

## Salute materno-infantile

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute, il Capitolo sulla “Salute materno-infantile”, oltre a presentare alcuni dei consueti indicatori, risulta arricchito di molti *Box* che illustrano diverse iniziative.

In tema di abortività volontaria, è stato realizzato un Progetto con il supporto finanziario del Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), avente come scopo principale il miglioramento dell’applicazione della Legge n. 194/1978, obiettivo che non può prescindere dalla presenza di dati di qualità che permettano un accurato monitoraggio del fenomeno. La collaborazione tra Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e Regioni (rafforzata dal presente Progetto) diventa, quindi, un requisito fondamentale per l’individuazione di eventuali criticità e di conseguenti proposte risolutive. Non è, pertanto, un caso se l’indicatore di abortività volontaria, da sempre presente nel Capitolo, continua a mostrare un decremento costante e se il numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), nel 2014, scende per la prima volta sotto le 100.000 unità. Il calcolo del rapporto sui nati vivi, oltre a quello del tasso sulla popolazione femminile, mostra una maggiore riduzione del numero di IVG rispetto alla diminuzione del numero di nati, a conferma che ci sono altri fattori, oltre al calo della fecondità, che contribuiscono all’abbassamento dei livelli di abortività volontaria.

L’ISS presenta un *Box* sulla supplementazione di acido folico per la prevenzione primaria di esiti avversi della riproduzione. L’ampia diffusione data negli ultimi anni a questa raccomandazione, grazie anche a diversi Progetti nazionali e regionali, ha determinato un incremento delle percentuali di donne che, pianificando una gravidanza, seguono una corretta prassi di assunzione di acido folico.

L’ultima indagine Istat sulle “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, condotta tra il 2012-2013, costituisce il più recente riferimento per l’analisi dei comportamenti contraccettivi della popolazione italiana. Per il campione qui considerato (donne di età 18-49 anni sessualmente attive), si evidenzia un ricorso a un qualsiasi metodo contraccettivo pari al 73,0%; se si considerano i metodi moderni (a più alta efficacia rispetto a quelli tradizionali), la percentuale risulta pari a 61,2%. Nonostante ciò, persiste il ricorso al coito interrotto che rappresenta una pratica ancora abbastanza diffusa in Italia rispetto ad altri Paesi, con una prevalenza di circa il 19,4%. Sul territorio si evidenzia una elevata eterogeneità tra le regioni, pur in assenza di un netto gradiente Nord-Sud ed Isole.

Il Ministero della Salute, a maggio 2015, ha lanciato un piano di politiche sanitarie ed educative con lo scopo di rendere la popolazione consapevole del valore della fertilità: come mantenerla e preservarla, ma anche come prevenire/diagnosticare/trattare condizioni patologiche che possono minacciarla. Nasce, così, il Piano Nazionale per la Fertilità, con lo scopo di realizzare azioni specifiche per obiettivi formativi, informativi e sanitario-assistenziali. È stato avviato anche uno Studio Nazionale Fertilità (finanziato dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall’ISS) per raccogliere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, in modo da orientare, nel miglior modo possibile, la programmazione degli interventi a sostegno della fertilità.

Un recente Decreto Ministeriale dà precise disposizioni per l’avvio dello Screening Neonatale Esteso (SNE) per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie su tutti i neonati, con modalità uniformi e per una stessa lista di patologie. Se effettuato al momento della nascita, lo SNE permette, infatti, di identificare alcune malattie metaboliche ereditarie prima che queste si manifestino clinicamente, così da limitare danni irreparabili. Data l’importanza di questo screening, con la Legge 167/2016 è stato previsto il suo inserimento nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel 2013, il Ministero della Salute/CCM ha finanziato un Progetto volto a sperimentare un Sistema di Sorveglianza sui principali determinanti di salute del bambino, da prima del concepimento ai 2 anni di vita, tramite informazioni richieste alle mamme di bambini di età 0-2 anni che si presentavano ai Centri Vaccinali. Questa opportunità è stata molto importante per valutare la fattibilità di un tale sistema, per raccogliere dati su aspetti fondamentali di salute, per informare i genitori sui comportamenti corretti da adottare nei confronti dei propri figli, oltre che per misurare il livello di conoscenza degli operatori stessi su alcuni determinanti di salute.

L'indicatore annuale sul ricorso al taglio cesareo mostra ancora un lieve decremento di questa procedura, sia con riferimento ai tagli primari (21,0% nel 2015 vs 21,6% nel 2014) che a tutti i parti nel complesso (35,4% vs 36,1%). Nonostante ciò, resta evidente il gradiente Nord-Sud ed Isole che, da sempre, caratterizza il nostro Paese su questo fenomeno.

In questa Edizione viene ripreso l'indicatore sull'abortività spontanea. Come già evidenziato, tale fenomeno risulta essere fortemente connesso all'età della donna: i rapporti di abortività spontanea, infatti, aumentano al crescere dell'età, ad eccezione delle giovanissime. Il trend mostra un incremento generale del rapporto grezzo (+55%), durante il lungo periodo tra il 1982 e il 2014, incremento che viene quasi annullato con la presentazione dell'indicatore standardizzato che, invece, durante lo stesso periodo, aumenta solo dell'8%. Tutto ciò conferma che il posticipo del calendario riproduttivo delle donne italiane ha rappresentato il fattore determinante nella crescita dell'indicatore.

Per gli indicatori sui punti nascita (Ministero della Salute) e per la Procreazione Medicalmente Assistita (ISS) si rimanda al Rapporto Osservasalute Edizione 2015.

## Parti con Taglio Cesareo

**Significato.** Il numero di parti con Taglio Cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato un importante indicatore della qualità dell'assistenza perinatale.

Quando medicalmente giustificato, un parto cesareo può prevenire gravi complicanze materne e perinatali; non ci sono, invece, evidenze scientifiche che dimostrino un qualche beneficio in termini di salute per la madre o il bambino, quando tale procedura non è necessaria. Nel 1985, un *panel* di esperti convocati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per discutere sulle appropriate tecnologie per la nascita, concluse, basandosi sulle evidenze al momento disponibili, che non c'erano giustificazioni, per nessun Paese, di superare una proporzione di TC pari al 10-15%.

Sebbene sia riconosciuto che proporzioni più basse di TC, complessivamente, si accompagnino ad una mag-

giore qualità dell'assistenza, tale valore soglia è, tuttora, continuamente dibattuto e oggetto di controversie da parte della comunità scientifica.

Nonostante le raccomandazioni dell'OMS, le proporzioni di TC sono in continuo aumento nel mondo. Una recente analisi, condotta su 121 Paesi, ha dimostrato che dal 1990 al 2014 le proporzioni di TC sono aumentate, in media, del 4,4%. Gli incrementi più importanti si sono verificati nell'America Latina e nei Paesi caraibici, seguiti dai Paesi asiatici, da quelli dell'Oceania, dell'Europa, del Nord America e, infine, dell'Africa (1). Per queste ragioni, la proporzione di TC sul totale dei parti continua ad essere uno degli indicatori di salute riproduttiva e di qualità dell'assistenza più utilizzati a livello internazionale e continuamente monitorati a livello nazionale e internazionale.

### Proporzione di parti con Taglio Cesareo

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

### Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

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

### Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

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

**Validità e limiti.** La proporzione di TC è registrata con buona precisione e può essere stimata sia a partire dalle informazioni presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che attraverso i Certificati di Assistenza al Parto. L'indicatore stimato a partire dai *Diagnosis Related Groups* (DRG) delle SDO è quello più facilmente calcolabile a livello nazionale.

Per poter confrontare in modo più corretto strutture o regioni è necessario considerare la presenza di un precedente parto cesareo. Per questo motivo vengono riportati e descritti altri due indicatori: "parti cesarei primari" e "parti cesarei ripetuti" (parti cesarei in donne in cui è stato eseguito un precedente cesareo).

Per l'individuazione del precedente TC, viene utilizzato il codice ICD-9-CM di diagnosi secondaria 654.2 riportato nella SDO della madre al momento del parto. Vengono, inoltre, riportati e descritti i tassi grezzi e standardizzati per età.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'eccessivo ricorso al TC è una delle criticità evidenziate nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, che prevede una riorganizzazione strutturale dei punti nascita per facilitarne la riduzione in modo da portarli, gradualmente, al 20%.

### Descrizione dei risultati

Nel 2015, in Italia, la proporzione di TC sul totale dei parti è variata da un minimo del 24,04%, registrato nelle PA di Bolzano e Trento, ad un massimo del 61,09% registrato in Campania, con un valore nazionale pari al 35,42% (Tabella 1).

Come negli anni precedenti, anche per il 2015 il Lazio e tutte le regioni del Meridione presentano una percentuale di TC al di sopra del valore nazionale. Si continua, pertanto, a registrare per questo indicatore un importante gradiente Nord-Sud ed Isole (Grafico 1).

Si evidenzia positivamente, come già osservato nelle precedenti Edizioni, che la maggior parte delle regioni presentano un trend in riduzione (Tabella 1). Questa tendenza è da imputare, per lo più e come negli anni passati, alla riduzione dei TC primari (Tabella 2). Si registra, comunque, un trend in lieve riduzione anche per i TC ripetuti (Tabella 3). Nonostante l'età non sia una indicazione assoluta per effettuare un TC, è un dato di fatto che all'aumentare dell'età aumenti la probabilità di partorire con TC. In

Italia, nel 2015, il 73,37% delle donne con più di 45 anni ha partorito con TC, con percentuali che variano, a livello regionale, dal 53,85% registrato nella PA di Trento al 92,86% osservato in Molise (dati non presenti in tabella).

La Tabella 4, infine, riporta la variazione dei tassi standardizzati per età dei TC totali nel 2015 rispetto al 2011 e mostra come, al netto dell'età materna, le proporzioni di TC siano, comunque, in diminuzione.

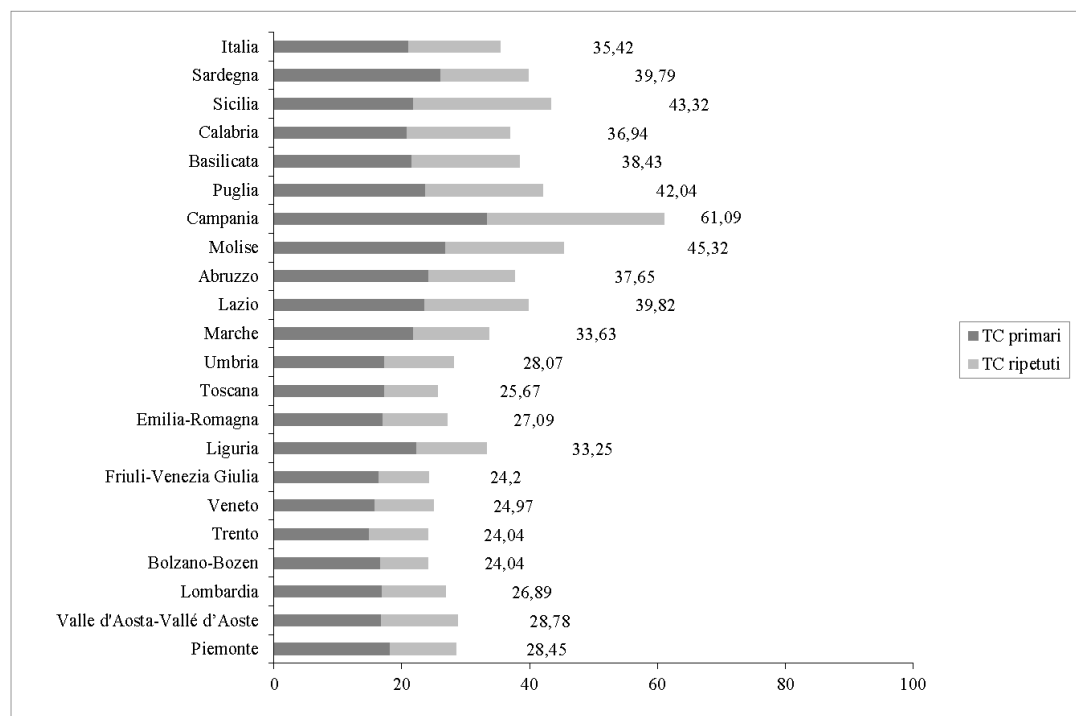
**Tabella 1** - *Proporzionone (valori per 100) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2015*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	30,41	30,53	29,84	28,67	28,45	-6,44
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,15	32,86	33,56	32,96	28,78	-7,60
Lombardia	28,83	28,08	28,23	27,96	26,89	-6,73
Bolzano-Bozen	25,00	24,56	24,44	24,68	24,04	-3,83
Trento	26,91	26,36	25,22	25,74	24,04	-10,66
Veneto	27,04	26,75	26,40	25,11	24,97	-7,63
Friuli Venezia Giulia	24,65	22,95	24,38	23,92	24,20	-1,82
Liguria	34,66	33,95	35,26	34,02	33,25	-4,07
Emilia-Romagna	29,56	28,49	28,69	27,49	27,09	-8,37
Toscana	26,07	26,24	25,54	26,22	25,67	-1,56
Umbria	31,19	32,15	31,30	30,79	28,07	-9,99
Marche	34,67	34,18	34,83	35,70	33,63	-3,00
Lazio	44,06	43,35	42,68	41,62	39,82	-9,64
Abruzzo	42,85	39,07	39,48	38,16	37,65	-12,15
Molise	47,02	48,08	48,05	45,43	45,32	-3,62
Campania	62,51	61,15	61,41	62,20	61,09	-2,28
Puglia	46,59	42,24	41,02	41,08	42,04	-9,77
Basilicata	44,47	40,21	41,97	40,08	38,43	-13,59
Calabria	37,41	36,11	35,77	36,42	36,94	-1,26
Sicilia	46,60	44,71	44,54	43,92	43,32	-7,04
Sardegna	41,46	41,10	41,97	40,12	39,79	-4,04
<b>Italia</b>	<b>37,76</b>	<b>36,62</b>	<b>36,50</b>	<b>36,05</b>	<b>35,42</b>	<b>-6,19</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

## SALUTE MATERNO-INFANTILE

259

**Grafico 1** - Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e ripetuto per regione - Anno 2015

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

**Tabella 2** - Proporzione (valori per 100) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo primario per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	19,50	19,64	19,41	18,54	18,16	-6,87
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,59	21,27	22,41	21,37	16,83	-25,51
Lombardia	18,41	18,17	17,96	17,92	16,88	-8,36
Bolzano-Bozen	16,90	17,50	17,79	17,79	16,69	-1,27
Trento	16,94	16,06	16,49	17,14	14,90	-12,04
Veneto	17,28	17,02	16,79	15,90	15,81	-8,49
Friuli Venezia Giulia	17,44	16,04	16,97	16,64	16,46	-5,65
Liguria	23,95	24,05	23,91	22,92	22,33	-6,74
Emilia-Romagna	18,92	17,89	18,55	17,23	17,00	-10,15
Toscana	17,43	17,55	17,00	17,24	17,27	-0,88
Umbria	20,99	20,91	20,24	19,95	17,34	-17,39
Marche	22,02	20,96	22,07	22,16	21,79	-1,06
Lazio	27,98	27,36	26,69	25,68	23,64	-15,54
Abruzzo	28,86	25,09	26,05	24,49	24,29	-15,86
Molise	27,83	29,55	29,16	26,94	26,92	-3,24
Campania	34,58	33,52	33,54	34,34	33,36	-3,54
Puglia	27,74	24,54	23,46	23,13	23,72	-14,51
Basilicata	23,58	20,25	22,31	22,16	21,64	-8,21
Calabria	20,33	18,08	18,10	19,81	20,81	2,32
Sicilia	25,77	23,20	22,15	22,05	21,88	-15,11
Sardegna	28,26	27,55	28,64	26,69	26,10	-7,64
<b>Italia</b>	<b>23,10</b>	<b>22,10</b>	<b>21,93</b>	<b>21,59</b>	<b>21,02</b>	<b>-9,00</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

**Tabella 3** - Proporzione (valori per 100) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo ripetuto per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	10,90	10,89	10,44	10,13	10,29	-5,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,56	11,60	11,15	11,58	11,96	39,62
Lombardia	10,41	9,92	10,27	10,04	10,01	-3,85
Bolzano-Bozen	8,10	7,06	6,64	6,91	7,36	-9,18
Trento	9,97	10,30	8,73	8,58	9,14	-8,33
Veneto	9,76	9,74	9,61	9,21	9,16	-6,12
Friuli Venezia Giulia	7,20	6,91	7,41	7,27	7,74	7,45
Liguria	10,71	9,90	11,35	11,10	10,92	1,92
Emilia-Romagna	10,64	10,60	10,14	10,26	10,08	-5,20
Toscana	8,65	8,69	8,53	8,98	8,39	-2,94
Umbria	10,20	11,24	11,06	10,84	10,73	5,22
Marche	12,65	13,22	12,77	13,54	11,84	-6,39
Lazio	16,08	15,98	15,99	15,94	16,18	0,63
Abruzzo	13,99	13,98	13,43	13,67	13,36	-4,50
Molise	19,20	18,53	18,89	18,48	18,40	-4,17
Campania	27,93	27,63	27,87	27,85	27,73	-0,72
Puglia	18,85	17,70	17,56	17,95	18,32	-2,80
Basilicata	20,90	19,95	19,65	17,92	16,79	-19,66
Calabria	17,08	18,03	17,67	16,61	16,13	-5,54
Sicilia	20,82	21,51	22,39	21,86	21,44	2,95
Sardegna	13,20	13,55	13,33	13,42	13,69	3,67
<b>Italia</b>	<b>14,66</b>	<b>14,52</b>	<b>14,57</b>	<b>14,46</b>	<b>14,40</b>	<b>-1,76</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

**Tabella 4** - Tasso (standardizzato per 10.000) e variazione percentuale di parti con Taglio Cesareo per regione - Anni 2011-2015

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	Δ % (2011-2015)
Piemonte	62,25	62,07	58,30	54,46	52,54	-15,59
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,94	72,83	67,59	68,69	55,14	-23,35
Lombardia	63,98	61,68	59,16	57,26	54,34	-15,06
Bolzano-Bozen	56,83	57,65	56,14	59,94	57,69	1,52
Trento	59,59	57,96	56,16	55,13	51,38	-13,78
Veneto	57,16	56,17	52,15	49,00	47,63	-16,68
Friuli Venezia Giulia	47,62	44,05	44,90	42,39	41,17	-13,54
Liguria	64,25	64,75	64,95	60,74	57,94	-9,83
Emilia-Romagna	64,03	60,81	58,71	54,09	52,54	-17,95
Toscana	52,01	52,33	48,12	48,82	45,90	-11,75
Umbria	64,34	65,90	60,70	57,49	50,02	-22,26
Marche	73,21	69,78	65,72	65,89	62,50	-14,62
Lazio	93,22	92,96	87,26	77,48	73,56	-21,09
Abruzzo	82,96	75,16	73,73	70,40	68,41	-17,53
Molise	83,25	86,62	83,69	77,88	77,91	-6,42
Campania	136,55	130,77	125,94	122,98	121,23	-11,22
Puglia	94,41	82,47	75,74	73,70	73,32	-22,34
Basilicata	79,00	71,21	69,06	66,22	65,31	-17,32
Calabria	73,65	71,18	67,62	68,95	70,95	-3,68
Sicilia	100,04	94,58	89,91	89,04	86,31	-13,73
Sardegna	72,28	67,30	63,49	61,72	62,14	-14,03
<b>Italia</b>	<b>79,19</b>	<b>76,57</b>	<b>72,70</b>	<b>69,92</b>	<b>67,73</b>	<b>-14,47</b>

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2016.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nonostante si continui a registrare un trend in riduzione, le proporzioni di TC rimangono elevate in Italia e, in particolar modo, nelle regioni del Mezzogiorno. È importante continuare a monitorare tale indicatore, ma più che sulla riduzione del tasso al di sotto di uno specifico valore, tutti gli sforzi devono essere orienta-

ti affinché ogni donna riceva un TC solo se clinicamente necessario.

Il contenimento dei TC inappropriati rappresenta, dunque, un importante strumento per la sicurezza della donna e del neonato e può essere realizzato solo attraverso azioni da attuare a livello regionale, aziendale e dei singoli professionisti.

La proporzione di TC continua ad essere uno degli indicatori più frequentemente utilizzati per la valutazione della qualità dei servizi ostetrici. In questa sede, per un confronto più appropriato, è stato utilizzato anche il tasso standardizzato per età.

Per operare confronti tra singole strutture si raccomanda, invece, di utilizzare modelli di *risk adjustment* che consentono di tener conto del diverso *case-mix* delle strutture o, in alternativa, di utilizzare la proporzione di TC in donne nullipare, con gravidanza singola, a termine e con presentazione cefalica, indicatore che studia un'ampia fascia di popolazione con gravi-

danze potenzialmente a basso rischio e che consente, pertanto, di valutare l'utilizzo inappropriato di questa procedura (2).

#### Riferimenti bibliografici

(1) Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE 11 (2): e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343.

(2) Stivanello E, Rucci P, Carretta E, Pieri G, Seghieri C, Nuti S, Declercq E, Taglioni M, Fantini MP. Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries. PLoSOne. 2011; 6 (11): e28060.

## Abortività volontaria

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

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

### Tasso di abortività volontaria\*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di 15-49 anni	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di donne di 15-49 anni	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

### Rapporto di abortività volontaria

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di 15-49 anni	
		x 1.000
Denominatore	Nati vivi da donne di 15-49 anni	

**Validità e limiti.** L’indicatore viene elaborato con i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall’Istituto Nazionale di Statistica (Istat), dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Ministero della Salute. Per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il modello Istat D.12 ed inviarlo al sistema informativo nazionale. Successivamente, sulla base di questi dati, le regioni elaborano alcune tabelle che inviano al Sistema di Sorveglianza ministeriale coordinato dall’ISS. Ogni anno, il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull’andamento del fenomeno (1) e l’Istat pubblica i dati sul proprio sito (2) e tramite altri canali di diffusione. Attualmente, i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale. I limiti dell’indicatore possono essere rappresentati dal fatto che, in alcuni casi, viene calcolato utilizzando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (da donne residenti e non) e al denominatore le donne residenti, provocando una sovrastima o sottostima del fenomeno. Utilizzando, invece, le donne residenti, sia al numeratore che al denominatore, vengono esclusi alcuni casi relativi, principalmente, alle donne straniere.

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

### Descrizione dei risultati

Nel 2014, l’Istat ha notificato, mediante il modello D.12, 95.400 IVG con un calo del 4,9% rispetto al 2013. Un dato provvisorio riferito al 2015 mostra un ulteriore decremento dell’8,3% a fronte di 87.522 casi registrati.

Questa differenza può dipendere anche dalla presenza di una sottonotifica dei dati in alcune regioni (Liguria, Campania, Puglia e Sardegna per l’anno 2014; Sicilia e Sardegna per il 2015). I dati elaborati dal Sistema di Sorveglianza sull’IVG, coordinato dall’ISS e dal Ministero della Salute, che integra i dati raccolti dall’Istat con l’archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute e le informazioni fornite direttamente dalle Regioni, hanno rilevato 102.760 casi di IVG per il 2013, 96.578 casi per il 2014 e 87.639 casi per il 2015 (1).

L’Istat procede alla stima dei dati mancanti attraverso le SDO e il tasso di abortività volontaria per l’anno 2014 è risultato pari a 6,9 casi di IVG per 1.000 donne residenti in età feconda (Tabella 1). Il tasso del 2015, dato provvisorio, risulta pari a 6,4 casi per 1.000. Si conferma, quindi, il trend decrescente, iniziato nel 2004, a seguito di un periodo di sostanziale stabilità: infatti, nel 2012, il tasso era pari a 7,6 IVG per 1.000 donne residenti in età feconda e la diminu-



zione tra il 2004-2015 risulta pari a circa il 32% (2)<sup>1</sup>. Nel confronto tra le regioni (Grafico 1), viene utilizzato il tasso standardizzato per eliminare le differenze dovute all'età e anche in questo caso, analogamente al tasso grezzo, si registra una diminuzione a livello nazionale (-21%) tra il 2004 e il 2014. Il valore più alto del tasso si registra in Liguria (10,9 per 1.000) seguita dalla Puglia (9,3 per 1.000), mentre il valore più basso si osserva nella PA di Bolzano (4,8 per 1.000), in Calabria (5,7 per 1.000), in Sardegna e in Veneto (pari merito 5,8 per 1.000). Rispetto al 2004, per tutte le regioni si registra una diminuzione del tasso che è più consistente in Umbria (-39%), nel Lazio (-29%) e in Lombardia (-25%).

Con riferimento all'età, le classi con i livelli più elevati del tasso sono le seguenti: 20-24 anni (10,4 per 1.000), 25-29 (11,4 per 1.000) e 30-34 (11,0 per 1.000). Rispetto al 2004, si registra una diminuzione dell'indicatore in tutte le classi di età, in particolar modo per le donne più giovani di età 15-19 e 20-24 anni (-32%).

L'indicatore denominato "rapporto di abortività volontaria" misura il numero delle IVG ogni 1.000 nati vivi, rapportando il fenomeno alle nascite; eventuali variazioni possono risultare da diverse combinazioni dell'abortività e della natalità. Tale indicatore risulta in costante diminuzione dalla metà degli anni Novanta, partendo da un valore di 385,9 casi di IVG per 1.000 nati vivi fino ad arrivare a 186,8 casi per 1.000 nel 2014. Considerando lo stesso intervallo temporale analizzato per il tasso di abortività, la diminuzione avvenuta tra il 2004-2014 è stata del 20%: questa differenza nel trend è dovuta, principalmente, alla maggior riduzione osservata del numero di IVG (-29%) rispetto alla diminuzione nello stesso periodo del numero di nati vivi (-12%). La variazione del rapporto, infatti, dipende dal trend delle IVG e da quello delle nascite, eventi fortemente condizionati anche dalla presenza di cittadine straniere in Italia. Analizzando il rapporto per cittadinanza (Grafico 2), per le donne italiane la variazione è negativa e pari a -21%, frutto di una maggiore riduzione delle IVG (-36%) rispetto a quella dei nati vivi (-20%). Per le donne straniere, invece, il rapporto diminuisce del 41%, principalmente a causa dell'aumento delle nascite (+61%), piuttosto che alla lieve riduzione delle IVG (-5%).

Scendendo nel dettaglio dell'età (Tabella 2), per le donne italiane la variazione del rapporto è negativa per tutte le classi e prevale la combinazione della decrescita sia delle IVG che delle nascite, con la sola eccezione delle classi meno giovani (40-49 anni) nelle quali si osserva un aumento dei nati al denominatore. In corrispondenza della classe 30-34 anni, la diminuzione del 30% è frutto della sola diminuzione delle IVG, restando più o meno costante il numero delle

nascite. Tra le donne straniere, la situazione risulta maggiormente diversificata: la classe di età più giovane (15-19 anni) è l'unica a presentare un, seppure lieve, aumento dell'indicatore (+2%) che denota una riduzione più marcata (-4%) dei nati vivi rispetto alle IVG (-2%). Per le classi comprese tra 20-34 anni, il numeratore e il denominatore hanno andamenti contrastanti: le IVG diminuiscono mentre i nati vivi aumentano e l'effetto è, comunque, una riduzione del rapporto di oltre il 40%. Infine, nelle età più elevate (35-49 anni), aumentano sia le IVG che i nati vivi, ma questi ultimi in misura maggiore: il risultato è sempre una riduzione dell'indicatore. L'indagine Istat e il Sistema di Sorveglianza rilevano, oltre alle informazioni sulle caratteristiche delle donne, anche informazioni relative alle modalità di svolgimento dell'intervento. Ulteriori informazioni sui consultori familiari, le strutture che effettuano IVG ed il personale sanitario obiettore sono raccolte dall'ISS e dal Ministero della Salute, tramite il Sistema di Sorveglianza. Nella Tabella 3 e nella Tabella 4 sono riportate alcune di queste informazioni: tipo di anestesia, tipo di intervento, tempi di attesa, settimane di gestazione e ginecologi obiettori. Nel 2015, resta molto elevato il ricorso all'anestesia generale (69,0%), anche se in diminuzione rispetto al 2013 (76,6%). In alcune regioni, più del 90% degli interventi vengono eseguiti con anestesia generale, in particolare nel Molise, nella PA di Bolzano e nell'Umbria. L'anestesia locale per effettuare l'IVG è utilizzata solo nel 4,5% dei casi, nonostante sia la pratica più raccomandata a livello internazionale poiché minimizza i rischi per la salute della donna e presenta un impegno minore del personale sanitario e delle infrastrutture (quindi anche costi inferiori). Le regioni che superano la soglia del 10% sono le Marche (38,1%) e l'Abruzzo (12,9%). Rispetto al 2013, i casi in cui viene utilizzata la sedazione profonda sono più che raddoppiati e risultano pari al 10,1% (tale voce è stata introdotta nel modello Istat D.12 nel 2012).

Dal 2009, in Italia è consentita l'IVG tramite la procedura farmacologica, ma è dal 2013 che la scheda di rilevazione dell'Istat contiene una informazione più dettagliata del tipo di intervento. Infatti, l'aborto farmacologico è suddiviso nelle tre voci: "solo Mifepristone", "Mifepristone+Prostaglandina" "solo Prostaglandina". Le regioni che maggiormente ricorrono alla combinazione "solo Mifepristone" o "Mifepristone+prostaglandine" sono la Liguria (41,3%), il Piemonte (34,6%), l'Emilia-Romagna (26,4%), la Toscana (21,9%) e la Puglia (19,6%). Queste regioni presentano anche la quota più elevata di IVG effettuate senza alcuna terapia antalgica (Tabella 3).

La Legge n. 194/1978 prevede che per effettuare l'IVG occorre il rilascio di documentazione/certificazione da parte del personale preposto. Una valutazione

<sup>1</sup>Nel proseguimento del testo il calcolo degli indicatori si riferisce all'anno 2014 in quanto, al momento della stesura del presente Capitolo, le stime al 2015 sono state effettuate solo sul totale dei casi, senza la disaggregazione per regione, età e cittadinanza.

ne dei tempi di attesa tra la consegna di questa documentazione e l'effettuazione dell'intervento può essere un indicatore di efficienza dei servizi: per esempio, un numero di giorni superiore a 21 può indicare difficoltà nell'applicazione della disposizione. Nel 2015, il 13,2% delle IVG viene effettuato dopo una attesa che supera i 21 giorni, valore in diminuzione rispetto al 2013 (-9,5%). Si osserva, però, una considerevole variabilità territoriale, con valori che oscillano tra l'1,9% e il 24,8%.

Anche la percentuale degli interventi effettuati a 11-12 settimane di gestazione può essere un indicatore della qualità dei servizi offerti, poiché, per legge, il limite massimo per poter richiedere una IVG, in assenza di gravi motivi di salute, è di 90 giorni. Il 12,9% dei casi di IVG viene effettuato al limite della soglia prevista per legge e anche in questo caso il valore diminuisce rispetto al 2013 (-11%).

Sempre con riferimento all'efficienza dei servizi, la presenza di una quota consistente di personale obiettore (art. 9, Legge n. 194/1978) può inficiare l'espletamento dell'intervento. Nel 2014, la percentuale di ginecologi obiettori risulta pari a 70,7%, in lieve aumento rispetto al 2013 (70,0%). Le regioni che supe-

rano ampiamente l'80% sono il Molise, la Sicilia, la Basilicata, la PA di Bolzano e l'Abruzzo. La Valle d'Aosta presenta il valore più basso (13,3%) (Tabella 4). Il Ministero della Salute, per individuare eventuali criticità riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, calcola uno specifico indicatore: il carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore, conteggiato su 44 settimane lavorative all'anno. Il dato, riferito al 2014 e pubblicato sulla Relazione annuale al Parlamento, mostra un carico di 1,6 IVG settimanali per ginecologo (dato nazionale), con una certa variabilità: si va da un minimo di 0,4 casi della Valle d'Aosta ad un massimo di 4,7 del Molise.

Approfondendo l'analisi con dati sub-regionali, vengono evidenziate tre specifiche criticità locali: in una Azienda Sanitaria Locale della Puglia si raggiungono 15,8 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3,5 IVG), in una del Piemonte 13,5 IVG (rispetto alla media regionale di 1,7 IVG) e in una della Sicilia 12,2 IVG (rispetto alla media regionale di 3,8 IVG).

**Tabella 1** - Tasso (grezzo, standardizzato e specifico per 1.000) di abortività volontaria per regione e macroarea - Anno 2014

Regioni	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tassi grezzi	Tassi std
Piemonte	6,2	12,8	15,0	13,4	10,2	4,5	0,4	8,0	9,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,3	12,6	12,5	14,3	12,5	3,4	0,4	7,6	8,8
Lombardia	5,6	11,2	11,9	11,5	9,3	4,0	0,3	7,0	7,9
Bolzano-Bozen	2,7	5,9	7,0	6,8	6,7	2,9	0,3	4,3	4,8
Trento	4,1	8,2	10,6	10,1	6,9	4,0	0,4	5,9	6,6
Veneto	3,4	7,8	8,6	9,0	7,0	3,1	0,3	5,1	5,8
Friuli Venezia Giulia	4,3	9,0	9,8	8,6	9,0	3,8	0,4	5,8	6,6
Liguria*	8,8	17,0	16,5	15,8	11,6	4,8	0,5	9,2	10,9
Emilia-Romagna	5,6	12,9	14,4	13,0	10,7	4,8	0,5	8,0	9,1
Toscana	5,4	11,8	13,4	12,8	10,4	4,6	0,4	7,7	8,7
Umbria	5,3	10,0	11,6	11,0	8,9	3,8	0,3	6,7	7,5
Marche	3,9	7,6	9,4	8,7	7,7	3,4	0,2	5,5	6,1
Lazio	6,4	12,1	13,0	11,4	9,7	4,2	0,4	7,4	8,4
Abruzzo	5,5	10,7	11,0	11,0	8,9	4,7	0,4	7,0	7,6
Molise	5,2	10,2	11,4	9,6	9,7	5,0	0,5	7,0	7,6
Campania*	4,2	8,7	10,0	10,7	9,2	4,2	0,3	6,5	7,0
Puglia*	6,4	12,3	13,1	13,4	12,0	5,6	0,4	8,6	9,3
Basilicata	4,3	8,0	9,2	8,9	9,9	3,9	0,4	6,1	6,6
Calabria	3,4	7,8	8,4	8,3	7,2	3,3	0,4	5,4	5,7
Sicilia	4,4	8,5	9,0	8,4	7,4	3,1	0,2	5,6	6,0
Sardegna*	4,2	7,7	8,4	8,1	6,9	3,9	0,4	5,3	5,8
<b>Italia</b>	<b>5,1</b>	<b>10,4</b>	<b>11,4</b>	<b>11,0</b>	<b>9,2</b>	<b>4,1</b>	<b>0,3</b>	<b>6,9</b>	<b>7,6</b>
Nord-Ovest	6,0	12,2	13,2	12,4	9,7	4,2	0,3	7,5	8,5
Nord-Est	4,2	9,7	10,9	10,5	8,6	3,9	0,4	6,3	7,1
Nord	5,3	11,1	12,2	11,6	9,3	4,0	0,4	7,0	7,9
Centro	5,7	11,3	12,5	11,4	9,6	4,2	0,4	7,2	8,1
Sud	4,8	9,8	10,7	11,0	9,7	4,5	0,3	7,0	7,5
Isole	4,4	8,3	8,9	8,3	7,3	3,3	0,3	5,6	6,0
Mezzogiorno	4,7	9,3	10,1	10,2	9,0	4,1	0,3	6,5	7,0

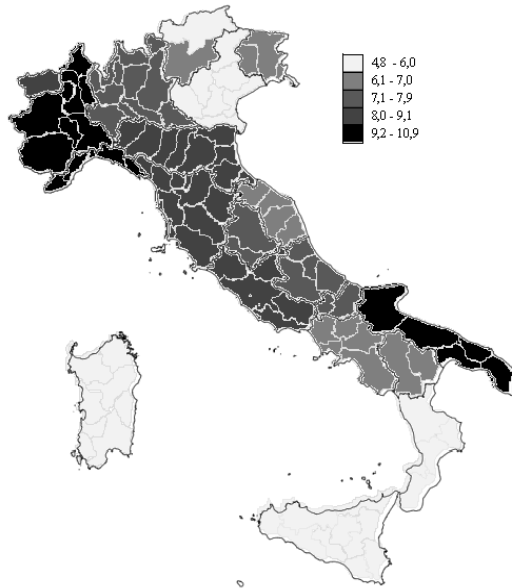
\*A causa di incompletezza dei dati i tassi della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione femminile residente in Italia al 2001.

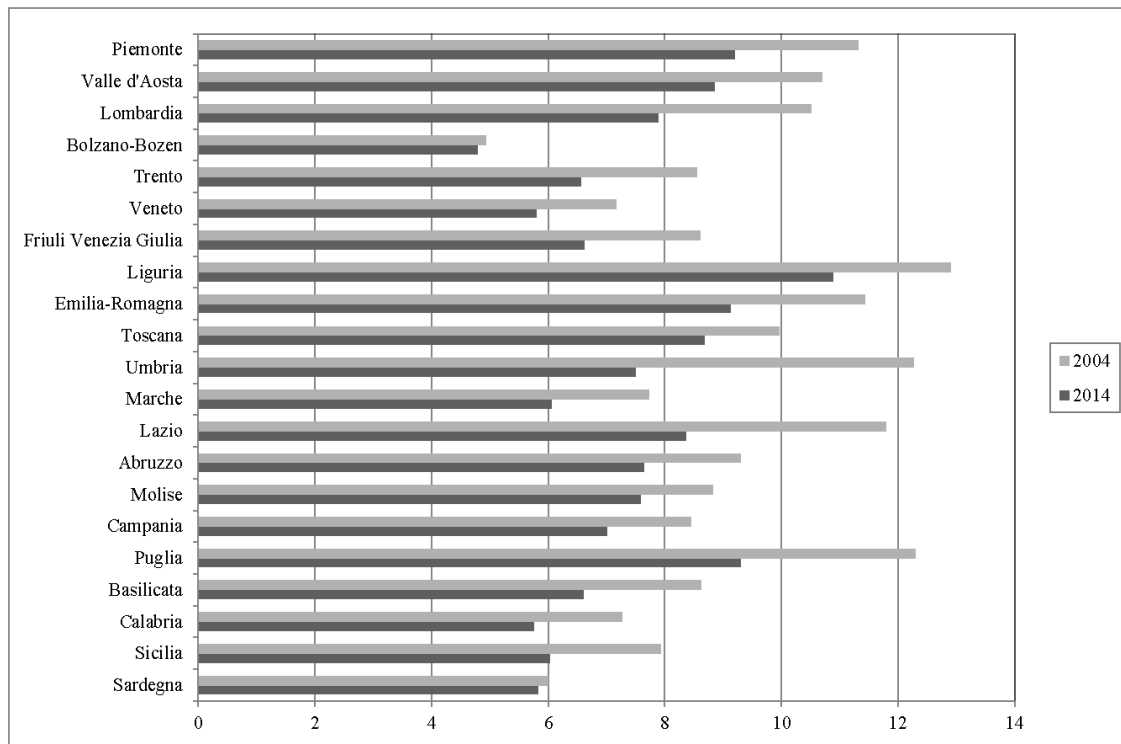
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2014.

SALUTE MATERNO-INFANTILE

Tasso (standardizzato per 1.000 donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per regione. Anno 2014

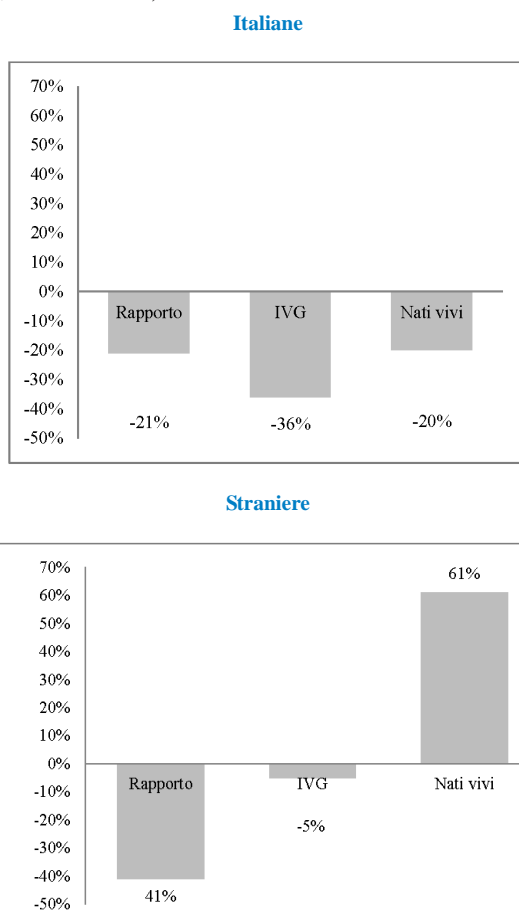


**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000 donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per regione - Anni 2004, 2014



**Nota:** a causa di incompletezza dei dati i tassi del 2014 della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.

**Fonti dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2004, 2014.

**Grafico 2** - Variazione percentuale del rapporto (valori per 1.000 nati vivi da donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per cittadinanza - Anni 2004, 2014

**Nota:** a causa di incompletezza dei dati i tassi relativi al 2014 della Liguria, Campania, Puglia e Sardegna sono stati stimati.

**Fonti dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2004, 2014.

**Tabella 2** - Rapporto (valori per 1.000 nati vivi) e variazione percentuale di abortività volontaria, Interruzione Volontaria di Gravidanza e di nati vivi per classe di età e cittadinanza - Anni 2004, 2014

Classi di età	2004	Rapporto di abortività		Δ %	Δ % IVG	Δ % Nati vivi
		2004	2014			
<b>Italiane</b>						
15-19	1.185,3	1.012,5	-15	-38	-27	
20-24	457,6	398,5	-13	-38	-28	
25-29	166,1	146,1	-12	-44	-37	
30-34	120,2	94,7	-21	-43	-28	
35-39	188,0	131,3	-30	-30	0	
40-44	463,6	245,2	-47	-17	57	
45-49	1.012,3	289,6	-71	-1	246	
<b>Straniere</b>						
15-19	712,4	729,9	2	-2	-4	
20-24	461,2	277,1	-40	-26	23	
25-29	437,6	235,1	-46	-17	55	
30-34	489,9	267,2	-45	-3	79	
35-39	650,3	380,2	-42	25	114	
40-44	974,6	611,4	-37	51	140	
45-49	1.014,1	594,6	-41	67	185	

**Fonte dei dati:** ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2004, 2014.

## SALUTE MATERNO-INFANTILE

267

**Tabella 3** - Abortività volontaria (valori percentuali) per terapia antalgica e farmacologica e per regione - Anno 2015

Regioni			Terapia antalgica		Nessuna	Terapia farmacologica
	Generale	Locale	Analgesia e altro	Sedazione profonda		RU 486*°
Piemonte	57,7	0,4	3,7	6,7	31,5	34,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	89,0	0,0	0,0	1,6	9,3	10,3
Lombardia	84,4	3,5	7,8	4,3	0,0	5,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>97,7</i>	<i>0,6</i>	<i>0,8</i>	<i>0,0</i>	<i>1,0</i>	<i>0,8</i>
<i>Trento</i>	<i>76,0</i>	<i>0,0</i>	<i>1,8</i>	<i>14,6</i>	<i>7,6</i>	<i>4,5</i>
Veneto	38,0	3,0	9,3	39,6	10,0	10,3
Friuli Venezia Giulia	82,9	0,6	2,4	5,8	8,3	9,2
Liguria	47,4	0,3	4,5	8,4	39,4	41,3
Emilia-Romagna	53,9	6,2	7,4	13,8	18,6	26,4
Toscana	52,4	6,9	2,0	15,3	23,4	21,9
Umbria	90,0	0,4	1,3	4,9	3,4	4,0
Marche	34,5	38,1	1,3	24,2	1,9	1,0
Lazio	60,4	9,5	0,4	16,2	13,5	15,1
Abruzzo	74,5	12,9	2,4	2,1	8,0	6,8
Molise	99,7	0,0	0,3	0,0	0,0	1,4
Campania	83,6	4,4	0,5	9,4	2,1	3,0
Puglia	76,2	1,8	1,8	0,7	19,5	19,6
Basilicata	75,5	0,7	4,6	12,6	6,6	6,3
Calabria	79,4	0,8	0,5	12,8	6,5	4,6
Sicilia	86,0	0,6	1,0	0,8	11,7	11,3
Sardegna	81,2	0,2	6,9	5,2	6,6	8,2
<b>Italia</b>	<b>69,0</b>	<b>4,5</b>	<b>3,8</b>	<b>10,1</b>	<b>12,6</b>	<b>16,4</b>

\*I dati si riferiscono a "solo Mifepristone" e "Mifepristone+Prostaglandina". Per la Lombardia il valore comprende anche la voce "solo Prostaglandina".

°IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione.

Fonte dei dati: ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2016.

**Tabella 4** - Abortività volontaria (valori percentuali) per tempo di attesa, settimana di gestazione e ginecologi obiettori e per regione - Anno 2015

Regioni	Tempi di attesa (>21 giorni)	Settimane di gestazione (11-12)	Ginecologi obiettori*
Piemonte	9,6	11,3	63,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,5	19,6	13,3
Lombardia	16,4	16,6	68,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,8</i>	<i>16,1</i>	<i>85,9</i>
<i>Trento</i>	<i>17,7</i>	<i>12,4</i>	<i>57,4</i>
Veneto	23,8	16,6	77,0
Friuli Venezia Giulia	11,1	12,4	58,4
Liguria	8,3	10,8	59,7
Emilia-Romagna	6,3	11,7	53,0
Toscana	13,1	14,3	59,5
Umbria	24,3	14,5	65,6
Marche	5,9	13,3	70,1
Lazio	12,8	15,2	78,2
Abruzzo	14,7	15,6	80,7
Molise	1,9	5,3	89,7
Campania	11,6	6,1	81,8
Puglia	10,8	8,9	78,5
Basilicata	4,0	5,8	88,1
Calabria	24,8	11,0	76,6
Sicilia	17,2	14,0	89,1
Sardegna	6,4	12,1	60,2
<b>Italia</b>	<b>13,2</b>	<b>12,9</b>	<b>70,7</b>

\*La percentuale di ginecologi obiettori si riferisce all'anno 2014, ad eccezione dei dati relativi alla Campania che si riferiscono al 2013.

Fonte dei dati: ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2016.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I dati confermano l'andamento in diminuzione dell'IVG in Italia, tendenza che, ormai, coinvolge anche le cittadine straniere, gruppo a maggior rischio di ricorrere all'aborto.

Il fenomeno diminuisce, comunque, in tutte le categorie (donne giovani, minorenni, nubili e straniere) e questo è, senz'altro, un segnale positivo dell'aumentata circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

Resta implicita la necessità di continuare a seguire con attenzione le donne in condizioni sociali svantaggiate, attraverso programmi di prevenzione che devono basarsi sul modello dell'*empowerment* (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezza e competenze per scelte autonome), come viene delineato dalla Carta di Ottawa e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

I dati sulle procedure dell'intervento e sulla disponibilità di servizi e operatori sottolineano alcuni miglioramenti, pur evidenziando la necessità di un attento

monitoraggio a livello locale che favorisca la piena applicazione della Legge n. 194/1978.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Ministero della Salute (2016). Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2014 e 2015. Roma: Ministero della Salute, 2016. Disponibile sul sito: [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=2552).
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2014. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2011. 89 (5): 360-70.
- (4) WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2012. Disponibile sul sito: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf).
- (5) Ministero della Salute. Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - anni 2010-2011. 28 febbraio 2013. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1938\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1938_allegato.pdf).

## Abortività spontanea

**Significato.** La normativa italiana definisce l'Aborto Spontaneo (AS) come l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro 180 giorni di gestazione, cioè 25 settimane e 5 giorni. Dopo tale limite gestazionale, l'evento viene classificato come nato morto. Altri Paesi adottano differenti definizioni: attualmente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella classificazione internazionale delle malattie definisce in modo generico la morte fetale senza far riferimento alla durata della gravidanza lasciando, però, intendere che debba essere il peso (più o meno

500 grammi) il fattore discriminante tra AS e nato morto. A tale peso (informazione non presente nei dati sull'AS) corrisponde, in genere, un periodo gestazionale massimo di 22 settimane.

Sebbene i fattori biologici (quali età della donna e dell'uomo, la parità e eventuali patologie) siano, tuttora, considerati come i più importanti determinanti della frequenza dell'AS, in alcuni studi si è evidenziato che questo evento può essere associato a specifiche condizioni lavorative ed esposizioni ambientali.

### Rapporto di abortività spontanea

Numeratore      Aborti spontanei di donne di 15-49 anni  
 Denominatore      Nati vivi da donne di 15-49 anni

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** I dati sono rilevati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (1) che raccoglie i casi per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura, sia pubblici che privati (Modello D.11). Gli AS non soggetti a ricovero quali, ad esempio, gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono rilevati. Le statistiche ufficiali dell'Istat sul fenomeno permettono di ricostruire la serie storica dell'AS su tutto il territorio nazionale, anche se non consentono uno studio su specifici fattori di rischio, ad esclusione delle usuali informazioni di natura socio-demografica. È molto difficile effettuare confronti con altri Paesi sia perché non risulta che abbiano registri a copertura nazionale, sia a causa di differenti definizioni adottate. L'indicatore maggiormente diffuso in letteratura, e qui utilizzato, è il rapporto di abortività spontanea riferito ai soli nati vivi. In realtà, l'indicatore più corretto, da un punto di vista metodologico, è la proporzione di abortività, che considera al denominatore tutti i casi a rischio di AS, ovvero il totale delle gravidanze dato dalla somma dei nati vivi, nati morti, AS e una parte delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (ovvero quella parte che potrebbe aver evitato un AS avendo agito prima che questo potesse verificarsi).

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

### Descrizione dei risultati

Nel 2014, il numero di AS registrati dall'Istat è pari a 66.560 e il rapporto di abortività risulta uguale a 138,19 casi per 1.000 nati vivi (Tabella 1).

Il fenomeno dell'abortività spontanea risulta essere

fortemente connesso all'età della donna: i rapporti di abortività spontanea, specifici per età, aumentano al crescere dell'età della donna, ad eccezione delle giovanissime (<20 anni) che hanno valori superiori rispetto alle donne di età 20-29 anni. Tra le giovanissime, infatti, non è molto alto il numero delle nascite per cui il rapporto presenta valori elevati.

Un rischio significativamente elevato si nota a partire dalla classe di età 35-39 anni, quando il valore dell'indicatore supera del 60% quello riferito alla classe di età precedente.

Il trend dell'indicatore (Grafico 1) mostra un incremento del valore grezzo, cioè non depurato dall'effetto dell'età della donna che, come appena visto, rappresenta un determinante significativo per il rischio di abortività spontanea. Nonostante varie oscillazioni temporali, il rapporto grezzo è passato da un valore pari a 89,21 aborti per 1.000 nati vivi nel 1982 a 138,19 per 1.000 nel 2014, aumentando, quindi, del 55% in 30 anni.

Negli ultimi 3 anni si osserva una flessione dell'indicatore. Questa dinamica è il risultato della combinazione degli eventi a numeratore e a denominatore, cioè gli AS e i nati vivi. Ricordiamo che l'indicatore è stato costruito sugli eventi di donne residenti in Italia.

In questo modo è stata esclusa una parte di donne straniere che, invece, nel nostro Paese hanno contribuito a risollevare i tassi di fecondità.

Se si osserva il trend del rapporto standardizzato, si evince chiaramente l'effetto dell'età: eliminandolo, con la procedura della standardizzazione, scompare la crescita osservata con l'indicatore grezzo e appare una sostanziale stabilità del fenomeno (+8% nel periodo 1982-2014). La crescita incontrastata dell'età media al parto e all'AS (Grafico 2) completa il quadro di insieme e rafforza la conclusione che un posticipo del calendario riproduttivo aumenti, significativamente, il rischio di

un esito negativo della gravidanza e che questo, principalmente, abbia determinato l'aumento del numero di AS nel nostro Paese. Tra i due eventi c'è una diffe-

renza di età media delle donne di poco più di 2 anni. Tale media è per entrambi aumentata: +4,2 anni per il parto e +5,0 per l'AS nel periodo 1982-2014.

**Tabella 1** - Rapporto (grezzo, standardizzato e specifico per 1.000 nati vivi) di dimissioni ospedaliere da istituti di cura per aborto spontaneo per regione e macroarea - Anno 2014

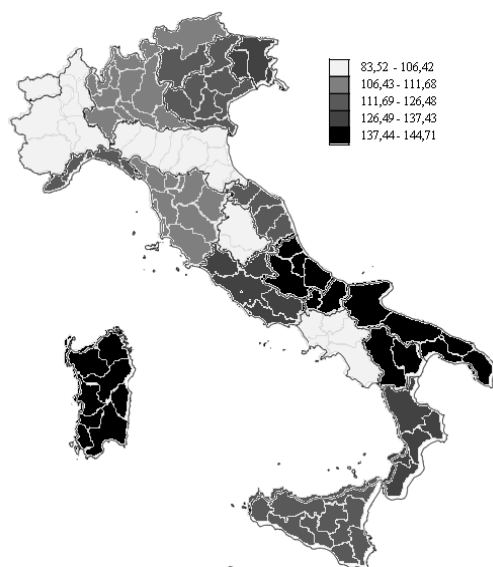
Regioni	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Rapporti grezzi	Rapporti std
Piemonte*	139,13	77,71	80,49	88,01	153,64	348,02	520,03	124,54	106,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	114,37	46,77	56,86	154,10	251,09	411,72	103,25	83,52
Lombardia*	147,84	90,24	83,17	97,99	151,87	338,46	515,74	130,31	111,68
Bolzano-Bozen	87,72	81,40	86,96	86,93	159,94	382,35	391,30	123,05	109,39
Trento	239,13	68,80	103,42	96,56	153,16	311,80	400,00	128,57	115,85
Veneto	102,34	86,47	92,27	109,07	170,10	418,76	660,61	145,63	123,09
Friuli Venezia Giulia	167,80	81,46	104,45	110,59	176,43	354,02	758,05	147,46	127,26
Liguria*	128,47	82,00	95,37	97,13	162,99	318,98	411,36	137,16	115,03
Emilia-Romagna*	83,83	70,82	76,10	93,72	149,16	357,83	532,45	125,72	104,81
Toscana	118,57	73,74	79,44	101,56	142,95	322,04	403,41	127,17	107,18
Umbria	129,67	84,94	62,59	76,61	130,88	333,44	448,97	109,09	92,86
Marche*	138,35	89,05	83,91	103,43	167,44	390,89	658,55	138,79	118,21
Lazio*	162,19	112,50	109,54	115,20	189,86	408,94	404,43	165,31	137,43
Abruzzo*	93,94	98,95	105,75	120,54	203,42	414,85	776,22	163,09	138,59
Molise	276,28	83,72	90,41	129,92	188,25	479,18	383,72	157,43	137,92
Campania*	94,00	80,67	83,19	91,04	145,55	358,15	417,40	114,47	106,42
Puglia*	132,53	105,93	110,08	123,47	198,74	462,37	821,25	161,24	143,09
Basilicata	226,76	85,44	101,93	129,47	200,64	426,99	519,54	163,68	141,27
Calabria*	148,27	97,89	103,86	115,22	187,69	378,11	802,96	145,69	133,05
Sicilia*	104,15	90,66	91,26	113,31	182,06	402,39	639,66	136,97	126,48
Sardegna*	209,74	93,55	103,90	131,15	204,32	441,40	958,04	184,36	144,71
<b>Italia</b>	<b>123,12</b>	<b>88,58</b>	<b>90,20</b>	<b>104,07</b>	<b>166,69</b>	<b>375,65</b>	<b>539,40</b>	<b>138,19</b>	<b>119,20</b>
Nord-Ovest	142,43	86,26	83,00	94,97	153,24	338,13	504,75	129,12	110,24
Nord-Est	106,06	78,70	87,60	101,55	161,39	381,53	592,99	136,12	115,39
Centro	145,20	95,48	93,57	106,97	169,32	377,54	423,41	146,83	122,81
Sud	115,99	91,49	95,66	108,41	176,25	403,87	612,95	138,86	125,29
Isole	112,16	91,05	93,27	116,90	188,10	415,64	720,53	146,69	130,19

\*A causa di incompletezza dei dati, i rapporti delle regioni Piemonte, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna sono stati stimati.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento i nati vivi in Italia nel 2001.

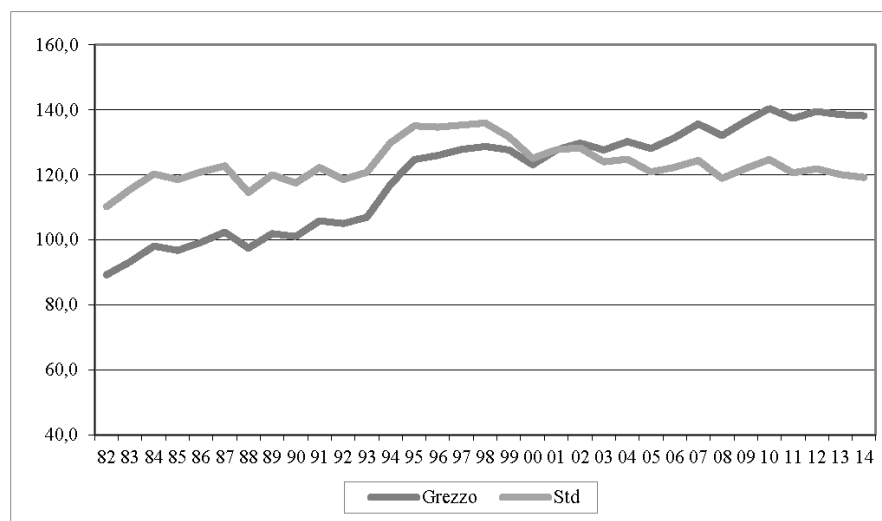
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per Aborto Spontaneo. Anno 2014.

**Rapporto (standardizzato per 1.000 nati vivi) di dimissioni ospedaliere da istituti di cura per aborto spontaneo per regione. Anno 2014**





**Grafico 1** - Rapporto (grezzo e standardizzato per 1.000 nati vivi) di dimissioni ospedaliere da istituti di cura per aborto spontaneo - Anni 1982-2014

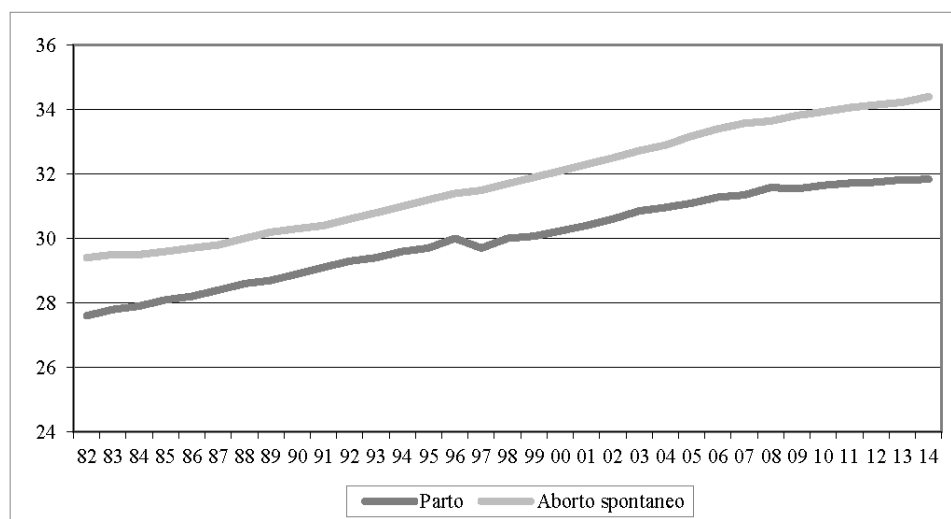


**Nota:** a causa di incompletezza dei dati, i rapporti sono stati stimati per le seguenti regioni: Piemonte (anni 1986-1993, 1995-1997, 2014), Lombardia (anni 2010, 2012, 2014), Liguria (anni 2011, 2013-2014), Emilia-Romagna (anni 2013-2014), Toscana (anno 1984), Marche (anno 2014), Lazio (anni 1995, 2014), Abruzzo (anno 2014), Molise (anni 2004, 2011-2013), Campania (anni 2006-2009, 2012, 2014), Puglia (anni 2013-2014), Basilicata (anno 2013), Calabria (anno 2014), Sicilia (anni 2009-2010, 2013-2014), Sardegna (anni 2011, 2013-2014), tutte le regioni (anno 1998).

La standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento i nati vivi in Italia nel 2001.

**Fonti dei dati:** Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per Aborto Spontaneo. Anni 1982-2014.

**Grafico 2** - Età media (valori in anni) al parto e all'aborto spontaneo - Anni 1982-2014



**Fonti dei dati:** Istat: Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita. Istat: Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anni 1982-2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia, diversamente da altri Paesi europei, presenta la peculiarità di avere una indagine specifica sugli AS, pur limitando la rilevazione ai soli casi ospedalizzati. Tale indagine consente di evidenziare eventuali situazioni a rischio che necessiterebbero, in ogni caso, di studi specifici più approfonditi sui fattori di rischio, sia in campo lavorativo che ambientale. Non meno importanti risultano i fattori di tipo biologico e sociologico: l'età è, senza dubbio, un fattore di

rischio determinante per il buon esito della gravidanza. Posticipare il calendario riproduttivo aumenta il rischio di AS (e non solo) per cui andrebbero progettati ed organizzati interventi a favore della donna e della coppia che consentano di effettuare delle scelte consapevoli sul *timing* delle gravidanze desiderate.

### Riferimenti bibliografici

(1) Istat: Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2014. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.

## Progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie: “Sistema di sorveglianza sull’Interruzione Volontaria di Gravidanza”

Dott.ssa Angela Spinelli, Sig.ra Marina Pediconi, Sig. Ferdinando Timperi, Sig. Mauro Bucciarelli, Sig.ra Silvia Andreozzi, Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Marzia Loghi, Dott.ssa Alessia D’Errico

Nel nostro Paese, attualmente, si eseguono circa 100.000 Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) l’anno e si tratta di una delle più frequenti cause di ricovero per le donne in età riproduttiva.

Grazie al Sistema di sorveglianza, attivo dal 1980 e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Ministero della Salute, l’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e le Regioni, l’Italia dispone di dati accurati e aggiornati che permettono dei confronti con quelli di altri Paesi (1). Sulla base di questi dati, il Ministro della Salute presenta, annualmente, al Parlamento una relazione sulla attuazione della Legge n. 194/1978 (2). Sebbene la qualità dei dati sia migliorata nel tempo, negli ultimi anni sono stati riferiti, dai referenti regionali del Sistema di sorveglianza e dai professionisti coinvolti, alcuni problemi relativi alla completezza del dato e all’effettuazione dell’intervento. Allo scopo di mantenere la qualità del dato e migliorare l’applicazione della Legge n. 194/1978 che regola l’IVG, l’ISS ha proposto uno specifico Progetto, che è stato approvato e finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie/Ministero della Salute. Il Progetto ha avuto la durata di 1 anno ed è iniziato a marzo 2015.

In un’ottica di condivisione e collaborazione con le Regioni, prima di tutto è stata organizzata una riunione con i rappresentanti del Ministero della Salute, dell’Istat e i referenti regionali del Sistema di Sorveglianza IVG e del Tavolo Tecnico per la piena applicazione della Legge n. 194/1978, per evidenziare i principali problemi presenti per quanto riguarda il flusso dati e l’applicazione di tale legge sul territorio e per indirizzare il corso di formazione da svolgere nell’ambito del Progetto. Su 21 regioni, 18 hanno partecipato all’incontro (86%). Successivamente, è stata inviata ai referenti regionali una scheda, proposta dall’ISS in accordo con il Ministero della Salute, per raccogliere maggiori dettagli sul flusso dati e sulle criticità dell’applicazione della legge, anche attraverso il contributo diretto dei professionisti che lavorano sul territorio.

Le principali criticità segnalate sono state:

- per il flusso dati: la poca considerazione di questo flusso, la scarsa attenzione nella compilazione dei Modelli D.12/Istat da parte del personale addetto e la difficoltà di confrontare il flusso D.12 con quello relativo alle Schede di Dimissione Ospedaliera perché disponibili in tempi diversi e perché presentano modalità di compilazione e codici di variabili differenti. Solo alcune regioni producono una reportistica annuale sulla tematica, hanno siti o pagine *web* dedicate e svolgono incontri con i professionisti coinvolti;
- per l’applicazione della Legge n. 194/1978: la scarsa presenza di personale dedicato, sia nelle strutture ospedaliere che consultoriali, l’elevato numero di obiettori, la difficoltà a garantire la *privacy* a causa della condivisione con altri tipi di intervento, la non sempre ottimale collaborazione e raccordo tra strutture ospedaliere e consultoriali e la mancanza di incontri di confronto tra professionisti.

Infine, è stato realizzato un corso di formazione, accreditato Educazione Continua in Medicina, per i referenti regionali in cui sono state presentate dall’ISS e dall’Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati presentati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati e l’applicazione della Legge n. 194/1978. Al corso hanno partecipato trenta referenti regionali di 17 regioni (pari all’81% del totale) e il materiale prodotto, incluso un *fac-simile* di rapporto che le Regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati, è stato messo a disposizione dei referenti di tutte le regioni.

*Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie*

### Riferimenti bibliografici

- (1) Grandolfo M, Spinelli A, Pediconi M, Timperi F, Andreozzi S, Bucciarelli M. Il Sistema di sorveglianza epidemiologica dell’interruzione volontaria di gravidanza. *Notiziario dell’Istituto Superiore di Sanità* 2009; 22 (05): 3-7.
- (2) Ministero della Salute (2016), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2014 e 2015. Roma: Ministero della Salute, 2016. Disponibile sul sito: [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=2552).

## 22 aprile 2016: “Giornata Nazionale della Salute della Donna”

Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Sara Terenzi, Dott.ssa Carmela Santuccio

L'attenzione alla salute della donna è, ormai da tempo, divenuta un tema centrale nella riflessione culturale, civile e professionale e una scelta strategica politica posta da diverse Conferenze internazionali, a partire dalla storica IV Conferenza delle Nazioni Unite svoltasi a Pechino del 1995, dalle Risoluzioni dell'Unione Europea e dai documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La salute della donna rappresenta un fattore strategico di qualità, nonché un prezioso valore aggiunto per il Sistema Salute; infatti, tutelare la salute femminile significa tutelare la salute di una intera famiglia e di tutta la collettività, proprio per il ruolo chiave delle donne nella vita familiare e della società.

Il Ministero della Salute si è fatto promotore, per il giorno 22 aprile (data di nascita del premio Nobel Rita Levi Montalcini), della “Giornata Nazionale sulla Salute della Donna”, su proposta della “Fondazione Atena Onlus” e del “Comitato Atena Donna”, Associazioni attive nel campo della divulgazione dei temi legati alle neuroscienze e alla prevenzione della salute della donna, dalla nascita alla senescenza.

**Figura 1** - Manifesto per la salute femminile - Anno 2016



La “Giornata Nazionale sulla Salute della Donna” è stata istituita, secondo la “Direttiva 11 giugno 2015 del Presidente del Consiglio, pubblicata in G.U. del 10 agosto 2015”, con l’obiettivo di sensibilizzare tutti i cittadini sul tema della salute della donna, intesa come prevenzione di patologie specifiche e benessere psicofisico del mondo femminile. Proprio per favorire la massima attenzione pubblica sui temi che sottendono alla Giornata, il Ministero della Salute ha organizzato a Roma, presso l’Aranciera San Sisto, un evento significativo in cui è stato realizzato il primo “Laboratorio Gestazionale” sulle diverse tematiche connesse al tema della salute femminile. A tal fine, sono stati allestiti dieci tavoli tematici per affrontare le seguenti direttrici strategiche:

1. approccio alla salute femminile secondo la medicina di “genere”, per il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, e attenzione alla ricerca scientifica mirata specificamente alle esigenze e peculiarità delle donne;
2. strategie di comunicazione per accrescere la consapevolezza delle donne sulle tematiche di salute, per sé e per la propria famiglia;
3. tutela e promozione della salute sessuale e riproduttiva (anche attraverso la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse) e la tutela della fertilità (favorendo una procreazione responsabile e consapevole e sostenendo la salute materna e neonatale);
4. disponibilità di una alimentazione sana e nutriente, sin dal concepimento, per favorire una crescita in salute;
5. disponibilità e accesso a efficienti strumenti per la prevenzione dei tumori femminili, anche attraverso la promozione degli screening di provata efficacia;
6. tutela della salute mentale della donna e contrasto alle condizioni che favoriscono l’insorgenza di disturbi mentali, soprattutto in determinate epoche della vita femminile, e attenzione per la peculiare relazione della donna adolescente con il proprio corpo e per la conseguente prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare, delle dipendenze e degli stili di vita scorretti;
7. prevenzione, individuazione e contrasto della violenza sulle donne, assistenza medica, supporto psicologico e riabilitazione e impegno per il diritto alla salute delle donne vulnerabili e emarginate, con particolare attenzione alla condizione sanitaria delle donne migranti;
8. tutela della salute della donna lavoratrice e attenzione alle problematiche specifiche nel mondo del lavoro;
9. sicurezza della cosmesi e della medicina e chirurgia estetica, per una “sana” cura della bellezza;
10. strategie per favorire l’invecchiamento sano ed attivo dell’universo femminile.

Ad ogni tavolo tematico hanno partecipato rappresentanti di Associazioni di pazienti e cittadini, accademici ed esponenti del mondo sanitario, rappresentanti dei *media* e del mondo produttivo e esperti delle tematiche proposte. Il dibattito sui grandi temi della salute femminile non è stato limitato ai presenti e agli attori dei tavoli, ma aperto a tutti i cittadini, attraverso la grande *agorà* della rete e l'utilizzo dei *social media* *Twitter* e *Facebook*. Una squadra dedicata di *social media manager* ha veicolato la conversazione in rete, agevolando il processo del *live reporting* e consentendo a tutti i cittadini interessati di dare il proprio contributo.

Al termine della giornata, il Ministro Lorenzin, analizzate le istanze provenienti da questo *panel* allargato, le ha fatte confluire nel “Manifesto per la salute femminile”, da lei sottoscritto, contenente azioni e prospettive concrete per dare un seguito fattivo alla celebrazione della giornata dedicata. Le aree tematiche contenute nel Manifesto saranno sviluppate nei prossimi 5 anni attraverso azioni prioritarie, in parte già identificate nel dibattito della giornata, che prevedono il contributo di tutte le forze del Servizio Sanitario Nazionale, delle altre Istituzioni che riconoscono in un impegno multisettoriale la leva vincente per raggiungere risultati significativi, degli *stakeholder* del mondo produttivo, del terzo settore e delle rappresentanze del mondo femminile e della società attiva in generale.

In particolare, il “Tavolo sulla Sessualità, fertilità e salute materna” ha messo a fuoco i temi della sessualità, fertilità e salute materna, prioritari per la crescita stessa del Paese, ma che presentano, ad oggi, margini di miglioramento, in particolare in relazione all’appropriatezza dell’approccio assistenziale, all’informazione qualificata e all’educazione rivolta alle giovani generazioni. Infatti, è necessario accompagnare la donna nei cambiamenti fisiologici nel corso della vita, dall’adolescenza alla menopausa, promuovendo un dialogo comunicativo tra gli operatori e la donna, che integri le conoscenze mediche per una medicina centrata sulla persona. È, inoltre, indispensabile realizzare un coordinamento efficace dei servizi in rete per attivare percorsi globali multidisciplinari che rispondano alle reali necessità delle donne di qualsiasi età, cultura e condizione.

Le cinque azioni prioritarie individuate dal Tavolo sulla Sessualità, fertilità e salute materna sono state:

AZIONE 1. Percorso globale di accompagnamento alla fertilità naturale e assistita, dal periodo preconcezionale alla gravidanza (anche in caso di scelta di interruzione) e al puerperio, a partire dal potenziamento della rete territoriale dei consultori familiari, valorizzando il ruolo dell’ostetrica come figura di riferimento per la donna e creando percorsi specifici per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici.

AZIONE 2. Realizzare programmi educativi di conoscenza della fertilità alle giovani generazioni, anche alle fasce prepubere, in collaborazione con la famiglia, la scuola e la comunità.

AZIONE 3. Revisione dei *curricula* formativi in corsi di Laurea in Ostetricia e di specialità in Ostetricia e Ginecologia e corsi di formazione e aggiornamento per pediatri e Medici di Medicina Generale, farmacisti, nonché giornalisti e comunicatori che si occupano di salute sessuale e riproduttiva.

AZIONE 4. Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie sessualmente trasmesse, attraverso un modello di percorso integrato nella rete dei servizi, incluse le farmacie, e sostenendo la formazione agli operatori e l’informazione agli utenti, anche alla luce delle attuali conoscenze sul microbiota vaginale e intestinale.

AZIONE 5. Promuovere la medicina della felicità quale integrazione tra conoscenze mediche e dialogo comunicativo (medicina narrativa) ed equità, per una medicina centrata sulla donna.

Durante la giornata è stata anche presentata la pubblicazione “Quaderni del Ministero della Salute. Il genere come determinante di salute - Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura”, redatto da un gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Walter Ricciardi, Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2016). Manifesto salute femminile e 50 azioni. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.isp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2543](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.isp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2543).

## Supplementazione con acido folico e altre aree di intervento per la prevenzione primaria di esiti avversi della riproduzione

Dott. Pietro Carbone, Dott. Paolo Salerno, Dott.ssa Domenica Taruscio

L'acido folico e i folati sono vitamine del gruppo B (vitamina B9). Anche se frequentemente usati come sinonimi, i due termini vanno distinti, in quanto il termine folato si riferisce alla vitamina nella sua forma naturale, presente negli alimenti, mentre l'acido folico fa riferimento alla molecola di sintesi che si trova nei complessi vitaminici e nei cibi fortificati dall'industria alimentare (ad esempio cereali da colazione).

Alimenti naturalmente ricchi di folati sono, per esempio, le verdure a foglia verde (spinaci, broccoli, asparagi e lattuga), i legumi (fagioli e piselli), la frutta (kiwi, fragole e arance) e la frutta secca (come mandorle e noci). Per quanto riguarda i cibi di origine animale, il fegato e altre frattaglie hanno contenuti piuttosto elevati in folati, come anche alcuni formaggi e le uova da consumare, però, in porzioni limitate e non frequenti.

È da rilevare che, per lo svolgimento dell'azione dei folati nei processi di regolazione della sintesi dell'acido desossiribonucleico (DNA) e proliferazione cellulare, è essenziale anche un adeguato apporto di vitamina B12 (nota anche come cobalamina) (1). Questa vitamina si trova quasi esclusivamente negli alimenti di origine animale (pesce, uova, latticini e carne).

Nuovi regimi dietetici che si vanno diffondendo nella nostra popolazione (ad esempio il veganismo) potrebbero determinare stati carenziali potenzialmente a rischio per la salute del nascituro.

Queste vitamine sono essenziali per la sintesi del DNA e delle proteine e assumono, pertanto, un ruolo importante nel controllo dei processi di proliferazione e divisione cellulare e, di conseguenza, per i tessuti che vanno incontro a processi di proliferazione e differenziazione (ad esempio tessuti ematopoietici e tessuti embrionali). Chiare evidenze scientifiche e cliniche riconoscono nell'acido folico un supplemento vitaminico essenziale nel trattamento di alcune forme di anemia nell'adulto e per la prevenzione primaria di alcune gravi malformazioni congenite. Questa vitamina sembra avere anche un ruolo protettivo (abbassando i livelli dell'aminoacido omocisteina) rispetto a malattie cardiovascolari e infarti.

Con riferimento alla prevenzione primaria delle malformazioni congenite esistono, in particolare, solide evidenze scientifiche sull'efficacia della supplementazione periconcezionale di questa vitamina nella riduzione del rischio di Difetti del Tubo Neurale (DTN) e conseguenti anomalie congenite, quali la spina bifida e l'encefalia. Inoltre, non si esclude la possibilità che questa vitamina possa intervenire anche nella prevenzione di altri difetti e malformazioni congenite, come la labio-palatoschisi e alcuni difetti cardiaci congeniti (2).

Nel nostro Paese esiste, dal 2004, una raccomandazione per la prevenzione dei DTN che prevede la supplementazione periconcezionale (almeno 1 mese prima dell'inizio della gravidanza e per il I° trimestre) di 400 mcg/die di acido folico. Elaborata dal *Network* Italiano Promozione Acido Folico (*network* nato e coordinato dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità), tale raccomandazione è stata pubblicata nel 2004 sul Bollettino di informazione sui farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco (3) e viene esplicitamente richiamata nelle Linee Guida per la gravidanza fisiologica pubblicate nel 2010 e aggiornate nel 2011 dal Sistema Nazionale per le Linee Guida.

L'ampia diffusione che è stata data negli anni a questa raccomandazione, anche grazie a diversi Progetti nazionali e regionali di promozione della salute riproduttiva e prevenzione di esiti avversi della gravidanza, ha determinato un incremento delle percentuali di donne che, pianificando una gravidanza, seguono una corretta prassi di assunzione di acido folico. I dati di corretta assunzione dell'acido folico prima del 2004, ovvero prima della pubblicazione della raccomandazione, rilevavano che solo il 3-5% delle donne assumeva acido folico in epoca preconcezionale. Diverse indagini, condotte tra gli anni 2010 e 2014, indicavano percentuali variabili tra il 25-40% di donne che assumono questa vitamina con finalità preventive dei DTN prima dell'inizio della gravidanza (4-6). Questi stessi lavori scientifici evidenziano che le donne hanno assunto, in generale, una maggiore consapevolezza e conoscenza sul ruolo protettivo dell'acido folico per la prevenzione dei DTN, ma che ancora esistono diversi problemi da affrontare: la difficoltà di informare le donne straniere e appartenenti alle fasce di popolazione più svantaggiate (con più alti indici di deprivazione) e l'impossibilità di intervenire efficacemente sulle gravidanze inattese, ovvero non programmate.

Per colmare il *gap* informativo verso le minoranze etnico-linguistiche, sono stati realizzati, nell'ambito di diversi Progetti, dei materiali divulgativi multilingua (ad esempio la *brochure* in undici lingue "Acido folico, un concentrato di protezione per il figlio che verrà").

Da qui, la necessità di assicurare, parallelamente alla promozione della supplementazione con acido folico, anche interventi di promozione nutrizionale volti a proporre modelli alimentari in grado di assicurare livelli basali di folatemia protettivi, evitando possibili stati carenziali dovuti a modelli nutrizionali inadeguati.

Allo stesso tempo, sarebbe necessario investire in senso più ampio sulla promozione della salute riproduttiva, finalizzata a preservare sia la capacità riproduttiva dell'individuo che a preparare in modo corretto l'inizio di una gravidanza. La salute del neonato inizia, infatti, prima ancora del suo concepimento, identificando e intervenendo sui potenziali fattori (ad esempio alcol, fumo, esposizioni ad agenti teratogeni/genotossici etc.) che possono aumentare il rischio di un esito avverso riproduttivo (aborti, mortalità fetale, natimortalità, prematurità, malformazioni e difetti congeniti).

In tal senso, possono essere ricondotti modelli di strategia operativa destinati alla salute preconcezionale riguardanti diverse aree, come la salute delle adolescenti, la pianificazione familiare, la corretta nutrizione e i corretti stili di vita, la prevenzione e il trattamento delle infezioni (come la vaccinazione contro la rosolia), lo screening e la gestione delle malattie croniche (ad esempio l'epilessia) e delle terapie ad esse connesse, nonché in modo più ampio l'assunzione di farmaci nel corso della gravidanza.

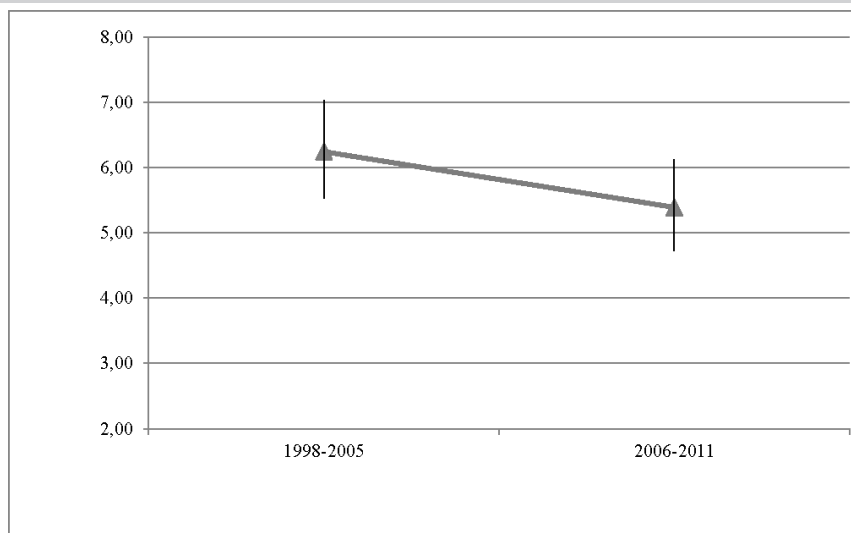
I dati epidemiologici iniziano a fornire iniziali incoraggianti segnali sull'impatto che possono avere interventi di prevenzione primaria in questo ambito.

Recenti analisi su tendenze temporali, basate sui dati di due registri storici delle malformazioni congenite (Registro toscano Difetti congeniti e Indagine sulle malformazioni in Emilia-Romagna), evidenziano trend in diminuzione per alcuni gruppi di malformazioni congenite e, in particolare, per i DTN (Grafico 1), per i quali la prevalenza è passata da un valore di 6,24 per 10.000 nel periodo 1998-2005 a 5,39 per 10.000 nel periodo 2006-2011 (7).

Secondo gli Autori, questa diminuzione potrebbe, almeno in parte, essere attribuita all'aumentata percentuale di donne che assumono acido folico in epoca periconcezionale, a seguito della pubblicazione e diffusione della raccomandazione del *Network* Italiano Promozione Acido Folico. Inoltre, non è possibile escludere anche un contributo dell'applicazione di altre misure di prevenzione primaria che impattano sulla salute riproduttiva, quali la promozione di corretti stili di vita per le donne in età fertile: corretta alimentazione prima e durante la gravidanza (8) e contrasto ad altri fattori di rischio per la gravidanza come il fumo e l'alcol (9).

Negli ultimi anni, alcune linee di pensiero mettono in discussione l'utilità di indicare nelle raccomandazioni per la supplementazione di acido folico un tempo definito antecedente il concepimento per iniziare l'assunzione (1 mese, 2 mesi o 3 mesi prima del concepimento) (10, 11). A prescindere dalla ragionevolezza di queste considerazioni, ciò che è preminente e prioritario nella promozione della salute riproduttiva è concentrare l'attenzione non tanto su uno specifico periodo antecedente l'inizio di una gravidanza, ma a quel lasso di tempo (che può essere breve, medio o lungo) nel quale una coppia esprime un desiderio di procreazione o nel quale utilizza metodi contraccettivi non del tutto efficaci poiché è nella condizione di procreare. Proprio in questo lasso temporale, e su un *target* di popolazione che include tutta la popolazione in età fertile, i medici dovrebbero essere proattivi nel fare idonei interventi di *counseling* riproduttivo e preconcezionale utile a valutare e correggere eventuali fattori di rischio presenti, inclusa la carenza di folati nelle donne.

**Grafico 1** - Prevalenze (Intervalli di Confidenza - valori al 95%) alla nascita di Difetti del Tubo Neurale - Anni 1998-2005, 2006-2011



Fonte dei dati: Italian Obstetric Surveillance System. Anno 2014.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Mahmood L. The metabolic processes of folic acid and Vitamin B12 deficiency. *Journal of Health Research and Reviews*. January April 2014. Volume 1. Issue 1.
- (2) De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 14; (12): CD007950.doi:10.1002/14.651.858.CD007950.pub3. Review.
- (3) Bollettino di informazione sui farmaci AIFA. ANNO XI - N. 2 2004. Disponibile sul sito: [www.iss.it/binary/acid4/cont/AIFA\\_200402.pdf](http://www.iss.it/binary/acid4/cont/AIFA_200402.pdf).
- (4) Lauria L, Adinolfi G, Bartolomeo F, Petrucelli E, Grandolfo M. Women's knowledge and periconceptional use of folic acid: data from three birth centers in Italy. *Rare Dis Orphan Drugs* 2014; 1 (3): 98-107.
- (5) De Santis M, Quattrocchi T, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Chiaradia G, De Luca C. Folic acid use in planned pregnancy: an Italian survey. *Matern Child Health J*. 2013 May; 17 (4): 661-6. doi: 10.1007/s10995-012-1047-2.
- (6) Nilsen RM, Leoncini E, Gastaldi P, et al. Prevalence and determinants of preconception folic acid use: an Italian multicenter survey. *Italian Journal of Pediatrics*. 2016; 42: 65. doi:10.1186/s13052-016-0278-z.
- (7) Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica (2014). *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013*.
- (8) "Il Decalogo Nutrizione e sicurezza alimentare in gravidanza". Disponibile sul sito: [www.iss.it/binary/inte/cont/Decalogo\\_gravidanza.pdf](http://www.iss.it/binary/inte/cont/Decalogo_gravidanza.pdf).
- (9) Esposizione ai rischi del fumo e dell'alcol in gravidanza e durante l'allattamento". Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/passi/pdf2016/Fumo%20alcol%20gravidanza%20e%20allattamento\\_no%20divieti.pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2016/Fumo%20alcol%20gravidanza%20e%20allattamento_no%20divieti.pdf).
- (10) Mastroiacovo P e Corchia C. Riflessioni sulla prevenzione primaria dei difetti del tubo neurale in Italia e spunti per una raccomandazione basata sulle evidenze più recenti. *Quaderni ACP* 2016. 23 (1): 20-23.
- (11) Nilsen RM, Leoncini E, Gastaldi P, Allegri V, Agostino R, Faravelli F, Ferrazzoli F, Finale E, Ghirri P, Scarano G, Mastroiacovo P. Prevalence and determinants of preconception folic acid use: an Italian multicenter survey. *Ital J Pediatr*. 2016 Jul 13; 42 (1): 65 doi: 10.1186/s13052-016-0278-z.

## Contracezione in Italia

Dott.ssa Lisa Francovich, Dott.ssa Lidia Gargiulo

La salute riproduttiva viene ufficialmente riconosciuta come una delle irrinunciabili componenti del concetto di salute nel 1994, durante la conferenza del Cairo organizzata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite su popolazione e sviluppo<sup>1</sup>. Tra gli elementi che concorrono a determinarla, vi è la possibilità di poter regolare liberamente, e in modo sicuro, la propria fecondità; pertanto, diventa centrale la questione dell'accesso alla contraccezione, in particolare a contraccettivi moderni e ad alta efficacia.

L'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) tra il 2012 e il 2013, costituisce il più recente riferimento per studiare i comportamenti contraccettivi della popolazione italiana<sup>2</sup> e per costruire gli indicatori promossi dalle Nazioni Unite per monitorare i bisogni contraccettivi a livello mondiale (1, 2).

Per l'individuazione della popolazione *target* oggetto di analisi, dapprima sono state considerate l'insieme di donne di età 18-49 anni (popolazione stimata pari a 10.617.620 donne), successivamente il contingente di riferimento è stato affinato considerando le persone "sessualmente attive negli ultimi 12 mesi", vale a dire le donne che hanno dichiarato di avere avuto rapporti sessuali nel periodo considerato (popolazione stimata di 8.970.938 di donne). Si è tenuto conto, inoltre, del tipo di unione tra la donna e il *partner* che rappresenta uno dei fattori più rilevanti nel condizionare il ricorso alla contraccezione; la quota di donne che vive in coppia stabilmente (convivenza o matrimonio) è pari al 57,7% della popolazione *target* considerata.

I quesiti attraverso cui si rilevano i comportamenti contraccettivi si riferiscono all'utilizzo negli ultimi 12 mesi da parte dell'intervistata o del proprio *partner*<sup>3</sup>.

### Risultati

Dai dati rilevati dall'indagine Istat sulle condizioni di salute, si stima che, in Italia, la percentuale di donne di età 18-49 anni che dichiara di aver utilizzato almeno un metodo contraccettivo, tra quelle sessualmente attive negli ultimi 12 mesi, è pari al 73,0% (Tabella 1).

Tra le donne che non vivono in coppia, la prevalenza del ricorso a metodi contraccettivi è molto più elevata (83,8%) rispetto a quelle che vivono in unione stabile (67,4%), più facilmente in cerca di una possibile gravidanza. Soffermandosi sulla distribuzione territoriale di quest'ultimo indicatore tra le donne in unione, emerge che le regioni meridionali, escluse le Isole, presentano prevalenze più basse rispetto al dato italiano, ma ad esse si affiancano anche alcune del Centro come, ad esempio, le Marche (59,7%) (Tabella 2).

Il 61,2% della popolazione in esame ricorre a metodi contraccettivi classificati come "moderni", ovvero preservativi, diaframma, pillola, spirale, anello vaginale, cerotto contraccettivo e sterilizzazione, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La prevalenza varia in un *range* che va dal 52,0% della Puglia al 70,8% della Liguria. Nel caso delle donne che sono in coppia, la prevalenza del ricorso a metodi moderni scende al 53,7%. A livello regionale si rilevano prevalenze più elevate al Centro-Nord rispetto alle regioni del Sud ed Isole, ad eccezione della Sardegna per le Isole e delle Marche per il Centro. In particolare, in Liguria si attesta la prevalenza più alta (64,5%) e in Abruzzo quella più bassa (42,5%).

Tra i diversi metodi contraccettivi rilevati nell'indagine, sono stati rappresentati per i confronti territoriali solo quelli maggiormente diffusi nella popolazione *target* considerata, vale a dire il preservativo, la pillola e il coito interrotto, che sono gli unici metodi che raggiungono prevalenze superiori alle due cifre. Circa una donna su quattro (25,9%) sceglie la pillola come metodo contraccettivo e tra le donne che non sono in coppia la quota raggiunge il 34,9% (Tabella 1). La diffusione della pillola mostra un gradiente territoriale Nord-Sud ed Isole, con percentuali più elevate al Centro-Nord, mentre le più basse si registrano in Basilicata (17,9%), Marche (18,1%) e Molise (19,5%). Fa eccezione la Sardegna, che ha un valore estremamente elevato (42,5%) di ricorso alla pillola che la distanzia da tutte le altre regioni (Tabella 3).

<sup>1</sup>La salute riproduttiva è "lo stato di completo benessere fisico, emotivo, psicologico e sociale in tutto ciò che attiene il sistema riproduttivo, le sue funzioni ed i suoi meccanismi per cui l'individuo sia in grado di avere: una soddisfacente e sicura vita sessuale, la possibilità di riprodursi, la libertà di decidere se, quando e quante volte avere un figlio" (3).

<sup>2</sup>Un modulo specifico del questionario, rivolto a tutti i componenti della famiglia di età >14 anni (donne fino ai 54 anni, uomini fino ai 79 anni), ha indagato il ricorso a metodi contraccettivi negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista. A causa della delicatezza del tema, al fine di limitare il più possibile il numero di rifiuti (la cosiddetta mancata risposta totale), si richiedeva agli intervistati di restituire al rilevatore il questionario in una apposita busta chiusa, a garanzia della loro *privacy*. Nonostante tutti gli accorgimenti presi, la mancata risposta totale (il rifiuto di compilare il questionario) si è attestata al 15,7% ed è stata particolarmente elevata tra le persone più giovani e tra quelle più anziane. In questa sede sono stati analizzati i comportamenti delle donne maggiorenni in età feconda, selezionando, quindi, il campione di donne di età 18-49 anni (n=24.122, considerando solo le donne sessualmente attive n=20.856).

<sup>3</sup>Due 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 a 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.



Il metodo contraccettivo più diffuso resta, comunque, il preservativo (39,1% su tutte le donne sessualmente attive), sia quando utilizzato regolarmente ad ogni rapporto che in modo saltuario, mentre la quota scende al 22,0% considerando esclusivamente un uso regolare (calcolando cioè la prevalenza dei soli casi in cui è stato dichiarato l'uso "sempre ad ogni rapporto" col proprio *partner*). A livello territoriale, l'uso regolare del preservativo si distribuisce senza un gradiente netto e con una quota quasi sempre dimezzata in tutte le regioni se si considera il suo utilizzo più o meno regolare: si va da un minimo di diffusione del preservativo in Sardegna (32,9%) ad un massimo in Molise (47,8%), mentre la distribuzione del ricorso al preservativo in modo regolare varia dal 18,4% (Marche) a 29,0% (Molise).

Poiché l'uso del preservativo può assumere una funzione di protezione contro malattie sessualmente trasmissibili, il suo elevato utilizzo può essere ricondotto anche a questa doppia funzione. Al contrario, il coito interrotto non ha nessuna funzione protettiva contro le malattie ed è meno efficace rispetto ai metodi moderni. Ciononostante, il suo ruolo nella storia delle popolazioni europee non va sottostimato, poiché è ad esso che è dovuto l'importante calo della fecondità europea all'interno della cosiddetta "prima transizione demografica", svolgendo il suo compito di controllo sulle nascite. Dall'introduzione di metodi più efficaci, nel corso del XIX secolo, il coito interrotto è stato classificato come metodo tradizionale, sia per la sua bassa efficacia che per la sua lunga storia. Il ricorso a tale metodo, nel 2013, raggiunge il 19,4% tra le donne di 18-49 anni che hanno avuto rapporti nei 12 mesi precedenti l'intervista, con percentuali tendenzialmente più elevate al Centro e nel Mezzogiorno (Marche e Lazio 24,3%, Puglia 23,3% e Campania 21,9%). Benché quasi del tutto soppiantato nel resto d'Europa da metodi più moderni (ad esempio in Francia, nel 2008, la quota di utilizzo del coito interrotto era dello 0,4%, in Germania, nel 2005, dello 0,7%, in Gran Bretagna, nel periodo 2008-2009, del 6,0% e in Spagna, nel 2006, dell'1,9%), il suo utilizzo resiste in Italia, tanto da farne il terzo metodo per utilizzo, dopo preservativo e pillola. Il suo uso è, comunque, in declino nel tempo (4) e le giovani generazioni tendono a sostituirlo con altri metodi più efficaci e sicuri<sup>4</sup>.

**Tabella 1** - Donne (valori percentuali) di età 18-49 anni sessualmente attive nell'ultimo anno, in coppia e non, per uso di metodi contraccettivi - Anno 2013

Metodi contraccettivi	Coppia	Non in coppia	Totale
Nessun metodo contraccettivo	32,6	16,2	27,0
Almeno un metodo contraccettivo	67,4	83,8	73,0
Almeno un metodo moderno*	53,7	76,0	61,2
-Pillola	21,3	34,9	25,9
-Preservativo**	31,4	53,9	39,1
-Preservativo (uso regolare)**	16,1	33,4	22,0
Coito interrotto	19,4	19,3	19,4

\*Per uso di metodi moderni, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle Nazioni Unite, si intende il ricorso a: preservativi, diaframma, pillola, spirale, anello vaginale, cerotto contraccettivo e sterilizzazione (5).

\*\*Uso del preservativo nei 12 mesi a volte oppure regolare (ovvero sempre ad ogni rapporto).

**Fonte dei dati:** Indagine Istat Multiscopo sulla Salute e il ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

<sup>4</sup>Approfondimenti sulla diffusione dei vari metodi contraccettivi e nei diversi gruppi di popolazione sono disponibili nell'*e-book* Istat sulla salute riproduttiva delle donne (2016) in corso di pubblicazione. Nello stesso volume si mettono a confronto, con le dovute cautele, anche le informazioni a distanza di circa 20 anni, evidenziando che rispetto ai vari metodi risulta evidente l'abbandono da parte delle generazioni più giovani del coito interrotto e l'adozione di metodi più efficaci e moderni, in particolare preservativo e pillola. L'uso del preservativo complessivamente diminuisce di poco. Riguardo alla pillola anticoncezionale, l'uso complessivo aumenta nel corso dei 20 anni ad opera di tutte le generazioni di donne intervistate. Diminuisce, infine, l'utilizzo della spirale.

**Tabella 2** - Donne (valori percentuali) di età 18-49 anni, sessualmente attive nell'ultimo anno, in coppia e non, che hanno fatto uso almeno di un metodo contraccettivo o che hanno utilizzato metodi moderni\* per regione - Anno 2013

Regioni	Almeno un metodo		Metodi moderni	
	Donne	Donne in coppia	Donne	Donne in coppia
Piemonte	73,4	68,7	64,6	57,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	72,6	65,8	60,6	50,2
Lombardia	74,9	70,2	63,9	58,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>72,3</i>	<i>63,3</i>	<i>65,9</i>	<i>55,3</i>
<i>Trento</i>	<i>75,3</i>	<i>71,6</i>	<i>65,4</i>	<i>61,2</i>
Veneto	74,3	70,0	63,6	57,3
Friuli Venezia Giulia	71,7	66,0	61,3	53,9
Liguria	78,5	72,4	70,8	64,5
Emilia-Romagna	73,7	67,9	61,6	53,7
Toscana	74,7	65,7	64,8	55,0
Umbria	72,1	65,0	60,4	52,9
Marche	65,8	59,7	53,1	44,5
Lazio	76,1	70,7	64,9	57,0
Abruzzo	66,8	57,9	55,3	42,5
Molise	72,1	62,0	59,4	46,0
Campania	67,8	63,6	52,9	46,7
Puglia	68,4	62,4	52,0	43,0
Basilicata	67,9	60,8	54,0	43,1
Calabria	68,3	61,3	58,1	50,2
Sicilia	72,8	68,6	58,4	51,6
Sardegna	78,4	71,2	68,1	57,2
<b>Italia</b>	<b>73,0</b>	<b>67,4</b>	<b>61,2</b>	<b>53,7</b>

\*Per uso di metodi moderni, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle Nazioni Unite, si intende il ricorso a: preservativi, diaframma, pillola, spirale, anello vaginale, cerotto contraccettivo e sterilizzazione (5).

**Fonte dei dati:** Indagine Istat Multiscopo sulla Salute e il ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

**Tabella 3** - Donne (valori percentuali) di età 18-49 anni sessualmente attive nell'ultimo anno per uso come metodo contraccettivo della pillola, del preservativo, del preservativo uso regolare e del coito interrotto per regione - Anno 2013

Regione	Pillola	Preservativo	Preservativo (uso regolare)	Coito interrotto
Piemonte	27,3	38,3	21,8	17,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,2	36,7	22,9	14,7
Lombardia	27,4	39,7	23,5	16,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>28,5</i>	<i>42,1</i>	<i>20,8</i>	<i>9,4</i>
<i>Trento</i>	<i>26,1</i>	<i>44,4</i>	<i>24,1</i>	<i>15,6</i>
Veneto	25,0	38,6	20,9	20,3
Friuli Venezia Giulia	27,6	38,2	21,0	19,0
Liguria	37,9	38,3	22,2	13,4
Emilia-Romagna	26,8	36,8	19,6	19,2
Toscana	31,0	39,2	22,4	18,8
Umbria	26,6	37,6	19,6	17,6
Marche	18,1	36,8	18,4	24,3
Lazio	25,7	44,0	24,7	24,3
Abruzzo	22,5	40,2	21,7	19,2
Molise	19,5	47,8	29,0	19,4
Campania	18,5	35,6	19,2	21,9
Puglia	20,5	36,6	19,9	23,3
Basilicata	17,9	42,6	23,6	17,5
Calabria	24,0	43,2	23,3	14,3
Sicilia	25,0	40,8	25,8	19,3
Sardegna	42,5	32,9	18,7	16,3
<b>Italia</b>	<b>25,9</b>	<b>39,1</b>	<b>22,0</b>	<b>19,4</b>

**Fonte dei dati:** Indagine Istat Multiscopo sulla Salute e il ricorso ai servizi sanitari. Anno 2013.

### Conclusioni

Il quadro complessivo che deriva dall'analisi sulla popolazione sessualmente attiva delle donne di età 18-49 anni, evidenzia che, in Italia, il ricorso ad un qualsiasi metodo contraccettivo si attesta a circa il 73%. Il 61,2% della popolazione considerata usa metodi moderni, a più alta efficacia rispetto a quelli tradizionali, ma persiste il ricorso al coito interrotto, che rappresenta una pratica ancora abbastanza diffusa rispetto ad altri Paesi, con una prevalenza non trascurabile pari al 19,4%. Le differenze a seconda della situazione di coppia sono rilevanti e mostrano come, all'interno della coppia, si accetta di incorrere maggiormente in una possibile gravidanza (solo il 53,7% utilizza metodi moderni, ovvero di maggiore efficacia), mentre le donne fuori dalla coppia si dimostrano in grado di evitare una gravidanza non desiderata attraverso un maggior ricorso a metodi contraccettivi moderni (76,0%).

Sul territorio si evidenzia una elevata eterogeneità tra le regioni, che non sempre ricalca un netto gradiente Nord-Sud ed Isole. Emergono, infatti, specificità regionali peculiari: la Sicilia e la Calabria si caratterizzano per una elevata diffusione del preservativo, la Basilicata per una bassissima diffusione della pillola, insieme a Campania e Puglia, regioni dove è più diffusa la pratica del coito interrotto. La Liguria, la Sardegna e la PA di Bolzano, invece, si distinguono per un elevato uso della pillola e una più bassa prevalenza del coito interrotto.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Crialesi R., Francovich L., Gargiulo L., Iannucci L. (2015). Il ricorso ai metodi contraccettivi in Italia, in Istat, in "Come cambia la vita delle donne. 2004-2014", Roma, pp. 30-33.
- (2) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Contraceptive Use 2010, (POP/DB/CP/Rev2010).
- (3) United Nations (1994). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.
- (4) De Sandre P., Pinnelli A., Santini A. (a cura di), 1999, "Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori del cambiamento", Bologna, Il Mulino.
- (5) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015, United Nations, New York.

## Piano Nazionale per la Fertilità

Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Carmela Santuccio, Dott.ssa Sara Terenzi

La riduzione dei tassi di fecondità e l'invecchiamento della popolazione preoccupano molti Paesi. Nell'ultimo secolo, la piramide dell'età della popolazione italiana è cambiata sostanzialmente (Grafico 1); l'Italia, tra i Paesi europei, è uno di quelli con il più basso tasso di fecondità. La combinazione tra la persistente denatalità ed il progressivo aumento della longevità conducono a stimare che, nel 2050, la popolazione inattiva sarà pari all'84% di quella attiva.

Nel corso degli anni, sono stati introdotti alcuni interventi a sostegno della natalità e, accanto a politiche economico-sociali, il Ministro della Salute, a maggio 2015, ha ritenuto opportuno lanciare un piano complementare di politiche sanitarie ed educative, al fine di rendere la popolazione consapevole del valore della fertilità, di come mantenerla e preservarla e di come prevenire o diagnosticare precocemente eventuali condizioni patologiche che possono minacciarla. Il Piano Nazionale per la Fertilità (PNF) (1) ha la finalità di realizzare azioni specifiche per:

1. informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla durata e su come proteggerla;
2. fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità e promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie dell'apparato riproduttivo;
3. sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della propria fertilità;
4. operare un capovolgimento della mentalità corrente volto a rileggere la fertilità come bisogno essenziale, non solo della coppia, ma dell'intera società, promuovendo un rinnovamento culturale in tema di procreazione;
5. celebrare questa rivoluzione culturale istituendo la Giornata Nazionale di informazione e formazione sulla Fertilità ("Fertility Day"), indetta per il giorno 22 settembre di ogni anno (2).

Gli obiettivi previsti dal PNF sono obiettivi formativi, informativi e sanitario-assistenziali.

**Figura 1** - Obiettivi del Piano Nazionale per la Fertilità



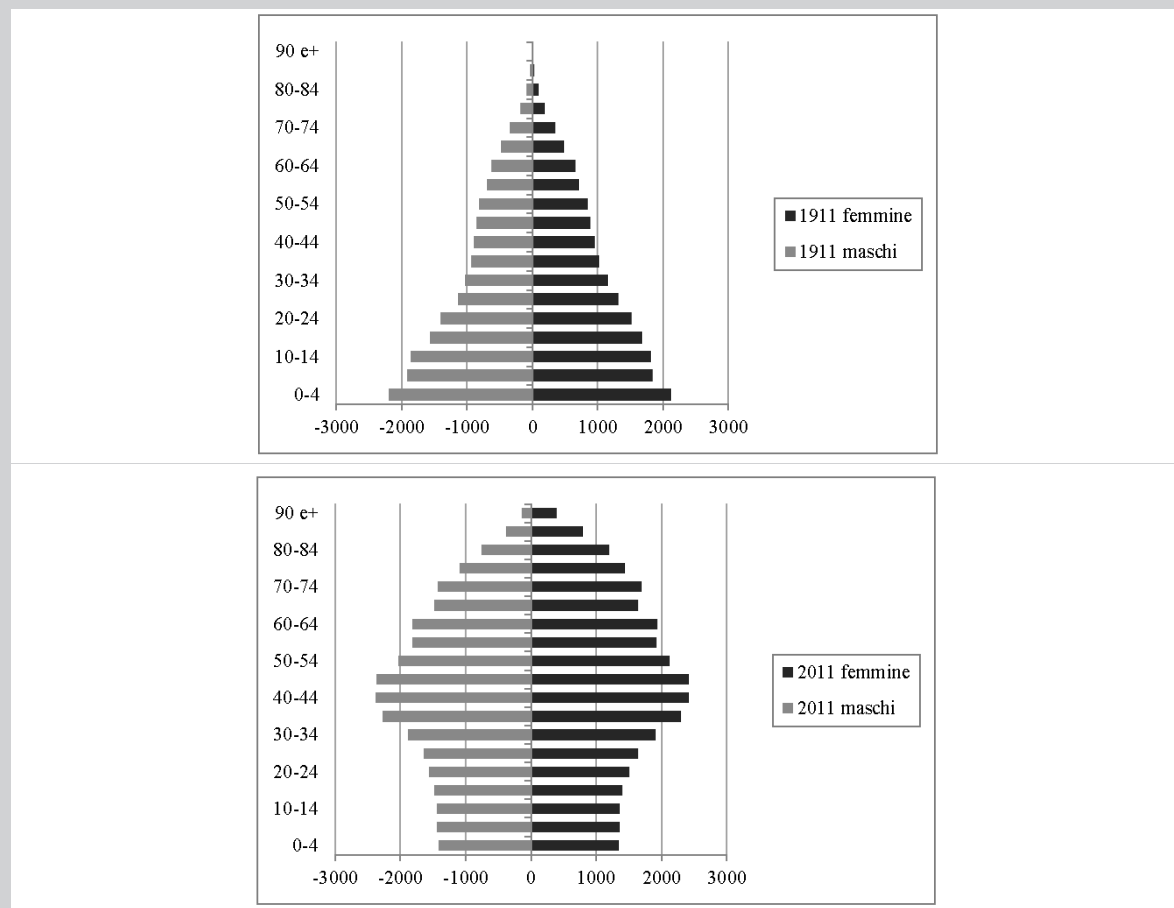
Sono previsti interventi formativi a partire dalla scuola, ma anche incontri con la popolazione e gli operatori sanitari e interventi informativi attraverso campagne di comunicazione con mezzi differenti (*media, social media, siti web, App* etc.) e materiali informativi distribuiti attraverso scuole, farmacie e ambulatori medici. Inoltre, la giornata nazionale del *Fertility Day* è una occasione per richiamare l'attenzione sul tema anche attraverso il coinvolgimento di Società Scientifiche, Ordini Professionali, Università, scuole, farmacie, Consultori, Associazioni, Regioni, Comuni e Federazioni degli operatori sanitari coinvolti sul territorio.

Gli obiettivi assistenziali previsti nel PNF intendono valorizzare il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei Consultori Familiari per favorire la diagnosi precoce di possibili patologie che possono compromettere la fertilità, ma anche per favorire la promozione della salute e la riduzione dei fattori di rischio, attraverso corretti stili di vita e la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili. Inoltre, per le coppie che hanno problemi di infertilità, il PNF prevede di definire percorsi *ad hoc* e requisiti specifici per l'individuazione di unità organizzative di Medicina e Chirurgia della Fertilità negli ospedali, in collaborazione con le Regioni.

È stato, inoltre, avviato uno Studio Nazionale Fertilità, finanziato dal Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, per raccogliere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, in grado di orientare e sostenere la programmazione di interventi a sostegno della fertilità, attraverso indagini rivolte sia alla popolazione potenzialmente fertile (adolescenti, studenti universitari e adulti) e sia ai professionisti sanitari (PLS, MMG, ginecologi, andrologi, endocrinolo-

gi, urologi e ostetriche). I risultati di questo studio daranno una fotografia nazionale utile non solo per orientare in maniera sempre più puntuale ed efficace gli interventi previsti dal PNF, ma anche per valutare i risultati di questa strategia negli anni futuri.

**Grafico 1** - Piramidi delle età (valori in anni) per genere (valori in migliaia): Italia - Anni 1911, 2011



**Fonte dei dati:** Istat. Censimento generale della popolazione. Anni 1911 e 2011.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Piano Nazionale per la fertilità. Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro; 27 maggio 2015. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2367\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2367_allegato.pdf).
- (2) Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 luglio 2016. Indizione della "Giornata nazionale di informazione e formazione sulla fertilità" (G.U. Serie Generale, n. 209 del 07 settembre 2016).

## Screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie

Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Rosetta Cardone, Dott.ssa Maria Grazia Privitera, Dott.ssa Giuseppina Rizzo

Una delle principali difficoltà che, generalmente, incontrano le persone colpite da una malattia rara è l'impossibilità di ottenere una diagnosi tempestiva, idealmente addirittura nella fase preclinica e presintomatica. L'adozione di trattamenti nella fase iniziale della malattia può, infatti, in molti casi, migliorare sensibilmente la salute del paziente e la qualità della sua vita.

Lo screening neonatale, offerto a tutti i neonati, rappresenta uno degli strumenti più avanzati della pediatria preventiva. Il termine "screening neonatale" definisce i programmi di medicina preventiva secondaria basati sulla misurazione analitica di specifici metaboliti, attraverso il prelievo di alcune gocce di sangue del neonato, che vengono versate su un apposito cartoncino, con l'obiettivo di selezionare in modo precoce e tempestivo i soggetti a rischio per alcune malattie congenite, per le quali sono disponibili trattamenti e terapie in grado di modificare la storia naturale della malattia.

In Italia, esistono da alcuni anni tre screening obbligatori: per la fibrosi cistica, per l'ipotiroidismo congenito e per la fenilchetonuria. Oggi, grazie alle nuove tecnologie a disposizione, è possibile allargare questo screening ad un più ampio numero di malattie, con costi relativamente contenuti; per questo si parla di "screening neonatale allargato o esteso".

Attraverso lo Screening Neonatale Esteso (SNE), effettuato al momento della nascita, è possibile identificare alcune malattie metaboliche ereditarie, prima che queste si manifestino clinicamente, così da limitare danni irreparabili e, se precocemente identificate e adeguatamente trattate all'interno di appropriati percorsi clinico-assistenziali, determinare un sostanziale miglioramento della prognosi.

Sino ad oggi, lo SNE è stato prerogativa solo di alcune realtà territoriali del nostro Paese (1) che hanno avviato specifici programmi o Progetti pilota, attraverso propri atti deliberatori e proprie risorse economiche; ciò ha creato evidenti disuguaglianze nelle opportunità di salute offerte dalle Regioni ai nuovi nati.

La Legge n. 147/2013 (2), "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)", al comma 229 dell'art.1, stabilisce l'avvio sperimentale su tutto il territorio nazionale, nel limite di 5 milioni di euro, dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie, per la cui terapia, farmacologica o dietetica, esistano evidenze scientifiche di efficacia terapeutica o per le quali vi siano evidenze scientifiche che una diagnosi precoce, in età neonatale, comporti un vantaggio in termini di accesso a terapie in avanzato stato di sperimentazione, anche di tipo dietetico. La stessa legge ha stabilito che il Ministro della Salute adotti un Decreto Ministeriale, sentiti l'Istituto Superiore di Sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA di Trento e Bolzano, per definire l'elenco delle patologie su cui effettuare detto screening e le modalità di attuazione dello stesso. La Legge n. 190/2014, "Legge di stabilità 2015" all'articolo 1, comma 167, ha poi incrementato il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) di ulteriori 5 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2015, aumentando così a 10 milioni di euro l'anno i fondi per lo SNE.

La Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute, già da febbraio 2014, ha iniziato a lavorare per la predisposizione del previsto decreto, per favorire la massima uniformità nell'applicazione della diagnosi precoce neonatale sul territorio nazionale, garantire idonei standard qualitativi, ridurre il numero di richiami dei nati esaminati, ottimizzare i tempi di intervento per la presa in carico clinica e favorire l'uso efficiente delle risorse su adeguati bacini di utenza, anche tramite appositi accordi interregionali.

Il Decreto Ministeriale contiene indicazioni su: la lista delle patologie, l'informativa e il consenso, le modalità di raccolta e invio dei campioni, il sistema di screening neonatale con gli elementi della sua organizzazione, regionale o interregionale, deputata a garantire l'intero percorso dello screening neonatale, le iniziative di formazione e informazione, nonché i criteri per la ripartizione dello stanziamento.

Il 15 settembre 2016 è entrata in vigore la Legge n.167/2016 (3) (Legge Taverna), che prevede l'inserimento dello SNE nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con una copertura finanziaria di 25 milioni di euro (di cui 10 milioni trasferiti dalla sperimentazione di cui alla Legge n. 147/2013 e n. 190/2014), così da assicurare l'obbligatorietà dello SNE su tutto il territorio nazionale.

Nel provvedimento dei nuovi LEA, all'art. 39 comma 2, è stato, quindi, previsto l'inserimento dello SNE, rinviando per l'elenco delle malattie e per le modalità di attuazione al Decreto Ministeriale, di cui alla Legge n. 147/2013. Quindi, il DM 13 ottobre 2016 (4), recante "Disposizioni per l'avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie", consente di dare avvio allo SNE su tutti i neonati con modalità uniformi e per una stessa lista di patologie e di trasferire 25 milioni di euro (5 milioni del 2014, 10 milioni del 2015 e 10 milioni del 2016) alle regioni che accedono al FSN.

Appena entrerà in vigore il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dei nuovi LEA, il sistema screening dalla fase sperimentale andrà a regime, grazie alla Legge n. 167/2016, che prevede un finanziamento di 25 milioni annui.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) SIMMESN, 2016. Rapporto tecnico sui programmi di screening neonatale in Italia. Anno 2015.
- (2) Legge 27 dicembre 2013, n. 147. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014. Gazzetta Ufficiale n. 302 del 27 dicembre 2013.
- (3) Legge 19 agosto 2016, n. 167. Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie. Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 2016.
- (4) Decreto Ministeriale 13 ottobre 2016, recante “Disposizioni per l’avvio dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie”. G.U. n. 267 del 15 novembre 2016.

## Sperimentazione di un Sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute nei primi anni di vita nei Centri Vaccinali

Dott.ssa Enrica Pizzi, Dott.ssa Angela Spinelli, Dott.ssa Laura Lauria, Dott.ssa Marta Buoncristiano, Dott.ssa Paola Nardone, Dott.ssa Serena Battilomo, Dott.ssa Maria Grazia Privitera, Gruppo di lavoro "Sorveglianza Bambini 0-2 anni"

### Contesto

Negli ultimi anni, le Agenzie internazionali di Salute Pubblica, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'*United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), hanno evidenziato la necessità di promuovere interventi nel periodo perinatale e nei primi anni di vita per ridurre l'esposizione a fattori di rischio e promuovere i fattori protettivi, al fine anche di contrastare le disuguaglianze in salute (1) focalizzando l'attenzione sui cosiddetti primi 1.000 giorni di vita: dal concepimento ai 2 anni di età (2). Infatti, recenti studi hanno osservato che le patologie e gli eventi prevenibili (primi fra tutti malformazioni congenite, prematurità e basso peso alla nascita, infezioni, obesità, difficoltà cognitive, disturbi dello sviluppo, sindrome della morte improvvisa del lattante e incidenti) rappresentano non soltanto una quota importante della mortalità e della morbosità dei primi 2 anni di vita, ma anche una parte non trascurabile della morbosità in età più avanzate (3, 4).

### Materiali e metodi

Per far fronte a tali problematiche e valorizzare l'esperienza maturata fino ad oggi con altri sistemi di sorveglianza di popolazione, nel 2013, il Ministero della Salute, nello specifico il Centro nazionale per il Controllo e la prevenzione delle Malattie, ha promosso e finanziato un Progetto per sperimentare un Sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute del bambino, da prima del concepimento ai 2 anni di vita, inseriti nel Programma nazionale "GenitoriPiù", che raccolga informazioni presso i Centri Vaccinali (CV).

Il Progetto, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con 5 regioni (Campania, Calabria, Marche, Puglia e Veneto), l'Azienda Sanitaria Locale di Milano (oggi Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano) e l'Università degli Studi "Ca' Foscari" di Venezia, è terminato ad agosto 2016 e ha previsto il disegno, la sperimentazione e la valutazione di tale sistema in un'ottica di estensione nazionale e di ripetibilità nel tempo. Il Sistema di Sorveglianza è stato disegnato al fine di produrre indicatori che consentano confronti territoriali e intertemporali e che sono, almeno in parte, richiesti dall'OMS e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

La sperimentazione ha coinvolto 13 Distretti Sanitari, 153 professionisti sanitari e 14.263 mamme, raccogliendo informazioni sui seguenti determinanti di salute: acido folico, consumo di alcol e tabacco in gravidanza e in allattamento, allattamento al seno, posizione in culla, vaccinazioni e lettura ad alta voce. Le informazioni sono state rilevate all'interno dei CV, mediante un questionario somministrato alle mamme in occasione della seduta vaccinale del proprio figlio. La rilevazione si è caratterizzata come una indagine campionaria, finalizzata a produrre stime rappresentative a livello di Distretto Sanitario; pertanto, tutti i CV dei Distretti selezionati sono stati invitati a partecipare alla raccolta dati. La sperimentazione ha previsto l'arruolamento di tutte le mamme di bambini con età compresa tra 0-2 anni che si presentavano al CV per una seduta vaccinale durante il periodo di raccolta dati.

Nell'ottica di considerare la possibilità di estensione del Sistema di sorveglianza a livello nazionale, la sperimentazione è stata condotta dando particolare risalto a elementi di valutazione relativi a fattibilità e sostenibilità. Gli interlocutori principali di questa attività di valutazione sono stati tutti i professionisti che, a vario titolo, hanno partecipato alla sperimentazione rispondendo ad un questionario *web* semi-strutturato di valutazione dell'esperienza vissuta. I professionisti si sono espressi in merito al reclutamento dei Distretti e dei CV nella sperimentazione, alla formazione finalizzata alla sorveglianza, alle attività di raccolta dati (arruolamento delle mamme nello studio, somministrazione del questionario etc.), ai rapporti tra operatori e con i referenti di Progetto, al questionario di rilevazione e, soprattutto, all'impatto della sorveglianza sui CV e la sua ripetibilità.

Infine, il Sistema di sorveglianza ha rappresentato una opportunità importante per informare i genitori sui comportamenti corretti da adottare nei confronti dei propri figli, sia attraverso la distribuzione di materiale informativo, sia, soprattutto, attraverso il contatto diretto con gli operatori. Inoltre, poiché questi ultimi hanno costituito il canale privilegiato di comunicazione, è stata colta l'occasione della sperimentazione per misurare il livello di conoscenza degli operatori stessi sui determinanti studiati, attraverso la somministrazione di un questionario. In particolare, il questionario è stato somministrato prima che la sperimentazione avesse inizio e dopo la sua conclusione, in modo da valutare un eventuale effetto della partecipazione alla sorveglianza sul livello di conoscenza degli operatori coinvolti.



### Risultati

In generale, la sperimentazione della sorveglianza ha mostrato delle grosse potenzialità per monitorare alcuni determinanti di salute nella prima infanzia e soddisfare un importante bisogno conoscitivo del Paese. Ad esempio, è stato possibile raccogliere dati sull'allattamento esclusivo al seno a 4-5 mesi compiuti di età, variabile nei 13 Distretti, dal 5,2% al 39,0% o sull'allattamento al seno a 12-15 mesi compiuti di età, variabile dal 13,6% al 40,3% (6). Si sono potuti analizzare i dati anche in funzione delle caratteristiche socio-economiche delle mamme, che influenzano in modo importante gli indicatori di tutti i determinanti studiati.

Complessivamente, i risultati hanno messo in evidenza una grande variabilità dell'esposizione a comportamenti protettivi o a comportamenti a rischio, con raccomandazioni che vengono spesso disattese, indicando così la presenza di un ampio margine di azione e di miglioramento, nell'ottica della riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali.

Rispetto agli operatori, la sperimentazione ha rappresentato, secondo gli stessi, una occasione di crescita professionale per migliorare le proprie conoscenze sui determinanti studiati e valorizzare il proprio ruolo professionale nella promozione della salute. Il miglioramento delle conoscenze è stato confermato anche dall'indagine *ad hoc*, come evidenziato da alcuni esempi riportati di seguito, con le percentuali che si riferiscono, rispettivamente, ai risultati prima e dopo la sperimentazione. I tempi corretti di assunzione dell'acido folico (da prima del concepimento e per i primi 3 mesi di gravidanza) sono stati indicati dal 22,9% degli operatori (prima) e dal 44,2% (dopo); il fatto che la posizione sul fianco in culla non protegga dalla morte improvvisa del lattante è stato indicato dal 63,6% (prima) e dall'89,4% (dopo); che l'allattamento al seno si protragga auspicabilmente fino ai 2 anni di vita ed oltre, se desiderato, è indicato dal 55,1% (prima) e dal 73,5% (dopo) degli operatori (7).

### Conclusioni

In conclusione, la valutazione dell'esperienza della sorveglianza ha evidenziato come sia possibile procedere nella direzione di un Sistema di sorveglianza nazionale, purché si affrontino le criticità emerse durante la sperimentazione. Tra le principali criticità cui porre attenzione segnaliamo: il rallentamento delle normali attività di servizio dovuto al sovraccarico di lavoro, le condizioni ambientali non adeguate, la lunghezza e complessità del questionario e la barriera linguistica che esclude parte della popolazione straniera. Inoltre, l'estensione della sorveglianza all'intero territorio nazionale richiede, certamente, una attenta valutazione dei diversi contesti regionali. In particolare, per ciascuna regione occorre tenere conto delle aspettative in termini di informazioni prodotte, dell'eventuale presenza di sistemi di raccolta dati già consolidati, dell'articolazione dell'offerta vaccinale pediatrica e delle risorse che si è in grado di mobilitare per la sorveglianza.

Nell'ipotesi, quindi, di implementare una sorveglianza pediatrica nei primi 2 anni di vita, a livello nazionale, sarà necessario un importante sforzo di progettazione, volto a disegnare un sistema che, da una parte tenga conto delle peculiarità di ciascuna regione e, dall'altra, garantisca la produzione di stime nazionali con la possibilità di un confronto a livello territoriale.

### Riferimenti bibliografici

- (1) WHO. Meeting report: nurturing human capital along the life course: investing in early child development, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 10-11 January 2013. Disponibile sul sito: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87084/1/9789241505901\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87084/1/9789241505901_eng.pdf); ultimo accesso: ottobre 2016.
- (2) UNICEF. I primi 1000 giorni che cambiano la vita di un bambino (video). Disponibile sul sito: [www.unicef.it/doc/4716/i-primi-1000-giorni-che-cambiano-la-vita-di-un-bambino-video.htm](http://www.unicef.it/doc/4716/i-primi-1000-giorni-che-cambiano-la-vita-di-un-bambino-video.htm); ultima consultazione ottobre 2016.
- (3) Mariella Di Pilato, Sonia Scarponi, Paola Ragazzoni (Ed). Disuguaglianze nella prima infanzia. Bibliografia ragionata di documenti strategici, prove di efficacia e buone pratiche. DoRS - Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, 2015. Disponibile sul sito: [www.dors.it/alleg/newcms/201503/Dossier\\_DisPrimaInfanziaOK.pdf](http://www.dors.it/alleg/newcms/201503/Dossier_DisPrimaInfanziaOK.pdf); ultima consultazione: luglio 2016.
- (4) European Commission. Final Commission Recommendation of Investing in Children: breaking the cycle of disadvantage. Brussels, 20.2.2013 C(2013) 778.
- (5) Speri L, Gangemi M. GenitoriPiù compie 10 anni. Quaderni ACP 2016; 23 (2): 50.
- (6) Lauria L., Buoncristiano M. Bucciarelli M. et al. Risultati sui determinanti inclusi nella Sperimentazione della Sorveglianza. In: Pizzi E., Spinelli A., Lauria L., Buoncristiano M., Nardone P., Andreozzi S. e Battilomo S. (Ed). Progetto sorveglianza Bambini 0-2 anni: obiettivi, metodologia e risultati della Sperimentazione. Roma; 2016. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/temi/materno/ProgettoSorveglianza02Pilota.asp](http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/ProgettoSorveglianza02Pilota.asp).
- (7) Porchia S., Campostrini S., Rataj G. Valutazione delle conoscenze degli operatori coinvolti nella Sperimentazione sui determinanti indagati. In: Pizzi E., Spinelli A., Lauria L., Buoncristiano M., Nardone P., Andreozzi S. e Battilomo S. (Ed). Progetto sorveglianza Bambini 0-2 anni: obiettivi, metodologia e risultati della Sperimentazione. Roma; 2016.

### Gruppo di lavoro "Sorveglianza Bambini 0-2 anni"

Angela Spinelli, Mauro Bucciarelli, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Paola Nardone e Enrica Pizzi (Gruppo di coordinamento nazionale - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità), Serena Battilomo e Maria Grazia Privitera (Ministero della Salute), Giacomo

Brancati, Anna Domenica Mignuoli e Caterina Azzarito (Regione Calabria), Teresa Napoli e Rosario Raffa (ASP Catanzaro), Letizia Cimminelli e Anna Vitelli (ASP Cosenza), Gianfranco Mazzeola (Regione Campania), Mariagrazia Panico, Gelsomina Ragone, Adele D'Anna e Annalisa Nardacci (ASL Salerno), Elisabetta Benedetti (Regione Marche), Marco Morbidoni, Elisa Ambrogiani e Antonella Guidi (Osservatorio Epidemiologico - ASUR Marche Area Vasta 2), Daniela Cimini, Patrizia Marcolini, Francesca Pasqualini e Rosanna Rossini (ASUR Marche Area Vasta 2), Maria Enrica Bettinelli, Wilma Zappi, Gemma Lacaita e Maurizio Valentini (ASL Milano), Cinzia Germinario e Maria Teresa Balducci (Regione Puglia), Pasquale Domenico Pedote (ASL Brindisi), Antonio Pesare e Giovanni Caputi (ASL Taranto), Leonardo Speri e Lara Simeoni (Regione Veneto), Lorena Gottardello (ULSS 16 Padova), Donatella Campi (ULSS 13 Venezia), Stefano Campostrini e Stefania Porchia (Università degli Studi "Ca' Foscari" Venezia).