



Salute materno-infantile

I dati del 2014 sulla distribuzione dei parti per punti nascita evidenzia una distribuzione territoriale ancora disomogenea, in parte giustificata dalle caratteristiche geografiche delle regioni.

L'indicatore annuale sul ricorso al Taglio Cesareo (TC) per il parto mostra ancora un lieve decremento di questa procedura, sia con riferimento ai casi in cui la donna lo subisce per la prima volta (20,6% TC primari nel 2016 vs 21,0% dell'anno precedente) che a tutti i parti nel complesso (35,1% vs 35,4%). Resta marcato il gradiente Nord-Sud ed Isole, con percentuali che raggiungono circa il 59% su tutti i parti in Campania, che da sempre caratterizza il nostro Paese per questo fenomeno.

L'indicatore sull'abortività volontaria continua il suo trend decrescente e il numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza, per la prima volta al di sotto delle 100.000 unità nel 2014, nel 2016 è risultato inferiore a 90.000. La variazione consistente (-7,3%) del tasso riscontrata tra il 2014 e il 2015 potrebbe essere collegata alla determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 2015 che ha eliminato, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato, contraccettivo di emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo".

I dati sulla Procreazione Medicalmente Assistita mostrano che, al 2016, ogni 1.000 gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita si sono ottenuti 2,87 nati vivi. A livello nazionale, sono stati effettuati 1.160 cicli per milione di abitanti, valore costantemente in crescita con un aumento pari a 1,0 punti percentuali rispetto al 2015. Anche l'indicatore che calcola le gravidanze ottenute rispetto ai cicli iniziati è aumentato (+2,8%). Inoltre, la diminuzione (dal 15,6% al 13,3%) della quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti fornisce, in maniera indiretta, indicazioni rispetto alla sicurezza delle tecniche applicate.

Questi confortanti risultati risentono, però, di un 10,2% di gravidanze perse nel *follow-up* di cui, quindi, non se ne conosce l'esito.





Parti effettuati nei punti nascita

Significato. L'indicatore intende descrivere l'organizzazione territoriale della rete dei punti nascita. In Italia, l'assistenza alla gravidanza e al parto è generalmente buona (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni Ottanta, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di basso peso alla nascita si è ridotta drasticamente); tuttavia, la realtà italiana è ancora caratterizzata da una eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui il non appropriato ricorso al Taglio Cesareo (TC) rappresenta la manifestazione più esasperata, e dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita.

Per migliorare questo sistema assistenziale, è stato sancito in Conferenza unificata il 16 dicembre 2010 l'Accordo Stato-Regioni recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", in cui si propone un programma nazionale, articolato in dieci linee di

azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC.

Le linee di indirizzo contengono specifiche indicazioni di politica sanitaria per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate durante il percorso nascita. Tra queste sono previste la razionalizzazione dei punti nascita nonché il miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture.

La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non <500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio Trasporto Assistito Materno.

Proporzione di parti secondo la classe di ampiezza

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Parti}_{\text{Classe } i}}{\text{Parti}} \times 100$$

Classe i = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500.

Validità e limiti. L'indicatore evidenzia il rispetto di uno solo dei molteplici standard qualitativi per caratterizzare i livelli della rete di offerta dei servizi ostetrici e neonatologici ospedalieri. La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il Certificato di Assistenza al Parto, relativo all'anno 2014. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto tra le regioni occorre considerare sia la diversa ampiezza dei territori regionali che le notevoli variabilità di densità abitativa e caratteristiche orografiche che impongono una organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

Il 62,46% dei parti, in Italia, avviene in strutture dove avvengono più di 1.000 parti l'anno. Il 7,53% dei parti, invece, avviene in strutture che accolgono meno di 500 parti l'anno.

La rete di offerta dei punti nascita risulta notevolmente diversificata sul territorio. In alcune regioni del Centro-Nord, quali Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio, oltre il 70% dei parti si svolge in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti/anno).

Le regioni, invece, dove più del 50% dei parti avviene in punti nascita con meno di 1.000 parti l'anno sono il Molise, le Marche, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, l'Abruzzo, la Campania, la Sicilia e la Sardegna. In particolare, per il Molise la totalità dei parti avviene in tali strutture.





SALUTE MATERNO-INFANTILE

281

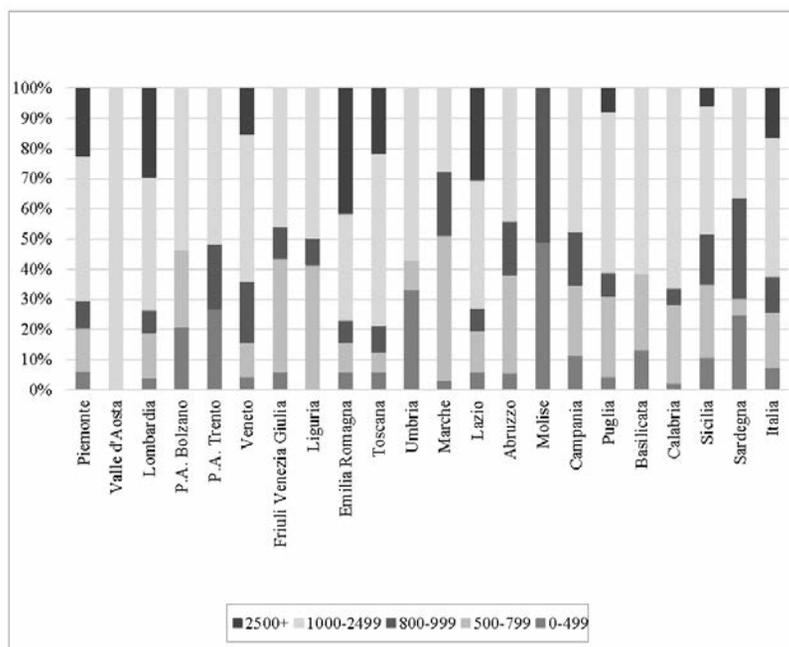
Tabella 1 - Parti (valori assoluti e valori per 100) effettuati nei punti nascita per classe di ampiezza e per regione - Anno 2014

Regioni	<500		500-799		800-999		1.000-2.499		>2.500		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Piemonte	1.984	6,19	4.624	14,43	2.851	8,90	15.387	48,03	7.193	22,45	32.039	100,00
Valle d'Aosta	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	1.132	100,00	0	n.a.	1.132	100,00
Lombardia	3.513	4,10	12.910	15,07	6.211	7,25	37.874	44,21	25.158	29,37	85.666	100,00
Bolzano-Bozen	1.166	20,84	1.427	25,51	0	n.a.	3.001	53,65	0	n.a.	5.594	100,00
Trento	1.208	26,86	0	n.a.	967	21,50	2.322	51,63	0	n.a.	4.497	100,00
Veneto	1.759	4,45	4.455	11,27	8.008	20,26	19.270	48,76	6.026	15,25	39.518	100,00
Friuli Venezia Giulia	544	5,97	3.425	37,61	958	10,52	4.180	45,90	0	n.a.	9.107	100,00
Liguria	13	0,13	4.246	41,48	886	8,65	5.092	49,74	0	n.a.	10.237	100,00
Emilia-Romagna	2.160	5,98	3.474	9,62	2.720	7,54	12.758	35,34	14.986	41,51	36.098	100,00
Toscana	1.685	5,81	1.970	6,79	2.576	8,88	16.483	56,83	6.291	21,69	29.005	100,00
Umbria	2.431	33,26	717	9,81	0	n.a.	4.162	56,94	0	n.a.	7.310	100,00
Marche	398	3,33	5.728	47,89	2.549	21,31	3.286	27,47	0	n.a.	11.961	100,00
Lazio	2.922	5,93	6.675	13,54	3.719	7,54	20.976	42,55	15.005	30,44	49.297	100,00
Abruzzo	570	5,70	3.251	32,48	1.781	17,80	4.406	44,02	0	n.a.	10.008	100,00
Molise	940	48,93	0	n.a.	981	51,07	0	n.a.	0	n.a.	1.921	100,00
Campania	6.043	11,60	12.081	23,19	9.189	17,64	24.780	47,57	0	n.a.	52.093	100,00
Puglia	1.396	4,28	8.762	26,84	2.540	7,78	17.449	53,45	2.501	7,66	32.648	100,00
Basilicata	547	13,35	1.036	25,28	0	n.a.	2.515	61,37	0	n.a.	4.098	100,00
Calabria	372	2,34	4.119	25,89	885	5,56	10.534	66,21	0	n.a.	15.910	100,00
Sicilia	4.808	10,85	10.731	24,21	7.377	16,64	18.843	42,52	2.561	5,78	44.320	100,00
Sardegna	2.710	24,98	581	5,36	3.624	33,41	3.932	36,25	0	n.a.	10.847	100,00
Italia	37.169	7,53	90.212	18,29	57.822	11,72	228.382	46,30	79.721	16,16	493.306	100,00

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2017.

Grafico 1 - Parti (valori per 100) effettuati nei punti nascita secondo la classe di ampiezza per regione - Anno 2014



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato Di Assistenza al Parto. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" programmano la

razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1.000/anno, prevedendo l'abbinamento, per pari complessità di attività, delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie riconducendo, così,





a due i precedenti tre livelli del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 24 aprile 2000.

Le evidenze relative alla composizione percentuale dei parti secondo la classe di ampiezza dei punti nascita, consentono di definire la situazione attuale ed i punti critici, fornendo un valido strumento a supporto della

programmazione dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica e degli interventi di razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, previsti per la sicurezza delle cure ed il contenimento della spesa sanitaria.





Parti con Taglio Cesareo

Significato. La proporzione di Taglio Cesareo (TC) misura il livello di accesso e di utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. Tuttavia, il TC è un intervento associato a rischi materni e perinatali sia immediati che a lungo termine (1).

La frequenza di TC è aumentata in modo costante a livello globale, nonostante non ci siano prove di effica-

cia che dimostrino sostanziali benefici materni e perinatali quando le proporzioni di TC superano una determinata soglia (2).

Per queste ragioni la proporzione di TC sul totale dei parti continua a essere uno degli indicatori di salute riproduttiva e di qualità dell'assistenza più utilizzati a livello internazionale e continuamente monitorati a livello nazionale.

Proporzione di parti con Taglio Cesareo

$$\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371)}$$

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

Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

$$\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo in donne che non hanno subito un precedente cesareo}$$

$$\text{(DRG 370-371 esclusi i codici di diagnosi 654.2)}$$

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

Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

$$\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371 e codici di diagnosi 654.2)}$$

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

Validità e limiti. Informazioni sul ricorso per TC possono essere rilevate con buona precisione dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). La stima degli indicatori a partire dai *Diagnosis Related Group* delle SDO è quella più facilmente calcolabile a livello nazionale potendo disporre di dati correnti e aggiornati. L'analisi riporta oltre alle proporzioni di TC totali anche le proporzioni di TC primari (primo parto con TC) e ripetuti (parto cesareo in donne in cui è stato eseguito un precedente TC) poiché definiscono due sottopopolazioni per le quali è possibile progettare interventi specifici per migliorare l'appropriatezza dell'intervento.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in base a una revisione sistematica della letteratura (3) e a uno studio ecologico mondiale (4), ha rilevato una associazione fra tassi di TC e riduzione di mortalità materna e neonatale fino a 10-15%; oltre tali valori non si osserva una riduzione di mortalità (1).

Descrizione dei risultati

Nel 2016, in Italia, la proporzione di TC sul totale dei parti è variata da un minimo del 20,70% registrato nella PA di Trento ad un massimo del 59,03% osservato in

Campania, con un valore nazionale del 35,12% (Tabella 1). Come negli anni precedenti, anche per il 2016 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, come nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, un trend in graduale riduzione della proporzione di TC nella maggior parte delle regioni (Tabella 1).

Questa tendenza è da imputare per lo più, come negli anni passati, alla riduzione dei TC primari (Tabella 2). A livello nazionale, si registra un trend in lieve riduzione anche per i TC ripetuti, pur rilevando una ampia variabilità fra le regioni (Tabella 3).

Nonostante l'età non sia una indicazione assoluta per effettuare un TC, il suo incremento rappresenta una condizione che aumenta la probabilità di partorire con TC. In Italia, nel 2016, il 74,7% delle donne di età 45 anni ed oltre ha partorito con TC, con percentuali che variano a livello regionale dal 43,5% registrato nella PA di Bolzano all'89,6% osservato in Campania (dati non presenti in tabella). La Tabella 4, inoltre, riporta i tassi standardizzati dei TC dal 2011 al 2016 e mostra come, al netto dell'età materna, le proporzioni di TC siano comunque in diminuzione.





Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2016*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2011-2016)
Piemonte	30,41	30,53	29,84	28,67	28,45	28,60	-5,95
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	31,15	32,86	33,56	32,96	28,78	30,47	-2,17
Lombardia	28,83	28,08	28,23	27,96	26,89	27,01	-6,32
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>25,00</i>	<i>24,56</i>	<i>24,44</i>	<i>24,68</i>	<i>24,04</i>	<i>24,84</i>	<i>-0,64</i>
<i>Trento</i>	<i>26,91</i>	<i>26,36</i>	<i>25,22</i>	<i>25,74</i>	<i>24,04</i>	<i>20,70</i>	<i>-23,09</i>
Veneto	27,04	26,75	26,40	25,11	24,97	24,95	-7,72
Friuli Venezia Giulia	24,65	22,95	24,38	23,92	24,20	24,18	-1,90
Liguria	34,66	33,95	35,26	34,02	33,25	31,02	-10,49
Emilia-Romagna	29,56	28,49	28,69	27,49	27,09	26,76	-9,46
Toscana	26,07	26,24	25,54	26,22	25,67	26,41	1,27
Umbria	31,19	32,15	31,30	30,79	28,07	28,33	-9,15
Marche	34,67	34,18	34,83	35,70	33,63	33,76	-2,63
Lazio	44,06	43,35	42,68	41,62	39,82	39,05	-11,38
Abruzzo	42,85	39,07	39,48	38,16	37,65	36,29	-15,31
Molise	47,02	48,08	48,05	45,43	45,32	46,73	-0,61
Campania	62,51	61,15	61,41	62,20	61,09	59,03	-5,56
Puglia	46,59	42,24	41,02	41,08	42,04	43,92	-5,72
Basilicata	44,47	40,21	41,97	40,08	38,43	39,42	-11,36
Calabria	37,41	36,11	35,77	36,42	36,94	38,09	1,83
Sicilia	46,60	44,71	44,54	43,92	43,32	41,75	-10,41
Sardegna	41,46	41,10	41,97	40,12	39,79	38,82	-6,38
Italia	37,76	36,62	36,50	36,05	35,42	35,12	-6,99

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2016*

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2011-2016)
Piemonte	19,50	19,64	19,41	18,54	18,16	18,35	-5,93
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	22,59	21,27	22,41	21,37	16,83	19,03	-15,74
Lombardia	18,41	18,17	17,96	17,92	16,88	16,67	-9,49
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,90</i>	<i>17,50</i>	<i>17,79</i>	<i>17,79</i>	<i>16,69</i>	<i>17,25</i>	<i>2,07</i>
<i>Trento</i>	<i>16,94</i>	<i>16,06</i>	<i>16,49</i>	<i>17,14</i>	<i>14,90</i>	<i>11,89</i>	<i>-29,81</i>
Veneto	17,28	17,02	16,79	15,90	15,81	15,78	-8,68
Friuli Venezia Giulia	17,44	16,04	16,97	16,64	16,46	16,14	-7,46
Liguria	23,95	24,05	23,91	22,92	22,33	20,15	-15,87
Emilia-Romagna	18,92	17,89	18,55	17,23	17,00	16,90	-10,70
Toscana	17,43	17,55	17,00	17,24	17,27	17,45	0,15
Umbria	20,99	20,91	20,24	19,95	17,34	17,56	-16,35
Marche	22,02	20,96	22,07	22,16	21,79	20,95	-4,85
Lazio	27,98	27,36	26,69	25,68	23,64	22,77	-18,63
Abruzzo	28,86	25,09	26,05	24,49	24,29	23,60	-18,23
Molise	27,83	29,55	29,16	26,94	26,92	28,93	3,97
Campania	34,58	33,52	33,54	34,34	33,36	30,60	-11,50
Puglia	27,74	24,54	23,46	23,13	23,72	24,88	-10,33
Basilicata	23,58	20,25	22,31	22,16	21,64	22,44	-4,83
Calabria	20,33	18,08	18,10	19,81	20,81	22,53	10,79
Sicilia	25,77	23,20	22,15	22,05	21,88	20,94	-18,78
Sardegna	28,26	27,55	28,64	26,69	26,10	25,25	-10,66
Italia	23,10	22,10	21,93	21,59	21,02	20,57	-10,94

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.





SALUTE MATERNO-INFANTILE

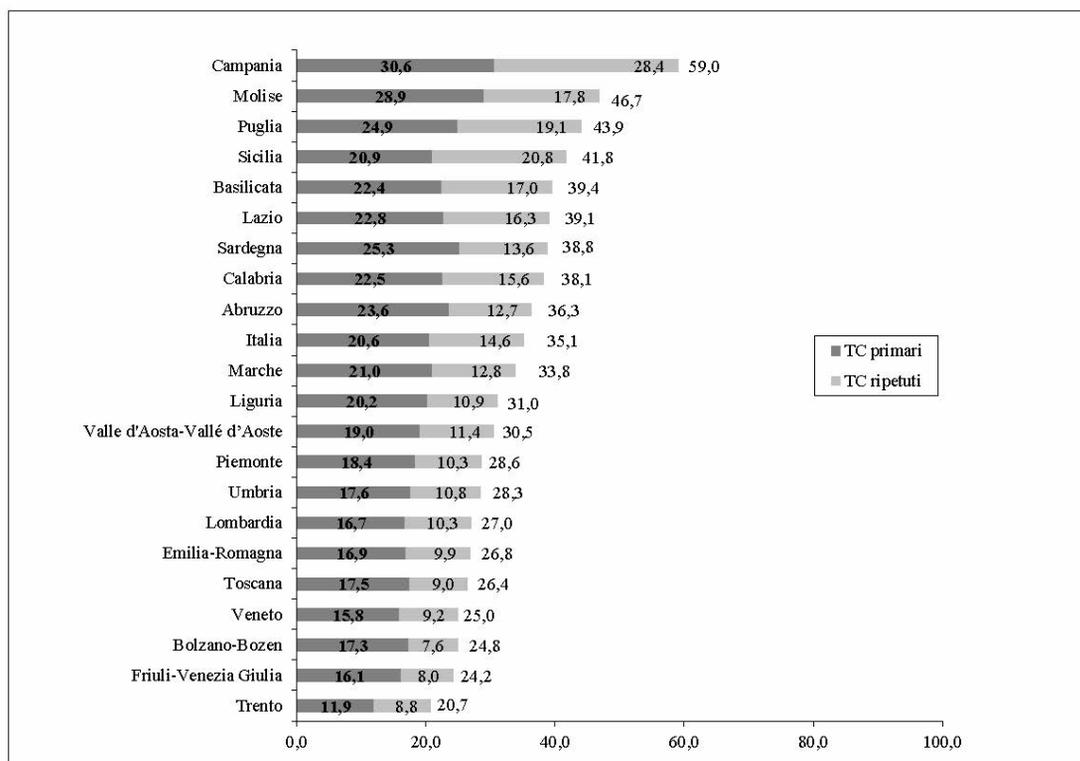
285

Tabella 3 - Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo ripetuto e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2016

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2011-2016)
Piemonte	10,90	10,89	10,44	10,13	10,29	10,25	-5,98
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,56	11,60	11,15	11,58	11,96	11,44	33,59
Lombardia	10,41	9,92	10,27	10,04	10,01	10,34	-0,71
Bolzano-Bozen	8,10	7,06	6,64	6,91	7,36	7,59	-6,29
Trento	9,97	10,30	8,73	8,58	9,14	8,81	-11,67
Veneto	9,76	9,74	9,61	9,21	9,16	9,17	-6,01
Friuli Venezia Giulia	7,20	6,91	7,41	7,27	7,74	8,04	11,59
Liguria	10,71	9,90	11,35	11,10	10,92	10,88	1,54
Emilia-Romagna	10,64	10,60	10,14	10,26	10,08	9,86	-7,27
Toscana	8,65	8,69	8,53	8,98	8,39	8,95	3,52
Umbria	10,20	11,24	11,06	10,84	10,73	10,78	5,65
Marche	12,65	13,22	12,77	13,54	11,84	12,81	1,25
Lazio	16,08	15,98	15,99	15,94	16,18	16,28	1,24
Abruzzo	13,99	13,98	13,43	13,67	13,36	12,69	-9,29
Molise	19,20	18,53	18,89	18,48	18,40	17,80	-7,26
Campania	27,93	27,63	27,87	27,85	27,73	28,43	1,80
Puglia	18,85	17,70	17,56	17,95	18,32	19,05	1,06
Basilicata	20,90	19,95	19,65	17,92	16,79	16,98	-18,73
Calabria	17,08	18,03	17,67	16,61	16,13	15,57	-8,84
Sicilia	20,82	21,51	22,39	21,86	21,44	20,81	-0,05
Sardegna	13,20	13,55	13,33	13,42	13,69	13,57	2,78
Italia	14,66	14,52	14,57	14,46	14,40	14,55	-0,75

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario, ripetuto e totali per regione - Anno 2016



Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.



Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2016

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ % (2011-2016)
Piemonte	62,25	62,07	58,30	54,46	52,54	51,96	-16,53
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	71,94	72,83	67,59	68,69	55,14	57,86	-19,56
Lombardia	63,98	61,68	59,16	57,26	54,34	53,32	-16,66
Bolzano-Bozen	56,83	57,65	56,14	59,94	57,69	60,56	6,56
Trento	59,59	57,96	56,16	55,13	51,38	42,50	-28,68
Veneto	57,16	56,17	52,15	49,00	47,63	47,03	-17,72
Friuli Venezia Giulia	47,62	44,05	44,90	42,39	41,17	42,47	-10,81
Liguria	64,25	64,75	64,95	60,74	57,94	54,03	-15,91
Emilia-Romagna	64,03	60,81	58,71	54,09	52,54	50,67	-20,87
Toscana	52,01	52,33	48,12	48,82	45,90	46,57	-10,46
Umbria	64,34	65,90	60,70	57,49	50,02	49,84	-22,53
Marche	73,21	69,78	65,72	65,89	62,50	59,34	-18,94
Lazio	93,22	92,96	87,26	77,48	73,56	71,23	-23,59
Abruzzo	82,96	75,16	73,73	70,40	68,41	65,46	-21,09
Molise	83,25	86,62	83,69	77,88	77,91	78,27	-5,98
Campania	136,55	130,77	125,94	122,98	121,23	115,89	-15,13
Puglia	94,41	82,47	75,74	73,70	73,32	76,41	-19,06
Basilicata	79,00	71,21	69,06	66,22	65,31	67,65	-14,37
Calabria	73,65	71,18	67,62	68,95	70,95	72,86	-1,08
Sicilia	100,04	94,58	89,91	89,04	86,31	80,35	-19,68
Sardegna	72,28	67,30	63,49	61,72	62,14	67,90	-6,07
Italia	79,19	76,57	72,70	69,92	67,73	66,00	-16,66

Fonte dei dati: Ministero della salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2017.

Confronto internazionale

Rimando al Capitolo "La Sanità italiana nel confronto europeo".

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati rilevano, nel tempo osservato, una graduale riduzione della proporzione di TC primari e ripetuti. Nonostante ciò, la proporzione di TC rimane molto elevata in Italia e la più alta in assoluto tra i 17 Paesi europei dell'area Euro (5).

I dati qui presentati continuano a mostrare una ampia variabilità tra le regioni, con un gradiente crescente di ricorso al TC dal Nord al Meridione. Questo fenomeno sembra essere verosimilmente attribuibile più a fattori clinico-organizzativi che a reali differenze nello stato di salute della popolazione, sottendendo una offerta diseguale di assistenza appropriata.

Uno studio che ha incluso 19 Paesi ad alto reddito e con bassi tassi di mortalità materna e infantile ha dimostrato che, aggiustando per fattori socio-economici, la mortalità neonatale e la mortalità infantile non si riducono ulteriormente per valori di TC >10%; inoltre, tassi di TC >15% non sono associati a una riduzione della mortalità materna (6).

Il TC è un intervento associato a rischi per la salute della donna (7) che aumentano in caso di TC multipli come, ad esempio, il rischio di placentazione anomala invasiva (8), una condizione spesso associata a emorragia del *post-partum* che, secondo i dati dell'*Italian Obstetric Surveillance System*, risulta essere la causa principale di mortalità materna in Italia (9, 10).

Il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, con il documento "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", raccomanda di informare le donne sui benefici e sui danni dell'intervento, di offrire un sostegno per le eventuali preoccupazioni sulle diverse modalità di parto e, in assenza di controindicazioni, di offrire un travaglio di prova a tutte le donne con precedente TC (11, 12).

Le informazioni sulle proporzioni di TC dovrebbero essere integrate dall'elaborazione della classificazione di Robson ricavabile dalle informazioni presenti nel tracciato CeDAP. La classificazione fornisce, infatti, informazioni sulla frequenza dell'intervento in specifici sottogruppi di popolazione (13). Inoltre, raccomandata dall'OMS come forma di Report standard per il monitoraggio longitudinale e trasversale a livello di struttura e tra punti nascita, consente una analisi maggiormente puntuale di appropriatezza, elemento fondamentale per la valutazione della qualità dell'assistenza (1).

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization, WHO statement on caesarean section rates, Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15,02).
- (2) Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR, The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014, PLoS One, 2016; 11 (2): e01483439.
- (3) Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharoux C et al, What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies, Reprod Health, 2015; 12 (1): 57.
- (4) Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu



AM, Betran AP, Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data, *BJOG*, 2016; 123 (5): 745-53.

(5) OECD (2017), Caesarean sections (indicator), doi: 10.1787/adc3c39f-en (Accessed on 15 October 2017).

(6) Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J, Searching for the optimal rate of medically necessary caesarean delivery, *Birth*, 2014; 41 (3): 237-44.

(7) American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine, Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary caesarean delivery, *Obstet Gynecol*, 2014; 123 (3): 693-711.

(8) Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, et al, Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy

cohort study in the Nordic countries, *BJOG*, 2016; 123 (8): 1.348-55.

(9) Donati S, Senatore S, Ronconi A and the Regional Maternal Mortality group, Maternal mortality in Italy: a record-linkage study, *BJOG* 2011; 118: 872-9.

(10) Donati S, Maraschini A, Lega I et al, Sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna in Italia, *Not Ist Super Sanità* 2016; 29 (7-8): 11-15.

(11) Sistema Nazionale Linee Guida- Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS), Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, Prima parte, 2010, Update 2014.

(12) Sistema Nazionale Linee Guida- Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS), Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, Seconda parte, 2012, Update 2016.

(13) Robson MS, Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2001; 15 (1): 179-94.





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 e 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 età 15-49 anni	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente di donne di età 15-49 anni	

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

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 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 *web* (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) ed al denominatore le donne residenti, provocando una sovrastima o sottostima del fenomeno. Utilizzando, invece, le donne residenti, sia al numeratore che al denominatore, verrebbero 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 2016 l’Istat ha notificato, mediante il modello D.12, 84.874 IVG, in calo di circa il 3% rispetto al 2015 e di circa l’11% rispetto al 2014. 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 84.926 casi di IVG per il 2016 (1).

Il tasso di abortività volontaria, per l’anno 2016, è risultato pari a 6,3 casi di IVG per 1.000 donne residenti in età feconda (Tabella 1). Si conferma, quindi, il trend decrescente degli ultimi 10 anni, dopo un periodo di sostanziale stabilità tra il 1996 e il 2004. Nel 2004, il tasso era pari a 9,4 IVG per 1.000 donne residenti in età feconda e la diminuzione, considerando il dato del 2016, risulta di circa il 34% (2).

Nel confronto tra le regioni viene utilizzato il tasso standardizzato per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età e anche in questo caso, analogamente al tasso grezzo, si registra una diminuzione a livello nazionale (-28% circa) tra il 2004 e il 2016 (Grafico 1). Il valore più alto del tasso si registra in Liguria (10,3 per 1.000), mentre il valore più basso si osserva nella PA di Bolzano (5,2 per 1.000), in Calabria (5,3 per 1.000) e nelle Marche (5,4 per 1.000). Rispetto al 2004, per tutte le regioni si registra una diminuzione del tasso che è più consistente in Umbria (circa il -43%), nel Lazio (circa il -35%) e in Lombardia (circa il -33%).

Con riferimento all’età (Tabella 1), le classi con i livelli più elevati del tasso sono: 20-24 anni (9,5 per 1.000), 25-29 anni (10,3 per 1.000) e 30-34 anni (10,1 per 1.000). Rispetto al 2004, si registra una diminuzione dell’indicatore in tutte le classi di età, in parti-





colar modo per le donne più giovani di età 15-19 e 20-24 anni (rispettivamente, circa il -42% e circa il -37%).

Se si considerano le variazioni da un anno all'altro per tutto il periodo dal 1980 al 2016, si nota che la diminuzione più consistente dei tassi si è verificata tra il 1984 e il 1985 (-8,7%), seguita da quella tra il 2014 e il 2015 (-7,3%). Quest'ultima potrebbe essere collegata alla determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) che ha eliminato, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne®), contraccettivo di emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo". Nella Relazione del Ministro al Parlamento ne viene riportato il numero delle vendite per acquisto privato: 16.796 nel 2014 e 145.101 nel 2015.

Nell'ultima relazione del Ministro al Parlamento (1) è stata aggiunta una appendice a cura dell'Istat che, in collaborazione con l'ISS, ha provveduto ad effettuare una stima delle IVG clandestine. È stato ripreso lo schema concettuale delle nascite evitate, utilizzato in passato dall'ISS (3), al quale sono stati applicati i necessari aggiornamenti dovuti, principalmente, ai cambiamenti comportamentali delle donne nella salute riproduttiva, nonché alla disponibilità di dati più completi e più recenti. Le stime così effettuate per gli anni 2014, 2015 e 2016 presentano valori instabili, seppur compresi tra i 10.000-13.000 casi.

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 (1). Nella Tabella 2 e nella Tabella 3 sono riportate alcune di queste informazioni: tipo di anestesia, tipo di intervento, tempi di attesa, settimane di gestazione e ginecologi obiettori. Nel 2016, resta molto elevato il ricorso all'anestesia generale (64,5%), anche se in diminuzione rispetto al 2015 (69,0%). In alcune regioni più del 90% degli interventi vengono eseguiti con anestesia generale, in particolare nella PA di Bolzano e nel Molise. L'anestesia locale per effettuare l'IVG è utilizzata solo nel 3,9% dei casi, nonostante sia la pratica più raccomandata a livello internazionale poiché minimizza i rischi per la salute della donna (4) 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 (33,5%) e l'Abruzzo (11,5%). Rispetto al 2013, i casi in cui viene utilizzata la sedazione profonda sono più che raddoppiati e risultano pari al 12,8% (tale voce è stata introdotta nel modello Istat D.12 nel 2012).

Dal 2009, in Italia è consentita l'IVG tramite la pro-

cedura 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 a "solo Mifepristone" o "Mifepristone+Prostaglandina" sono la Liguria (43,0%), il Piemonte (38,3%), l'Emilia-Romagna (29,1%), la Toscana (25,0%) e la Puglia (21,9%). Queste regioni presentano anche la quota più elevata di IVG effettuate senza alcuna terapia antalgica (Tabella 2).

La Legge n. 194/1978 prevede che per effettuare l'IVG occorre il rilascio di documentazione/certificazione da parte del personale preposto. Una valutazione 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 >21 può indicare difficoltà nell'applicazione della disposizione. Nel 2016, il 12,4% delle IVG è stato effettuato dopo una attesa >21 giorni, valore in diminuzione rispetto al 2015 (pari a 13,2%). Si osserva, però, una considerevole variabilità territoriale, con valori che oscillano tra l'1,5 e il 41,4%. 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 13,1% dei casi di IVG nel 2016 viene effettuato al limite della soglia prevista per legge e il valore aumenta leggermente rispetto al 2015 (pari a 12,9%). 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 2016, la percentuale di ginecologi obiettori risulta pari a 70,9%, in lieve aumento rispetto al 2015 (70,5%). Le regioni che superano ampiamente l'80% sono il Molise, la Basilicata, la Puglia, l'Abruzzo, la Sicilia e la PA di Bolzano. La Valle d'Aosta presenta il valore più basso (17,6%) (Tabella 3).

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 2016 e pubblicato sulla Relazione annuale al Parlamento (1), mostra un carico di 1,6 IVG settimanali per ginecologo (dato nazionale), con una certa variabilità territoriale: si va da un minimo di 0,3 casi della Valle d'Aosta ad un massimo di 9,0 del Molise (dove il carico di lavoro risulta raddoppiato poiché i ginecologi non obiettori sono passa-





ti da 2 ad 1). Approfondendo l'analisi con dati sub-regionali, vengono evidenziate cinque specifiche criticità locali: una Azienda Ospedaliera della Sicilia con 18,2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 2,1 a settimana); due strutture della Puglia dove il carico di lavoro medio settimanale per i ginecologi

non obiettori è, rispettivamente, di 15,2 IVG e di 12,3 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3,6 a settimana); una struttura della Campania con carico di lavoro settimanale pari a 12,6 IVG; una Azienda Ospedaliera del Lazio dove si registrano in media 12,1 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di

Tabella 1 - Tasso (grezzo, standardizzato e specifico per 1.000) di abortività volontaria per regione e macroarea - Anno 2016

Regioni/Macroaree	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tassi grezzi	Tassi std
Piemonte	5,20	11,94	13,11	12,60	9,75	4,70	0,42	7,43	8,51
Valle d'Aosta-Vallée d'Aosta	4,62	12,30	13,66	11,18	10,40	4,82	0,18	7,28	8,44
Lombardia	4,34	10,09	10,65	10,33	8,22	3,65	0,29	6,16	7,01
Bolzano-Bozen	3,63	7,08	7,02	8,14	6,51	2,30	0,47	4,69	5,18
Trento	3,93	7,33	8,63	8,72	8,30	3,33	0,37	5,40	6,02
Veneto	3,01	7,54	8,38	8,18	6,91	3,35	0,21	4,89	5,57
Friuli Venezia Giulia	4,63	8,37	9,65	8,90	7,41	3,11	0,34	5,37	6,22
Liguria	7,95	15,15	16,38	14,32	11,27	5,18	0,57	8,81	10,33
Emilia-Romagna	4,81	11,34	13,36	12,84	10,43	4,71	0,49	7,52	8,60
Toscana	4,61	10,62	12,14	11,40	9,60	4,45	0,47	6,91	7,88
Umbria	4,48	9,22	10,16	10,98	8,75	3,61	0,39	6,28	7,04
Marche	3,30	7,61	7,35	8,07	7,06	2,91	0,32	4,84	5,41
Lazio	4,71	11,30	11,45	10,36	9,46	4,20	0,39	6,76	7,62
Abruzzo	4,08	9,17	10,19	9,39	8,73	4,46	0,65	6,30	6,89
Molise	4,14	10,16	11,54	9,68	10,16	4,64	0,33	6,89	7,50
Campania	3,47	7,20	8,17	8,37	7,78	3,58	0,33	5,37	5,77
Puglia	5,80	11,29	12,23	12,63	11,26	5,44	0,49	8,04	8,73
Basilicata	3,47	7,49	9,41	7,69	7,79	3,92	0,22	5,47	5,92
Calabria	3,33	6,83	7,10	8,28	6,80	3,16	0,25	4,96	5,29
Sicilia	4,25	8,33	8,34	8,04	7,39	3,03	0,25	5,42	5,81
Sardegna	4,14	8,24	8,08	8,41	6,68	3,50	0,25	5,17	5,76
Italia	4,36	9,54	10,33	10,11	8,64	3,95	0,36	6,26	6,98
Nord-Ovest	4,89	11,07	11,83	11,26	8,90	4,08	0,35	6,75	7,71
Nord-Est	3,89	8,95	10,31	10,08	8,39	3,82	0,35	5,95	6,78
Nord	4,47	10,17	11,19	10,77	8,68	3,97	0,35	6,41	7,32
Centro	4,48	10,47	11,04	10,43	9,15	4,08	0,41	6,53	7,38
Sud	4,18	8,52	9,42	9,64	8,80	4,18	0,39	6,19	6,68
Isole	4,23	8,32	8,28	8,13	7,21	3,15	0,25	5,36	5,80
Mezzogiorno	4,19	8,46	9,06	9,15	8,29	3,85	0,35	5,93	6,40

Note: a causa di incompletezza dei dati i tassi del Veneto sono stati stimati.

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 2017.





SALUTE MATERNO-INFANTILE

Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per regione. Anno 2016

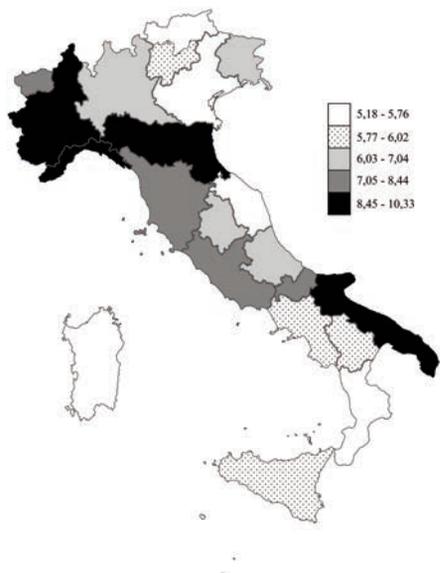
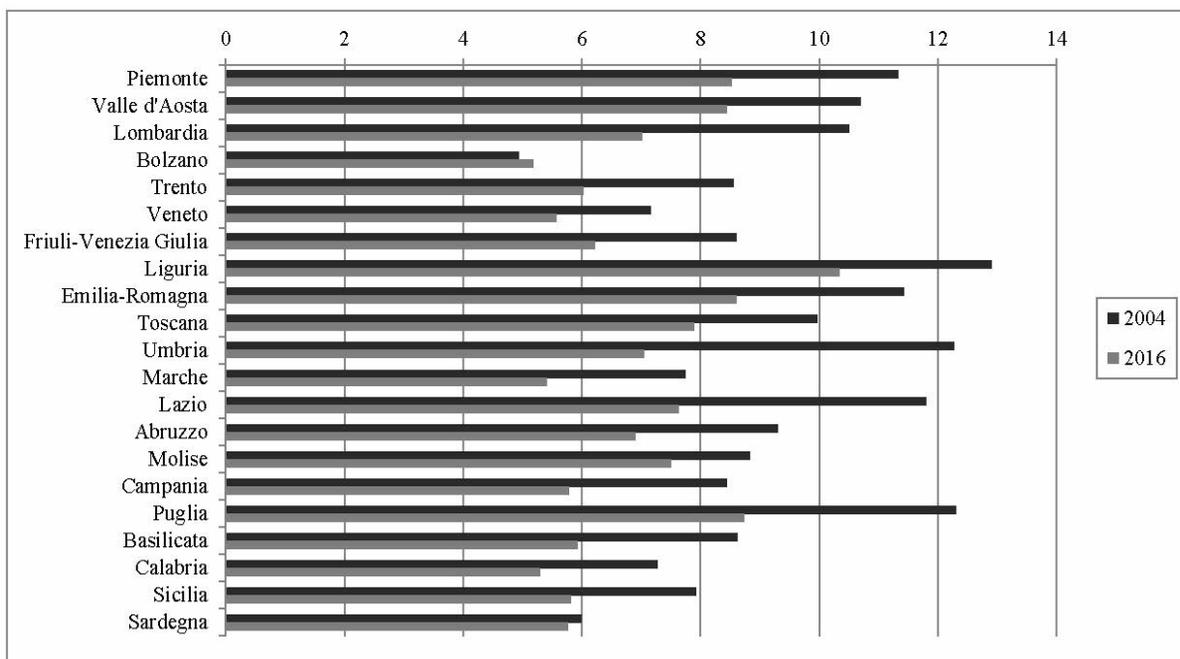


Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione - Anni 2004, 2016



Fonti dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.



Tabella 3 - Abortività volontaria (valori per 100) per terapia antalgica e terapia farmacologica e per regione - Anno 2016

Regioni	Generale	Locale	Terapia antalgica		Nessuna	Terapia farmacologica RU 486*°
			Analgesia e altro	Sedazione profonda		
Piemonte	53,4	0,3	2,8	6,6	36,9	38,3
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	82,8	0,0	2,3	5,7	9,2	10,4
Lombardia	76,3	3,2	4,2	10,8	5,5	6,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>96,3</i>	<i>0,2</i>	<i>1,9</i>	<i>0,0</i>	<i>1,6</i>	<i>1,5</i>
<i>Trento</i>	<i>67,4</i>	<i>0,1</i>	<i>0,7</i>	<i>23,5</i>	<i>8,2</i>	<i>8,1</i>
Veneto	28,4	2,7	8,7	50,2	10,0	10,8
Friuli Venezia Giulia	75,8	0,4	3,8	13,4	6,7	9,1
Liguria	45,4	0,5	4,1	9,1	41,0	43,0
Emilia-Romagna	52,1	5,2	8,2	14,1	20,4	29,1
Toscana	43,4	8,3	2,0	19,7	26,6	25,0
Umbria	89,0	0,0	0,6	5,4	5,1	5,4
Marche	35,0	33,5	1,4	27,8	2,4	1,5
Lazio	58,0	7,1	0,2	16,2	18,5	19,1
Abruzzo	78,4	11,5	2,5	1,2	6,4	6,7
Molise	94,5	0,0	0,3	0,0	5,3	4,3
Campania	84,2	4,1	0,7	8,4	2,7	5,3
Puglia	73,2	1,0	2,4	2,2	21,2	21,9
Basilicata	77,7	1,3	0,7	12,2	8,1	8,6
Calabria	78,4	1,3	0,2	9,5	10,6	9,1
Sicilia	78,7	0,4	1,2	5,1	14,7	13,4
Sardegna	81,7	0,3	4,2	6,5	7,3	8,6
Italia	64,5	3,9	3,1	12,8	15,6	17,0

*I dati si riferiscono a "solo Mifepristone" e "Mifepristone+Prostaglandina".

°IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione.

Fonte dei dati: ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.

Tabella 4 - Abortività volontaria (valori per 100) per tempo di attesa, settimana di gestazione e ginecologi obiettori e per regione - Anno 2016

Regioni	Tempi di attesa (>21 giorni)	Settimane di gestazione (11-12)	Ginecologi obiettori*
Piemonte	8,6	11,6	64,2
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	41,4	17,9	17,6
Lombardia	14,7	17,6	71,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,7</i>	<i>13,3</i>	<i>84,4</i>
<i>Trento</i>	<i>16,1</i>	<i>15,2</i>	<i>58,7</i>
Veneto	21,2	17,6	72,1
Friuli Venezia Giulia	7,3	13,6	50,9
Liguria	7,9	9,7	63,5
Emilia-Romagna	5,8	11,3	48,2
Toscana	7,5	11,5	60,1
Umbria	25,8	12,6	73,3
Marche	6,6	11,4	70,1
Lazio	11,6	14,9	78,7
Abruzzo	12,1	16,6	85,2
Molise	1,5	10,1	96,9
Campania*	16,2	7,6	81,8
Puglia	11,3	10,7	86,1
Basilicata	8,3	7,6	88,1
Calabria	21,6	9,9	69,5
Sicilia	17,1	13,2	84,6
Sardegna	5,8	13,8	56,1
Italia	12,4	13,1	70,9

*I dati della Campania sulla percentuale dei ginecologi obiettori fanno riferimento all'anno 2013.

Fonte dei dati: ISS. Sistema di Sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.



Raccomandazioni di Osservasalute

I dati confermano l'andamento in diminuzione dell'IVG in Italia, tendenza che, ormai, coinvolge tutte le categorie (donne giovani, minorenni, nubili e straniere - Capitolo "Salute della popolazione straniera") 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 disponibi-

lità 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 (2017), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2016. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf.
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2016. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) ISS (1983), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - 1983, ISTISAN 85/5.
- (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.





Procreazione Medicalmente Assistita

Significato. Il Registro Nazionale Italiano della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) raccoglie i dati di tutti i centri che applicano tecniche di fecondazione assistita, sia di primo che di secondo e terzo livello. Con tecniche di primo livello ci si riferisce all’Inseminazione Semplice, con secondo e terzo livello si fa riferimento, invece, alle tecniche di fecondazione in vitro più complesse quali: la fecondazione in vitro con trasferimento degli embrioni (FIVET); la tecnica di fecondazione che prevede l’iniezione nel citoplasma dell’ovocita di un singolo spermatozoo (*Intracytoplasmic Sperm Injection-ICSI*); il trasferimento di embrioni crioconservati (*Frozen Embryo Replacement-FER*), il trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati (*Frozen Oocyte-FO*); la crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo degli spermatozoi. I centri di secondo e terzo livello si distinguono soltanto per il tipo di anestesia somministrata e per alcune differenze nelle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi. Peranto, dal punto di vista della lettura dei risultati vengono considerati in un unico gruppo. Nel trend dei dati rilevati negli ultimi anni, si sono riscontrate alcune modifiche nell’applicazione delle tecniche di fecondazione assistita. La sentenza della Corte Costituzionale n. 151 del Maggio del 2009 ha rimosso l’obbligo di impianto contemporaneo nell’utero della paziente di tutti gli embrioni prodotti con la possibilità di creare il numero di embrioni necessario a quella specifica coppia rendendo, così, possibile crioconservare, in deroga, gli embrioni soprannumerari prodotti da trasferire in utero in un successivo tentativo. Negli ultimi anni, quindi, si è registrato un notevole incremento dell’utilizzo della tecnica FER, che prevede appunto lo scongelamento e il trasferimento in utero di embrioni precedentemente crioconservati. Il tasso di successo calcolato come tasso di gravidanza su cicli a fresco, in questo contesto, non appare più l’indicatore ideale per descrivere l’efficacia delle tecniche di fecondazione assistita. Sempre di più si esprime la probabilità di ottenere una gravidanza includendo il contributo dei cicli da scongelamento, in gran parte effettuati con la tecnica FER e per una quota residua effettuati tramite l’utilizzo di FO. Si parla, quindi, di “tasso di gravidanza cumulativo” che esprime, in percentuale, il rapporto tra la somma delle gravidanze ottenute da cicli a fresco con quelle ottenute da cicli che prevedono lo scongelamento di ovociti o di embrioni, con il numero di prelievi eseguiti nello stesso periodo, con cui misureremo, da adesso in poi l’efficacia delle tecniche di procreazione assistita. Anche per quanto riguarda l’indicatore utilizzato per definire il quadro dell’offerta e della domanda nel Paese, si è deciso di includere nel calcolo l’apporto

dei cicli che prevedono l’utilizzo di embrioni o gameti precedentemente crioconservati.

Gli altri indicatori utilizzati per descrivere nella sua interezza il fenomeno sono rimasti invariati.

Per tutti gli indicatori, escluso il primo che misura l’accesso alle tecniche di PMA, sono stati presi in considerazione soltanto i cicli che non prevedono donazione di gameti e/o embrioni.

Il primo indicatore utilizzato è dato dal numero di cicli a fresco e da scongelamento iniziati (tecniche FIVET, ICSI, FER e FO) per milione di abitanti. Questo indicatore descrive la relazione tra domanda ed offerta relativamente all’applicazione delle tecniche nel territorio; in un certo senso descrive le dimensioni del fenomeno. Viene usata al denominatore la popolazione residente perché questo indicatore è, generalmente, usato dal Registro Europeo e permette di operare i necessari confronti. Inoltre, la distribuzione regionale dell’indicatore fornisce informazioni sulla diversa ricettività delle varie regioni.

Il secondo indicatore è rappresentato dal tasso cumulativo di gravidanze ottenute. Questo indicatore misura la probabilità di ottenere una gravidanza, includendo anche il contributo dei cicli che prevedono l’utilizzo di gameti o embrioni crioconservati.

Generalmente, il tasso viene espresso rispetto al numero di prelievi eseguiti, individuando proprio nel prelievo ovocitario il momento chiave per la paziente grazie al quale si definisce la possibilità di ottenere una gravidanza attraverso la loro successiva fecondazione e l’utilizzo o il congelamento degli embrioni formati.

Il terzo indicatore è dato dal tasso di parti multipli. Per parto multiplo si intende un parto che dia alla luce due o più neonati. Questo tasso può essere utilizzato per descrivere il livello di sicurezza delle tecniche applicate. Un parto gemellare o trigemino aumenta i rischi per la paziente e per il neonato. Minimizzare la percentuale di parti multipli, quindi, significa minimizzare un fattore che può influire negativamente sulla salute di entrambi. Il quarto indicatore preso in considerazione è dato dalla percentuale di gravidanze perse al *follow-up*.

Questo indicatore fornisce una informazione relativa al sistema di monitoraggio e raccolta dati dei centri dove si applicano le tecniche di fecondazione assistita. È un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai centri e del monitoraggio del lavoro e dei risultati ottenuti dal centro stesso. Nella composizione di questo indicatore, però, assume un ruolo importante anche la disponibilità di personale all’interno delle strutture. In molti centri, infatti, la carenza di personale costituisce un ostacolo all’ottenimento di livelli ottimali del monitoraggio delle gravidanze ottenute.





SALUTE MATERNO-INFANTILE

295

Cicli a fresco

Numeratore	Cicli a fresco/scongelo (tecniche FIVET, ICSI FER e FO) iniziati in 1 anno	x 1.000.000
Denominatore	Popolazione media residente	

Tasso cumulativo di gravidanze*

Numeratore	Gravidanze ottenute da tecniche a fresco/scongelo (ICSI FER e FO)	x 100
Denominatore	Prelievi (tecniche FIVET e ICSI) eseguiti in 1 anno	

Tasso di parti multipli

Numeratore	Parti multipli ottenuti dall'applicazione di tecniche di secondo e terzo livello	x 100
Denominatore	Parti ottenuti dall'applicazione di tecniche di secondo e terzo livello	

Proporzione di gravidanze perse al follow-up

Numeratore	Gravidanze di cui non si conosce l'esito	x 100
Denominatore	Gravidanze ottenute dall'applicazione di tecniche a fresco e da scongelamento	

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

Validità e limiti. I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità e, nello specifico, dal Registro Nazionale della PMA. Le unità di rilevazione sono rappresentate dai centri che applicano le tecniche di fecondazione assistita, autorizzati dalle Regioni ed iscritti al Registro Nazionale. A partire dalla raccolta dati relativa all'attività del 2006, la copertura dell'indagine è stata totale e tutti i trattamenti di riproduzione assistita effettuati in 1 anno vengono registrati e monitorati nella raccolta dati. Ogni anno sui dati raccolti vengono eseguiti una serie di controlli di congruenza e di validazione. Le procedure di validazione vengono eseguite attraverso controlli verticali, che approfondiscono l'esattezza dei dati quando questi appaiono fuori scala rispetto alle medie regionali e nazionali, e attraverso controlli orizzontali, che vengono realizzati sulla premessa che i dati comunicati da ogni centro debbano essere quantitativamente paragonabili da un anno all'altro. Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nella circostanza che i dati comunicati al Registro Nazionale vengono raccolti in forma aggregata. In questo modo diventa più complicato collegare gli esiti delle terapie ad alcune caratteristiche delle coppie di pazienti. La probabilità di riuscita di un ciclo di fecondazione assistita è legato anche al tipo e al grado di infertilità della coppia. Utilizzando una raccolta dati basata su singolo ciclo, risulterebbe più semplice ed immediato giungere a considerazioni riguardo l'effetto delle differenze esistenti tra i pazienti relative alla diagnosi di infertilità.

Per quanto riguarda il terzo indicatore, il tasso di parti

multipli, esiste il problema della perdita di informazioni relativamente agli esiti delle gravidanze. Infatti, per 1.334 gravidanze, corrispondenti al 9,7% del totale delle gravidanze ottenute con l'applicazione di tecniche di secondo e terzo livello, sia a fresco che da scongelamento, non è stato possibile raccogliere informazioni sugli esiti delle stesse.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di confronto dei quattro indicatori presentati fanno riferimento ad altri Paesi europei in cui l'attività di fecondazione assistita è assimilabile all'attività svolta in Italia. Inoltre, potranno essere presi in considerazione anche i valori medi europei, presentati ogni anno dall'*European IVF Monitoring*, sistema di raccolta ed analisi dei dati del Registro Europeo, a cui l'Italia partecipa. I dati disponibili sono, però, riferiti all'anno 2013. Bisogna considerare che per i primi due indicatori il trend mostrato è in continua evoluzione, mentre per il terzo indicatore la tendenza è in diminuzione.

Descrizione dei risultati

Gli indicatori presentati si riferiscono all'applicazione delle tecniche di secondo e terzo livello sia a fresco (FIVET e ICSI) che da scongelato (FER e FO).

I risultati che di seguito vengono presentati fanno riferimento all'attività del 2016, ovvero a tutti i cicli iniziati, con una stimolazione o uno scongelamento, nel periodo compreso tra l'1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno 2016.

I centri che nel 2016 erano attivi nel territorio naziona-



le erano 360. Soltanto 326 centri hanno effettivamente effettuato tecniche su pazienti in quanto in 34 centri, per motivi di varia natura, non si è svolta attività: di questi, 143 sono di primo livello (Inseminazione Semplice) e 183 di secondo e terzo livello (FIVET, ICSI ed altre tecniche).

In generale, con l'applicazione di tutte le tecniche, sono state trattate 77.522 coppie di pazienti, su cui sono stati iniziati 97.656 cicli di trattamento. Le gravidanze ottenute sono state 17.834. Di queste è stato possibile monitorarne l'evolversi di 15.897. In 3.882 gravidanze si è registrato un esito negativo, mentre 12.015 sono arrivate al parto. I bambini nati vivi risultano 13.582. Questo significa che in Italia, ogni 1.000 nati vivi, 28,7 nascono da gravidanze ottenute con l'applicazione di procedure di fecondazione assistita.

In particolare, per ciò che riguarda la tecnica di Inseminazione Semplice, le coppie trattate sono state 13.798 su cui sono stati iniziati 21.767 cicli di trattamento. Le gravidanze ottenute sono state 2.429, su cui si è registrata una perdita di informazione pari al 15,0%. I nati vivi sono stati 1.791. Il tasso di gravidanza, rispetto ai cicli iniziati è pari in generale all'11,2%, nei cicli che non prevedevano donazione di gameti maschili è stato pari al 10,9%, mentre nei 714 cicli in cui è stato utilizzato liquido seminale da donazione il tasso di gravidanza è risultato pari al 19,2%.

Sono stati trattati, invece, con tecniche a fresco di secondo e terzo livello 44.965 coppie di pazienti su cui sono stati iniziati 53.906 trattamenti. Le gravidanze ottenute con l'applicazione delle tecniche a fresco sono state 9.326. Il tasso di gravidanza rispetto ai cicli iniziati è pari al 17,3%, rispetto ai prelievi effettuati è pari al 19,1%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti risulta pari al 25,9%.

Con tecniche da scongelamento sono state trattate 13.826 coppie di pazienti su cui sono stati iniziati 16.450 cicli di scongelamento di ovociti o di embrioni. Le gravidanze ottenute sono state 4.366. Per quanto riguarda la tecnica di scongelamento di ovociti, il tasso di gravidanza rispetto agli scongelamenti effettuati è pari al 16,3%, mentre rispetto ai trasferimenti eseguiti è del 20,1%. Per la tecnica di scongelamento di embrioni il tasso di gravidanze è pari al 27,5% se rapportato agli scongelamenti effettuati, mentre se rapportato ai trasferimenti eseguiti è pari al 28,8%.

Con l'applicazione di tecniche di secondo e terzo livello che prevedono l'utilizzo di embrioni o gameti donati, sono state trattate 4.933 coppie di pazienti, su cui sono state eseguite 5.533 procedure. Le gravidanze ottenute ammontano a 1.713, con un tasso di gravidanza generale su cicli iniziati pari al 31,0% e i nati vivi sono stati 11.791.

In totale si è registrato un numero di gravidanze perse al *follow-up* pari a 1.572, che rappresenta il 10,2% del totale delle gravidanze ottenute da tecniche di secondo e terzo livello.

Nella Tabella 1 è riportata la distribuzione regionale dei valori conseguiti dai quattro indicatori proposti, il confronto con il precedente anno di rilevazione e la variazione percentuale.

Nella prima colonna è indicato il numero dei cicli a fresco effettuati dai centri in ogni regione, in modo da fornire la dimensione del fenomeno a livello di singola regione.

La seconda colonna della tabella mostra il valore del primo indicatore, ovvero il numero di cicli totali iniziati in ogni regione per milione di abitanti.

A livello nazionale sono stati effettuati 1.160 cicli per milione di abitanti. Tale valore è costantemente in crescita a partire dal 2005, primo anno di rilevazione dati. Rispetto al 2015 si registra un aumento pari ad 1,0 punti percentuali (1.149 cicli iniziati per milione di abitanti).

La distribuzione dell'indicatore a livello regionale assume carattere particolarmente eterogeneo rispecchiando la capacità attrattiva di alcune regioni. È il caso della Lombardia e dell'Emilia-Romagna nel Nord del Paese, del Lazio e della Toscana nel Centro e della Campania e della Sicilia nel Meridione.

Questo indicatore è fortemente condizionato dalla numerosità della popolazione residente nelle varie regioni; per questo, ad esempio, la PA di Bolzano e la Valle d'Aosta fanno registrare un valore particolarmente elevato dell'indicatore anche in presenza di un numero di cicli iniziati abbastanza modesto. Risulta evidente la differenza tra il dato delle regioni meridionali e il resto del Paese.

Nella colonna successiva è rappresentata la distribuzione per regione del tasso cumulativo di gravidanze rispetto ai prelievi eseguiti. I tassi sono stati calcolati per classi di età delle pazienti e il tasso cumulativo di gravidanza totale è stato standardizzato utilizzando come popolazione di riferimento la distribuzione nazionale dei prelievi eseguiti per classe di età.

Il tasso cumulativo di gravidanza standardizzato restituisce il valore del tasso grezzo correggendo le differenze che esistono tra una regione ed un'altra, relativamente alla distribuzione dei prelievi eseguiti secondo l'età delle pazienti in classi.

In generale, l'indicatore ha evidenziato un incremento percentuale, rispetto all'anno precedente, pari al 2,8%. Nel 2015 il tasso cumulativo di gravidanza standardizzato è risultato pari a 27,3%, mentre nel 2016 è aumentato sino al 28,1%. Le regioni in cui si è registrato un incremento maggiore sono state, in primo luogo, il Friuli Venezia Giulia in cui si è passati dal 21,7% del 2015 al 33,7% del 2016 con un incremento percentuale del 55,2%, seguite da Abruzzo (+28,4%), Basilicata (+24,5%) e Calabria (+22,2%), ovvero regioni con una mole di attività particolarmente ridotta. Tra le regioni a più alto livello di attività si registra l'aumento percentuale del dato della Lombardia (+4,7%), della Toscana (+4,5%) e della Campania (+10,5%).



Viceversa, si registra un decremento del tasso cumulativo standardizzato in Piemonte (-8,3%), Emilia-Romagna (-9,5%) e Sicilia (-15,2%). Tra le regioni a più elevata mole di attività il dato del Lazio risulta in linea con quello dell'anno precedente (+0,1%).

Nella quarta colonna della tabella è riportata la distribuzione regionale della percentuale di parti multipli.

Il valore di questo indicatore fornisce, in maniera indiretta, indicazioni rispetto alla sicurezza delle tecniche applicate.

In generale, la quota di parti multipli sul totale di quelli ottenuti è del 13,3%, mentre nella precedente rilevazione era risultato pari al 15,6% con un decremento del 14,4%. Questo valore è in continuo decremento, basti pensare che nel 2009 la quota di parti multipli era pari al 22,9%. Il dato importante è che soprattutto la quota dei parti trigemini o quadrupli mostra un trend in costante decremento, dal 2,3% del 2009 allo 0,4% del 2016. L'andamento dell'indicatore mostra la stessa tendenza nelle regioni a più alta mole di attività. Soltanto in alcune regioni, con ridotto numero di cicli iniziati, si registra un aumento della percentuale di parti multipli. È il caso della Valle d'Aosta (+18,2%), delle PA di Bolzano e Trento (+1,0% e +3,2%, rispettivamente), delle Marche (+66,7%) e della Sardegna (+21,1%).

Un dato importante è che regioni ad alta mole di attività, come la Lombardia (12,3%), il Veneto (13,6%), l'Emilia-Romagna (11,2%), il Lazio (10,4%) e la Campania (10,3%), facciano registrare una quota di parti multipli tra le più basse e, comunque, al di sotto o in linea con il dato nazionale. Discorso opposto, tra le regioni a più elevata attività, meritano la Toscana e la Sicilia, che con il 17,4% e il 16,5%, rispettivamente, di parti multipli si attestano al di sopra del dato nazionale.

È importante sottolineare come questi dati possano essere condizionati dalla distribuzione delle gravidanze perse al *follow-up*, ovvero dalla perdita di informazioni relativamente all'esito delle gravidanze stesse. Infatti, è ipotizzabile pensare che il centro venga più facilmente a conoscenza di informazioni relativamente ad una gravidanza multipla, costituendo un caso più particolare, rispetto ad una gravidanza a decorso normale, per cui reperire le informazioni può risultare più complesso.

Anche per questo è utile passare all'esame dell'indicatore successivo, riportato nell'ultima colonna della tabella, dove viene mostrata la percentuale di gravidanze di cui non si conosce l'esito sul totale di quelle ottenute. È un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai centri e del monitoraggio del proprio lavoro.

In questo caso vengono prese in considerazione le gravidanze ottenute con tecniche di secondo e terzo livello, sia da tecniche a fresco che da tecniche di scongelamento.

La percentuale delle gravidanze di cui non si conosce l'esito è pari, nel 2016, al 9,7%, con un decremento percentuale della perdita di informazioni pari al 12,3%. Tra le regioni con un numero di procedure significativo, quelle con una perdita più elevata di informazioni sono il Lazio (20,5%), che rimane sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente. Questo appare anche il dato più preoccupante visto che il Lazio è anche una delle regioni con attività più sostenuta. Tra le regioni con attività più significativa, vedono aumentare la perdita di informazioni relative al monitoraggio delle gravidanze il Piemonte (7,3%, +50,7%), il Veneto (11,9%, +101,3%) e la Puglia (37,4%, +44,0%). Viceversa, tra le regioni a più alta attività, i cui centri sono riusciti ad attivare un meccanismo virtuoso di recupero delle informazioni, troviamo la Lombardia (4,7%, -30,0%), l'Emilia-Romagna (0,8%, -57,6%), la Toscana (9,6%, -24,8%) e la Campania (14,6%, -35,1%). Esiste anche un certo numero di regioni che sono riuscite ad azzerare completamente la perdita di informazioni, prima fra tutti il Friuli Venezia Giulia, seguita, anche se con un peso relativo differente vista la ridotta mole di attività, dalla Valle d'Aosta, Marche, Molise e Calabria.

Molte delle differenze regionali che questo indicatore riporta, potrebbero essere spiegate anche dal tipo di utenza che si rivolge alle strutture che offrono tecniche di fecondazione assistita¹ e, quindi, alla proporzione dei centri privati rispetto a quelli pubblici operanti in ogni regione. Questo perché il ricorso al privato seleziona necessariamente le pazienti secondo il livello socio-economico e, quindi, potrebbe crearsi un *bias* sulla disponibilità delle stesse a fornire informazioni sull'esito della gravidanza e sullo stato di salute di eventuali neonati.

¹Particolare cautela va posta nell'interpretazione delle variazioni regionali dove l'attività risulta particolarmente ridotta, poiché tali variazioni possono essere frutto di oscillazioni casuali e/o transitorie e non di vere e proprie tendenze in atto.



Tabella 1 - Cicli (valori assoluti) da tecniche a fresco, cicli (valori per 1.000.000) iniziati, tasso cumulativo (standardizzato per 100) di gravidanze, tasso (valori per 100) di parti multipli e proporzione (valori per 100) di gravidanze perse al follow-up per regione - Anni 2015-2016

Regioni	Cicli da tecniche a fresco				Cicli iniziati			Tasso std cumulativo di gravidanza			Tasso di parti multipli			Gravidanze perse al follow-up		
	2016	2015	2016	Δ %	2015	2016	Δ %	2015	2016	Δ %	2015	2016	Δ %	2015	2016	Δ %
Piemonte	2.586	813	806	-0,9	34,8	31,9	-8,3	17,8	14,9	-16,0	4,8	7,3	50,7			
Valle d' Aosta	356	2.926	3.462	18,3	25,4	21,8	-14,1	7,7	9,1	18,2	0,0	0,0	n.d.			
Lombardia	15.461	1.966	2.076	5,6	26,4	27,7	4,7	14,1	12,3	-12,4	6,7	4,7	-30,0			
Bolzano-Bozen	904	2.605	2.497	-4,1	32,0	36,5	13,9	17,4	17,6	1,0	1,0	2,7	158,6			
Trento	555	681	1.088	59,9	28,8	27,0	-6,2	21,4	22,1	3,2	1,0	0,7	-27,4			
Veneto	2.950	789	805	2,0	25,6	27,3	6,5	16,2	13,6	-16,0	5,9	11,9	101,3			
Friuli Venezia Giulia	864	856	885	3,3	21,7	33,7	55,2	20,2	17,7	-12,3	11,5	0,0	-100,0			
Liguria	592	559	523	-6,4	29,6	23,4	-21,1	22,1	19,4	-12,3	0,0	2,3	n.d.			
Emilia-Romagna	4.598	1.487	1.438	-3,3	24,4	22,1	-9,5	15,0	11,2	-25,3	1,8	0,8	-57,6			
Toscana	6.559	2.594	2.140	-17,5	24,9	26,0	4,5	17,5	17,4	-0,9	12,7	9,6	-24,8			
Umbria	416	455	593	30,5	29,1	28,6	-2,0	27,3	11,8	-56,6	15,8	5,0	-68,3			
Marche	203	142	161	13,2	17,8	13,3	-24,9	15,0	25,0	66,7	3,7	0,0	-100,0			
Lazio	4.887	1.158	1.201	3,7	35,3	35,3	0,1	11,4	10,4	-9,3	20,2	20,5	1,5			
Abruzzo	850	603	711	17,9	24,7	31,7	28,4	23,3	22,9	-1,8	5,1	5,0	-3,4			
Molise	69	198	270	36,1	43,0	26,5	-38,4	n.d.	12,5	n.d.	62,5	0,0	-100,0			
Campania	5.095	1.014	1.068	5,3	27,4	30,2	10,5	15,6	10,3	-34,0	22,5	14,6	-35,1			
Puglia	1.869	606	598	-1,2	27,3	29,2	7,0	14,1	9,8	-30,5	26,0	37,4	44,0			
Basilicata	274	574	556	-3,1	17,1	21,3	24,5	24,1	11,4	-52,7	0,0	1,6	n.d.			
Calabria	410	293	281	-4,2	51,4	62,8	22,2	0,0	2,4	n.d.	1,9	0,0	-100,0			
Sicilia	3.439	704	790	12,2	31,2	26,5	-15,2	20,6	16,5	-19,8	18,3	16,6	-9,1			
Sardegna	969	627	609	-2,9	14,4	12,4	-13,7	22,0	26,6	21,1	4,8	2,9	-39,4			
Italia	53.906	1.149	1.160	1,0	27,3	28,1	2,8	15,6	13,3	-14,4	11,1	9,7	-12,3			

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Registro Nazionale Italiano della PMA. Anno 2017

Confronto internazionale

Gli ultimi dati disponibili, pubblicati dal Registro Europeo sono quelli riferiti all'attività del 2013. Il numero di trattamenti per milione di abitanti in Italia è in linea con quello dei Paesi europei a più lunga tradizione nell'attività della PMA. Infatti, tale indicatore è pari a 1.280 in Francia e a 971 in Gran Bretagna. Globalmente, rispetto alla popolazione dei Paesi che aderiscono alla raccolta dati del Registro Europeo, il numero di cicli iniziati su milione di abitanti è pari a 1.175.

Il tasso cumulativo di gravidanze è un indicatore che risente della proporzione di tecniche da scongelamento eseguite sul totale dei cicli di PMA effettuati. Tale proporzione nel nostro Paese è ancora al di sotto di quanto avviene in altri importanti contesti europei. Infatti, il valore dell'indicatore in Italia è inferiore sia a quello dei Paesi europei presi a paragone che alla media generale europea. In particolare, il risultato raggiunto in Italia con un tasso cumulativo di gravidanze pari al 28,1% va letto congiuntamente al dato riferito all'applicazione delle tecniche da scongelamento che nel nostro Paese è pari al 23,4% del totale delle tecniche applicate. Il tasso cumulativo di gravidanze su prelievi eseguiti è pari al 31,0% in Francia, al 36,1% in Germania, al 41,3% in Spagna, al 40,2% nel Regno Unito e al 45,1% in Svezia, Paese in cui le tecniche che utilizzano embrioni crioconservati rappresentano il 34,3% dei cicli di fecondazione assistita. Il valore medio del tasso in Europa è del 37,1%.

Per ciò che concerne il terzo indicatore, il tasso di parti multipli, l'Italia presenta un valore assolutamente in linea, se non migliore degli altri Paesi presi in esame. Infatti, mediamente, in Europa il 16,9% dei parti risulta essere un parto multiplo. In Francia la quota di parti multipli è del 16,9%, in Germania del 21,0%, in Spagna del 19,7% e in Gran Bretagna del 15,2%. Va detto che questo indicatore presenta un trend verso il basso in continua evoluzione; pertanto, il dato dal 2013 ad oggi potrebbe presentare valori in linea con il dato del nostro Paese. Unico Paese preso a confronto, che mostra un valore dell'indicatore decisamente più basso con solo il 4,8% di parti multipli, è la Svezia dove la politica del trasferimento di un singolo embrione selezionato ha trovato applicazione su larga scala. Per la percentuale di gravidanze perse al follow-up, il Registro Europeo raccomanda un livello non superiore al 10% di perdita di informazione sul totale delle gravidanze ottenute. Dei Paesi fin qui presi in esame, la Germania presenta una quota di gravidanze perse al follow-up dell'8,5%. La Spagna fa registrare una perdita di informazione superiore a quella del Registro italiano (16,8%). In Gran Bretagna ed in Francia la perdita di informazioni è del tutto trascurabile (1,2% e 1,8%, rispettivamente), mentre in Svezia è stato possibile ottenere il follow-up di tutte le gravidanze. Mediamente, la quota di gravidanze di cui non si conosce l'esito, in Europa è dell'8,6%, in linea con il nostro dato nazionale.



Raccomandazioni di Osservasalute

La ricerca nell'ambito delle tecniche di fecondazione assistita, unitamente alle modifiche delle norme che regolano la materia, hanno portato a variazioni significative nei protocolli terapeutici. Queste variazioni ci hanno indotto a sostituire alcuni indicatori utilizzati; nello specifico, quello per misurare l'accesso alle tecniche di fecondazione assistita e quello che offre una misura della loro efficacia.

Anche quando gli indicatori, ad un livello medio generale, evidenziano una certa staticità, questa è il risultato di ampie oscillazioni che esistono tra una realtà regionale ed un'altra o anche all'interno della stessa regione tra un anno di attività ed un altro.

La percentuale di perdita di informazioni si riduce in maniera consistente, raggiungendo la soglia di qualità introdotta dal Registro Europeo, allineando la *performance* ad altri Registri a più consolidata tradizione come, ad esempio, quello della Germania. In alcune regioni tale perdita di informazioni rappresenta una particolare criticità. In tal senso, sarà cura del Registro Nazionale della PMA affrontare questo particolare problema per cercare di diminuire ulteriormente il numero di gravidanze di cui non si conosce l'esito.

Riferimenti bibliografici

- (1) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anni vari.
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2018.
- (3) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - Procreazione Medicalmente Assistita: risultati dell'indagine sull'applicazione delle tecniche nel 2003.
- (4) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - 1° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2005.
- (5) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli, R. De Luca, R. Spoletini, E. Mancini - 2° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2006.
- (6) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, R. De Luca, P. D'Aloja, S. Fiaccavento, R. Spoletini, M. Bucciarelli, E. Mancini - 3° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2007.
- (7) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on February 17, 2012 - Assisted reproductive Technology in Europe, 2007: results generated from European registers by ESHRE.

