Il tasso di abortività (numero di IVG per 1.000 donne di età 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9,7 per 1000, con una diminuzione dell'1% rispetto al 2002 (9,8 per 1.000) e del 43,6% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000). Nel ventennio 1983-2002 la variazione maggiore si registra al Sud (da 17,3 a 9,6), ma la ripartizione geografica con il più elevato ricorso all'IVG continua ad essere il Centro (con 11 IVG ogni 1.000 donne nel 2003), mentre nella situazione opposta si trovano le Isole (7 IVG ogni 1000 donne).

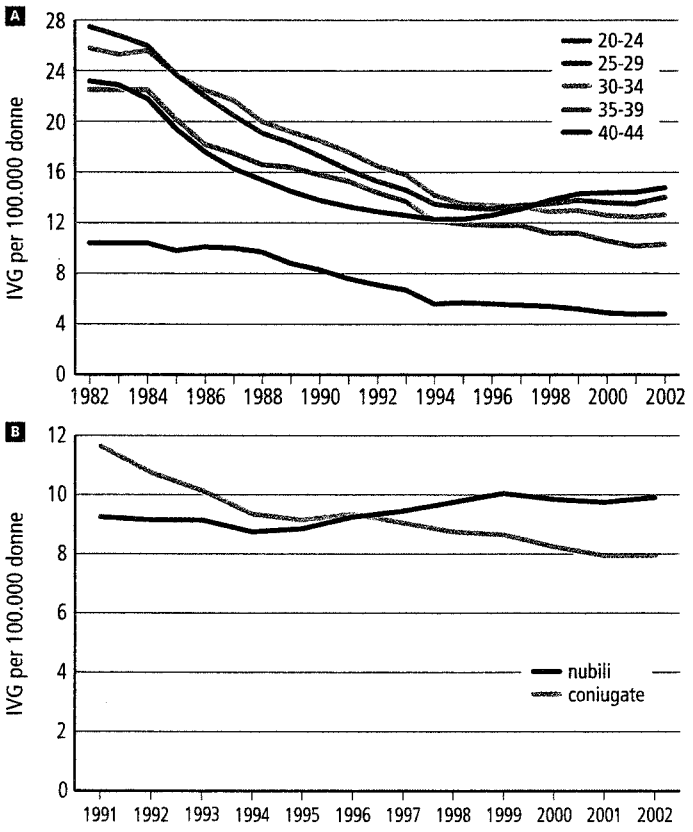
Approfondendo il dettaglio territoriale, il valore più alto del tasso spetta alla Puglia e all'Emilia Romagna (per entrambe 12,4 nel 2003), seguita dall'Umbria (12,3) e dal Lazio (12,1). Livelli minimi si osservano invece in Basilicata (4,2) e nella provincia di Bolzano (4,6) (**Figura 1A**).

Il rapporto di abortività (numero di IVG per 1.000 nati vivi) è risultato nel 2003 pari a 246, con un decremento dell'1,6% rispetto al 2002 e del 35,2% rispetto al 1982 (380,2 per 1.000). Per questo indicatore, che è correlato all'andamento della natalità, si osservano valori e variazioni nel lungo periodo nettamente più elevati nelle regioni del Centro-Nord rispetto a Sud e isole (**Figura 1B**).

Alcuni dei tratti principali del fenomeno, descritti nella suddetta relazione sulla base dei dati definitivi 2002, si possono sintetizzare in pochi punti essenziali.

• Dall'analisi delle caratteristiche sociodemografiche (età, stato civile, residenza, istruzione, numero di figli ecc.) delle donne che abortiscono emerge sostanzialmente che il ricorso all'IVG non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio: il calo osservato nel tempo si è infatti manifestato con maggiore intensità per le donne più istruite, per quelle coniugate e per quelle occupate, cioè per le donne in condizioni di maggiore stabilità di rapporto e con più ampie opportunità di conoscenza e di relazioni comunitarie, condizioni queste che hanno favorito, grazie anche al ruolo dei servizi, una maggiore competenza e consapevolezza relativamente all'uso dei metodi per la procreazione responsabile.

• Emblematica in questo senso è l'analisi del fenomeno in relazione a due variabili significative, l'età e lo stato civile; si osservano infatti differenze tra le varie classi di età, nel senso che per le donne più giovani (20-24, 25-29 anni) è aumentato il ricorso all'IVG negli ultimi anni, mentre le meno giovani (35-39, 40-44 anni) hanno sperimentato un trend decrescente abbastanza regolare durante tutto il periodo di osservazione (**Figura 2A**). Tale andamento è in parte dovuto all'incremento, verificatosi negli ultimi anni, del contributo al fenomeno da parte delle donne straniere, mediamente più giovani rispetto alle italiane. Riguardo allo stato civile, risulta interessante l'inversione di tendenza dei livelli di abortività relativi alle donne nubili e a quelle coniugate: nell'anno 1996, i tassi specifici per stato civile sono quasi coincidenti, mentre dall'anno successivo i livelli delle donne nubili superano quelli delle donne coniugate e la forbice si allarga sempre più nel corso del tempo (**Figura 2B**). Questo dato riflette una profonda trasformazione avvenuta nel corso degli anni 90 nel modello di abortività in Italia: accanto a quello più tradizionale, che vede il ricorso all'IVG come metodo di regolazione della fecondità all'interno del matrimonio, emerge una parte sempre più consistente della popolazione femminile che ricorre all'aborto in maniera più estemporanea (a ulteriore conferma si osserva che



Fonte: ISTAT, data base HFA

Figura 2 (**A**) Tassi di abortività volontaria specifici per età - Anni 1982-2002. (**B**) Tassi di abortività volontaria per stato civile - Anni 1991-2002.

nel 1981 circa il 72% delle IVG veniva effettuato da donne coniugate, mentre nel 2002 tale percentuale è scesa al 48,1%).

• Nel corso degli anni è andato tuttavia crescendo il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza straniera, che, nel 2002, rappresentano il 22,4% del totale delle IVG, più del doppio di quanto registrato nel 1998 (10,1%); nel complesso il tasso di abortività mostra uno scarto di circa 24 IVG ogni 1000 donne attribuibili alla cittadinanza straniera; si tratta dunque di un gruppo sociale ad alto rischio. Come già accennato, le donne straniere si caratterizzano anche per una maggiore diffusione del fenomeno tra le giovani (**Tabella 3**); a livello regionale, le regioni in cui la prevalenza del fenomeno nella popolazione straniera supera il 20% sono quelle a più elevata concentrazione di cittadini stranieri (ad esempio Piemonte, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Lazio).

• L'IVG ripetuta costituisce il 24% delle interruzioni, percentuale che sta progressivamente diminuendo a partire dal 1990 e che è nettamente inferiore al valore atteso per il 2002 (pari a 44,5% sulla base di modelli matematici che assumono costante nel tempo la propensione ad abortire). Il sempre maggiore contributo delle cittadine straniere tende tuttavia a stabilizzare e, negli ultimi anni, ad invertire il trend in discesa osservato nell'ultimo decennio; infatti sono sensibilmente più frequenti, rispetto alle cittadine italiane, le straniere che effettuano l'IVG con una precedente esperienza di aborto (secondo le stime del 2003, 29% vs 19% delle italiane).

• La certificazione è rilasciata per un terzo dal Consultorio Familiare (CF), per un terzo dal medico di famiglia e per un altro terzo dal Servizio di Ostetricia e Ginecologia. Sebbene negli ultimi anni si osservi un leggero aumento della percentuale di certificazioni rilasciate dal CF, in gran parte determinato dalle donne straniere che ricorrono a tale servizio più frequentemente di quelle italiane, il ruolo del CF si rivela ancora insufficiente ed indice di una scarsa integrazione tra territorio ed ospedale.

• Il 91% degli interventi viene svolto all'interno di istituti di cura pubblici, percentuale sostanzialmente invariata rispetto agli anni precedenti. Nella provincia di Trento, in Puglia, in Sardegna e in Campania è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in case di cura.

• Le interruzioni avvenute oltre la dodicesima settimana sono nel 2002 il 2,3% dei casi, con una considerevole variabilità interregionale, in parte legata alla diversa disponibilità di strutture che eseguono l'intervento a questa epoca. Negli ultimi anni si registra un aumento della proporzione di interventi effettuati a 11-12 settimane di gestazione e anche in questo caso il trend è influenzato dalla propensione delle donne straniere ad abortire a una età gestazionale più avanzata (secondo le stime 2003, la percentuale di IVG effettuate tra la undicesima e la dodicesima settimana è pari a 24,3% e 12,2% rispettivamente nelle donne italiane e straniere).

• L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (quest'ultima nel 23% dei casi). Il ricorso al raschiamento, in lento calo nel tempo, è attualmente il metodo scelto nel 14% degli interventi; valori nettamente più alti nell'uso del raschiamento si osservano nelle regioni meridionali e insulari (in particolare Calabria, Sardegna, Abruzzo e Sicilia dove questa tecnica è ancora utilizzata nel 25% dei casi) a fronte di valori contenuti al Centro-Nord. Queste frequenze, così come il dato relativo all'epoca gestazionale, non giustificano l'attuale ricorso eccessivo all'anestesia generale (che nel 2002 è stata praticata nell'85% dei casi con valori più alti al Sud), che contrasta con quanto indicato dalle linee guida internazionali, secondo cui l'isterosuzione praticata in anestesia locale è più sicura che se praticata in anestesia generale.

Tabella 3 **Tassi di abortività volontaria per 1000 donne residenti in Italia, per cittadinanza e classi di età - Anno 2000**

Età	Cittadinanza italiana	Cittadinanza straniera
18-24	11,8	48,5
25-29	11,0	41,7
30-34	10,3	33,3
35-39	9,1	23,6
40-44	4,3	10,0
45-49	0,4	1,5
18-49 tasso grezzo	8,2	32,0
18-49 tasso std	8,5	29,7

Fonte: Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza". In Conti C., Sgritta G.B. (a cura di), Salute e Società. Immigrazione e politiche sociosanitarie. La salute degli altri. Anno III, n. 2, pp.131-140.

Aborti spontanei

Nel nostro Paese l'aborto spontaneo è definito dalla normativa come l'interruzione involontaria di gravidanza entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. Il fenomeno presenta un trend crescente nel tempo: i casi di aborto spontaneo in valore assoluto sono passati da 56.157 nel 1982 a 70.235 nel 2001, con un aumento del 25%. In termini di rapporti i valori sono variati nello stesso periodo da 89 aborti spontanei per 1.000 nati vivi a 128 nel 2001, con un incre-

mento relativo del 38%. L'incremento, che appare inoltre più spiccato negli anni più recenti, a partire dal 1993 (**Figura 3**), è presumibilmente attribuibile:

• al progressivo miglioramento e quindi alla maggiore copertura nel tempo della rilevazione;

• alla modifica nel sistema di rilevazione che ha portato ad includere, a partire dal 1994, anche i casi di ricovero di un solo giorno (per i quali cioè non è necessario il pernottamento in ospedale);

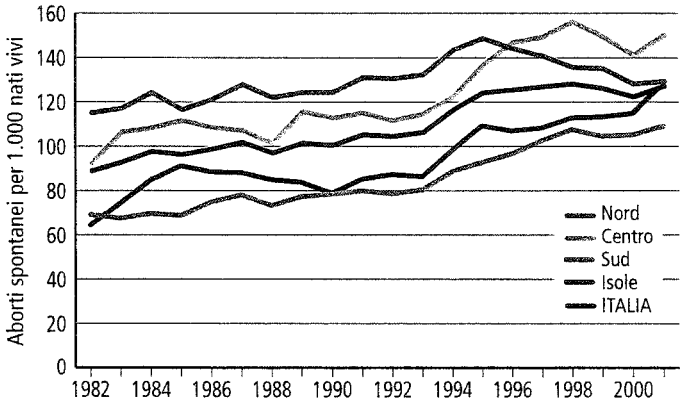
• alla maggiore diffusione dei fattori di rischio.

Gli studi effettuati sul fenomeno hanno individuato nell'età, nello stato civile e nella storia riproduttiva della donna i principali fattori che contribuiscono a modificare il rischio di aborto spontaneo (che è più elevato per le donne meno giovani, per quelle con gravidanze pregresse e per le nubili). Vi sono poi altri determinanti, quali l'esposizione ad alcune sostanze chimiche e solventi o l'esercizio di professioni particolarmente faticose, che possono spiegare ulteriori differenziali tra gruppi di donne, ma che non sono analizzabili con i dati amministrativi rilevati dall'ISTAT e per cui esistono in letteratura solo studi mirati su pochi casi.

Riguardo in particolare ai tre suddetti fattori principali, dai dati ISTAT emerge che:

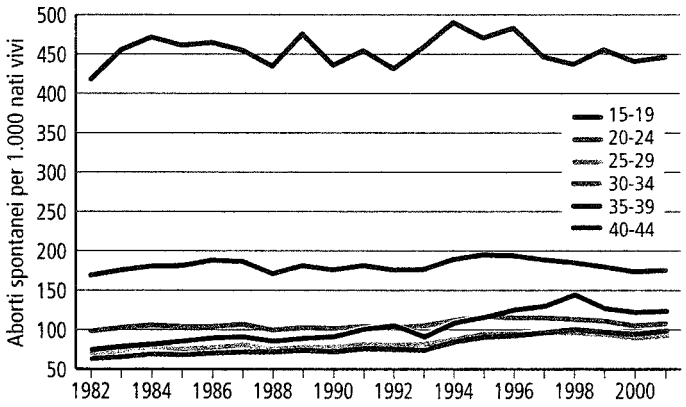
– in Italia, il trend crescente osservato nei rapporti di abortività riguarda tutte le classi di età (**Figura 4**). Inoltre l'indicatore mostra un andamento esponenziale con l'avanzare dell'età (nella classe 40-44 i rapporti sono quasi il triplo rispetto alla classe 35-39 anni), ed un rischio significativamente più elevato si osserva già a partire dai 35 anni. Tale fenomeno potrebbe trovare in parte spiegazione nel parallelo spostamento in avanti dell'età media al concepimento ossia nella tendenza, in atto da qualche tempo, a procrastinare sempre più a lungo le gravidanze (nel periodo in esame, l'età media al parto è passata da 27,7 nel 1982 anni a 30,4 anni nel 2004, **Figura 5**). Presumibimente, la volontà di rimandare il concepimento da parte delle nuove generazioni ha quindi prodotto un aumento del rischio di aborto spontaneo. Analizzando l'andamento all'interno dei singoli sottogruppi di età, si osservano comunque ritmi di incremento dei livelli di abortività via via decrescenti passando dalle prime classi di età alle successive. È inoltre da sottolineare il rischio delle giovanissime (15-19 anni) che sperimentano livelli di abortività superiori rispetto ad entrambe le classi di età successive (20-24 e 25-29), con un trend nettamente in crescita (+65% dal 1982 al 2001);

– dopo l'età, che notoriamente è il primo fattore di rischio per un esito negativo della gravidanza, il numero di aborti spontanei precedenti e, in misura minore, la parità (numero di parti) sono considerati in letteratura tra i principali determinanti dell'aborto spontaneo. Secondo recenti studi, i rapporti di abortività secondo quest'ultima variabile sono caratterizzati da un andamento leggermente ad U, nel senso che il rischio è più alto per le donne con 0 parti, si abbassa per le donne con un parto, e poi aumenta al crescere del numero di parti. Tale effetto, visibile anche nei dati più recenti (già nel 1997 si registravano 111 aborti spontanei per 1.000 nati vivi da donne con 0 figli, 112 per le donne che hanno avuto 1 parto, 182 per quelle con 2 parti e 243 per quelle con 3 o più parti), viene generalmente attribuito ad un processo di "invecchiamento" dell'apparato riproduttivo femminile all'aumentare del numero di gra-



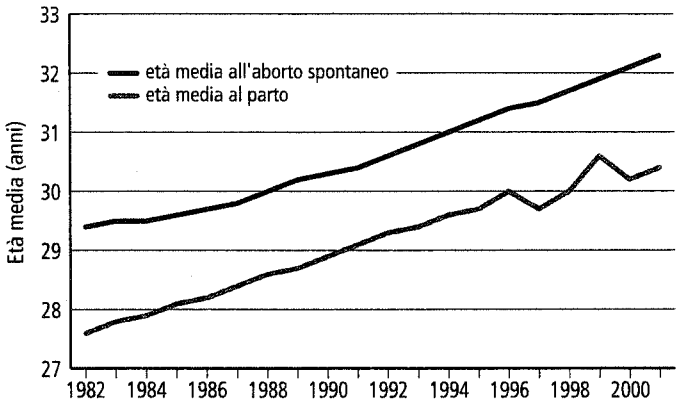
Fonte: ISTAT, data base HFA

Figura 3 Rapporti di abortività spontanea (per 1000 nati vivi da donne 15-49 anni) - Anni 1982-2001.



Fonte: ISTAT, data base HFA

Figura 4 Rapporti di abortività spontanea specifici per età - Anni 1982-2001.



Fonte: ISTAT, data base HFA (fino al 1998 i dati sono desunti dall'archivio sulla fecondità costituito a partire dalla rilevazione delle nascite; dal 1999 i dati si basano sulla nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita)

Figura 5 Età media al parto ed età media all'aborto spontaneo - Anni 1982-2001.

vidanze. Il fenomeno è inoltre ancora più marcato se le precedenti gravidanze sono terminate in aborto spontaneo (alcuni studi hanno dimostrato un rischio direttamente proporzionale al numero di aborti precedenti per ogni classe di età), mentre più scarse sono le attuali evidenze circa la relazione con le precedenti gravidanze esitate in IVG;

– esaminando il trend dei rapporti di abortività secondo la ripartizione geografica di residenza della donna si nota la presenza di un gradiente Centro-Nord-Sud, dai livelli più alti a quelli più bassi di abortività. Le differenze territoriali sono abbastanza costanti nel tempo, anche se tendono a ridursi negli ultimi anni: i valori più elevati si osservano quasi sempre al Nord, eccetto nella seconda metà degli anni 90 quando è il Centro a prevalere sul resto d'Italia; al contrario, il Sud presenta sempre i valori più bassi. Tale quadro territoriale è presumibilmente da ricondurre alla distribuzione geografica dei fattori di rischio, prima fra tutti l'età al concepimento che è mediamente più bassa al Sud. A livello regionale, nel 2001 il Lazio è la regione con il più elevato rapporto di abortività spontanea, mentre il minimo si osserva in Molise (99 aborti per 1000 nati). Le regioni che hanno sempre mantenuto valori al di sotto della media nazionale sono la Sardegna, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, mentre quelle con valori sempre maggiori risultano essere l'Emilia Romagna, il Veneto, il Piemonte, la Toscana, la Liguria, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia;

• per quanto riguarda l'effetto di altre variabili sociodemografiche, un dato interessante riguarda lo stato civile: i rapporti di abortività spontanea indicano un rischio maggiore per le donne non coniugate (già nel 1997 a 111,2 aborti spontanei per 1.000 nati vivi per le coniugate ne corrispondevano 189,5 per le non coniugate), presumibilmente da ricondurre almeno in parte ad un contesto generalmente più difficile fra le non coniugate per la prosecuzione della gravidanza, legato ad una minore volontà e attenzione personale rispetto alle donne coniugate. Si tratta ovviamente di una ipotesi che, come anche quelle che riguardano altre variabili, andrebbe ulteriormente esplorata sulla base di analisi multivariate utili a comprendere il ruolo dei numerosi fattori che agiscono, anche interagendo tra loro, sul fenomeno.

3.2.4 Valutazione critica

In Italia il quadro della salute e dell'assistenza nel settore materno-infantile presenta a tutt'oggi delle forti criticità essenzialmente sintetizzabili da un lato in un eccesso di medicalizzazione della gravidanza e del parto e dall'altro nell'esistenza di profonde differenze territoriali nei comportamenti adottati e nell'assistenza ricevuta, differenze dovute non solo alle caratteristiche dell'offerta assistenziale nel luogo dove la donna risiede (disponibilità e accessibilità alle strutture, qualità dell'assistenza anche in termini di capacità di accogliere le esigenze delle donne), ma anche a variabili sociodemografiche che definiscono l'individuo ed il suo contesto di vita.

A fronte di questo quadro problematico, non sono però molti gli studi condotti a livello nazionale al fine di valutare l'assistenza in gravidan-

za e al parto. Un esempio importante è rappresentato dalle due indagini condotte, nel 1995-96 e nel 1999 dall'Istituto Superiore di Sanità, volte ad analizzare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti delle donne nel percorso che va dalla gravidanza, al parto al puerperio. Un altro importante contributo è stato fornito dalla già citata indagine multiscopo su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" relativa agli anni 1999-2000, che, tra le varie tematiche, ha affrontato anche quella relativa alla gravidanza, al parto e all'allattamento.

Con l'entrata in vigore della legge 127/97, il sistema informativo italiano sulle nascite e sugli esiti dei concepimenti basato sui modelli ISTAT D1 e D2 ha subito una interruzione con notevoli ripercussioni su tutto il flusso di produzione di dati ed indicatori sull'evento nascita. Attualmente i dati disponibili sul fenomeno provengono dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che permette di analizzare solo alcuni limitati aspetti del fenomeno, e dal nuovo CeDAP, la cui rilevazione non è ancora pienamente a regime in tutte le Regioni e non viene utilizzata in tutte le sue potenzialità (pur con i limiti insiti nei contenuti del modello stesso). Un primo importante elemento di valutazione critica consiste pertanto nel riconoscere l'esistenza di carenze informative o comunque di forti squilibri territoriali nell'utilizzo delle risorse informative al momento esistenti. Mancano importanti segmenti di un sistema informativo realmente utile ai decisori: l'analisi delle SDO è scarsamente descrittiva, l'elaborazione e l'analisi dei dati CeDAP, come già detto, trova ancora qualche difficoltà e del tutto mancante è il versante dell'audit, ossia della qualità percepita dagli utenti e dagli operatori dei servizi.

Per alcuni settori specifici, come nel caso delle malformazioni congenite, le suddette fonti si rivelano insufficienti e inadeguate e quindi è necessario potenziare i sistemi che già da tempo e spesso con buoni risultati (ad esempio registri delle malformazioni congenite) sopperiscono a tale carenza a livello centrale.

Anche per le rilevazioni di più lunga e consolidata tradizione (indagini ISTAT sull'abortività spontanea e sull'interruzione volontaria di gravidanza) occorre attenuare il più possibile i problemi di qualità dei dati (sostanzialmente connessi al mancato invio, per alcuni anni, di un certo numero di modelli di rilevazione o all'elevata percentuale di risposte mancanti per alcune variabili, che implicano la necessità di produrre dati stimati) ed investire su studi epidemiologici. In particolare, in Italia l'abortività spontanea è un fenomeno tuttora poco studiato nel senso che esistono in letteratura studi che analizzano l'effetto di specifici fattori di rischio (soprattutto nel campo delle esposizioni professionali), mentre sono molto scarsi gli studi di popolazione. D'altra parte questi ultimi sono altamente informativi da un punto di vista quantitativo ma altrettanto carenti nella determinazione delle cause specifiche e dei fattori di rischio dell'aborto; le analisi sono inoltre complicate dal fatto che, come avviene anche per molti altri fenomeni, gli aspetti non clinici dell'evento hanno una origine multifattoriale e coinvolgono numerose variabili di confondimento quali la distribuzione dei servizi sul territorio, la tempestività del ricovero, la capacità della donna di riconoscere un aborto precoce ecc.

3.2.4 Riferimenti normativi – strumenti organizzativi e tecnologici

I più recenti riferimenti normativi nel settore materno-infantile sono elementi di seguito

- Progetto obiettivo materno-infantile 1998-2000 (D.M. 24 aprile 2000). Al fine di garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno infantile, il Progetto obiettivo prevede l'organizzazione di tutti gli interventi utili alla realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona e traduce un forte impegno dello Stato nel dare risposta alle due più pressanti richieste del cittadino di fronte ai problemi connessi all'evento nascita: un'alta garanzia di salvaguardia dell'integrità, non solo fisica, della partoriente e del feto-neonato, ed un alto livello di umanizzazione delle cure perinatali.
- Decreto 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante. "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 218 del 19 settembre 2001. Tale atto si propone di colmare la grave assenza di informazioni conseguente all'introduzione della normativa in tema di dichiarazione di nascita, che separa il momento amministrativo da quello informativo.
- Legge 19 febbraio 2004, n. 40: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" (G.U. n. 45 del 24 febbraio 2004) e il D.M. 21 luglio 2004: "Linee Guida in materia di procreazione medicalmente assistita".

3.2.5 Indicazioni per la programmazione

Secondo le raccomandazioni dell'OMS, l'assistenza per la gravidanza ed il parto normali dovrebbe essere: demedicalizzata, basata sull'uso di tecnologie appropriate, regionalizzata, basata su prove di efficacia, multidisiplinare, olistica, centrata sulla famiglia, culturalmente adeguata ed in grado di coinvolgere le donne nel prendere decisioni. Confrontando tali raccomandazioni con i dati desumibili dalle fonti disponibili emergono forti contraddizioni, tra le quali di seguito elencate.

• Nonostante il processo di cambiamento in atto, l'evento nascita in Italia è ancora fortemente medicalizzato: le donne sono sottoposte ad un numero elevato di ecografie che non appare giustificato dalla presenza di patologie, e la percentuale di parti cesarei si discosta significativamente dal valore raccomandato dall'OMS. Il Sud (in particolare la Campania e la Sicilia) è l'area del Paese dove tale pratica è più frequente, e dove è anche maggiormente diffusa la scelta di partorire in una struttura privata. Accanto al fattore geografico (maggiore intensità del fenomeno al Sud) e a quello organizzativo (maggiore diffusione nelle strutture private), vari studi indicano che un ruolo decisivo viene esercitato da aspetti di processo legati al comportamento dei singoli medici (che spesso risulta estremamente variabile anche a parità di condizioni organizzative o addirittura all'interno della stessa struttura sanitaria), dalla relazione medico-paziente, dal livello di informazione e preparazione delle pazienti ecc. Il fenomeno dell'eccessivo ricorso al taglio cesareo necessita dunque di un monitoraggio continuo, che attualmente viene favorito anche dall'introduzione dell'indicatore relativo alla prevalenza di tagli cesarei all'interno del "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (D.M. 12 dicembre 2001), come indicatore di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera.

• Riguardo alla multidisciplinarietà, dai dati dell'indagine multiscopo risulta che la figura professionale prevalentemente scelta dalle donne è quella del ginecologo privato; i dati relativi alle IVG fanno emergere una non adeguata presenza sul territorio del consultorio famigliare, che dovrebbe invece rappresentare un nodo privilegiato della rete dei servizi nell'area materno-infantile, proprio perché caratterizzato da competenze multidisciplinari in grado di sostenere la donna e supportarla nella scelta o nella rinuncia alla maternità. Completare quindi la rete territoriale dei consultori (il cui numero è tuttora inferiore allo standard indicato nel Progetto obiettivo materno infantile 1998-2000), assicurare organici completi ed orari compatibili con le esigenze degli utenti, eliminare le condizioni di precarietà, sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività dei consultori restano dunque esigenze inderogabili, ribadite anche dalla normativa riguardante i Livelli Essenziali di Assistenza (nella nuova proposta del sistema di monitoraggio di cui al D.M. 12.12.2001 sono stati introdotti indicatori di risorse e di attività relativi ai consultori).

• L'assistenza dovrebbe coinvolgere le donne nel prendere decisioni, ma in realtà i dati ISTAT evidenziano una proporzione ancora rilevante (circa il 16%, anche in questo caso con forti differenze a livello regionale), di donne che non vengono informate circa la possibilità di diagnosi prenatale, così come una bassa (circa il 30%) e soprattutto non geograficamente omogenea (con una situazione più negativa al Sud) adesione ai corsi di preparazione al parto che rappresentano invece un utile strumento per aumentare la consapevolezza delle donne e che sono risultati in alcuni studi associati ad una riduzione degli esiti negativi della gravidanza. Occorre pertanto promuovere l'adesione alle Linee guida internazionali al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinica, nelle scelte organizzative e negli interventi di formazione e informazione.

• Il fenomeno dell'abortività rappresenta una ulteriore problematica importante nel nostro Paese. Sebbene il tasso di abortività sia da tempo in diminuzione tra le donne italiane, è tuttora molto elevato il ricorso all'IVG tra le cittadine straniere le quali praticano più spesso anche l'aborto ripetuto. È dunque necessario migliorare l'accesso delle donne straniere ai servizi territoriali dedicati alla salute della donna ed implementare le misure di prevenzione e di promozione della procreazione responsabile, investendo sull'azione dei consultori e sulla loro integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri.

• Infine occorre migliorare il sistema di sorveglianza ed i flussi informativi relativi all'evento nascita, adeguandoli agli obiettivi della pianificazione sanitaria e rendendoli in grado di fornire gli elementi indispensabili al processo decisionale di governo dell'area perinatale.

Bibliografia essenziale

1. Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita – Anno 2002. Marzo 2004.
2. Relazione del Ministero della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Legge n. 194/ 1978). Dati preliminari 2003 – Dati definitivi 2002.
3. Fortino A, Lispi L, D'Ippolito F, Ascone G. L'eccessivo ricorso al taglio cesareo. Analisi dei dati italiani. Roma, 2003.
4. ISTAT, Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, 10-11 settembre 2002. Edizione 2004.
5. Boccuzzo G, Vasselli S. Evoluzione ed epidemiologia dell'abortività spontanea in Italia. Società Italiana di Statistica, Atti della XXXIX riunione scientifica, Sorrento 14-17 aprile 1998.

3.3 Malformazioni congenite

3.3.1 Introduzione

Per Difetto Congenito (DC) si intende una qualunque anomalia anatomica, metabolica o funzionale, ereditata con un meccanismo di trasmissione mendeliano, o causata da una nuova mutazione o da un'alterazione cromosomica o da qualunque insulto fisico, chimico o infettivo, sull'embrione prima della nascita.

Le malformazioni sono i difetti della morfogenesi in cui è presente un'alterazione macroscopica della struttura di un organo, o parte di esso, o di più organi.

Le deformazioni e displasie sono difetti di forma e di organizzazione cellulare.

L'eziologia dei difetti congeniti può essere genetica, ambientale o multifattoriale, cioè dovuta ad una interazione tra geni e ambiente.

La prevalenza totale alla nascita dei nati con DC è intorno all'8 per cento. La prevalenza alla nascita, riferita ai soli difetti strutturali, è valutata intorno al 5-6 per cento dei nati, ma solo una parte dei difetti congeniti è messa in evidenza alla nascita o nei primi giorni di vita. Poiché il 20-30 per cento dei nati malformati presenta due o più difetti, la prevalenza alla nascita dei difetti congeniti è maggiore della prevalenza dei soggetti malformati.

Per ogni 5-6 casi di DC diagnosticati alla nascita si registra un caso di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) a seguito di diagnosi prenatale di malformazione congenita (le malformazioni più frequentemente implicate sono la sindrome di Down, i difetti del tubo neurale e dell'apparato urogenitale).

Inoltre, su 5 casi diagnosticati alla nascita c'è un caso che viene diagnosticato più tardi, nel primo anno di vita (più frequentemente implicate le cardiopatie congenite).

3.3.2 Presentazione dei dati

I Registri dei difetti congeniti rilevano, in modo continuo ed esaustivo, le anomalie congenite in una data regione geografica e su una popolazione definita. A partire da questa registrazione, promuovono studi tesi a migliorare le conoscenze sulla patologia.

In Italia sono funzionanti 6 Registri dei Difetti Congeniti che garantiscono la copertura di circa il 45% dei nati in Italia: circa 220.000 nascite/anno nel 2002 (**Tabella 1**). I Registri italiani (con l'esclusione del solo registro lombardo) partecipano ai due sistemi internazionali di sorveglianza, EUROCAT ("European Registration of Congenital Anomalies") e ICBDMS ("International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems"). Un coordinamento dei Registri collabora al Registro Nazionale delle Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità.

Vengono di seguito presentati brevemente i dati desunti dai registri italiani relativi ai tassi di prevalenza (valore nazionale e confronto tra registri) nel periodo 1992-2002 e nell'ultimo bien-

Tabella 1 **Caratteristiche dei registri italiani dei difetti congeniti**

Registro	Acronimo	Area coperta	Anno di attivazione	Numero nati sorvegliati/ anno*
Lombardia	RLDC	Lombardia nord	1996	30.000
Nord-Est	NEI	Veneto, Friuli V.G., Trento, Bolzano	1989	55.000
Emilia Romagna	IMER	Regione	1981	25.000
Toscana	RTDC	Regione	1980	27.000
Campania	RCDC	Regione	1991	50.000
Sicilia	ISMAC	Sicilia orientale	1991	17.000
Totale: 6 Registri				**204.000**

* Media arrotondata del triennio 1998-2000

Fonte: Registri Italiani dei difetti congeniti

nio (2001-2002) ed il relativo confronto con il dato medio Eurocat relativo allo stesso periodo.

3.3.3 Analisi quantitativa

Nel periodo 1992-1999, i Registri italiani hanno avuto una diversa capacità di copertura dei nati residenti: intorno al 95% quelli della Toscana, Emilia Romagna e Nord-Est, circa il 75% quello della Campania e della Sicilia orientale. Dal 1998 la copertura è sensibilmente aumentata.
Nel decennio 1992-2001, la prevalenza di difetti congeniti in Italia è stata pari a 166 per 10.000 nati, cioè 22.689 casi su 1.363.276 nati sorvegliati. I casi malformati (cioè il numeratore del tasso) si ripartiscono nel modo seguente: 84,3% nati vivi, 0,7% nati morti e 14,9% IVG. Nel biennio 2001-2002 la prevalenza è diminuita a 148 per 10.000. Il dato medio europeo, calcolato su oltre 6 milioni di nati sorvegliati dal network EUROCAT nel periodo 1992-2001, è pari a 216/10.000.
Esiste tuttavia una pronunciata eterogeneità tra registri italiani dovuta soprattutto alla inclusione di un maggiore o minore numero di difetti nel sistema di sorveglianza (226/10.000 in Toscana, 125/10.000 nel Nord-Est Italia), come evidenzia l'analisi per singole tipologie di difetti congeniti.

Sistema nervoso centrale

Hanno una frequenza di 14 su 10.000 con valori più elevati in Campania (16,3) e in Sicilia (10,5 sui soli nati). Più della metà di questi difetti sono diagnosticati durante la gravidanza che viene interrotta.
Il dato italiano è inferiore a quello medio europeo che è pari a 21,7 su 10.000 (anche a livello europeo, per circa metà dei difetti del sistema nervoso centrale si pratica l'interruzione di gravidanza).
Nell'ultimo biennio si è osservato un sensibile decremento che ha portato il tasso a 11,9 su 10.000, mentre la quota di IVG è rimasta stabile attorno al 50%. È stato ipotizzato che questo decremento possa essere attribuito alla accresciuta frequenza di assunzione di acido folico in epoca periconcezionale.

Nell'ambito dei difetti del sistema nervoso centrale, per i difetti del tubo neurale, che comprendono anencefalia e spina bifida, la frequenza è stata pari a 6 su 10.000, più elevata in Campania (7,0) e in Sicilia (4,4 sui soli nati). Le IVG superano il 60% del totale.
Il dato italiano è inferiore a quello medio europeo (9,9); in Europa il 60% circa del totale dei difetti del tubo neurale rilevati esita in interruzione di gravidanza.
È stato osservato un sensibile decremento dei nati affetti da difetti del tubo neurale che nell'ultimo biennio sono stati 3,8 per 10.000, attribuibile in parte al fatto che è aumentata la quota di IVG (80%), ed in parte all'accresciuta assunzione di acido folico in epoca periconcezionale.

Occhi

Il dato medio è pari a 2,7/10.000, più elevato in Toscana (4,2) e più basso in Sicilia (1,1). Solo il 10% è diagnosticato in epoca prenatale.
I dati italiani, fatta eccezione per la Toscana, sono molto inferiori al dato medio europeo, pari a 4,8, a causa di una presumibile sottostima diagnostica di patologie che necessitano della segnalazione da parte di specialisti.
Il dato dell'ultimo biennio è di poco inferiore alla linea di base 1992-2001.

Orecchi

Il dato medio è pari a 2,1/10.000, più elevato in Toscana (2,8) e più basso in Campania (1,4). Solo il 10% è diagnosticato in epoca prenatale. Anche per questi difetti la frequenza in Italia (accezione della Toscana) è inferiore a quella europea (3,8), a causa della sottostima diagnostica. Il dato dell'ultimo biennio è di poco inferiore alla linea di base 1992-2001.

Apparato cardiovascolare

Le malformazioni cardiovascolari (MCV) sono nel loro complesso il gruppo più frequente; il dato medio è pari a 58,1/10.000 con valori più elevati in Toscana (83,7) e più ridotti in Sicilia (47,4). La diagnosi prenatale incide ancora modestamente (10%) ma è in sensibile crescita. I dati italiani sono simili al dato medio Eurocat (59,9). Nell'ultimo biennio è stata registrata una diminuzione (50,1) e permangono differenze notevoli tra Regioni, nella maggior parte delle quali si registrano frequenze inferiori a quelle attese.
Queste differenze sono attribuite a differente sensibilità dei sistemi di rilevazione. Infatti la diagnosi e la registrazione delle MCV risentono molto del coinvolgimento di Centri specialistici, della disponibilità di strumentazione e competenze professionali aggiornate, del periodo di diagnosi/registrazione, poiché molte patologie non sono facilmente diagnosticabili precocemente o alla nascita. D'altra parte, la diagnosi precoce di forme che necessitano del trattamento chirurgi-