

Attualità UST



01 Popolazione

Neuchâtel, giugno 2022

Demos 1/2022

Nascite contrastate

Editoriale

Perché questo titolo? Quando si parla di nascite, la statistica pubblica si limita spesso a rilevare solo i nati vivi. Ma cosa ne è delle altre nascite, cioè di quelle che non hanno un esito felice, che hanno difficoltà a essere portate a termine o sono interrotte o rinviate per una ragione qualsiasi? Il primo numero di Demos 2022 è dedicato a queste cosiddette **nascite contrastate** dalla biologia, dal fattore tempo o dalla situazione sanitaria.

La grande maggioranza dei parti avviene oggi senza complicazioni. In rari casi, tuttavia, può accadere che il bambino nasca morto o muoia durante il primo anno di vita. Apparentemente vi sono determinati fattori che continuano a incidere su una o l'altra forma di decesso. Quali sono e quale è stata la loro evoluzione con il passare del tempo?

Al termine di un percorso disseminato di insidie alcune coppie optano per la procreazione medicalmente assistita. Attualmente i risultati che questa pratica ottiene in materia di gravidanza, nascite e mortalità perinatale sono sempre più convincenti. Che cosa si constata?

Dal 2017 si registrano da sei a sette interruzioni di gravidanza ogni 1000 donne domiciliate in Svizzera. Questo tasso rispecchia sia influssi sociali sia scelte individuali, che possono variare secondo il contesto. Qual è la situazione attuale?

L'incertezza legata alla pandemia nel 2020, le sue ripercussioni sull'economia e le misure di confinamento adottate dai governi hanno avuto un impatto sui progetti di genitorialità? L'ultimo articolo si sofferma sull'andamento delle nascite in Svizzera alla fine del 2020 e all'inizio del 2021. Viene effettuato anche un confronto con i dati di Spagna, Francia e Italia.

Buona lettura!

Fabienne Rausa, UST

Indice

- 1 Natimortalità e mortalità infantile: quando la morte incombe sulle nascite
- 2 Interruzioni di gravidanza 2007–2020
- 3 Procreazione medicalmente assistita nel 2020
- 4 Andamento delle nascite dall'inizio della pandemia

Ulteriori informazioni

1 Natimortalità e mortalità infantile: quando la morte incombe sulle nascite

La natimortalità sconvolge un giorno generalmente atteso con impazienza e i decessi nel primo anno di vita pongono fine a un'esistenza appena iniziata. Dopo un calo considerevole nel corso del 20° secolo questi due tipi di decessi, seppur isolati e incresciosi, continuano a rimanere possibili.

Al giorno d'oggi la maggior parte dei bambini nascono vivi. Tuttavia la statistica pubblica rileva e divulga annualmente anche il numero di nati morti¹ e quello dei bambini che muoiono durante il primo anno di vita. In questi ultimi cinque anni sono stati registrati annualmente in Svizzera in media 355 casi di nati morti e 302 decessi di bambini con meno di un anno di età. Nel 2020 il tasso di natimortalità² è stato del 3,7 ogni 1000 nascite e quello della mortalità infantile³ di 3,6 ogni 1000 nati vivi.

Diverse variabili demografiche concernenti la madre e il neonato, disponibili nella Statistica del movimento naturale della popolazione (BEVNAT), consentono di evidenziare alcuni fattori di rischio.

Effetti dei miglioramenti attuali sulla natimortalità e sulla mortalità infantile

I primi dati storici sui nati morti in Svizzera risalgono al 1803. In epoche precedenti i decessi fetali tardivi erano molto più numerosi di oggi. Si è passati infatti dai 2180 nel 1803 ai 319 nel 2020. Sono dovuti a due tipi di fattori. A incidere sulla condizione fisica della madre prima e durante la gravidanza sono fattori esogeni, come carestie, infezioni, accesso limitato alle cure ostetriche o stress. Ma rivestono un ruolo anche fattori endogeni fra cui ereditarietà, malformazioni congenite e condizioni di salute generali della madre e del feto.

In termini relativi, nel corso del 19° secolo si contavano in media 40 bambini nati morti ogni 1000 nascite. Nel 20° secolo il tasso si è ridotto con il miglioramento delle condizioni del parto, passando dal 35‰ nel 1900 a circa il 4‰ verso la metà degli anni 1980. Sino a oggi è rimasto relativamente stabile (v. grafico G1).

Per quanto riguarda la mortalità infantile, le prime informazioni risalgono al 1876. Una parte dei fattori menzionati inizialmente può spiegare anche i decessi nel primo anno di vita. Nel corso del 20° secolo il calo del numero di decessi fra i bambini di meno di un anno di età è stato considerevole (v. grafico G1). Nel 1876, 17 899 neonati non sono arrivati al primo anno di vita, mentre nel 2020 sono stati 313. La diminuzione è dovuta ai traguardi raggiunti nella lotta alla mortalità infantile, legati a progressi contemporanei come il miglioramento delle condizioni di vita, tra cui

l'igiene, l'alimentazione, l'istruzione e il contesto socioeconomico e a progressi medici come la lotta contro le malattie infettive. Questo calo è stato anche caratterizzato da picchi di decessi secondo i periodi. La canicola dell'estate 1911 ha causato fra i nuovi nati un picco di mortalità dovuto alla diarrea e alla disidratazione. In seguito la mortalità infantile è nuovamente aumentata durante l'epidemia di influenza spagnola nel 1918 e durante la Seconda guerra mondiale.

In termini relativi il tasso di mortalità infantile è diminuito, passando da 197 decessi nel primo anno di vita ogni 1000 nascite viventi nel 1876 al 6,8‰ nel 1990, per poi raggiungere il 3,6‰ nel 2020. Dalla metà degli anni 1990 il tasso è continuato a scendere, ma in modo molto meno marcato. Questa transizione demografica ha favorito l'aumento della speranza di vita.

Il divario tra femmine e maschi diminuisce

Il sesso del bambino sembra aver inciso per lungo tempo. In generale i dati storici mostrano che i nati morti e i decessi nel primo anno di vita si sono verificati più frequentemente tra i maschi che tra le femmine.

Fra il 1867 e il 2020 il tasso di natimortalità è diminuito per entrambi i sessi: all'epoca era del 42‰ tra le femmine e del 51‰ tra i maschi, oggi è del 4‰ tra le femmine e del 3‰ tra i maschi. Il divario tra maschi e femmine si è chiuso negli Anni '70. Da allora i neonati di entrambi i sessi hanno la stessa probabilità di essere colpiti da decessi fetali tardivi. È interessante notare anche che il numero di nati morti in Svizzera è sceso fra il 2019 e il 2020 (-7,3%) e più significativamente tra i maschi (-13,4%) che tra le femmine (-0,6%).

Se i nati morti sono diminuiti, nel 2020 sono invece aumentati i decessi legati alla nascita. La mortalità perinatale è un indicatore della natimortalità e dei decessi verificatisi nei primi sette giorni di vita. Nel 2020 la mortalità perinatale è stata di 6,4 nati morti e decessi nei primi sette giorni ogni 1000 nascite fra le femmine (corrispondente a 268 decessi) e di 6,3‰ fra i maschi (281 decessi). In confronto, nel 2019 questi tassi di mortalità perinatale erano di 6,2‰ fra le femmine e 6,4‰ fra i maschi.

Tra le femmine il tasso di mortalità infantile è diminuito passando da 187 decessi nel primo anno di vita ogni 1000 nascite viventi nel 1876 al 3‰ nel 2020. Fra i maschi, è sceso da 222‰ a 4‰. Al giorno d'oggi i decessi antecedenti al primo compleanno continuano a verificarsi più frequentemente tra i maschi che tra le femmine, ma la differenza è relativamente esigua.

¹ Al giorno d'oggi un bambino è definito «nato morto» (natimortalità) se non manifesta alcun segno di vita alla nascita e il suo peso è di almeno 500 grammi o se la gestazione è durata almeno 22 settimane intere. La durata limite della gestazione è importante per distinguere gli aborti dai decessi fetali tardivi (nati morti). I segnali di vita presi in considerazione riflettono le pratiche cliniche abituali. Questi due criteri mutano nel tempo, il che comporta una certa variabilità nella cronistoria della definizione di nato morto.

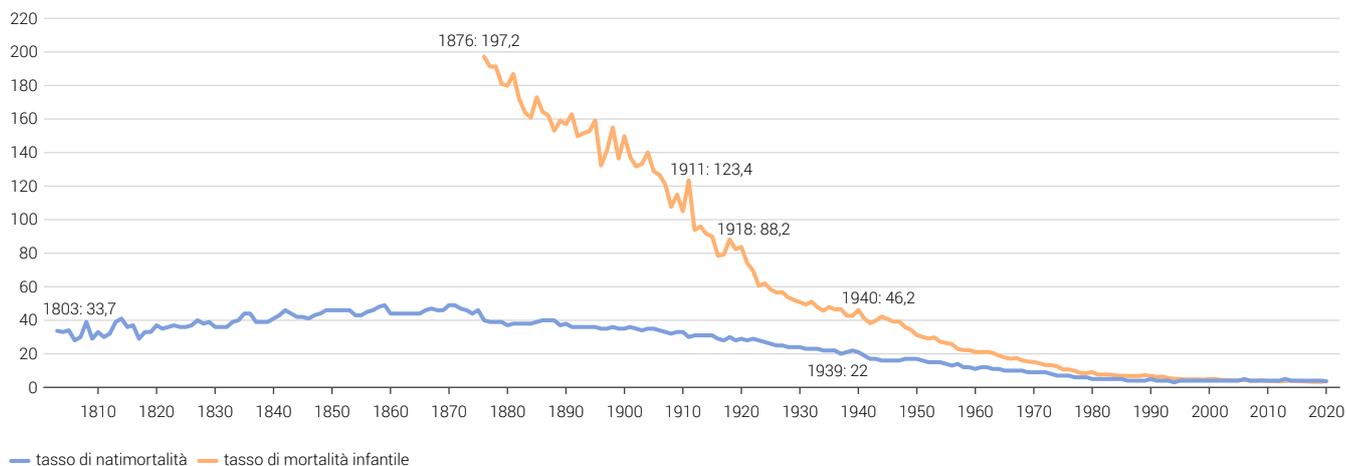
² numero di nati morti ogni 1000 nascite

³ numero di decessi di bambini di meno di un anno ogni 1000 bambini nati vivi

Natimortalità e mortalità infantile, dal 1803 al 2020

Nati morti ogni 1000 nascite, decessi nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi

G1



Fonti: UST – dati storici, BEVNAT

© UST 2022

L'importanza del benessere e della salute della madre

Lo stato civile della madre sembra incidere sull'esito della gravidanza. Disponibili dal 1922, i dati dimostrano che la natimortalità è più frequente quando la madre non è sposata (cfr. grafico G2). È lecito chiedersi in che modo la società considerasse una donna incinta al di fuori del matrimonio prima della revisione del diritto del bambino nel 1978⁴ e le conseguenze di questa situazione sulla sua salute.

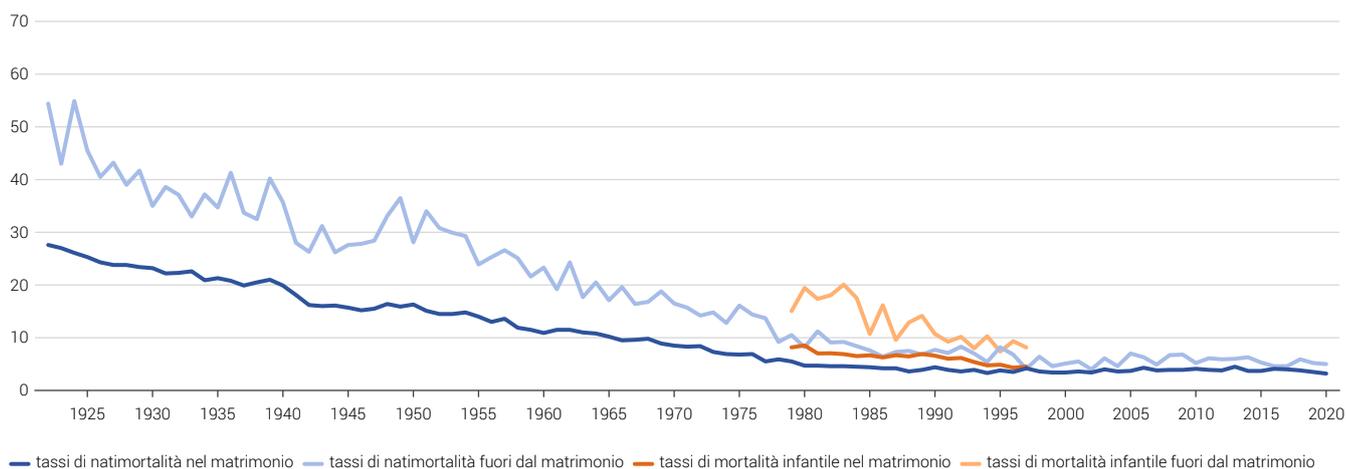
Verso la fine degli Anni '70 il tasso di natimortalità fra le madri non sposate si allineava del resto a quello delle madri sposate. Ancora oggi, tuttavia, è leggermente superiore a quello delle donne sposate: 5‰ contro 3‰.

L'informazione sullo stato civile della madre il cui figlio muore durante il primo anno di vita è stata registrata unicamente fra il 1979 e il 1997. Uno studio del 2012 (UST) ha mostrato che il tasso di mortalità infantile è più alto tra le donne nubili, divorziate o vedove che tra quelle sposate.

Natimortalità e mortalità infantile in base allo stato civile della madre, dal 1922 al 2020

Nati morti ogni 1000 nascite, decessi nel primo anno di vita ogni 1000 nati vivi

G2



Fonti: UST – dati storici, BEVNAT

© UST 2022

⁴ La revisione del diritto del bambino nel 1978 ha determinato un'ampia uguaglianza a livello giuridico tra figli legittimi e naturali. Si può pertanto ancora parlare di nascite al di fuori dal matrimonio, ma il termine illegittimità non è più appropriato. La chiesa cattolica ha ammesso questa uguaglianza nel 1983. In: *Dictionnaire historique de la Suisse (DHS)*, versione del 22 gennaio 2008, tradotta dal tedesco. Online: <https://hls-dhs-dss.ch/it/articles/016112/2008-01-22/>

Il rischio di decessi fetali tardivi e di decessi infantili varia inoltre con l'età della madre. Dal 1970 la natimortalità e la mortalità infantile sono state più elevate tra le madri più giovani e tra quelle più anziane e fra il 2010 e il 2020 in modo particolare fra le madri da 40 anni in su. Dato che le gravidanze tardive sono soggette a una serie di complicazioni specifiche, questo dato non sorprende.

Conclusioni

Anche se rari, i nati morti e i decessi durante il primo anno di vita si verificano ancor oggi. I miglioramenti delle condizioni di vita, dell'assistenza sanitaria e dell'istruzione hanno contribuito a ridurre il loro numero nel tempo. Alcuni fattori come il sesso del bambino, lo stato civile e l'età della madre sembrano continuare a incidere sull'una o l'altra forma di decesso.

Fabienne Rausa, Tonia Rihs, UST

Bibliografia

UST (2012): *Mortinaissances et mortalité infantile de 2003 à 2010. Évolutions, causes de décès et facteurs de risque*. Neuchâtel

2 Interruzioni di gravidanza 2007–2020

Il tasso di interruzioni di gravidanza in Svizzera nel confronto internazionale si mantiene basso, anche se dal 2017 è di nuovo in costante aumento. Nel 2020 ha raggiunto nuovamente un valore paragonabile a quello del 2010. Dal 2010 l'età media delle donne è aumentata e anche il numero di interruzioni di gravidanza tramite farmaci. Il 95% delle interruzioni di gravidanza avviene, come negli anni precedenti, prima della 12^a settimana di gravidanza. Anche la quota di interruzioni di gravidanza dopo la 12^a settimana, pertanto, non è cambiata.

Il tasso di interruzioni di gravidanza è il riflesso sia delle influenze sociali sia delle decisioni individuali, che possono variare a seconda del contesto. Se inferiore, è generalmente associato a una migliore fruizione delle proposte di pianificazione familiare nonché all'uso di metodi appropriati per prevenire la gravidanza. Nel confronto europeo, in Svizzera questo tasso è basso. Dopo essere inizialmente diminuito dal 2010 è aumentato dal 2017 passando da 6,2 a 6,5 nel 2019 e nel 2020 a 6,8 interruzioni ogni 1000 donne⁵ domiciliate in Svizzera. In cifre assolute nel 2020 sono state realizzate complessivamente 11 143 interruzioni di gravidanza.

Anche nel 2020 la maggioranza delle interruzioni di gravidanza è avvenuta nelle prime otto settimane (77%) e il 95% di tutte le interruzioni di gravidanza è stato realizzato prima della 12^a settimana. Il 79% delle interruzioni di gravidanza è stato praticato attraverso l'assunzione di farmaci e il 21% con un intervento chirurgico. A livello svizzero, nel 2020 le interruzioni tramite farmaci sono aumentate dell'11% rispetto all'anno precedente.

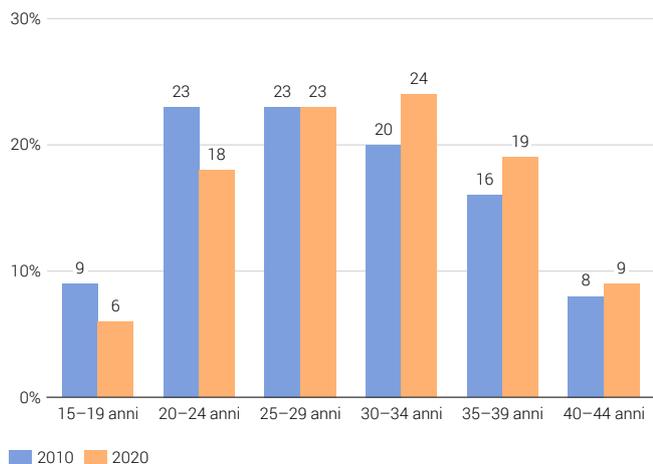
Considerando l'età delle donne si constata che il 52,7% delle interruzioni riguarda quelle sopra i 30 anni. Il 47,3% delle interruzioni avviene fra i 15 e i 30 anni. Negli ultimi dieci anni le donne sopra i 30 anni che hanno richiesto un'interruzione di gravidanza sono aumentate; è invece diminuita la quota di quelle sino a 24 anni (v. grafico G3).

Tra le donne dai 15 ai 19 anni, il tasso di interruzione di gravidanza è rimasto relativamente costante a un livello basso rispetto agli anni precedenti ed è diminuito rispetto al 2010. Nel 2010 il tasso in questa classe di età è stato di 4,6 ogni 1000 donne. Nel 2020 è sceso a 3,5 interruzioni ogni 1000 donne, pari a 710 donne di età compresa fra 15 e 19 anni.

⁵ Il tasso di interruzioni di gravidanza viene calcolato ogni 1000 donne fra 15 e 44 anni domiciliate in Svizzera.

Quota delle interruzioni di gravidanza¹ per classe di età nel 2010 e 2020, in %

G3



¹ donne domiciliate in Svizzera

Fonte: UST – StatIVG

© UST 2022

Motivi di un'interruzione di gravidanza prima della settimana di gravidanza

In Svizzera dall'ottobre 2002 una gravidanza può essere interrotta prima della 12^a settimana su richiesta scritta della donna. L'interruzione viene effettuata da un medico abilitato a esercitare la professione (art. 119 cpv. 2 CP). Dodici Cantoni⁶ rilevano i motivi di un'interruzione di gravidanza e li mettono a disposizione dell'UST. Nella rilevazione possono essere indicati più motivi.

Dal 2007 i motivi più frequenti (97%) delle interruzioni realizzate prima della 12^a settimana di gravidanza sono di carattere psicosociale⁷. Motivi psichiatrici (1,5%), motivi somatici della donna (1,2%) o motivi somatici del feto (0,2%) sono raramente menzionati prima di tale termine.

Dal momento che vengono citati nel complesso più frequentemente e che sono stati rilevati in dettaglio in otto Cantoni fino al 2020, i motivi psicosociali sono esaminati un po' più in dettaglio. I motivi più frequentemente adottati nel 2020 sono stati: la donna o il suo partner non desiderano attualmente avere un figlio (13%), la donna si sente incapace di crescere un figlio (14%), la donna non vuole avere un figlio senza un partner fisso (7%) e la donna non dispone del sostegno sociale o familiare (7%). Altri motivi includono l'incompatibilità con la situazione professionale (11%) o l'istruzione attuale (12%) e la situazione finanziaria (7%).

Per 13 Cantoni⁸ è disponibile anche l'informazione sul numero di figli della donna. In questi Cantoni poco meno della metà (47%) delle donne hanno uno o più figli al momento dell'interruzione di gravidanza (v. grafico G4). I motivi più frequenti sono: la donna ha già abbastanza figli (18%) o l'intervallo dall'ultima nascita è troppo breve (4%). Il motivo che la donna ha già abbastanza figli

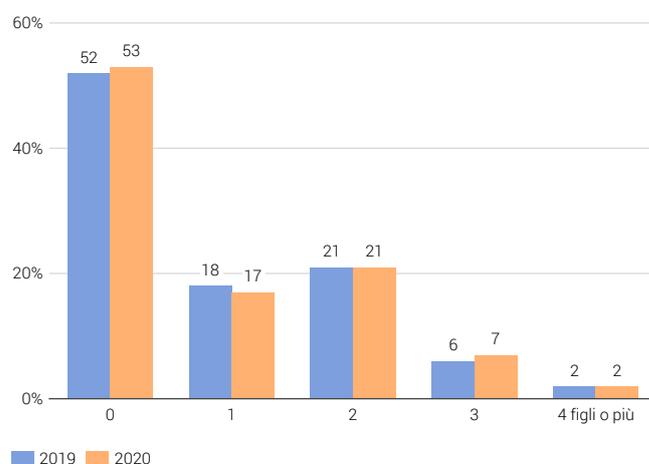
⁶ I dodici Cantoni sono BE, UR, SZ, OW, FR, BS, BL, AG, TG, TI, VD e JU.

⁷ Per ogni risposta possono essere indicati più motivi.

⁸ I tredici Cantoni che rilevano il numero di figli della donna e lo trasmettono all'UST sono BE, LU, UR, SZ, OW, FR, BS, BL, AG, TG, TI, VD e JU.

Quota di donne al momento dell'interruzione di gravidanza¹ per numero di figli, nel 2019 e 2020, in %

G4



¹ Per 13 Cantoni si dispone di informazioni sul numero di figli.

Fonte: UST – StatIVG

© UST 2022

è stato menzionato meno frequentemente nel 2019 (14%) che nel 2020 (18%), anche se fra i due anni non si sono praticamente registrate differenze nel numero di figli.

Rispetto al 2019, nel 2020 i motivi finanziari sono diminuiti della metà. Nel 2020 i problemi fra partner vengono adottati come motivi un po' più spesso (8%) rispetto al 2019 (6%). Gli atti di violenza sono stati menzionati nel 2019 più raramente (0,2%) che nel 2020 (1%).

In che misura confinamento e pandemia hanno inciso sull'aumento di questi motivi nel 2020 non può essere stabilito con i dati disponibili, ma il loro influsso nemmeno può essere escluso.

Motivi per un'interruzione dopo la 12^a settimana di gravidanza

Dopo la 12^a settimana di gravidanza è necessario il giudizio di un medico (art. 119 cpv. 1). In Svizzera le interruzioni di gravidanza dopo la 12^a settimana sono rare. La quota oscilla invariata dal 2007 fra il 4% e il 5% di tutti i casi. Nel 2020 ha rappresentato il 5% delle interruzioni e riguardato 510 donne. Dal 2016, nei 12 Cantoni⁹ che comunicano all'UST i motivi dell'interruzione di gravidanza come ragioni un po' più frequenti dell'interruzione dopo la 12^a settimana vengono indicate le cause somatiche del feto. Se nel 2016 il 34% dei motivi indicati riguardava le cause somatiche del feto, nel 2019 e 2020 questi fattori sono stati adottati come ragione dell'interruzione di gravidanza dopo la 12^a settimana nel 43% delle risposte. Nel 2016 i motivi psicosociali che hanno portato all'interruzione di gravidanza dopo la 12^a settimana rappresentavano ancora il 51%, mentre nel 2020 sono scesi al 37%¹⁰.

⁹ I dodici Cantoni che rilevano i motivi dell'interruzione e li trasmettono all'UST sono BE, UR, SZ, OW, FR, BS, BL, AG, TG, TI, VD e JU.

¹⁰ Per ogni risposta possono essere indicati più motivi.

Motivi psichiatrici per l'interruzione di gravidanza dopo la 12^a settimana sono stati citati nel 9% dei casi nel 2020, mentre erano il 2% negli anni tra il 2016 e il 2019. Nel 2020 si è registrato un aumento significativo, rispetto agli anni precedenti, del numero di interruzioni di gravidanza per i quali sono stati indicati motivi psichiatrici.

Sempre lo stesso anno sono stati invece raramente adottati motivi finanziari per l'interruzione di gravidanza dopo la 12^a settimana (2%). Rispetto al 2019 la loro quota è leggermente diminuita (3,5%).

Tassi di interruzione di gravidanza in base alla cittadinanza

In 13 Cantoni¹¹ in cui viene rilevata la nazionalità si constata che le donne straniere domiciliate in Svizzera registrano tassi di interruzione di gravidanza più alti delle donne svizzere. In questi Cantoni il tasso di interruzione di gravidanza nel 2020 è stato di 5,4 ogni 1000 donne con cittadinanza svizzera e di 8,7 ogni 1000 donne con cittadinanza straniera¹². Le differenze relative nei tassi fra donne svizzere e straniere si sono notevolmente ridotte dal 2011. Nel 2011 i tassi delle donne straniere erano 2,3 volte superiori a quelli delle donne con cittadinanza svizzera. Nel 2020 sono stati solo 1,5 volte più elevati.

Tassi d'interruzione di gravidanza in base al Cantone

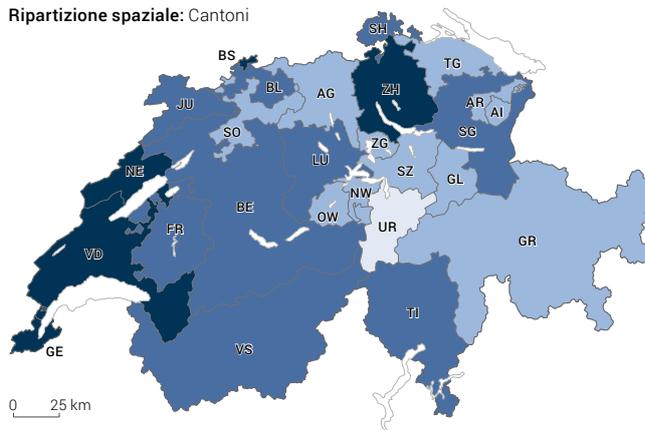
Se si considerano i tassi di interruzione di gravidanza per Cantone di domicilio si constatano differenze regionali (v. grafico G5). Nel 2015–2019 la Svizzera ha registrato una media di 6,3 interruzioni di gravidanza ogni 1000 donne domiciliate. I tassi più elevati sono stati registrati nei Cantoni di Ginevra (11,5), Vaud (8,3), Neuchâtel (8,2) e Zurigo (7,2). I tassi di interruzione di gravidanza più bassi sono stati rilevati nei Cantoni di Obvaldo, Nidvaldo, Svitto, Appenzello Interno e Uri e variano tra 3,8 e 2,8 interruzioni ogni 1000 donne.

Nel 2020, nei Cantoni di domicilio che si situano al di sopra della media svizzera, come Ginevra (10,9), Vaud (9,1), Neuchâtel (7,4) e Zurigo (7,4) i tassi di interruzione di gravidanza sono rimasti relativamente costanti rispetto agli anni precedenti. Nei tre Cantoni con tassi medi nel periodo 2015–2019, Basilea Città (6,9), Basilea Campagna (5,6) e Sciaffusa (6,4), i tassi sono aumentati maggiormente nel 2020. Nel 2020 erano 9,1 ogni 1000 donne a Basilea Città, 7,2 a Basilea Campagna e 8,0 a Sciaffusa.

Media dei tassi d'interruzione di gravidanza¹ in base al Cantone di domicilio, 2015–2020

G 5

Ripartizione spaziale: Cantoni



0 25 km

Tassi d'interruzione di gravidanza¹

< 3,0 3,0 – 4,9 5,0 – 6,9 ≥ 7,0 CH: 6,4

¹ Interruzioni di gravidanza ogni 1000 donne di età compresa fra 15 e 44 anni

Fonte: UST – StatIVG

© UST 2022

Conclusioni

Il tasso di interruzione di gravidanza nel periodo 2017–2020 è aumentato costantemente da 6,2 a 6,8 ogni 1000 donne. I dati raccolti indicano che i tassi di interruzione di gravidanza variano in base alla regione di domicilio, ma anche in funzione di altri fattori. La differenza relativa dei tassi di interruzione di gravidanza tra le donne con cittadinanza svizzera e straniera è diminuita regolarmente dal 2010. Anche i tassi di interruzione di gravidanza tra le donne di età compresa tra i 15 e i 19 anni sono scesi, mentre è aumentata la quota di donne oltre i 30 anni. Nel 2020 più della metà (53%) delle interruzioni di gravidanza sono state eseguite su donne di oltre 30 anni. La quota di interruzioni di gravidanza tramite farmaci è aumentata negli ultimi anni e nel 2020 rappresentava l'80% delle interruzioni. La maggior parte ha luogo prima della 12^a settimana di gravidanza. La quota di interruzioni di gravidanza dopo la 12^a settimana è rimasta stabile negli ultimi anni. Le cifre indicano che, nonostante la situazione sanitaria, l'accesso all'interruzione di gravidanza in Svizzera è rimasto costante nel 2020.

Tonia Rihs, UST

¹¹ I tredici Cantoni che rilevano la cittadinanza della donna e la trasmettono all'UST sono BE, LU, UR, SZ, OW, FR, BS, BL, AG, TG, TI, VD e JU.

¹² Concerne donne in età fra 15 e 44 anni con domicilio in Svizzera.

3 Procreazione medicalmente assistita 2020

Nel 2020 in Svizzera 6237 coppie¹³ che desideravano figli si sono sottoposte a fecondazione¹⁴ in vitro (FIV)¹⁵ nel quadro della procreazione medicalmente assistita. In seguito a tali trattamenti, nel 2020 sono venuti al mondo 2207 nati vivi, vale a dire ca. il 2,5% dei nati vivi in Svizzera. Il numero di parti gemellari in seguito a procreazione medicalmente assistita con fecondazione in vitro è in netto calo dal 2017.

Numerose persone decidono di sottoporsi a un trattamento con metodi di procreazione medicalmente assistita dopo diverso tempo, solitamente alcuni anni, durante il quale hanno cercato di ottenere una gravidanza senza assistenza medica. In questo periodo il tempo per raggiungere la gravidanza aumenta con l'età della donna, ma anche dell'uomo. Per alcune coppie è una fase spesso associata a stress psicologico. La tensione psicologica e lo stress possono a loro volta portare a una riduzione della fertilità (Stanhisser, 2018). In gravidanza il rischio di aborto spontaneo o di natimortalità si misura tra l'11% e il 30%, con il rischio di aborto spontaneo che cresce con l'aumentare dell'età della donna, ma anche dell'uomo (Schmidt, 2012; du Fosse, 2020). La maggior parte delle persone che si sottopongono a un trattamento di FIV hanno spesso già dovuto vivere esperienze difficili, fra cui aborti o natimortalità.

In Svizzera, ma anche nei Paesi vicini, la pianificazione familiare inizia spesso dopo i 30 anni. L'età media delle donne alla nascita del primo figlio era in Svizzera di 30,0 anni nel 2010 e di 31,1 anni nel 2020. Nel 2020 l'età media degli uomini alla nascita del figlio¹⁶ era di 35,1 anni e quella delle donne di 32,2 anni. Man mano che le donne invecchiano, la probabilità di gravidanza diminuisce (a causa di una riduzione del numero e della qualità degli ovuli disponibili). A partire dall'età di 32 anni si osserva una graduale riduzione della fertilità nelle donne, che accelera nuovamente a partire dai 37 anni (Schmidt, 2012). Anche negli uomini l'età più avanzata (>43 anni) al momento della gravidanza delle partner è associata a varie complicazioni e aborti (Schmidt, 2012). L'inizio tardivo della pianificazione familiare può portare in molte coppie all'infertilità o a una fertilità ridotta (subfertilità). (Schmidt, 2012).

Le coppie iniziano la FIV un po' più tardi rispetto a dieci anni fa. Nel 2020, in Svizzera, l'età media delle donne che si sono sottoposte alla FIV era di 36,6 anni rispetto ai 36,2 anni del 2010. Quella degli uomini era di 39,6 anni nel 2020 e negli ultimi anni è rimasta pressoché invariata.

Dal 2010 la quota di donne di età compresa tra i 35 e i 44 anni che si sottopongono a un trattamento di FIV è leggermente aumentata; nelle fasce di età inferiori ai 30 anni si registra invece una leggera diminuzione dei trattamenti di FIV nel 2020 rispetto al 2010 (v. grafico G6).

¹³ Secondo la LPAM vale per le coppie sposate.

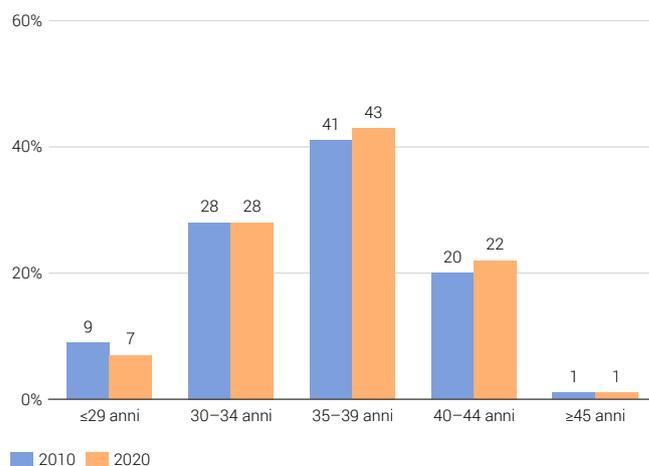
¹⁴ Procreazione medicalmente assistita in vitro.

¹⁵ Per fecondazione in vitro (FIV) si intende sia la cosiddetta fecondazione in vitro convenzionale sia il metodo dell'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) (Zegers-Hochschild, 2017).

¹⁶ Qui vengono contati tutti i bambini nati, indipendentemente dalla loro posizione nell'ordine di nascita (primogenito, secondogenito, terzogenito ecc.).

Donne sottoposte a trattamento di FIV¹ per classe di età, nel 2010 e 2020, in %

G6



¹ metodi di procreazione medicalmente assistita in vitro

Fonte: UST – StatLPMA

© UST 2022

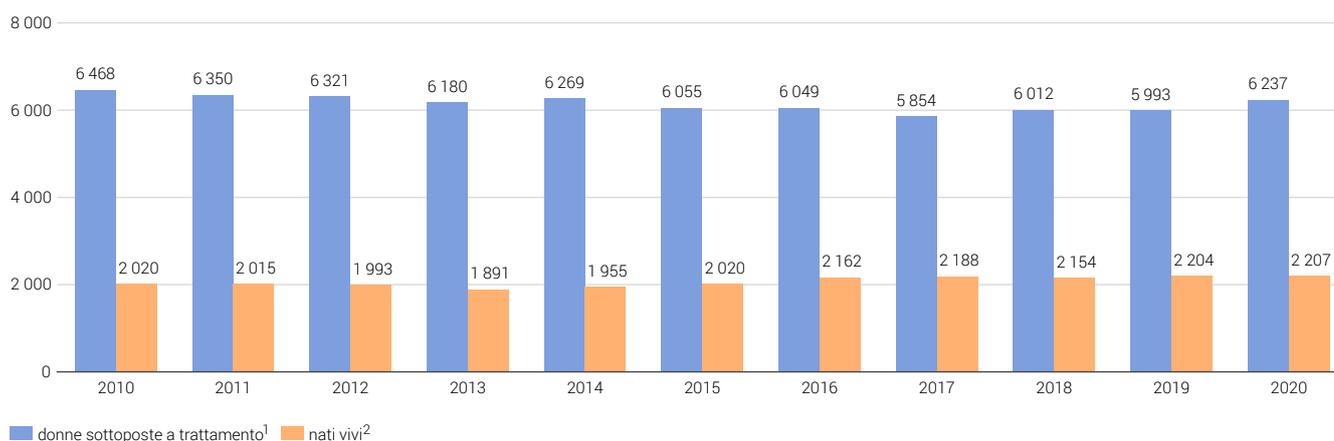
Se si considerano i motivi del trattamento con i metodi di procreazione medicalmente assistita in vitro si constata che quello più comune per cui si fa ricorso alla FIV è l'infertilità maschile. Nel 2020 il trattamento di FIV viene iniziato a causa dell'infertilità maschile nel 35% dei casi, a causa dell'infertilità femminile nel 27% dei casi e per sterilità di entrambi i partner nel 13% dei casi. Nell'11% dei casi per nessuno dei due partner è stato possibile identificare una causa medica della sterilità. Evitare la trasmissione di una grave malattia genetica è il motivo della FIV solo nell'1% dei casi con primo trattamento nel 2020.

Sulla base delle cifre disponibili è possibile indicare quante gravidanze si sono verificate e quanti nati vivi sono venuti al mondo dopo la procreazione medicalmente assistita in un determinato anno. Rispetto al 2010 il numero di nati vivi in relazione al numero di donne che si sottopongono al trattamento di FIV in un anno solare è aumentato dal 31% nel 2010 al 35% nel 2020. (v. grafico G7).

Nel 2020 i trattamenti in vitro hanno condotto a una gravidanza nel 47% dei casi; nel 2010 il tasso era stato solo del 36%. Nelle gravidanze post-trattamento di FIV nel 2020, il 72,6% ha portato a una nascita. Aborti spontanei si sono verificati nel 24,2% delle gravidanze, gravidanze extrauterine nell'1,3% e interruzioni di gravidanza mediche nello 0,8% dei casi. Nello 0,7% delle gravidanze, l'esito era sconosciuto. Delle gravidanze successive a un trattamento avvenuto nel 2010, il 75,2% ha portato a una nascita, il 20,5% a un aborto spontaneo, il 2,5% a una gravidanza extrauterina e lo 0,3% a un'interruzione medica della gravidanza. L'esito delle gravidanze era sconosciuto nell'1,4% dei casi.

Nati vivi e numero di donne sottoposte a trattamento di FIV

G7



■ donne sottoposte a trattamento¹ ■ nati vivi²

¹ numero di donne sottoposte a trattamento (FIV) in un anno civile

² nati vivi nell'anno del trattamento o nell'anno successivo a causa della durata della gravidanza

Fonte: UST – StatLPMA

© UST 2022

Nel 2020 si è registrato lo 0,4% di nati morti (9 casi) e lo 0,1% di neonati morti durante la prima settimana di vita (2 casi). La mortalità perinatale (totale dei nati morti e dei neonati che muoiono nei primi sette giorni) è stata di 4,9 ogni 1000 nascite dopo i trattamenti di FIV nel 2020. Pertanto non è superiore al tasso di mortalità perinatale fra la popolazione generale registrato lo stesso anno (6,4 ogni 1000 nascite). Si noti che la pressione psicologica successiva a una FIV senza esito positivo, così come gli aborti e i nati morti, può essere considerevole per le persone coinvolte (Stanhisser, 2018).

Il più grande cambiamento avvenuto negli ultimi anni è l'adeguamento delle pratiche mediche susseguente alla revisione della LPAM nel 2017. In base alla nuova normativa viene inserito sempre più spesso nell'utero solo un embrione per trasferimento, mentre prima del 2017 era più comune inserirne vari. Questo cambiamento ha comportato una marcata riduzione dei parti gemellari. Mentre nel 2016 rappresentavano ancora il 16% dei casi, nel 2020 tale quota è scesa al 4%.

Conclusioni

Riassumendo, nel 2020 sono nati più bambini vivi dopo la FIV rispetto a dieci anni fa, anche se il numero di donne sottoposte a trattamento di FIV è diminuito. Dal 2017 grazie alla FIV sono nati vivi ogni anno circa 2190 bambini, vale a dire ca. il 2,5% dei nati vivi in Svizzera.

Tonia Rihs, UST

Matrimonio per tutti

Dal 2022, con l'entrata in vigore della legge «Matrimonio per tutti», in Svizzera l'accesso alla procreazione medicalmente assistita tramite donazione di sperma è stato reso possibile alle coppie omosessuali¹⁷. L'accesso alla procreazione medicalmente assistita continua tuttavia a essere possibile solo per le coppie sposate e non per persone sole (LPAM). In Svizzera è ammessa la conservazione degli ovuli, detta anche «social freezing»: gli ovuli vengono solitamente rimossi dopo la stimolazione ormonale e congelati secondo procedure speciali. Questi ovuli possono essere conservati fino a dieci anni e utilizzati in un secondo momento dalla stessa donna nell'ambito di una FIV. A differenza della donazione di sperma, in Svizzera la donazione di ovuli è proibita (LPAM).

¹⁷ <https://www.ejpd.admin.ch/matrimonio-per-tutti>

Bibliografia e sitografia

du Fosse, NA, van der Hoorn MP, van Lith JMM, et al. 2020, *Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: a systematic review and meta-analysis*, Human Reproduction Update, vol. 26, no. 5, pp. 650–669

Registro FIVNAT-CH: <http://www.fivnat-registry.ch/>, Stato: 10.03.2021

Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A; ESHRE Reproduction and Society Task Force. *Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood*. Hum Reprod Update. 2012 Jan-Feb;18(1):29-43. doi: 10.1093/humupd/dmr040. Epub 2011 Oct 11. PMID: 21989171

Stanhiser J, Steiner AZ. *Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology*. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Sep;45(3):563-574. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.006. PMID: 30092929

Steiner AZ, Jukic AM 2016, *Impact of female age and nulligravidity on fecundity in an older reproductive age cohort*, Fertility and Sterility, vol. 105, no. 6, pp. 1584–1588.

UFSP: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-fortpflanzungsmedizin/medizinische-praxis-im-bereich-fortpflanzung.html>; Stato al 10.03.2021

UST (2021) *Procreazione medicalmente assistita nel 2019*. Neuchâtel

Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID, Simpson JL, van der Poel S. *The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017*. Hum Reprod. 2017 Sep 1;32(9):1786-1801. doi: 10.1093/humrep/dex234. PMID: 29117321; PMCID: PMC5850297

4 Andamento delle nascite dall'inizio della pandemia

In molti Paesi il numero di nascite registrate annualmente è in calo. In Svizzera questa diminuzione è stata osservata solo dal 2019. Qual è stato l'andamento delle nascite dall'inizio della pandemia di COVID-19? Il presente articolo stila un confronto tra Svizzera, Spagna, Francia e Italia sulla base di diversi dati mensili disponibili per il 2021.

Lo scopo di questo studio è esaminare l'andamento delle nascite alla fine del 2020 e nei primi mesi del 2021 in Svizzera, ma anche in Spagna, Francia e Italia. In questi Paesi il numero di neonati continua tendenzialmente a scendere. Anche in Svizzera si registra, per il secondo anno consecutivo, un calo delle nascite (2020, -0,3%; 2019, -1,9%). Si sarebbe verificato anche senza la pandemia? Probabilmente, ma in un primo tempo, a seconda del Paese, la pandemia sembra averlo accentuato. I dati mensili del 2021, stimati o provvisori a seconda del Paese, permettono di osservare l'andamento delle nascite dall'inizio della pandemia.

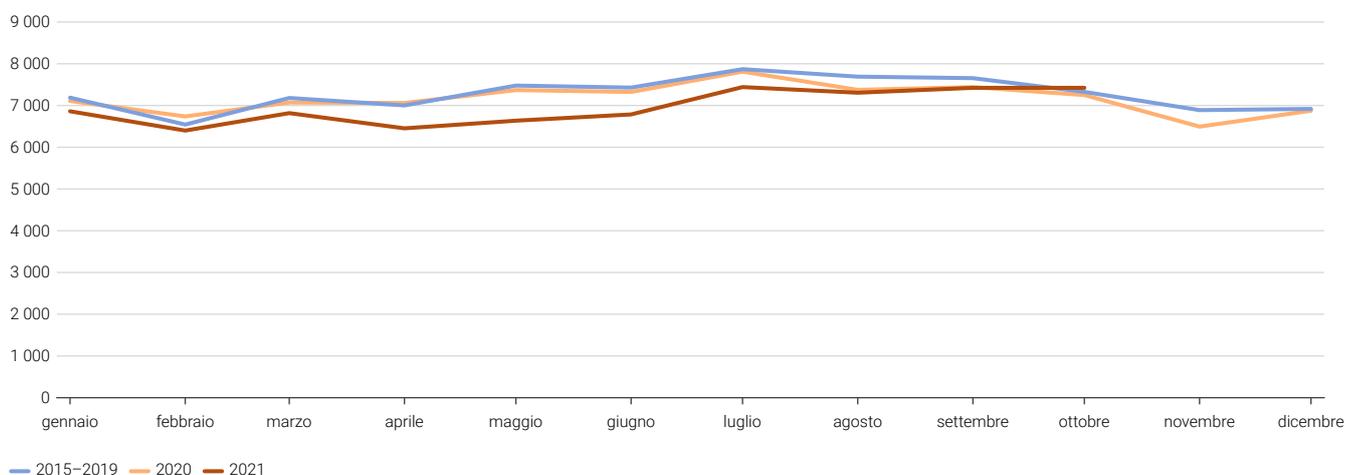
A che punto è la Svizzera?

Ogni mese l'UST pubblica i risultati provvisori per il 2021 di diversi eventi demografici, tra cui i nati vivi. Queste cifre riflettono un momento specifico della banca dati durante il mese. I casi registrati successivamente non vengono aggiunti retroattivamente ai risultati mensili provvisori già pubblicati.

Contrariamente agli altri Paesi presi in considerazione, in Svizzera si osserva un aumento delle nascite nel dicembre 2020: il loro numero (6875) è superiore a quello rilevato nello stesso periodo del 2019 (6803) o del 2018 (6791). Nel gennaio 2021 la Svizzera ha registrato il 3,5% di nascite viventi in meno rispetto al gennaio 2020, il che, alla luce del carattere provvisorio

Nati vivi in base al mese, Svizzera

G8



Fonte: UST – BEVNAT (dati provvisori)

© UST 2022

di queste cifre, non sorprende. Questo calo è tuttavia significativamente inferiore ai valori pubblicati negli altri Paesi (Spagna -21%; Italia e Francia, risp. -13%).

Secondo la stagionalità delle nascite, febbraio è il mese in cui di solito se ne registrano meno¹⁸. Il 2021 non fa eccezione: anche in Svizzera è il mese in cui il numero provvisorio di nascite è il più basso (6399). Nel marzo 2021 il numero di nascite è ricominciato ad aumentare, pur rimanendo inferiore a quello di un anno prima. Questo incremento a marzo viene generalmente osservato anche negli anni precedenti e in altri Paesi. In aprile il numero di nascite è nuovamente diminuito prima di iniziare a salire a partire da maggio. L'aumento si è intensificato sino ai mesi di luglio, agosto e settembre, abitualmente quelli con il maggior numero di nascite in Svizzera. Nel settembre 2021 il loro numero è stato quasi lo stesso del settembre 2020, con una differenza di 17 casi, il che potrebbe essere interpretato come un segnale di recupero. I dati mensili definitivi per il 2021, che saranno pubblicati dall'UST nel giugno 2022, indicheranno se si tratta o meno di un fenomeno transitorio (v. grafico G8).

Cosa accade altrove?

Nove a dieci mesi dopo l'inizio della pandemia, Spagna, Francia e Italia hanno registrato tendenze simili in termini di nascite (v. grafici G9, G10 e G11). Nel dicembre 2020 il numero di neonati è sceso: -21,3% in Spagna, -10,3% in Italia e -7,2% in Francia rispetto al dicembre 2019.

In gennaio e febbraio 2021 tutti e tre i Paesi hanno anche evidenziato un calo importante, soprattutto la Spagna, il che significa che durante il primo confinamento, in aprile e maggio 2020, sono iniziate meno gravidanze. A partire da marzo 2021 si è osservata una ripresa delle nascite in Spagna e in Francia. In Italia, invece, i valori del 2021 sono rimasti inferiori a quelli del 2020 nonostante a marzo sia stato registrato un importante numero di nascite. L'andamento osservato in marzo 2021 in quest'ultimo Paese è simile a quello della Svizzera.

A partire da marzo 2021 il numero di nascite in Spagna ha superato quello dei mesi corrispondenti del 2020, a eccezione di maggio e giugno. In Francia si osserva una tendenza simile, con più nascite a marzo, aprile, luglio e settembre 2021 che negli stessi periodi del 2020. Secondo lo studio¹⁹ dell'Istituto nazionale di statistica e di studi economici (Insee), apparso nel novembre 2021, «*le nascite a marzo continuano ad aumentare e sono leggermente superiori a quelle del marzo 2020 (+1,1%). L'aumento si è accentuato in aprile (+4,8%), prima di cedere il passo a un moderato calo (-1,6% e -1,8% a maggio e giugno 2021 rispetto agli stessi mesi del 2020). In luglio le nascite tornano al livello del 2020 e la loro ripresa si intensifica in agosto [...], 3% in più rispetto ad agosto e settembre 2020. I neonati in agosto e settembre 2021 sono stati per lo più concepiti a novembre e dicembre 2020, durante il secondo confinamento. A differenza di quanto era avvenuto con il primo, non c'è stato pertanto un calo delle nascite nove mesi dopo il secondo confinamento.*»

¹⁸ Si tenga conto anche del fatto che febbraio è il mese più corto dell'anno.

¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5760033?sommaire=5348638>

Queste cifre devono tuttavia essere interpretate con cautela perché riflettono lo stato attuale dei dati stimati o provvisori per l'anno 2021. Bisognerà pertanto attendere la pubblicazione dei dati mensili finali dei vari Paesi per sapere se queste tendenze saranno confermate o smentite.

Alcune cifre

Spagna: nel corso dei primi nove mesi del 2021 le nascite sono diminuite del 2,9% rispetto allo stesso periodo del 2020 e del 6,2% rispetto al 2019, secondo i dati provvisori del bilancio demografico mensile²⁰ dell'Istituto nazionale di statistica (INE). L'INE rileva che il loro numero è drasticamente diminuito, del 21% nel gennaio 2021 rispetto allo stesso mese del 2020 e del 9% nel febbraio 2021 rispetto al febbraio 2020. Da gennaio a settembre 2021 sono state registrate quasi 7500 nascite in meno rispetto allo stesso periodo del 2020 e 16 500 in meno che nel 2019.

Francia: nel corso dei primi nove mesi del 2021, le nascite sono diminuite dell'1,3% rispetto allo stesso periodo del 2020 e del 2,9% rispetto al 2019, secondo le informazioni provvisorie²¹ dell'Insee. Il loro numero è drasticamente diminuito a inizio anno: del 13% nel gennaio 2021 rispetto allo stesso mese del 2020 e dell'8% nel febbraio 2021 rispetto al febbraio 2020. Da gennaio a settembre 2021 sono state registrate quasi 7100 nascite in meno rispetto allo stesso periodo del 2020 e 15 700 in meno che nel 2019.

Italia: nel corso dei primi otto mesi del 2021 le nascite sono diminuite del 4,4% rispetto allo stesso periodo del 2020 e del 6,8% rispetto al 2019, secondo i dati provvisori del bilancio demografico mensile²² dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT). Il loro numero è drasticamente diminuito a inizio anno: del 13% nel gennaio 2021 rispetto allo stesso mese del 2020 e del 7% nel febbraio 2021 rispetto al febbraio 2020. Da gennaio ad agosto 2021 sono state registrate quasi 11 700 nascite in meno rispetto allo stesso periodo del 2020 e 18 500 in meno che nel 2019.

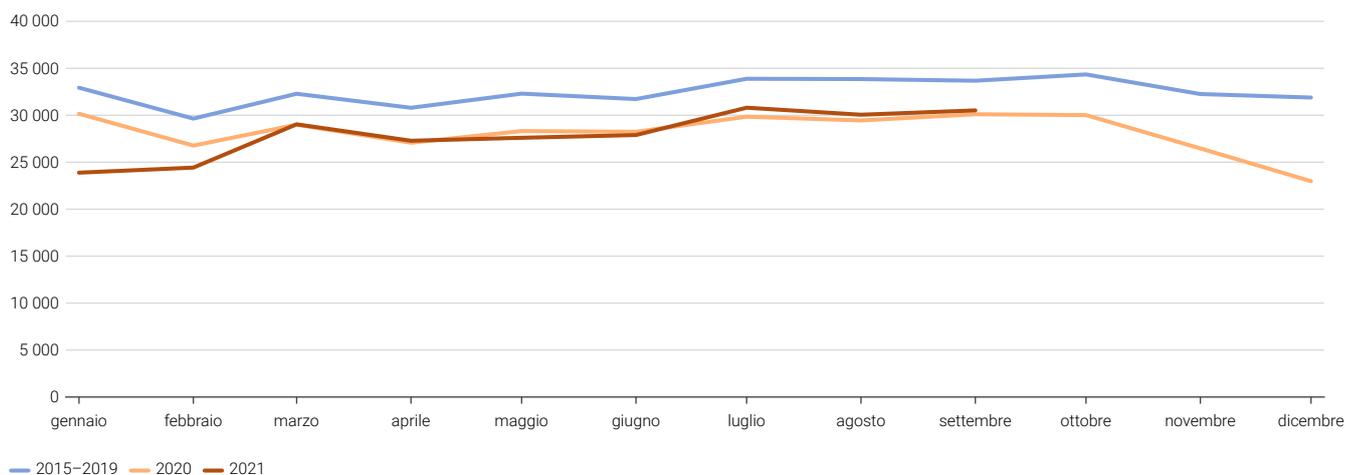
²⁰ *Monthly births, accumulated and year-on-year variation of the accumulate. National total and Autonomous Communities(46678) (ine.es)*

²¹ *Série 000436391 Démographie – Nombre de naissances vivantes – France métropolitaine | Insee*

²² *Statistiche demografiche ISTAT*

Nati vivi in base al mese, Spagna

G9

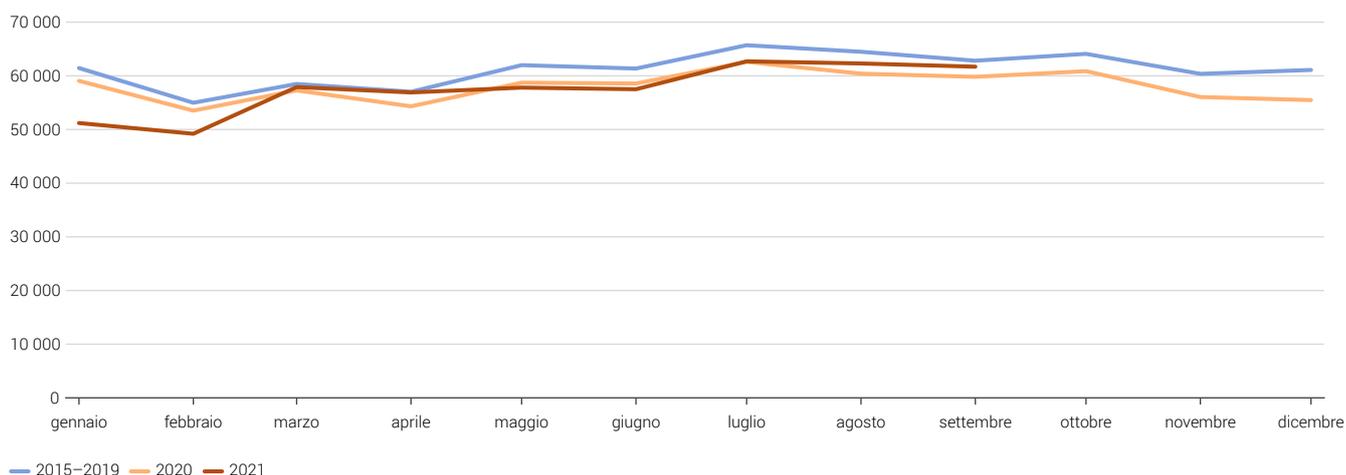


Fonte: Max Planck Institute for Demographic Research and Vienna Institute of Demography – Human Fertility Database, stato al 12.12.21

© UST 2022

Nati vivi in base al mese, Francia

G10

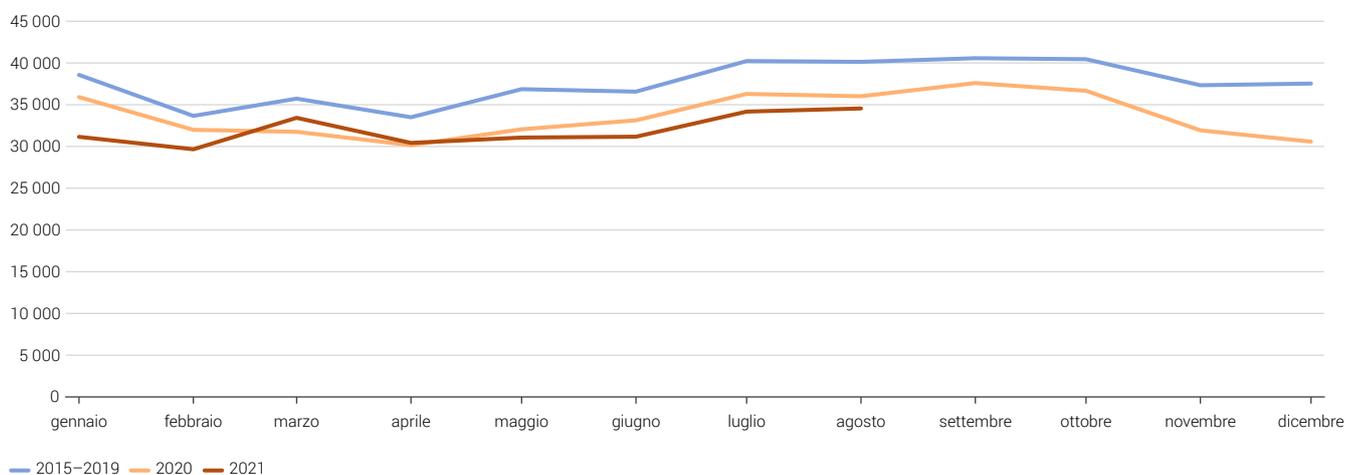


Fonte: Max Planck Institute for Demographic Research and Vienna Institute of Demography – Human Fertility Database, stato al 12.12.21

© UST 2022

Nati vivi in base al mese, Italia

G11



Fonte: Max Planck Institute for Demographic Research and Vienna Institute of Demography – Human Fertility Database, stato al 12.12.21

© UST 2022

Conclusione

Sotto il profilo della stagionalità, i dati mensili 2021 per la Svizzera indicano che il numero di nascite evolve in maniera analoga agli anni precedenti: generalmente basso in gennaio e febbraio, aumenta a partire da aprile sino a luglio. Il primo confinamento non sembra aver avuto in Svizzera lo stesso effetto sull'andamento delle nascite come in altri Paesi, in cui le misure sanitarie erano più severe.

La tendenza alla crescita osservata a partire da aprile 2021 in Svizzera si registra anche negli altri Paesi. Per la Spagna e la Francia alcuni valori del 2021 sono già maggiori in alcuni mesi – fra agosto e settembre – che nel 2020. Tuttavia i valori cumulati tra gennaio e agosto/settembre 2021 rimangono inferiori a quelli del 2020, in parte a causa della natura provvisoria dei dati. Bisognerà attendere la pubblicazione dei dati mensili finali dei vari Paesi per sapere se si conferma l'effetto di recupero delineatosi nel 2021.

Fabienne Rausa, UST

Ulteriori informazioni

Il 5 aprile scorso l'UST ha pubblicato i dati annuali provvisori della statistica del movimento naturale della popolazione (BEVNAT), che paiono confermare la tendenza dei nati vivi al rialzo. Si avranno maggiori dettagli in merito al momento della pubblicazione dei dati annuali definitivi di BEVNAT, il prossimo 23 giugno: <https://www.bfs.admin.ch/news/it/2022-0464>

L'Istituto nazionale di statistica e di studi economici (Insee) raccoglie, produce e divulga informazioni sui nati vivi. Analizza inoltre gli effetti della pandemia sull'andamento delle nascite in Francia: *Nombre de naissances en 2021 - Les naissances en 2021 | Insee*

Il Vienna Institute of Demography analizza anche le conseguenze a breve e lungo termine della pandemia di COVID-19 sul numero di nascite e i tassi di fecondità: *Aktuelles aus der Forschung: COVID-19 (oeaw.ac.at)*

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni:	Centro informazioni sezione Demografia e migrazione, tel. 058 463 67 11
Redazione:	Fabienne Rausa, UST
Contenuto:	Fabienne Rausa, UST; Tonia Rihs, UST
Serie:	Statistica della Svizzera
Settore:	01 Popolazione
Testo originale:	francese e tedesco
Traduzione:	Servizi linguistici dell'UST
Grafica e impaginazione:	sezione DIAM, Prepress/Print
Grafici:	sezione DIAM, Prepress/Print
Carte:	sezione DIAM, ThemaKart
Versione digitale:	www.statistica.admin.ch
Versione cartacea:	www.statistica.admin.ch Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch , tel. 058 463 60 60 stampato in Svizzera
Copyright:	UST, Neuchâtel 2022 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
Numero UST:	627-2201

Le informazioni contenute in questa pubblicazione contribuiscono alla misurazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS).



Il sistema di indicatori MONET 2030

www.statistica.admin.ch → Trovare statistiche → Sviluppo sostenibile → Il sistema di indicatori MONET 2030