla popolazione, fornisce una visione differente del fenomeno essendo dipendente dai cambiamenti relativi alla fecondità. Appare

Figura 6.2 - Tasso di abortività volontaria in alcuni Paesi - Ultimo anno disponibile (per 1.000 donne di età 15-44 anni)



Fonte: Eurostat, Statistiques nationales (2015); Alan Guttmacher Inst. (2014)

così evidente che altri fattori, oltre alla riduzione della fecondità, devono aver contribuito a far sì che le donne ricorrano all'aborto volontario sempre meno nel corso del tempo.

Tavola 6.1 - Rapporto di abortività volontaria - Anni 1980-2016 (per 1.000 nati vivi)

ANNI	Numero nati vivi	Numero ivg	Rapporto di abortività
1980	640.401	207.644	324,2
1985	577.345	206.177	357,1
1990	569.255	161.386	283,5
1995	525.609	134.817	256,5
2000	538.987	134.740	250,0
2005	549.088	129.272	235,4
2010	556.805	112.463	202,0
2015	473.461	87.369	184,5
2016	465.591	84.874	182,3
Differenza %	-27,3%	-59,1%	-43,1%

Fonte: Istat, Movimento naturale della popolazione presente; Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

6.2.2 La diminuzione avviene in tutte le età, più marcatamente tra le giovani

Nello studio dei fenomeni riproduttivi, e quindi anche dell'abortività volontaria, non si può prescindere da alcune caratteristiche della donna, prima fra tutti l'età quale componente biologica di base. Infatti, come è noto, il "rischio biologico" di concepire è più basso nella prima e ultima parte della vita fertile. Come per la fecondità, le classi di età centrali sono quelle con il tasso di abortività più elevato: nel 2016 le donne di età compresa tra i 25 e i 29 anni hanno effettuato 10,3 lvg ogni 1.000, valore inferiore del 28 per cento rispetto al 14,3 del 2005 (Tavola 6.2).

Tra le più giovani (15-19 anni) il ricorso all'lvg ha subito un decremento più forte e pari al 39 per cento: il tasso infatti è passato da 7,1 a 4,4 dal 2005; riduzione analoga (-34

Tavola 6.2 - Tasso di abortività volontaria per classi di età - Anni 2005 e 2016 (per 1.000 donne)

Anni	Classi di età						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2005	7,1	14,4	14,3	12,4	10,2	4,6	0,4
2016	4,4	9,5	10,3	10,1	8,6	4,0	0,4
Differenza %	-39%	-34%	-28%	-19%	-15%	-15%	-16%

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

per cento), ma partendo da valori più elevati, si registra anche per la classe 20-24 anni. La diminuzione è dunque stata molto più marcata per le donne più giovani.

Il fenomeno dell'aborto volontario pur essendo legato all'età quale componente biologica, risulta più 'giovane' rispetto alla fecondità: infatti l'età media al parto per le donne nel 2016 è pari a 31,8 (cfr. Capitolo 1) mentre per le lvg risulta uguale a 30,5 nello stesso anno; in entrambi i casi si assiste a una crescita dell'età media: +1,3 anni nel primo caso, +0,7 nel secondo.

È d'obbligo un breve focus sulle lvg di donne minorenni che, anche se risultano essere solo il 3 per cento circa, sono una realtà da tenere sotto attenta osservazione e su cui indirizzare intensive misure di prevenzione. Il tasso riferito al 2016 risulta essere pari a 2,7e in diminuzione rispetto all'anno precedente; in realtà tale diminuzione è iniziata a metà degli anni Duemila quando il valore era al suo massimo storico attorno al 4,6 per 1.000. Tale andamento si sovrappone a quello della classe di età più ampia e che la comprende: quella dei 15-19 anni.

6.2.3 I cambiamenti per stato civile

Nonostante la diffusione delle convivenze possa aver ridotto il significato della variabile stato civile, questo appare ancora abbastanza determinante per la scelta della donna se proseguire o interrompere una gravidanza indesiderata: le donne con una relazione stabile (in Italia ancora oggi molto associata al matrimonio) più facilmente possono affrontare una nascita imprevista. Questo risulta confermato dal valore dei tassi (Tavola 6.3) che risultano più elevati per le donne separate, divorziate o vedove (13,3 lvg ogni 1.000 nel 2016), seguite dalle nubili (6,6) e infine dalle coniugate (5,2); in tutti questi gruppi si nota un calo del ricorso all'lvg.

Tavola 6.3 - Tasso di abortività volontaria per stato civile - Anni 2005 e 2016 (per 1.000 donne)

Anni	Stato civile		
	Nubili	Coniugate	Separata, divorziata, vedova
2005	9,5	7,7	23,6
2016	6,6	5,2	13,3
Differenza %	-31%	-32%	-44%

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

(a) I tassi per le donne separate, divorziate o vedove sono calcolati sulla classe di età 25-49 data l'esigua numerosità nelle classi più giovani.

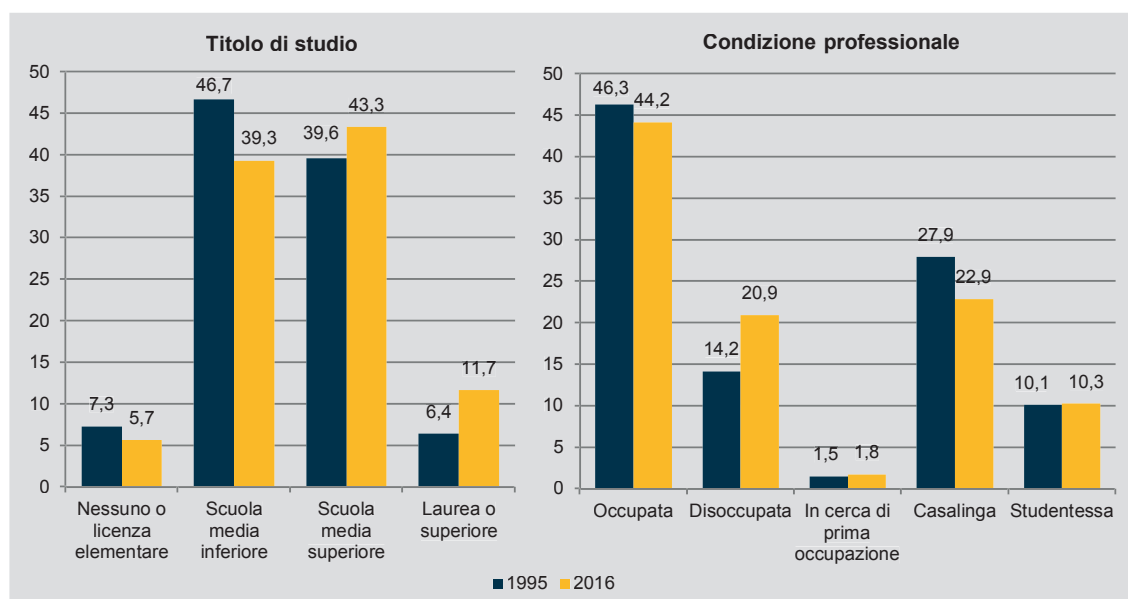
Però ampliando lo sguardo a una serie storica più lunga, si osserva un'inversione di tendenza dei livelli di abortività relativi alle donne nubili e alle donne coniugate: nell'anno 1996 i tassi sono quasi coincidenti, mentre fino all'anno precedente i livelli delle donne coniugate erano più alti di quelli delle donne nubili. Dopo il 1996 la situazione si capovolge e il divario si fa sempre più marcato fino al 2004 per poi restare più o meno costante.

Queste trasformazioni, avvenute nel corso negli anni Novanta, sono indicazione di una trasformazione del modello di abortività in Italia: accanto a quello più tradizionale che vedeva il ricorso all'lvg come metodo di regolazione della fecondità all'interno del matrimonio, c'è una parte sempre più consistente di donne che ricorre all'aborto volontario in maniera più estemporanea. A ulteriore conferma di ciò si osserva che nei primi anni Ottanta circa il 70 per cento delle lvg veniva effettuato da donne coniugate, mentre nel 2016 tale percentuale è scesa a 38.

6.2.4 Lo status socio-economico

Il titolo di studio e la condizione professionale sono le uniche due informazioni presenti che possano dare indicazioni, seppur indirette, dello status socio-economico della donna, altra determinante di forte impatto nel decidere se portare avanti una gravidanza o meno. La sola composizione percentuale, seppur utile, non può spiegare le eventuali differenze nel ricorso all'lvg poiché nel corso del tempo si è modificata tutta la popolazione femminile di riferimento (Figura 6.3).

Figura 6.3 - Distribuzione percentuale delle lvg per titolo di studio e per condizione professionale - Anni 2005 e 2016



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Nel confronto tra i due anni si osserva una diminuzione dei livelli di studio più bassi (fino alla scuola media inferiore) a favore di un aumento di quelli più elevati: nel 2016 il 54,2 per cento di lvg è stato effettuato da donne con almeno il diploma di scuola media superiore; nel 1995 tale quota era pari al 46,0 per cento. Questo fattore riflette senza dubbio la maggiore scolarizzazione della popolazione femminile in generale, e questa potrebbe essere una determinante della diminuzione del ricorso all'aborto volontario perché presuppone un miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti sul controllo della fecondità e sull'uso dei contraccettivi.

I tassi possono essere calcolati solo in presenza della popolazione residente distinta per sesso, età e titolo di studio, quindi in corrispondenza dei censimenti, l'ultimo riferito all'anno 2011 (Tavola 6.4).

Tavola 6.4 - Tassi standardizzati di abortività volontaria per titolo di studio - Anni 1981, 1991, 2001 e 2011 (per 1.000 donne di età 20-49 anni)

Anni	TITOLO DI STUDIO (a)		
	Basso	Medio	Alto
1981	16	22	14
1991	14	14	9
2001	14	13	7
2011	19	15	6

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza
(a) Basso=Nessuno o licenza elementare; Medio=licenza media inferiore; Alto=Licenza media superiore e oltre.

L'andamento dell'abortività volontaria nei trent'anni considerati varia secondo il livello di istruzione: mentre diminuisce costantemente per le donne con titolo di studio più elevato, risulta pressoché costante dal 1991 tra quelle con livello medio. Se si considera invece un basso livello di istruzione, dopo una sostanziale stabilità tra il 1991 e il 2001 si nota un aumento del ricorso all'lvg nel 2011. In questa categoria rientrano molte delle donne straniere (circa il 65 per cento) che, come vedremo, presentano una maggiore propensione al ricorso all'lvg e che quindi possono aver contribuito all'incremento registrato.

Così come per il titolo di studio, anche la composizione percentuale delle lvg per condizione professionale riflette certamente la situazione della popolazione femminile di riferimento: le variazioni più evidenti si hanno tra le lvg delle donne disoccupate (che aumentano da 14,2 per cento a 21,0) e quelle delle occupate (che invece diminuiscono (da 46,3 per cento a 43,1).

Tavola 6.5 - Tassi standardizzati di abortività volontaria per condizione professionale - Anni 2001 e 2011 (per 1.000 donne di età 15-49 anni)

ANNI	Condizione professionale			
	Occupata	Disoccupata o in cerca di occupazione	1 Studentessa	Casalinga
2001	7,6	12,5	8,1	18,5
2011	7,1	11,0	6,4	12,3
Differenza %	-6,6%	-12,0%	-21,0%	-33,5%

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

I tassi standardizzati di abortività volontaria per condizione professionale sono disponibili solo per gli ultimi due censimenti in quanto nel corso del tempo sono cambiate le voci di riferimento e non è stato possibile effettuare il confronto con gli anni precedenti.

È importante sottolineare subito che l'abortività diminuisce in tutte le categorie tra il 2001 e il 2011 nonostante la graduatoria resti invariata. I livelli più elevati si registrano per le donne che non sono in condizione professionale, quindi le donne casalinghe (che sperimentano la maggiore riduzione: -33,5 per cento), seguite dalle disoccupate/in cerca di prima occupazione e dalle studentesse. Un minor ricorso all'aborto volontario si registra tra le donne occupate (7,1 per 1.000 nel 2011): probabilmente la stabilità economica influisce sulla decisione di avere un (altro) figlio.

6.2.5 Le donne straniere

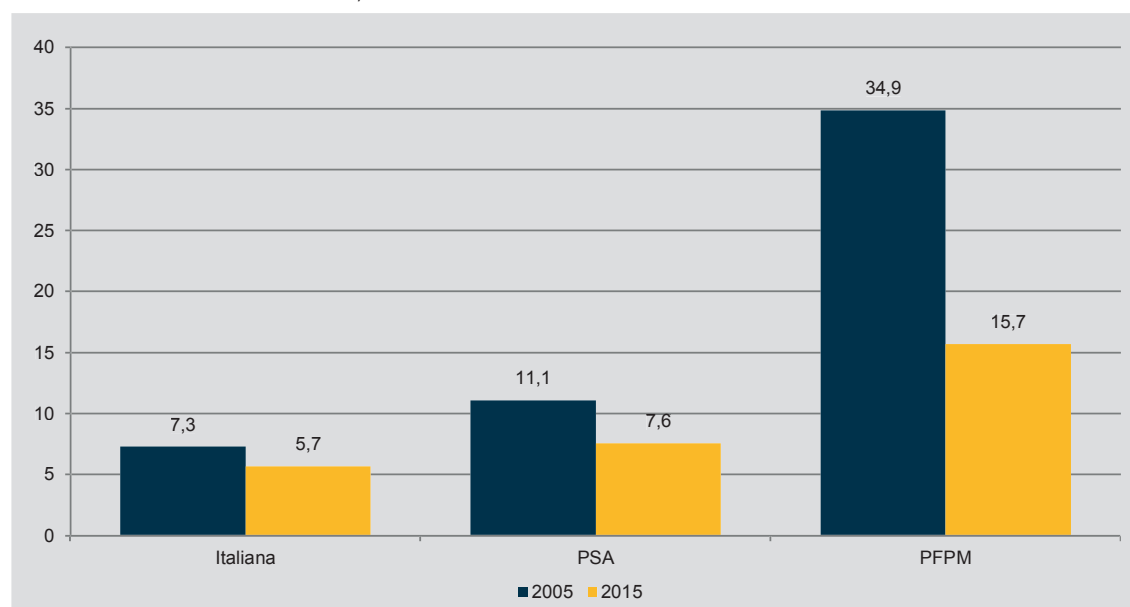
Come già osservato nel Capitolo 1 la presenza straniera femminile sul territorio italiano è notevolmente aumentata negli ultimi dieci anni: si è passati dal 4,4 per cento di donne straniere residenti nel 2007 all'8,5 nel 2017. Con riferimento alle lvg la proporzione di quelle effettuata da donne straniere residenti nel 2016 è pari al 30,5 per cento, in lieve crescita

6. Gli esiti negativi del concepimento

rispetto al 2005 quando risultava essere il 29,8 per cento. Questa differenza tra la presenza e il ricorso all'aborto lascia intendere che le donne straniere utilizzino in modo più frequente l'lvg rispetto alle donne italiane⁴. Si può facilmente supporre che vivere in un Paese straniero comporti evidenti difficoltà economiche e sociali, tali da rendere meno sostenibile il proseguimento di una gravidanza indesiderata.

La quota di lvg da donne straniere permette di quantificare il 'peso' di questa popolazione su tutto il fenomeno dell'lvg in Italia, mentre il tasso permette di valutare la propensione all'aborto. Quindi il calcolo dei tassi si rende necessario per verificare questa affermazione, in funzione della disponibilità della popolazione residente di riferimento, distinta per cittadinanza, età e sesso (Figura 6.4) (D'Errico et al., 2016).

Figura 6.4 - Tasso standardizzato di abortività volontaria per gruppi di cittadinanze - Anni 2005 e 2015 (per 1.000 donne di età 15-49 anni)



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza
(a) Psa=paesi a sviluppo avanzato. Pfpm=Paesi a forte pressione migratoria.

Per eliminare l'interferenza delle differenti strutture per età delle popolazioni è stato calcolato il tasso standardizzato che consente un'interpretazione del fenomeno al netto della diversa composizione della popolazione femminile. Appare subito evidente il divario esistente tra i livelli di abortività delle donne italiane e quelle provenienti da Pfpm: nel 2005 il ricorso all'lvg era quasi cinque volte superiore per queste ultime, e si è ridotto a 'solo' tre volte nel 2015. Una breve menzione alle lvg di donne da Psa che sperimentano tassi di poco superiori a quelli delle italiane, ma in realtà ormai si sono ridotti a poche centinaia di casi l'anno. Va evidenziato positivamente il fatto che, nonostante i già bassi livelli delle italiane nel 2005 (7,3 lvg ogni 1.000 donne), questi si siano ulteriormente ridotti durante i successivi anni fino al 2015. Non manchiamo di sottolineare anche il marcato declino dell'abortività delle donne straniere che durante il periodo considerato vede una riduzione consistente di oltre il 50 per cento.

⁴ Se si considera la presenza delle donne straniere in età feconda (15-49 anni) questa è pari a 12,5 per cento al 1 gennaio 2017, superiore a quella calcolata su tutte le donne ma comunque sempre di molto inferiore alla quota delle donne straniere che ricorre all'lvg.

Scendendo ancora più nel dettaglio si possono evidenziare le quattro cittadinanze più numerose delle donne che ricorrono a lvg in Italia (Tavola 6.6).

Tavola 6.6 - Numero di lvg, percentuale e tasso standardizzato di abortività volontaria per alcuni Paesi - Anno 2015

CITTADINANZA	lvg		Tasso standardizzato(b)
	Valori assoluti	Per 100(a)	
Italia	59.912	68,6	5,7
PFPM	25.348	29,0	15,7
PSA	412	0,5	7,6
Apolide	27	0,0	-
Non indicato	1.670	1,9	-

PAESI DI CITTADINANZA	lvg		Tasso standardizzato(b)
	Valori assoluti	Per 100(c)	
Romania	6.883	26,7	15,2
Rep. Pop. Cinese	2.272	8,8	26,2
Albania	2.134	8,3	16,9
Marocco	1.711	6,6	13,9

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

(a) La percentuale è calcolata sul totale delle lvg da donne con cittadinanza straniera.

Nel 2015, così come negli anni precedenti, le donne rumene risultano essere il gruppo più consistente con 6.883 casi di lvg registrate, pari a poco più di un quarto delle lvg di donne straniere. A seguire, ma con una numerosità decisamente inferiore, ci sono le donne cinesi, di recente apparizione nel panorama dell'aborto volontario, con 2.272 casi, poco meno del 9 per cento. Le altre uniche due cittadinanze che presentano più di 2000 casi sono l'Albania e il Marocco. La disponibilità dei dati di popolazione consente di calcolare il tasso standardizzato per queste singole cittadinanze e quindi di confrontarne i rispettivi livelli di abortività. In questo caso la graduatoria non è la stessa poiché la maggior propensione all'aborto sembrano averla le donne cinesi con un valore di 26,2 lvg ogni 1.000 donne, seguite dalle albanesi, rumene e infine marocchine. In ogni caso anche per questi singoli gruppi di cittadinanze il ricorso all'aborto volontario è diminuito negli ultimi anni, e questo sembra rafforzare l'idea di un'efficacia delle attività messe in campo, specie dai consultori familiari, sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate e quindi del ricorso all'lvg.

Tra i quattro Paesi selezionati l'unico ad avere statistiche pubbliche sull'aborto volontario e a presentare una legislazione "permissiva" simile a quella italiana risulta essere la Romania. Quindi è stato possibile calcolare l'analogo tasso standardizzato delle donne rumene residenti nel loro Paese che è risultato pari a 12,6, inferiore a quello delle donne rumene residenti in Italia⁵. Avendo eliminato l'interferenza della struttura per età (si suppone che le donne emigrate siano più giovani di quelle non emigrate) si può affermare che il ricorso all'lvg nella condizione di migrante possa essere più elevata a causa delle inevitabili difficoltà che tale condizione comporta: difficoltà di comprensione e comunicazione, di accesso ai servizi sanitari, presenza di lavoro precario, lontananza dalla famiglia di origine e spesso anche dal proprio partner, ... Considerando inoltre che per il calcolo del tasso sono state considerate solo le donne straniere residenti in Italia appare ancora più marcata la differenza tra i due gruppi⁶.

⁵ I dati riferiti alla Romania sono stati scaricati ed elaborati dal sito <http://statistici.insse.ro/shop/?lang=en>

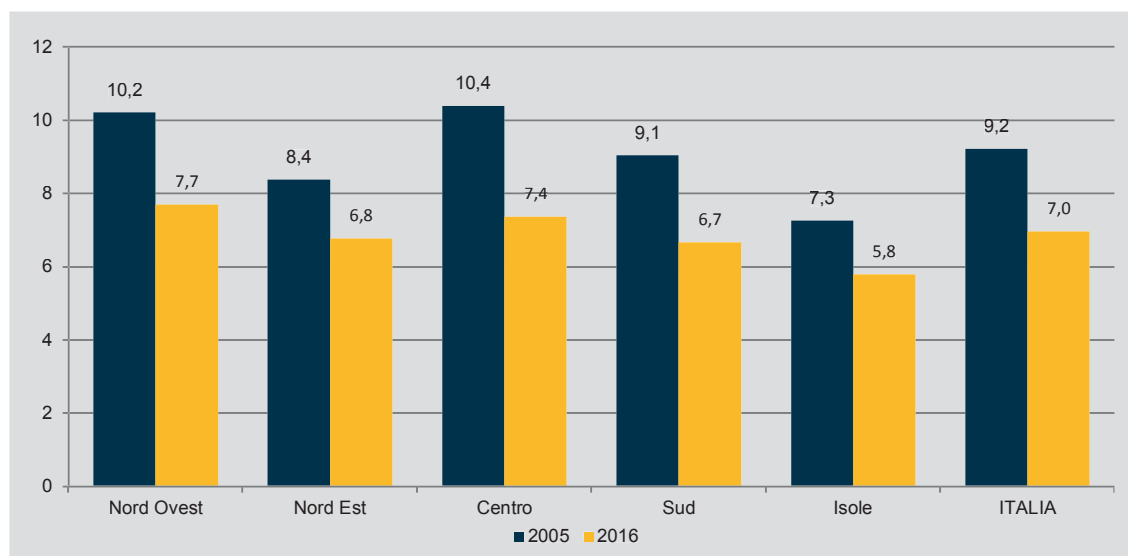
⁶ Nel 2015 le donne rumene che hanno effettuato lvg in Italia ma che non sono ivi residenti, risultano essere il 12 per cento (circa 800 casi), quindi nel calcolo del tasso viene considerato il restante 88 per cento.

6.2.6 Il territorio

Anche all'interno del territorio italiano ci sono delle differenze nel ricorso all'lvg, misurabili ancora una volta con il tasso standardizzato (Figura 6.5).

Nel 2016 il valore più elevato si ha in corrispondenza del Nord ovest (7,7 per mille) seguito dal Centro (7,4). Seguono il Nord est e il Sud con valori rispettivamente pari a 6,8 e 6,7 per mille; chiudono la graduatoria le Isole con un tasso uguale a 5,8. Nel 2005 solo le Isole presentano la stessa posizione con il tasso più basso, le altre ripartizioni in ordine decrescente sono così disposte: Centro, Nord ovest, Sud e Nord est.

Figura 6.5 - Tasso standardizzato di abortività volontaria per ripartizione geografica di residenza - Anni 2005 e 2016
(per 1.000 donne di età 15-49 anni)



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Va sottolineato in ogni caso che la variabilità territoriale è andata diminuendo notevolmente nel corso del tempo: nel 2005 si va dal valore minimo pari a 5,2 della P.A. di Bolzano al valore massimo di 11,9 della Liguria, con un campo di variazione uguale a 6,7. Tali posizioni, nel 2016, competono ancora alle stesse regioni ma assumono valori, rispettivamente, uguali a 5,2 e 10,3 riducendo il campo di variazione a 5,1.

Tanto per avere un'idea della diminuzione della variabilità territoriale nel corso del tempo, si pensi che a metà degli anni Ottanta il *range* tra il valore più basso (9,1 del Veneto) e quello più alto (28,0 della Puglia) era uguale a 18,9. Potremmo affermare quindi che, nonostante permangano ancora delle evidenti diversità nel territorio, le attività di prevenzione e quelle più genericamente legate alla maternità, hanno fatto diminuire il tasso di abortività volontaria in tutte le regioni rendendo più omogenei i livelli di ricorso all'lvg.

6.2.7 La presenza di figli

Tra le caratteristiche della donna che possano contribuire, in un modo o nell'altro, a ricorrere o meno all'lvg c'è senz'altro il numero di figli già presenti. È già stato illustrato (v. Tavola 6.1) che il rapporto di abortività (calcolato sui nati vivi e indipendentemente dal numero di questi) presenta una costante diminuzione che è la risultanza tra una più elevata riduzione di lvg (-59,1 per cento) a fronte di una meno marcata riduzione delle nascite (-27,3 per cento).

Non è possibile calcolare l'indicatore considerando il numero di figli già presenti, ma la distribuzione percentuale delle lvg può già dare alcune interessanti informazioni (Tavola 6.7).

Tavola 6.7 – Distribuzione percentuale delle lvg per numero di nati vivi precedenti e cittadinanza - Anni 2005 e 2016

CLASSI DI ETÀ	ANNO 2005				ANNO 2016			
	Nati vivi precedenti				Nati vivi precedenti			
	Nessuno	1	2	3+	Nessuno	1	2	3+
	Italiane				Italiane			
15-19	92,8	6,2	0,9	0,1	92,6	6,2	1,0	0,2
20-24	77,2	15,1	6,6	1,2	74,8	17,2	6,5	1,5
25-29	54,2	21,9	18,9	4,9	52,7	23,7	17,4	6,3
30-34	33,3	24,7	31,8	10,2	33,5	26,7	28,7	11,2
35-39	19,4	22,7	41,6	16,3	20,7	25,6	38,9	14,8
40-44	14,5	20,7	43,2	21,6	17,8	24,1	41,4	16,7
45-49	13,5	17,4	44,0	25,2	16,1	25,4	41,3	17,1
15-49	45,3	19,9	25,5	9,3	44,1	22,2	24,5	9,3
	Straniere				Straniere			
15-19	84,1	13,2	2,3	0,4	81,7	15,7	2,2	0,5
20-24	59,9	29,6	8,8	1,7	56,7	28,9	11,8	2,7
25-29	34,7	36,9	22,4	5,9	29,2	31,8	30,0	9,0
30-34	20,1	32,6	33,5	13,9	17,1	28,4	37,8	16,8
35-39	11,7	27,6	38,5	22,3	10,8	24,9	40,5	23,8
40-44	8,4	21,6	40,1	29,8	9,3	22,8	41,4	26,5
45-49	3,3	22,3	34,7	39,7	10,6	22,5	38,1	28,8
15-49	34,6	30,8	24,3	10,3	28,1	27,5	30,5	13,9

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza

Nel 2016 il 39,8 per cento delle lvg è stato effettuato da donne senza figli, una quota leggermente inferiore a quella del 2005 (42,3 per cento). Negli anni Ottanta risultava essere inferiore al 30 per cento per poi iniziare ad aumentare fino a metà degli anni Duemila e quindi ridiscendere e assestarsi sugli attuali valori. Circa la metà delle lvg si equidistribuisce tra le donne con 1 figlio (23,2 per cento) o con 2 figli (25,7 per cento), e questa percentuale non ha subito importanti variazioni tra il 2005 e il 2016.

Rilevante appare la distinzione per cittadinanza poiché si osserva un comportamento differente tra il gruppo delle italiane e quello delle donne straniere: le prime 'concentrano' le lvg più spesso nella prima parte della loro vita riproduttiva (oltre il 40 per cento contro il 28 delle straniere), quando ancora non hanno figli. Le seconde invece vi ricorrono in maniera abbastanza indifferenziata: le percentuali nel 2016 sono molto simili per le donne senza figli e con 1/2 figli. La correlazione con l'età appare evidente in quanto ad età più avanzate aumenta la quota di donne che fanno lvg in presenza di figli.

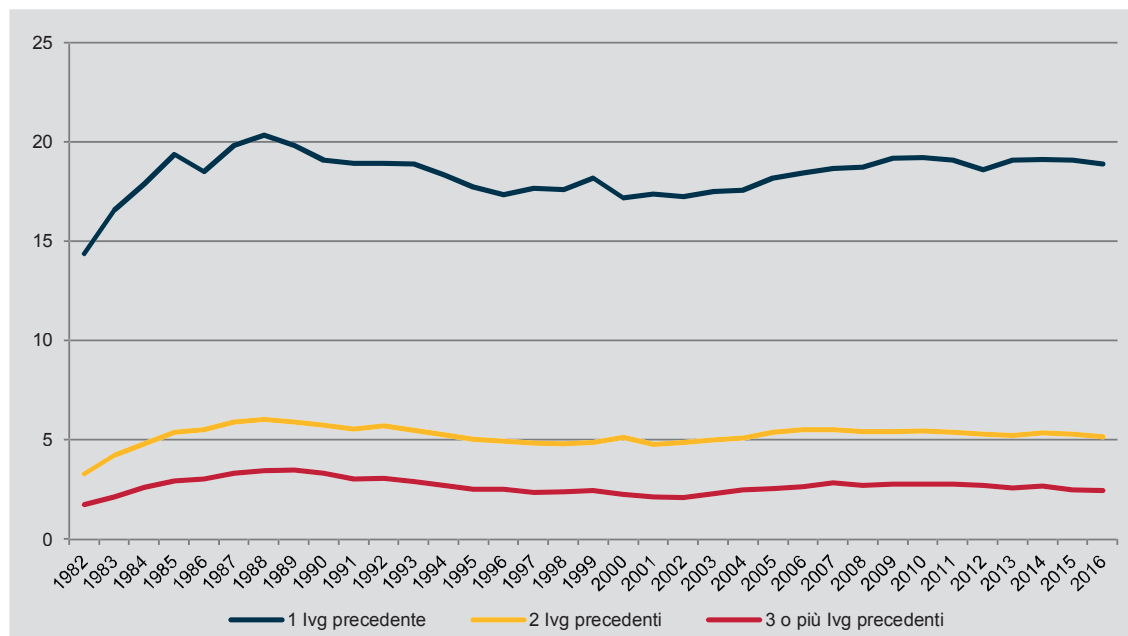
6.2.8 L'abortività ripetuta

Dopo aver individuato le principali caratteristiche delle donne che ricorrono all'lvg è fondamentale rilevare la presenza di abortività ripetuta per indirizzare le attività di prevenzione secondaria laddove necessario.

Nel 2016 la quota delle lvg di secondo ordine (cioè con una sola lvg precedente) rappresenta il 18,9 per cento di tutte le lvg, quella di terzo ordine (con due lvg precedenti) il 5,2 per cento e quella di ordine superiore il 2,4 per cento (Figura 6.6).

Sebbene ci siano state alcune oscillazioni nel corso del tempo, il trend è rimasto sostanzialmente invariato per le lvg di ordine superiore e negli ultimi dieci anni lievemente crescente per le lvg di secondo ordine.

Figura 6.6 - Distribuzione percentuale delle lvg per numero lvg precedenti - Anni 1982-2016



Fonte: Istat, Indagini sulle interruzioni volontarie della gravidanza

La struttura dei dati permette di valutare il rischio di effettuare un altro aborto, avendone già effettuato almeno uno, secondo le caratteristiche della donna fin qui già evidenziate (Tavola 6.8).

Applicando un modello logistico ai dati del 2014 le variabili che ‘pesano’ maggiormente sulla possibilità di effettuare una lvg ripetuta sono il numero di figli esistenti e la cittadinanza. In particolare le donne con due o più figli presentano un rischio superiore del 28 per cento di ricorrere ad un aborto ripetuto rispetto alle donne con solo un figlio; sempre rispetto a queste ultime le donne senza figli hanno invece un rischio inferiore del 42 per cento. Sembra quindi plausibile il fatto che l’assenza di figli induca la donna ad accettare di proseguire una gravidanza non programmata.

Con riferimento alla cittadinanza le donne straniere hanno un rischio doppio rispetto alle italiane di ricorrere a una lvg ripetuta.

Sono le età centrali ad essere maggiormente interessate ad una lvg ripetuta: ovviamente le donne giovani hanno avuto “meno tempo a disposizione” per avere una gravidanza, sia essa programmata o meno, quindi il rischio di avere una lvg ripetuta risulta essere non significativo o comunque molto basso. Nelle età centrali (dai 25 ai 44 anni) il rischio è più elevato rispetto alla classe più anziana (45-49 anni) di oltre il 20 per cento, presumibilmente legato alla maggiore fertilità.

Le donne separate, divorziate o vedove presentano un rischio di abortività ripetuta di poco superiore (+3 per cento) a quello delle nubili, mentre le coniugate hanno un OR di segno opposto (-32 per cento): si può supporre che il matrimonio, o comunque un’unione stabile, abbia un “effetto protettivo” sul proseguimento di una gravidanza indesiderata, sia essa di primo o di successivo ordine.

Come si osserva dalla Tavola 6.8, a un basso titolo di studio è associato un più elevato rischio di aborto ripetuto: prendendo come riferimento le donne con livello medio, il rischio di avere una ulteriore lvg aumenta del 37 per cento se la donna ha un titolo di studio basso, mentre diminuisce del 31 per cento in caso di livello superiore.

Tavola 6.8 - lvg ripetute: modello di regressione logistica - Anno 2014

	Probabilità di effettuare un'lvg ripetuta			
	Odds Ratio	Limiti di confidenza di Wald al 95%		p
Classe di età				
15-19 anni	0,369	0,305	0,446	<,0001
20-24 anni	0,867	0,734	1,025	0,0002
25-29 anni	1,124	0,954	1,324	<,0001
30-34 anni	1,251	1,064	1,472	<,0001
35-39 anni	1,256	1,068	1,477	<,0001
40-44 anni	1,212	1,027	1,43	<,0001
45-49 anni	1			
Stato civile	0,322			
Nubile	1			
Coniugata	0,678	0,652	0,706	<,0001
Altro	1,027	0,965	1,092	<,0001
Residenza				
Nord	1			
Centro	0,972	0,934	1,013	0,007
Sud	1,052	1,012	1,093	0,001
Cittadinanza				
Italiana	1			
Straniera	2,026	1,958	2,096	<,0001
Titolo di studio				
Basso	1,369	1,323	1,416	<,0001
Medio	1			
Alto	0,688	0,65	0,728	<,0001
Condizione professionale				
Studentessa	1			
Casalinga	1,353	1,242	1,473	0,146
Disoc/In cerca 1occ	1,615	1,486	1,755	<,0001
Occupata	1,463	1,348	1,588	0,101
Altro	1,714	1,383	2,123	0,016
Nati vivi precedenti				
0	0,581	0,555	0,608	<,0001
1	1			
2+	1,281	1,231	1,332	<,0001

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Infine, considerando la condizione professionale, molte modalità non risultano significative, con l'unica eccezione delle donne disoccupate o in cerca di prima occupazione. Questa categoria presenta un rischio superiore del 62 per cento rispetto alle studentesse, prese come gruppo di riferimento. Verosimilmente il rischio è più elevato tra coloro che sperimentano uno status socio-economico tale da rendere difficoltoso l'arrivo di un (altro) figlio.

6.3 L'aborto spontaneo

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come "l'interruzione involontaria della gravidanza provocata da cause patologiche; in particolare, ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di gestazione (25 settimane e 5 giorni compiuti)"; dopo i 180 giorni si parla di nato morto.

Secondo la letteratura l'evento rappresenta l'esito di circa il 15 per cento delle gravidanze clinicamente riconosciute (Alijotas-Reig, Garrido-Gimenez, 2013). Se si considerano anche le gravidanze interrotte precocemente e che possono venire scambiate come irregolarità mestruali, alcune stime si assestano attorno al 30 per cento: quindi circa un terzo delle gravidanze totali termina in un aborto spontaneo.

L'Istat ha avviato la rilevazione degli aborti spontanei contestualmente a quella delle interruzioni volontarie della gravidanza (Ivg), quindi a seguito della legge 194/78. In precedenza il testo unico delle leggi sanitarie (Regio Decreto n. 1265 del 27/7/1934, art. 103) stabiliva che “Gli esercenti la professione di medico-chirurgo, oltre a quanto è prescritto da altre disposizioni di legge, sono obbligati: [...] b) a denunciare in modo circostanziato al medico provinciale, entro due giorni dall'accertamento, ogni caso di aborto, per il quale essi abbiano prestato la loro opera, o del quale siano venuti comunque a conoscenza nell'esercizio della loro professione. La denuncia, il cui contenuto deve rimanere segreto, è fatta secondo le norme indicate dal regolamento e non esime il sanitario dall'obbligo del referto ai sensi dell'art. 365 del codice penale e dell'art. 4 del codice di procedura penale; [...]”. Quindi l'Istat rilevava i casi di aborto⁷ tramite lo stesso flusso dell'indagine sulle nascite. Molto probabilmente il numero di casi era sovrastimato poiché vi rientravano anche gli aborti volontari (allora illegali): infatti a partire dal 1978, con l'avvio ufficiale delle due distinte rilevazioni, il numero di aborti spontanei risulta circa la metà di quello dichiarato in precedenza.

Anche se la rilevazione si limita ai soli casi ospedalizzati (siano essi in regime ordinario che in day hospital) l'Italia è comunque uno dei pochi Paesi ad avere un'indagine dedicata specificamente al fenomeno. Le informazioni rilevate sono molto simili a quelle dell'indagine parallela sulle Ivg: caratteristiche socio-demografiche della donna (età, residenza, stato civile, titolo di studio, cittadinanza, gravidanze precedenti, età gestazionale,...) e notizie sull'evento (data e luogo dell'aborto, causa, eventuale ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita, metodo e terapia analgica utilizzati, eventuali complicazioni,...).

Queste informazioni, se necessario, vengono modificate e/o integrate nel corso del tempo sulla base di esigenze conoscitive del fenomeno, fermo restando che si tratta comunque di un'indagine statistica e non epidemiologica. Sulle cause dell'aborto infatti vengono rilevate solo delle macro voci lasciando agli studi clinici gli approfondimenti del caso.

6.3.1 L'andamento del fenomeno

Il numero di aborti spontanei registrato nel 2015 è stato di 66.127 casi⁸, pari a circa il 14 per cento di tutte le gravidanze diagnosticate, che comprendono esito di nato vivo, nato morto o aborto (sia esso volontario che spontaneo). A partire dall'anno 2001 il numero degli aborti spontanei ha superato le 70.000 unità con lievi oscillazioni tra i vari anni: il numero massimo di casi si è registrato nel 2007 con 77.129.

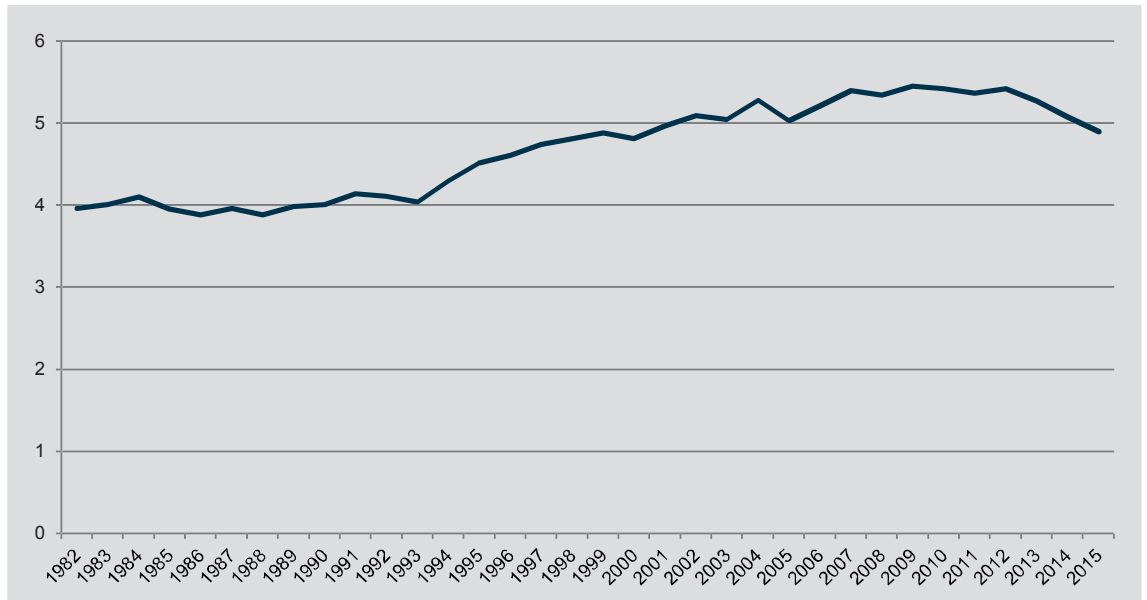
Per misurare l'incidenza del fenomeno vengono rapportati i casi di aborto spontaneo sul numero di donne in età feconda ottenendo così un tasso, analogamente a quanto fatto per le Ivg (Figura 6.7).

Dopo un periodo di sostanziale stabilità a partire da metà degli anni Novanta si assiste ad un incremento abbastanza regolare fino al 2012: si passa dai circa 4 casi per 1.000 donne ai 5,4 del 2012 (+34 per cento), per poi decrescere negli ultimi anni (4,9 casi per 1.000 donne). Come tutti i fenomeni riproduttivi, anche l'aborto spontaneo risulta imprescindibile dall'età della donna: essendo aumentata nel tempo l'età media al parto (cfr. Capitolo 1) anche quella all'aborto spontaneo ha seguito lo stesso andamento pur posizionandosi a un livello

⁷ Non viene specificato “aborto spontaneo” in quanto sottinteso, essendo l'aborto volontario ancora illegale.

⁸ Il numero dei casi è stato integrato con i casi di dimissioni ospedaliere per aborto spontaneo per le Regioni nelle quali è stata verificata un'incompletezza del dato Istat.

Figura 6.7 - Tasso di abortività spontanea. Italia - Anni 1982-2015 (per 1.000 donne di età 15-49 anni)

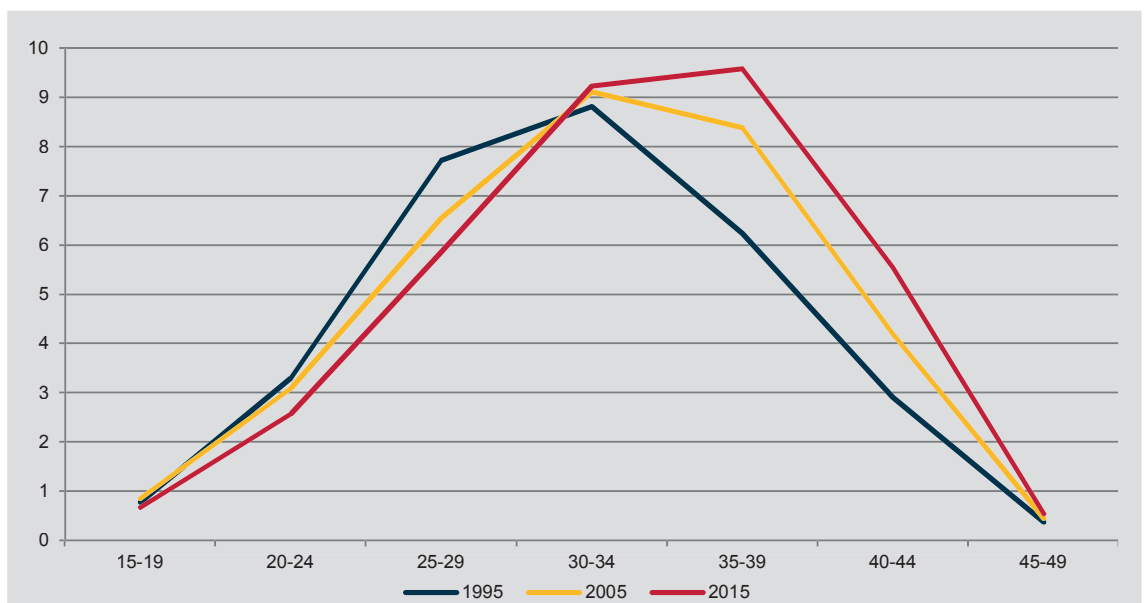


Fonte: Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo

maggiore. Nel 2015 infatti quest'ultima è risultata uguale a 31,5 anni contro i 30,3 dell'età media al parto; ma mentre quest'ultima è aumentata di 'solo' 0,6 anni dal 2005, nello stesso periodo l'incremento avuto per l'età media all'aborto spontaneo è stato di 1,2 anni.

Questo si evidenzia anche dai valori del tasso specifici per classi di età (Figura 6.8). Prima di effettuare confronti tra gli anni, è interessante osservare la forma che assumono le curve a campana nei tre anni: l'aumento dell'area sottostante e lo sbilanciamento a destra confermano un aumento generale del fenomeno e, soprattutto, un suo 'invecchiamento'. Il valore massimo si ha in corrispondenza della classe di età 30-34 sia nel 1995 che nel 2005, mentre nel 2015 questo picco si sposta alla classe di età successiva.

Figura 6.8 - Tassi di abortività spontanea per classi di età. Italia - Anni 1995, 2005 e 2015 (per 1.000 donne)



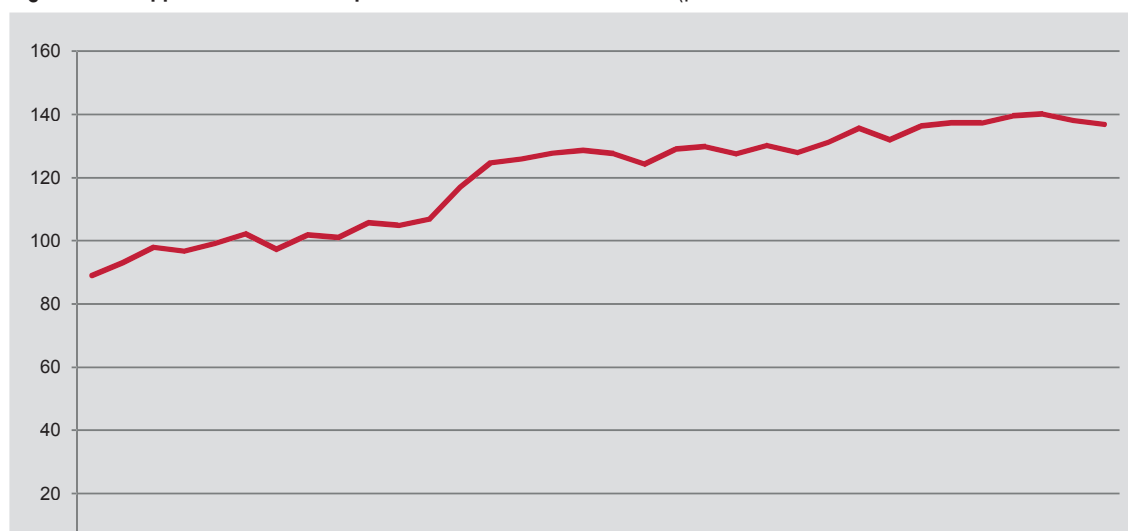
Fonte: Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo

Dettagliando tali variazioni, si osserva che tra il 1995 e il 2015 nelle donne più giovani (fino ai 29 anni) il tasso ha registrato un lieve decremento; dai 30 anni iniziano le differenze positive: +5 per cento tra i 30 e i 34 anni, +54 per cento nella classe 35-39, quasi il doppio nella classe 40-44 e +45 per cento nell'ultima.

A differenza dell'interruzione volontaria della gravidanza, l'aborto spontaneo è, per definizione, un evento involontario, quindi si può calcolare il suo rischio rapportando il numero di eventi al totale delle gravidanze, cioè alla somma dei nati vivi, dei nati morti, degli stessi aborti spontanei e delle lvg⁹. Per facilità di interpretazione e di confronto, a livello internazionale viene utilizzato il rapporto di abortività spontanea che mette a denominatore i soli nati vivi (Figura 6.9).

Il trend risulta anche in questo caso crescente, ovviamente spostato su livelli superiori rispetto al tasso: nel 2015 risultano 137,02 aborti spontanei ogni 1.000 nati vivi, con un incremento, rispetto al 1982, del 54 per cento (combinazione di un aumento nel tempo degli aborti spontanei – +17 per cento – e di una contestuale diminuzione dei nati vivi – -22 per cento).

Figura 6.9 - Rapporto di abortività spontanea. Italia - Anni 1982-2015 (per 1.000 nati vivi da donne di età 15-49 anni)



Fonte: Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo

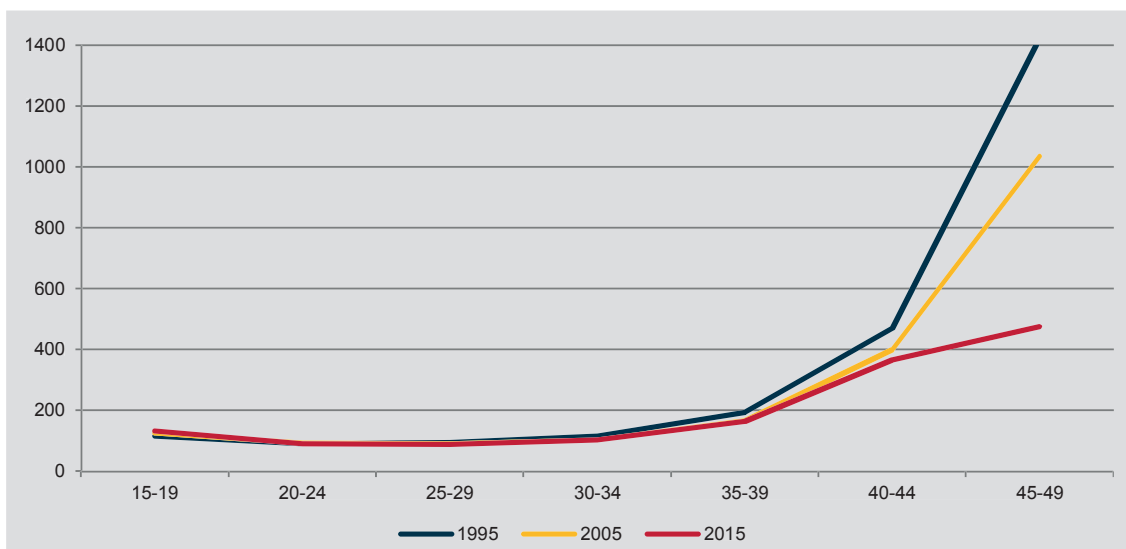
L'età in questo caso gioca un ruolo prettamente biologico e le curve appaiono completamente differenti da quelle riferite ai tassi calcolati sulla popolazione: il rischio di aborto spontaneo cresce al crescere dell'età a partire dai 30 anni, assumendo il valore massimo in corrispondenza della classe estrema. Tra le più giovani invece il rischio è più basso, con l'unica eccezione delle donne adolescenti per le quali risulta invece superiore a quello della classe di età successiva (20-24 anni) (Figura 6.10)¹⁰.

Tra il 1995 e il 2015 i rapporti aumentano solo in corrispondenza della classe 15-19 anni (+13 per cento), mentre successivamente si assiste invece ad un decremento sempre più marcato al crescere dell'età: si passa da -12 per cento per il rapporto riferito a 35-39 anni, fino al -66 per cento per la classe di età più elevata.

⁹ In realtà si considera solo una parte delle lvg (circa un terzo) a causa della conflittualità tra questo evento volontario e l'aborto spontaneo.

¹⁰ È noto infatti in letteratura che le gravidanze tra le adolescenti sono ad alto rischio di complicazioni che potrebbero anche portare ad un esito sfavorevole (Euro-Peristat, 2013).

Figura 6.10 - Rapporto di abortività spontanea per classi di età. Italia - Anni 1995, 2005 e 2015 (per 1.000 nati vivi da donne di età 15-49 anni)



Fonte: Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo

6.3.2 Le caratteristiche delle donne

La disponibilità di informazioni omogenee tra i due collettivi (aborti spontanei e nati vivi) consente di calcolare il rapporto di abortività secondo alcune caratteristiche delle donne che, direttamente o indirettamente, possono essere collegate all'esito negativo della gravidanza (Tavola 6.9).

Tavola 6.9 - Rapporto di abortività spontanea per classi di età e alcune caratteristiche delle donne. Italia - Anno 2013 (per 1.000 nati vivi da donne di età 15-49 anni)

	Classi di età							Standardizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Stato civile								
Nubile	159,4	130,5	125,7	136,1	208,6	438,0	496,5	156,1
Coniugata	127,3	87,1	97,7	118,1	196,2	458,8	802,7	134,7
Altro	-	143,0	127,3	140,1	212,1	437,2	732,4	165,4
Condizione professionale								
Occupata	176,5	114,8	91,8	98,7	159,9	356,1	520,5	119,8
Disoc/in cerca	175,3	160,2	158,3	187,3	300,0	716,7	1034,2	213,9
Casalinga	70,1	63,2	79,2	111,1	193,3	442,9	808,7	122,0
Studente	319,3	170,1	132,7	100,0	135,3	181,1	170,0	130,7
Cittadinanza								
Italiana	137,6	98,8	94,5	106,8	171,3	384,8	582,9	124,0
Straniera	132,2	92,3	98,8	123,4	211,3	460,5	714,6	140,4
Residenza								
Nord	132,1	87,1	85,8	99,2	159,2	345,4	538,8	113,8
Centro	161,1	110,8	108,0	115,0	185,4	407,3	495,6	136,0
Sud	129,5	97,4	98,5	116,0	188,7	444,4	746,4	133,5
Nati vivi precedenti								
0	152,4	109,0	108,2	119,2	188,3	404,7	360,6	137,4
1	177,0	92,2	90,3	104,4	160,5	347,8	776,8	119,1
2+	199,5	142,7	130,0	149,7	227,6	502,1	1305,1	170,9
Aborti spontanei precedenti								
0	151,6	100,8	98,5	108,8	167,4	365,5	578,7	125,1
1	232,2	161,2	150,2	161,7	242,6	514,8	782,9	186,3
2+	290,2	204,4	194,0	229,9	311,9	559,3	734,6	243,7

Fonte: Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo; Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (Cedap)
(a) I rapporti sono stati calcolati al 2013 in quanto ultimo anno disponibile dell'archivio Cedap al momento della stesura del presente lavoro.

L'essere coniugata sembra avere un effetto 'protettivo' in quanto il rapporto standardizzato è più basso di quello riferito alle donne nubili o con altro stato civile (vedova o separata) e questo avviene in tutte le classi di età fino ai 39 anni.

È noto in letteratura che la condizione socio-economica risulta essere inversamente associata al rischio di aborto spontaneo (Zeitlin et al., 2016): questo viene confermato dal fatto che il valore più elevato si ha in corrispondenza delle donne disoccupate o in cerca di prima occupazione, mentre quello più basso tra le occupate. Valori intermedi e comunque non particolarmente elevati presentano le donne studentesse e casalinghe.

L'essere cittadina straniera porta ad una situazione di svantaggio: l'indicatore standardizzato infatti mostra un valore pari a 140,4 contro il 124,0 riferito alle donne italiane. In genere la spiegazione è da attribuirsi al fatto che tali donne presentano maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari in generale e quindi anche per i controlli e le eventuali cure prenatali.

In corrispondenza della residenza al Nord Italia, per tutte le età, si hanno i valori più bassi del rapporto di abortività; una possibile interpretazione può chiamare in causa differenti opportunità, nelle regioni settentrionali, di accesso alle cure.

La storia riproduttiva precedente della donna viene qui rappresentata considerando i pregressi eventi di nati vivi e di aborti spontanei. Nel primo caso i rapporti non presentano un andamento lineare al crescere degli eventi: sono infatti più elevati in assenza di nati vivi precedenti per poi decrescere in presenza di un nato vivo; a seguire (2 o più nati vivi) iniziano a crescere. La peculiarità dei valori più elevati in caso di nessun figlio potrebbe sottintendere difficoltà riproduttive che impediscono o ritardano il concepimento. Solo nel caso delle due classi di età estreme (15-19 e 45-49 anni) la relazione è lineare: al crescere del numero dei nati vivi precedenti, cresce il rapporto di abortività spontanea.

Questa stessa relazione si presenta nel caso di aborti spontanei precedenti: il valore più basso si ha in corrispondenza del primo aborto spontaneo, e cresce col numero degli eventi. Un approfondimento sull'abortività ripetuta viene presentato nel paragrafo successivo.

Da notare, come già evidenziato, come l'andamento per classi di età non cambi pur stratificando per altre variabili: i valori riferiti alle donne giovanissime (15-19 anni) sono sempre più elevati di quelli riferiti alle classi successive, con la sola eccezione delle casalinghe.

6.3.3 L'abortività ripetuta

Dopo aver individuato le principali caratteristiche delle donne che hanno un aborto spontaneo, si analizzano quelle relative all'abortività ripetuta per individuare eventuali gruppi a maggior rischio di esito negativo.

Nel 2015 la percentuale dei secondi aborti spontanei rappresenta il 18,2 per cento di tutti i casi, quella dei terzi il 5,8 per cento e quella di ordine superiore il 2,8 per cento.

Come già effettuato per gli aborti volontari, tramite un modello logistico si valuta il rischio di avere un altro aborto spontaneo, avendone già avuto almeno uno, secondo le caratteristiche della donna fin qui analizzate.

La variabile che influenza maggiormente sulla probabilità di avere un aborto spontaneo ripetuto risulta essere l'età, conclusione abbastanza prevedibile in quanto si tratta di un evento strettamente legato al ciclo biologico della riproduzione (Tavola 6.10).

A conferma di ciò si osserva che l'*Odds Ratio* (OR) è sempre inferiore a 1 in tutte le classi di età se si prende come riferimento quella più anziana (45-49 anni).

Tavola 6.10 - Modello logistico. Probabilità di avere un aborto spontaneo ripetuto - Anno 2013 Probabilità di avere un aborto spontaneo ripetuto

	Odds Ratio	Limiti di confidenza di Wald al 95%		p
Classe di età				
15-19 anni	0,197	0,151	1,068	<,0001
20-24 anni	0,318	0,275	0,760	<,0001
25-29 anni	0,387	0,342	0,554	<,0001
30-34 anni	0,493	0,439	0,437	0,669
35-39 anni	0,678	0,606	0,367	<,0001
40-44 anni	0,952	0,849	0,256	<,0001
45-49 anni	1			
Stato civile				
Nubile	1			
Coniugata	1,163	1,113	1,216	0,003
Altro	1,156	1,052	1,271	0,125
Residenza				
Nord	1			
Centro	0,858	0,818	0,900	0,000
Sud	0,872	0,834	0,911	0,005
Cittadinanza				
Italiana	1			
Straniera	1,214	1,154	1,277	<,0001
Titolo di studio				
Basso	1,070	1,024	1,118	0,018
Medio	1			
Alto	1,031	0,984	1,081	0,892
Condizione professionale				
Studentessa	1			
Casalinga	1,328	1,105	1,598	0,034
Disoc/In cerca 1occ	1,170	0,971	1,410	0,362
Occupata	1,240	1,032	1,489	0,642
Altro	1,384	0,954	2,007	0,337
Nati vivi precedenti				
0	0,670	0,642	0,698	<,0001
1	1			
2+	1,050	1,000	1,103	<,0001

Fonte: Istat, Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo.

Tra le variabili più significative vi è anche la cittadinanza: le straniere risultano avere un rischio di aborto spontaneo ripetuto più elevato rispetto alle italiane del 21 per cento. Probabilmente questa evidenza riflette una maggiore difficoltà di accesso ai servizi sanitari e alle cure prenatali in particolare.

Il numero di nati vivi precedenti costituisce un altro fattore significativo: le donne senza figli hanno un rischio più basso del 33 per cento rispetto a quelle con un figlio; sempre con riferimento a queste ultime, le donne con due o più figli hanno un OR leggermente più elevato (+5 per cento).

Seppur poco significative vanno menzionate le altre relazioni sullo stato civile e sulla residenza: le coniugate presentano un OR di poco superiore alle nubili; le donne residenti nelle ripartizioni Centro e Sud hanno un rischio inferiore rispetto a quelle residenti al Nord.

Infine le variabili non significative risultano essere il titolo di studio e la condizione professionale, a conferma del fatto che l'abortività spontanea (in questo caso anche ripetuta) è un fenomeno legato principalmente a fattori biologici.

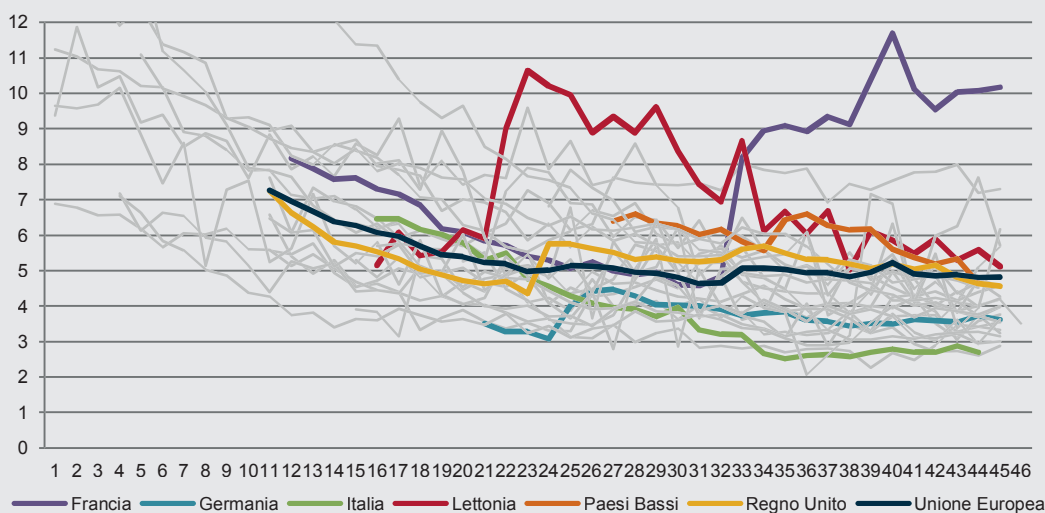
LA NATIMORTALITÀ

Come già esplicitato nel par. 6.2 in Italia vengono distinti i due eventi di aborto spontaneo e nato morto in base ad una soglia nell'età gestazionale fissata a 180 giorni (25 settimane e 5 giorni compiuti). Questa definizione ha generato due flussi distinti per la rilevazione dei due eventi: l'indagine sulle Dimissioni ospedaliere per aborto spontaneo dell'Istat e il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) del Ministero della Salute che rileva tutte le nascite. Quest'ultimo fino al 1997 era in carico all'Istat e successivamente, a seguito di modifiche normative, è passato di competenza del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2017).

La definizione non è armonizzata a livello internazionale: l'Organizzazione Mondiale della Sanità non distingue tra aborto spontaneo e nato morto ma parla genericamente di *fetal death* come *death prior to the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception, irrespective of the duration of pregnancy; the death is indicated by the fact that after such separation the fetus does not breathe or show any other evidence of life, such as beating of the heart, pulsation of the umbilical cord or definite movement of voluntary muscles* (WHO, 2004). Nonostante ciò, per garantire una comparabilità internazionale, è emersa l'esigenza di classificare tutti gli eventi secondo almeno una delle seguenti caratteristiche: il peso alla nascita, l'età gestazionale e la lunghezza vertice-tallone, e se ne suggerisce anche dei valori soglia (rispettivamente 500 grammi, 22 settimane e 25 centimetri). Questa classificazione porrebbe fine anche alla presenza di un paradosso tutto italiano per il quale, essendo ormai possibile che un feto di 22 settimane possa sopravvivere alla nascita, un nato vivo tra le 22-25 settimane (se deceduto entro la prima settimana di vita) rientra nel computo della mortalità perinatale, mentre non vi contribuisce un nato morto con le stesse caratteristiche poiché viene classificato come aborto spontaneo (Baroncini, Pregno, 2005; Loghi et al., 2007, Loghi et al., 2008).

La disomogeneità tra le due rilevazioni e l'assenza di alcune informazioni nell'indagine sugli aborti spontanei (quali ad esempio il peso e la lunghezza vertice-tallone) hanno affermato la consuetudine di riportare nelle statistiche internazionali delle *fetal deaths* i soli casi di nati morti rilevati dai Cedap, quindi riferiti alle 25/26 settimane e oltre di gestazione. Questo, nel confronto tra Paesi, pone l'Italia in una situazione di apparente vantaggio: nel 2013 (ultimo dato disponibile) presenta un valore del tasso uguale a 2,7 secondo solo a quello della Finlandia pari a 2,6 (Figura 6.11).

Figura 6.11 - Fetal death rates nei Paesi dell'Unione Europea - Anni 1970-2015 (per 1000 nati)



Fonte: WHO, European Health for All database, July 2016.

<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>

(a Sono stati evidenziati, oltre all'Italia e all'Unione Europea, alcuni Paesi che hanno modificato la definizione di fetal death.

Nel contesto internazionale i confronti tra Paesi vanno pertanto effettuati con molta cautela e facendo riferimento alle singole definizioni. Nella Figura 6.11 viene riportato il trend del *fetal death rate* nei Paesi dell'UE e nel generale decremento sono stati evidenziati i casi di rottura di serie storica dovuti all'adeguamento più o meno recente alle disposizioni suggerite dall'OMS (es. Francia, Germania, Lettonia, Paesi Bassi, Regno Unito).

Il progetto Euro-Peristat, nato nel 1999, coinvolge attualmente 29 Paesi e ha come obiettivo quello di fornire informazioni comparabili sulla salute perinatale (Euro-Peristat, *ibidem*; Zeitlin et al., *ibidem*). In questo contesto, laddove possibile, è stato calcolato il *fetal death rate* in modo omogeneo tra tutti i Paesi, così definito: "...the number of fetal deaths at or after 22 completed weeks of gestation in a given year, expressed per 1000 live births and stillbirths that same year. When gestational age is missing, Euro-Peristat requests that fetal deaths be included if they have a birth weight of 500 g or more, but not if both gestational age and birth weight are missing" (Figura 6.12).

Figura 6.12 - Fetal death rate nei Paesi aderenti al progetto Euro-Peristat - Anno 2010 (per 1000 nati totali)



Fonte: Euro-Peristat project with SCPE and Eurocat.

(a) Il tasso di Cipro si riferisce al 2007. Il tasso della Grecia si riferisce al 2009. Non sono disponibili i tassi per i seguenti Paesi: Bulgaria, Croazia, Irlanda, Spagna (Valencia).

In alcuni casi, tra cui l'Italia, il calcolo dell'indicatore ha coinvolto più fonti. Il tasso così calcolato (per l'Italia uguale a 4,7 casi per 1.000 nati totali) è sostanzialmente differente da quello presente nelle statistiche internazionali dell'Oms, in particolare risulta superiore del 74 per cento. Inoltre la posizione dell'Italia all'interno del panorama europeo cambia in modo evidente, assestandosi oltre la mediana della distribuzione rappresentata dal valore 4,5 della Repubblica Ceca, Malta e Grecia.

Si evidenzia quindi la necessità di rivedere i flussi italiani relativamente agli esiti negativi dei concepimenti per poter avere informazioni fruibili e confrontabili a livello internazionale. Un cambio di definizione però avrebbe un impatto non solo di tipo statistico (l'interruzione delle serie storiche già evidenziata per alcuni Paesi) ma anche sulla normativa vigente (es. polizia mortuaria, tutela delle lavoratrici madri,...) oltre che sull'attività degli operatori sanitari. Per valutarne le conseguenze è stato inserito uno Studio progettuale all'interno del Programma statistico nazionale 2017-2019 dal titolo *Studio di fattibilità per il miglioramento delle statistiche sulla natimortalità* di titolarità Istat con l'indispensabile compartecipazione del Ministero della Salute¹¹.

11 Sistan, Programma Statistico Nazionale 2017-2019, <http://www.sistan.it/index.php?id=52>

6.4 Conclusioni

La diminuzione dei livelli di abortività volontaria riscontrata in tutte le categorie qui analizzate mostra senza dubbio che quanto fatto finora in termini di prevenzione e di miglioramento della consapevolezza delle donne abbia dato risultati positivi. Non sono emerse grandi differenze neppure nelle caratteristiche delle donne che sperimentano un aborto ripetuto: i fattori che determinano la prosecuzione di una gravidanza indesiderata sono più o meno gli stessi e a questi vanno indirizzate campagne di prevenzione primaria e secondaria. Avendo evidenziato come lo status socio-economico e il numero di figli contribuiscano alla decisione di interrompere o meno la gravidanza, un investimento in formazione e occupazione, nonché in supporto alla famiglia, dovrebbe essere un obiettivo prioritario nella nostra società. Valutando anche il fatto che l'essere straniera in Italia aumenta la probabilità di effettuare una Ivg, progetti mirati alla popolazione immigrata dovrebbero essere d'obbligo.

L'aborto spontaneo invece, essendo un evento involontario, risulta fortemente legato al ciclo riproduttivo e alle sue componenti biologiche, *in primis* l'età della donna.

7. LA MORTALITÀ NEONATALE, POST-NEONATALE ED INFANTILE IN ITALIA¹

7.1 Introduzione

La mortalità infantile è un'importante misura del benessere demografico e uno dei più significativi indicatori sociali che permette di correlare i decessi sotto l'anno di età con i vari momenti dello sviluppo di una popolazione e quindi con le sue condizioni di vita. Questa misura è, infatti, strettamente associata, oltre che a fattori biologici, alle condizioni sociali, economiche e culturali di un paese (Reidpath, Allotey, 2003).

Nel 2015, il tasso di mortalità infantile (Imr) in Italia è stato inferiore a 3 morti per 1.000 nati vivi, uno dei più bassi al mondo. Tale risultato si è raggiunto negli anni grazie a riforme politico-sanitarie attuate su tutto il territorio nazionale, al miglioramento delle condizioni ambientali e socio-economiche, all'alfabetizzazione delle donne, allo sviluppo di una cultura dei diritti dell'infanzia, ai progressi della scienza e della medicina e alla lotta contro malattie che una volta erano endemiche nel paese (Gatti, 2002; Piccardi et al., 1994; Istat, 2014b).

La ricostruzione del quadro nosologico, cioè capire di che cosa muoiono i bambini nel primo anno di vita, costituisce un tassello analitico fondamentale per individuare le principali cause di morte e di conseguenza gli aspetti su cui è necessario intervenire.

Le principali cause di morte infantile oggi in Italia sono due ed entrambe strettamente correlate alla salute della mamma: le condizioni morbose che si sviluppano nel periodo perinatale e le malformazioni congenite che assorbono, insieme, più dell'80 per cento di tutte le cause di morte nel primo anno di vita. La salute della mamma, il suo stile di vita e il suo stato sociale, possono condizionare la crescita fetale, la probabilità di sviluppare malformazioni congenite e infezioni perinatali.

In questo capitolo si vuole indagare l'andamento della mortalità infantile in Italia dal 2006 al 2015 e individuare le principali cause di morte per capire quanto sia importante la salute delle donne e quanto questa incida sui primi mesi di vita di un bambino. Inoltre, si approfondirà l'analisi del tasso di mortalità considerando la cittadinanza del nascituro, perché esiste una differenza significativa tra mortalità degli italiani e degli stranieri residenti in Italia.

Il rischio di morte di un bambino decresce rapidamente durante il primo anno di vita. Il maggior numero di decessi, nei paesi economicamente più sviluppati, si registra in corrispondenza del primo mese. Per l'analisi si è dunque scomposta la mortalità infantile in mortalità neonatale (Nmr), cioè dei primi 29 giorni di vita, e in mortalità post-neonatale (Pmr), dopo il 29° giorno di vita e fino al compimento del primo anno.

7.2 Definizioni e indicatori

7.2.1 Estrazione dei dati

La fonte di riferimento per i decessi è l'Indagine sulle cause di morte condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Per il numero dei nati vivi residenti, la fonte di riferimento è la Rilevazione individuale degli iscritti in Anagrafe per nascita condotta dall'Istat.

¹ Il capitolo è a cura di Gennaro Di Fraia e Silvia Simeoni.

La rilevazione Istat sulle cause di morte riguarda tutti i decessi che si registrano sul territorio nazionale, ma non rileva i decessi di individui residenti in Italia avvenuti all'estero.

7.2.2 Definizioni

Mortalità. I tassi di mortalità sono calcolati utilizzando le definizioni convenzionali. Per ogni 1.000 nati vivi, il Tasso di mortalità infantile (Imr) è il numero di decessi che si verificano nel primo anno di vita, il Tasso di mortalità neonatale (Nmr) è il numero di decessi nei primi 29 giorni di vita, il Tasso di mortalità post-neonatale (Pmr) è il numero di morti oltre il 29esimo giorno di vita e prima del compimento del primo anno, il Tasso di mortalità infantile per causa è il numero dei decessi per una specifica causa di morte entro l'anno di età.

Residenza e Cittadinanza. I bambini sono considerati cittadini italiani se almeno uno dei genitori ha la cittadinanza italiana. I bambini sono considerati stranieri residenti in Italia se nessuno dei genitori ha la cittadinanza italiana, ma risiedono in Italia. I decessi di bambini di cittadinanza ignota, circa il 10 per cento, sono distribuiti in maniera proporzionale tra i decessi dei cittadini italiani e stranieri.

Rischio relativo di mortalità (RR). Il rapporto tra il tasso di mortalità infantile, neonatale o post-neonatale degli stranieri (S) e il tasso di mortalità infantile, neonatale o post-neonatale degli italiani (I).

7.3 La mortalità nel primo anno di vita in Italia dal 2006 al 2015

7.3.1 La mortalità per età e causa di morte

Dal 2006 al 2015, i decessi avvenuti nel primo anno di età sono passati da 1.912 casi a 1407; il tasso di mortalità infantile è sceso dal 3,41 al 2,90 per mille con una riduzione del 15 per cento. Scomponendo il tasso di mortalità infantile per età, si osserva che circa il 70 per cento dei decessi avviene nel primo mese (mortalità neonatale) e in particolare nella prima settimana (48 per cento). In tutte le classi di età si osserva una diminuzione dei decessi negli anni 2006-2015 (Tavola 7.1). I decessi neonatali sono dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, ossia a patologie legate a condizioni intrinseche della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino, cause strettamente legate alla salute della mamma. Il periodo post-neonatale è caratterizzato sì dai decessi per cause endogene, ma anche da decessi per cause esogene, dovuti a malattie causate da fattori esterni, in particolare a una scarsa o inadeguata alimentazione (si pensi a tutte le problematiche riguardanti la delicata fase dello svezzamento), così come alla presenza di carenti condizioni igienico-sanitarie, a mancate conoscenze da parte delle madri o a scarso accesso ai servizi sanitari. In questi casi, il riscontro di tassi di mortalità più elevati è considerato un indicatore di persistenza del disagio sociale, che può tuttavia essere contrastato con un certo margine di successo attraverso azioni di intervento e prevenzione a largo raggio.

Ma quali sono le principali cause di morte nel primo anno di vita? Per rispondere a questa domanda, si sono analizzati i tassi di mortalità infantile per le principali cause di morte, raggruppate secondo quanto riportato nella "Short-list Italiana per la Mortalità Infantile" (Tavola 7.2). Le principali cause di morte sono due: le condizioni morbose che si sviluppa-

7. La mortalità neonatale, post-neonatale ed infantile in Italia

Tavola 7.1 - Mortalità infantile per classe di età - Anni 2006-2015 (valori assoluti e tassi per 1.000 nati vivi)

Classe di età	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
VALORI ASSOLUTI										
<1 giorno	513	474	511	486	417	419	403	422	335	362
1-6 giorni	449	444	447	499	483	445	387	379	369	313
7-29 giorni	434	405	411	439	384	346	373	323	307	302
Neonatale	1.396	1.323	1.369	1.424	1.284	1.210	1.163	1.124	1.011	977
>=30 giorni	516	534	527	523	489	481	442	399	385	430
Totale	1.912	1.857	1.896	1.947	1.773	1.691	1.605	1.523	1.396	1.407
TASSI										
<1 giorno	0,92	0,84	0,89	0,85	0,74	0,77	0,75	0,82	0,67	0,75
1-6 giorni	0,80	0,79	0,78	0,88	0,86	0,81	0,72	0,74	0,73	0,64
7-29 giorni	0,77	0,72	0,71	0,77	0,68	0,63	0,70	0,63	0,61	0,62
Neonatale	2,49	2,35	2,37	2,50	2,28	2,21	2,18	2,19	2,01	2,01
>=30 giorni	0,92	0,95	0,91	0,92	0,87	0,88	0,83	0,78	0,77	0,89
Totale	3,41	3,29	3,29	3,42	3,16	3,09	3,00	2,96	2,78	2,90

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte.

(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

no nel periodo perinatale e le malformazioni congenite che rappresentano, insieme, circa 81 per cento di tutte le cause di morte nel primo anno di vita. Entrambe le cause sono strettamente correlate alla salute della mamma e al suo stile di vita che possono condizionare la crescita fetale, la probabilità di sviluppare malformazioni congenite e infezioni perinatali.

Tavola 7.2 - Mortalità infantile per classe di età e causa di morte - Trienni 2006-2008, 2013-2015 (tassi per 1.000 nati vivi)

	0-6 giorni		7-29 giorni		>= 30 giorni		Totale	
	2006-2008	2013-2015	2006-2008	2013-2015	2006-2008	2012-2015	2006-2008	2013-2015
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,26	1,11	0,47	0,42	0,17	0,14	1,90	1,67
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	0,12	0,14	0,02	0,01	0,01	0,01	0,14	0,15
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	0,07	0,07	0,02	0,02	0,01	0,01	0,10	0,09
Traumi da parto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	0,17	0,11	0,03	0,03	0,02	0,02	0,23	0,16
Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato	0,36	0,30	0,16	0,11	0,03	0,02	0,56	0,43
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	0,15	0,10	0,04	0,03	0,04	0,04	0,23	0,17
Infezioni specifiche del periodo perinatale	0,04	0,07	0,06	0,08	0,01	0,01	0,12	0,16
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	0,11	0,09	0,05	0,03	0,01	0,00	0,17	0,12
Altre condizioni perinatali	0,24	0,24	0,08	0,11	0,03	0,03	0,35	0,38
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,34	0,26	0,22	0,14	0,31	0,26	0,87	0,66
Malformazioni congenite del sistema nervoso	0,04	0,03	0,01	0,01	0,02	0,03	0,08	0,07
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	0,11	0,08	0,14	0,10	0,16	0,15	0,41	0,32
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	0,03	0,03
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,01	0,04	0,02
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	0,03	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,04
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	0,06	0,05	0,02	0,01	0,02	0,02	0,10	0,08
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	0,02	0,02	0,02	0,01	0,04	0,04	0,08	0,07
Altre malformazioni e deformazioni congenite	0,04	0,02	0,01	0,01	0,03	0,02	0,09	0,04

Tavola 7.2 segue - Mortalità infantile per classe di età e causa di morte - Trienni 2006-2008, 2013-2015 (tassi per 1.000 nati vivi)

	0-6 giorni		7-29 giorni		≥ 30 giorni		Totale	
	2006-2008	2013-2015	2006-2008	2013-2015	2006-2008	2013-2015	2006-2008	2013-2015
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,03	0,03	0,01	0,01	0,06	0,07	0,10	0,11
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	0,01	0,00	0,01	0,00	0,03	0,03	0,04	0,04
Altri sintomi, segni, risultati anormali e cause mal definite	0,02	0,02	0,01	0,01	0,03	0,04	0,06	0,07
Altre malattie	0,04	0,05	0,04	0,04	0,35	0,31	0,42	0,41
Alcune malattie infettive e parassitarie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,05	0,06	0,05
Tumori	0,01	0,01	0,00	0,00	0,02	0,02	0,03	0,03
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,01	0,02	0,03
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0,01	0,00	0,01	0,01	0,03	0,03	0,05	0,04
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0,00	0,00	0,01	0,00	0,07	0,06	0,08	0,07
Malattie del sistema circolatorio	0,00	0,01	0,00	0,01	0,06	0,08	0,07	0,09
Malattie del sistema respiratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,04	0,05	0,05
Malattie dell'apparato digerente	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04	0,03	0,06	0,04
Altre malattie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,02	0,04	0,03
Totale	1,67	1,45	0,74	0,62	0,93	0,81	3,33	2,88

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte.
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

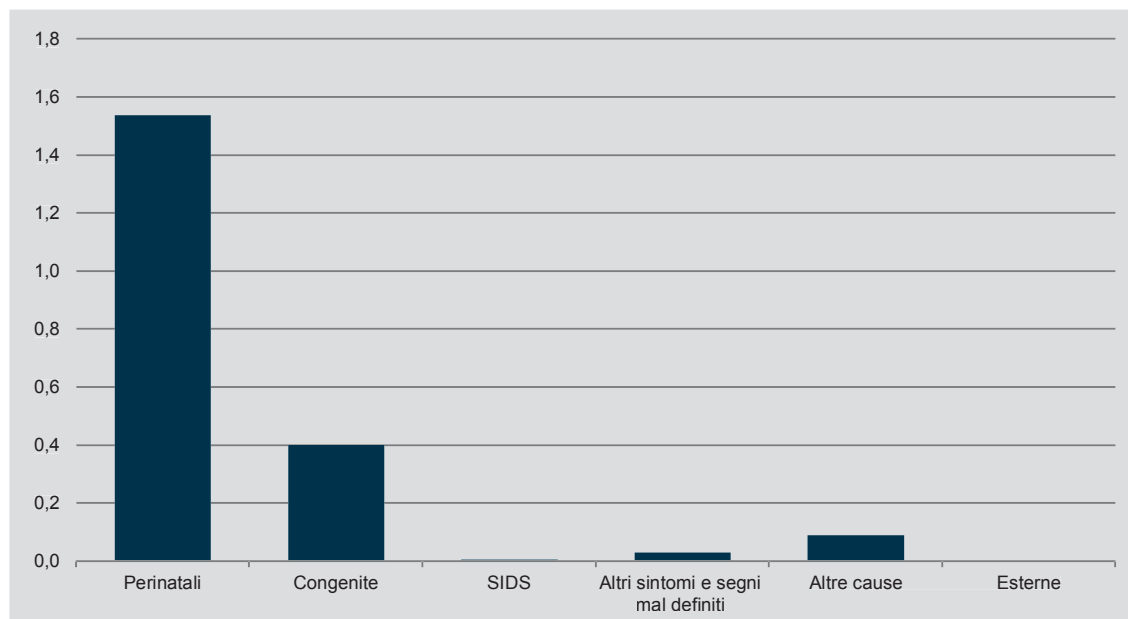
Analizzando il primo gruppo di cause di morte, le perinatali (58 per cento di tutte le cause di morte), si osserva che le principali cause sono il distress respiratorio del neonato (26 per cento di tutte le perinatali), altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale (10 per cento), l'ipossia e l'asfissia intrauterina e altri disturbi respiratori (10 per cento), infezioni specifiche del periodo perinatale (9 per cento) il neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, travaglio e parto (9 per cento), il distress respiratorio, la prima causa di morte, è inversamente correlato all'età gestazionale e al peso del nascituro: cioè più è breve la gestazione, inferiore alle 37 settimane, più è probabile che il bimbo nasca con un'immaturità dei polmoni e muoia nel primo mese di vita. Molte volte le cause della prematurità dipendono dalla salute della mamma (per esempio se è affetta da preeclampsia, diabete scompensato, malattia renale o altre patologie sviluppate durante la gravidanza), se vive in condizioni socioeconomiche sfavorevoli ed è soggetta a lavoro o spostamenti faticosi. In ogni caso, l'osservazione medica della gestante e l'individuazione e il trattamento delle principali cause della prematurità consentono di ridurre la frequenza. È essenziale, quindi, avere un adeguato sistema di monitoraggio delle gravidanze che fornisca dati utili a intervenire tempestivamente per ridurre il numero delle nascite premature.

Il secondo gruppo di cause di morte è quello delle malformazioni congenite (23 per cento) e il principale sottogruppo è rappresentato dalle malformazioni congenite del sistema circolatorio (49 per cento di tutte le malformazioni), seguito dalle deformazioni dell'apparato muscolo scheletrico (12 per cento) e dalle anomalie cromosomiche (10 per cento).

Analizzando il quadro nosologico del primo mese di vita e dei restanti 11 mesi, si è osservato come esso sia diverso da quello descritto finora. Nel periodo neonatale (Nmr), il 94 per cento delle cause di morte è rappresentato dalle condizioni morbose del periodo perinatale e dalle malattie congenite, tutte cause cosiddette endogene; nel periodo post-neonatale

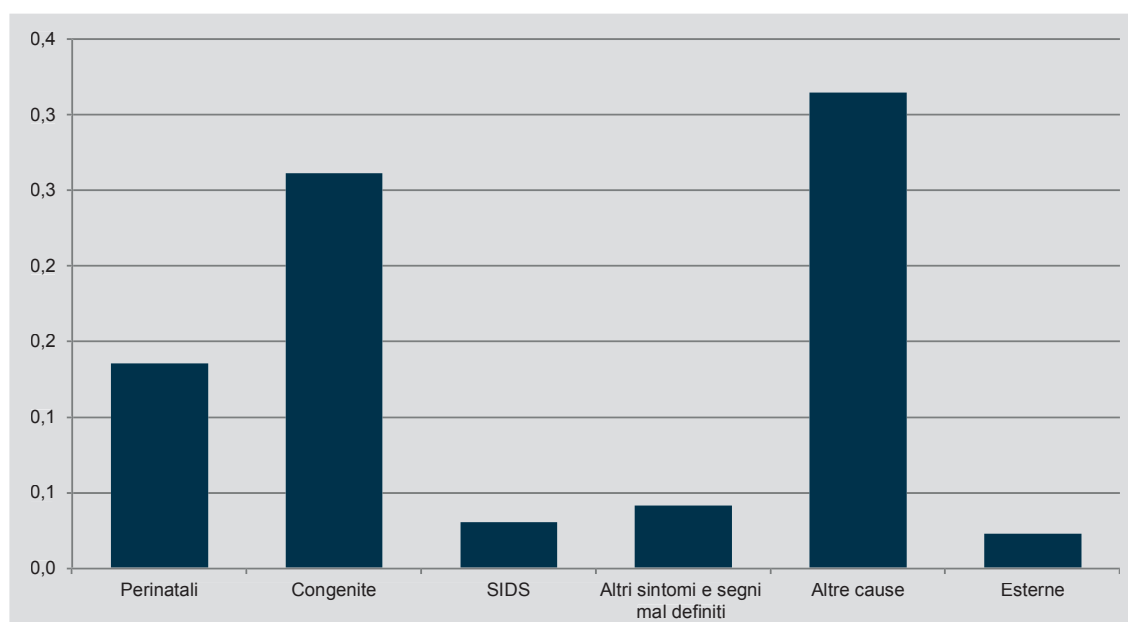
(Pmr) la struttura delle cause di morte cambia: queste due cause endogene diminuiscono, soprattutto le perinatali, fino a rappresentare solo il 49 per cento di tutti i decessi e il gruppo altre cause che comprende anche cause esogene, dovute all'ambiente o patologie che si acquisiscono dopo la nascita, aumenta fino a rappresentare circa il 39 per cento di tutti i decessi (Figure 7.1 e 7.2).

Figura 7.1 - Tasso di mortalità neonatale per le principali cause di morte - Triennio 2013-2015



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Figura 7.2 - Tasso di mortalità post-neonatale per le principali cause di morte - Triennio 2013-2015



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Particolare attenzione è stata rivolta alla Sids, Sudden Infant Death Syndrome, la sindrome della morte in culla, che colpisce i bambini tra un mese e un anno di età, cioè nel periodo post-neonatale. Tale definizione non corrisponde a una precisa patologia e si applica quando si possono escludere tutte le altre cause note per spiegare il decesso del neonato, da malformazioni a eventi dolosi. Non è stata ancora definita con sicurezza una specifica causa medica in grado di spiegarla, ma ci sono invece una serie di comportamenti e di fattori di rischio che possono incidere significativamente sulla probabilità che si verifichi. In Italia, la Sids rappresenta circa il 2,6 per cento dei decessi nel periodo post-neonatale (nel 2015 sono stati registrati 11 casi su 430 decessi oltre il 29° giorno di vita) e dal 2006 al 2015 non si sono avute variazioni rilevanti del corrispettivo tasso di mortalità.

7.3.2 La mortalità degli italiani e degli stranieri residenti in Italia

Nel triennio 2013-2015, circa il 15 per cento (224.868) dei nati vivi in Italia è stato partorito da donne straniere residenti nel nostro paese. Nello stesso periodo, 4.326 bambini sono morti nel primo anno di vita di cui il 21 per cento stranieri.

Dal 2006 al 2014, il tasso di mortalità infantile dei cittadini stranieri è progressivamente diminuito per poi presentare un incremento nel 2015. In tutti gli anni considerati il tasso degli stranieri è stato sempre significativamente più alto di quello dei cittadini italiani. Nel triennio 2006-2008, l'Imr degli stranieri è stato di 4,7 per mille e quello degli italiani di 3,2 per mille; nel triennio 2013-2015 quello degli stranieri è sceso a 4,1 per mille mentre quello degli italiani a 2,7 per mille. Il rischio relativo (RR) della mortalità infantile però è leggermente aumentato: gli stranieri rischiano di morire 1,6 volte di più rispetto agli italiani (Tavola 7.3).

Tavola 7.3 - Mortalità neonatale, post-neonatale ed infantile degli italiani e degli stranieri - Trienni 2006-2008, 2013-2015 (tassi per 1.000 nati vivi e RR stranieri/italiani)

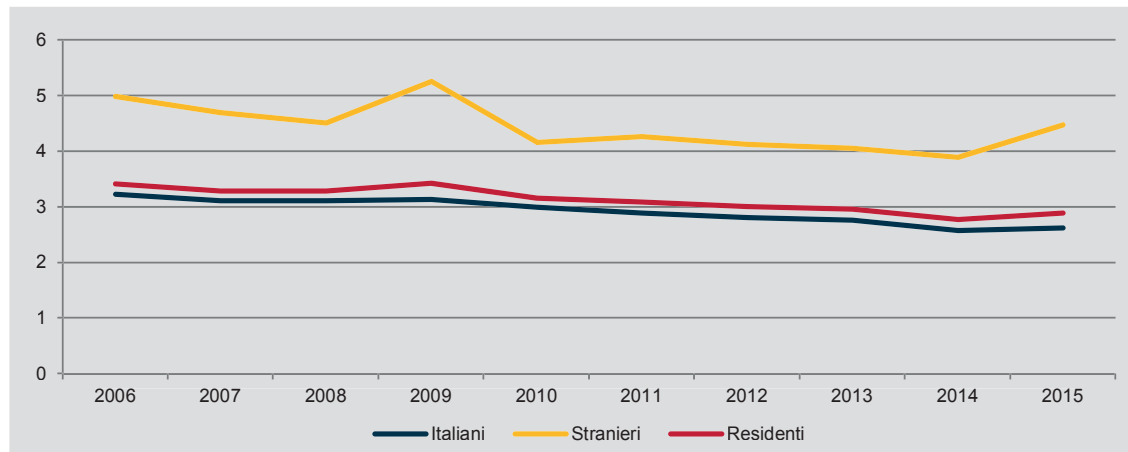
Tassi	2006-2008			2013-2015			2006-2008	2013-2015
	Italiani	Stranieri	Residenti	Italiani	Stranieri	Residenti	RR(S/I)	
Neonatale	2,3	3,2	2,4	1,9	2,8	2,1	1,4	1,5
Post-neonatale	0,9	1,5	0,9	0,7	1,3	0,8	1,7	1,8
Infantile	3,2	4,7	3,3	2,7	4,1	2,9	1,5	1,6

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte.
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Nelle Figure 7.3, 7.4 e 7.5 sono riportate gli andamenti della mortalità neonatale, post-neonatale e infantile degli italiani e degli stranieri lungo il periodo analizzato. Si può osservare la presenza di un picco nell'anno 2009, evidente soprattutto negli stranieri rispetto agli italiani e presente sia nella mortalità infantile che neonatale. Questo picco è difficilmente spiegabile, ma è presente anche in altri paesi europei (per esempio in Grecia) e da diversi studiosi è stato imputato alla crisi economica e ai tagli alla sanità pubblica. Per quanto riguarda la mortalità post-neonatale, i picchi ci sono stati nel 2009 e 2012 e riguardano principalmente gli stranieri. Nel 2015 la mortalità infantile degli stranieri aumenta rispetto all'anno precedente, mentre quella degli italiani rimane costante, quindi il gap tra la mortalità degli stranieri rispetto a quella degli italiani aumenta.

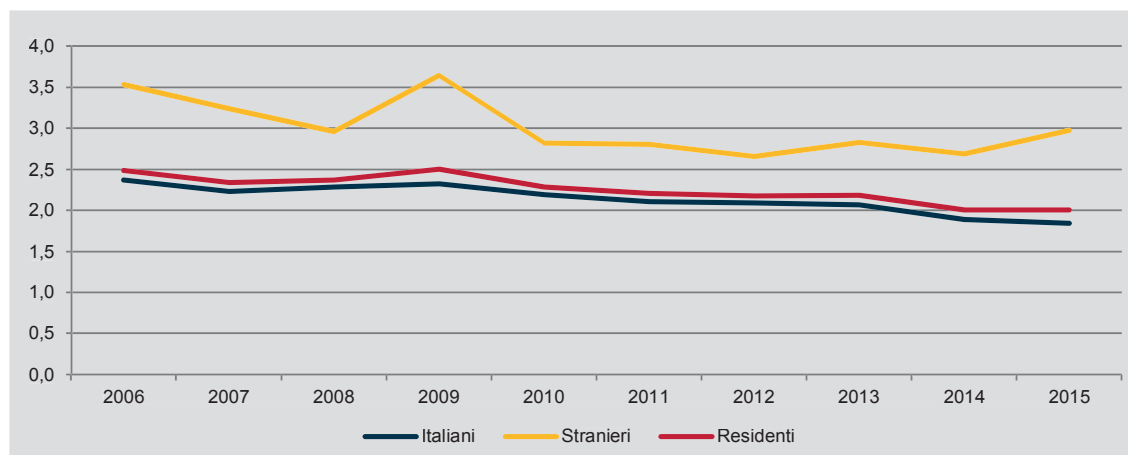
Per comprendere meglio la differente probabilità di morire nel primo anno di età tra italiani e stranieri (differenza che aumenta considerevolmente se si considerano gli stranieri presenti sul territorio italiano, ma non residenti), si sono confrontate le cause di morte dei due gruppi (Tavola 7.4).

Figura 7.3 - Tasso di mortalità infantile - Anni 2006-2015



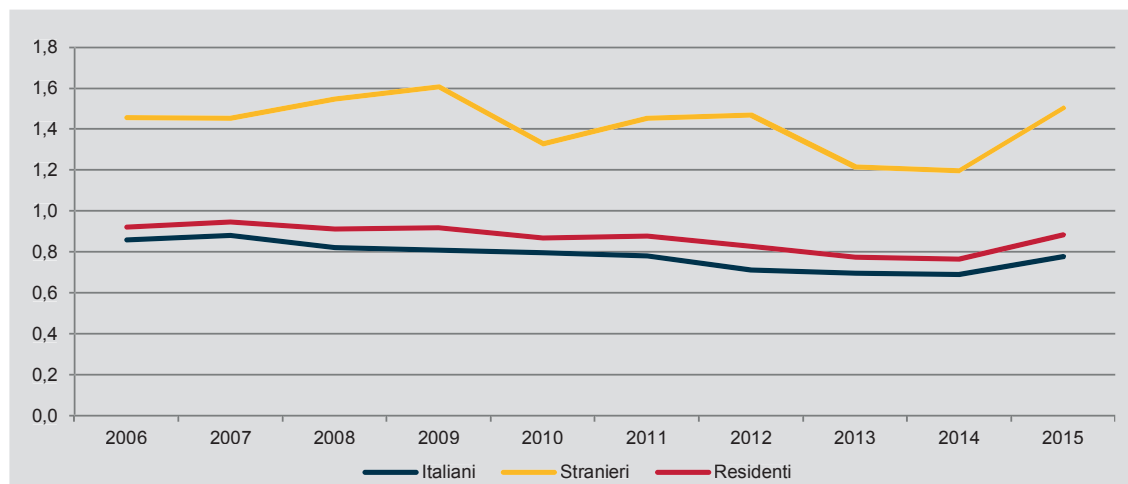
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Figura 7.4 - Tasso di mortalità neonatale - Anni 2006-2015



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Figura 7.5 - Tasso di mortalità post-neonatale - Anni 2006-2015



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Come per gli italiani, gli stranieri sotto l'anno di età muoiono principalmente per le stesse cause, cioè le condizioni perinatali e le malformazioni congenite. Se si analizzano i sottogruppi di patologie, ci si accorge che alcune malattie presentano un rischio relativo maggiore negli stranieri rispetto agli italiani come per esempio i disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato (RR=2,1), per altre invece il rischio è lo stesso, come alcune malattie infettive e parassitarie (RR=1). Tra tutte, però, spicca il gruppo delle malformazioni congenite dove la differenza di rischio è sempre maggiore per gli stranieri (RR=1,8) e in molti casi aumenta come per le malformazioni dell'apparato scheletrico (RR=2,9) e dell'apparato nervoso (RR=2,7).

Dato che il tasso di mortalità per malformazioni congenite degli stranieri è quasi il doppio rispetto a quello degli italiani, sembrerebbe che le mamme straniere ricorrono di meno all'aborto terapeutico: infatti, nel 2015 il ricorso all'aborto terapeutico è stato del 4,5 per cento per le italiane contro il 2,1 per cento per le straniere. Questo fenomeno può essere dovuto a motivi culturali e religiosi, ma anche a un minor accesso alle strutture sanitarie (scarso screening prenatale e diagnosi).

Tavola 7.4 - Mortalità infantile per cittadinanza e causa di morte - Trienni 2006-2008, 2013-2015 (tassi per 1.000 nati vivi)

	2006-2008			2013-2015		
	italiana	straniera	totale	italiana	straniera	totale
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,85	2,27	1,90	1,57	2,27	1,67
Neonato affetto da fattori materni e da complicanze della gravidanza, del travaglio e del parto	0,14	0,21	0,14	0,14	0,24	0,15
Disturbi correlati alla durata della gestazione ed all'accrescimento fetale	0,10	0,13	0,10	0,08	0,14	0,09
Traumi da parto	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Ipossia e asfissia intrauterina o della nascita	0,23	0,24	0,23	0,15	0,22	0,16
Sofferenza [distress] respiratoria(o) del neonato	0,56	0,53	0,56	0,42	0,53	0,43
Altri disturbi respiratori che hanno origine nel periodo perinatale	0,21	0,34	0,23	0,16	0,22	0,17
Infezioni specifiche del periodo perinatale	0,12	0,17	0,12	0,15	0,19	0,16
Disturbi emorragici ed ematologici del feto e del neonato	0,16	0,24	0,17	0,11	0,23	0,12
Altre condizioni perinatali	0,34	0,42	0,35	0,36	0,50	0,38
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,78	1,53	0,87	0,59	1,09	0,66
Malformazioni congenite del sistema nervoso	0,06	0,19	0,08	0,06	0,15	0,07
Malformazioni congenite del sistema circolatorio	0,38	0,67	0,41	0,29	0,50	0,32
Malformazioni congenite dell'apparato respiratorio	0,03	0,04	0,03	0,03	0,05	0,03
Malformazioni congenite dell'apparato digerente	0,04	0,06	0,04	0,02	0,03	0,02
Malformazioni congenite dell'apparato genitourinario	0,04	0,06	0,04	0,03	0,08	0,04
Malformazioni e deformazioni congenite dell'apparato scheletrico-muscolare, degli arti e del tegumento	0,09	0,15	0,10	0,07	0,11	0,08
Anomalie cromosomiche, non classificate altrove	0,08	0,13	0,08	0,06	0,12	0,07
Altre malformazioni e deformazioni congenite	0,07	0,23	0,09	0,04	0,05	0,04
Sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove	0,10	0,15	0,10	0,10	0,15	0,11
Sindrome della morte improvvisa nell'infanzia	0,04	0,09	0,04	0,03	0,07	0,04
Altri sintomi, segni, risultati anormali e cause mal definite	0,06	0,06	0,06	0,07	0,08	0,07
Altre malattie	0,40	0,63	0,42	0,38	0,57	0,41
Alcune malattie infettive e parassitarie	0,05	0,09	0,06	0,05	0,05	0,05
Tumori	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,02	0,03	0,02	0,02	0,06	0,03
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	0,04	0,09	0,05	0,03	0,08	0,04
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	0,07	0,13	0,08	0,07	0,07	0,07
Malattie del sistema circolatorio	0,06	0,11	0,07	0,08	0,15	0,09
Malattie del sistema respiratorio	0,05	0,08	0,05	0,04	0,07	0,05
Malattie dell'apparato digerente	0,06	0,07	0,06	0,04	0,06	0,04
Altre malattie	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,03	0,13	0,04	0,02	0,05	0,03
Totale	3,15	4,71	3,33	2,66	4,13	2,88

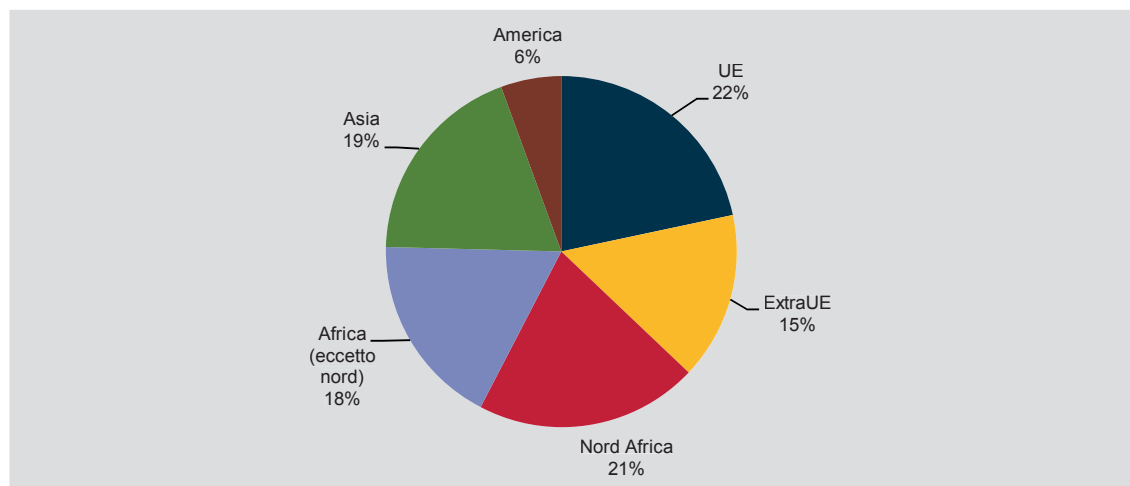
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte.

(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Dopo aver esaminato le cause di morte, si è passati a studiare i tassi di mortalità infantile per cittadinanza, cioè si è scomposto il gruppo stranieri nelle principali etnie presenti in Italia (Figura 7.6).

Nel triennio 2013-2015, i decessi dei bimbi stranieri sotto l'anno di età sono così distribuiti: il 38 per cento è rappresentato dagli africani, di cui il 21 per cento proveniente dall'Africa del Nord, il 22 per cento dai paesi dell'Unione europea (Ue), il 19 per cento dall'Asia, il 15 per cento dai Paesi Europei fuori dall'Unione europea (ExtraUe).

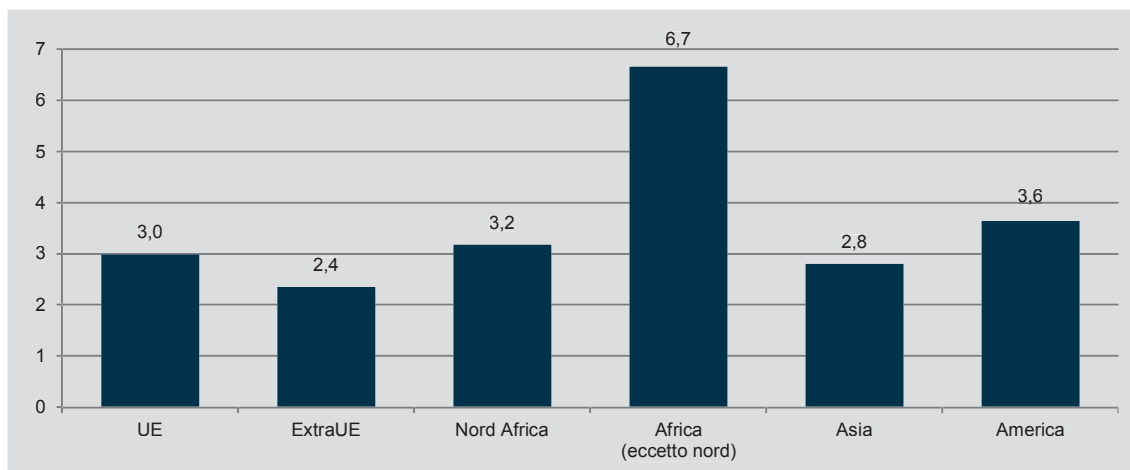
Figura 7.6 - Distribuzione percentuale dei decessi sotto l'anno di età per cittadinanza - Triennio 2013-2015



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
(a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

I tassi di mortalità infantile variano tantissimo tra gruppi etnici diversi. Se si osserva la Figura 7.7, si può vedere come i paesi africani (eccetto il Nord Africa) abbiano un tasso di 6,7 per mille, seguito dal continente americano, il cui tasso è 3,6 ed è influenzato soprattutto dalla mortalità dei bimbi del Centro America. I tassi più bassi, anche rispetto a quello italiano, sono dei paesi extraUe (Imr=2,4 per mille) e dei paesi asiatici (Imr=2,8 per mille). I cittadini provenienti dallo stesso continente, ma da paesi diversi, anche geograficamente

Figura 7.7 - Tassi di mortalità infantile per cittadinanza - Triennio 2013-2015



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte
Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

limitrofi, possono presentare tassi di mortalità molto diversi: per esempio il Senegal e la Nigeria sono nazioni entrambe dell'Africa Occidentale, eppure i loro cittadini residenti in Italia hanno tassi di mortalità infantile molto diversi: i cittadini senegalesi intorno al 4,3 per mille, mentre i nigeriani intorno a 9,1 per mille.

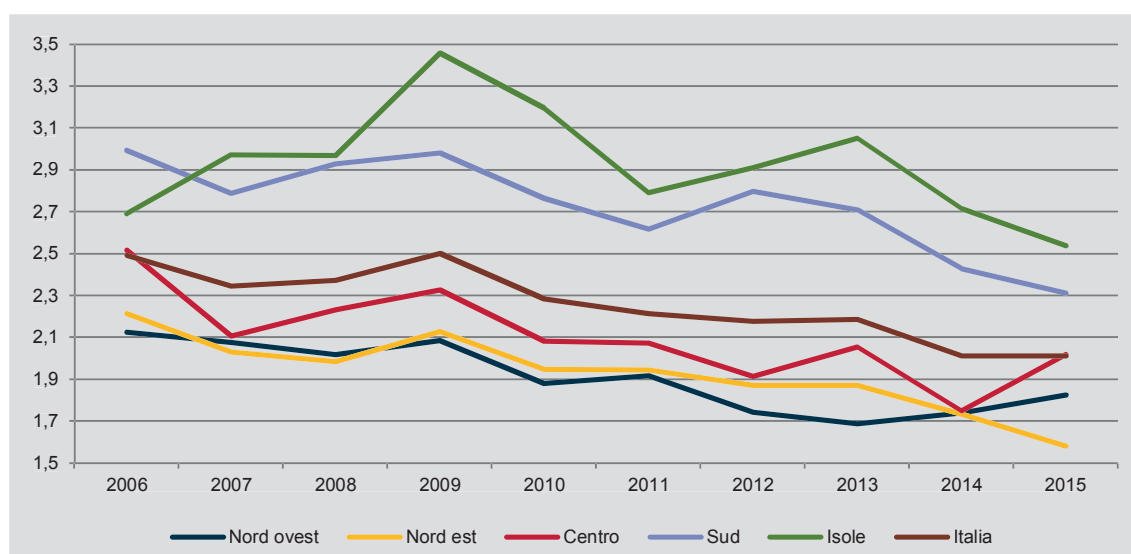
In Italia, i principali gruppi etnici tra i nati sono i rumeni, marocchini e albanesi che rappresentano circa il 47 per cento di tutti i nati vivi stranieri residenti in Italia.

Mentre gli albanesi presentano un tasso di mortalità infantile inferiore a quello degli italiani (1,5 per mille), i rumeni e i marocchini lo presentano superiore (rispettivamente con lmr pari 3,2 e 3,8 per mille).

7.3.3 La mortalità neonatale e infantile per ripartizione geografica

L'analisi della mortalità neonatale e infantile per ripartizione geografica mostra come l'Italia possa essere divisa in due: da una parte l'Italia settentrionale con tassi di mortalità inferiori a quelli nazionali, dall'altra l'Italia meridionale e insulare con tassi superiori a quelli nazionali.

Figura 7.8 - La mortalità neonatale per ripartizione geografica - Anni 2006-2015 (Tassi per 1.000 nati vivi)



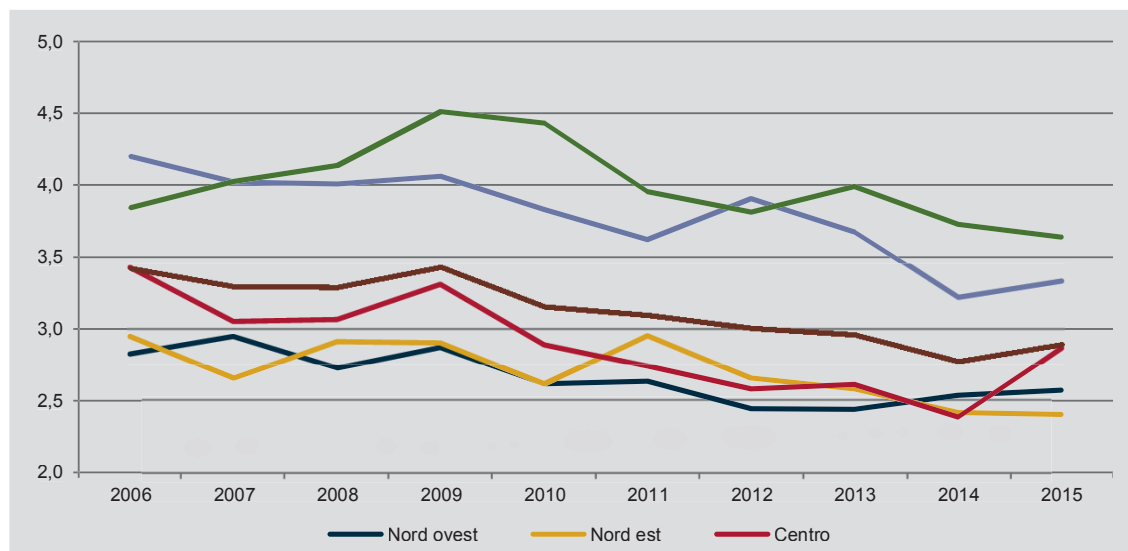
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte, anni vari
(a) Vengono considerati i decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

Dal 2006 al 2015, i tassi di mortalità neonatale ed infantile sono diminuiti per tutte le macroaree geografiche.

Nel 2015 il dato più rilevante rispetto al 2014 è l'incremento della mortalità infantile in Centro Italia che passa da 2,4 a 2,9.

L'analisi evidenzia una persistente differenza fra le varie aree geografiche: un nato residente al Sud ha un rischio di morire entro il primo mese di vita circa 1,5 volte maggiore rispetto a un bambino residente al Nord. Questo mostra come in diverse regioni del Paese ci siano ancora margini di miglioramento in termini di qualità ed efficienza dei servizi sanitari, di assistenza e supporto alle future mamme, determinanti per una riduzione della mortalità infantile. I centri di terapia intensiva neonatale e cure iperspecialistiche infatti, non sono distribuiti uniformemente sul territorio italiano con una prevalenza maggiore nel Nord Italia.

Figura 7.9 - La mortalità infantile per ripartizione geografica - Anni 2006-2015 (Tassi per 1.000 nati vivi)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e cause di morte.
 (a) Decessi avvenuti in Italia riferiti alla popolazione residente.

7.4 Conclusioni

In questo capitolo si è analizzata la mortalità infantile in Italia, essendo questa correlata con la salute della donna e con la sua condizione sociale. Negli ultimi anni la mortalità infantile è diminuita fino a raggiungere un tasso di tre morti per mille nati vivi, traguardo che è stato possibile raggiungere grazie al miglioramento dello screening e delle diagnosi pre-neonatale e a un adeguato monitoraggio delle donne in gravidanza. Permangono però delle differenze significative tra italiani e stranieri e tra Nord e Sud Italia, disuguaglianze che non si sono ridotte nell'arco del periodo analizzato e che richiedono una profonda riflessione.

Essendo la mortalità infantile correlata negativamente con le condizioni sanitarie, ambientali, sociali e con una diversa accessibilità ai servizi sanitari, può essere indice sia del differente livello di benessere tra stranieri e italiani o tra residenti in aree geografiche diverse, sia di una differente organizzazione dei servizi sanitari con performance molto dissimili tra loro.

8. LA MORTALITÀ MATERNA¹

8.1 Introduzione

La morte di una donna durante la gravidanza, il parto o il puerperio è sempre e ovunque una tragedia, non solo per la singola famiglia ma per tutta la comunità. Nel rapporto di recente pubblicazione sull'andamento della mortalità materna tra il 1990 e il 2015, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) e l'Unicef hanno stimato che nel 2015 si siano verificate nel mondo 303 mila morti materne, il 99 per cento delle quali nei paesi in via di sviluppo (WHO et al., 2015). Le iniquità della distribuzione geografica di queste morti nel mondo, e il riscontro che nei paesi a basso e medio reddito esse colpiscono soprattutto le donne emarginate, povere e vulnerabili, fanno sì che a livello globale la morte materna sia anche una intollerabile ingiustizia (Donati et al., 2016). Alla luce dei progressi registrati nei 15 anni dei *Millennium Development Goals* 2000-2015, che hanno visto dimezzarsi la mortalità materna e la mortalità infantile sotto i 5 anni a livello globale, il miglioramento della qualità dell'assistenza alla madre e al neonato durante il travaglio, alla nascita, nel primo giorno e nella prima settimana di vita sono riconosciuti a livello internazionale come il fulcro sul quale far leva per perseguire l'obiettivo di ridurre ulteriormente la mortalità materna e infantile nei prossimi anni.

Sebbene la mortalità e la morbosità materna grave correlate al travaglio o al parto siano eventi sempre più rari nei paesi socialmente avanzati, essi non possono essere archiviati come un problema del passato, ma continuano a rappresentare un indicatore cruciale per il monitoraggio delle condizioni generali di salute, rispecchiando l'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita. Nel nuovo scenario dei *Sustainable Development Goals* (Sdgs) 2016-2030, anche i paesi a sviluppo più avanzato sono chiamati all'azione per eliminare le morti materne e infantili evitabili e per assicurare il raggiungimento del più elevato livello di salute e benessere possibile per le donne, i neonati e i bambini. Fra le aree di azione a sostegno della salute della donna individuate dai Sdgs, l'area della "accountability" – intesa come capacità di migliorare e armonizzare il monitoraggio e il *reporting* dei dati e promuovere attività di revisione indipendente coinvolgendo i portatori di interesse – e l'area della ricerca e dell'innovazione – intesa come capacità di legare i risultati della ricerca alle politiche e all'azione – rivestono nel nostro paese un ruolo centrale.

8.2 Mortalità materna: definizioni e indicatori

La decima revisione della *International Classification of Disease* (ICD-10) (WHO, 2004) definisce la morte materna come la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management, ma non per cause accidentali o incidentali.

¹ Il capitolo è a cura di Serena Donati, Ilaria Lega, Alice Maraschini, Marta Buoncristiano, Paola D'Aloja, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli (Centro nazionale di epidemiologia sorveglianza e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità). Il presente contributo è stato redatto a novembre 2016. Al seguente link <http://www.epicentro.iss.it/itoss/> sono disponibili i dati del sistema di sorveglianza ostetrica, coordinato da ItOSS, aggiornati al 31 dicembre 2017.

La stessa revisione (ICD-10) distingue la morte materna in:

- diretta: morte causata da complicazioni ostetriche della gravidanza, parto e puerperio, da interventi, omissioni, trattamenti non corretti, o da una catena di eventi che possono risultare da ognuna delle cause precedenti;
- indiretta: morte causata da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza, non dovute a cause ostetriche dirette, ma aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza;
- tardiva: morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette, oltre i 42 giorni ma entro 1 anno dalla fine della gravidanza;
- correlata: morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, a prescindere dalla causa del decesso.

L'ICD-10 introduce due nuovi concetti: la morte materna "correlata", che include i decessi per tutte le cause, comprese quelle morti precedentemente definite come accidentali e incidentali, e la morte materna "tardiva" che raccoglie i casi che si verificano tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza. La necessità di estendere la definizione di morte materna oltre i 42 giorni nasce dall'evidenza che il rischio rimane elevato fino a 6 mesi dal parto (Ronsmans, Graham, 2006; Høj et al., 2003). Inoltre, nei paesi socialmente avanzati, il miglioramento della qualità assistenziale causa frequentemente un ritardo del decesso materno anche a seguito di gravi complicazioni ostetriche (Høj et al., *ibidem*).

L'indicatore di esito più frequentemente utilizzato per rilevare il numero di morti materne è il rapporto di mortalità materna (*Maternal Mortality Ratio*: MMR) che esprime il rapporto tra il numero di morti materne dirette e indirette rilevate durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine in un dato intervallo di tempo e il numero dei nati vivi nel medesimo intervallo di tempo (WHO, *ibidem*).

Il tasso di mortalità materna, espresso dal numero di donne morte durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine in un dato intervallo di tempo sul totale delle donne gravide nello stesso intervallo di tempo, sarebbe l'indicatore più appropriato perché permetterebbe di utilizzare quale denominatore non i nati vivi, bensì il totale delle donne a rischio di morire a seguito di una gravidanza e/o di un suo esito. Purtroppo non è possibile rilevare e registrare il numero totale di donne che entrano in gravidanza perché parte delle gestazioni possono esitare in eventi, quali gli aborti spontanei precoci, che non richiedono alcun intervento sanitario e che pertanto sfuggono alla rilevazione sistematica. Per questo motivo il rapporto di mortalità materna, pur calcolando il numero di decessi materni sul numero di nati vivi e non sul numero di donne a rischio di morire, è l'indicatore adottato a livello internazionale.

Per lo studio delle morti direttamente correlate a cause ostetriche un altro importante indicatore è il "rapporto di mortalità materna ostetrico diretto" (*Direct Maternal Mortality Ratio*: DMMR) che è dato dal rapporto tra le sole morti materne dirette fino a 42 giorni dall'esito di gravidanza e il totale dei nati vivi. Il rapporto di mortalità materna ostetrico diretto è una misura delle morti che si verificano come conseguenza di complicazioni ostetriche e sono considerate a livello internazionale le morti materne con più ampio margine di evitabilità.

È da sottolineare che non tutti i paesi adottano le stesse definizioni di mortalità materna. Per esempio il sistema di sorveglianza inglese *Confidential Enquiries into Maternal and Child Health* (Cemach), che dal 2009 è diventato *Center for Maternal and Child Enquiries* (Cmace), e dal 2012 *Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries* (Mbrace-UK), include nelle morti materne tardive non solo le dirette e le indi-

rette, come l'ICD-10, ma anche le morti da cause accidentali o incidentali definite *coincidental*. Inoltre, il rapporto di mortalità materna viene calcolato non sui nati vivi ma sulle *maternities*, ossia sul numero di gravidanze che esitano in un nato vivo di qualunque età gestazionale o in un nato morto a partire dalla 24^a settimana + 6 giorni di gestazione e che devono essere notificati per legge (Cantwell et al., 2011).

Negli Stati Uniti, i *Centers for Disease Control and Prevention* (Cdc) e l'*American College of Obstetricians and Gynecologist* (Acog) distinguono le "morti correlate alla gravidanza" (*deaths pregnancy-related*), intese come le morti entro un anno dal termine della gravidanza, indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management, dalle "morti associate alla gravidanza" (*deaths pregnancy-associated*) che comprendono tutti i decessi avvenuti entro un anno dall'esito di gravidanza per qualunque causa (Lang, King, 2008).

Queste differenze producono stime diverse (Tran et al., 2011) rendendo molto complessi i confronti a livello internazionale.

In questo contesto di estrema eterogeneità è nato il progetto europeo Peristat, il cui obiettivo è l'individuazione di una serie di indicatori comuni e confrontabili per il monitoraggio e la valutazione della salute perinatale nell'Unione Europea (Euro-Peristat, 2013). Tra i 10 indicatori *core*, ossia essenziali, figurano il rapporto di mortalità materna e i rapporti di mortalità materna specifici per età della donna e modalità del parto. Il rapporto di mortalità materna è definito come numero di morti materne dal primo trimestre di gravidanza al 42° giorno dal suo termine, per cause dirette o indirette, in un dato intervallo di tempo sul totale dei nati vivi nello stesso intervallo di tempo. Tra gli indicatori raccomandati, utili per fornire un quadro più completo sulla salute perinatale, viene riportato il rapporto di mortalità materna specifico per causa di morte, definito come numero di morti materne durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine per causa specifica in un dato intervallo di tempo sul totale dei nati vivi nello stesso intervallo di tempo. L'aver individuato un set di indicatori standard, tuttavia, non ha risolto una serie di problematiche tra le quali emergono le forti differenze tra i sistemi di raccolta dati e i criteri di codifica delle patologie, che rendono necessaria una certa cautela nei confronti internazionali.

8.3 La difficoltà della rilevazione delle morti materne

I maggiori ostacoli alla corretta rilevazione delle morti materne sono la bassa frequenza relativa di queste morti, con conseguenti difficoltà nella produzione di stime stabili, e l'errata notifica delle morti favorita dalla complessità della definizione del fenomeno che richiede la conoscenza del decesso, delle cause di morte e del timing della morte in relazione a una eventuale gravidanza. Il limite della rilevazione attuata mediante le sole schede di morte è quindi insito nella definizione di morte materna, che comprende sia i decessi in gravidanza sia quelli che avvengono entro 42 giorni dall'esito della stessa, con la conseguente difficoltà nel risalire a una eventuale gravidanza avvenuta nelle settimane precedenti al decesso. È stato osservato, infatti, che in oltre il 50 per cento dei casi l'informazione relativa allo stato di gravidanza non viene riportata sul certificato di morte (Wildman et al., 2004).

Rilevazioni ad hoc effettuate in diversi paesi europei (Regno Unito, Paesi Bassi, Francia, Austria, Finlandia e Svizzera) hanno evidenziato sottostime variabili dal 20 al 60 per cento nei rapporti di mortalità materna calcolati tramite l'analisi dei flussi informativi correnti (Lewis, 2011; CNEMM, 2010; Horon, 2005; Schutte et al., 2010; Karimian-Teherani et

al., 2002; Deneux-Tharoux C et al., 2005; Fässler et al., 2010). Al fine di migliorare la rilevazione attraverso il registro di mortalità, in alcuni paesi è stato inserito un box dedicato alle morti materne nei certificati di morte (Zwart et al., 2008). In Italia l'Istat ha introdotto tale box nella scheda di morte nel 2002, senza tuttavia rilevare un conseguente miglioramento della completezza e della qualità del dato. Nei paesi socialmente avanzati solo la rilevazione tramite molteplici modalità e diverse banche dati ha permesso la definizione di stime più precise del fenomeno (Atrash et al., 1995). Incrociando, con procedure di *record-linkage*, i dati dei registri di morte con quelli di altri flussi di dati correnti quali le schede di dimissione ospedaliera, in differenti lavori scientifici sono stati rilevati incrementi considerevoli della prevalenza del fenomeno in studio (Schutte et al., *ibidem*; MacKay et al., 2005; Jocums et al., 1995; Bouvier-Colle et al., 2012). Va sottolineato inoltre come i paesi che hanno attivato sistemi di rilevazione più affidabili registrino, a fronte di elevati standard di assistenza sanitaria, rapporti di mortalità materna medio-alti (Lewis, *ibidem*; CNEMM, *ibidem*; Karimian-Teherani et al., *ibidem*).

In Italia, in analogia con altri paesi industrializzati, il rapporto di mortalità materna è diminuito negli anni passando, in base ai dati Istat, da 133 per 100 mila nel 1955 a circa 3 nel periodo 1998-2003 (Parazzini, 1988; Biaggi, 2004).

La Tavola 8.1 mostra l'andamento del rapporto di mortalità materna nel nostro Paese tra il 1998 e il 2012 secondo i dati Istat.

Tavola 8.1 - Mortalità materna in Italia - Anni 1998-2012 (a) (per 100.000 nati vivi)

Anno	Nati vivi	Decessi donne residenti	MMR§ (b)
1998	525.249	17	3,2
1999	537.063	12	2,2
2000	542.865	15	2,8
2001	535.188	10	1,9
2002	538.131	15	2,9
2003	543.982	25	4,6
2006	552.253	9	1,6
2007	555.320	11	2,0
2008	576.659	12	2,1
2009	568.857	16	2,8
2010	561.944	15	2,7
2011	546.585	13	2,4
2012	534.186	10	1,9

Fonte: Istat. Elaborazione da Istat Geodemo e certificati di morte
 (a) I dati relativi ai decessi per gli anni 2004-2005 non sono disponibili.
 (b) MMR calcolato per 100.000 nati vivi.

L'ipotesi che anche nel nostro paese il fenomeno potesse essere sottostimato è nata dal confronto con i dati internazionali. Il rapporto di mortalità materna italiano basato sul registro di mortalità, infatti, era notevolmente inferiore rispetto a quanto rilevato in altri paesi socialmente avanzati dotati di specifici sistemi di sorveglianza, come per esempio il Regno Unito dove il sistema di sorveglianza ostetrica che costituisce il modello di riferimento a livello internazionale ha registrato un rapporto di mortalità materna pari a 10 su 100 mila nati fra il 2009 e il 2012 (Knight et al., 2014). Il dato nazionale italiano desunto dalle schede di morte non appariva coerente neppure con quanto emerso in un'indagine condotta nella regione Lombardia (Natale, Buscaglia, 2002) che aveva registrato, per il triennio 1996-1998, un MMR di 13 morti materne su 100 mila nati vivi, valore confermato anche da una successiva indagine telefonica nello stesso territorio (Meregalli, 2005) e da un'indagine regionale condotta in regione Emilia Romagna (Simonazzi, 2005). Inoltre, a fronte della stabilità del basso MMR, in Italia negli ultimi decenni si è rilevato un aumento dell'età

media al parto delle donne, una maggiore proporzione di donne straniere e un aumento di incidenza dei tagli cesarei: tutti fattori in grado di aumentare il rischio di grave morbosità e mortalità materna. L'aumento dell'età media al parto (cfr. Capitolo 4), con conseguente maggiore proporzione di donne affette da patologie croniche che affrontano la gravidanza rappresenta un elemento di rischio in paesi come l'Italia dove la proporzione di nascite in donne di età ≥ 35 anni è passata dal 9 per cento nel 1981 al 34,7 per cento nel 2014. Risultava quindi evidente che la mancanza di un sistema di sorveglianza ad hoc comportasse non solo una sottostima del fenomeno, ma anche un problema di misclassificazione in grado di ostacolare la comprensione delle cause associate alla morte materna nel nostro paese e la pianificazione di interventi di prevenzione mirati.

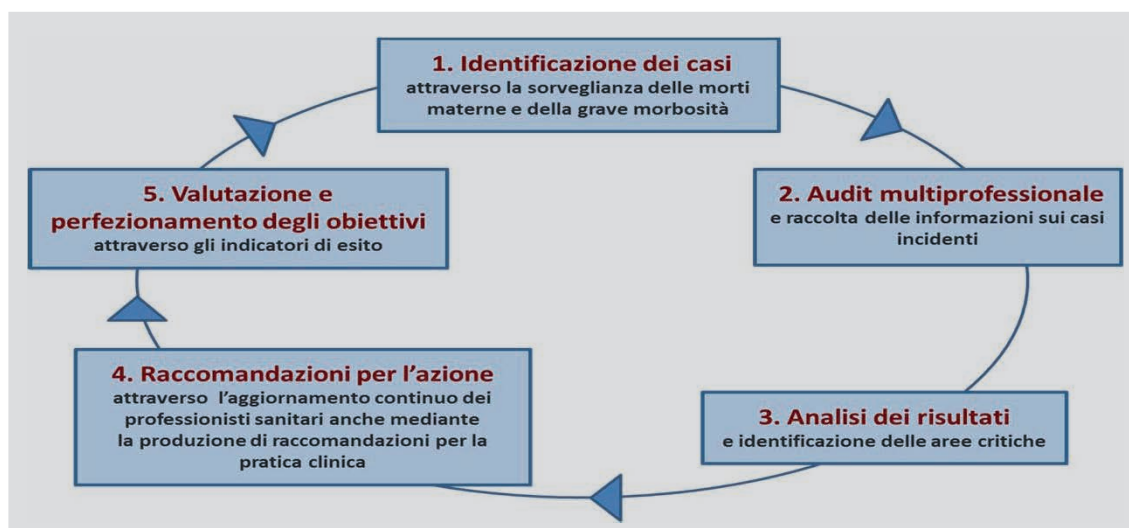
8.4 Le ricerche dell'Iss sulla mortalità e grave morbosità materna

Il Ministero della Salute ha sostenuto con continuità, tramite finanziamenti Ccm iniziati nel 2008, una serie di progetti multiregionali coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) con l'obiettivo di raccogliere dati affidabili sulla mortalità e grave morbosità materna, validare la metodologia di un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna e promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza al percorso nascita (Donati et al., 2011; Senatore et al., 2012).

L'istituzione di un sistema di sorveglianza della mortalità materna, oltre a produrre stime affidabili del fenomeno e a permettere confronti e collaborazioni a livello internazionale, ha lo scopo di promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale e alla riduzione delle morti materne evitabili. Esso prevede l'istituzione di una rete di tutti i punti nascita nelle regioni partecipanti e il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari, che oltre a segnalare gli eventi di morte materna sono i destinatari di interventi finalizzati alla diffusione di pratiche cliniche di comprovata efficacia e appropriatezza (Figura 8.1).

Il progetto pilota per la validazione del sistema di sorveglianza della mortalità materna Iss-Regioni ha utilizzato un duplice approccio metodologico:

Figura 8.1 - Il razionale della sorveglianza attiva della mortalità materna (a)



Fonte: ItOSS 2015
(a) Grafica a cura di Silvia Andreozzi.

una rilevazione retrospettiva delle morti materne mediante procedure di *record-linkage* tra registri di mortalità e schede di dimissione ospedaliera;

una rilevazione prospettica delle morti materne mediante uno studio di sorveglianza attiva basata sulla segnalazione dei casi incidenti da parte dei presidi sanitari.

Le esperienze realizzate in sei regioni italiane (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) hanno evidenziato come il patrimonio informativo disponibile sia ampiamente sufficiente ad allineare il nostro paese a quelli più avanzati nel campo della registrazione e del monitoraggio della mortalità materna. Da queste osservazioni si è sviluppata l'idea di estendere la sorveglianza della mortalità materna a livello nazionale e di realizzare una sorveglianza *population based* della grave morbosità materna finalizzata alla definizione di interventi preventivi e assistenziali mirati al miglioramento della qualità dell'assistenza al percorso nascita.

8.5 Risultati del progetto pilota della sorveglianza della mortalità materna Iss-Regioni

Rilevazione retrospettiva delle morti materne mediante record-linkage

Tra il 2006 e il 2012, con intervalli temporali diversi nelle 6 regioni partecipanti al progetto, sono stati registrati 1.451.804 nati vivi (pari al 49 per cento circa dei nati in Italia) e sono state rilevate in totale 270 morti materne: 142 entro 42 giorni dall'esito di gravidanza e 128 tra 43 giorni e 1 anno.

Variabilità interregionale e sottostima della mortalità materna

La Tavola 8.2 descrive il numero di morti materne entro 42 giorni dall'esito di gravidanza e il rapporto di mortalità materna (MMR) grezzo e standardizzato calcolato attraverso il *record-linkage* negli anni 2006-12 nelle 6 regioni partecipanti al progetto pilota.

Tavola 8.2 - Mortalità materna entro 42 giorni - Anni 2006-2012

Regione	Anni	Nati vivi (a)	Morti materne (≤ 42 giorni)	MMR grezzo per 100.000 nati vivi	MMR std (b)
Piemonte	2006-2010	193.475	14	7,2	7,3
Emilia Romagna	2008-2012	205.634	17	8,3	7,9
Toscana	2007-2010	130.884	6	4,6	4,6
Lazio	2006-2012	378.551	41	10,8	9,9
Campania	2006-2010	302.679	35	11,6	13,4
Sicilia	2008-2012	240.581	29	12,1	12,6
Totale	2006-2012	1.451.804	142	9,8	9,8

Fonte: ItOSS 2015

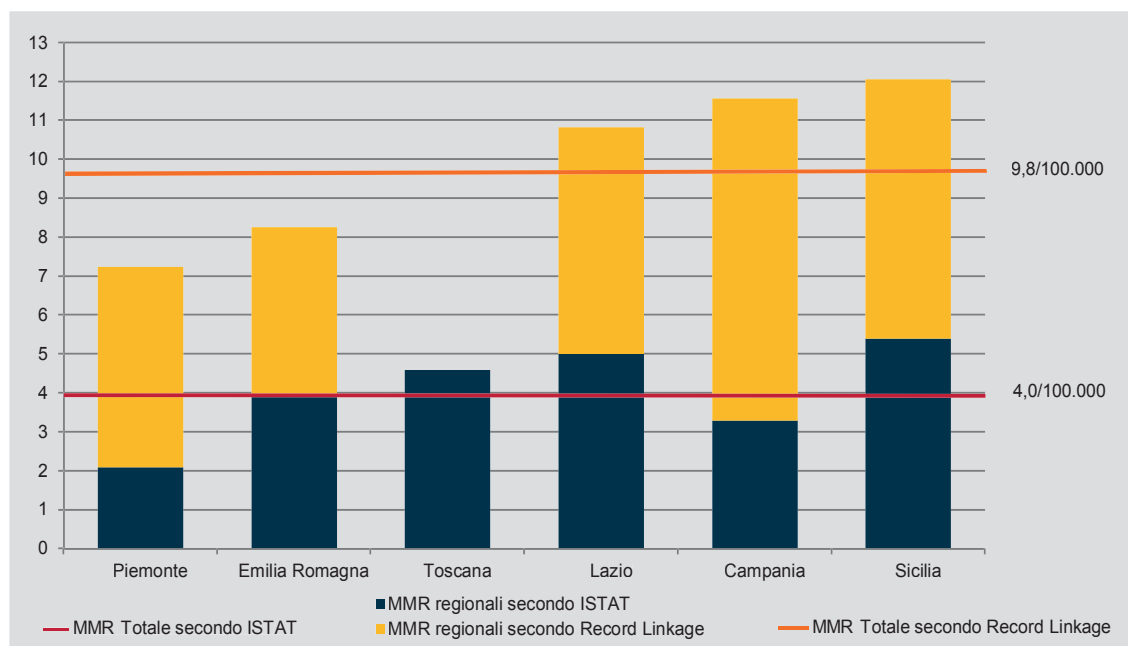
(a) Istat, Elaborazione da Geodemo per i nati vivi.

Le 142 morti materne corrispondono a un MMR totale standardizzato di 9,8 morti materne per 100 mila nati vivi. I dati evidenziano una ampia variabilità tra regioni con un minimo di 4,6/100 mila morti in Toscana e un massimo di 13,4/100 mila in Campania. Rispetto alla Toscana il Lazio presenta un MMR doppio (9,9/100.000) e la Sicilia (12,6/100.000) e la Campania (13,4/100.000) quasi triplo. I valori più bassi di MMR sono stati quindi registrati al Nord e in Toscana, quelli più elevati in Sicilia e in Campania. Nel caso della Campania ci sono 11 decessi avvenuti entro 42 giorni dall'esito della gravidanza che non è stato possibile classificare come diretti o indiretti, pertanto è presumibile che il dato campano sottostimi il fenomeno.

Confrontando il dato del *record-linkage* (9,8/100.000) con quello stimato dall'Istat sulla base dei soli certificati di morte (4,0/100.000) nelle stesse regioni e per lo stesso intervallo temporale, si rileva una sottostima pari al 59 per cento (Figura 8.2), in linea con quanto riportato nei paesi che hanno validato il dato del flusso di mortalità ottenuto tramite i soli certificati di morte (Donati, 2014).

Come evidenziato nella Figura 8.2, la variabilità interregionale riguarda non solo l'MMR ma anche l'entità della sua sottostima.

Figura 8.2 - Sottostima della mortalità materna basata sui soli certificati di morte in 6 regioni italiane - Anni 2006-2012



Fonte: ItOSS 2015

Morti materne dirette e indirette

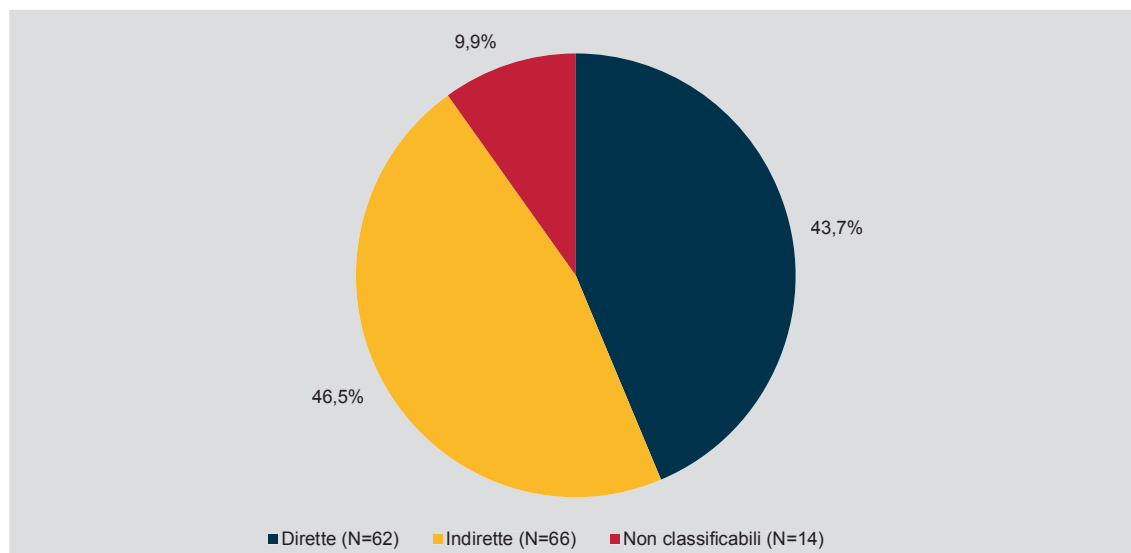
La Figura 8.3 descrive la distribuzione di frequenza delle morti materne entro 42 giorni differenziate tra dirette (43,7 per cento), ovvero causate da complicazioni ostetriche della gravidanza, parto e puerperio, e indirette (46,5 per cento), causate da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza e aggravate dagli effetti fisiologici della gestazione.

Il rapporto di mortalità materna diretto è risultato pari a 4,3 decessi per 100.000 nati vivi con differenze per area geografica comprese tra 2,1 in Piemonte, 4,2 nel Lazio e 6,2 per 100.000 in Sicilia (Tavola 8.3); al Sud prevalgono le morti secondarie a complicazioni ostetriche.

Il 9,9 per cento delle morti materne rilevate risulta non classificabile in quanto l'identificazione dell'evento mediante analisi retrospettiva dei certificati di morte e delle schede di dimissione ospedaliera, non rende sempre disponibili le informazioni necessarie a comprendere le cause che hanno condotto al decesso. Per questo motivo molti paesi hanno implementato un sistema di sorveglianza attiva in grado di rilevare i casi incidenti e analizzare nel dettaglio il percorso assistenziale che ha portato al decesso materno.

La causa più frequente di morte materna diretta entro 42 giorni (Tavola 8.4) è rappresentata dalle emorragie ostetriche (52 per cento) seguite dai disturbi ipertensivi della gravidanza (19 per cento) e dalla trombosi (10 per cento).

Figura 8.3 - Distribuzione delle morti materne avvenute entro 42 giorni dall'esito della gravidanza secondo la causa di morte - Anni 2006-2012



Fonte: ItOSS 2015

Tavola 8.3 - Rapporto di mortalità diretto (DMMR) in 6 regioni italiane - Anni 2006-2012

Regione	Anni	Nati vivi	N Morti materne dirette (≤ 42 giorni)		DMMR
			Numero	Percentuale	
Piemonte	2006-2010	193.475	4	2,1%	2,1
Emilia Romagna	2008-2012	205.634	6	2,9%	2,9
Toscana	2007-2010	130.884	3	2,3%	2,3
Lazio	2006-2012	378.551	16	4,2%	4,2
Campania	2006-2010	302.679	18	5,9%	5,9
Sicilia	2008-2012	240.581	15	6,2%	6,2
Totale	2006-2012	1.451.804	62	4,3%	4,3

Fonte: ItOSS 2015

Tavola 8.4 - Cause delle morti materne dirette entro 42 giorni e rapporti di mortalità materna diretta (DMMR) specifici per causa - Anni 2006-2012

Cause Dirette	Numero	%	DMMR causa-specifici per 100.000 nati vivi
Emorragia ostetrica	32	52%	2,20
Disturbi ipertensivi della gravidanza	12	19%	0,83
Trombosi	6	10%	0,41
Sepsi del tratto genitale	3	5%	0,21
Coriocarcinoma	2	3%	0,14
Embolia di liquido amniotico	1	2%	0,07
Causa non nota	6	10%	0,41
Totale	62	100,0%	4,27

Fonte: ItOSS 2015

Le patologie cardiovascolari (36,4 per cento), cerebrovascolari (21,2 per cento), le neoplasie (13,6 per cento) e i suicidi (12,1 per cento) sono risultate, invece, le cause più frequenti delle 66 morti materne indirette avvenute entro 42 giorni dal termine di gravidanza.

Morti materne tardive

Per quanto riguarda i 128 decessi tardivi avvenuti tra 43 giorni e un anno dal termine della gravidanza, 110 sono stati classificati come indiretti, 8 come diretti e 10 come decessi per causa non nota.

La causa principale delle morti indirette tardive è rappresentata dalle neoplasie (44,5 per cento), seguite dai suicidi (22,7 per cento), dalle patologie cardiovascolari (13,6 per cento) e cerebrovascolari (4,5 per cento). La prevalenza delle morti materne per suicidio emersa dallo studio di *record-linkage* suggerisce l'importanza di un'analisi più approfondita del fenomeno, soprattutto in alcune regioni.

Rischio relativo di morte materna

L'approccio tramite *record-linkage* ha consentito di identificare le principali caratteristiche della donna e la modalità del parto che si associano a un rischio più elevato di morte materna. La Tavola 8.5 descrive i rischi relativi per età (<35 anni vs. ≥35 anni), nazionalità (italiana vs non italiana), livello di istruzione della donna (nessuno/elementare/media inferiore vs. media superiore/laurea) e per modalità di espletamento del parto (vaginale vs. taglio cesareo). L'età pari o superiore ai 35 anni espone a un rischio di morte materna quasi triplo rispetto a quello delle donne più giovani (RR=2,75; IC95%:1,98-3,83). Anche un basso livello di istruzione aumenta il rischio di morte materna di più di 2 volte rispetto a un livello di istruzione più elevato (RR=2,50; IC95%:1,63-3,85). Il taglio cesareo espone a un rischio di morte materna che è circa quattro volte quello delle donne con parto vaginale (RR=4,15; IC95%:2,60-6,63). Nonostante questo rischio relativo sia sicuramente maggiore del reale perché non tiene conto delle indicazioni all'intervento chirurgico che, se appropriate, rappresentano esse stesse un fattore di rischio per esiti sfavorevoli materni e/o neonatali, tuttavia il taglio cesareo rimane un fattore di rischio indipendente sia per la mortalità sia per la grave morbosità materna (Deneux-Tharaux et al., 2006; Gibbons et al., 2012).

Tavola 8.5 - Rischio relativo di mortalità materna per le caratteristiche della madre e del parto - Anni 2006-2012

	RR	IC 95%
Età della madre: ≥ 35 aa versus <35 aa	2,75	1,98-3,83
Cittadinanza della madre: straniera versus italiana	0,91	0,56-1,47
Livello di istruzione: (a) basso versus alto	2,50	1,63-3,85
Modalità del parto: taglio cesareo versus parto vaginale	4,15	2,60-6,63

Fonte: ItOSS 2015

/a) RR calcolato includendo i dati di Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia.

La sorveglianza attiva: metodologia e risultati preliminari

Diversamente dal *record-linkage*, la sorveglianza attiva raccoglie prospetticamente i casi incidenti di morte materna e permette pertanto di disporre di informazioni dettagliate sulle cause di morte, analizzare le informazioni relative all'assistenza ricevuta dalle donne e identificare eventuali criticità assistenziali o organizzative suscettibili di miglioramento e promuovere la prevenzione dei decessi evitabili.

La sorveglianza attiva rileva i casi di donne decedute durante la gravidanza o entro 42 giorni dall'esito di gravidanza (parto, aborto spontaneo, Ivg, gravidanza ectopica), per cause dirette, indirette o accidentali, in tutte le strutture di ricovero delle regioni partecipanti.

Le attività preliminari all'avvio della sorveglianza attiva della mortalità materna prevedono che ogni Regione partecipante nomini un'unità operativa coordinata da un referente regionale che provveda al censimento di tutti i presidi sanitari pubblici e privati dove può verificarsi un caso di morte materna: presidi con punti nascita, terapia intensiva e/o *stroke unit* e/o unità coronarica. Per ciascuno di questi presidi viene nominato un referente di struttura che partecipa ad appositi corsi di formazione sugli aspetti operativi del sistema di sorveglianza. Gli stessi referenti di struttura realizzano una formazione a cascata all'interno dei presidi di appartenenza, utilizzando un pacchetto formativo predisposto dall'Iss, in modo da raggiungere capillarmente tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza delle donne.

A questo punto si avvia la fase operativa della sorveglianza, che prevede che ogni morte materna venga segnalata al referente regionale e sottoposta ad audit multi-professionale all'interno del presidio dove è avvenuto il decesso. Il ricorso sistematico all'audit multi-professionale in caso di evento sentinella potenzia e sostiene il lavoro della Rete del Rischio Clinico istituita a livello nazionale. L'audit segue la metodologia del *Significant Event Audit* (Sea) che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, con il fine di migliorare la qualità dell'assistenza. Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, *near miss*, eventi avversi) il Sea è indirizzato anche all'individuazione di comportamenti virtuosi e attività assistenziali efficaci per evidenziare, anche in momenti di grande difficoltà, esempi di buone pratiche. Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari. Le principali finalità del Sea includono: l'identificazione nei singoli casi in esame delle azioni utili o dannose che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito, la promozione di una cultura della trasparenza finalizzata al miglioramento e non alla colpevolizzazione, il coinvolgimento di professionisti che operano nei diversi settori correlati all'evento avverso, la costituzione di un gruppo di pari e l'opportunità di sostegno ai professionisti in caso di episodi di stress, il sostegno della crescita professionale basato sull'identificazione delle esigenze di aggiornamento del gruppo e dei singoli.

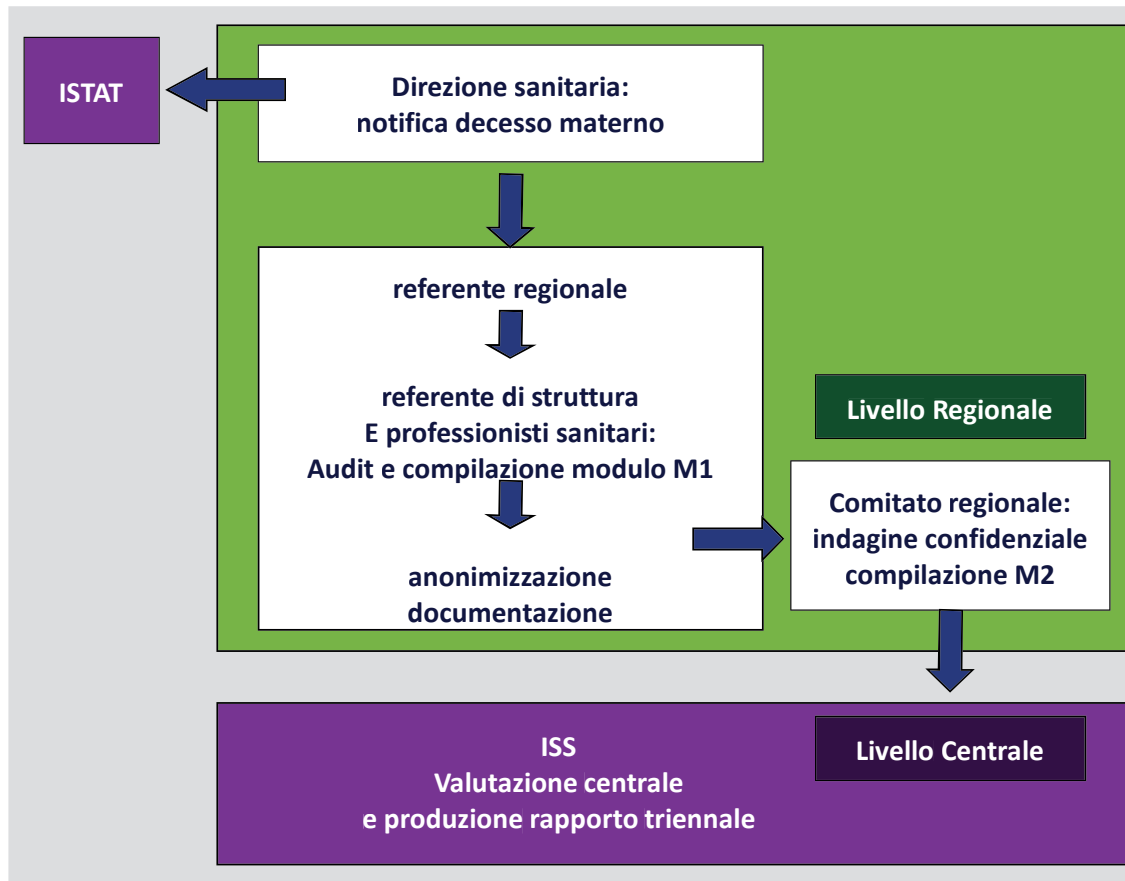
La documentazione, completamente anonimizzata, viene sottoposta a Indagine Confidenziale da parte di un comitato multi professionale nominato dalle regioni, secondo il modello attuato nel Regno Unito da diversi decenni per attribuire con certezza la causa del decesso e validare l'appropriatezza dell'assistenza oltre che a identificare le morti evitabili. La valutazione del caso viene trasmessa all'Iss dove si procede a ulteriore verifica e analisi e successiva divulgazione dei dati aggregati mediante un rapporto triennale.

La Figura 8.4 illustra il flusso dei dati prevista dal sistema di sorveglianza.

Nel periodo 2013-2014 i casi di morte materna notificati tramite la sorveglianza attiva nelle sei regioni partecipanti sono stati 39, pari a un MMR di 7,7 per 100.000 nati vivi e quindi leggermente inferiore al MMR (9,8/100.000) stimato dal *record-linkage* per il periodo 2006-2012. Due anni sono tuttavia un periodo troppo breve per produrre stime affidabili per un evento così raro, che può distribuirsi in maniera casuale quando, come nel progetto pilota, la numerosità della popolazione a rischio non è sufficientemente ampia (6 regioni che hanno registrato complessivamente circa 250 mila parti l'anno) e il periodo di osservazione è limitato. Solo dopo aver raccolto un numero sufficiente di casi sarà possibile pubblicare le stime regionali ed effettuare un'analisi quantitativa delle tante informazioni raccolte tramite gli audit multi-professionali e le indagini confidenziali effettuate per ogni caso di morte materna rilevato dal sistema di sorveglianza.

I risultati preliminari della sorveglianza riguardano le principali cause delle morti materne segnalate e le eventuali criticità assistenziali o organizzative rilevate dalle quali possono già essere ricavate alcune raccomandazioni per la pratica clinica per facilitare la prevenzione delle morti evitabili.

Figura 8.4 - Flusso dei dati del sistema di sorveglianza attiva (a)



Fonte: ITOSS 2015

(a) il modulo M1 e il modulo M2 sono moduli per la raccolta dati predisposti ad hoc nell'ambito della sorveglianza ISS-Regioni.

Delle 39 morti materne segnalate tramite la sorveglianza attiva nel 2013-2014, 23 sono state classificate come dirette, 11 come indirette e 5 non sono risultate classificabili a causa della mancata disponibilità della documentazione clinica sequestrata dall'autorità giudiziaria. L'intero percorso di revisione dei singoli casi è stato concluso per 29 morti materne per il 41,4 per cento delle quali (n=12) l'assistenza è stata definita appropriata e non sono stati identificati possibili miglioramenti, per il 17,2 per cento (n=5) è stata definita migliorabile anche se l'esito non sarebbe stato diverso e per il rimanente 41,4 per cento (n=12) migliorabile con possibile modifica dell'esito. Nei paesi socialmente avanzati che effettuano sorveglianze analoghe la percentuale di morti materne evitabili è stimata pari a circa il 50 per cento.

La consistente proporzione di morti dirette, conseguenza di complicazioni ostetriche, impone una riflessione sulla gestione delle emergenze ostetriche che presentano un ampio margine di miglioramento ed evitabilità.

Anche nella sorveglianza attiva l'emorragia ostetrica rappresenta la prima causa di morte materna (8 casi su 39), seguita dalla sepsi (5 casi su 39), dalle malattie infettive (5 casi su 39), dai disordini ipertensivi della gravidanza (4 casi su 39) e dalla trombo-embolia (4 casi su 39). Dei cinque casi di morte materna per malattie infettive tre sono avvenuti a seguito di polmonite da virus H1N1 durante il periodo dell'epidemia stagionale di influenza; nessuna delle donne decedute era stata vaccinata. Sei dei 39 decessi rilevati attraverso la sorveglianza attiva sono avvenuti in donne che si erano sottoposte a tecniche di pro-

creazione medicalmente assistita (Pma): tre avevano un'età superiore a 42 anni e cinque avevano un indice di massa corporea superiore a 30 indicativo di obesità. Entrambe queste condizioni costituiscono controindicazioni al ricorso a tecniche di Pma in ambito pubblico nel Regno Unito.

Le criticità assistenziali più frequentemente segnalate dai clinici che hanno assistito le donne e dai revisori dei casi clinici sono: la mancanza di adeguata comunicazione tra i professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, il ritardo nella diagnosi e nel trattamento e la diagnosi e il trattamento non appropriati.

Dall'analisi dei casi incidenti di morte materna e delle più frequenti criticità assistenziali sono emerse aree chiave di intervento e raccomandazioni per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza a gravidanza e parto nel nostro paese. Le azioni intraprese sulla base dei risultati raccolti sono: un corso di formazione a distanza gratuito sulla prevenzione e gestione della emorragia del post partum coordinato dall'Iss nel 2014-2015 che ha visto la partecipazione di oltre 6 mila operatori sanitari del percorso nascita in 12 mesi; la formulazione di raccomandazioni di buona pratica clinica sulle azioni chiave per la diagnosi e il trattamento appropriato della sepsi, sulla appropriatezza delle indicazioni alle tecniche di riproduzione assistita e sull'importanza del vaccino anti influenzale in gravidanza.

Allo scopo di condividere i dati raccolti il sistema di sorveglianza Iss-Regioni partecipa, con il nome di *Italian Obstetric Surveillance System (Itoss)* all'*International Network of Obstetric Survey System (Inoss)* che, tramite una collaborazione multinazionale di organizzazioni, conduce studi *population-based* su eventi morbosi gravi in gravidanza o al parto.

8.6 La sorveglianza ostetrica Iss-Regioni nel 2015-2016

Grazie a un nuovo finanziamento del Ministero della Salute la sorveglianza della mortalità materna è proseguita nel 2015-2016 e, con l'aggiunta della Lombardia e della Puglia, è stata estesa a 8 regioni che coprono il 73 per cento dei nati del paese. Le analisi definitive dei dati raccolti sui casi incidenti di morte materna segnalati nell'ultimo anno e su quelli individuati retrospettivamente tramite *record-linkage* nelle due regioni che hanno partecipato per la prima volta stanno per essere ultimate.

Il sistema di sorveglianza Iss-Regioni ha coordinato nel 2015-2016 la redazione di una linea guida italiana *evidence based* su prevenzione, diagnosi e trattamento dell'emorragia del post partum nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Iss (Snlg) e della sua versione divulgativa rivolta alle donne, alle coppie e ai cittadini.

Sono stati inoltre realizzati due corsi di formazione ai distanza rivolti ai professionisti del percorso nascita: la nuova edizione del corso su prevenzione e gestione dell'emorragia del post partum, al quale hanno partecipato 4.102 professionisti sanitari, l'84 per cento dei quali ha acquisito i crediti ECM, e un nuovo corso sui disordini ipertensivi della gravidanza, seconda causa di morte materna per frequenza nelle regioni partecipanti alla sorveglianza, votati a larga maggioranza come argomento del corso dai referenti del sistema di sorveglianza tramite un sondaggio on line realizzato nel 2015. In 9 mesi 4.136 professionisti sanitari hanno partecipato al corso sui disordini ipertensivi, l'87,7 per cento dei quali ha acquisito crediti ECM.

Nell'ambito delle attività di ricerca ispirate dalla collaborazione con Inoss, nel 2014 l'Iss ha avviato il primo studio *population based* realizzato in Italia sui casi di grave morbosità materna (*near miss*) da emorragia ostetrica, che ha coinvolto tutti i presidi dotati di ostetricia delle sei regioni italiane partecipanti alla sorveglianza della mortalità materna. Lo studio

si è concluso nel 2016. Oltre alla stima del tasso di morbosità materna grave per causa e all'analisi dei fattori di rischio associati ai singoli esiti rilevati, l'analisi dei dati attualmente in corso prevede la descrizione dei processi assistenziali per ciascun esito, al fine di identificare aree di criticità, definire modelli di intervento utili ai professionisti e al miglioramento della pratica clinica. Questo ulteriore studio ha rafforzato la rete della sorveglianza ostetrica e renderà disponibili per i clinici e i decisori nuove conoscenze sulla emorragia del post partum utili a migliorare la qualità dell'assistenza al percorso nascita. In particolare i *near miss*, al contrario delle morti materne, rappresentano dei successi terapeutici e come tali sono un'occasione preziosa per facilitare la diffusione della pratica del confronto tra pari e la costruzione di una cultura di non colpevolizzazione in caso di eventi sentinella.

8.7 Prospettive future

Le prospettive future del sistema di sorveglianza ostetrica Iss-Regioni comprendono, a livello nazionale, l'estensione della sorveglianza della mortalità materna a tutte le regioni, l'offerta di altri corsi di formazione a distanza sulle tematiche di interesse dei professionisti sanitari del percorso nascita e la produzione di ulteriori linee guida e raccomandazioni per la pratica clinica sotto l'egida del Sngl rivolte anche ai decisori e alle donne. La sorveglianza continuerà a realizzare studi *population based* sulle cause emergenti di grave morbosità materna analoghi a quello in corso sulla grave emorragia del post partum: dal febbraio 2017 l'Iss partecipa a un nuovo progetto biennale sui *near miss* ostetrici dovuti a sepsi, eclampsia, embolia di liquido amniotico e emoperitoneo spontaneo in gravidanza coordinato dalla regione Lombardia e svolto in collaborazione con altre 8 regioni. I *near miss* ostetrici sono un'occasione preziosa per facilitare la diffusione della pratica del confronto tra pari mediante audit e la costruzione di una cultura "no blame" ancora troppo giovane nel nostro paese. Inoltre l'analisi di questi eventi, più frequenti delle morti materne, permette di produrre stime affidabili in tempi molto più rapidi e di evidenziare le eventuali criticità organizzative e cliniche dei percorsi assistenziali presi in esame per migliorare l'appropriatezza nell'assistenza offerta alle donne in gravidanza e al parto.

Alla luce dell'esperienza di altri paesi europei come il Regno Unito, una importante prospettiva è l'estensione del sistema di sorveglianza ostetrica alla mortalità perinatale. Grazie alla consolidata e validata esperienza della sorveglianza Iss-Regioni e alla disponibilità di una rete attiva di presidi sanitari dotati di reparto di ostetricia in cui sono ubicate anche le unità di neonatologia e terapia intensiva neonatale, l'Iss coordinerà nel 2017-2018 un progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale che coinvolgerà la Lombardia, la Toscana e la Sicilia.

A livello internazionale l'*Italian Obstetric Survey System* (Itoss) continuerà le attività di ricerca di salute pubblica attraverso la collaborazione con l'Oms per la revisione delle stime della mortalità materna e quella con l'*International Network of Obstetric Survey System* (Inoss) per adottare definizioni comuni dei *near miss* ostetrici di maggiore interesse e partecipare a studi prospettici *population based* multicentrici su eventi morbosi gravi dalla bassa prevalenza (Knight, Inoss, 2014). Dal 2016 l'Itoss partecipa anche al progetto EURO-NET – SAMM (*European Network Severe Acute Maternal Morbidity*) coordinato dall'Inserm di Parigi nell'ambito delle attività del gruppo Peristat, con l'obiettivo di produrre stime di incidenza di condizioni di grave morbosità materna nei paesi europei utilizzando i flussi sanitari correnti come le schede di dimissione ospedaliera e i registri perinatali.

8.8 Conclusioni

Nel corso di questi anni la sorveglianza ostetrica Iss-Regioni si è consolidata ed estesa, ha reso disponibile una stima affidabile della mortalità materna nelle regioni partecipanti, ha fornito informazioni sulle principali cause di morte e grave morbosità materna, strumenti formativi e raccomandazioni cliniche per ridurre gli eventi evitabili, divenendo un punto di riferimento per un gran numero di professionisti del percorso nascita. La rete dei presidi sanitari e dei professionisti in 372 presidi sanitari pubblici e privati in otto regioni è l'investimento principale del sistema di sorveglianza Iss-Regioni perché solo la partecipazione consapevole e motivata dei clinici può garantire la segnalazione dei casi di mortalità e grave morbosità materna. La restituzione delle informazioni raccolte, che avviene in maniera stabile attraverso convegni nazionali e regionali, pubblicazioni scientifiche e attività di aggiornamento professionale, consolida la collaborazione tra l'Iss e il territorio facilitando attività di ricerca multicentrica e promuovendo progetti che rispondono a quesiti di ricerca di sanità pubblica espressi direttamente dai professionisti sanitari. Il giovane sistema di sorveglianza ostetrica Iss-Regioni sarà presto chiamato alla sfida di valutare l'efficacia delle proprie attività nel migliorare gli esiti di salute per le donne in gravidanza, al parto e dopo il parto nel nostro Paese.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alijotas-Reig, J., Garrido-Gimenez, C. 2013. Current concepts and new trends in the diagnosis and management of recurrent miscarriage. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 68(6), 445-66.
- Atrash, H.K., Alexander, S., Berg, C.J. 1995. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and gynecology*, 86:700-5.
- Barbagli M., dalla Zuanna G., Garelli F., (2010), *La sessualità degli italiani*, Il Mulino.
- Baronciani, D., Pregno, S. 2006. Natimortalità: definizioni e ricadute epidemiologiche. *Rapporto Osservasalute 2005*, Roma: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane. 205.
<http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2005>
- Biaggi, A. et al. 2004. Maternal mortality in Italy, 1980-1996. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 14:144-9.
- Blane D., Stone J., Netuveli G. 2007. The development of life course epidemiology. *Revue d'Epidemiologie e de la Santé Publique*, 55, 31-38.
- Bonarini F. (1999). L'uso della contraccezione in Italia: dalla retrospezione del 1979 a quella del 1995-96, in De Sandre P., Pinnelli A., Santini A. (a cura di), *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori del cambiamento*, Bologna, Il Mulino, 395-411.
- Bonarini, F., Ongaro, F., Viafora, C. (a cura di). 2004. *Sessualità e riproduzione: tutto sotto controllo? Concepimento e gravidanza in contesti di bassa natalità*. Coll. Scienze Umane e Sanità, FrancoAngeli.
- Bouvier-Colle, M. et al. 2012. What about the mothers? An Analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119:880-9.
- Cantwell, R. et al. 2011. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118 Suppl. 1:1-203.
- Castagnaro, C., Prati, S. (a cura di). 2014, *Avere figli in Italia negli anni 2000. Approfondimenti dalle Indagini Campionarie sulle Nascite e sulle Madri*, Letture Statistiche. Temi. Roma: Istat.
- Castagnaro, C., Guarneri, A., Prati, S., Rinesi F. 2016. Fecondità, progetti riproduttivi, e crisi economica, in Canal T. (a cura di), *L'Italia fra Jobs act ed Europa 2020: rapporto di monitoraggio del mercato del lavoro 2015*, Roma: ISFOL, I libri del Fondo sociale europeo 216, 167-82.
- Cesar G.V. et al.. 2016. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-90.
- CNEMM – National Expert Committee on Maternal Mortality. 2010. *Report of the National Expert Committee on Maternal Mortality, France, 2001-2006*. France, French Institute for Public Health Surveillance.
- D'Errico, A., Loghi, M., Spinelli, A. 2016. *Abortività volontaria delle donne straniere in Italia. Rapporto Osservasalute 2015*. Roma: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane. 282-5.
<http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2015>
- De Mouzon, J., Goossens, V., Bhattacharya, S., Castilla, J.A., Ferraretti, A.P., Korsak, V., Kupka, M., Nygren, K.G., Nybo Andersen, A., 2010. Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 25(8):1851-62.
- De Rose A., Strozza S. (a cura di). 2015. *Rapporto sulla popolazione. L'Italia nella crisi economica*. AISP, Bologna: Il Mulino.
- De Sandre P., Pinnelli A., Santini A. (a cura di). 1999. *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori del cambiamento*. Bologna, Il Mulino.

- Deneux-Tharaux, C. et al. 2005. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstetrics & Gynecology*, 106:684-92.
- Deneux-Tharaux, C. et al. 2006. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 108:541-8.
- Donati, S. 2014. Maternal mortality estimates. *Lancet*, 384(9961):2210.
- Donati, S., Maraschini, A., Buoncristiano, M. 2016. Regional Maternal Mortality Working Group. Methods to estimate maternal mortality: a global perspective. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(3):217-8.
- Donati, S., Senatore, S., Ronconi, A. 2011. Regional maternal mortality working group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118:872-9.
- Euro-Peristat. 2013. *The European Perinatal Health Report 2010. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.*
<http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
- Fässler, M., Zimmermann, R., QuackLöttscher, K.C. 2010. Maternal mortality in Switzerland 1995-2004. *Swiss Medical Weekly*, 140:25-30.
- Fraboni, R., Sabbadini, L.L. (a cura di). 2014. *Generazioni a confronto: come cambiano i percorsi verso la vita adulta.* Letture Statistiche. Temi. Roma: Istat.
- Frejka T. 2008, "Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution" in Demographic Research, volume 19, pages 73-84. Special Collection 7: Childbearing Trends and Policies in Europe, 19, 73-84. <http://www.demographic-research.org/special/7/>
- Gatti, A.M. 2002. La mortalità infantile tra ottocento e novecento. La Sardegna nel panorama italiano. *Quaderni del Dipartimento di Ricerche Economiche e Sociali*, 13, Università di Cagliari.
- Gibbons, L. et al. 2012. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206:331:e1-19.
- Goldstein J.R. et al. 2013. Fertility Reactions to the Great Recession in Europe: Recent Evidence from OrderSpecific Data. *Demographic Research*. 29 (4).
- Himes N.E. 1936, *Medical History of Contraception.* New York: Gamut Press.
- Høj, L., da Silva, D., Hedegaard, K., Sandström, A., Aaby, P. 2003. Maternal mortality: only 42 days? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110:995-1000.
- Horon, I.L. 2005. Underreporting of maternal deaths of death certificates and magnitude of problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health*. 95(3):478-82.
- Istat. 2009. *Le difficoltà nella transizione dei giovani allo stato adulto e le criticità nei percorsi di vita femminili.* Approfondimenti, Roma, 28 dicembre 2009: Istat.
- Istat. 2014a. *Gravidanza, parto e allattamento al seno.* Statistiche Report, Roma, 9 dicembre 2014: Istat.
- Istat. 2014b. *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia.* Statistiche Focus. www.istat.it/it/archivio/109861
- Istat. 2015. *Natalità e fecondità della popolazione residente.* Statistiche Report. Roma, 27 Novembre 2015: Istat.
- Istat. 2016a. *Rapporto annuale sulla situazione del Paese nel 2016.* Roma: Istat.
- Istat. 2016b. *Bilancio demoFigura nazionale. Anno 2015.* Statistiche Report. Roma 10 Giugno 2016: Istat.
- Istat. 2016c. *Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015.* Statistiche Report. Roma, 19 febbraio 2016: Istat.
- Istat. 2017. *Natalità e fecondità della popolazione residente.* Statistiche Report. Roma, 28 Novembre 2017.
- Istituto Superiore di Sanità. 2015. *Sintesi dell'attività dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita – anno 2013. Report registro nazionale italiano.*

- http://www.iss.it/binary/rpma/cont/SINTESI_PMA_Dati_2013_ULTIMA.pdf
- Jocums, S. et al. 1995. Monitoring maternal mortality using vital records linkage. *American Journal of Preventive Medicine*, 11:75-8.
- Karimian-Teherani, D. et al. 2002. Under-reporting of direct and indirect obstetrical deaths in Austria, 1980-98. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81:323-7.
- Knight, M., Inoss. 2014. The International Network of Obstetric Survey Systems (Inoss): benefits of multi-country studies of severe and uncommon maternal morbidities. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93:127-31.
- Knight, M. et al. (eds.) 2014. On behalf of MBRRACE-UK. *Saving Lives, Improving Mothers' Care – Lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland*. Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-12. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Kohler, H.P., Billari, F., Ortega, J. 2002. The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe During the 1990s. *Population and Development Review*. 28 (4).
- Lang, C.T., King, J.C. 2008. Maternal mortality in the United States. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 22:517-31.
- Lanzieri G. 2013. Towards a 'Baby Recession' in Europe? Differential Fertility Trends during the Economic Crisis. *Statistics in focus*. 13. Luxembourg: Eurostat.
- Lauria, L., Lamberti, A., Buoncristiano, M., Bonciani, M., Andreozzi, S. (a cura di) 2012. *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Rapporti Istituzionali 12/39. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Lewis, G. (ed.). 2011. *Saving mothers' lives. Reviewing maternal death to make motherhood safer-2006-2008. The 8th report of the Confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. London, Confidential enquiries into maternal and Child Health (CEMACH).
- Livi Bacci, M. 1986, *Introduzione alla demografia*. Torino: Loescher Editore.
- Loghi, M., D'Errico, A., Spinelli, A. 2013. Il declino dell'aborto volontario. De Rose, A., Dalla Zuanna, G. (a cura di). *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*. Associazione italiana per gli studi di popolazione (AISP). Bologna: Il Mulino, 97-116.
- Loghi, M., Giorgi, P., Pierannunzio, D. 2007. *Natimortalità e abortività spontanea: definizioni e implicazioni epidemiologiche. Rapporto Osservasalute 2007*. Roma: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane. 254-6.
- <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2007>
- Loghi M, Giorgi P, Pierannunzio D. 2008. Negative pregnancy outcomes by gestational age in Italy. *Genus*. LXIV(3-4), 83-89.
- Mackay, A. et al. 2005. An assessment of pregnancy-related mortality in the United States. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 19:206-14.
- Meregalli, V. 2005. Indagine "confidenziale" sulla mortalità materna in Lombardia. *Gyneco Aogoi*, 1:11-5.
- Ministero della Salute. 2008. *Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno*. G.U. Serie Generale, n. 32 del 07/02/2008.
- Ministero della Salute. 2017. *Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita – Anno 2014*. Roma.
- http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2552
- http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2585
- Ministero della Salute. 2018. *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza – dati definitivi 2016*. Roma, 12 gennaio 2018.
- http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2686
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. 2011. *Le linee guida sulla gravidanza fisiologica*

- del SNLG-ISS*. Linea guida 20. Roma.
http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. 2012. *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole-parte seconda*. Linea guida 22. Roma.
http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf
- Natale, N., Buscaglia, M. 2002. *Gyneco Agoi*, n. 9.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2004. *Cesarean section clinical guidelines*. London: RCOG Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2011. *Caesarean section*. Manchester: NICE.
- Nybo Andersen, A. et al. 2007. Assisted reproductive technology in Europe, 2003: Results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*. 22(6): 1513-25.
- Parazzini, F. et al. 1988. Maternal mortality in Italy, 1955 to 1984. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 159:421-2.
- Piccardi, P., Cattaruzza, M.S., Osborn, J.F. 1994. A century of infant mortality in Italy: the years 1870-1990. *Annali di Igiene*. 6(4-6): 487-99.
- Pison G., Monden, C., Smits, J. 2015. Twinning Rates in Developed Countries: Trends and Explanations, *Population and Development Review*. 41(4): 629-49.
- Präg P., Mills, M.C. 2015. Assisted reproductive technology in Europe. *Usage and regulation in the context of cross-border reproductive care. Families and Societies. Working paper 43*.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. 2016. *Piano nazionale della prevenzione 2014-2018*, G.U. Serie Generale , n. 36 del 13 febbraio 2016.
- Reidpath, D.D., Allotey, P. 2003. Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 344-6.
- Reynolds, M.A., Schieve, L.A., Martin, J.A., Jeng G., Macaluso M. 2003. Trends in multiple births conceived using assisted reproductive technology, United States, 1997-2000, *Pediatrics*, 111(5): 1159-62.
- Ronsmans, C., Graham, W.J. 2006. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*, Lancet Maternal Survival Series steering group. 1189-200.
- Schutte, J. et al. 2010. Netherlands Maternal Mortality Committee. Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117:399-406.
- Senatore, S., Donati, S., Andreozzi, S. (a cura di). 2012. *Studio della cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna*. Rapporti Istituzionali 12/6. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Simonazzi, G. (ed.). 2005. *Le informazioni acquisite con i "Registri Nascita" della Regione Emilia Romagna. Mortalità materna*. Relazione all'81° Congresso della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia. Bologna, 24 Settembre 2005.
- Sobotka, T., Hansen, M.A., Jensen, T.K., Pedersen, A.T., Lutz, W., Skakkebæk, N.E. 2008. The contribution of assisted reproduction to completed fertility: An analysis of Danish data. *Population and Development Review*. 34(1): 79-101.
- Sobotka, T., Skirbekk, V., Philipov, D. 2011. Economic Recession and Fertility in the Developed World. A literature review, *Population and Development Review*, 37 (2), 267-306.
- Stephen, E.H. 2000. Demographic implications of assisted reproductive technologies. *Population Research and Policy Review*. 19(4): 301-315.
- Tran, T., Roberson, E., Borstell, J., Hoyert, D.L. 2011. Evaluation of pregnancy mortality in Louisiana using enhanced linkage and different indicators defined by WHO and CDC/ACOG: challenging and practical issues. *Maternal and Child Health Journal*. 15:955-63.
- Westoff C.F., Ryder N.B. 1977. *The Contraceptive Revolution*. Princeton, Princeton University Press.
- WHO. 1996. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.

- WHO. 2004. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Vol. 2. Tenth Revision*. Geneva: WHO.
- WHO. 2013. *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Geneva: WHO.
- WHO, UNICEF. 1989. *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*. Geneva: WHO.
- WHO, UNICEF. 2010. *Indicators for assessing infant and young child feeding practice – Part 3*. Geneva: WHO.
- WHO, UNICEF. 2014. *Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief*. WHO/NMH/NHD/14.7. Geneva: WHO.
- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. 2015. *Trends in Maternal mortality: 1990 to 2015 – Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva: WHO.
- Wildman, K., Bouvier-Colle, M., MOMS Group. 2004. Maternal mortality as indicator of obstetric care in Europe. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111:164-9.
- Yngve, A., Sjöström, M. 2001. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe, *Public Health Nutrition*. 4(2B), 729-39.
- UNFPA, (2014), International Conference on Population and Development Programme of Action Twentieth Anniversary Edition, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994, ISBN 978-0-89714-022-5.
- Zeitlin J. et al. 2016. Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1):15.
- Zwart, J. et al. 2008. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115:842-50.