

# **Gravidanze e nascite nelle adolescenti**

**Analisi del fenomeno in provincia di Trento**

**Anni 2000-2005**

**Osservatorio Epidemiologico**

A cura di

Martina De Nisi  
Livia Bianchi  
Silvano Piffer

*Osservatorio Epidemiologico – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

Emilio Arisi

*U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S.Chiera di Trento - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento*

*It can also be argued that being a parent and being a teenager are incompatible - as one report puts it, while parenthood calls for responsibility, stability and predictability, adolescence is a period of exploration, spontaneity and instability*

Susan Hallam  
Andrea Creech

*Institute of Education, University of London*

A review of the literature relating to the parental aspirations of teenage mothers.  
CfBT Education Trust. London 2007

## PRESENTAZIONE

---

Il rapporto prende in considerazione il fenomeno delle gravidanze nelle adolescenti, analizzando, in riferimento al quadro internazionale, i dati relativi alle residenti in provincia di Trento ed i dati relativi alle adolescenti, residenti e non residenti, assistite presso i punti nascita provinciali.

Lo scopo è analizzarne il trend nel periodo 2000-2005, verificare la posizione della provincia di Trento rispetto allo scenario nazionale, gli esiti degli stati gravidici in relazione alle variabili più significative delle giovani gestanti, la variabilità tra i diversi comprensori della provincia.

Il report si occupa anche di valutare le caratteristiche delle madri, i fattori che maggiormente si associano ad una scelta verso l'interruzione di gravidanza oppure verso il parto, i criteri assistenziali messi in essere nel corso della gravidanza, il tipo di parto e gli esiti precoci a carico delle madri e dei neonati.

Si riportano in conclusione i criteri raccomandati dall'OMS in merito al controllo di questo fenomeno a livello di popolazione.

## LA GRAVIDANZA NELLE ADOLESCENTI, UNO SGUARDO D'INSIEME

---

Il periodo dell'adolescenza, quello cioè compreso tra i 10 e i 19 anni di età – assume connotazioni e significati differenti in base ai diversi contesti sociali. In ogni caso, questo è un periodo di transizione tra l'infanzia e l'età adulta, un periodo di rilevanti cambiamenti fisici e psicologici associati alla pubertà e alla preparazione per i ruoli, i privilegi e le responsabilità dell'età adulta. Non esiste peraltro l'adolescente “tipo” in quanto la natura e l'esperienza dell'adolescenza variano moltissimo in base al sesso, allo stato coniugale, alla classe sociale, alla residenza, al contesto culturale e socio-economico.

L'adolescenza è anche l'età in cui solitamente inizia l'attività sessuale. Al riguardo va tenuto presente che, mentre l'età del matrimonio sta spostandosi sempre più avanti, l'età del primo rapporto si sta abbassando. Una rilevante, e crescente nel tempo, percentuale di adolescenti ha oggi un'attività sessuale ben prima della completa maturazione psico-fisica e del consolidamento dei rapporti affettivi. L'HBSC Study (*Health Behaviour School aged Children*) del 2001-02<sup>1</sup> riporta che a 15 anni, in media nei paesi europei, il 28,1% dei ragazzi ed il 20,2% delle ragazze ha già avuto rapporti sessuali. Il range risulta comunque molto ampio. Nei maschi il range varia dal 18,0% della Spagna al 47,2% dell'Ucraina; nelle ragazze il range varia dal 3,6% della Macedonia al 40,4% del Regno Unito. Per l'Italia il valore nei ragazzi è pari al 27,2% e nelle ragazze al 20,5%.

A dispetto dei dati dell'HBSC Study, molti giovani inoltre non usano o usano in modo non appropriato i contraccettivi efficaci o usano metodi di controllo della fertilità poco o per nulla efficaci<sup>2</sup>. Secondo l'*Osservatorio Nazionale sulle Abitudini Sessuali e i Comportamenti Contraccettivi*<sup>3</sup> della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo), in Italia solo lo 0,3% delle under 19 possiede una buona educazione sessuale e la “prima volta” è senza precauzioni per un'adolescente su tre, mentre il 30% continua a sfidare la sorte, senza utilizzare alcun metodo contraccettivo oppure facendo affidamento sul coito interrotto (20%).

Questo pone gli adolescenti, anche per la tipologia delle relazioni tra i sessi, in condizioni di rischio per problemi sessuali e riproduttivi, includendovi le gravidanze precoci, gli aborti volontari con il connesso rischio di gestione non sicura, le malattie infettive sessualmente trasmesse, inclusa l'HIV-AIDS<sup>4</sup>.

Tra i 14 e i 15 milioni di ragazze adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni, danno alla luce ogni anno più del 10% dei nati a livello mondiale<sup>5</sup>. Accanto a queste nascite vanno anche considerati – sempre a livello mondiale – oltre 5 milioni di aborti volontari di cui una quota non piccola risulta essere assistita, specie nei paesi in via di sviluppo, in modo non sicuro, con i conseguenti riflessi negativi sulla morbosità e la mortalità.

---

<sup>1</sup> WHO – Europe. Health Behaviour in school aged children (HBSC) study. International Report 2001-02 survey. WHO Europe. Copenhagen, 2004

<sup>2</sup> WHO. Contraception. Issues in Adolescent Health and Development. WHO Geneva, 2004

<sup>3</sup> [www.sceglitu.it](http://www.sceglitu.it)

<sup>4</sup> World youth report 2005. Young people today, and in 1025. New York, NY, United Nations, 2005

<sup>5</sup> WHO. Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds. WHO, Geneva, 2007

Nonostante si registri un trend temporale declinante, soprattutto nei paesi industrializzati, anche come effetto collaterale dell'aumento dell'istruzione e dell'urbanizzazione e parzialmente delle politiche pubbliche di contrasto<sup>6 7</sup>, il fenomeno delle gravidanze precoci resta di tutto rilievo.

La frequenza maggiore si registra nei paesi in via di sviluppo dove il tasso di fertilità (numero di parti/1.000 donne) in età 15-19 anni varia mediamente da 115 /1.000 dell'Africa, a 75/1.000 dell'America Latina e a 39/1.000 dell'Asia. Il fenomeno non esclude peraltro i paesi economicamente sviluppati, se si tiene conto ad esempio che il tasso di fertilità in età 15-19 anni negli Stati Uniti risulta pari – sulla base dei dati più aggiornati – a 58/1.000 e quello della Gran Bretagna a 28/1.000, a fronte di una media U.E. di 25/1.000. I valori più elevati in Europa, al di fuori del contesto UE, si riscontrano nei paesi dell'Est, anche come effetto degli ostacoli alla politica di pianificazione familiare in senso lato e non solo in riferimento all'età adolescenziale.

La maggior parte di queste gravidanze, sia nei paesi in via di sviluppo che nei paesi economicamente sviluppati, non risulta desiderata o pianificata. Negli stessi Stati Uniti, fino all'85% delle gravidanze in età adolescenziale non sarebbe pianificato o voluto. Inoltre un quota importante, pur differente nei vari paesi, va attribuita ad abusi o a costrizioni da parte di pari età o di soggetti più adulti. Il sesso forzato è stato riferito dal 40,9% delle partecipanti ad uno studio longitudinale effettuato negli Stati Uniti e nella maggior parte dei casi la ragione che portava le giovani donne ad accettare la situazione era la paura che il partner potesse arrabbiarsi<sup>8</sup>.

L'impatto sociale di questo fenomeno può essere diverso tra paesi in via di sviluppo e paesi economicamente sviluppati. Nella maggior parte dei primi l'età al matrimonio è diffusamente molto precoce, quindi l'evento nascita in età 15-19 anni, riguarda una quota rilevante di donne, spesso già coniugate, rappresentando così una situazione che si cala nelle tradizioni storico-culturali dei paesi. Per esempio più della metà delle donne in Africa sub-sahariana e circa 1/3 in America Latina, partoriscono prima dei 20 anni<sup>9</sup>.

Nei paesi sviluppati invece, il fenomeno riguarda soprattutto ragazze/donne non ancora coniugate ed è in genere percepito più come un indicatore sociale o socio-sanitario "negativo" che come un evento naturale tale quindi da richiedere l'adozione di specifici programmi finalizzati ad un suo controllo.

Al di fuori del contesto specifico dei paesi in via di sviluppo dove le consuetudini, il ruolo spesso subalterno della donna, le condizioni di povertà e le difficoltà di accesso all'istruzione ed ai servizi sanitari giocano un ruolo rilevante, nei Paesi occidentali, la gravidanza in età così precoce, può essere la conseguenza di situazioni molto diverse tra loro. Alcune volte può essere il frutto di una disinformazione sui metodi contraccettivi, altre volte può essere conseguenza di uno stupro, altre volte ancora può essere la conseguenza di una volontà inconscia dell'adolescente di avere quella 'vera' famiglia che non ha mai avuto, dalla quale ricevere amore e attenzioni e cerca in tal modo di colmare questo "vuoto affettivo" attraverso un figlio.

---

<sup>6</sup> Alan Guttmacher Institute. Into a new world: young women's sexual and reproductive lives. New York, AGI, 1998.

<sup>7</sup> Singh S, Darroch J. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspective*, 2000, 32: 14-23.

<sup>8</sup> Blythe MJ et al. Incidence and Correlates of Unwanted Sex in Relationships of Middle and Late Adolescent Women. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:591-595.

<sup>9</sup> World Health Organization. Essential care: practice guide for pregnancy, childbirth and newborn care. Geneva, 2002a.

In realtà, una recente revisione sistematica degli studi prodotti nei Paesi dell'Unione Europea<sup>10</sup>, ha riportato che le tre condizioni che risultano maggiormente associate ad un rischio di gravidanza in età adolescenziale sono: gli stati di svantaggio socio-economico, i problemi di compattezza/integrità della famiglia di origine, con ricorrenza in una percentuale rilevante dell'assenza del padre, bassi livelli di istruzione. Altri fattori con un qualche ruolo, ma meno decisivi dei primi sono: una madre che anch'essa aveva sperimentato una gravidanza in adolescenza, rapporti sessuali precoci, uno stile di vita complessivo poco *health oriented*.

In ogni ambito sociale o geografico, l'evento nascita nelle adolescenti si accompagna comunque a situazioni di rischio, connesse in modo rilevante da un lato all'impossibilità/incapacità della giovane madre di accedere ai servizi materno-infantili e dall'altra alla effettiva capacità dei sistemi sociali e sanitari di farsi carico dell'insieme delle problematiche che questo fenomeno può comportare. Il problema delle gravidanze negli adolescenti dovrebbe essere visto nel quadro complessivo della tutela del benessere sessuale e riproduttivo degli adolescenti, tenuto conto che un'attività sessuale non preparata o *not safe oriented* si accompagna anche ad un maggior rischio di interruzioni di gravidanza, di malattie infettive a trasmissione sessuale e di HIV. Tenuto conto delle diverse implicazioni, l'OMS ha da tempo inserito il benessere sessuale e riproduttivo degli adolescenti nell'agenda delle priorità da assicurare, per l'area materno-infantile, nei diversi Paesi membri<sup>11</sup>.

Quali le possibili conseguenze delle gravidanze nelle adolescenti? Considerando che l'adolescenza è un periodo di per sé ricco di cambiamenti e stravolgimenti sia fisici che psicologici, è naturale pensare che una gravidanza in questo periodo comporti una serie di problematiche, soprattutto a livello psicologico ed interpersonale, di notevole portata. Per alcune giovani madri, la maternità può rappresentare un evento felice, ma, per la maggior parte dei casi, la nascita è vissuta come troppo precoce e l'esperienza prevalente può essere o di rifiuto (vedere il ricorso all'ivg) oppure di panico e di dolore. Per una ragazza è anzitutto difficile rendersi effettivamente, pienamente conto di quanto le sta accadendo: inconsciamente infatti rifiuta la gravidanza e quindi tende a minimizzare i sintomi, sperando che non sia così, e dunque ritarda il momento della diagnosi e delle decisioni da prendere. Teme il discorso da fare con i genitori, la loro reazione, quella del padre del bambino e della sua famiglia, la necessità di sottoporsi a visita ginecologica, di doverne parlare ai compagni, agli insegnanti, ecc.

Le madri adolescenti tra i 15 e i 19 anni – sul piano internazionale - hanno una probabilità più elevata rispetto alle madri adulte<sup>12</sup> di:

- sperimentare malattie o complicanze nel corso della gravidanza, con maggiore incidenza nei paesi in via di sviluppo. Queste possono essere di natura "medica" (anemia da carenza marziale o da malaria, ipertensione arteriosa, parassitosi, deficienze nutritive), oppure "ostetrica" (complicanze al momento del parto, tipo travaglio prolungato con necessità di ricorrere ad un cesareo non programmato, maggior rischio di fistole ostetriche, ecc.);

---

<sup>10</sup> Inamura M., Tucker J., Hannaford P., et al: Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur.J.Pub.Health* 2007; 17:630-636.

<sup>11</sup> WHO. Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. WHO, Geneve, 2004.

<sup>12</sup> WHO, Adolescent Pregnancy – Unmet needs and undone deeds. WHO, Geneve, 2007

- essere gravate da un maggior rischio di mortalità materna, specie nei paesi in via di sviluppo: la mortalità materna connessa alle madri di età 10-14 anni è 5 volte quella manifestata dalle donne di età di 20 anni e oltre e nelle madri di 15-19 anni di età due volte quella manifestata dalle donne di età di 20 anni e oltre<sup>13</sup>;
- avere con maggior frequenza rispetto alle madri adulte, neonati pretermine e/o di basso peso, gravati anche per questo da indici più elevati di morbosità/mortalità perinatale ed infantile.

Sebbene le madri di 14 anni o di età inferiore, presentino rischi maggiori rispetto a quelle di età 15-19 anni e queste rispetto alle madri di età di 20 anni ed oltre, i maggiori rischi connessi alle gravidanze in età adolescenziale non si spiegano solo con l'età e quindi con le caratteristiche fisiche e psicologiche proprie di quell'età. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che, a parità di età, esistono molti fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio, la stessa primiparità e poi fattori per così dire collaterali come l'educazione, lo stato sociale e la fruibilità dei servizi sanitari<sup>13</sup>. Posto il fatto che in certi paesi la stessa organizzazione sanitaria pone degli ostacoli rilevanti per l'accesso delle adolescenti, vari studi hanno dimostrato come le adolescenti tendano a ricorrere in ritardo e meno frequentemente ai servizi, con riflessi negativi sulle cure prenatali e sulla precoce individuazione di condizioni di maggior rischio. Il risiedere nelle zone rurali, l'essere nubile, avere un basso reddito o un basso livello di istruzione e il non avere pianificato la gravidanza si associano con livelli più bassi di cure prenatali e con outcome meno soddisfacenti<sup>14</sup>. D'altra parte un minor ricorso alle cure prenatali è stato riportato anche in studi effettuati in paesi sviluppati<sup>15161718</sup>.

Per effetto di una gravidanza in età adolescenziale si possono avere anche conseguenze sul piano sociale, sia per la madre che per il bambino. Per la madre, queste sono rappresentate principalmente dal venir meno delle possibilità di istruzione e di conseguenza delle future possibilità di occupazione ed inserimento nel mondo del lavoro. In questo contesto si possono riproporre le condizioni che favoriscono una seconda gravidanza a distanza di poco tempo.

I figli di madri adolescenti, oltre a potenziali problemi sanitari connessi spesso alla condizione di pretermine/basso peso, possono presentare problemi di inserimento, di sviluppo ed integrazione sociale. I figli di madri adolescenti tendono inoltre essi stessi a diventare madri/padri adolescenti.

I figli di mamme molto giovani sono inoltre esposti ai rischi del maltrattamento, della violenza, dell'abuso e dell'abbandono, ma essi stessi, una volta cresciuti, hanno maggiori possibilità di assumere atteggiamenti di delinquenza giovanile, come osservato in special modo negli Stati Uniti. In altre parole, le condizioni sociali o socio-economiche in senso lato, possono essere sia concausa che conseguenza di una gravidanza in adolescenza<sup>19</sup>.

<sup>13</sup> Lewis G. *Why Mothers Die 1997-1999? The Confidential Enquires into Maternal Deaths in the United Kingdom*, 2001

<sup>14</sup> World Health Organization. *Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: A facilitator's guide*. WHO (Department of Child and Adolescent Health and Development), 2001a.

<sup>15</sup> Davidson E, Gibbs C, Chapin J. The challenge of care for the poor and underserved in the United States. An ACOG perspective on access to care for underserved women, *American Journal of Disease of Children*, 1991, 145: 546-549.

<sup>16</sup> Fitzpatrick C, Fitzpatrick P, Tumer M. Profile of patients attending a Dublin adolescent antenatal booking clinic. *Irish Medical Journal*, 1998, 90:96-97.

<sup>17</sup> Institute of Medicine. *Preventing low birth weight*. Washington DC, National Academy Press, 1998.

<sup>18</sup> Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. WHO, Geneve, 2003 – b (unpublished).

<sup>19</sup> WHO, Adolescent Pregnancy – Unmet needs and undone deeds. WHO, Geneve, 2007

## **MATERIALI E METODI**

---

Per comporre le casistiche di interesse si è fatto riferimento, per il periodo 2000-2005, alle seguenti banche dati.

### ***Eventi gravidici nelle adolescenti residenti***

Per la valutazione degli eventi gravidici nelle residenti, si è fatto riferimento alle seguenti banche dati:

- banca dati dei Certificati di Assistenza al Parto (Cedap),
- banca dati delle Interruzioni Volontarie della gravidanza (IVG),
- banca dati degli aborti spontanei
- banca dati della mobilità ospedaliera passiva

In relazione alle tre diverse tipologie di eventi si è proceduto al calcolo del tasso totale, medio-annuo, di concepimento/1.000 adolescenti per l'intera popolazione femminile provinciale in età 15-19 anni. Oltre al tasso provinciale si sono calcolati i tassi per comprensorio.

Si è provveduto anche al calcolo dei tassi, provinciale e comprensoriali, di fertilità (parti/1.000) e di abortività volontaria per 1000 adolescenti di età 15-19 anni.

Il denominatore per il calcolo dei tassi è rappresentato dal valore medio della popolazione femminile di età 15-19 anni, residente in provincia e nei singoli comprensori alla data del 31.12.2002 e del 31.12.2003.

Si è valutato anche il contributo dell'ivg, sulla totalità dei concepimenti, sia a livello provinciale che sui singoli comprensori.

I diversi tassi: di concepimento, di parto (fertilità) e di abortività volontaria sono stati analizzati in relazione alla disponibilità di risorse territoriali dedicate (ostetrico-consultoriali) presenti nei singoli comprensori.

Si sono analizzate le differenze, per le variabili comuni più rilevanti, tra sottogruppo di gestanti con termine in ivg e sottogruppo di gestanti con termine in parto. Si sono calcolati gli odds ratio "grezzi" ed "aggiustati", secondo un modello di regressione logistica.

### ***Parti nelle adolescenti assistite presso le strutture sanitarie provinciali***

Per i parti nelle adolescenti assistite presso le strutture sanitarie provinciali si è fatto riferimento alla banca dati del Certificato di Assistenza al Parto (Cedap). Da tale banca dati sono stati estratti i record relativi ai casi con età al parto inferiore ai 20 anni. Sono state considerate sia le residenti che le non residenti in provincia di Trento.

Si è analizzato il trend, le caratteristiche generali delle donne, la loro storia ostetrica, il percorso assistenziale nel corso della gravidanza, la dinamica del parto e lo stato di salute del neonato. Si sono utilizzati come confronto i dati inerenti la casistica delle madri adulte (20 e più anni) e la casistica complessiva dei parti assistiti presso i punti nascita provinciali nel periodo temporale corrispondente.

**LA GRAVIDANZA NELLE ADOLESCENTI  
RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO**

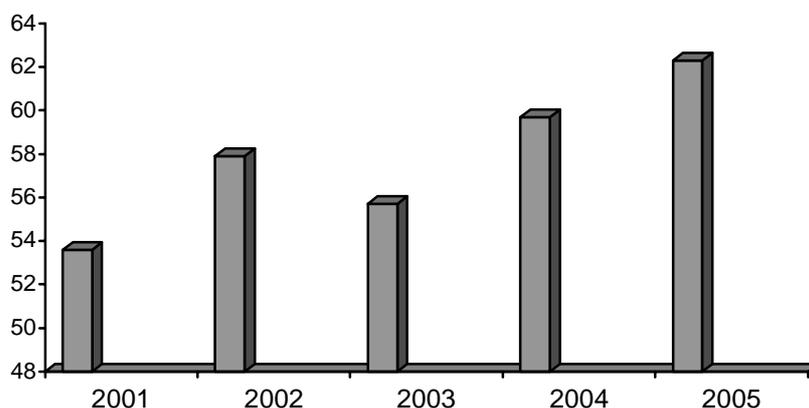
***ANNI 2000-2005***

**Tab.1 Provincia di Trento. Concepimenti per tipo ed esito nelle adolescenti residenti, per anno. Anni 2000-05**

Anno	Aborti Spontanei	ivg	parti	Totale	%IVG	% parti
2000	7	72	55	134	53,7	41,0
2001	10	67	48	125	53,6	38,4
2002	7	81	52	140	57,9	37,1
2003	6	68	48	122	55,7	39,3
2004	9	83	47	139	59,7	33,8
2005	8	99	52	159	62,3	32,7
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>470</b>	<b>302</b>	<b>819</b>	<b>57,4</b>	<b>36,8</b>

Il numero medio annuo di parti è pari a 50 e non subisce sostanzialmente variazioni nel tempo, in termini di numero assoluto. La proporzione dei parti tende a ridursi, mentre la proporzione delle ivg tende a crescere nel tempo. Gli andamenti risultano statisticamente significativi (chi quadrato per il trend,  $p < 0,05$ ).

**Fig.1 Provincia di Trento. Proporzioni ivg sugli eventi gravidici nelle adolescenti residenti, per anno. Anni 2000-05**



Il 57,4% dei concepimenti delle adolescenti terminano in ivg; questa proporzione presenta nel tempo un andamento crescente, statisticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

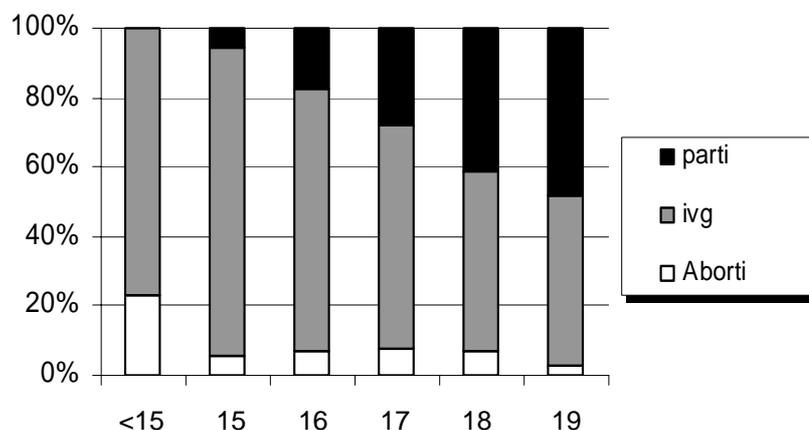
**Tab. 2 Provincia di Trento. Eventi gravidici per tipo e per età nelle adolescenti residenti. Anni 2000-05**

Età	Aborti Spontanei	ivg	parti	Totale	%IVG
<15	3	10	0	13	76,9
15	2	32	2	36	88,9
16	5	56	13	74	75,7
17	12	98	42	152	64,5
18	16	121	95	232	52,2
19	9	153	150	312	49,0
<b>Totale</b>	<b>47</b>	<b>470</b>	<b>302</b>	<b>819</b>	<b>57,4</b>

La scelta dell'ivg rispetto alla continuazione della gravidanza – prescindendo dalla presenza di altri fattori - non rilevabili in via routinaria e quindi non registrati nei database disponibili, è fortemente condizionata dall'età. In altre parole la probabilità di portare avanti la gravidanza aumenta con l'aumentare

dell'età dell'adolescente. La proporzione delle ivg sul totale dei concepimenti è analoga a quella dei paesi sviluppati. L'andamento differenziato per età si apprezza meglio nella figura seguente.

**Fig.2 Provincia di Trento. Proporzioni esito eventi gravidici per età. Adolescenti residenti. Anni 2000-05**



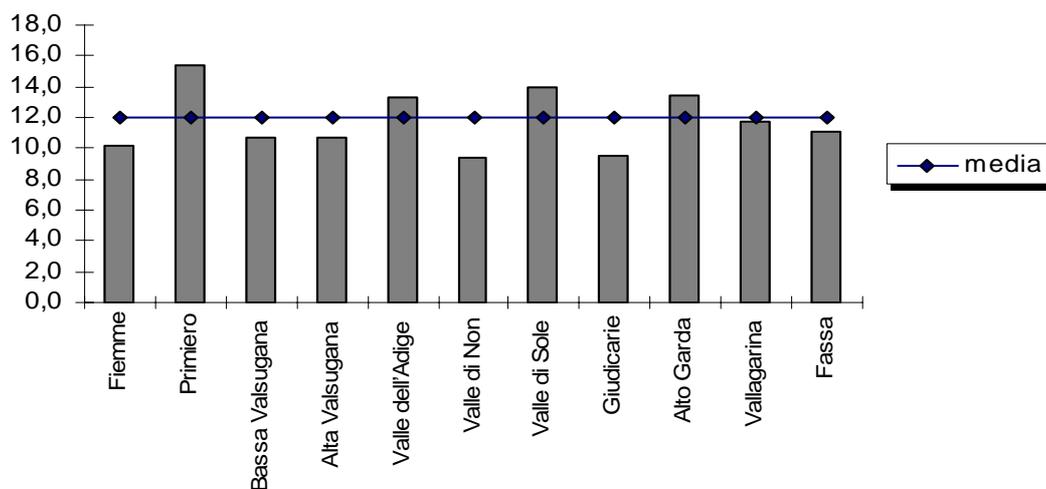
**Tab.3 Provincia di Trento. Eventi gravidici per tipologia nelle adolescenti residenti. Per comprensorio di residenza. Anni 2000-05**

Comprensorio	Tipologia evento			Totale eventi	% ivg
	Aborti spontanei	IVG	Parti		
Fiemme	-	17	11	28	60,7
Primiero	2	6	13	21	28,5
Bassa Valsugana	2	20	18	40	50,0
Alta Valsugana	2	49	20	71	69,0
Valle dell'Adige	22	185	99	306	60,4
Valle di Non	3	28	20	51	54,9
Valle di Sole	3	15	12	30	50,0
Giudicarie	3	17	29	49	34,7 (*)
Alto Garda	3	48	25	76	63,2
Vallagarina	6	78	47	131	59,5
Fassa	1	7	8	16	43,7
<b>Provincia</b>	<b>47</b>	<b>470</b>	<b>302</b>	<b>819</b>	<b>57,4</b>

(\*) Differenza in meno stat. significativa ( $p < 0,05$ )

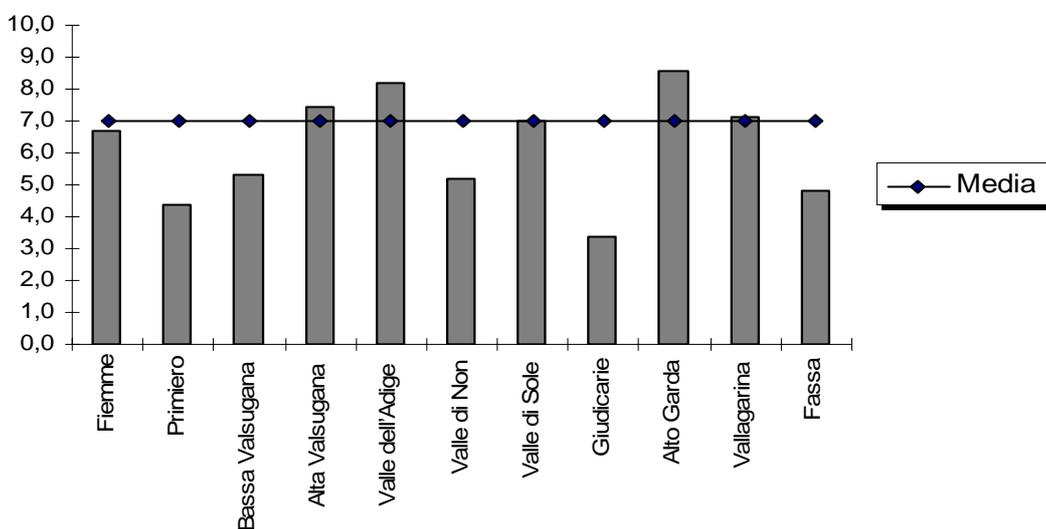
La probabilità di ricorrere all'ivg risente poco del luogo di residenza sebbene emerga una certa eterogeneità tra comprensori. L'unica area territoriale dove la probabilità di ricorso all'ivg è minore, in modo statisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) rispetto al valore atteso, è rappresentata dal comprensorio delle Giudicarie.

**Fig. 3 Provincia di Trento. Tasso di concepimenti/1.000 adolescenti (15-19 anni) per anno. Per comprensorio. Periodo 2000-05**



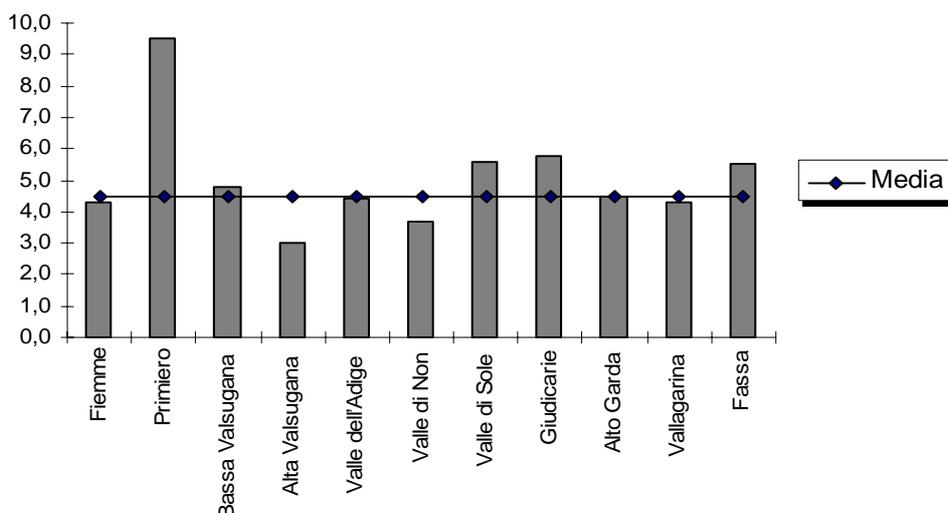
Il tasso di concepimento totale è pari a 12/1.000 donne di età 15-19 anni. Il valore provinciale non si discosta in maniera sostanziale da quello nazionale. Risulta più elevato nel comprensorio del Primiero anche se non emergono differenze statisticamente significative tra comprensori.

**Fig.4 Provincia di Trento. Tasso di abortività volontaria/1.000 adolescenti (15-19 anni) per anno. Per comprensorio. Periodo 2000-05**



Il tasso di abortività volontaria età specifico 15-19 anni è pari a 7/1.000 adolescenti, lievemente inferiore rispetto al valore nazionale del 2003-2004. Il comprensorio Alto Garda fa registrare il valore più elevato, mentre le Giudicarie quello più basso (differenza statisticamente significativa rispetto all'atteso,  $p < 0,01$ ).

**Fig. 5 Provincia di Trento. Tasso di fertilità/1.000 adolescenti (15-19 anni) per anno. Per comprensorio. Periodo 2000-05**



Il tasso di fertilità (parti)/1.000 adolescenti di età 15-19 anni è pari a livello provinciale a 4,5/1.000. Il comprensorio del Primiero presenta il valore più elevato, con una differenza statisticamente significativa rispetto all'atteso ( $p < 0,01$ ). Il tasso di fertilità/1.000 adolescenti di età 15-19 anni in Trentino, è inferiore al valore nazionale (dato stimato di 7/1.000) e si allinea sui valori europei più bassi.

#### **Fertilità e abortività volontaria e disponibilità di servizi ostetrico-ginecologici e consultoriali territoriali**

Non emerge alcuna correlazione (coefficiente di Pearson) tra i tre differenti tassi e le risorse ostetrico ginecologiche territoriali, rappresentate dagli indicatori " *numero di ore di apertura settimanale/1.000 donne di età 15-19 anni*" e " *numero di operatori/ 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni*".

**Tab.4 Provincia di Trento. Strutture ed ore settimanali di apertura per l'attività ostetrico-ginecologica e consultoriale territoriale. Anno 2005.**

Comprendorio	Numero di strutture			Disponibilità oraria settimanale	
	Consultori familiari	Ambulatori specialistici pubblici	Numero totale	Ore settimanali complessive di apertura	Numero ore di apertura settimanale / 1.000 donne tra i 15-19 anni
Valle di Fiemme-Fassa	-	3	3	10	32,5
Primiero	1	2	3	4	17,5
Bassa Valsugana	1	2	3	25	40,1
Alta Valsugana	1	5	6	48,5	44,0
Valle dell'Adige	1	14	15	120	32,0
Valle di Non	1	2	3	19,5	21,6
Valle di Sole	-	1	1	16	44,7
Giudicarie	1	3	4	18	21,5
Alto Garda e Ledro	1	1	2	8	8,6
Vallagarina	1	6	7	76	41,5
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>345</b>	<b>30,7</b>

**Tab.5 Provincia di Trento. Disponibilità di operatori delle strutture ostetrico ginecologiche e consultoriali territoriali. Anno 2005.**

Comprensorio	Numero di operatori per tipo di rapporto con SSN				Disponibilità	
	Ginecologi dipendenti	Ostetriche	Ginecologi Convenzionati	Altro rapporto con il S.S.N.	Totale	Numero operatori/ 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni
Valle di Fiemme-Fassa	-	2	-	-	2	6,2
Primiero	-	2	1	-	3	13,2
Bassa Valsugana	1	1	1	1	4	6,4
Alta Valsugana	-	3	5	-	8	7,3
Valle dell'Adige	-	4	5	1	10	2,7
Valle di Non	3	1	1	-	5	5,5
Valle di Sole	-	1	1	-	2	5,6
Valli Giudicarie	3	2+6	2	-	7	8,4
Alto Garda e Ledro	4	1	-	-	5	5,4
Vallagarina	-	5	2	-	7	3,8
<b>Totale</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>4,7</b>

**Differenze tra adolescenti che scelgono l'ivg e quelle che portano a termine la gravidanza.**

Prendendo in considerazione i dati raccolti, per la classe di età 15-19 anni, nei due database pertinenti rispettivamente al Cedap (rilevazione natalità) e all'ivg (rilevazione abortività volontaria), è stato possibile analizzare, per le variabili comuni, la differenza di frequenza tra i due sottogruppi di popolazione.

**Tab.6 Provincia di Trento. Caratteristiche quantitative tra adolescenti che scelgono l'ivg e adolescenti che portano a termine la gravidanza. Anni 2000-05**

Variabili	Sottogruppo ivg	Sottogruppo parto
Età media	17,6	18,3
Età mediana	18,0	19,0
% minorenni	41,5	17,5
% nubili	96,9	42,8
% straniere	11,2	39,2
% titolo di studio nessuno o elementare	1,6	3,7
%residenti Comprensorio Valle dell'Adige o Vallagarina	56,3	49,0
% residenti aree rurali (comuni diversi da Trento e Rovereto)	60,7	71,4
<i>Ricorso alla contraccezione negli ultimi 6 mesi</i>	32,1%	

Il sottogruppo "parto" risulta essere, rispetto al gruppo ivg, più anziano, con una quota maggiore di coniugate, una quota maggiore di straniere, una quota maggiore di residenti in aree rurali,

## Fattori associati alla scelta del parto rispetto alla scelta dell'ivg

Analizzare e capire le motivazioni che portano le adolescenti o verso la gravidanza a termine oppure verso l'interruzione di gravidanza richiederebbe un'analisi di tipo qualitativo, da affrontare più secondo un approccio delle scienze sociali o della psicologia, piuttosto che dell'epidemiologia classica. Si è cercato di farlo, consci dei limiti informativi dei dati disponibili e della forte complessità di questa problematica, utilizzando i dati presenti di routine nei database originali, dalla cui combinazione è stato ottenuto il database Cedap-IVG integrato, per le adolescenti.

Si è proceduto inizialmente al calcolo degli odds ratio "grezzi", analizzando diverse variabili selezionate verso la probabilità di scegliere gravidanza/non gravidanza (ivg). Successivamente si è effettuata un'analisi multivariata, secondo il modello della regressione logistica, per ottenere gli odds ratio "aggiustati". La variabile di outcome era il parto (vs. non parto) e le variabili esplicative erano: l'essere coniugata rispetto all'essere nubile, il non avere nessun titolo di studio o un titolo di studio elementare vs. un titolo di studio maggiore, l'aver un'età maggiore o uguale a 18 anni vs. un'età minore di 18 anni, l'essere cittadina straniera vs. italiana, il risiedere in un'area rurale vs. una residenza in area urbana (comune di Trento e Rovereto).

### Odds ratio "grezzi"

	Odds ratio per parto vs. non parto
Coniugata vs. non coniugata	27,93 (IC. 95 15-53,03)
Nessun titolo di studio o elementare vs. Titolo di studio maggiore	5,44 (1,03 – 38,13)
Maggiorenne vs. età < 18 anni	3,34 (2,28 – 4,90)
Cittadinanza straniera vs. cittadinanza Italiana	5,10 (3,10 – 7,65)
Residenza in aree rurali vs. in aree urbane	1,62 (1,15 – 2,28)
Residenza nel comprensorio "Valle dell'Adige" o "Vallagarina" (C5-C10) vs. altri comprensori	0,75 (0,55- 1,03)

## Odds ratio “aggiustati”

Variabili esplicative	Odds Ratio	I.C. 95%		Coefficiente	E.S.	Statistica Z	Valore di p
Coniugata vs.Nubile	<u>30,0101</u>	<u>15,8747</u>	<u>56,7323</u>	3,4015	0,3249	10,4692	<u>0,0000</u>
Nessun Titolo/Elementare vs. livello di istruzione più elevato	0,2619	0,0217	3,1630	-1,3400	1,2712	-1,0541	0,2918
Maggiorenne vs.Minorenne_	<u>1,9041</u>	<u>1,2296</u>	<u>2,9487</u>	0,6440	0,2231	2,8863	<u>0,0039</u>
Cittadinanza straniera vs.Cittadinanza Italiana	1,5801	0,9272	2,6926	0,4575	0,2720	1,6822	0,0925
Residente in area rurale vs. residente in area urbana	1,2355	0,8187	1,8645	0,2115	0,2100	1,0072	0,3138
CONSTANT	*	*	*	-1,5211	1,2723	-1,1955	0,2319

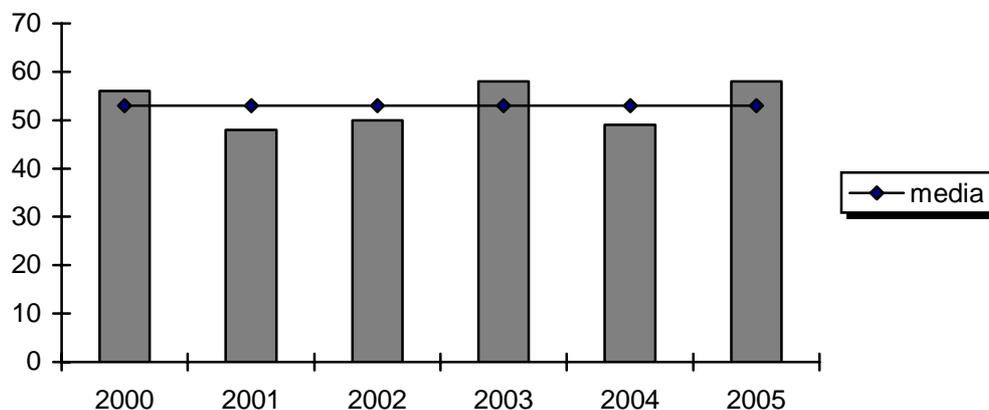
Nell’analisi univariata stratificata, tutte le variabili testate, tranne il risiedere nel comprensorio C5 (Valle dell’Adige) o C10 (Vallagarina), sono statisticamente associate alla probabilità di scegliere il parto piuttosto che l’ivg. Nell’analisi multivariata, a parità di tutte le altre condizioni, mantengono la loro significatività solo lo stato civile (l’essere coniugata) e l’età (l’avere più di 18 anni).

**LE MADRI ADOLESCENTI ASSISTITE PRESSO I PUNTI  
NASCITA DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

*Anni 2000-2005*

## TREND TEMPORALE

**Fig.1 Provincia di Trento. Numero totale dei parti in adolescenti assistiti presso le strutture provinciali. Anni 2000-2005.**

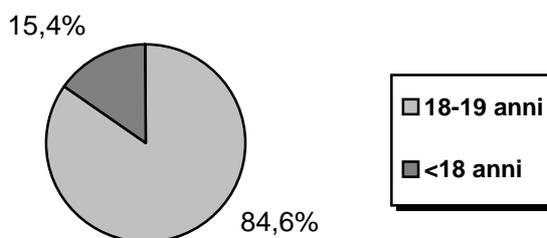


Negli anni 2000-2005 in Provincia di Trento hanno partorito in media poco più di 53 adolescenti ogni anno. Il trend appare costante, senza alcun mutamento significativo. In totale, nel corso di questo periodo, hanno partorito 319 ragazze adolescenti, presentandosi in 5 casi un parto gemellare e ottenendo così 324 nati totali.

I parti nelle adolescenti rappresentano, nel periodo in studio, circa l'1% di tutti i parti assistiti in provincia nel periodo 2000-05. La proporzione di parti in adolescenti risulta nella sostanza stabile non solo nel periodo in studio ma fin dalla prima metà degli anni '90<sup>20 21</sup>.

Dalla figura che segue emerge come tra le adolescenti, le minorenni rappresentino il 15,4% della casistica.

**Fig. 2 Provincia di Trento. Proporzioni di minorenni sul totale delle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**



<sup>20</sup> Pedrotti D., Piffer S., De Nisi G.: L'assistenza ostetrico neonatale in provincia di Trento negli anni 1994-96. APSS Trento, 1999

<sup>21</sup> Piffer S., Dallago G.: L'assistenza ostetrico neonatale in provincia di Trento. APSS – Trento, 2001

Rispetto agli ultimi dati nazionali disponibili (Anno 2005)<sup>22</sup>, la proporzione di parti in adolescenti assistiti in Trentino risulta inferiore alla media nazionale che è pari all'1,5%, con i valori più elevati in Sicilia: 3,6%, in Campania: 2,5% ed in Puglia: 2,3%. Nella sostanza, pur tenendo conto dell'ancora incompleta copertura informativa del Cedap a livello nazionale, il fenomeno delle gravidanze nelle adolescenti presenta un gradiente crescente nord-sud, come rappresentato nella tabella seguente.

**Tab. 1** *Proporzione di parti in adolescenti. Valori medi per aree territoriali. Dati Cedap 2005*

<b>Nord</b>	<b>Centro</b>	<b>Sud e isole</b>
<b>1,12</b>	<b>1,21</b>	<b>2,19</b>

Sulla base dei dati Nazionali Cedap del 2005, emerge un debole trend crescente da nord a sud.

<sup>22</sup> Certificato di assistenza al parto (Cedap). Analisi dell'evento nascita – anno 2005. Ministero salute. Roma, 2008

## CARATTERISTICHE GENERALI DELLE MADRI ADOLESCENTI

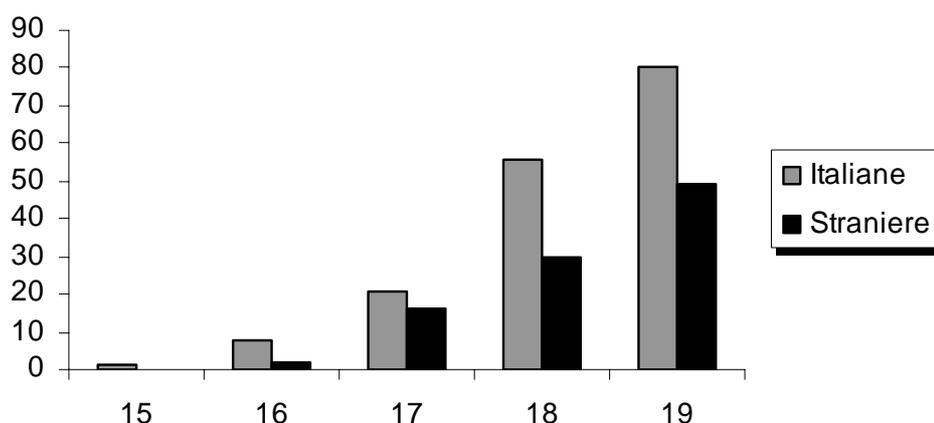
### Classe di età

Tab. 2 Provincia di Trento. Distribuzione delle adolescenti per età e per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Età										Totale
	15		16		17		18		19		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	0	0,0	2	3,6	5	8,9	17	30,4	32	57,1	56
2001	1	2,1	2	4,2	8	16,7	12	25,0	25	52,1	48
2002	0	0,0	1	2,0	7	14,0	15	30,0	27	54,0	50
2003	0	0,0	3	5,2	8	13,8	21	36,2	26	44,8	58
2004	0	0,0	2	4,1	5	10,2	19	38,8	23	46,9	49
2005	0	0,0	4	6,9	10	17,2	17	29,3	27	46,6	58
<b>2000-05</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>14</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>13,5</b>	<b>101</b>	<b>31,7</b>	<b>160</b>	<b>50,2</b>	<b>319</b>

Considerando la distribuzione per età, si osserva che il numero medio di parti all'anno aumenta in maniera costante col crescere dell'età, partendo dallo 0,3% a 15 anni, per raggiungere il 13,5% a 17 anni e il 50,2% a 19 anni. La quota di "giovani adolescenti" (con meno di 17 anni) è molto piccola e pari al 4,7% del totale dei parti delle adolescenti.

Fig.3 Provincia di Trento. Distribuzione per età delle madri adolescenti per cittadinanza. Anni 2000-2005



La distribuzione per età è sostanzialmente sovrapponibile tra italiane e straniere, anche se l'età media delle straniere è minore rispetto alle italiane (17,2 vs.18,3).

## Stato civile

Tab.3 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri adolescenti per stato civile, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Stato civile						Totale
	Nubile		Coniugata		Divorziata		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	27	48,2	29	51,8	0	0,0	56
2001	21	43,8	27	56,3	0	0,0	48
2002	27	54,0	23	46,0	0	0,0	50
2003	29	50,0	29	50,0	0	0,0	58
2004	31	63,3	18	36,7	0	0,0	49
2005	33	56,9	24	41,4	1	1,7	58
<b>2000-2005</b>	<b>168</b>	<b>52,7</b>	<b>150</b>	<b>47,0</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>319</b>

Poco più della metà delle madri adolescenti è nubile (52,7%) e poco meno della metà è coniugata (47%), mentre solo 1 donna su 319 è divorziata. Nel corso degli anni appare un trend crescente nelle nubili, passando da un 48,2% al 56,9%, che risulta ai limiti della significatività statistica. Il dato è sostanzialmente coerente con quello ricavabile dalla casistica complessiva delle gestanti assistite presso i punti nascita del Trentino, nello stesso periodo.

La proporzione di adolescenti coniugate è maggiore nella casistica trentina, rispetto alla casistica Cedap Nazionale del 2005 (37,5%), con una differenza che è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

## Condizione professionale

Tab.4 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri adolescenti per condizione professionale, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Occupazione												Totale
	Occupata		Disoccupata		In cerca di prima occ.		Studentessa		Casalinga		Altro/non indicato		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	10	17,9	3	5,4	0	0,0	5	8,9	36	64,3	2	3,6	56
2001	4	8,3	4	8,3	0	0,0	4	8,3	36	75,0	0	0,0	48
2002	18	36,0	1	2,0	0	0,0	9	18,0	22	44,0	0	0,0	50
2003	10	17,2	7	12,1	0	0,0	10	17,2	31	53,4	0	0,0	58
2004	9	18,4	2	4,1	0	0,0	10	20,4	27	55,1	1	2,0	49
2005	4	6,9	7	12,1	1	1,7	10	17,2	36	62,1	0	0,0	58
<b>2000-2005</b>	<b>55</b>	<b>17,2</b>	<b>24</b>	<b>7,5</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>48</b>	<b>15</b>	<b>188</b>	<b>58,9</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>	<b>319</b>

Le madri sono in prevalenza casalinghe, con una percentuale del 58,9%; solo il 17,2% ha un'occupazione e il 15% è studentessa. Le percentuali, anche per la relativa consistenza della casistica, presentano forti variazioni annuali, ma la proporzione maggiore rimane sempre quella delle casalinghe.

Rispetto ai dati Cedap Nazionali del 2005, la casistica trentina presenta una maggior proporzione di adolescenti studentesse e una minore proporzione di soggetti disoccupati o in cerca di prima occupazione.

## Livello di istruzione

Tab. 5 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri adolescenti per titolo di studio, per anno. Anni 2000-2005.

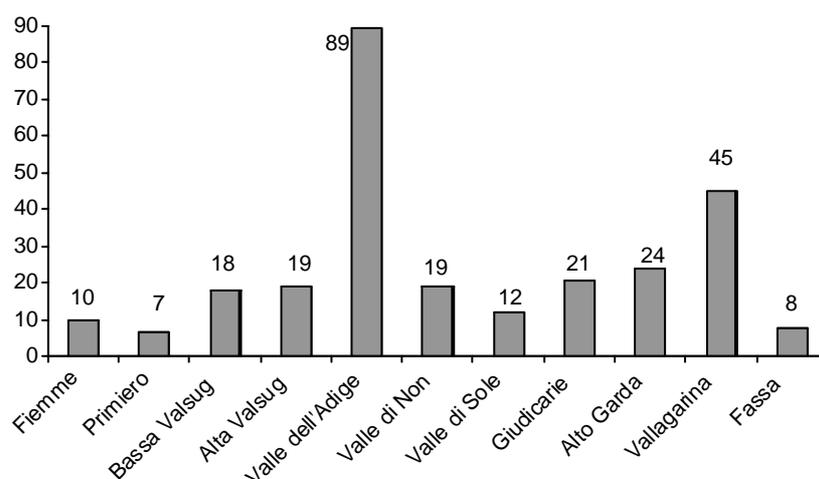
Anno	Titolo di studio								Totale
	Nessuno o elementare		Media Inferiore		Media Superiore		Non indicato		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	4	7,1	41	73,2	8	14,3	3	5,4	56
2001	5	10,4	32	66,7	10	20,8	1	2,1	48
2002	5	10,0	30	60,0	15	30,0	0	0	50
2003	5	8,6	39	67,2	14	24,1	0	0	58
2004	6	12,2	30	61,2	13	26,5	0	0	49
2005	5	8,6	39	67,2	14	24,1	0	0	58
<b>2000-2005</b>	<b>30</b>	<b>9,4</b>	<b>211</b>	<b>66,1</b>	<b>74</b>	<b>23,2</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>319</b>

Il livello di istruzione è logicamente influenzato dall'età delle donne all'atto del parto. Posto questo è da segnalare come il 9,4% in media, nel periodo in studio, non abbia alcun titolo di studio o un livello di istruzione elementare. La proporzione di soggetti con basso livello di istruzione non risulta comunque sostanzialmente differente rispetto alla casistica complessiva delle madri assistite nello stesso periodo.

## Residenza

Quarantasette madri sono residenti fuori provincia (14,7%), le rimanenti risiedono in provincia di Trento. La distribuzione delle residenti per comprensorio è rappresentata nella figura seguente.

Fig. 4 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri adolescenti per comprensorio di residenza. Anni 2000-2005.



Circa un terzo delle residenti risiede in comuni della Valle dell'Adige. A seguire troviamo la Vallagarina con il 16,5% del totale, mentre tutti gli altri comprensori si aggirano su percentuali comprese tra il 2,6% del Primiero e l'8,8% dell'Alto Garda–Ledro. Non emergono differenze nella distribuzione per comprensorio in relazione alla minore o maggiore età delle madri.

## Cittadinanza

Tab. 6 Provincia di Trento. Distribuzione delle madri adolescenti per cittadinanza, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Cittadinanza Della Madre										Totale
	Italiana		Ue		Extra Ue		Extra Europea		Non Indicato		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	30	53,6	0	0,0	16	28,6	9	16,1	1	1,8	56
2001	24	50,0	0	0,0	15	31,3	9	18,8	0	0,0	48
2002	33	66,0	0	0,0	12	24,0	5	10,0	0	0,0	50
2003	32	55,2	0	0,0	20	34,5	6	10,3	0	0,0	58
2004	27	55,1	2	4,1	8	16,3	5	10,2	7	14,3	49
2005	33	56,9	3	5,2	13	22,4	9	15,5	0	0,0	58
<b>2000-2005</b>	<b>179</b>	<b>56,1</b>	<b>5</b>	<b>1,6</b>	<b>84</b>	<b>26,3</b>	<b>43</b>	<b>13,5</b>	<b>8</b>	<b>2,5</b>	<b>319</b>

Il 41,4% delle madri è di cittadinanza straniera e il 26,3% in particolare proviene da paesi europei non appartenenti alla UE (UE a 15 Paesi). Il trend rimane sostanzialmente costante negli anni. Questo dato contrasta con la casistica complessiva dove, nel periodo temporale in studio, la proporzione media di madri straniere risulta pari al 13,2%. La differenza in termini di cittadine straniere tra adolescenti e donne di età oltre i 20 anni, è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) a favore delle prime.

La proporzione di straniere nella casistica locale risulta maggiore, in modo statisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) rispetto alla casistica Cedap Nazionale del 2005. La presenza di soggetti con cittadinanza straniera, condiziona pertanto in modo rilevante le caratteristiche della casistica in studio.

## Storia ostetrica

Tab. 7 Provincia di Trento. Numero di gravidanze precedenti totali, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005

Anni	Gravidanze precedenti												Totale
	0		1		2		3		4		5		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	47	83,9	7	12,5	1	1,8	1	1,8	0	0,0	0	0,0	56
2001	40	83,3	4	8,3	4	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	48
2002	40	80,0	4	8,0	3	6,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0	50
2003	50	86,2	4	6,9	3	5,2	0	0,0	0	0,0	1	1,7	58
2004	43	87,8	5	10,2	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49
2005	50	86,2	8	13,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58
<b>2000-05</b>	<b>270</b>	<b>84,6</b>	<b>32</b>	<b>10,0</b>	<b>12</b>	<b>3,8</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>	<b>319</b>

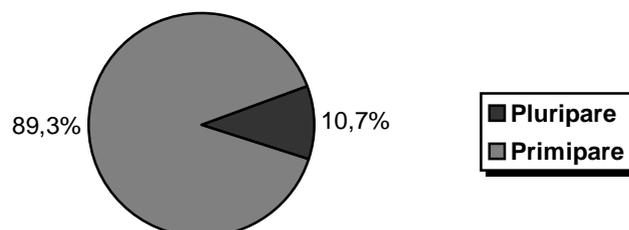
Più del 15% delle madri adolescenti ha già avuto almeno una gravidanza in precedenza (andate a buon fine o concluse con un aborto volontario o spontaneo). Nelle italiane la proporzione è del 13,4%, tra le straniere è del 17,9%. La differenza a favore delle straniere è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**Tab. 8 Provincia di Trento. Numero di nati vivi precedenti, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**

Anno	Nati vivi precedenti								Totale
	0		1		2		3		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	49	87,5	6	10,7	1	1,8	0	0,0	56
2001	41	85,4	4	8,3	3	6,3	0	0,0	48
2002	43	86,0	4	8,0	3	6,0	0	0,0	50
2003	53	91,4	4	6,9	0	0,0	1	1,7	58
2004	46	93,9	3	6,1	0	0,0	0	0,0	49
2005	53	91,4	5	8,6	0	0,0	0	0,0	58
<b>2000-2005</b>	<b>285</b>	<b>89,3</b>	<b>26</b>	<b>8,2</b>	<b>7</b>	<b>2,2</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>319</b>

Poco più del 10% delle madri ha già partorito almeno un bambino vivo in passato: l'8,2% ha già partorito 1 volta, mentre si sono registrati 7 casi di ragazze che hanno partorito 2 volte ed 1 unico caso nel 2003 di una giovane madre che aveva partorito altre 3 volte in precedenza. Come sottolineato anche dalla figura che segue, le primipare rappresentano l'89,3% dei casi. Questa ultima classe si trova ad essere sovrarappresentata, come atteso, rispetto alla casistica complessiva.

**Fig.5 Provincia di Trento. Proporzioni di primipare sul totale delle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**



**Tab. 9 Provincia di Trento. Numero di aborti precedenti, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**

Anno	Aborti precedenti (spontanei più volontari)								Totale
	0		1		2		3		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	54	96,4	1	1,8	1	1,8	0	0,0	56
2001	46	95,8	2	4,2	0	0,0	0	0,0	48
2002	42	84,0	5	10	2	4,0	1	2,0	50
2003	52	91,4	3	5,2	3	5,2	0	0,0	58
2004	38	77,5	8	16,3	3	6,1	0	0,0	49
2005	55	94,8	3	5,2	0	0,0	0	0,0	58
<b>2000-2005</b>	<b>287</b>	<b>89,9</b>	<b>22</b>	<b>6,9</b>	<b>9</b>	<b>2,8</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>	<b>319</b>

La maggioranza delle madri adolescenti (89,9%), non ha avuto nessun aborto (volontario o spontaneo) in passato. Si registrano precedenti casi di aborti (spontanei o volontari) nel 10,1% dei casi, senza differenze

tra cittadine italiane e straniere. Non è stato registrato nessun caso precedente di nato morto. *La frequenza di precedenti abortivi è minore nella casistica locale rispetto ai dati Cedap Nazionali del 2005.*

### ***Qualche dato sui padri***

Come atteso, i dati sui padri sono deficitari e per i dati disponibili sull'età (presenti per il 50% circa dei padri) emerge che l'età media dei padri è pari a 26 anni, quindi mediamente da 6 a 8 anni in più rispetto alle madri.

# IL PROCESSO ASSISTENZIALE NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA

## Istituto di nascita

Tab.10 Provincia di Trento. Parti nelle adolescenti, per istituto di nascita, per anno. Anni 2000-2005.

Anno	Istituto																		Totale
	S. Chiara		Borgo		Cles		Rovereto		Tione		Arco		Cavalese		S. Camillo		Feltre *		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	13	23,2	7	12,5	9	16,1	8	14,3	4	7,1	6	10,7	4	7,1	3	5,4	2	3,6	56
2001	19	39,6	2	4,2	5	10,4	9	18,8	1	2,1	5	10,4	1	2,1	5	10,4	1	2,1	48
2002	16	32,0	1	2,0	3	6,0	12	24,0	2	4,0	4	8,0	4	8,0	8	16,0	0	0,0	50
2003	20	34,5	3	5,2	6	10,3	9	15,5	5	8,6	3	5,2	1	1,7	10	17,2	1	1,7	58
2004	11	22,4	4	8,2	3	6,1	7	14,3	2	4,1	6	12,2	5	10,2	10	20,4	1	2,0	49
2005	17	29,3	3	5,2	9	15,5	7	12,1	6	10,3	3	5,2	2	3,4	10	17,2	1	1,7	58
<b>2000-05</b>	<b>96</b>	<b>30,1</b>	<b>20</b>	<b>6,3</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>52</b>	<b>16,3</b>	<b>20</b>	<b>6,3</b>	<b>27</b>	<b>8,5</b>	<b>17</b>	<b>5,3</b>	<b>46</b>	<b>14,4</b>	<b>6</b>	<b>1,9</b>	<b>319</b>

Feltre è punto nascita per le donne residenti nel comprensorio del Primiero

L'istituto che assiste il maggior numero di madri adolescenti è l'ospedale Santa Chiara di Trento con una proporzione del 30,1%, seguito da Rovereto e San Camillo rispettivamente con il 16,3% e il 14,4%. La distribuzione per punto nascita ricalca nella sostanza quella della casistica complessiva delle madri.

In altre parole non si evidenzia, per queste giovani utenti, un riferimento preferenziale. Anzi c'è una forte tendenza, intorno all'85,0%, come peraltro nel caso delle madri adulte, verso il proprio ospedale (e punto nascita) di riferimento geografico.

## Corso di preparazione alla nascita

Tab. 11 Provincia di Trento. Partecipazione al corso preparato, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.

Anno	Corso preparato								Totale
	no		parziale		completo		non disp.		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	45	80,4	4	7,1	6	10,7	1	1,8	56
2001	40	83,3	0	0,0	6	12,5	2	4,2	48
2002	39	78,0	3	6,0	8	16,0	0	0,0	50
2003	48	82,8	2	3,4	8	13,8	0	0,0	58
2004	39	79,6	5	10,2	3	6,1	2	4,1	49
2005	50	86,2	1	1,7	6	10,3	1	1,7	58
<b>2000-2005</b>	<b>261</b>	<b>81,8</b>	<b>15</b>	<b>4,7</b>	<b>37</b>	<b>11,6</b>	<b>6</b>	<b>1,9</b>	<b>319</b>

La maggioranza delle giovani madri (81,8%), non ha seguito alcun corso di preparazione alla nascita. In particolare tra le italiane il 73,7% non ha seguito nessun corso, mentre tra le straniere si raggiunge la proporzione del 92,1%. La differenza tra italiane e straniere è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Solo l'11,6%, cioè 37 ragazze su 319, hanno seguito un corso completo, e nello specifico, il 16,8% delle italiane e il 5,0% delle straniere, con una differenza statisticamente significativa ancora a vantaggio delle italiane ( $p < 0,05$ ). Se ci soffermiamo sulle primipare, la situazione nella sostanza non cambia, data la larga prevalenza di primipare nella casistica, in quanto il 18,4% delle primipare italiane segue un corso completo, contro il 5,7% delle primipare straniere, con una differenza ancora statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Tra le pluripare nessuna ha seguito un corso preparato.

### Visite ostetriche

**Tab. 12 Provincia di Trento. Numero di visite ostetriche, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**

Anno	Visite Ostetriche																Totale
	< 3		3		4		5		6		7		8		9 e +		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	14	25,0	13	23,2	11	19,6	7	12,5	5	8,9	4	7,1	0	0,0	2	3,6	56
2001	10	20,8	7	14,6	9	18,8	10	20,8	8	16,7	3	6,3	0	0,0	1	2,1	48
2002	5	10,0	6	12,0	7	14,0	16	32,0	8	16,0	3	6,0	4	8,0	1	2,0	50
2003	12	20,7	6	10,3	8	13,8	17	29,3	8	13,8	3	5,2	3	5,2	1	1,7	58
2004	7	14,3	8	16,3	12	24,5	5	10,2	8	16,3	3	6,1	4	8,2	2	4,1	49
2005	9	15,5	6	10,3	14	24,1	13	22,4	8	13,8	4	6,9	2	3,4	2	3,4	58
<b>2000-2005</b>	<b>57</b>	<b>17,9</b>	<b>46</b>	<b>14,4</b>	<b>61</b>	<b>19,1</b>	<b>68</b>	<b>21,3</b>	<b>45</b>	<b>14,1</b>	<b>20</b>	<b>6,3</b>	<b>13</b>	<b>4,1</b>	<b>9</b>	<b>2,9</b>	<b>319</b>

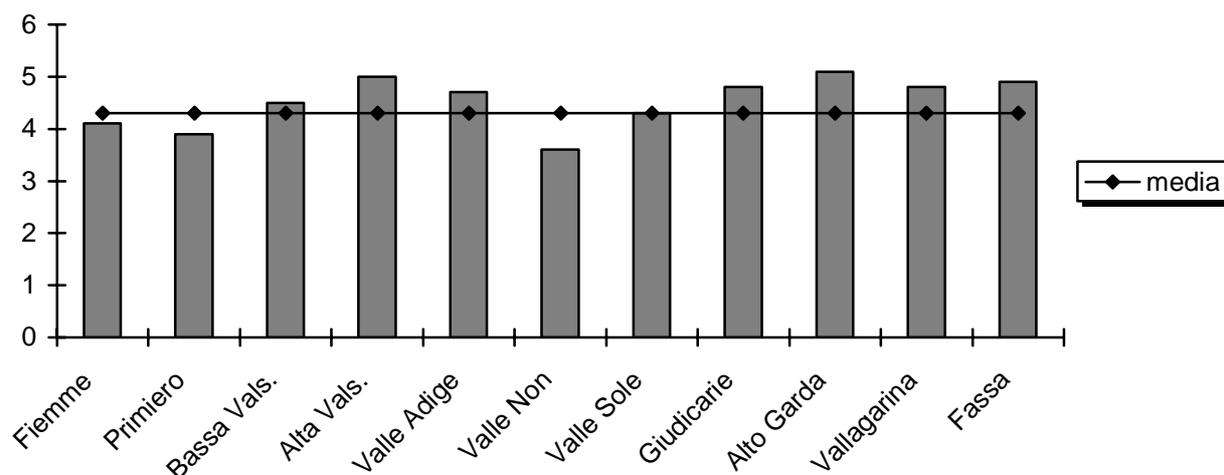
Circa il 70% delle madri adolescenti si è sottoposto ad un numero di visite ostetriche comprese tra 3 e 6, e il 17,9% a meno di 3 visite ostetriche. Il numero medio complessivo è pari a 4,3/donna.

La proporzione di donne con numero di visite ostetriche inferiori a tre è maggiore nelle straniere rispetto alle italiane (26,4% vs.11,2%). Il numero medio di visite ostetriche non presenta però differenze sostanziali tra italiane e straniere.

La proporzione di madri con meno di 3 visite ostetriche è maggiore rispetto alle madri di età uguale o maggiore di 20 anni (12,6%) e la differenza è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

Non esistono differenze sostanziali circa il numero medio di visite ostetriche in relazione allo stato civile, considerato che sono pari a 4,4 nelle coniugate e a 4,1 nelle nubili.

**Fig.6 Provincia di Trento. Numero medio di visite ostetriche nelle madri adolescenti, residenti in provincia di Trento. Anni 2000-05**



Il numero medio di visite ostetriche oscilla tra 3,9 (Primiero) e 5,1 (Alto Garda). Le differenze tra comprensori e valore medio provinciale non sono statisticamente significative.

### Controlli ecografici

**Tab. 13 Provincia di Trento. Numero di controlli ecografici, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**

Anno	Controlli ecografici												Totale
	<3		3		4		5		6		7 e +		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
<b>2000</b>	16	28,6	23	41,1	6	10,7	5	8,9	3	5,4	3	5,4	56
<b>2001</b>	7	14,6	14	29,2	17	35,4	7	14,6	2	4,2	1	2,1	48
<b>2002</b>	5	10,0	13	26,0	19	38,0	10	20,0	1	2,0	2	4,0	50
<b>2003</b>	12	20,7	21	36,2	18	31,0	1	1,7	0	0,0	6	10,4	58
<b>2004</b>	8	16,3	19	38,8	11	22,4	3	6,1	5	10,2	3	6,1	49
<b>2005</b>	9	15,5	25	43,1	13	22,4	9	15,5	0	0,0	2	3,4	58
<b>2000-2005</b>	<b>57</b>	<b>17,9</b>	<b>115</b>	<b>36,1</b>	<b>84</b>	<b>26,3</b>	<b>35</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>3,4</b>	<b>17</b>	<b>5,3</b>	<b>319</b>

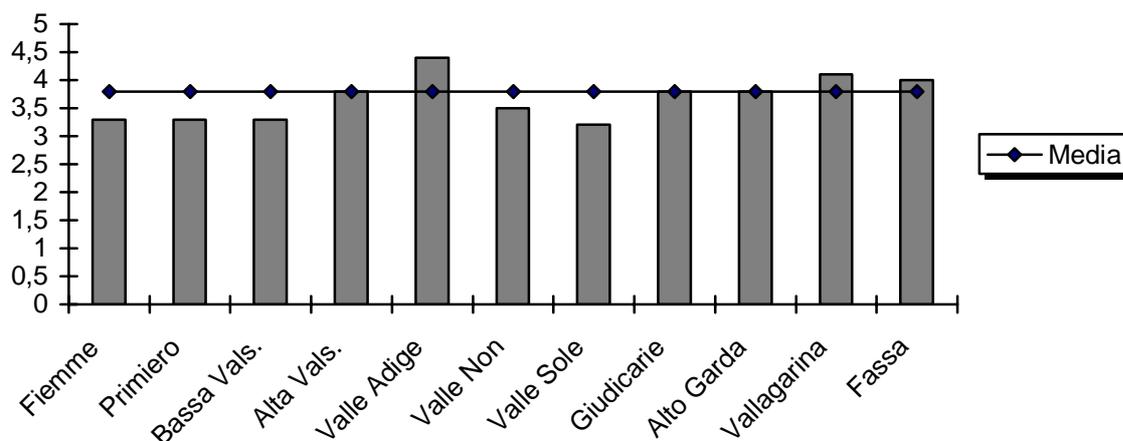
Oltre il 60% delle giovani partorienti ha effettuato tra i 3 e i 4 controlli ecografici, mentre il 17,9% ne ha effettuati meno di 3 nel corso della gravidanza. Il numero medio/donna è pari a 3,8.

La proporzione di donne con meno di tre ecografie è maggiore nelle straniere rispetto alle italiane (27,9% vs.10,1%). Il numero medio di controlli ecografici –come nel caso delle visite ostetriche - non presenta però differenze sostanziali tra italiane e straniere.

La proporzione di giovani madri con meno di tre ecografie è maggiore rispetto alle donne di età 20 anni e oltre (4,5%), con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Tale quota peraltro, si riduce nel corso del tempo.

Non esistono differenze circa il numero medio di controlli ecografici in relazione allo stato civile.

**Fig.7 Provincia di Trento. Numero medio di controlli ecografici nelle madri adolescenti, residenti in provincia di Trento. Anni 2000-05**



Il numero medio di controlli ecografici oscilla tra 3,2 (Valle di Sole) e 4,4 (Valle dell'Adige). Le differenze tra comprensori e valore medio provinciale non sono statisticamente significative.

### **Ricorrenza di complicanze**

Si considerano le condizioni ipertensive ed il diabete registrati cumulativamente nel periodo 2000-2005. Si fornisce un confronto con le donne di età 20 anni ed oltre.

**Tab. 14. Provincia di Trento. Prevalenza media di ipertensione e diabete nelle madri adolescenti e adulte. Anni 2000-05**

Condizione	Adolescenti	Donne 20 anni e oltre
Ipertensione pregressa	0,0%	0,6%
Ipertensione in gravidanza	3,2%	4,6%
Diabete pregravidico	0,9%	0,5%
Diabete in gravidanza	0,6%	0,8%

I valori di prevalenza risultano molto simili nei due sottogruppi.

### **Fumo in gravidanza**

**Tab.15 Provincia di Trento. Prevalenza media di fumatrici nelle madri adolescenti e adulte. Anni 2000-05**

Condizione	Adolescenti	Donne 20 anni e oltre
Prevalenza fumatrici	11,3%	6,1%

La prevalenza di fumatrici è maggiore nelle adolescenti, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) rispetto alle madri adulte.

## INDICATORI CLINICI PER LA MADRE

In questa sezione si analizzano alcuni indicatori clinici della gravidanza e del parto nelle madri adolescenti, quali il tipo di parto, il tipo di secondamento, la necessità di episiotomia e l'eventuale presenza di lacerazioni. Questi dati sono messi a confronto con quelli delle donne di età  $\geq 20$  anni che negli anni 2000-2005 hanno partorito in Provincia di Trento.

**Tab. 16 Provincia di Trento. Tipo di parto, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**

Anno	Tipo di parto												Totale
	Spontaneo		Cesareo Elettivo		Cesareo In Travaglio		Forcipe		Ventosa		Non Indica		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	40	71,4	3	5,4	9	16,1	1	1,8	3	5,4	0	0,0	56
2001	35	72,9	8	16,7	4	8,3	0	0,0	1	2,1	0	0,0	48
2002	36	72,0	3	6,0	10	20,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	50
2003	45	77,6	2	3,4	7	12,1	2	3,4	2	3,4	0	0,0	58
2004	33	67,3	7	14,3	6	12,2	0	0,0	3	6,1	0	0,0	49
2005	46	79,3	4	6,9	4	6,9	1	1,7	0	0,0	3	5,2	58
<b>2000-2005</b>	<b>235</b>	<b>73,7</b>	<b>27</b>	<b>8,5</b>	<b>40</b>	<b>12,5</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>10</b>	<b>3,1</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>	<b>319</b>

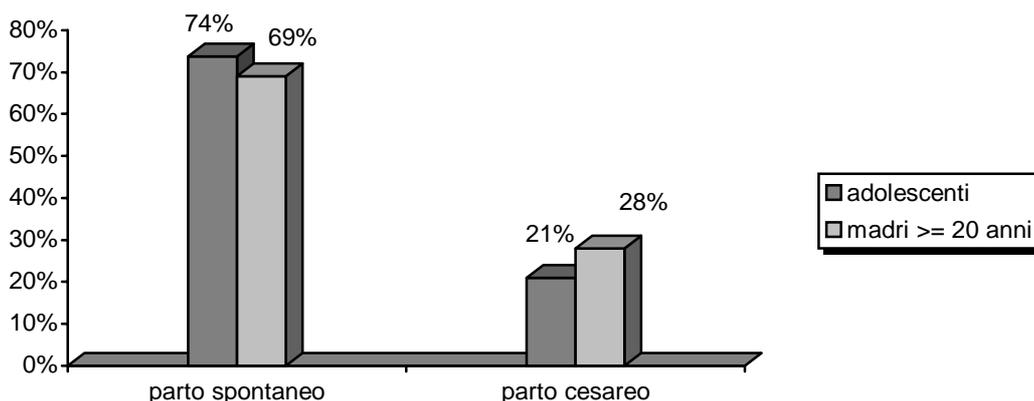
Il 73,7% delle utenti ha avuto un parto spontaneo ed il 21% un parto cesareo (elettivo o in travaglio). Solo in 17 donne su 319 è stato necessario ricorrere ad altri metodi, tra i quali forcipe e ventosa. La proporzione del parto cesareo è inferiore rispetto alla casistica complessiva che, nel periodo in studio, presenta un valore medio del 28,0%. La differenza è statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). La proporzione di parto cesareo in travaglio risulta circa doppia nelle adolescenti rispetto alle donne con età di 20 anni ed oltre.

**Tab. 17 Provincia di Trento. Tipo di parto per istituto. Anni 2000-2005.**

Istituto	Tipo di parto												2000-2005
	Spontaneo		Cesareo elettivo		Cesareo in travaglio		Forcipe		Ventosa		Altro		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
S. Chiara	64	66,7	13	13,5	12	12,5	3	3,1	2	2,1	2	2,1	96
Borgo	13	65,0	1	5,0	5	25,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	20
Cles	22	62,9	5	14,3	4	11,4	1	2,9	3	8,6	0	0,0	35
Rovereto	37	71,2	2	3,8	8	15,4	0	0,0	4	7,7	1	1,9	52
Tione	17	85,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20
Arco	18	66,7	5	18,5	4	14,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27
Cavalese	14	82,4	1	5,9	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17
S. Camillo	44	95,7	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	46
Feltre	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6
<b>Totale</b>	<b>235</b>	<b>73,7</b>	<b>27</b>	<b>8,5</b>	<b>40</b>	<b>12,5</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>10</b>	<b>3,1</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>	<b>319</b>

I dati mettono in evidenza una certa variabilità nel tipo di parto per punto nascita anche se le differenze rispetto al valore medio non sono statisticamente significative. Va ricordato che presso l'ospedale S.Chiara afferisce la maggior parte delle gravidanze a rischio o complicate provenienti da tutta la provincia e questo dato può certamente avere una sua influenza sul tipo di parto.

**Fig. 8 Provincia di Trento. Confronto parto cesareo/spontaneo tra madri adolescenti e madri di età >= 20 anni Anni 2000-2005**



**Tab. 18 Provincia di Trento. Tipo di secondamento, per anno, nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005.**

Anno	Secondamento						Totale
	Spontaneo		Manuale		Non indic.		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	38	67,9	10	17,9	8	14,3	56
2001	36	75,0	11	22,9	1	2,1	48
2002	36	72,0	14	28,0	0	0,0	50
2003	48	82,8	9	15,5	1	1,7	58
2004	35	71,4	10	20,4	4	8,2	49
2005	50	86,2	0	0,0	8	13,8	58
<b>2000-2005</b>	<b>243</b>	<b>76,2</b>	<b>54</b>	<b>16,9</b>	<b>22</b>	<b>6,9</b>	<b>319</b>

Il 76,2% delle giovani madri ha avuto un secondamento spontaneo (contro il 68,7% del totale delle donne che hanno partorito in questi anni) e il 16,9% manuale (contro il 21,4% del totale delle madri). Le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ ).

**Tab.19 Provincia di Trento. Casi di episiotomia nelle madri adolescenti, per anno. Anni 2000-2005.**

Anno	Episiotomia						Totale
	NO		SI		Non indica		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	25	44,6	23	41,1	8	14,3	56
2001	30	62,5	17	35,4	1	2,1	48
2002	28	56,0	22	44,0	0	0,0	50
2003	29	50,0	28	48,3	1	1,7	58
2004	26	53,1	16	32,7	7	14,3	49
2005	11	19,0	19	32,8	28	48,3	58
<b>2000-2005</b>	<b>149</b>	<b>46,7</b>	<b>125</b>	<b>39,2</b>	<b>45</b>	<b>14,1</b>	<b>319</b>

E' stata praticata l'episiotomia nel 39,2% dei casi (contro il 28,7% del totale delle madri). La differenza è statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

**Tab.20 Provincia di Trento. Casi di episiotomia nelle madri adolescenti, per istituto. Anni 2000-2005.**

Istituto	Episiotomia						2000-2005
	No		Si		Non Indicato		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
S. Chiara	55	57,3	29	30,2	12	12,5	96
Borgo	6	30,0	12	60,0	2	10,0	20
Cles	16	45,7	13	37,1	6	17,1	35
Rovereto	12	23,1	36	69,2	4	7,7	52
Tione	8	40,0	6	30,0	6	30,0	20
Arco	19	70,4	6	22,2	2	7,4	27
Cavalese	8	47,1	7	41,2	2	11,8	17
S. Camillo	25	54,3	16	34,8	5	10,9	46
Feltre	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6
<b>Totale</b>	<b>149</b>	<b>46,7</b>	<b>125</b>	<b>39,2</b>	<b>45</b>	<b>14,1</b>	<b>319</b>

I punti nascita di Borgo Valsugana e di Rovereto fanno registrare un ricorso all'episiotomia maggiore dell'atteso, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) per quanto riguarda Rovereto.

**Tab.21 Provincia di Trento. Casi di lacerazione nelle madri adolescenti, per anno. Anni 2000-2005.**

Anno	Lacerazioni						Totale
	NO		SI		Non indic.		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	35	62,5	13	23,2	8	14,3	56
2001	37	77,1	10	20,8	1	2,1	48
2002	42	84,0	8	16,0	0	0,0	50
2003	43	74,1	14	24,1	1	1,7	58
2004	13	26,5	5	10,2	31	63,3	49
2005	17	29,3	14	24,1	27	46,6	58
<b>2000-2005</b>	<b>187</b>	<b>58,6</b>	<b>64</b>	<b>20,1</b>	<b>68</b>	<b>21,3</b>	<b>319</b>

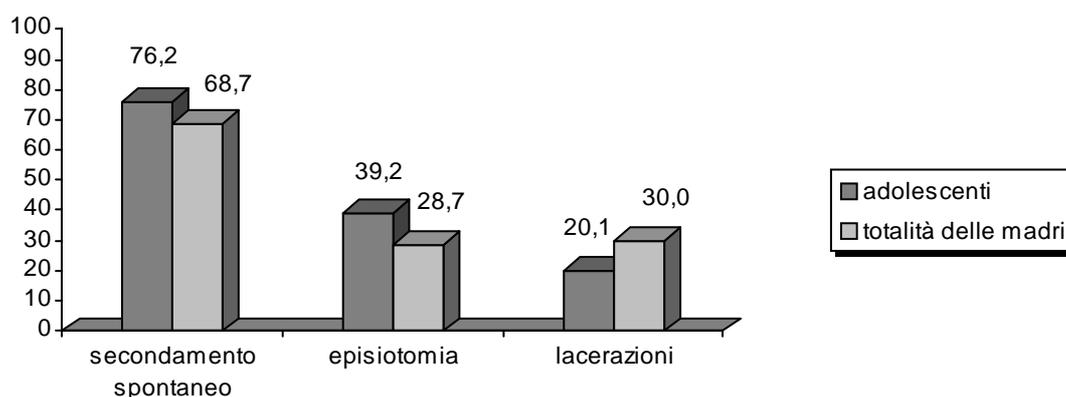
Si sono presentate lacerazioni nel 20,1% dei casi (contro circa il 30% nelle totale delle donne). La differenza è statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

**Tab.22 Provincia di Trento. Casi di lacerazione nelle madri adolescenti, per punto nascita. Anni 2000-2005.**

Istituto	Lacerazioni						2000-2005
	NO		SI		Non Indicato		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
S. Chiara	60	62,5	24	25,0	12	12,5	96
Borgo	11	55,0	3	15,0	6	30,0	20
Cles	23	65,7	6	17,1	6	17,1	35
Rovereto	39	75,0	6	11,5	7	13,5	52
Tione	7	35,0	5	25,0	8	40,0	20
Arco	18	66,7	5	18,5	4	14,8	27
Cavalese	6	35,3	4	23,5	7	41,2	17
S. Camillo	23	50,0	11	23,9	12	26,1	46
Feltre	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6
<b>Totale</b>	<b>187</b>	<b>58,6</b>	<b>64</b>	<b>20,1</b>	<b>68</b>	<b>21,3</b>	<b>319</b>

Tralasciando Feltre, non si registrano differenze statisticamente significative tra i punti nascita, pur registrandosi una certa eterogeneità.

**Fig.9 Provincia di Trento. Confronto tra adolescenti e totalità delle madri per eventi intra e post-partum. Anni 2000-2005**



## INDICATORI CLINICI PER IL NEONATO

---

In questa sezione si analizzano gli indicatori clinici per i neonati di madri adolescenti, come lo stato vitale, l'età gestazionale, il peso alla nascita, il punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita, la presenza di malformazioni e la necessità di rianimazione.

Si sono verificati nel periodo 2000-2005, 6 casi di parto gemellare: di conseguenza il numero di nati è superiore a quello delle madri ed in particolare è pari a 324. Abbiamo messo anche in questo caso i dati a confronto con quelli del totale dei nati in Provincia di Trento negli anni 2000-2005.

### **Stato vitale**

Nella quasi totalità dei casi i neonati si sono presentati vivi; nel corso dei sei anni solo nel 2000 e nel 2004 si sono verificati 2 casi di nato morto, pari allo 0,6%. Considerando tutti i nati in Provincia di Trento dal 2000 al 2005, la proporzione di nati morti è pari invece allo 0,3%. Si registra quindi un eccesso di natimorti nelle adolescenti che non è comunque statisticamente significativo, rispetto alla casistica complessiva.

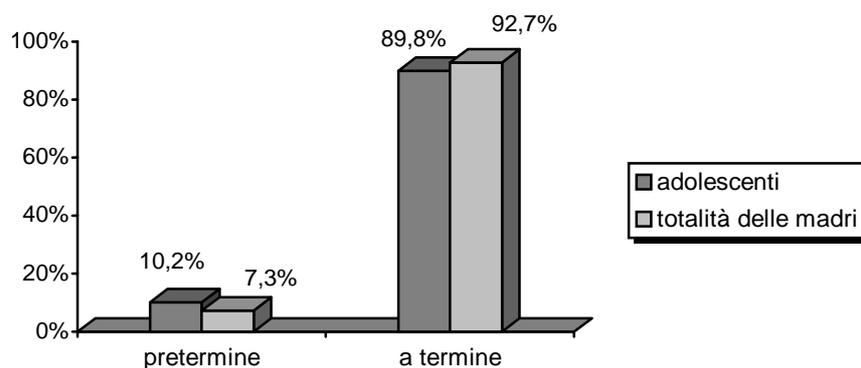
### **Pretermine e basso peso**

**Tab.23 Provincia di Trento. Nati pretermine nelle madri adolescenti, per anno. Anni 2000-2005**

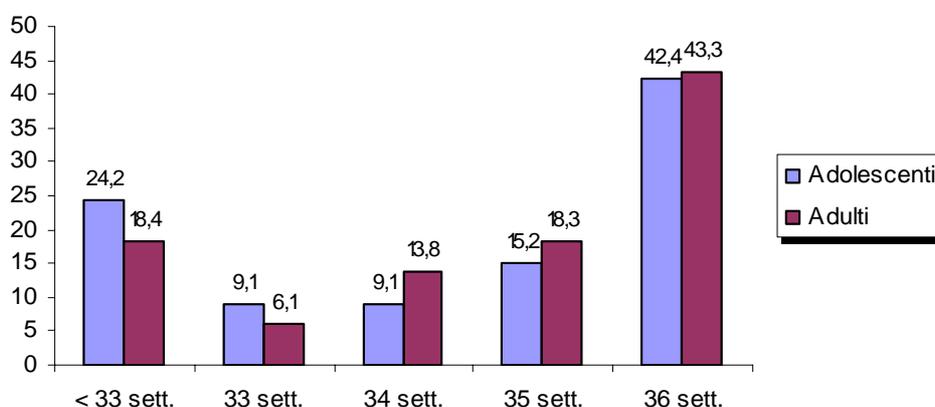
Anno	Nati Pretermine				Totale
	SI		NO		
	n.ro	%	n.ro	%	
2000	9	15,8	48	84,2	57
2001	2	4,2	46	95,8	48
2002	7	13,7	44	86,3	51
2003	5	8,5	54	91,5	59
2004	5	9,8	46	90,2	51
2005	5	8,6	53	91,4	58
<b>2000-2005</b>	<b>33</b>	<b>10,2</b>	<b>291</b>	<b>89,8</b>	<b>324</b>

Si registrano nati pretermine nel 10,2% dei casi, percentuale maggiore rispetto alla totalità delle madri di età 20 anni e più assistite in Provincia di Trento e tra cui si registra una proporzione del 7,3%. La differenza è ai limiti della significatività statistica.

**Fig.10 Provincia di Trento. Confronto nati pretermine tra madri adolescenti e madri adulte. Anni 2000-2005.**



**Fig.11 Provincia di Trento. Classi di prematurità neonatale. Confronto tra madri adolescenti e madri adulte. Anni 2000-05**



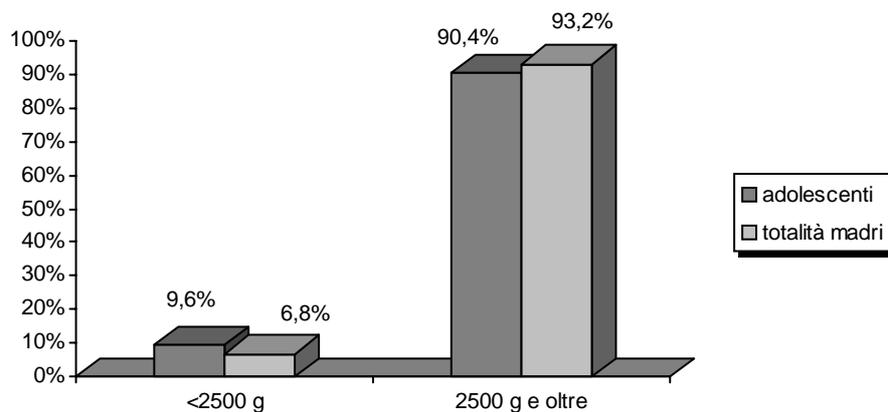
Analizzando il dato per classi di prematurità neonatale, emerge come nelle adolescenti, le classi di età gestazionale più basse (< 34 settimane) si manifestino con una frequenza maggiore rispetto alle madri adulte. La differenza è ai limiti della significatività statistica.

**Tab.24 Provincia di Trento. Peso alla nascita nei nati da madri adolescenti, per anno. Anni 2000-2005.**

Anno	Peso alla nascita						Totale
	< 2500		2500-3500		>3500		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	10	17,5	33	57,9	14	24,6	57
2001	4	8,3	36	75,0	8	16,7	48
2002	5	9,8	32	62,7	14	27,5	51
2003	2	3,4	41	69,5	16	27,1	59
2004	6	11,8	37	72,5	8	15,7	51
2005	4	6,9	45	77,6	9	15,5	58
<b>2000-2005</b>	<b>31</b>	<b>9,6</b>	<b>224</b>	<b>69,1</b>	<b>69</b>	<b>21,3</b>	<b>324</b>

Circa il 10% dei neonati da madri adolescenti è di peso inferiore ai 2500 g, mentre nelle madri di 20 anni, si ha una proporzione del 6,6%. La differenza è ai limiti della significatività statistica.

**Fig.12 Provincia di Trento. Confronto peso neonatale alla nascita tra madri adolescenti e madri adulte. Anni 2000-2005.**



### **Apgar e procedure rianimatorie**

**Tab.25 Provincia di Trento. Punteggio APGAR al 5° minuto nelle madri adolescenti, per anno. Anni 2000-2005.**

APGAR 5'	n.ro	%
7	4	1,2
8	11	3,4
9	54	16,7
10	253	78,1
<b>TOTALE 2000-2005</b>	<b>324</b>	<b>100,0</b>

A 5 minuti non sono stati registrati, ovviamente per i nati vivi, casi con punteggio inferiore a 5 e solo 4 casi (pari all'1,2%) con punteggio pari a 7. Nella totalità dei nati in Trentino negli anni 2000-2005 si ha un punteggio APGAR minore o uguale a 7 nell'1,7% dei casi.

**Tab.26 Provincia di Trento. Rianimazione, per anno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005**

Anno	Rianimazione						Totale
	NO		SI, con ossigeno		SI, con intubazione		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	53	93,0	4	7,0	0	0,0	57
2001	46	95,8	1	2,1	1	2,1	48
2002	47	92,2	4	7,8	0	0,0	51
2003	53	89,8	5	8,5	1	1,7	59
2004	49	96,1	2	3,9	0	0,0	51
2005	54	93,1	3	5,2	1	1,7	58
<b>2000-2005</b>	<b>302</b>	<b>93,2</b>	<b>19</b>	<b>5,9</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>	<b>324</b>

Anche per quel che riguarda i casi di rianimazione i dati tra madri adolescenti (6,8%) e totalità delle madri (5,8%) non si discostano molto. Il lieve eccesso nelle adolescenti non è statisticamente significativo. Il dato si accorda tuttavia con la maggiore prevalenza di neonati pretermine e/o di basso peso.

### **Malformazioni**

I nati da madri adolescenti presentano una prevalenza di malformazione alla nascita pari allo 0,3%, inferiore a quella registrabile in tutti i nati assistiti in Trentino negli anni 2000-2005, che presentano un valore pari all'1% circa dei casi.

### **Allattamento materno**

**Tab.27 Provincia di Trento. Allattamento al seno nelle madri adolescenti. Anni 2000-2005**

Anno	Allattamento al seno						Totale
	Esclusivo/ Predominante		Misto		Artificiale		
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	
2000	45	78,9	8	14,0	4	7,1	57
2001	37	77,0	10	20,1	1	2,1	48
2002	47	92,2	1	1,9	3	5,9	51
2003	52	88,3	5	8,4	2	3,3	59
2004	35	68,6	7	13,7	9	17,6	51
2005	51	87,9	4	6,9	3	5,1	58
<b>2000-2005</b>	<b>267</b>	<b>82,4</b>	<b>35</b>	<b>10,8</b>	<b>22</b>	<b>6,8</b>	<b>324</b>

La proporzione di allattamento esclusivo/predominante potrebbe essere migliorata, tenuto anche conto del corrispondente valore nelle madri di età 20 anni e oltre (90,4% in media). Il valore ottenuto sommando la quota dell'esclusivo/predominante con il misto, pare comunque soddisfacente e questo valore non si discosta in modo rilevante rispetto a quanto registrato nelle madri adulte.

## CONCLUSIONI

---

Ribadendo che l'argomento trattato richiederebbe un'analisi da punti di vista differenti e che le statistiche correnti forniscono solo una parte, forse non la più importante, per la valutazione e la comprensione dei fatti e degli andamenti, va rilevato che la casistica locale è relativamente contenuta e questo può avere importanza nella robustezza dei commenti ai risultati. Detto questo, gli aspetti salienti, relativamente alle **adolescenti residenti**, sono i seguenti.

Il tasso di concepimento delle adolescenti residenti, per quanto fornibile dalle statistiche correnti, è in aumento nel corso del tempo. Il contributo medio dell'ivg nella fascia di età 15-19 anni è pari al 57,4% e si riduce, come atteso all'aumentare dell'età delle ragazze: 76-88% verso i 15 anni, 49% a 19 anni. Il contributo dell'ivg sui concepimenti aumenta nel corso degli anni in modo statisticamente significativo.

La proporzione delle ivg non varia sostanzialmente secondo il comprensorio di residenza, se si fa eccezione per le Giudicarie, dove la proporzione delle ivg sul totale dei concepimenti è la più bassa registrabile in provincia (34,7%), differenza statisticamente significativa rispetto al valore atteso. Emergono delle eterogeneità territoriali in relazione ai tassi di concepimento e di abortività volontaria ma la sola differenza statisticamente significativa riguarda il tasso di fertilità 15-19 anni che risulta maggiore nel Primiero. L'esito dei concepimenti presenta un pattern simile a quello degli altri paesi industrializzati<sup>23</sup>, col vantaggio, non piccolo, che il tasso di fertilità (parti/1.000 adolescenti) in età 15-19 anni, appare tra i valori europei più bassi<sup>24</sup>. Nella sostanza, il tasso non si modifica in modo tangibile nel tempo, ma tende a restare, sempre nel tempo, su valori nel complesso "bassi", ovviamente relativamente ai valori europei più elevati.

Non si può dimostrare alcuna correlazione tra i tre tipi di tassi e la disponibilità delle strutture ostetriche e consultoriali territoriali, a riprova che le strutture sanitarie di per sé condizionano poco o nulla il gettito di questo fenomeno a livello di popolazione.

La casistica locale, conferma i dati internazionali, sulle variabili socio-anagrafiche associate alla scelta del parto piuttosto che dell'ivg. Un'età media più avanzata e l'essere coniugata rappresentano i fattori più importanti per far scegliere all'adolescente di portare avanti la gravidanza piuttosto che scegliere l'ivg. Ovviamente non possono essere presi in considerazione altri fattori che solo una indagine di tipo qualitativo oppure gestita attraverso un focus group, potrebbe far emergere.

Per le **adolescenti, residenti e non**, assistite nel corso della gravidanza e del parto, presso le strutture provinciali, i dati salienti sono i seguenti.

L'andamento temporale risulta nel complesso stabile così come la proporzione rispetto ai parti totali che resta inferiore al dato nazionale Cedap del 2005. La casistica locale è fortemente caratterizzata da un'età media intorno ai 18 anni (bassa la quota delle ragazze con meno di 17 anni), da una quota rilevante di donne con cittadinanza straniera (più del doppio in proporzione rispetto alla casistica totale locale delle madri e maggiore rispetto alla casistica nazionale Cedap del 2005); rilevante anche la quota delle primipare, circa il doppio di quella relativa alla casistica locale complessiva delle madri. La proporzione delle nubili è prevalente, però le donne coniugate rappresentano comunque il 47%, valore maggiore rispetto alla casistica Cedap nazionale del 2005. Il livello di istruzione tende ad essere lievemente più basso rispetto alla casistica

---

<sup>23</sup> WHO. Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. WHO, Geneve, 2004.

<sup>24</sup> WHO. Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds. WHO, Geneve, 2007

complessiva locale delle madri, in parte spiegato dalla maggiore prevalenza di straniere. Una quota non piccola delle madri adolescenti ha già avuto una gravidanza ed il 10% ha già partorito figli vivi. Non emerge un trend storico di nati morti significativo.

Per quanto riguarda **il profilo assistenziale della gravidanza**, emerge un minor accesso alle visite ed ai controlli ecografici rispetto alle madri di età 20 anni ed oltre, confermando i dati di letteratura in merito. Il profilo meno positivo, anche se con una differenza non statisticamente significativa, si registra nelle straniere. Il dato forse più problematico è quello attinente all'accesso ai corsi di preparazione alla nascita, dove i valori sono realmente molto bassi, sia per le italiane che per le straniere, anche in relazione ai dati di accesso delle primipare con età di 20 anni ed oltre. Non emergono differenze statisticamente significative sull'accesso ai controlli in relazione allo stato civile ed all'età e per le sole residenti in provincia, in relazione al comprensorio di residenza. Il dato locale, conferma quindi i dati della letteratura, sia dei paesi in via di sviluppo che dei paesi occidentali, che riportano un minor accesso ai servizi ostetrici in gravidanza da parte delle madri adolescenti anche se non sarebbe giustificato parlare di una vera e propria carenza assistenziale. Resta in ogni caso aperto il problema dei corsi di preparazione alla nascita, il cui relativamente "basso" accesso riguarda, localmente, tutte le primipare. I problemi di accesso a tali corsi da parte delle adolescenti potrebbero essere ricondotti non tanto o non solo a situazioni logistiche, ma a necessità personali di tutela della propria privacy. Le strutture che offrono tali servizi dovrebbero valutare criteri e modalità attraverso cui facilitare in particolare il loro accesso.

Il livello di ricorrenza di complicanze (diabete/ipertensione) rimane basso e non differente rispetto alla casistica complessiva.

La prevalenza del fumo in gravidanza invece si differenzia rispetto alle madri di età 20 anni ed oltre, rispetto alle quali, il valore è maggiore in modo statisticamente significativo. Il dato potrebbe essere inquadrabile in quel comportamento personale poco "health oriented" di cui si faceva menzione in premessa e che trova nell'adolescente un punto di sviluppo privilegiato.

I dati **sull'assistenza al parto** risultano nel complesso soddisfacenti, rimarcando il minor ricorso al parto cesareo rispetto alla casistica complessiva delle madri, anche se il ricorso al cesareo in travaglio pare maggiore, confermando il dato di letteratura circa i maggiori problemi registrati dalle adolescenti in travaglio rispetto alle madri più adulte<sup>25</sup>. La frequenza di lacerazioni risulta inferiore a quanto riportato nelle madri di età 20 anni ed oltre in relazione verosimilmente ad un maggiore ricorso all'episiotomia, rispetto alla quale si registra una certa eterogeneità tra i punti nascita.

Non emergono problemi clinici particolari per i neonati, fatta eccezione per una maggior prevalenza di nati pretermine e basso peso, rispetto alle madri adulte, anche se la differenza non è statisticamente significativa. Viene confermata l'indicazione della letteratura di un'associazione tra la bassa età della madre adolescente e la maggior prevalenza di condizioni di prematurità. Apgar, procedure rianimatorie, natimortalità e presenza di malformazioni congenite alla nascita, non differiscono in modo sostanziale da quanto rilevato nelle madri adulte. Emerge sì un lieve eccesso di natimortalità ma che non è statisticamente differente da quanto registrato nelle madri adulte.

Il dato sull'allattamento è nel complesso soddisfacente anche se potrebbe essere migliorato il valore relativo all'allattamento materno esclusivo.

---

<sup>25</sup> WHO. Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. WHO, Geneva, 2004.

In conclusione i criteri assistenziali messi in campo dai servizi e gli outcome sulle madri e sui neonati, risultano nel complesso soddisfacenti e non prefigurano una carenza di risposta, sia in gravidanza che al parto. Resto sempre il nodo della partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita. In ogni caso per una più precisa definizione degli esiti, non solo sanitari ma anche sociali, sarebbe opportuna una valutazione longitudinale che presenta peraltro vari aspetti di difficoltà e dovrebbe essere approcciata secondo un'ottica multidisciplinare

Resta sempre aperto il problema del contenimento del fenomeno, anche se la realtà nazionale e trentina si pongono ben al di sotto dei valori riportati da alcuni stati europei. Riguardo al controllo ed alla prevenzione delle gravidanze precoci si pensa comunemente che una informazione/educazione sessuale dedicata agli adolescenti possa essere utile nel contrastare/prevenire questo fenomeno ed in special modo le gravidanze precoci non pianificate. Certamente un'attività di informazione sui fattori di rischio comportamentali va considerata utile di per sé anche se non necessariamente – specie se offerta da sola - può essere efficace. Questo pare rilevante soprattutto nel caso degli interventi di informazione/educazione sessuale condotti nelle scuole. Si tratta in genere di attività condotte in maniera molto eterogenea, oggetto di scarsa valutazione a lungo termine e che si limita il più spesso a considerare indicatori a breve termine come il gradimento degli interventi o l'entità delle nuove informazioni acquisite<sup>26</sup>. Ma quale è l'efficacia reale di questi interventi? Una revisione sistematica condotta su 26 studi controllati randomizzati (RCT), pubblicata sul *British Medical Journal*<sup>27</sup>, fornisce una sintesi quantitativa su tre esiti rilevanti, potenzialmente correlabili agli interventi di educazione sanitaria: l'età del primo rapporto, l'incremento nell'impiego di contraccettivi, la riduzione delle gravidanze nelle adolescenti. La metanalisi, condotta su tredici studi in cui erano incluse 9642 ragazze e undici studi nei quali erano inclusi 7418 ragazzi, ha concluso che gli interventi esaminati non posticipano *l'inizio dei rapporti sessuali* tra gli adolescenti oggetto dell'intervento. La metanalisi di otto studi (1967 ragazze incluse) e tre studi (1505 ragazzi inclusi) non ha mostrato aumento *dell'utilizzo di contraccettivi* ad ogni rapporto, a seguito di programmi di educazione sessuale nelle scuole. Anche la rilevazione dell'uso di contraccettivi durante l'ultimo rapporto, che ha compreso 1799 ragazze e 1262 ragazzi, non ha mostrato un effetto positivo dei programmi di educazione sessuale. La revisione sistematica di dodici studi condotti su 8019 ragazze e 3759 ragazzi non ha mostrato una *riduzione delle gravidanze* nelle ragazze partecipanti ai programmi di educazione sanitaria o nelle partner dei ragazzi esposti agli interventi formativi. Quattro dei programmi esaminati erano centrati sull'astinenza sessuale ed hanno mostrato un aumento delle gravidanze nelle partner dei ragazzi esposti all'intervento. Resta in ogni caso da precisare che gli studi inclusi in questa ricerca erano condotti in America settentrionale, Australia, Nuova Zelanda ed Europa Occidentale e che in oltre la metà degli studi era sovrarappresentata la componente di minore livello socioeconomico, dal momento che la maggior parte dei partecipanti erano afro-americani o ispanici. Secondo questa revisione sistematica non si ha oggi a disposizione un intervento di provata efficacia per affrontare il problema dell'alta percentuale di gravidanze in adolescenti nei Paesi economicamente sviluppati. Neppure interventi che prevedano un rilevante coinvolgimento degli insegnanti parrebbero efficaci, tenuto conto dei risultati di uno studio controllato randomizzato che ha valutato in Scozia l'efficacia del programma *Sexual Health and Relationships: Safe, Happy and Responsible* (SHARE), basato sull'attività di insegnanti specificamente formati che applicano nelle classi un pacchetto di venti sessioni di attività, dieci a allievi di 13-14 anni e dieci

---

<sup>26</sup> Stammers T.: Sexual Health in adolescents. BMJ 2007 334:103-104

<sup>27</sup> DiCenso A , Guyatt G., Griffith A.W.: Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002;324:1426-35.

a allievi di 14-15 anni. Obiettivi del programma erano la riduzione dei comportamenti sessuali a rischio, la riduzione delle gravidanze indesiderate e il miglioramento della qualità delle relazioni sessuali tra gli adolescenti<sup>28</sup>. Il programma SHARE è stato sviluppato dopo due anni di consultazioni con insegnanti, specialisti di educazione sessuale e servizi per la promozione della salute. Paragonato ad un programma convenzionale, il programma SHARE ha mostrato un modesto effetto positivo sulla qualità delle relazioni affettive, ma nessun effetto sull'uso del profilattico tra gli adolescenti che avevano rapporti sessuali e che costituivano un terzo del totale.

Al di là dell'efficacia reale degli interventi, rimane comunque da dire che la copertura informativa degli adolescenti su temi come l'affettività, la sessualità e la contraccezione è ancora da completare. Da un'indagine svolta in Italia dall'*Istituto Superiore di Sanità nel 1998*<sup>29</sup> risultava in effetti che il 56% degli studenti intervistati non aveva mai partecipato ad iniziative organizzate riguardanti la sessualità, con notevoli differenze per area geografica. Le percentuali di ragazzi che riferiscono di non aver avuto occasione di parteciparvi variavano dal 67% al Sud, al 56% al Centro, al 38% al Nord. Nella generale carenza di iniziative appositamente organizzate per approfondire le tematiche sessuali, il risiedere in Italia settentrionale offre molte più opportunità. Nello stesso rapporto dell'ISS si riporta come in Italia la sessualità, non di rado, sia entrata nella scuola italiana collegata più al pericolo di malattia e morte, legata al rischio e non al piacere, alla paura e non alla gioia, alla diffidenza e non alla fiducia. L'educazione sessuale dovrebbe invece essere caratterizzata in *positivo*, come scoperta di emozioni e sviluppo di conoscenza delle relazioni affettive e non in *negativo* come paura per l'emergenza AIDS e la pedofilia. Tutto ciò appare in contraddizione con l'attuale concezione di educazione alla salute, volta alla promozione del benessere attraverso il potenziamento della capacità decisionale degli individui e delle comunità. *Pochi interventi di educazione sessuale sono disegnati con il contributo attivo degli adolescenti bersaglio.*

Si potrebbe anche dire che non bastano, non sono sufficienti gli interventi informativi/educativi, svincolati da un intervento più complessivo che tenga conto anche dei determinanti culturali, sociali e familiari del comportamento sessuale in età adolescenziale. Vari studi, soprattutto in ambito anglosassone, hanno messo in evidenza una relazione tra condizioni di deprivazione e rischio di gravidanza in età adolescenziale<sup>30 31 32</sup>  
<sup>33 34 35 36</sup>.

In questo contesto pare paradigmatica l'esperienza dell'esperienza dei Paesi Bassi, paese caratterizzato – tra quelli maggiormente sviluppati - dal minor tasso di gravidanze nelle adolescenti. Questo risultato viene spiegato dagli autori olandesi con la diffusione dell'educazione sessuale, il carattere aperto della discussione sulla sessualità nei mass media, la presenza di servizi per la contraccezione di facile accesso e di

<sup>28</sup> Henderson M., Wight D., Raab G.M., Abraham C., Parkes A., Scott S., Hart G.: Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of a cluster randomised trial. *BMJ* 2007; 334:133-137

<sup>29</sup> Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo M. Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Rapporti ISTISAN 00/7 Roma: ISS; 2000.

<sup>30</sup> Smith T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *BMJ*. 1993; 306:1232-5

<sup>31</sup> Garlick R, Ineichen B, Hudson F. The UPA score and teenage pregnancy. *Public Health*. 1993; 107:135-9.

<sup>32</sup> McLeod A.: Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ*. 2001 28;323:199-203

<sup>33</sup> Bradshaw J, Finch N, Miles JN.: Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005 31:15-9

<sup>34</sup> Uren Z, Sheers D, Dattani N.: Teenage conceptions by small area deprivation in England and Wales, 2001-2002. *Health Stat. Q*. 2007; 33:34-9.

<sup>35</sup> Smith DM, Elander J.: Effects of area and family deprivation on risk factors for teenage pregnancy among 13-15 year old girls. *Psychol Health Med*. 2006; 11: 399-410

<sup>36</sup> Boardman LA, Allsworth J, Phipps MG., Lapane KL.: Risk factors for unintended versus intended rapid repeat pregnancy among adolescents. *J. Adolesc Health* 2006; 39:597.

metodologie di educazione alla contraccezione legate all'esperienza reale dei gruppi bersaglio <sup>37</sup>. Istruttiva risulta allo stesso modo l'analisi condotta da Wilkinson et al <sup>38</sup> della London School of Hygiene and Tropical Medicine di Londra che ha dimostrato gli effetti positivi di una strategia governativa multisettoriale di controllo delle gravidanze precoci nel Regno Unito (Teenage Pregnancy Strategy)<sup>39</sup>, con effetti migliori nelle aree più deprivate rispetto a quelle meno deprivate.

Dalla necessità di definire e sviluppare approcci integrati e multisettoriali prendono lo spunto i documenti di indirizzo per il controllo del fenomeno elaborati dall'Unione Europea <sup>40</sup> e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità <sup>41</sup>. Un gruppo di lavoro dell'O.M.S. già nel 2003 ha predisposto un modello di approccio comunitario per la tutela del benessere sessuale e riproduttivo degli adolescenti e la prevenzione e l'assistenza delle adolescenti in gravidanza. Questo modello definisce i livelli di responsabilità e le azioni conseguenti prendendo in considerazione: 1. il Contesto politico e sociale: con riferimento ad un quadro normativo che tuteli e agevoli la salute sessuale e non dell'adolescente, agendo anche sulle condizioni socio-culturali di deprivazione, 2. il sistema di assistenza sanitaria: con la messa a disposizione di strutture ed operatori qualificati, in grado di svolgere sul territorio una reale politica di supporto alla pianificazione familiare consapevole anche attraverso un'educazione sessuale di alta qualità ed un agevole accesso alla contraccezione, 3. i settori non-sanitari formali e informali: tali da dare supporto socio-assistenziale e lavorativo alle adolescenti interessate, 4. la famiglia e comunità nel suo complesso in modo da creare le migliori opportunità per il reinserimento scolastico, il reperimento di aree di soggiorno protette, il mantenimento dei contatti con il gruppo di pari, 5. la effettiva ed attiva partecipazione degli adolescenti, maschi e femmine, alle iniziative che li vedono coinvolti come gruppo target..

In Italia non mancano certo le dichiarazioni di intenti e le indicazioni operative della programmazione nazionale, basti considerare il documento del Ministero della Salute sulla Promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini elaborato nel marzo 2007<sup>42</sup>. Certamente un piena applicazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile<sup>43</sup>, in tutte le regioni del Paese, potrebbe apportare quei cambiamenti entro e fuori il Servizio Sanitario Nazionale, tale da portare ad un ulteriore contenimento del fenomeno.

---

<sup>37</sup> Ketting E, Visser AP. Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Educ Couns* 1994;23:161-71.

<sup>38</sup> Wilkinson P., French R., Kane R. et al.: Teenage conceptions, abortions and births in England, 1994-2003 and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet* 2006; 368:1879-86.

<sup>39</sup> Teenage Pregnancy Strategy. National Priorities Guidance HSC 1999/242. UK Government

<sup>40</sup> Anne E.M. Van Lancker. Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Commissione per i diritti della donna e le pari opportunità. Parlamento Europeo; 2002.

<sup>41</sup> WHO-UNFPA. Pregnant Adolescents. Delivering on global Promises of Hope. WHO Geneva, 2006

<sup>42</sup> Ministero della Salute. Verso un Piano di Azioni per la Promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini. Roma, 8 marzo 2007.

<sup>43</sup> Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile.D.M. el 24/4/2000, G.U. n.131 Suppl. Ord. n.89 del 7/6/2000