



RAPPORTI ISTISAN 20|35

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini

A cura di
E. Pizzi, A. Spinelli, S. Andreozzi, S. Battilomo



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Progetto “Studio Nazionale Fertilità”:
i risultati delle cinque indagini**

A cura di
Enrica Pizzi (a), Angela Spinelli (a), Silvia Andreozzi (a),
Serena Battilomo (b)

*(a) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

*(b) Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica,
Ministero della Salute, Roma*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
20/35

Istituto Superiore di Sanità

Progetto “Studio Nazionale Fertilità”: i risultati delle cinque indagini.

A cura di Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Silvia Andreozzi, Serena Battilomo
2020, 129 p. Rapporti ISTISAN 20/35

Nel 2015 il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute ha promosso il Progetto “Studio Nazionale Fertilità” affidandone il coordinamento all’Istituto Superiore di Sanità e coinvolgendo la Sapienza Università di Roma, l’Ospedale evangelico internazionale di Genova e l’Università degli Studi di Bologna. La finalità è stata quella di raccogliere informazioni sulle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti in ambito della salute sessuale e riproduttiva per orientare la programmazione di interventi a sostegno della fertilità in Italia. In questo Rapporto vengono presentati i risultati delle 5 indagini realizzate nel 2017 e 2018 e rivolte sia alla popolazione potenzialmente fertile (più di 50.000 adolescenti, studenti universitari e adulti in età fertile) che ai professionisti sanitari (più di 3.000 pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi e ostetriche).

Parole chiave: Sessualità; Fertilità; Promozione della salute

Istituto Superiore di Sanità

“National Fertility Study” Project: the results of the five surveys.

Edited by Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Silvia Andreozzi, Serena Battilomo
2020, 129 p. Rapporti ISTISAN 20/35 (in Italian)

In 2015, the National Centre for Disease Prevention and Control of the Ministry of Health promoted the “National Fertility Study”, entrusting its coordination to the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy) and involving Sapienza University of Rome, the International Evangelical Hospital of Genoa and the University of Bologna. The aim was to collect information about knowledge, attitude and practice in sexual and reproductive health to plan interventions to support fertility in Italy. This report presents the results of the five surveys carried out in 2017 and 2018 which included more than 50,000 adolescents, university students and adults of childbearing age, and more than 3,000 health professionals (paediatricians, primary care physicians, gynaecologists, andrologists, endocrinologists, urologists and midwives).

Key words: Sexuality; Fertility; Health promotion

Si ringraziano: Stefania Luzi, Claudia Ferraro, Giulio Marzolini e Ferdinando Timperi per la collaborazione all’inserimento dei dati; Chiara Cattaneo e Pietro Maiozzi per il supporto alla realizzazione del materiale di comunicazione utilizzato per l’indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e per gli interventi formativi.

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM.

Per informazioni su questo documento scrivere a: enrica.pizzi@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed.). *Progetto “Studio Nazionale Fertilità”: i risultati delle cinque indagini*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35).

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti e Manuela Zazzara*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



INDICE

Progetto “Studio Nazionale Fertilità”: finalità e metodologia

Angela Spinelli, Enrica Pizzi, Mauro Costa, Andrea Lenzi, Eleonora Porcu, Serena Battilomo, Comitato Scientifico del Progetto 1

Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti e interventi informativi

Angela Spinelli, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Laura Lauria, Enrica Pizzi 6

Indagine sulla salute sessuale e riproduttiva degli studenti universitari

Daniele Gianfrilli, Andrea Sansone, Danilo Alunni Fegatelli, Andrea Lenzi 29

Indagine sulla popolazione adulta: il contributo di PASSI

Maria Masocco, Valentina Minardi, Benedetta Contoli, Gruppo di coordinamento nazionale PASSI 48

Indagini professionisti: pediatri di libera scelta e medici di medicina generale

Eleonora Porcu, Giuseppe Damiano, Linda Cipriani, Francesca Sonia Labriola, Tommasa Maio, Antonella Antonelli, Donella Prospero, Mauro Costa, Enrica Pizzi, Daniela Pierannunzio, Serena Battilomo 61

Indagine sui professionisti della salute riproduttiva: ginecologi, endocrinologi, andrologi-urologi, personale ostetrico

Mauro Costa, Denise Colia, Valerio Pisaturo, Angela Spinelli, Enrica Pizzi, Serena Battilomo 73

APPENDICE A

Partecipanti al Progetto “Studio Nazionale Fertilità” 87

APPENDICE B

Questionari per la raccolta dei dati delle cinque indagini del Progetto “Studio Nazionale Fertilità” 97

PROGETTO “STUDIO NAZIONALE FERTILITÀ”: FINALITÀ E METODOLOGIA

Angela Spinelli (a), Enrica Pizzi (a), Mauro Costa (b), Andrea Lenzi (c), Eleonora Porcu (d),
Serena Battilomo (e), Comitato Scientifico del Progetto*

(a) Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Struttura Semplice Dipartimentale Medicina della Riproduzione, Ospedale Evangelico Internazionale, Genova

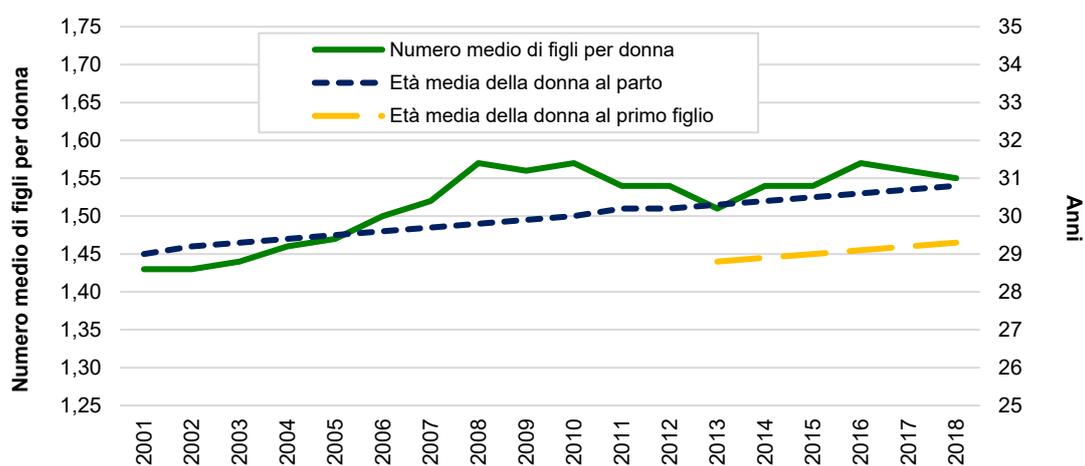
(c) Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Fisiopatologia Medica, Scienza dell’Alimentazione e Endocrinologia, Sapienza Università di Roma

(d) Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

(e) Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute, Roma

* vedi Appendice A

Già nel 1968 le scelte in ambito riproduttivo furono incluse tra quelle riconosciute nella Conferenza mondiale sui diritti umani a Teheran, Iran (1). Nel 1994 nelle Quarta Conferenza Internazionale sulla Popolazione e lo Sviluppo, svoltasi al Cairo, i delegati dei governi di 179 Paesi formalmente riconobbero che tutti gli aspetti della salute riproduttiva e sessuale fossero essenziali per migliorare la qualità della vita delle persone (2). L’Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*) del 2015 ha ribadito l’importanza del tema della salute sessuale e riproduttiva ponendolo tra i sotto-obiettivi da perseguire per garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età con l’accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, anche per la pianificazione familiare, l’informazione, l’educazione, e l’integrazione di salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali (3). Questi documenti fanno da cornice ad un fenomeno che negli ultimi decenni sta caratterizzando l’Europa: il progressivo rallentamento della crescita demografica, dovuto non solo a fattori sanitari ed economici ma anche culturali e sociali. Nel 2018 il numero medio di figli per donna in Europa è stato di 1,55 nati vivi (Figura 1) e l’età media delle donne al parto ha continuato ad aumentare tra il 2001 e il 2018, da una media di 29,0 a 30,8 anni (4).



Nota: gli assi non partono da 0 per gli anni 2010-2012 e 2014, 2015, 2017: interruzione nelle serie
Fonte: Eurostat (online data code: demo_find)

Figura 1. Indicatori di fecondità nei 27 Paesi dell’UE, 2001-2018

Questo fenomeno, che comporta una bassa soglia di sostituzione nella popolazione non consentendo di fornire un ricambio generazionale, riguarda anche il nostro Paese dove si sta assistendo da anni ad una diminuzione delle nascite e uno spostamento della riproduzione in età sempre più tardiva.

Gli ultimi dati dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) relativi al 2019 mostrano che in Italia a fronte di 435mila nascite ci sono stati 647mila decessi, con il livello di ricambio naturale più basso dal 1918. Ciò comporta che il ricambio per ogni 100 residenti che muoiono sia oggi assicurato da appena 67 neonati, mentre dieci anni fa risultava pari a 96 (5). Il profilo demografico del Paese è caratterizzato dal costante aumento percentuale del numero di ultrasessantacinquenni, in rapporto al totale dei giovani fino a 14 anni. Nessun altro Paese della UE ha una così elevata proporzione di persone appartenenti alla terza e quarta età. Rispetto agli altri Paesi europei l'Italia è anche tra quelli, insieme a Spagna e Grecia, con il più basso tasso di fecondità e il numero medio di figli è poco maggiore di uno (1,29) con un'età media al parto di 32 anni (4, 5). Tra le donne straniere che vivono in Italia questi valori sono leggermente diversi, con un numero medio di figli pari a quasi 2 (1,94) e un'età media al parto di 29 anni, sebbene entrambi i valori si stiano modificando negli anni e diventando sempre più simili a quello delle italiane (5). Anche l'età media alla nascita del primo figlio si è spostata sempre più in là, attestandosi a 31,2 anni nel 2018 (tre anni in più rispetto al 1995). Questo ritardo alla nascita del primo figlio è importante perché implica un minor spazio di tempo, ancora disponibile, per avere altri figli (Figura 2).

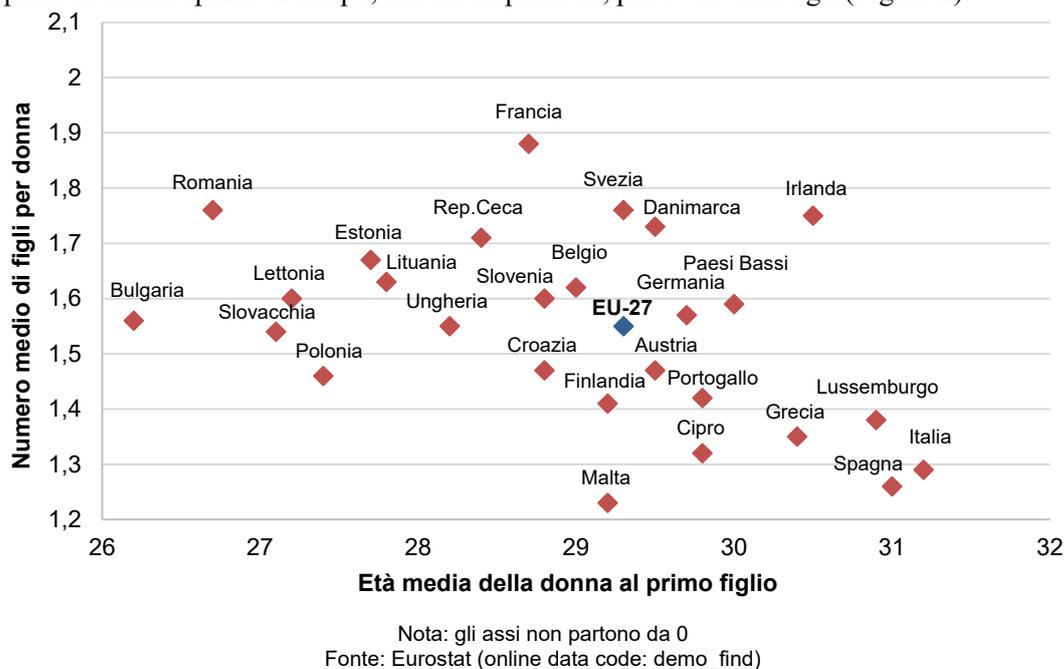
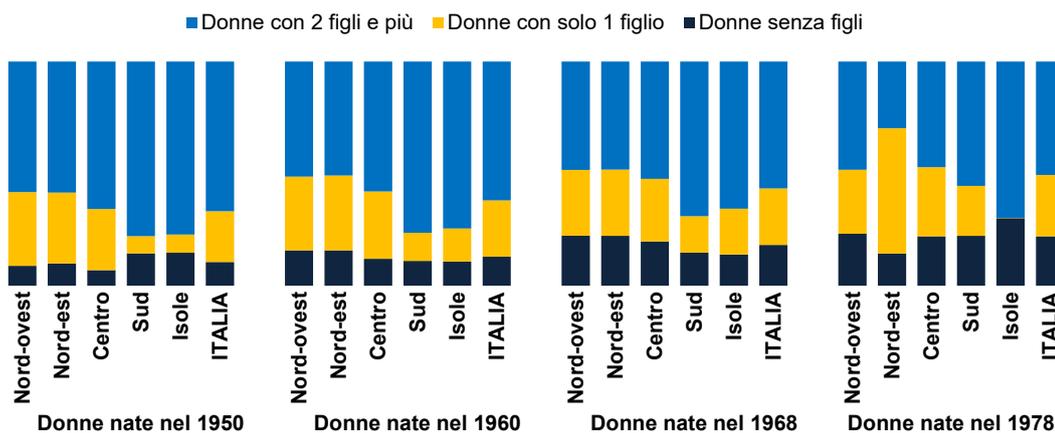


Figura 2. Numero medio di figli per donna ed età media della donna al primo figlio in ciascuno dei 27 Paesi dell'UE, anno 2018

Di generazione in generazione si è osservato un aumento delle donne senza figli e un'attenuazione delle differenze geografiche nei modelli riproduttivi (Figura 3) (6). I dati descrivono uno scenario in evoluzione e che potrebbe incidere sulla disponibilità di risorse in grado di sostenere l'attuale sistema di welfare, indicando l'urgenza di un'attenta valutazione del fenomeno e della necessità di sviluppare sia politiche intersettoriali e inter-istituzionali a sostegno della genitorialità, che politiche sanitarie ed educative per la tutela della fertilità.



Fonte: ISTAT. Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2018

Figura 3. Donne per numero di figli avuti, ripartizione e generazione, valori percentuali (la generazione delle nate nel 1978 non ha ancora completato la propria storia riproduttiva e i valori per le età finali sono stati stimati)

A tal fine nel 2014 il Ministero della Salute ha istituito il “Tavolo consultivo in materia di tutela e conoscenza della fertilità e prevenzione delle cause di infertilità” che ha elaborato il Piano Nazionale per la Fertilità (7) con la finalità di dare indicazioni per lo sviluppo di politiche sanitarie ed educative del nostro Paese sulla fertilità. Nel documento vengono indicati come prioritari gli interventi per informare i cittadini sul ruolo della fertilità, sulla sua durata e su come proteggerla e per sviluppare nelle persone conoscenze per fare scelte consapevoli e autonome in tema di procreazione. Il Piano sottolinea l’importanza di “operare un capovolgimento della mentalità corrente rileggendo la fertilità come bisogno essenziale non solo della coppia ma dell’intera società, promuovendo un rinnovamento culturale in tema di procreazione”.

Infine il Piano indica che, a partire dai servizi di medicina territoriale, come i consultori familiari, i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Medici di Medicina Generale (MMG), bisogna fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità, promuovere interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell’apparato riproduttivo e intervenire, ove possibile, per ripristinare la fertilità naturale.

Al fine di supportare l’attuazione del Piano, il Ministero della Salute ha promosso e finanziato il Progetto “Studio Nazionale Fertilità” affidandone il coordinamento all’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e coinvolgendo come Unità Operative la Sapienza Università di Roma, l’Ospedale Evangelico Internazionale di Genova e l’Università degli Studi di Bologna.

La finalità dello studio è stata quella di raccogliere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, che non erano disponibili o non aggiornate, in grado di orientare e sostenere la programmazione di interventi a sostegno della fertilità in Italia, attraverso indagini rivolte sia alla popolazione potenzialmente fertile (adolescenti, studenti universitari e adulti in età fertile), sia ai professionisti sanitari (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi, personale ostetrico).

Lo studio si è avvalso del supporto di un Comitato Scientifico composto da professionisti appartenenti al settore universitario, all’ISS, al Ministero della Salute, l’allora Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (MIUR) (oggi Ministero dell’Istruzione) e alle principali società/federazioni scientifiche di categoria.

Sono state svolte tre indagini rivolte a:

- *adolescenti*, realizzata dall'ISS con il supporto delle Regioni e il coinvolgimento del MIUR, che ha reclutato un campione complessivo, rappresentativo di tutto il Paese, di più di 16.000 studenti di 16-17 anni frequentanti 482 scuole distribuite su tutto il territorio nazionale;
- *studenti universitari*, realizzata dalla Sapienza Università di Roma con la partecipazione di quasi 14.000 giovani coinvolgendo diversi Atenei italiani;
- *popolazione adulta in età fertile*, 18-49 anni, condotta dall'ISS utilizzando il Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che ha permesso di realizzare più di 20.000 interviste su un campione rappresentativo di tutta la nostra popolazione in età adulta.

Grazie a queste tre indagini sono disponibili dati nazionali sulla propensione alla riproduzione, sulla conoscenza della fisiologia della fertilità, sui fattori di rischio e sull'eventuale accesso ai servizi sanitari in tema di fertilità nella popolazione adolescente, giovane e adulta italiana.

Inoltre sono state realizzate altre due indagini rivolte a:

- *PLS e MMG*, realizzate dall'Università degli Studi di Bologna in collaborazione con la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) e hanno riguardato un campione di oltre 700 PLS e altrettanti MMG.
- *professionisti della salute riproduttiva* (ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi, personale ostetrico), condotte dall'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova in collaborazione con le principali società scientifiche e federazioni di categoria, per un totale di circa 1900 rispondenti.

In questo rapporto vengono presentati i risultati delle diverse indagini che rispetto alla popolazione forniscono per la prima volta un quadro completo su tutte le fasce di età della popolazione, mostrando quanto sia indispensabile informare i cittadini, a cominciare da quelli più giovani, sui fattori di rischio che compromettono la fertilità, tra cui le infezioni/malattie sessualmente trasmesse, i tempi della loro potenziale fertilità e i limiti della procreazione medicalmente assistita per risolvere i problemi di infertilità.

Per quanto riguarda i professionisti i risultati sottolineano la necessità di continuare a investire nella formazione partendo dal coinvolgimento della medicina territoriale con i PLS e gli MMG, oltre naturalmente tutti i professionisti coinvolti nella salute sessuale e riproduttiva, che rappresentano un'importante risorsa per un capillare intervento anche in fasce della popolazione più marginali.

Questi risultati ribadiscono quanto la tutela e la promozione della salute sessuale e riproduttiva rappresentino importanti aree d'intervento in tutte le fasce d'età per garantire il pieno sviluppo degli individui. Questo è possibile grazie ad un approccio multidisciplinare per promuovere una consapevolezza nelle persone e un cambiamento culturale che porti negli anni non solo ad aiutare le persone ad avere il numero di figli desiderato, ma anche a rendere a tutte le diverse fasce di popolazione, uomini e donne, ragazzi e ragazze più consapevoli dell'importanza della tutela propria salute sessuale e riproduttiva.

Questo approccio complessivo è stato sancito nel 2016 durante la 66ma Sessione del Comitato Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) dove i Paesi della Regione europea della WHO hanno approvato una Risoluzione con cui si sono impegnati ad attuare il "Piano d'azione per la salute sessuale e riproduttiva" per sviluppare interventi finalizzati a: rendere le persone in grado di prendere decisioni consapevoli in merito alla loro salute sessuale e riproduttiva e assicurare che i loro diritti

umani vengano rispettati, protetti e soddisfatti; assicurare che tutte le persone possano godere del più alto livello di salute sessuale e riproduttiva e di benessere; garantire l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva ed eliminare le disuguaglianze (8).

I risultati dello Studio Nazionale Fertilità, che ha permesso di fotografare le conoscenze, i comportamenti e gli atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo delle diverse fasce della popolazione, a partire dai giovanissimi e di descrivere le conoscenze e la prassi clinica dei professionisti sanitari, possono aiutare a programmare azioni mirate rivolte sia alla popolazione italiana che a tutti i professionisti per raggiungere gli obiettivi della Risoluzione in materia di salute e benessere sessuale e riproduttiva nel nostro Paese.

Bibliografia

1. Office of the High Commissioner for Human Rights. Proclamation of Tehran. *Final Act of the International Conference on Human Rights, Tehran, April 22 to May 13, 1968*. New York: United Nations; 1968. (A/CONF.32/41). Disponibile all'indirizzo https://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_Act_of_TehranConf.pdf; ultima consultazione 4/11/2020.
2. United Nations. *Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 September, 1994*. New York: UN; 1995. (A/CONF.171/13/Rev.). Disponibile all'indirizzo https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/icpd_en.pdf; ultima consultazione 4/11/2020.
3. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015. (A/RES/70/1) Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>; ultima consultazione 20/10/2020.
4. EUROSTAT. *Fertility indicators 2009-2018*. Disponibile all'indirizzo https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics; ultima consultazione 20/10/2020.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Indicatori demografici anno 2019*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files//2020/02/Indicatori-demografici_2019.pdf; ultima consultazione 20/10/2020.
6. Istituto Nazionale di Statistica. *Natalità e fecondità della popolazione residente – Anno 2018*. Roma: ISTAT; 2019. Disponibile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files//2019/11/Report_natalit%C3%A0_anno2018_def.pdf; ultima consultazione 20/10/2020.
7. Ministero della Salute. *Piano Nazionale per la fertilità*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2367_allegato.pdf; ultima consultazione 20/10/2020.
8. WHO Regional Office for Europe. *Action plan for sexual and reproductive health*. Copenhagen: World Health Organization-Regional Office for Europe; 2016. Disponibile all'indirizzo https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf; ultima consultazione 20/10/2020;

INDAGINE NAZIONALE SULLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DEGLI ADOLESCENTI E INTERVENTI INFORMATIVI

Angela Spinelli, Marta Buoncristiano, Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Laura Lauria, Enrica Pizzi
Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

La salute sessuale e riproduttiva è importante a ogni età e in tutte le fasce della popolazione, sia come elemento indipendente di salute che come sostegno dell'identità e del benessere personale. Essa implica un approccio positivo e rispettoso alle relazioni intime, così come la possibilità di esperienze sessuali piacevoli e sicure, libere da coercizione, discriminazione e violenza (1).

Sebbene l'inizio dell'attività sessuale sia parte del normale sviluppo di un giovane individuo, un inizio troppo precoce o senza la dovuta attenzione alle infezioni sessualmente trasmesse può avere ripercussioni negative sulla salute (2, 3). La prevenzione di queste patologie, insieme alla promozione dell'educazione sessuale in tutte le fasce della popolazione è una priorità di sanità pubblica e di fatto al centro di una strategia globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) "Sexually transmitted infections 2016-2021" (4).

Il comportamento sessuale è influenzato da molti fattori fisiologici, oltre che da aspetti culturali e sociali che possono cambiare rapidamente da una generazione all'altra. Comprendere queste influenze che guidano l'attività sessuale degli adolescenti, può non solo aiutare a informare gli stessi, ma anche coloro che sono coinvolti nella loro cura (5).

Alcuni aspetti della salute sessuale e riproduttiva vengono raccolti ogni 4 anni dallo studio internazionale HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*, <https://www.epicentro.iss.it/hbhc/>), rivolto agli adolescenti di 11, 13 e 15 anni e condotto in 42 Paesi della Regione Europea della WHO (tra cui l'Italia) e nel Nord America. Sulla base di quanto emerso dall'ultima raccolta dati svoltasi nel 2018 (6), il 26% dei maschi di 15 anni dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo, mentre la percentuale è più bassa tra le femmine (18%). Inoltre, la maggior parte degli adolescenti di 15 anni che hanno già avuto un rapporto completo riferisce l'utilizzo del preservativo (il 71% dei maschi e il 66% delle femmine), seguito dall'interruzione del rapporto, dichiarato da più del 50% delle ragazze e dal 37% dei coetanei maschi. Complessivamente, circa l'11% riferisce l'uso della pillola e solo il 5% di non aver usato alcun metodo. Nel confronto con gli altri Paesi partecipanti all'HBSC, l'Italia si colloca a un livello simile al valore mediano per quanto riguarda la percentuale di ragazzi che hanno avuto rapporti sessuali completi, alto per l'uso del preservativo e basso per quello della pillola (7).

Sempre nel nostro Paese, nel 2000 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto un'indagine campionaria più dettagliata su conoscenze, attitudini e comportamenti riguardanti la salute sessuale e riproduttiva degli studenti frequentanti i primi due anni delle scuole medie superiori (attuali secondarie di secondo grado) di 11 regioni italiane (8); oltre il 95% dei ragazzi, già all'epoca, suggeriva che la scuola doveva garantire l'educazione sessuale in classe. Inoltre, poco meno dell'80% dei ragazzi considerava il preservativo in grado di proteggere dalle infezioni/malattie a trasmissione sessuale e molte di queste erano poco conosciute.

Alla luce dell'importanza della salute sessuale negli adolescenti e per aggiornare i dati disponibili sulle loro conoscenze, attitudini e comportamenti, di seguito vengono presentati i risultati dell'indagine svolta all'interno dello Progetto "Studio Nazionale Fertilità" che ha riguardato un campione di 16.063 studenti.

Indagine rivolta agli adolescenti

Materiali e metodi

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dagli alunni delle classi terze della scuola secondaria di secondo grado (prevalentemente di età 16-17 anni). Tale popolazione ammonta a circa 550 mila studenti di cui il 42% frequentanti scuole ubicate nel Nord del Paese, il 22% nel Centro e il 36% nel Sud.

L'indagine si è svolta tra il 31 ottobre 2017 e il 30 marzo 2018 e ha coinvolto l'intero territorio nazionale ad eccezione della Provincia Autonoma di Bolzano, l'Umbria e la Basilicata, i cui studenti complessivamente costituiscono circa il 3% della popolazione target.

Disegno dell'indagine

L'indagine è stata di tipo campionario e con un disegno di campionamento a due stadi stratificato e a grappoli, con gli istituti scolastici come unità di primo stadio e le classi terze come unità di secondo stadio. Il campione è stato selezionato applicando procedure di estrazione randomizzata a partire dalla lista completa di tutte le scuole secondarie di secondo grado presenti in Italia fornita dall'allora MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca), oggi Ministero dell'Istruzione, e tutti gli alunni iscritti nelle classi selezionate sono stati invitati a partecipare alla rilevazione. Il campione è stato stratificato per regione e dimensione del comune della scuola (2 classi dimensionali: inferiore ai 50.000 abitanti; almeno 50.000 abitanti). La numerosità campionaria e la sua allocazione negli strati sono state definite in modo da garantire stime rappresentative a livello regionale con una precisione della stima del $\pm 4\%$, con livello di confidenza del 95%, valutata su una frequenza attesa di 0,5 per una variabile binomiale e corretta per la popolazione regionale studentesca. Il calcolo della dimensione campionaria ha, inoltre, tenuto conto della complessità del disegno (multistadio e a grappoli) attraverso l'applicazione di un *design effect* pari a 2. Infine, si è operato un sovra campionamento per tener conto di eventuali rifiuti e assenze il giorno dell'indagine, basato su un tasso di partecipazione pari all'80%. La dimensione campionaria teorica è pari a circa 1.500-1.600 alunni per regione partecipante, ad eccezione del Molise (circa 1.100) e della Provincia Autonoma di Trento (circa 800).

Modalità di svolgimento dell'indagine

Al fine di implementare l'indagine è stato necessario identificare in ogni Regione dei Referenti Regionali per assicurare il coordinamento a livello territoriale, facilitare la comunicazione con il territorio, supportare gli insegnanti durante la raccolta dati e garantire il collegamento con il Coordinamento Nazionale dell'ISS.

Contestualmente l'ISS ha richiesto al MIUR la lista nazionale delle scuole secondarie di secondo grado (statali e paritarie) per effettuare il campionamento e parallelamente sono stati contattati tutti gli Uffici Scolastici Regionali per informarli dell'iniziativa. L'ISS ha fornito ai Referenti Regionali l'elenco delle scuole con le classi selezionate per partecipare all'indagine. Lo

studio ha previsto per i Referenti Regionali e i loro collaboratori una formazione specifica sui contenuti dell'indagine, sulle modalità di raccolta dati, sull'utilizzo di strumenti per la raccolta (questionario e software) finalizzata, oltre che a implementare e seguire le fasi operative dell'indagine localmente, anche alla presentazione dell'indagine stessa in tutte le scuole e nelle classi. I Referenti Regionali hanno a loro volta identificato dei Referenti di ASL che sono stati formati per prendere contatti con le scuole campionate e seguire l'indagine.

L'indagine è stata condotta durante un'ora di lezione dedicata e in presenza di un insegnante che ha assicurato ai ragazzi la possibilità di compilare il questionario in tranquillità e nel pieno rispetto della privacy.

Una settimana prima della data stabilita per la raccolta dati, l'insegnante ha fatto avere ai genitori l'informativa sull'indagine per mezzo degli studenti e il modulo per esprimere l'eventuale rifiuto alla partecipazione del proprio figlio. Il giorno della rilevazione ha provveduto a raccogliere tali moduli e i rifiuti dei ragazzi che non hanno voluto partecipare all'indagine per propria volontà, consegnando poi queste informazioni al Referente aziendale/regionale. Gli studenti che non hanno partecipato all'indagine sono stati coinvolti dall'insegnante in normali attività scolastiche (compiti, esercizi, letture, ecc.). L'indagine si è avvalsa di un sistema CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*) per la raccolta dati: ciascun studente si è collegato ad un apposito sito, inserendo una password (univoca per ciascun rispondente) e ha risposto alle domande visualizzate dal sistema. Per la compilazione, sono stati utilizzati i computer a disposizione nelle aule multimediali della scuola o i device mobili con connessione internet a disposizione degli studenti (tablet o smartphone).

In alcune scuole dove non è stato possibile utilizzare alcun dispositivo con connessione web, agli studenti è stata consegnata una copia cartacea del questionario, una busta vuota e un codice che lo identificava univocamente. I questionari, una volta compilati, sono stati inseriti nell'apposita busta che era poi consegnata al Referente aziendale/regionale che ha provveduto ad inserire i dati o in alcuni casi a recapitare le buste all'ISS.

Strumenti di rilevazione

Lo strumento di rilevazione è stato un questionario sviluppato dall'ISS con il supporto di esperti della salute sessuale e riproduttiva facenti parte del Comitato Scientifico multidisciplinare. Nella formulazione delle domande, quando possibile, si è seguito il criterio della confrontabilità dei risultati rispetto ad indagini precedenti e si sono quindi utilizzate le stesse domande e le stesse risposte. Il questionario (Appendice B1) è stato articolato in 4 sezioni tematiche cui si aggiunge una sezione conclusiva dedicata a rilevare le informazioni socio-demografiche dell'alunno (sesso ed età) e dei suoi genitori (età, nazionalità e titolo di studio). Facendo riferimento alla salute sessuale e riproduttiva, ciascuna sezione tematica ha indagato uno specifico aspetto:

- *conoscenze*
specificatamente su fertilità e fattori di rischio, infezioni/malattie a trasmissione sessuale e metodi contraccettivi;
- *comportamenti*
soprattutto in relazione alle esperienze di rapporti sessuali completi e all'utilizzo di metodi per evitare una gravidanza e/o il rischio di infezioni/malattie a trasmissione sessuale;
- *atteggiamenti*
ovvero la consuetudine ad affrontare i temi della salute sessuale e riproduttiva con i familiari e gli amici e la visione della genitorialità;
- *fonti di informazione*
ovvero l'abitudine a cercare informazioni, la percezione della scuola come luogo in cui acquisire informazioni, la partecipazione a corsi/incontri sul tema della sessualità e la

Risultati e discussione

Partecipazione all'indagine

Hanno partecipato all'indagine 482 scuole secondarie di secondo grado, 941 classi terze e 16.063 alunni, ripartiti a livello regionale come riportato in Figura 2. La produzione di stime regionali, con un livello di precisione pari o di poco inferiore a quello stabilito in fase di disegno dell'indagine, è stata possibile per 12 regioni e per la Provincia Autonoma di Trento, dove il numero di alunni partecipanti è stato in linea con quanto stabilito in fase di disegno dell'indagine. Invece le 5 regioni in cui il numero di questionari compilati è stato decisamente inferiore a quello atteso hanno contribuito solo alle stime nazionali e per ripartizione geografica (Nord, Centro e Sud).

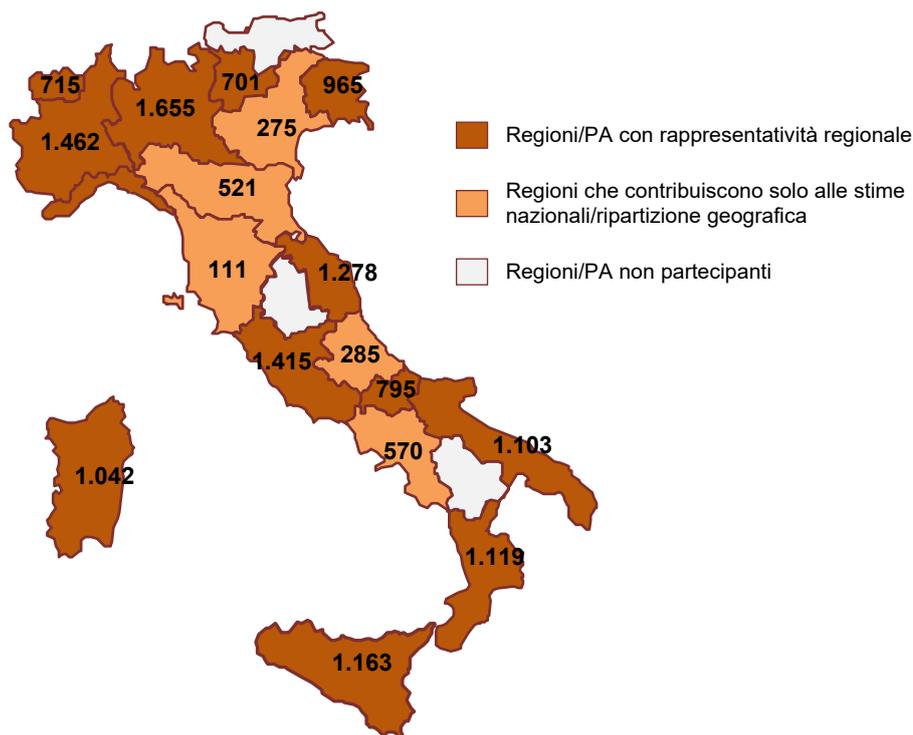


Figura 2. Numero di alunni che ha partecipato alla rilevazione per regione. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

A livello nazionale, oltre l'80% degli alunni iscritti nelle classi selezionate ha preso parte alla rilevazione compilando il questionario. Tra le regioni con rappresentatività regionale il tasso di partecipazione varia da circa il 75% in Puglia e Sardegna all'89% in Lombardia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento e Valle d'Aosta. La maggioranza delle scuole ha optato per una compilazione online del questionario (89%) mentre il 3% ha utilizzato i questionari cartacei. Per l'8% delle scuole tale informazione non è disponibile

Caratteristiche socio-demografiche della popolazione

Al momento della indagine, gli studenti delle classi terze della scuola secondaria di secondo grado avevano nella maggioranza di casi 16 (67%) o 17 anni (22%) ed erano leggermente di più i maschi (51%) rispetto alle femmine (Figura 3). Il 5% degli studenti ha dichiarato di essere nato in un Paese diverso dall'Italia.

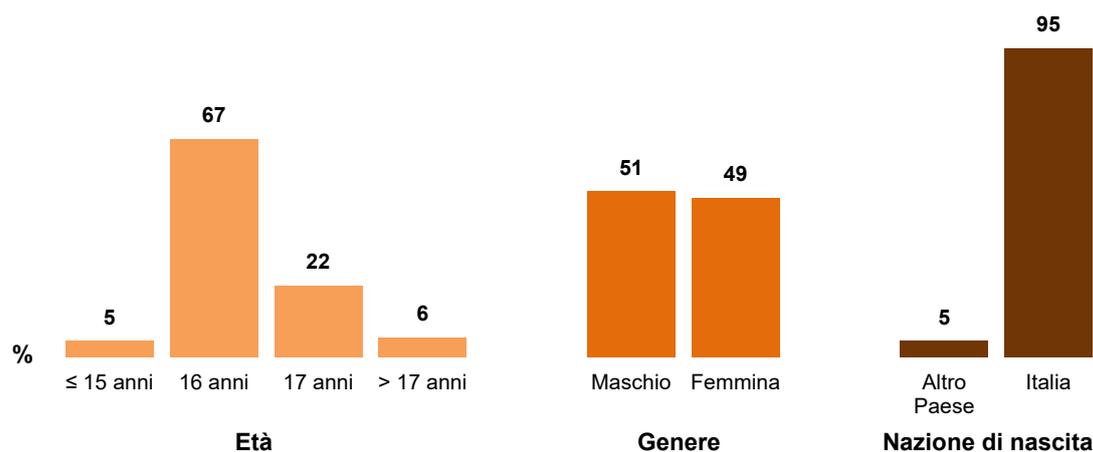


Figura 3. Distribuzione percentuale degli alunni di classe terza delle scuole secondarie di secondo grado per età, genere e nazione di nascita. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Circa uno studente su due ha genitori con un livello di istruzione medio, il 19% basso e il 31% alto; mentre il 9% ha almeno un genitore di cittadinanza straniera (Figura 4).

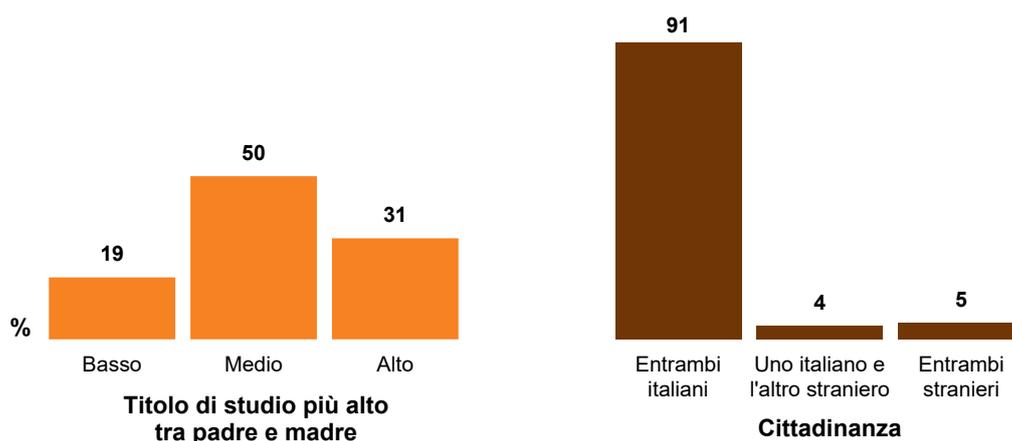


Figura 4. Distribuzione percentuale degli alunni di classe terza delle scuole secondarie di secondo grado per titolo di studio e cittadinanza dei genitori. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Conoscenze

La prima sezione del questionario compilato dai ragazzi riguardava le conoscenze sul tema della fertilità, in termini di fisiologia e infezioni/malattie sessualmente trasmesse. Tutte le domande presentavano diverse opzioni di risposta e, salvo alcuni casi specifici, solo una era la risposta corretta.

Alla prima domanda della sezione “Sai cosa si intende con il termine fertilità?”, il 90% dei ragazzi ha risposto in modo corretto, l’8% ha dato risposte errate e solo il 2% ha risposto di non sapere cosa rispondere (Figura 5); sebbene le differenze geografiche siano minime, i ragazzi del Sud rispetto a quelli del Nord e del Centro sembrano saperne meno.

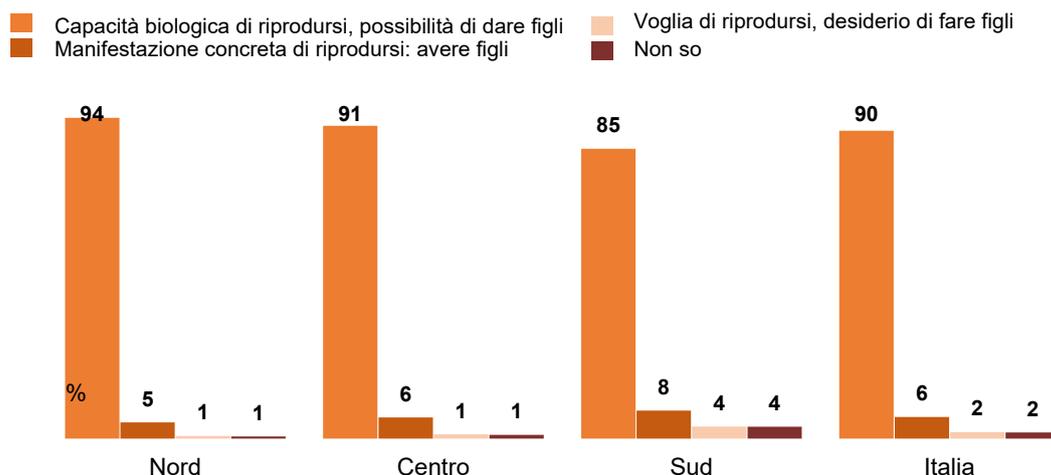


Figura 5. Significato del termine “fertilità” secondo i ragazzi intervistati per ripartizione geografica. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

La maggior parte dei ragazzi ha le idee chiare sul fatto che la fertilità riguardi entrambi i sessi (86%) e solamente l'11% è erroneamente convinto che la fertilità riguardi solo le donne e l'1% solo gli uomini; anche qui il 2% non è stato in grado di rispondere e al Sud le risposte errate sono più frequenti rispetto alle altre ripartizioni geografiche (Figura 6).

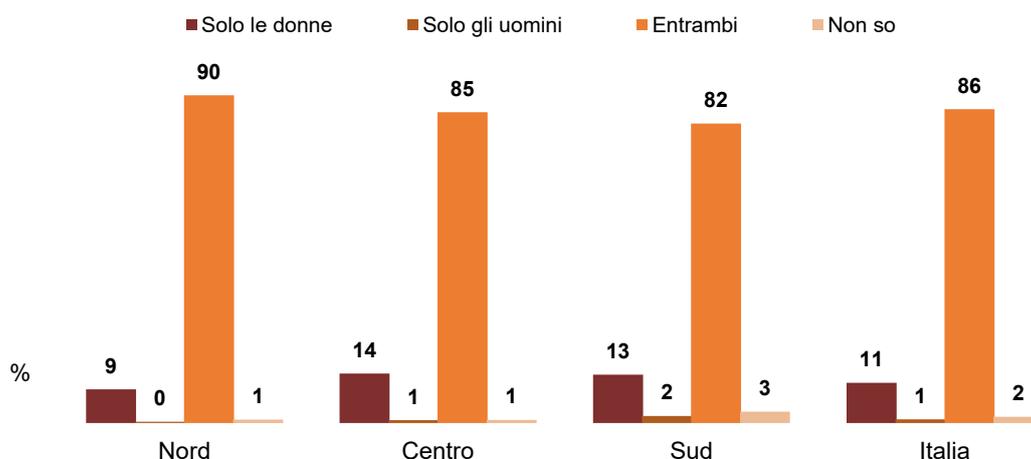


Figura 6. Responsabilità della “fertilità” secondo i ragazzi intervistati per ripartizione geografica. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

L'80% dei ragazzi, senza differenze di genere, non ha dubbi sul fatto che una donna possa rimanere incinta al suo primo rapporto sessuale e il 54% è convinto del fatto che una donna ha maggiore probabilità di rimanere incinta se ha rapporti sessuali nei giorni a metà tra una mestruazione e l'altra.

Sebbene l'86% dei ragazzi correttamente non abbia dubbi sul fatto che per una donna la capacità biologica di avere figli si riduca con l'età, non si può dire altrettanto per quanto riguarda quella maschile; solamente il 37% dei ragazzi, infatti, è consapevole che l'età possa avere un effetto negativo sulla fertilità maschile e ben 1 ragazzo su 2 (56%) è certo del contrario (Figura 7).

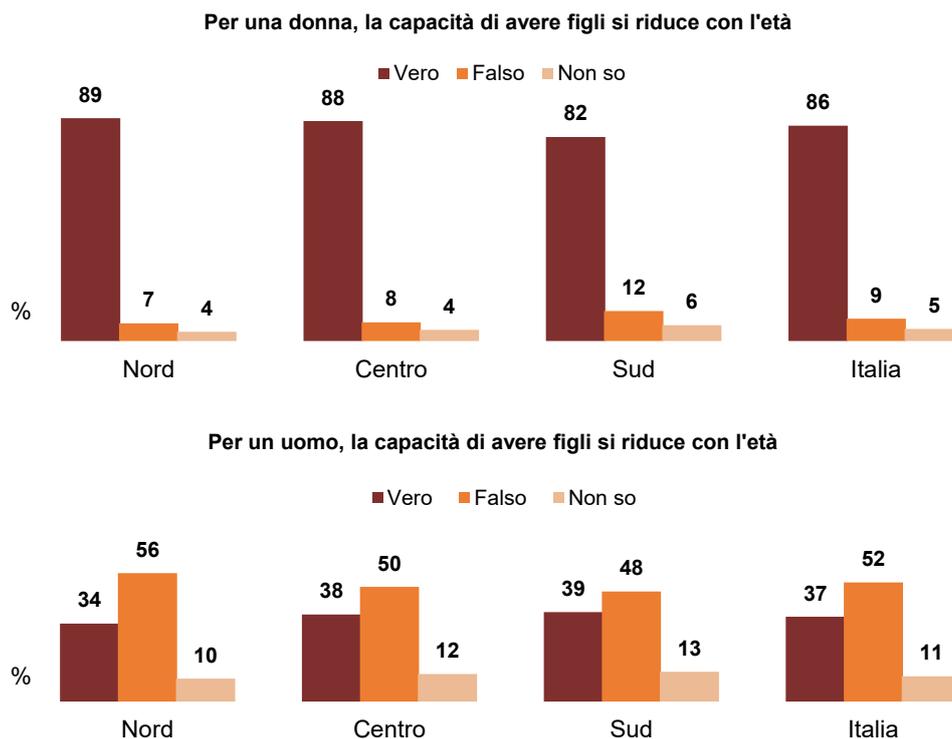


Figura 7. Risposte dei ragazzi sull'importanza dell'età sulla fertilità della donna e dell'uomo per ripartizione geografica. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Questa lacuna informativa nei ragazzi emerge ancora più nitidamente se si chiede a che età, sia per l'uomo che per la donna, si riduce la capacità biologica di avere figli. Per quanto riguarda la donna, il 39% dei ragazzi, senza differenze di genere, è erroneamente convinto che la riduzione della fertilità abbia inizio dai 46-50 anni (Figura 8), magari confondendo questo aspetto con la menopausa che in genere sopraggiunge nell'età indicata dai ragazzi.

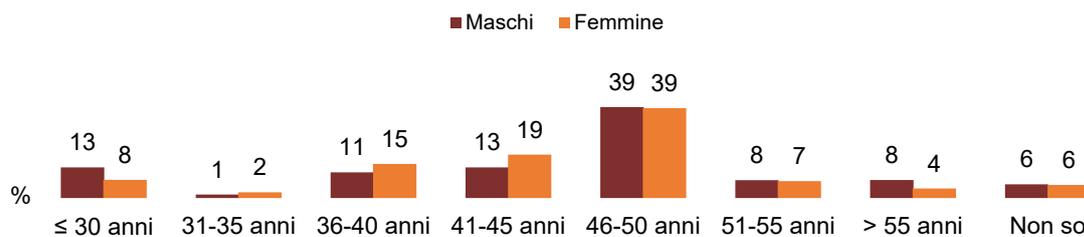


Figura 8. Età in cui si riduce la capacità biologica di avere i figli per una donna secondo i ragazzi intervistati per ripartizione geografica. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Anche per quanto riguarda la riduzione età-dipendente della fertilità maschile le conoscenze dei ragazzi sono errate; una quota cospicua di ragazzi (39%) e di ragazze (32%) è infatti convinta che l'uomo solamente dopo i cinquantacinque anni inizia ad avere una riduzione della fertilità (Figura 9).

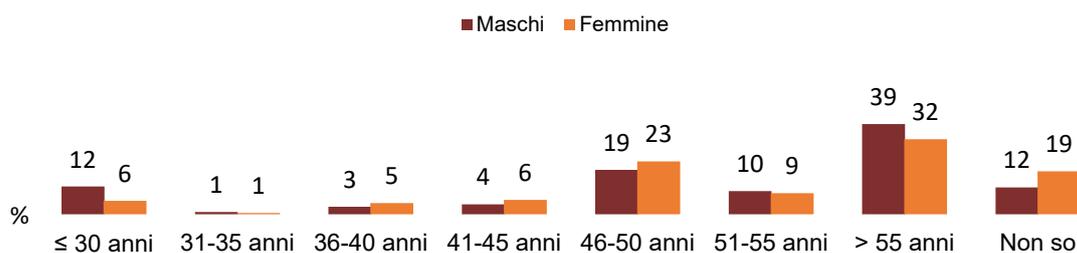


Figura 9. Età in cui si riduce la capacità biologica di avere i figli per un uomo secondo i ragazzi intervistati per ripartizione geografica. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Il fumo è il fattore di rischio maggiormente riconosciuto sia per la fertilità femminile (81%) che per quella maschile (75%), seguito dal consumo di alcol (72% e 66% rispettivamente). Per gli altri fattori, il livello di consapevolezza è più contenuto: tra il 50% e il 65% dei ragazzi identifica il regolare svolgimento di attività fisica e la dieta salutare e bilanciata come fattori in grado di aumentare la fertilità e l'eccesso di peso e il sottopeso come fattori di riduzione (Figura 10).

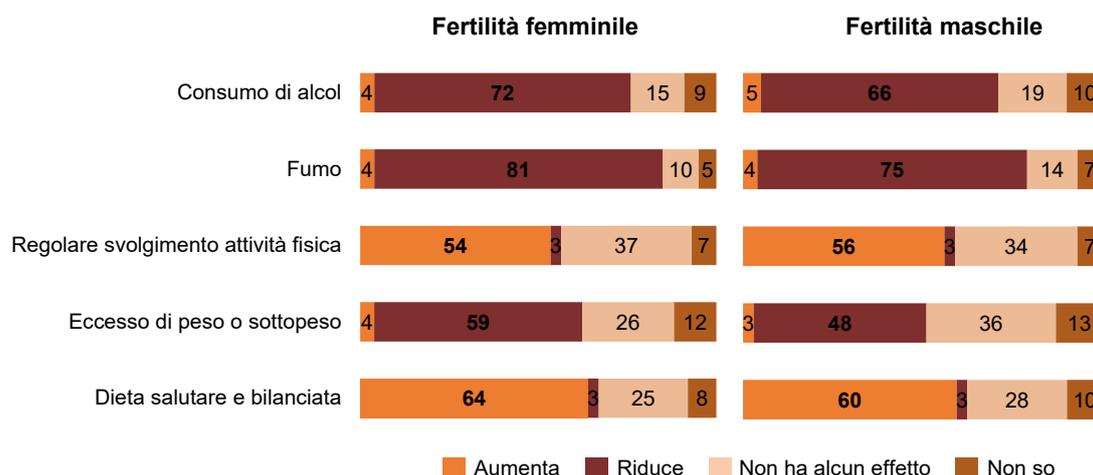


Figura 10. Conoscenze sugli effetti di alcuni fattori sulla fertilità femminile e maschile secondo i ragazzi intervistati (i numeri in grassetto indicano le percentuali di risposte esatte). “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Se da una parte i dati suggeriscono una sufficiente conoscenza circa gli stili di vita connessi alla fertilità, non si può affermare altrettanto per quanto riguarda la fisiologia delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e i metodi contraccettivi.

Nonostante il 97% di ragazzi e ragazze abbia sentito parlare di infezioni/malattie sessualmente trasmissibili, una quota contenuta di ragazzi – che va dal 25% al 48% – riconosce la clamidia, la gonorrea, il papilloma virus, l'epatite virale e la sifilide come infezioni/malattie a trasmissione sessuale (Figura 11). In relazione a queste patologie/infezioni si rileva, inoltre, un gradiente Nord-Sud. Viceversa, l'HIV è conosciuta dalla quasi totalità dei ragazzi (96%), senza differenza di genere, e l'herpes (69%) da 2 ragazzi su 3 (Figura 11).

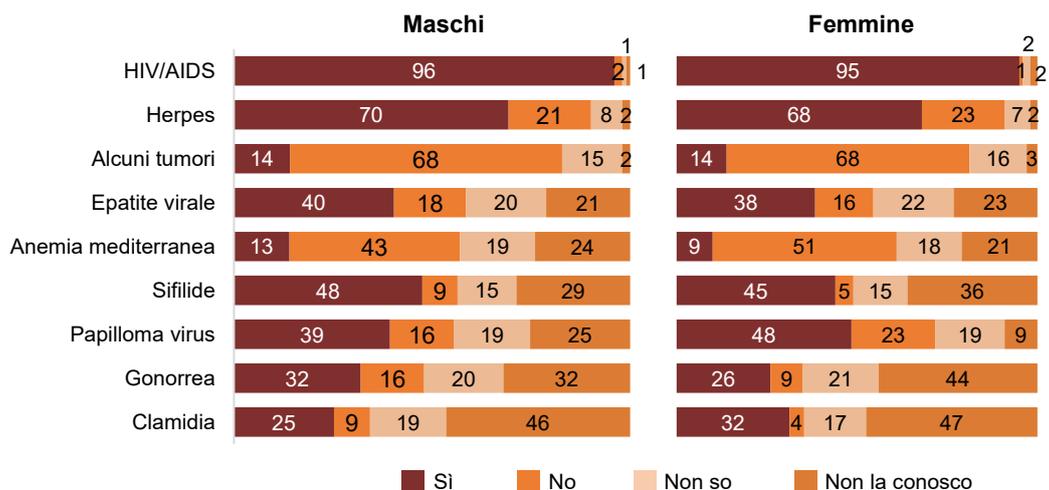


Figura 11. Conoscenze sulla trasmissione di infezioni/malattie attraverso i rapporti sessuali secondo i ragazzi intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Relativamente alla conoscenza dei metodi contraccettivi, il profilattico e la pillola risultano i conosciuti dalla quasi totalità dei ragazzi (rispettivamente 99% e 96%) che, nella stragrande maggioranza dei casi, dichiarano inoltre di conoscerne il funzionamento (Figura 12).

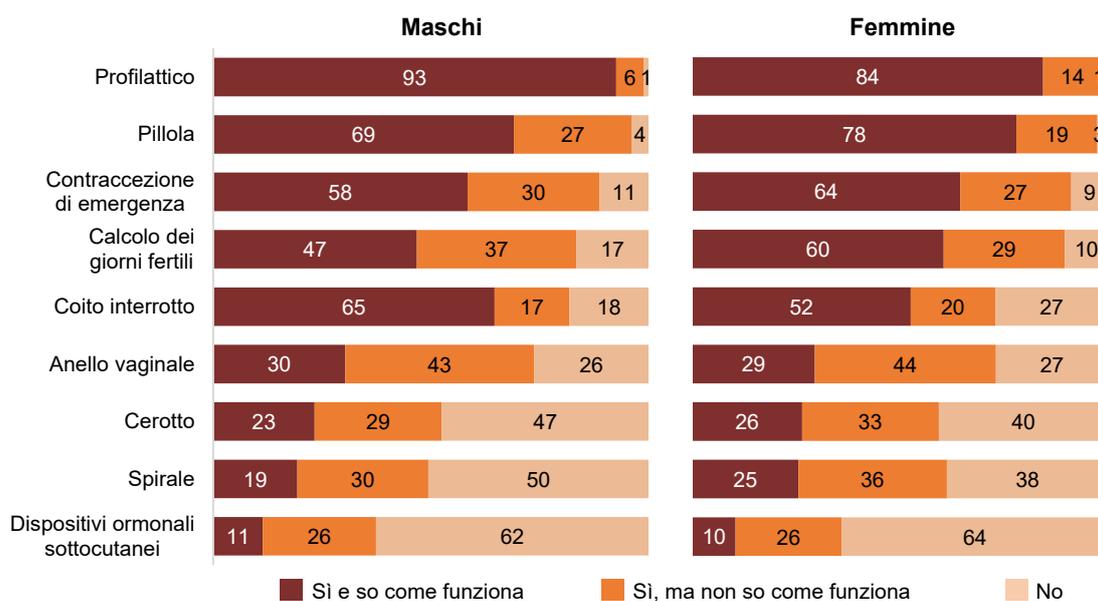


Figura 12. Conoscenza dei metodi contraccettivi da parte dei ragazzi intervistati per genere. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Il livello di conoscenza è alto anche per il calcolo dei giorni fertili (86%), il coito interrotto (77%) e l’anello vaginale (73%). Inoltre il 90% dei ragazzi conosce la contraccezione di emergenza (Figura 8). Risultano, invece, decisamente meno noti, e con un gradiente, Nord-Sud i dispositivi ormonali sottocutanei (37%), la spirale (55%) e il cerotto (56%).

Correttamente la grande maggioranza dei ragazzi e delle ragazze (9 su 10) è consapevole del fatto che il preservativo sia in grado di proteggere dalle infezioni/malattie a trasmissione sessuale, tuttavia una piccola quota non trascurabile (21%) è erroneamente convinta che anche la pillola/il cerotto/l'anello vaginale a altri dispositivi sottocutanei possano proteggere da queste malattie (Figura 13).



Figura 13. Conoscenze dei metodi contraccettivi e metodi contraccettivi d'emergenza per la protezione dalle infezioni/malattie a trasmissione sessuale da parte dei ragazzi intervistati per genere. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Comportamenti

La seconda sezione del questionario riguardava i comportamenti sul tema della sessualità. Il 57% delle ragazze e il 43% dei ragazzi ha dichiarato di non aver ancora avuto rapporti sessuali, il 15% delle ragazze e il 22% dei ragazzi ha dichiarato di averli avuti incompleti, mentre il 28% delle ragazze e il 35% dei ragazzi ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi (Figura 14).

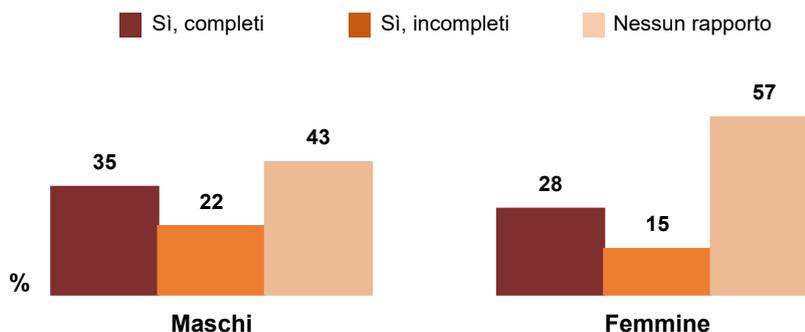


Figura 14. Percentuale di ragazzi intervistati che hanno avuto rapporti sessuali per genere. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

La percentuale di ragazzi che dichiara di aver già avuto rapporti sessuali completi non evidenzia differenze importanti a livello di ripartizione territoriale (Nord 34%, Centro 37%, Sud 35%); mentre per le ragazze si evidenzia una percentuale più bassa al Sud (Nord 30%, Centro 32%, Sud 22%). Confrontando questo dato con quello raccolto con lo studio HBSC nel 2018 (7),

si osservano percentuali leggermente più alte di ragazzi che hanno avuto rapporti sessuali completi (è pari a 18% delle femmine e 26% dei maschi nella raccolta dati HBSC). Anche i valori osservati nello studio ISS del 2000 erano inferiori (10). Questa differenza è probabilmente dovuta alla minore età dei ragazzi coinvolti nell'HBSC (15 anni) e nello studio del 2000 (13-15 anni) rispetto a questo studio (16-17 anni).

A coloro che hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi è stato chiesto di indicare se in occasione del loro primo rapporto avessero fatto qualcosa per evitare una gravidanza indesiderata e/o il rischio di infezioni/malattie. Il 77% sia dei ragazzi che delle ragazze ha dichiarato di aver usato il profilattico, il 23% dei ragazzi e il 29% delle ragazze ha praticato il coito interrotto, mentre solo l'11% dei ragazzi e il 9% delle ragazze non ha preso alcuna precauzione (Figura 15).

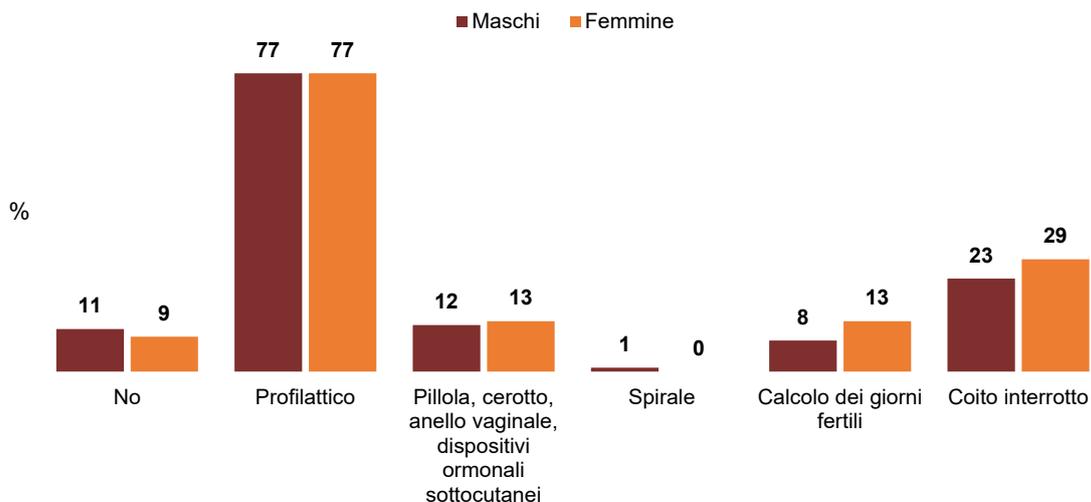


Figura 15. Strategie dei ragazzi intervistati per evitare una gravidanza indesiderata e/o il rischio di infezioni/malattie in occasione del primo rapporto sessuale completo per genere (possibilità di dare più risposte). “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Per quanto riguarda il confronto con altri studi, il quadro sull'utilizzo di metodi contraccettivi è molto simile a quello osservato nello studio dell'ISS del 2000 in relazione alla quota di ragazzi che non usa alcun metodo (10%); mentre aumenta l'utilizzo del profilattico ma anche quello del coito interrotto e del calcolo dei giorni fertili (8). Rispetto ai dati raccolti tramite l'HBSC (che si riferisce all'uso durante l'ultimo rapporto sessuale, senza specificare se completo e a una popolazione di 15enni) si osserva un simile alto uso del profilattico (66% tra le ragazze e 71% tra i ragazzi), valori simili di pillola (11%) e percentuali più basse di coito interrotto (54% tra le ragazze e 37% nei ragazzi) (6).

La domanda sull'uso dei contraccettivi per evitare una gravidanza indesiderata o il rischio di infezioni/malattie, è stata posta anche con riferimento ai rapporti sessuali avuti negli ultimi 3 mesi e con riferimento all'ultimo partner.

Il profilo di risposta è tendenzialmente simile a quello riferito al primo rapporto sessuale pur evidenziandosi, in particolare per le ragazze, un maggiore uso della “pillola, cerotto, anello vaginale, dispositivi ormonali sottocutanei”, dal 13% al 17%, probabile effetto di un primo rapporto sessuale non sempre pianificato (Figura 16).

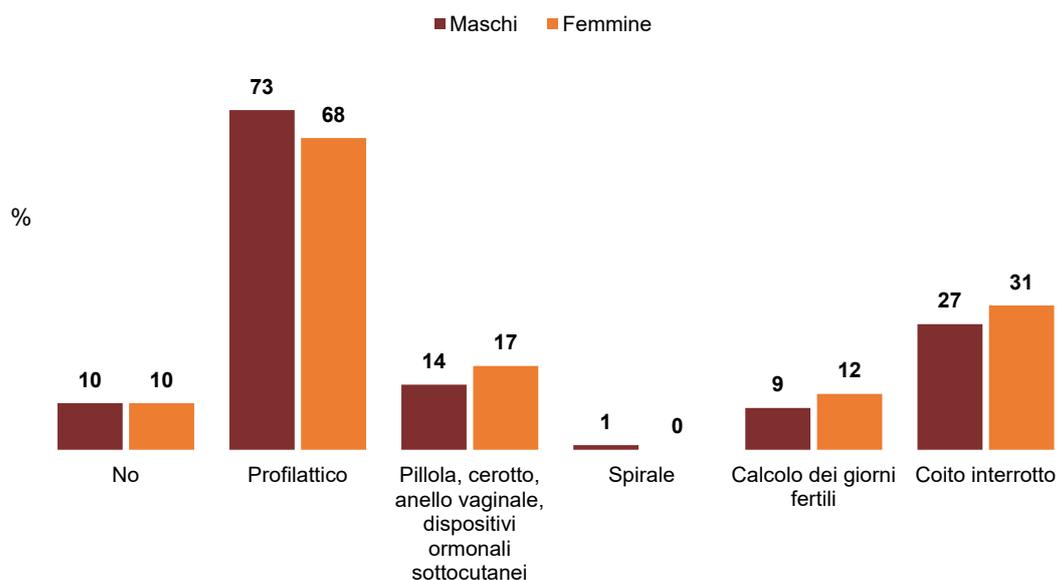


Figura 16. Strategie dei ragazzi intervistati per evitare una gravidanza indesiderata o il rischio di infezioni/malattie riferite all'ultimo rapporto sessuale completo negli ultimi 3 mesi per genere (possibilità di dare più risposte). "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

I consultori rimangono servizi poco frequentati (meno del 10% degli studenti, Figura 17) e un 22% ancora non li conosce, situazione simile a quella rilevata nel 2000 (8). Anche la percentuale di ragazze che ha effettuato una visita da un ginecologo è bassa (32%, Figura 18), e ancora più bassa è la percentuale dei ragazzi che si rivolgono all'andrologo (12%).

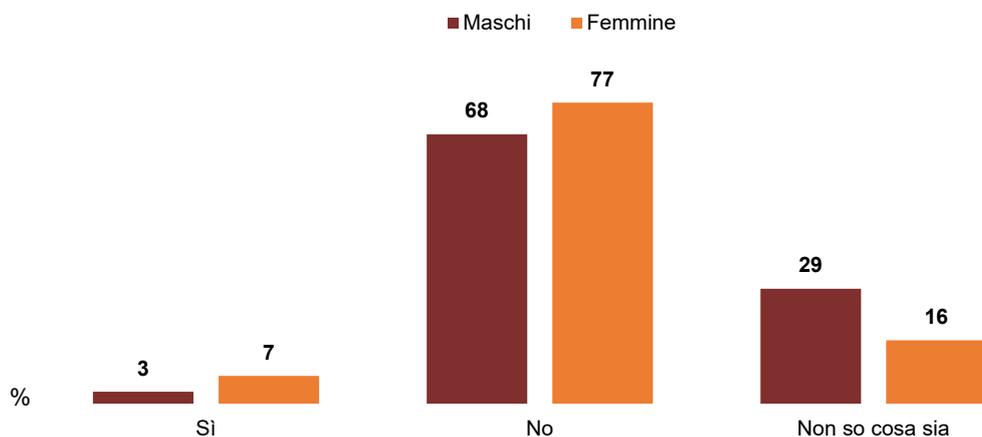


Figura 17. Percentuale di ragazzi intervistati che si sono rivolti a un consultorio per genere. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

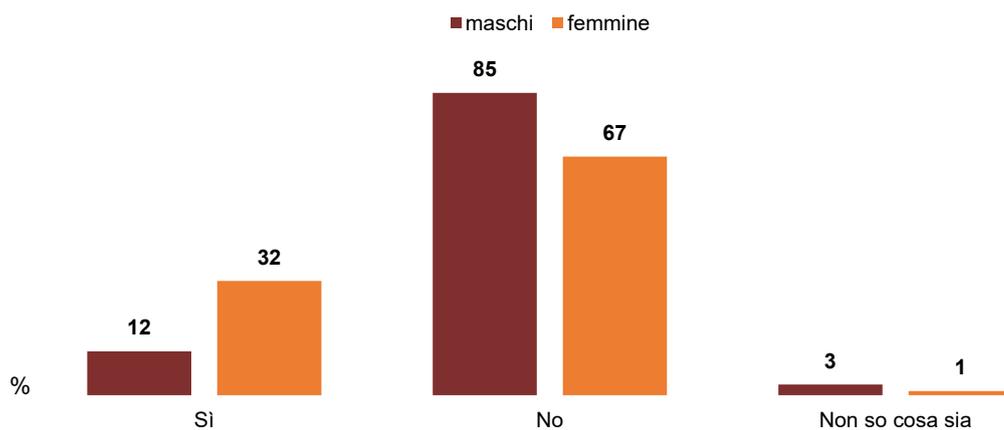


Figura 18. Risposte dei ragazzi intervistati sull'aver effettuato una visita dal ginecologo/andrologo per genere. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Atteggiamenti

La terza sezione del questionario riguardava gli atteggiamenti rispetto alla condivisione con familiari e amici di temi riferiti alla sessualità ed affettività e alla propensione ad avere figli. Complessivamente i risultati evidenziano che la famiglia non è il contesto dove si affrontano argomenti quali «sviluppo sessuale e fisiologia della riproduzione», «infezioni/malattie sessualmente trasmissibili» e «metodi contraccettivi». Solo un 20% parla in famiglia di questi argomenti in maniera approfondita (Figura 19).

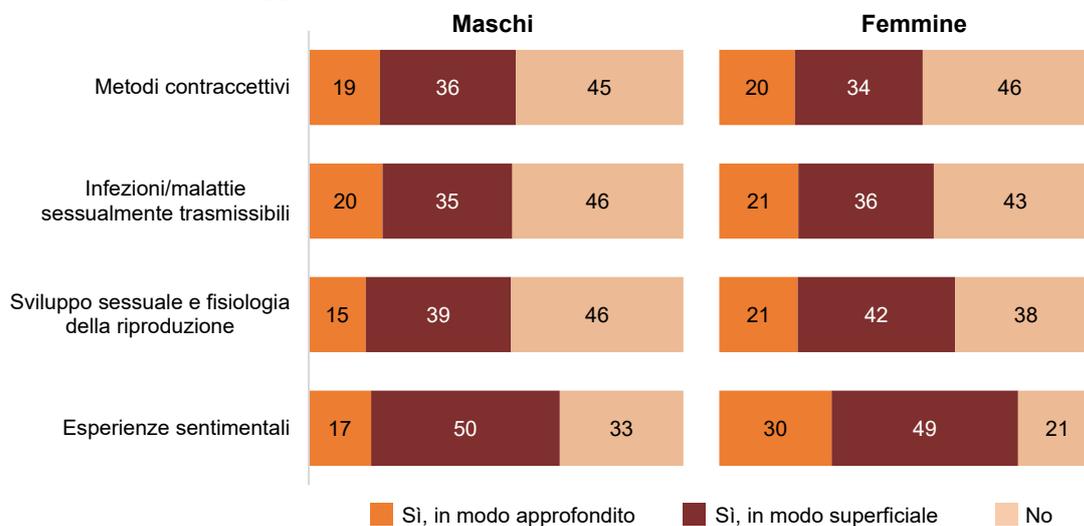


Figura 19. Risposte dei ragazzi intervistati circa l'aver parlato con i propri familiari di alcuni argomenti legati all'affettività e alla sessualità. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

La figura familiare a cui, sia i ragazzi che le ragazze, si rivolgono più frequentemente per parlare di argomenti legati alla sessualità e all'affettività è la madre (maschi 65%, femmine 87%);

il padre è un importante punto di riferimento soprattutto per i maschi (61% rispetto al 19% per le femmine). I fratelli sono punto di riferimento per il 25-27% degli intervistati mentre il 12-13% si rivolge ad altri familiari.

Gli amici sono invece le persone con le quali gli adolescenti parlano più frequentemente di queste tematiche (Figura 20). Gli argomenti che affrontano di più in modo approfondito, sia per i maschi che per le femmine, sono le esperienze sentimentali, mentre parlano di meno delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili. Si evidenzia una quota consistente di adolescenti che non parla di queste tematiche con nessuno.

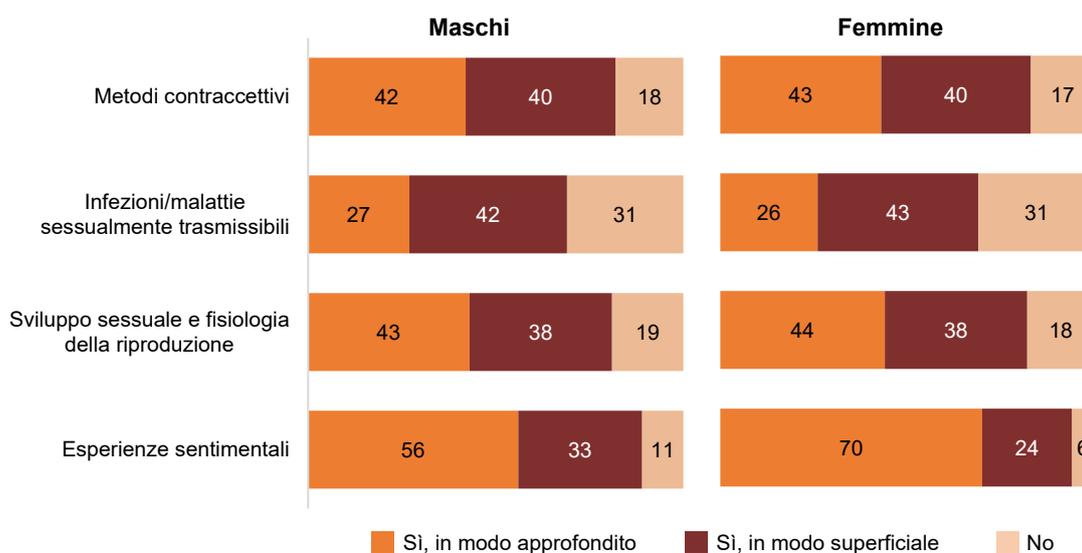


Figura 20. Risposte dei ragazzi intervistati circa l'aver parlato con i propri amici/compagni su alcuni argomenti legati all'affettività e alla sessualità. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Rispetto all'idea di avere figli in futuro il 78% dichiara di volerli, solo il 7% dice di non volere figli, mentre il 15% non sa (Figura 21).

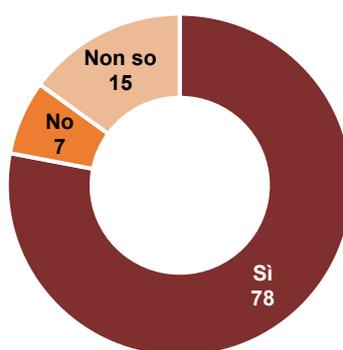


Figura 21. Risposte dei ragazzi intervistati sull'intenzione di avere figli in futuro. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Rispetto ad una valutazione sull'età giusta per diventare genitori, più della metà degli intervistati, il 58% delle ragazze e il 56% dei ragazzi, ritiene che questa sia tra i 26-30 anni (Figura 22). La seconda fascia di età più frequentemente indicata è stata per i maschi la fascia 31-35 anni (25%) mentre per le femmine è stata la fascia 21-25 anni (21%).

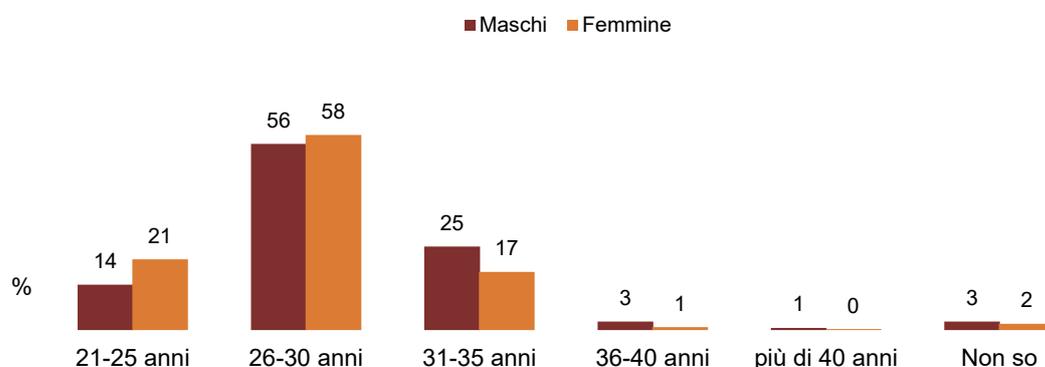


Figura 22. Risposte dei ragazzi intervistati sull'età giusta per diventare genitori. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Fonti d'informazione

La quarta sezione del questionario riguardava le fonti d'informazione e andava ad indagare la ricerca attiva di esse, la percezione sull'adeguatezza delle informazioni in possesso sulla sessualità e la valutazione su chi dovrebbe garantire tali informazioni.

In particolare, per quanto riguarda la ricerca attiva di informazioni sulla sessualità e la riproduzione, solo il 15% dei ragazzi dichiara di averla fatta "spesso", il 59% ha risposto "qualche volta" e il 26% ha dichiarato di non aver mai cercato attivamente questo tipo di informazioni; su questa domanda non sembrano esserci differenze geografiche (Figura 23).

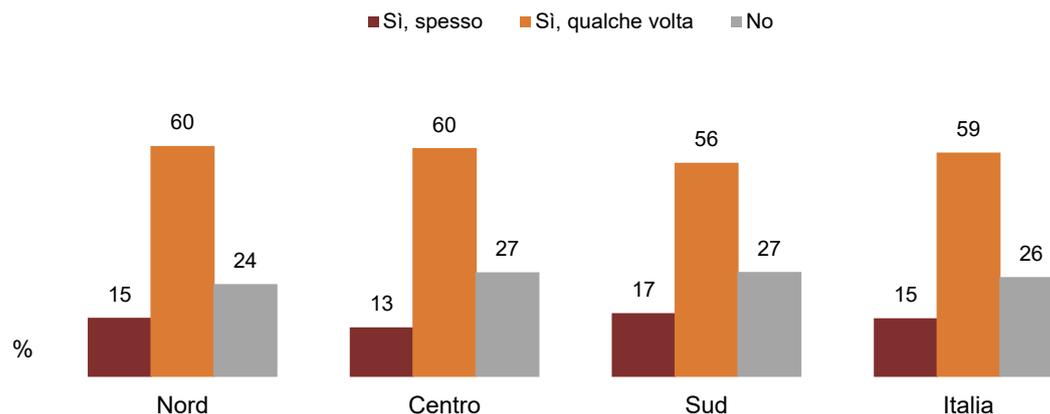


Figura 23. Risposte dei ragazzi intervistati circa la ricerca di informazioni sulla sessualità e la riproduzione. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

A coloro che hanno dichiarato di aver cercato attivamente delle informazioni sulla sessualità e la riproduzione è stata posta la domanda su dove avessero cercato tali informazioni.

La gran parte dei ragazzi, maschi e femmine, ha detto di averle cercate su internet, un 40% di averne parlato con gli amici, un 20-25% in famiglia e il 20% a scuola (Figura 24).

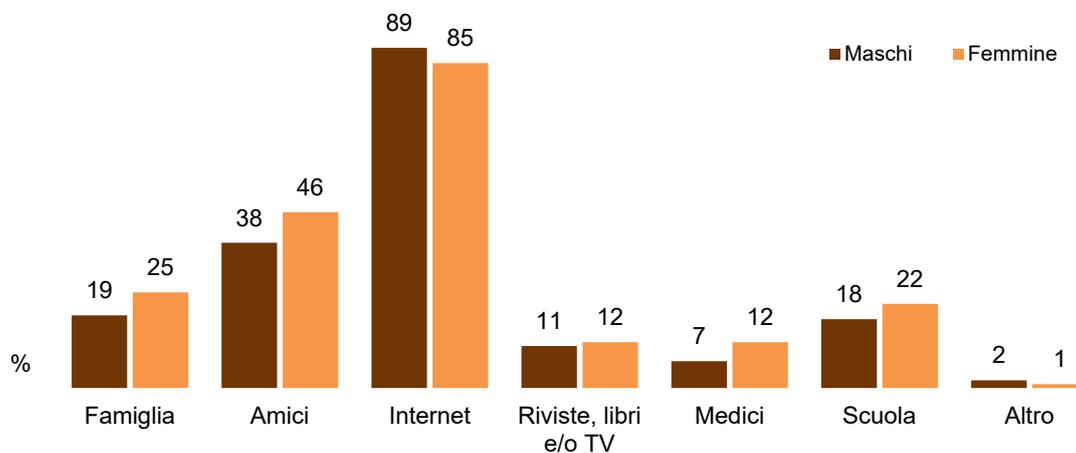


Figura 24. Risposte dei ragazzi intervistati sulle fonti utilizzate per avere informazioni sulla sessualità e la riproduzione per genere (possibilità di dare più risposte). “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Coloro invece che avevano cercato informazioni su sessualità e riproduzione su internet si erano rivolti prevalentemente a siti istituzionali scientifici sul tema o a siti generici, con qualche differenza tra maschi e femmine (Figura 25).

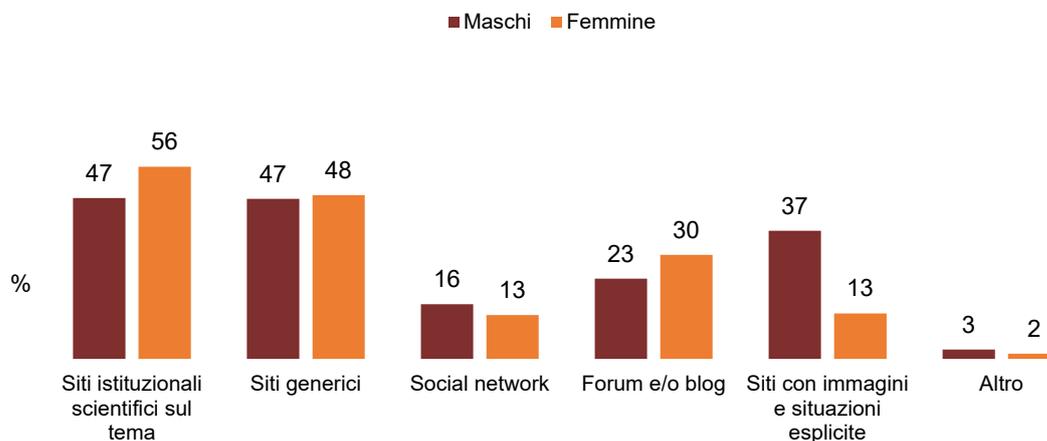


Figura 25. Risposte dei ragazzi intervistati circa la fonte consultata su internet (possibilità di dare più risposte). “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Rispetto invece alla partecipazione a corsi/incontri sul tema della sessualità e della riproduzione, più della metà degli intervistati ha dichiarato di averlo fatto (Figura 26), sebbene

con delle grandi differenze geografiche. Infatti al Sud, la partecipazione a tali corsi/incontri è decisamente inferiore a quella nel Nord del Paese (aumenta il divario Nord-Sud rispetto al 2000). Questo dato va anche interpretato tenendo conto che al Nord l'offerta di corsi/incontri nelle scuole su queste tematiche è più elevata rispetto al Centro-Sud.

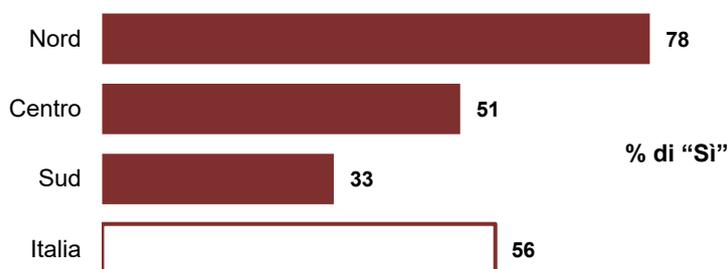


Figura 26. Risposte dei ragazzi intervistati circa la partecipazione o meno a corsi/incontri in cui veniva trattato il tema della sessualità e della riproduzione per ripartizione geografica. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

I ragazzi riconoscono alla scuola un ruolo formativo anche sui temi della sessualità e salute riproduttiva, dato che conferma quanto già emerso nell'indagine ISS del 2000 (8). Infatti solo il 6% dei ragazzi ritiene che la scuola non dovrebbe occuparsi di ciò, mentre il 50% che si debba garantire l'informazione su sessualità e riproduzione fin dalla scuola secondaria di primo grado o anche prima (Figura 27).

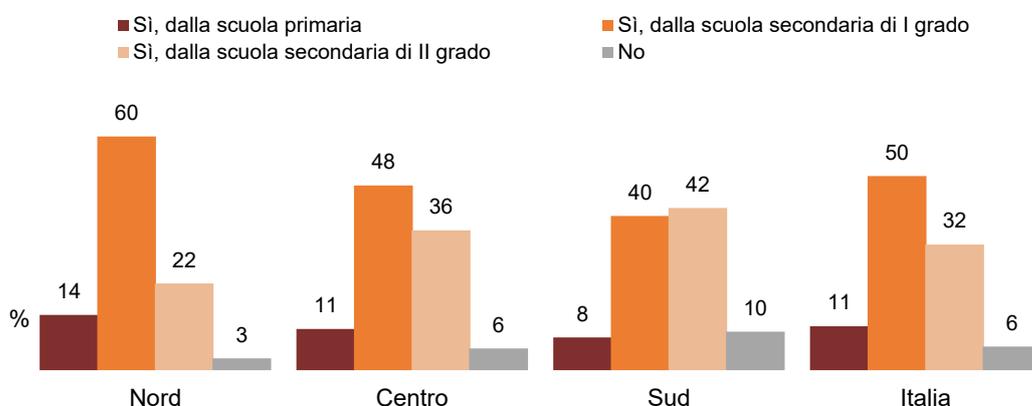


Figura 27. Risposte dei ragazzi intervistati se riengono o meno che la scuola debba garantire l'informazione su sessualità e riproduzione e da quale grado scolastico. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti" (2017-2018)

Tra coloro che vorrebbero fosse la scuola a dare informazioni il 63% preferirebbe che fosse ad occuparsene personale esterno alla scuola, il 36% altri docenti/esperti interni alla scuola e il 22% i propri insegnanti (Figura 28), sebbene con notevoli differenze geografiche. Infatti, al Nord la quota di ragazzi che desidererebbe ricevere informazioni da personale esterno alla scuola è pari al 75%, mentre nel Sud è il 48%.

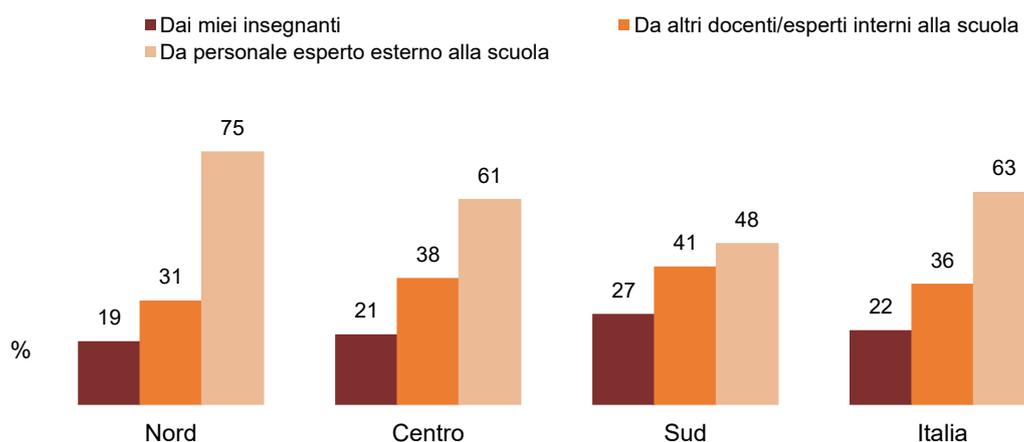


Figura 28. Risposte dei ragazzi intervistati su da chi vorrebbero ricevere informazioni a scuola su sessualità e salute riproduttiva (possibilità di dare più risposte).
 “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Infine la maggior parte dei ragazzi ritiene che le proprie informazioni sulla sessualità e la riproduzione siano adeguate (Figura 29). Questa percezione sembra tuttavia sovrastimata da parte dei ragazzi se si tiene conto delle risposte fornite sulle conoscenze dove emergono delle carenze informative su alcune tematiche riferite alla salute sessuale e riproduttiva.

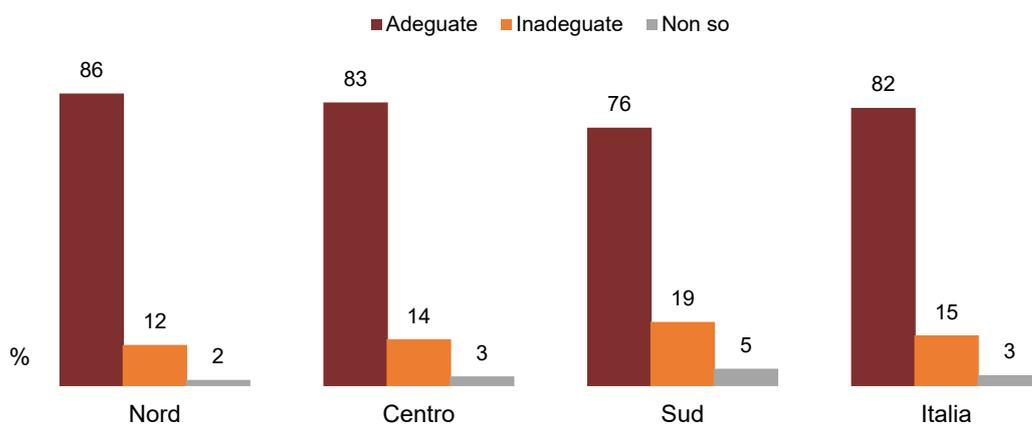


Figura 29. Risposte dei ragazzi intervistati sulla consapevolezza di avere informazioni adeguate o meno sulla sessualità e la riproduzione.
 “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Adolescenti” (2017-2018)

Interventi informativi

Nell’ambito dell’indagine sono state previste delle attività di promozione della salute sessuale e riproduttiva rivolte a un sottogruppo di scuole partecipanti con il coinvolgimento dei servizi territoriali competenti (consultori familiari, case della salute, ecc.).

L'intento di queste attività è stato quello di: a) stimolare un confronto con i ragazzi sulle tematiche di salute affrontate dall'indagine come le infezioni /malattie sessualmente trasmissibili, il consumo di tabacco e alcol, l'importanza dell'attività fisica, ecc.; b) fornire informazioni scientificamente corrette sulle tematiche trattate; c) far conoscere l'attività dei servizi (consultori, case della salute) ai ragazzi, alle famiglie e al personale della scuola in un'ottica di integrazione con il territorio.

Le Regioni che hanno realizzato queste attività sono state la Campania, il Lazio e il Piemonte, sotto il coordinamento dei rispettivi Referenti aziendali e regionali (*vedi* Appendice A). Al fine di supportare gli esperti che dovevano effettuare i vari interventi l'ISS ha fornito il materiale di comunicazione ideato per l'indagine e i risultati regionali emersi dall'indagine dando l'indicazione di programmare tale attività preferibilmente in quelle scuole dove non erano stati effettuati recentemente interventi di questo tipo.

Campania¹

In Campania l'intervento è stato realizzato a Napoli presso un Istituto Tecnico Superiore dove sono stati coinvolti 50 studenti ed è stato condotto dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro.

L'intervento ha previsto un'attività di tipo informativo sulla base di quanto emerso dall'indagine ed in particolare ha affrontato le principali criticità emerse che hanno riguardato informazioni su: fertilità, infezioni/malattie a trasmissione sessuale, con particolare riferimento alla clamidia e all'HPV, percezione del rischio, contraccezione.

L'incontro è stato articolato in modo da far precedere ciascuna trattazione dei singoli aspetti dalla proiezione dei risultati emersi dall'indagine al fine di partire dalle conoscenze possedute ed integrarle attraverso una discussione aperta per coinvolgere in modo attivo i ragazzi. Ad esempio prima di parlare delle infezioni/malattie a trasmissione sessuale è stata proiettata la diapositiva relativa alle conoscenze su quali sono le infezioni/malattie che si trasmettono attraverso i rapporti sessuali. L'obiettivo è stato quello di partire dalle conoscenze dei ragazzi ed integrarle, affinché ciascuno si sentisse coinvolto e parte attiva.

Gli argomenti che hanno interessato maggiormente i ragazzi coinvolti sono stati: le infezioni da HPV e la possibilità della vaccinazione anche per gli adolescenti maschi; l'infezione da clamidia e il rischio di sterilità ad essa collegato. Inoltre gli altri argomenti trattati sono stati la fertilità e l'assetto ormonale maschile e femminile, la percezione del rischio ed infine la contraccezione.

Per quest'ultimo argomento sono stati mostrati vari campioni di dispositivi contraccettivi poco conosciuti dai giovanissimi, come ad esempio l'anello contraccettivo, la spirale, il diaframma, il dispositivo sotto-cute e il preservativo femminile (presentato solo in diapositiva). Inoltre altri temi trattati sono stati l'educazione all'affettività e alle relazioni tra coetanei.

Infine sono stati presentati i consultori familiari quali strutture sanitarie a bassa soglia di accesso che istituzionalmente hanno il compito di farsi carico della sessualità dei giovani e i progetti rivolti agli adolescenti.

A fine incontro è stato distribuito il materiale informativo realizzato dall'ISS.

Lazio²

Nel Lazio gli interventi sono stati realizzati dalla ASL Roma 2 e dalla ASL Roma 5.

¹ Autori: Rosa Papa, Silvana Lucariello, Carlo Longobardi (ASL Napoli Centro 1)

² Autori: Patrizia Proietti, Giulia Cairella (ASL Roma 2); Loredana Masi, Marco Pascali, Vito Ruscio (ASL Roma 5)

Nell'ASL Roma 2 l'intervento è stato realizzato presso l'Istituto Diaz con due classi: una prevalentemente maschile (indirizzo elettricisti) e l'altra esclusivamente femminile (indirizzo moda). In occasione dell'incontro realizzato dagli operatori dei Consultori e del Dipartimento di Prevenzione si è discusso di sessualità e riproduzione partendo dai risultati dell'indagine. Inoltre, a tutti gli alunni sono stati distribuiti i materiali informativi, forniti i riferimenti dei consultori ASL Roma 2 e presentate le attività rivolte agli adolescenti.

Presso la casa della Salute Santa Caterina della Rosa è stato inoltre realizzato il convegno "40 anni di Legge 194: analisi, attualità e nuove frontiere" in cui è stato trattato anche il tema della fertilità e dell'indagine realizzata nelle scuole. È intervenuta nel dibattito una rappresentanza dell'Istituto Peano – coinvolto con 2 classi nell'indagine fertilità – che ha riferito sull'esperienza dell'indagine nella scuola e sul dibattito successivo sui temi dell'indagine organizzato con gli studenti. In questa occasione sono stati consegnati i materiali informativi anche per l'istituto Peano agli insegnanti intervenuti.

Nella ASL Roma 5 l'intervento è stato realizzato presso l'Istituto ITCG Fermi di Tivoli dove si è discusso dei risultati dell'indagine e sono stati consegnati i materiali informativi.

Inoltre, in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco (31 maggio), presso il comune di Guidonia Montecelio si è svolto un evento informativo sul tabagismo negli spazi del teatro Imperiale di Guidonia. Nella mattina è stato organizzato uno stand con la distribuzione di volantini e brochure sui danni dal fumo e diffusione di informazioni sul Centro per lo studio e la lotta al tabagismo presente nella ASL Roma 5. Tra gli stakeholder intervenuti anche le scuole superiori e tra i temi trattati anche l'influenza degli stili di vita sulla fertilità.

Piemonte³

In Piemonte l'intervento è stato realizzato a Barge (CN) in due classi dell'Istituto "Giolitti Bellisario Paire". L'intervento si è concretizzato in un incontro per classe, che ha avuto i caratteri della discussione di gruppo sulla base del modello bio-psico-sociale, con la finalità di stimolare il più possibile la riflessione, la partecipazione e la condivisione tra pari in merito alle tematiche di salute affrontate nell'indagine. L'incontro è stato guidato da due psicologi psicoterapeuti afferenti al Consultorio Familiare dell'ASL CN1.

Il materiale comunicativo fornito dall'ISS è stato utilizzato come stimolo all'avvio della discussione relativa ai comportamenti a rischio e ai fattori di protezione riguardo alla salute dal punto di vista fisico, psicologico e sessuale.

In un secondo momento sono stati proposti alcuni risultati preliminari relativi allo studio, con la finalità di fornire ai ragazzi un quadro sull'andamento generale dei coetanei in termini di consapevolezza e conoscenza delle tematiche sopra citate, nonché di correggere o integrare le loro conoscenze sulle tematiche esplorate dallo studio.

L'intervento ha avuto, tra i propri intenti, anche quello di far conoscere ai ragazzi l'attività dei servizi sanitari attivi sul territorio dal punto di vista della prevenzione e promozione della salute, con particolare riferimento al Consultorio Giovani, con l'obiettivo di facilitarne l'accesso in caso di necessità.

A questo scopo è stato presentato ai ragazzi il sito aziendale consultoriogiovani.aslcn1.it attraverso una navigazione guidata in classe. Il sito si propone come uno strumento di informazione sulle tematiche inerenti alla salute sessuale facilmente consultabile e vicino alla sensibilità degli adolescenti. Il sito ha inoltre un'area dedicata alle consultazioni on line aperta anche ai minori, a cui rispondono gli operatori del consultorio nel totale rispetto della privacy. Le consultazioni per via telematica rappresentano anche un'occasione di avvicinamento dei giovani

³ Autori: Silvia Cardetti, Fabio Borghino (ASL Cuneo 1)

al servizio consultoriale in termini di accessibilità diretta, avendo la possibilità di indirizzarli, per le questioni più complesse, alla sede consultoriale aziendale più vicina.

Nel corso dell'incontro sono state fornite agli studenti le credenziali di accesso necessarie per accedere all'area del sito dedicata e consegnati poster e adesivi forniti dall'ISS.

In conclusione, l'intervento ha presentato come principale criticità la necessità di effettuare gli interventi in un unico incontro, con la conseguente difficoltà ad affrontare ed approfondire argomenti così estesi in un tempo circoscritto, ma avuto come punto di forza quello di stimolare quantomeno interrogativi importanti in termini di salute e prevenzione e favorire la conoscenza di riferimenti affidabili nell'interfaccia con l'istituzione sanitaria.

Conclusioni

Questa indagine condotta su un campione rappresentativo di 16mila studenti di 16-17 anni permette di fornire un quadro abbastanza dettagliato del livello di conoscenze, degli atteggiamenti e comportamenti nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva.

Dai risultati emerge che gli adolescenti italiani hanno delle conoscenze generali sulla fertilità e riproduzione, anche se vi sono spazi di miglioramento sulla conoscenza di alcuni fattori di rischio (primo fra tutti l'avanzare dell'età) e sulle infezioni trasmesse per via sessuale. Sebbene la principale fonte informativa sia internet, più della metà ha partecipato a incontri su queste tematiche, specialmente grazie al lavoro fatto dalle scuole.

Al contesto scolastico i giovani riconoscono un ruolo formativo fondamentale, chiedendo che si parli di queste tematiche già a partire dalla scuola primaria o secondaria. La famiglia, come nel passato, rimane invece un luogo in cui difficilmente si affrontano argomenti quali «sviluppo sessuale e fisiologia della riproduzione», «infezioni/malattie sessualmente trasmissibili» e «metodi contraccettivi».

Per quanto riguarda gli atteggiamenti, la gran parte dei ragazzi (80%) pensa di avere figli in un futuro e nel 70% dei casi ritiene che l'età giusta per averli sia entro i 30 anni.

Alcuni di loro hanno già avuto rapporti sessuali completi, circa il 30% in linea con i dati dello studio HBSC che ci colloca nella media dei Paesi europei. La gran parte di loro ha dichiarato di usare contraccettivi (solo il 10% dei giovani intervistati ha dichiarato di non usarli), principalmente il profilattico. Purtroppo solo una piccola percentuale di adolescenti si rivolge in questo ambito ai professionisti della salute, in particolare ai consultori familiari che sono servizi con spazi spesso dedicati ai giovani e con equipe multidisciplinare.

I ragazzi hanno apprezzato gli interventi promossi a livello locale per discutere i risultati e i materiali prodotti e distribuiti.

Bibliografia

1. WHO Regional Office for Europe. *Fact Sheet Sexual Health*. Geneva: WHO; 2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/319455/HBSC-factsheet-sexual-health.pdf?ua=1; ultima consultazione 28/04/2020.
2. Maswikwa B, Richter L, Kaufman J, Nandi A. Minimum marriage age laws and the prevalence of child marriage and adolescent birth: Evidence from sub-Saharan Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(2):58-68.
3. World Health Organisation. *Expanding access to contraceptive services for adolescents*. Geneva: WHO; 2012.

4. World Health Organization. *Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021*. Geneva: WHO; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 28/04/2020.
5. Pringle J, Mills KL, McAteer J, Jepson R, Hogg E, Anand N and Blakemore SJ. The physiology of adolescent sexual behaviour: A systematic review. *Cogent Social Sciences* 2017;3:1368858.
6. Lemma P, Berchiolla P, Borraccino A, Cappello N, Cavallo F, Charrier L, Sciannameo V, Dalmaso P e il Gruppo HBSC Italia 2018. La salute e il benessere. In: Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S, Spinelli A, Donati S, Cavallo F, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. p. 51-58.
7. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, et al. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
8. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000 (Rapporti ISTISAN 00/7).

INDAGINE SULLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI

Daniele Gianfrilli (a), Andrea Sansone (a), Danilo Alunni Fegatelli (b), Andrea Lenzi (a)

(a) *Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Fisiopatologia Medica, Scienza dell'Alimentazione e Endocrinologia, Sapienza Università di Roma, Roma*

(b) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione

Recenti evidenze scientifiche suggeriscono come il tasso di infezioni e malattie a trasmissione sessuale sia in costante ed inesorabile aumento, soprattutto tra i giovani, nonostante una crescente disponibilità di materiali informativi e di misure precauzionali volte a limitare il rischio di trasmissione (1-4). Contestualmente, l'esposizione ad alcuni fattori di rischio, quali il tabagismo, l'abuso di alcol, la sedentarietà e la cattiva alimentazione, può associarsi ad un peggioramento della salute sessuale e riproduttiva (5-7): tuttavia, il rischio associato a questi stili di vita è spesso non del tutto compreso dai giovani.

Le infezioni a trasmissione sessuale sono spesso silenti, o caratterizzate da una sintomatologia lieve che porta a sottostimare la gravità della patologia (4). In conseguenza di questo, molto spesso i soggetti affetti da infezioni a trasmissione sessuale restano a lungo all'oscuro della loro condizione.

Diversi studi condotti su studenti universitari hanno dimostrato come una migliore conoscenza di esse possa rappresentare un'utile misura preventiva nei confronti delle manifestazioni più tardive, quali gli effetti sulla salute sessuale e riproduttiva (8-10).

Nei giovani adulti, inoltre, è spesso travisato l'uso dei metodi anticoncezionali. La contraccezione d'emergenza è talora considerata equivalente ad altri contraccettivi e non viene percepita, invece, come un metodo da usare solo in condizioni di emergenza; allo stesso modo, il coito interrotto viene erroneamente considerato un metodo anticoncezionale ed ancora utilizzato. È inoltre fondamentale valutare la consapevolezza che i giovani hanno su quali metodi anticoncezionali proteggano anche dalle infezioni a trasmissione sessuale (11-13).

La salute sessuale e riproduttiva, inoltre, risulta fortemente influenzata da numerosi fattori di rischio, alcuni dei quali – come il consumo di alcol e tabacco – trovano terreno fertile nella tarda adolescenza (14). La ricerca del “rischio” come prova di maturità contribuisce ad alimentare la diffusione di questi fattori di rischio, le cui conseguenze vengono spesso percepite come lontane nel tempo e nel passaggio all'età adulta è spesso difficile rinunciare a tali abitudini. Evidenze scientifiche dimostrano come agire su questi stili di vita possa essere la più efficace misura di prevenzione nei confronti di numerose patologie, non solo cardiovascolari, respiratorie e articolari (15, 16), anche in ambito andrologico e ginecologico (5-7).

In assenza di adeguate fonti di informazione, le conoscenze fornite da amici, parenti e soprattutto da internet sulla sfera della sessualità e della riproduzione spesso contribuiscono ad alimentare idee sbagliate in merito a tali tematiche.

La presente indagine mira a fornire un quadro dettagliato dello stato delle conoscenze in materia di salute sessuale e riproduttiva tra gli studenti universitari, oltre ad alcuni loro atteggiamenti e comportamenti.

Materiali e metodi

Popolazione in studio e disegno dell'indagine

La popolazione in studio è costituita da studenti universitari. Durante la progettazione dell'indagine, è stato scelto di coinvolgere alcuni Atenei rappresentativi a livello nazionale in considerazione delle loro caratteristiche, quali la numerosità degli iscritti, la tipologia di Facoltà presenti e la localizzazione geografica.

Sono pertanto stati selezionati i seguenti 18 Atenei: elencati nella Tabella 1.

Tabella 1. Atenei selezionati per lo “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

#	Regione	Ateneo
1	Piemonte	Università degli Studi di Torino
2	Lombardia	Università degli Studi di Milano-Bicocca
3		Università degli Studi di Milano
4	Veneto	Università degli Studi di Padova
5	Friuli Venezia Giulia	Università degli Studi di Udine
6	Liguria	Università degli Studi di Genova
7	Emilia-Romagna	Università degli Studi di Bologna
8	Toscana	Università degli Studi di Firenze
9		Università degli Studi di Siena
10	Marche	Università Politecnica delle Marche - Ancona
11	Lazio	Sapienza Università di Roma
12		Università degli Studi di Roma Tor Vergata
13		Università degli Studi Roma Tre
14	Abruzzo	Università degli Studi Gabriele D'Annunzio di Chieti e Pescara
15	Campania	Università degli Studi di Napoli Federico II
16		Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli
17	Puglia	Università degli Studi di Bari
18	Sicilia	Università degli Studi di Catania

Strumenti di rilevazione e modalità di svolgimento dell'indagine

L'indagine è stata svolta mediante un questionario autocompilato (Appendice B2) a risposta chiusa di 30 domande, finalizzate a valutare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti in materia di salute riproduttiva e sessuale degli studenti universitari italiani.

Il questionario prevedeva, inoltre, alcune domande atte ad acquisire le necessarie informazioni in merito alle caratteristiche socio-demografiche dei soggetti partecipanti, tra cui l'età anagrafica, il grado di scolarità dei genitori, la nazionalità.

Le 30 domande del questionario sono state progettate nell'ottica di valutare: conoscenze generali sulla fertilità, sugli effetti degli stili di vita sulla salute riproduttiva, sulle infezioni/malattie a trasmissione sessuale e sui metodi contraccettivi, sugli atteggiamenti, i comportamenti e le fonti di informazione in ambito di fertilità e salute riproduttiva. L'indagine è stata realizzata mediante un questionario web utilizzando il software open source *LimeSurvey*.

Il ricorso a tale sistema ha reso possibile collezionare ed analizzare in tempi rapidi le risposte inviate, mantenendo al contempo l'anonimato dei partecipanti e limitando la possibilità di errore umano nella trascrizione delle risposte.

Era possibile accedere al questionario tramite il sito dedicato raggiungibile all'indirizzo www.abcriproduzione.it (Figura 1).



Figura 1. Schermata introduttiva della piattaforma www.abcriproduzione.it

La piattaforma www.abcriproduzione.it è stata progettata in modo da essere fruibile a dispositivi portatili e PC, indipendentemente dal sistema operativo utilizzato.

Nella homepage del sito, una serie di immagini esplicative (“infografica”) sono state progettate con l’idea di fornire rapide e semplici informazioni sulle finalità dell’indagine, sui metodi utilizzati per la raccolta dati e sulle tematiche oggetto dello studio; è stato inoltre creato un video *ad hoc*, con lo scopo di guidare gli studenti nella fase di compilazione del questionario.

I dati raccolti sono stati analizzati mediante software statistico R (versione 3.5.0).

Gli Atenei sono stati coinvolti mediante comunicazione diretta da parte del Prof. Andrea Lenzi, Referente Scientifico dell’Unità Operativa 1 del Progetto, Sapienza Università di Roma, indirizzata ai Magnifici Rettori delle Università designate.

Il collegamento alla piattaforma è stato fornito agli Atenei selezionati con l’invito alla diffusione tra gli studenti mediante diversi canali. In particolare, è stato suggerito di utilizzare i canali *social* dei diversi Atenei, i siti Internet ufficiali e le mailing list autorizzate, lasciando tuttavia liberi i singoli Atenei di utilizzare altri metodi al fine di massimizzare la diffusione del questionario fra gli studenti.

È stato inoltre suggerito di inviare promemoria con cadenza mensile agli studenti, di modo da facilitare la loro partecipazione: tali promemoria sono stati inviati secondo le già citate vie di diffusione, quali mailing list e canali social, a discrezione dei diversi Atenei coinvolti.

Risultati e discussione

Partecipazione all'indagine

La partecipazione all'indagine è stata resa disponibile agli studenti degli Atenei elencati in Tabella 1 tra il 9 ottobre 2017 e il 30 marzo 2018.

In totale, 14745 questionari sono stati compilati nel periodo di reclutamento.

Tuttavia, in considerazione dell'obiettivo dell'indagine, è stato ritenuto corretto filtrare le risposte in base all'età anagrafica degli intervistati, limitando l'analisi ai soli soggetti di età compresa fra i 18 e i 35 anni. Pertanto, 13973 questionari compilati sono stati considerati per le analisi statistiche effettuate.

La partecipazione è stata molto bassa considerando il totale degli studenti dei singoli Atenei coinvolti (1,72%). Da 8 atenei sono arrivati meno di 50 questionari e per 10 Atenei la percentuale di adesione è stata inferiore all'1%.

Nella Tabella 2 è descritta la partecipazione degli 8 Atenei in cui l'adesione è stata almeno dell'1%.

Tabella 2. Partecipazione dei principali Atenei coinvolti nello "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Ateneo	Partecipanti	Iscritti*	% di adesione
Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli	1977	26132	7,6%
Università degli Studi di Genova	1939	32008	6,1%
Università degli Studi di Torino	3812	63238	6,0%
Università degli Studi di Firenze	2601	49231	5,3%
Università Politecnica delle Marche-Ancona	447	15705	2,8%
Università degli Studi di Siena	407	15382	2,6%
Università degli Studi Roma Tre	515	34761	1,5%
Università degli Studi di Napoli Federico II	707	77979	0,9%
Altri Atenei con partecipazione ancora più bassa	450		

*dati reperiti su sito MIUR in riferimento all'Anno Accademico 2014-2015.

Dalla modalità di invito agli studenti a partecipare (fatto attraverso vari mezzi di comunicazione in maniera tra l'altro variabile per ateneo) è difficile stabilire quanti studenti iscritti siano stati davvero contattati e la percentuale di adesione rappresenta sicuramente una sottostima della possibile adesione da parte degli studenti.

In considerazione del target considerato, è stato ritenuto utile valutare non solo l'Ateneo, ma anche la Facoltà di provenienza dei partecipanti. Circa il 36% dei rispondenti all'indagine proveniva da Facoltà attinenti all'area medica.

In Figura 2 è rappresentata in dettaglio la distribuzione dei questionari compilati in base alle Facoltà di appartenenza degli intervistati.

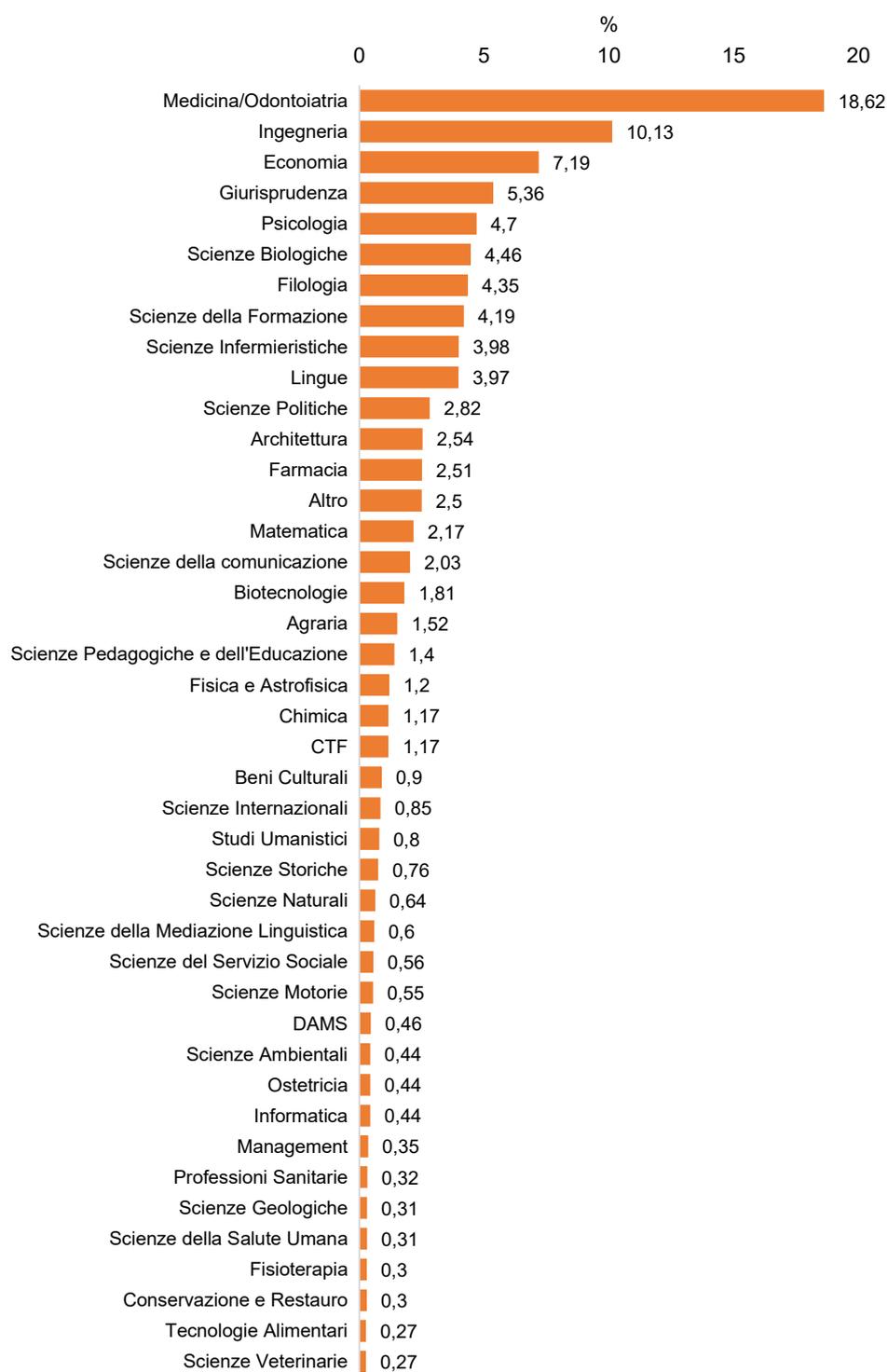


Figura 2. Distribuzione percentuale degli intervistati in base alla Facoltà di appartenenza degli studenti. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Caratteristiche socio-demografiche della popolazione

Il 69,2% degli intervistati è di sesso femminile.

Geograficamente, si è notata una maggiore percentuale di risposte fra i residenti nelle regioni del Nord Italia (41,3%) rispetto a Centro e Sud e Isole (rispettivamente 29,6% e 29,1%). La distribuzione per età è rappresentata nella Figura 3. L'età media dei soggetti partecipanti all'analisi è risultata di 22,4 anni, con una mediana di 22 anni.

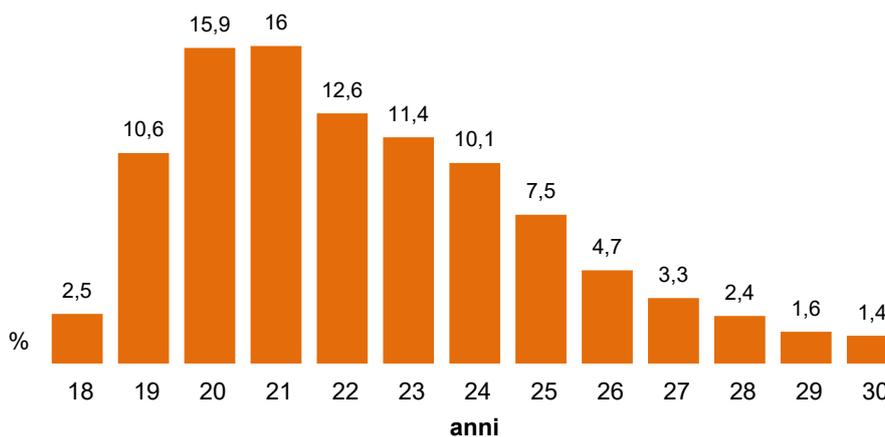


Figura 3. Distribuzione per età degli intervistati.
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Il 96,1% dei partecipanti all'indagine ha riferito di essere di nazionalità italiana.

Il titolo di studio dei genitori dei partecipanti all'indagine è descritto nella Tabella 3.

Tabella 3. Titolo di studio dei genitori degli intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Titolo di studio	Padre	Madre
Non riferito	6,6%	5,0%
Nessuno	0,2%	0,3%
Licenza elementare (almeno 5 anni di studio)	2,7%	2,3%
Licenza media (almeno 8 anni di studio)	24,2%	20,3%
Diploma di scuola superiore (almeno 12 anni di studio)	40,8%	46,4%
Laurea (almeno 16 anni di studio)	25,4%	25,7%

Conoscenze

Conoscenze generali

Quasi la totalità degli intervistati (98,0%) ha riconosciuto correttamente la definizione del termine “fertilità”, come descritto in Figura 4. Le differenze tra le percentuali di maschi e femmine sono minime (rispettivamente di 98,1% e 97,9%).

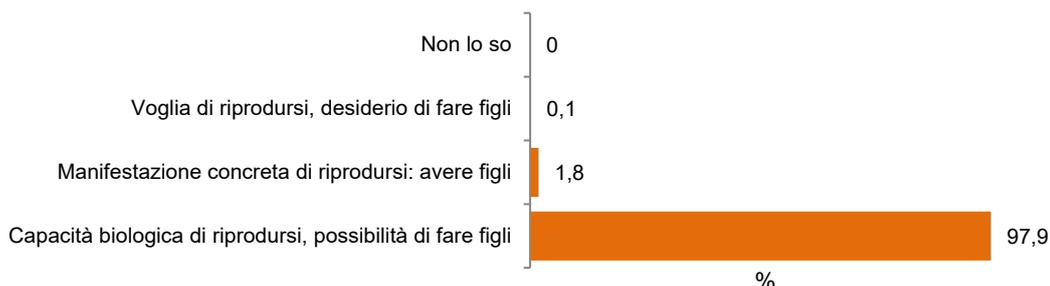


Figura 4. Significato del termine “fertilità” secondo gli intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Il 96,9% degli intervistati ha mostrato consapevolezza della progressiva riduzione della fertilità femminile con l’età. Anche in questo caso sono emerse differenze minime tra le percentuali di maschi e femmine (96,7% e 97,0%). Tra i soggetti che hanno risposto correttamente, il 66,3% ha risposto che la riduzione della fertilità nella donna avviene dai 35 anni in poi, mentre il 20,2% ha riferito che la riduzione si verifica a partire dai 45 anni (Figura 5). Solo il 53,3% degli intervistati ha risposto correttamente circa una progressiva riduzione della fertilità maschile con l’età, con una percentuale di risposta corretta maggiore nei maschi (58,9% rispetto a 50,8% nelle femmine); dei soggetti che hanno indicato la risposta corretta il 77,0% ha risposto che la fertilità si riduce dopo i 40 anni e il 38,1% solo dopo i 50 anni. Inoltre ben il 39,5% ha riferito che la fertilità maschile non si riduce con l’avanzare dell’età (Figura 6).

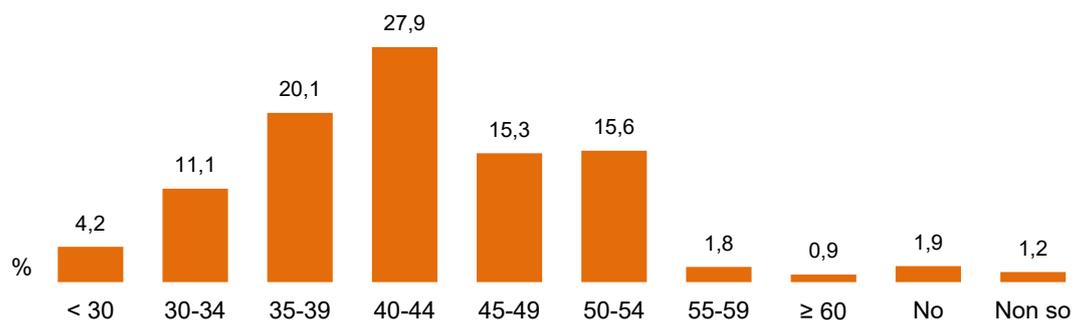


Figura 5. Età in cui si riduce la capacità biologica di avere i figli per una donna secondo gli intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

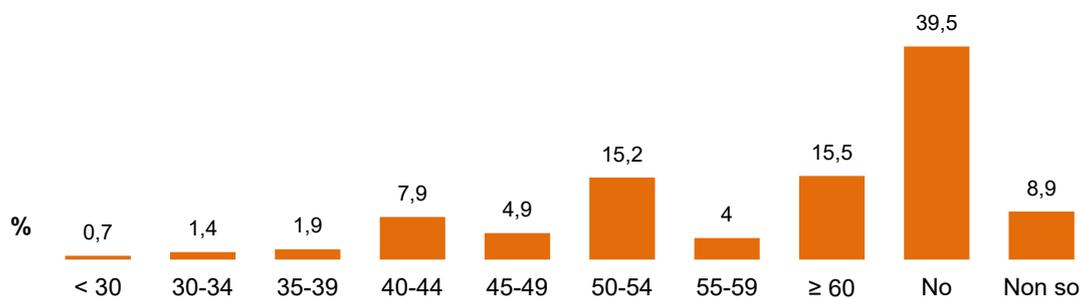


Figura 6. Età in cui si riduce la capacità biologica di avere i figli per l’uomo secondo gli intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Effetti degli stili di vita sulla salute riproduttiva

In questa sottosezione si è voluto valutare le conoscenze sulle relazioni presenti tra la fertilità e rispettivamente alcol, fumo, attività fisica, peso e alimentazione. Per questa tipologia di domande erano previste 4 risposte: Aumenta, Non ha alcun effetto, Non so, Riduce.

La gran parte degli intervistati ha risposto correttamente. Infatti l'80% degli intervistati riconosce l'alcol come un fattore di rischio per la fertilità femminile e maschile (Figura 7).

Il 90,6% degli intervistati ha risposto che il fumo riduce la fertilità nelle donne; percentuale simile (90,7%) è emersa per quanto riguarda la riduzione della fertilità dovuta al fumo negli uomini.

La conoscenza che l'attività fisica regolare aumenta la fertilità sia nelle femmine, che nei maschi è un po' inferiore.

Per l'85,7% degli intervistati un eccessivo sovrappeso/sottopeso fa diminuire la fertilità nelle femmine mentre per il 76,3% riduce la fertilità nei maschi.

Per l'80,4% degli intervistati una dieta equilibrata incrementa la fertilità nelle femmine mentre per il 77,6% fa aumentare la fertilità nei maschi.

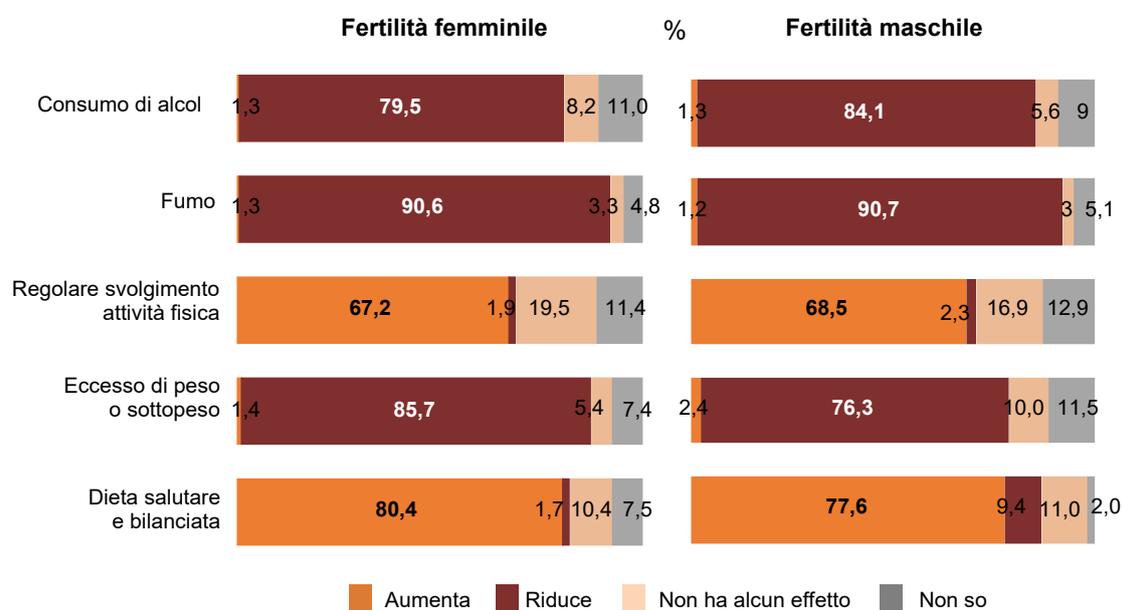


Figura 7. Conoscenze sugli effetti di alcuni fattori sulla fertilità femminile e maschile secondo gli intervistati (i numeri in grassetto indicano le percentuali di risposte esatte).
 "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Infezioni/malattie a trasmissione sessuale

Il 9,3% degli studenti universitari partecipanti ha dichiarato di possedere una conoscenza ottima riguardo le infezioni/malattie sessualmente trasmissibili ed il 57,7% di averne una buona. Lo 0,2% degli intervistati ha dichiarato di non avere alcuna conoscenza a riguardo.

Le percentuali tra maschi e femmine sono molto simili come rappresentato graficamente nella Figura 8 e non sono emerse differenze degne di nota in relazione alla distribuzione geografica dei partecipanti all'indagine.

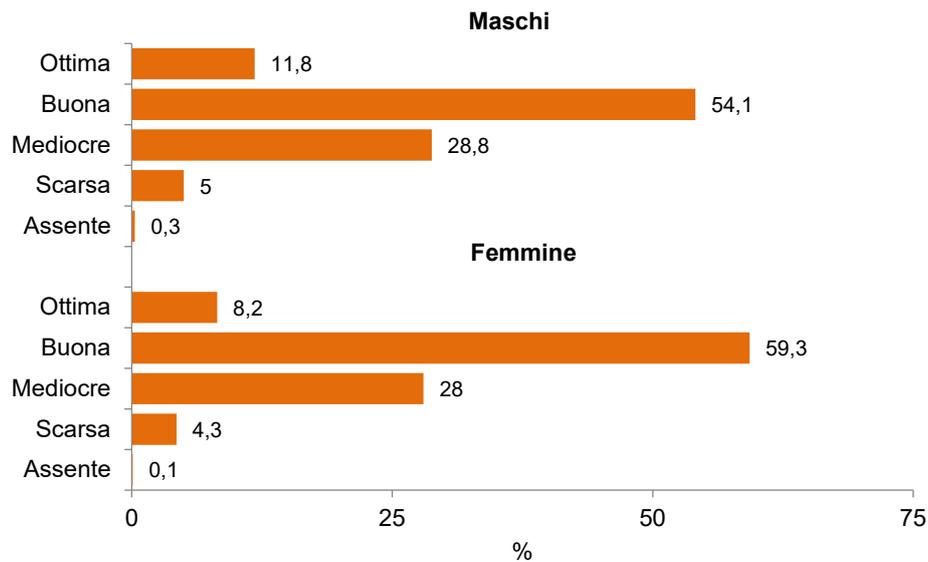


Figura 8. Percezione delle proprie conoscenze sulle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili da parte degli intervistati per genere. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Tuttavia, questi dati sono sicuramente da rivalutare alla luce di quanto emerso investigando più in dettaglio la reale conoscenza degli intervistati su alcune patologie e condizioni.

Alla domanda “Hai mai sentito parlare dell’HPV?” circa il 36,9% delle donne partecipanti all’indagine ha descritto il Papilloma come una patologia a carico esclusivamente del sesso femminile, mentre il 14% degli uomini ha riferito di non essere a conoscenza di questo patogeno (Figura 9).

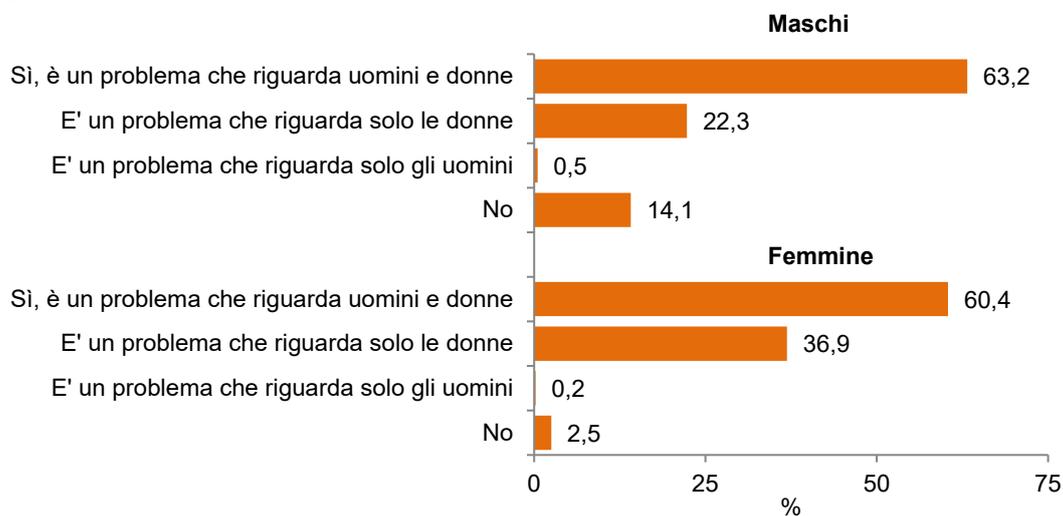


Figura 9. Conoscenze sull’HPV da parte degli intervistati divisi per genere. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Similmente, molti dei partecipanti hanno fornito risposte erranee in merito alla possibilità di contagio mediante rapporti sessuali non protetti di specifici patogeni o condizioni. Molte infezioni

diffuse, sono relativamente poco conosciute da molti rispondenti. Se l'HIV/AIDS è ormai conosciuta da tutti come infezione a trasmissione sessuale, solo il 72% dei partecipanti ha riconosciuto la Clamidia come tale, mentre per la Gonorrea tale percentuale arriva addirittura a meno del 69% (Figura 10).

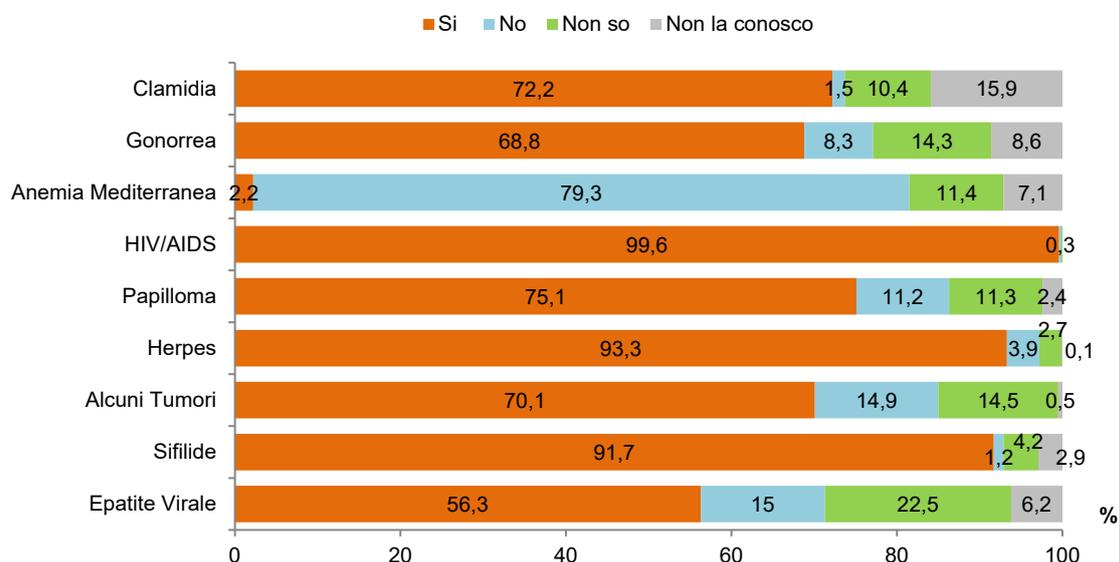


Figura 10. Conoscenze di alcune infezioni/malattie attraverso i rapporti sessuali da parte degli intervistati. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Metodi contraccettivi

Il preservativo si è dimostrato il metodo contraccettivo più conosciuto: quasi il 98% degli intervistati ha dichiarato difatti di sapere come usarlo, a fronte del circa 91% per la "pillola". Percentuali progressivamente minori di consapevolezza d'uso sono emerse per altre metodiche.

Per il cerotto, circa il 46% degli intervistati ha riferito di conoscerne l'uso, il 30% ha riferito di non saperlo usare correttamente e circa il 23% ha dichiarato di non conoscerlo.

Informazioni corrette sull'anello vaginale sono state riferite in circa il 54% dei partecipanti, mentre circa il 39% ha riferito di conoscere l'esistenza di tale strumento ma non le modalità d'uso e l'8% di ignorarne l'esistenza.

Solo il 23% ha riferito di conoscere adeguatamente i dispositivi ormonali sottocutanei, a fronte di circa il 35% di conoscenza "parziale" e di oltre il 41% di ignoranza completa.

Circa l'11% dei partecipanti ha riferito di non conoscere la spirale: il 53% ha riferito di conoscerne anche le modalità d'uso, mentre circa il 36% ha riferito di conoscerla senza tuttavia sapere come usarla.

Quasi il 69% degli intervistati ha riferito di conoscere adeguatamente il calcolo dei giorni fertili, a fronte di un 24% circa di conoscenza incompleta. Il 7% circa ha riferito di non conoscere tale metodo contraccettivo.

Il coito interrotto – che non rappresenta un "metodo contraccettivo" sicuro – risulta invece molto conosciuto: circa l'88% dei partecipanti ha riferito di conoscerlo e di conoscerne le modalità d'uso, mentre solo il 7% ha riferito di conoscerlo pur senza sapere come si "usi".

Il 5% dei partecipanti ha riferito di non conoscere tale pratica.

La contraccezione di emergenza è nota anche nelle sue indicazioni in circa l'85% degli intervistati; solo il 13% ha riferito di non conoscerne le modalità di impiego e solo l'1% ha riferito di non conoscere affatto detta metodica. Tuttavia, i dati d'utilizzo che ne testimoniano un uso crescente (17) indicano come questo trattamento sia spesso percepito come metodo contraccettivo equivalente, e non come una misura di emergenza.

Nella Tabella 4 sono riportate le risposte alle domande sul ruolo preventivo dei diversi metodi contraccettivi nei confronti delle malattie sessualmente trasmissibili.

Tabella 4. Conoscenze dei metodi contraccettivi o metodi contraccettivi di emergenza per la protezione dalle infezioni/malattie a trasmissione sessuale da parte degli intervistati. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Metodo contraccettivo	Sì	No
Preservativo (condom, preservativo)	98,9%	1,1%
Pillola, anello, cerotti, dispositivi sottocutanei	6,7%	93,3%
Spirale	6,2%	93,8%
Coito interrotto (venire fuori/retromarcia)	1,8%	98,2%
Calcolo dei giorni fertili	1,2%	98,8%
Pillola del giorno dopo	4,6%	95,4%

Sebbene la stragrande maggioranza dei partecipanti abbia identificato correttamente come solo il preservativo possa prevenire le infezioni/malattie sessualmente trasmissibili, è chiaramente importante osservare come circa il 5% dei partecipanti abbia idee molto confuse in merito alla differenza fra contraccezione e prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale.

Inoltre, non emerge una significativa differenza genere-specifica in merito alle conoscenze sul ruolo preventivo dei metodi anticoncezionali.

Atteggiamenti

Una percentuale inferiore all'1% (0,3% dei maschi 0,8% delle femmine) ha riferito di avere già figli. La gran parte ha dichiarato però di volerne avere in un futuro, con solo un 6,6% totalmente contrario, un 4,5% di probabilmente no e un 8,2% che ancora non ci hanno pensato (Tabella 5).

Tabella 5. Propensione alla procreazione degli intervistati per genere. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Motivazioni	Popolazione %	Maschi %	Femmine %
No, non ne ho intenzione	6,6	7,0	6,4
Non posso averne / ho difficoltà ad averne	0,5	1,0	0,3
Sono incerto, ma probabilmente no	4,5	3,7	4,8
Sono incerto, ma probabilmente sì	17,2	19,0	16,5
Sì, in futuro	61,8	57,7	63,7
Sì, sto provando ad averne	0,4	0,1	0,5
Non ci ho ancora pensato	8,2	10,3	7,2
Altro	0,8	1,3	0,6

Non sorprende che i fattori più frequentemente indicati come causa di ritardo nella genitorialità siano quelli legati all'età (si ricorda che il 70% di coloro che hanno risposto ha meno di 24 anni), alla mancanza di stabilità economica e a allo studio (Tabella 6).

Tabella 6. Motivi principali che inducono a pensare di non avere figli ora per genere (possibile più di una risposta). "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Motivazioni	Popolazione %	Maschi %	Femmine %
Fattori economici-lavorativi	19,5	21,2	18,7
Fattori legati all'età (sono troppo giovane, non mi sento pronta/o)	41,0	38,9	41,8
Fattori legati allo studio	24,9	22,8	25,9
Fattori organizzativi-familiari	1,2	1,3	1,2
Motivi di coppia (non vogliamo avere figli, il partner non vuole)	1,1	1,3	0,9
Non ho un/ partner stabile	6,8	8,8	6,0
Problemi di salute/fertilità	0,4	0,3	0,5
Altro	5,1	5,4	5,0

Per la maggior parte degli intervistati l'età ritenuta "corretta" per la genitorialità è compresa fra i 26 e i 30 anni, e in minor misura fra i 31 e i 35; la distribuzione delle risposte in base al sesso è raffigurata nella Figura 11.

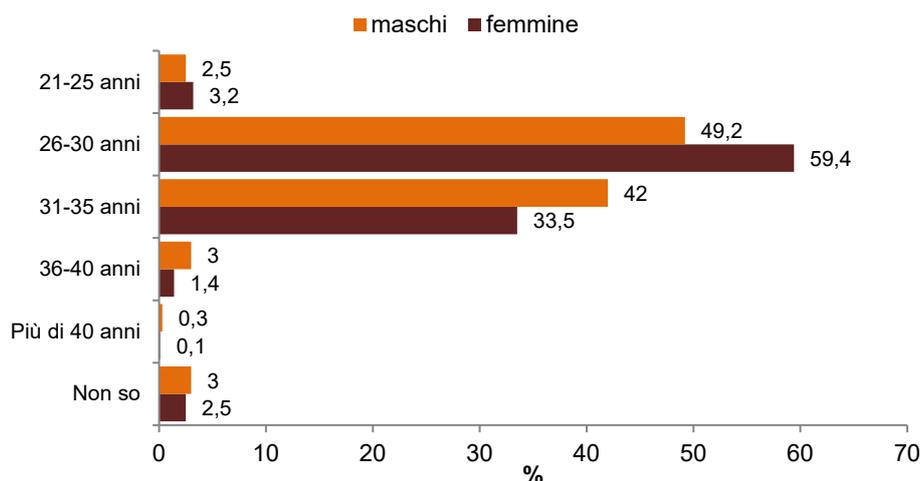


Figura 11. Risposte degli intervistati sull'età giusta per diventare genitori per genere. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Comportamenti

La maggior parte degli intervistati ha riferito di aver già avuto rapporti sessuali: l'84,0% delle femmine e l'80,0% dei maschi. Il 10,1% delle femmine e il 13,4% dei maschi hanno riferito di non aver avuto rapporti sessuali di alcun tipo (completi o incompleti), mentre il 6,0% delle donne e il 6,5% degli uomini hanno riferito di aver avuto rapporti senza penetrazione. Tra coloro che hanno dichiarato di averli avuti l'età media al primo rapporto è risultata di 17,3 anni per le donne e 17,6 per gli uomini, con una mediana comune pari a 17 anni. Le distribuzioni per età sono presentate nella Figura 12. Se si calcola la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver

avuto il primo rapporto sessuale completo entro i 16 anni, i valori sono molto simili a quanto riportato nell'indagine effettuata tra gli adolescenti (circa un 30% in entrambe le indagini), tranne che tra gli studenti universitari sono le femmine ad aver riferito in maggior percentuale di aver avuto rapporti completi prima di 17 anni (32,5% rispetto a 24,6% dei maschi).

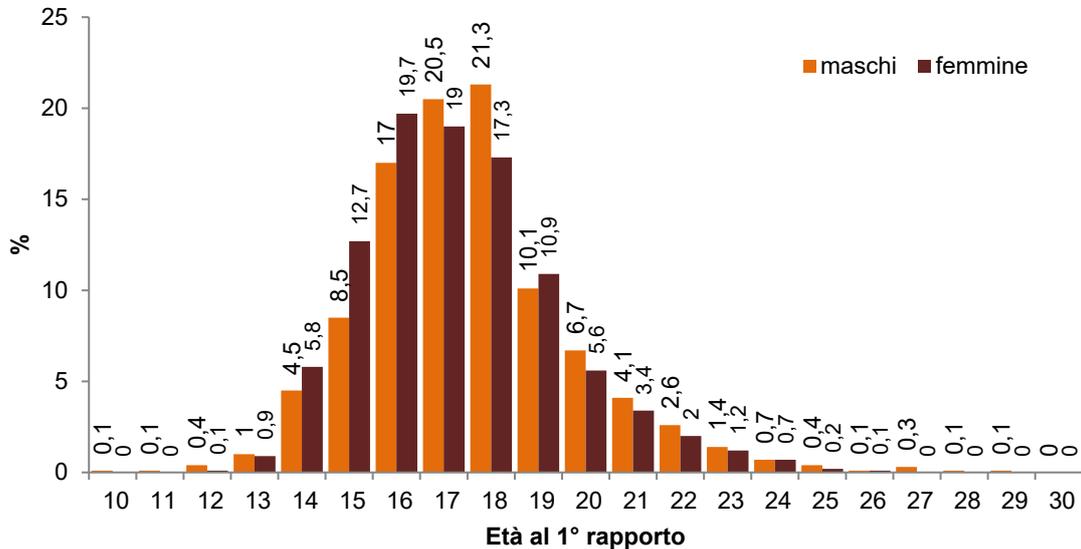


Figura 12. Età al primo rapporto degli intervistati per genere.
 “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

L'86,3% delle donne e il 78,9% degli uomini sono risultati sessualmente attivi nei tre mesi antecedenti lo svolgimento dell'indagine. In particolare, tra i sessualmente attivi in questo lasso di tempo il 90,8% delle donne e l'84,5% degli uomini hanno avuto un solo partner (Figura 13). La promiscuità sessuale e la precocità rappresentano due noti fattori di rischio per infezioni a trasmissione sessuale: i nostri dati sembrerebbero mostrare come nella popolazione in esame questi due fattori non siano particolarmente prevalenti.

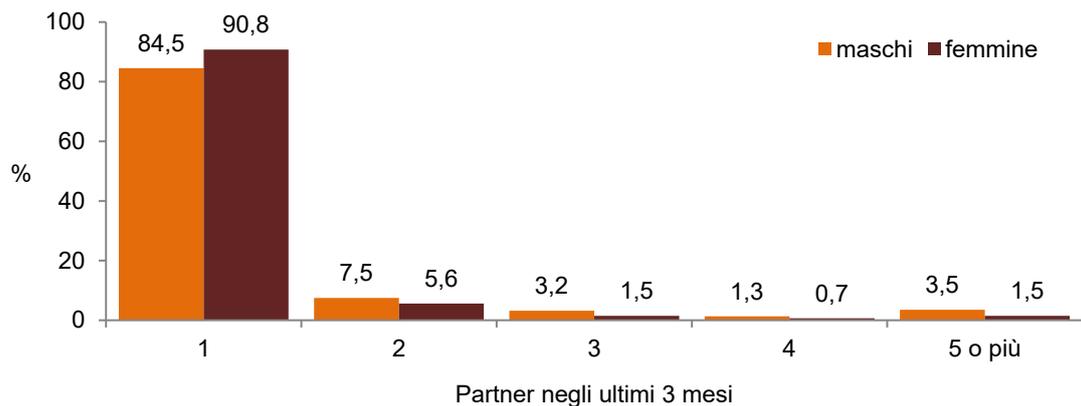


Figura 13. Numero di partner negli ultimi 3 mesi degli intervistati per genere.
 “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Circa il 43% degli uomini e il 59% delle donne hanno riferito di non avere rapporti occasionali. Circa il 22% dei soggetti di entrambi i sessi riferisce di non ricorrere all'uso del preservativo con regolarità nei rapporti occasionali.

La gran parte degli studenti universitari partecipanti ha dichiarato di usare metodi contraccettivi durante i rapporti abituali. Come per gli adolescenti il metodo più usato è risultato il preservativo e solo il 5% ha riferito di non fare uso di metodi contraccettivi. Tuttavia un 24% ha dichiarato di usare il coito interrotto che non rappresenta un metodo contraccettivo sicuro (Tabella 7).

Tabella 7. Uso dei principali metodi contraccettivi durante i rapporti abituali.
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Metodo contraccettivo	Sì (%)	No (%)
Preservativo	71,2	28,8
Pillola, anello, cerotti, dispositivi sottocutanei	45,8	54,2
Spirale	0,6	99,4
Coito interrotto	24,0	76,0
Calcolo dei giorni fertili	6,9	93,1

Tra il 5% che non ha fatto uso di contraccettivi la motivazione principale è stata la mancata consapevolezza del rischio.

La maggior parte delle donne partecipanti all'indagine (circa il 75%) ha riferito di essersi sottoposta a visite ginecologiche in passato. La percentuale è del tutto invertita per gli uomini: infatti, solo il 26% degli intervistati ha riferito di essersi sottoposto a visite andrologiche. Vale la pena ricordare che il colloquio con entrambi gli specialisti trova indicazione non solo nell'ambito dell'inquadramento o del trattamento di patologie a carico dell'apparato genitale e riproduttivo, ma anche e soprattutto a scopo preventivo.

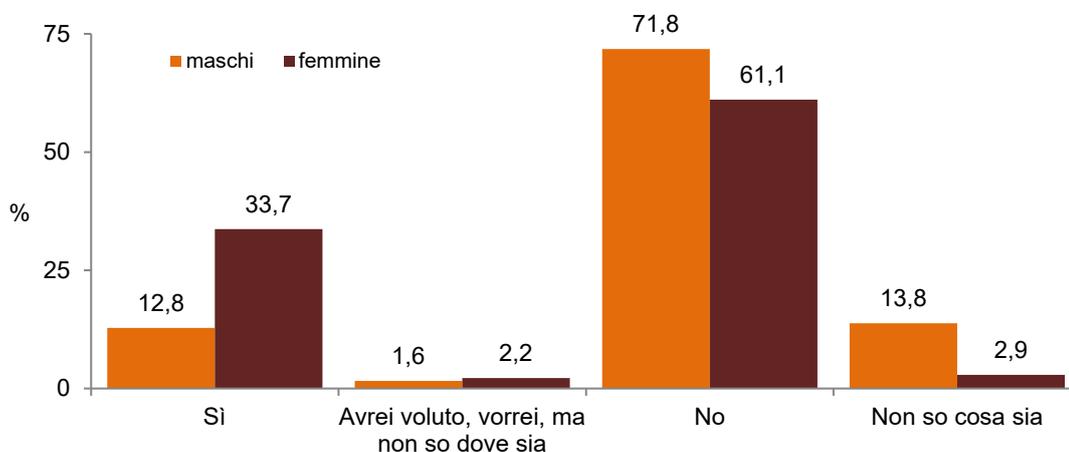


Figura 14. Percentuale degli intervistati sulla conoscenza e/o utilizzo dei consultori per genere.
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Analogamente, emergono importanti differenze in merito all'utilizzo dei consultori in base al sesso, come evidenziato dalla Figura 14.

Una significativa differenza è chiaramente stata riscontrata anche in merito al ricorso all'autopalpazione per la prevenzione dei tumori. Difatti, come apprezzabile in Figura 15, una

percentuale superiore al 61% degli uomini ha riferito di non sapere come eseguire l'autopalpazione dei testicoli, mentre per l'autopalpazione del seno nelle donne questa percentuale è risultata significativamente minore, pari a circa il 43%.

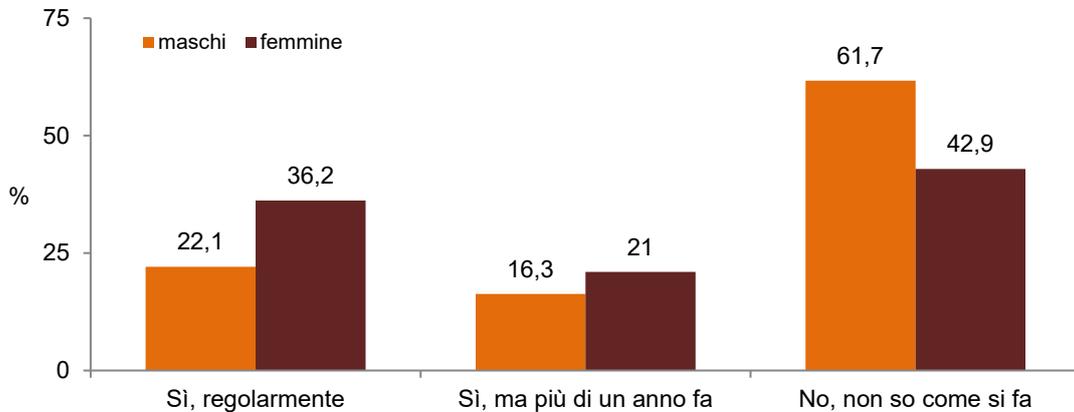


Figura 15. Percentuale degli intervistati sulla pratica dell'autopalpazione del seno o dei testicoli per la prevenzione dei tumori. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

Il 34,3% degli studenti intervistati ha riferito di non assumere abitualmente alcolici. I consumi riferiti sono comunque in generale bassi, con un 54,9% che ha detto di assumere abitualmente al massimo 4 unità alcoliche a settimana, il 9,5% da 5 a 14 unità e solo un 1,5% di superare questa soglia. Questo rappresenta certamente un dato positivo.

Il 74,9% dei partecipanti si è dichiarato non fumatore. Fra i fumatori, l'età media alla prima sigaretta è risultata pari a 15,6 anni (Figura 16); il consumo medio di sigarette è di circa 41 sigarette per settimana (cioè circa 6 al giorno, Figura 17).

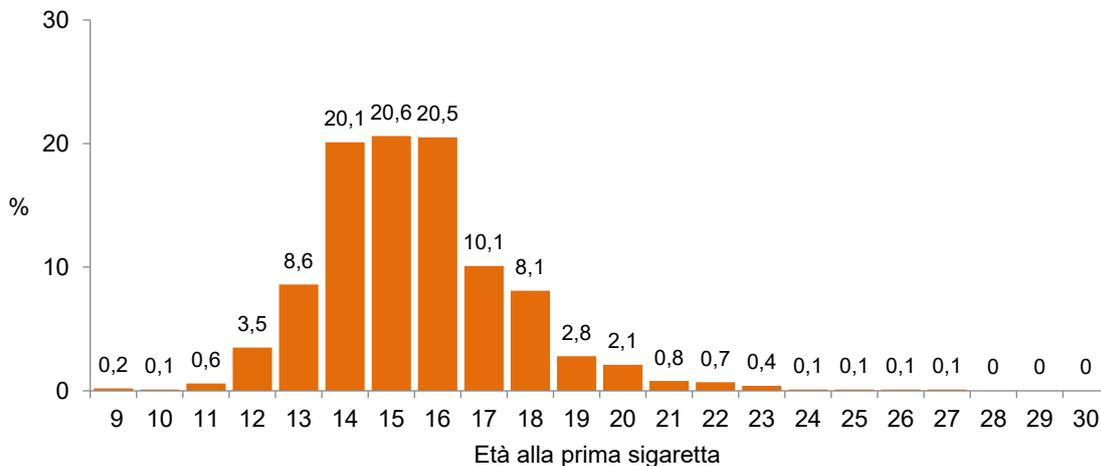


Figura 16. Età alla prima sigaretta. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari" (2017-2018)

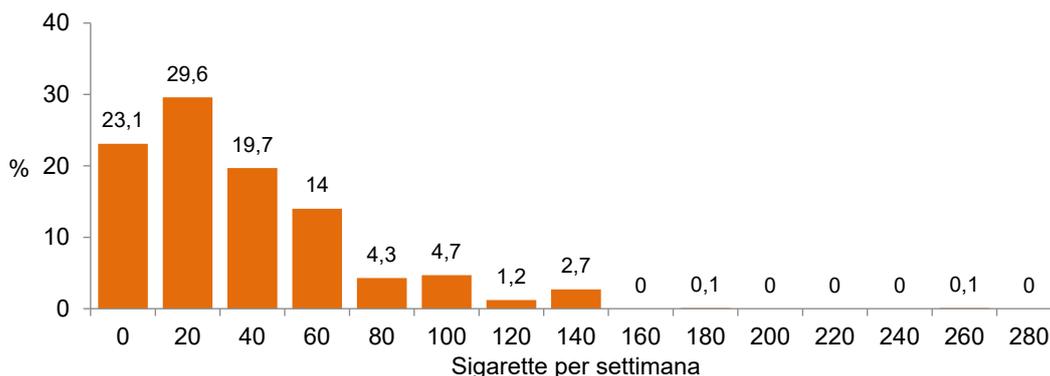


Figura 17. Consumo di sigarette per settimana.
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Sia le percentuali dei non fumatori che l'età alla prima sigaretta non variano significativamente tra maschi e femmine, mentre il numero medio di sigarette fumate a settimana è più elevato nei maschi rispetto alle femmine (48,4 rispetto a 37,8).

Fonti d'informazione

Circa l'86% delle donne e l'83% degli uomini hanno riferito di ritenersi adeguatamente informati in merito alla sessualità e alla riproduzione.

Molti dei partecipanti hanno riferito di aver attivamente cercato informazioni in merito alla salute sessuale e riproduttiva: il 33% delle donne e il 29% degli uomini hanno dichiarato di cercare spesso informazioni in tal senso, mentre il 58% delle donne e il 62% degli uomini hanno riportato di averlo fatto in maniera più sporadica. Tuttavia, resta una percentuale di rispondenti che non hanno cercato informazioni in maniera attiva, pari a circa il 7% delle donne e l'8% degli uomini. Internet è risultata la fonte a cui si sono prevalentemente rivolti coloro che hanno attivamente cercato informazioni in merito alla salute sessuale e riproduttiva (Figura 18).

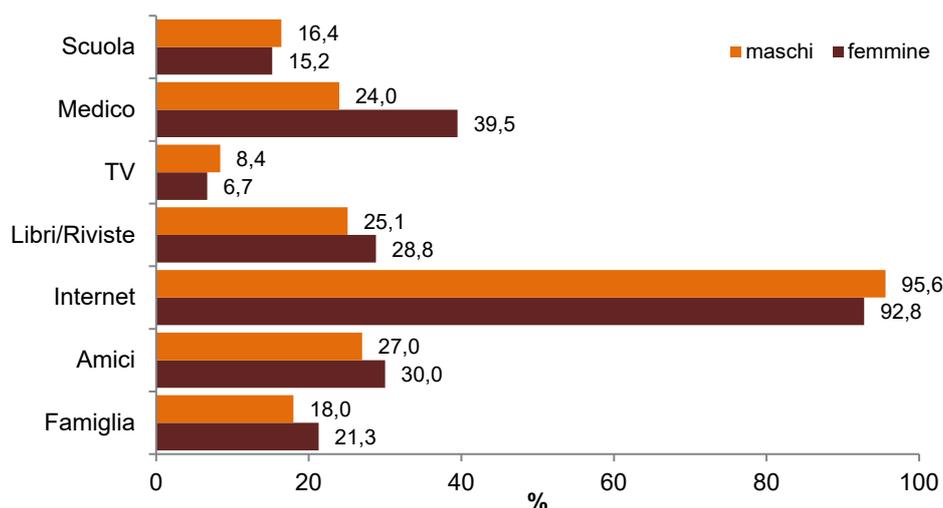


Figura 18. Risposte degli intervistati sulle fonti di informazione utilizzate per avere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva per genere (possibile più di una risposta).
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Tra i partecipanti che hanno riferito di aver cercato informazioni su internet, i siti scientifici sono quelli più consultati (76,5%) mentre per le altre tipologie di siti le percentuali sono più basse: 47,3% per i siti generici, 39,3% per i forum/blog, 10,8% per i siti espliciti e solamente il 4,2% per i social network. In merito al mezzo ritenuto più idoneo per ricevere una corretta informazione in materia di sessualità e riproduzione, sebbene siano emerse alcune differenze fra i due sessi, è possibile notare come la scuola sia sicuramente riconosciuta come il *setting* preferenziale (43,2% per le donne, 49,9% per gli uomini) per ricevere tali informazioni. Incontri educativo-informativi ed eventi risultano indicati nel 35,8% delle femmine e 26,6% dei maschi, rappresentando quindi percentuali elevate; seguono percentuali progressivamente minori di preferenza per internet (inclusi i social network e i forum) e i media più tradizionali (tv, stampa, radio). Le risposte sono descritte in Figura 19.

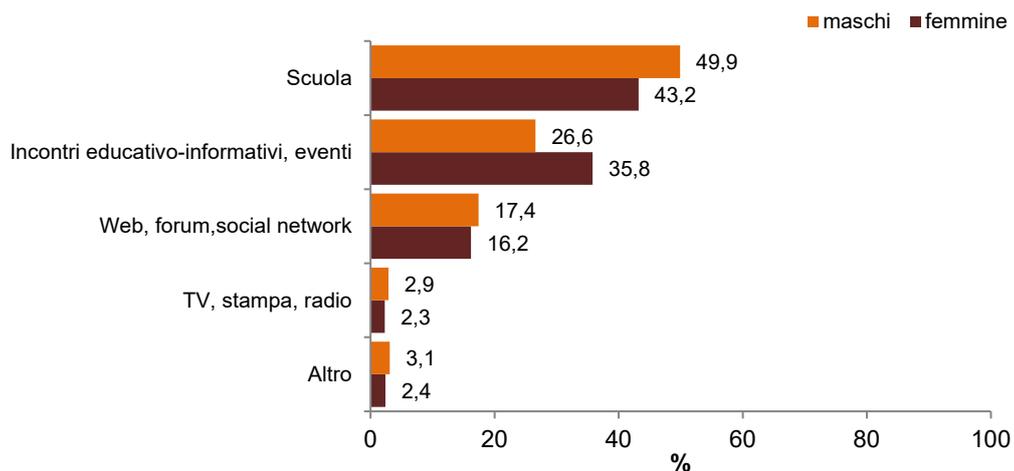


Figura 19. Risposte degli intervistati sulla modalità di comunicazione ritenuta più adatta per ricevere informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva per genere (*possibile più di una risposta*).
 “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Studenti universitari” (2017-2018)

Conclusioni

Diverse condizioni patologiche che possono insorgere fra la nascita e la prima età adulta possono contribuire a favorire l’insorgenza di alterazioni della salute sessuale e riproduttiva; allo stesso modo, solide evidenze dimostrano come sedentarietà, tabagismo, consumo di alcol e una cattiva alimentazione possano essere veri e propri fattori di rischio per un corretto sviluppo durante l’età adolescenziale. Tuttavia, sia da parte dei giovani ma anche delle istituzioni è rivolta poca attenzione a queste problematiche e all’attuazione di misure di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Nonostante la capillarità della diffusione e il relativo impegno temporale necessario per la compilazione, il questionario ha riscontrato una limitata adesione da parte degli studenti universitari.

I risultati emersi dallo studio potrebbero pertanto non essere rappresentativi dell’intera popolazione di studenti universitari, sebbene siano in linea con le altre indagini condotte sugli adolescenti e sugli adulti che presentano una migliore rappresentatività. Nuove strategie di comunicazione sembrano dunque necessarie al fine di garantire un maggior coinvolgimento da parte degli studenti universitari.

Dall'analisi dei dati è emersa una prevalenza significativa di fumatori, stimata intorno al 25%, e solo il 32,7% dei partecipanti ha riferito di non assumere abitualmente bevande alcoliche.

Le conoscenze sulle tematiche esplorate degli universitari intervistati sono risultate carenti: difatti, sebbene molti dei partecipanti abbiano riferito di sentirsi adeguatamente informati in merito a tematiche di salute sessuale e riproduttiva, l'analisi dei questionari ha portato a concludere che si tratti frequentemente di una sovrastima da parte degli interessati della loro conoscenza, o talvolta l'informazione che hanno è addirittura non corretta. La discrepanza fra le reali conoscenze e quelle percepite è stata osservata in tutti gli ambiti del questionario – effetti degli stili di vita sulla salute riproduttiva, infezioni a trasmissione sessuale, metodi contraccettivi, atteggiamenti, comportamenti.

Per quanto riguarda i comportamenti nell'ambito della sessualità, tra i dati rilevati è emersa ancora una non trascurabile percentuale di rispondenti che non usa metodi di protezione (preservativo) nei rapporti occasionali, mentre la quasi totalità ha dichiarato di usare contraccettivi nei rapporti con il partner abituale.

L'età giusta per diventare genitori viene percepita tra i 26 e i 30 anni: questo dato dimostra una differenza fra il “percepito” e il reale, soprattutto alla luce dei dati statistici della genitorialità in Italia.

Tra le fonti di informazioni, un dato che merita sicuramente attenzione è come la scuola ed incontri educativo-informativi siano percepiti come il miglior canale di diffusione ed informazione per tali tematiche. C'è un grande interesse da parte dei giovani, che in oltre il 90% hanno riferito di essersi informati autonomamente: tuttavia, questo dato va in controtendenza, per esempio, con la frequenza di soggetti che si sottopongono a visite preventive, ancora oggi in maggior misura nel sesso maschile.

Bibliografia

1. De Schryver A, Meheus A. Epidemiology of sexually transmitted diseases: the global picture. *Bull World Health Organ* 1990;68(5):639-54.
2. Soe NMK, Bird Y, Schwandt M, Moraros J. Substance use preferences and sexually transmitted infections among Canadian post-secondary students. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:2575-82.
3. Suligoi B, Vittori G, Salfa MC, Timelli L, Corsini D, Fattorin iG, Mariani L, Genital Warts 2 (GW2) Working Group. Prevalence and incidence of external genital warts in a sample of Italian general female population. *BMC Infect Dis* 2017;17(1):126.
4. World Health Organization. *Sexually transmitted infections (STIs)*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)); ultima consultazione 20/12/2020.
5. Gianfrilli D, Ferlin A, Isidori AM, Garolla A, Maggi M, Pivonello R, Santi D, Sansone A, Balercia G, Granata ARM, Sinisi A, Lanfranco F, Pasqualetti P, Foresta C, Lenzi A; 'Amico-Andrologo' Study Group. Risk behaviours and alcohol in adolescence are negatively associated with testicular volume: results from the Amico-Andrologo survey. *Andrology* 2019;7(6):769-77.
6. Sansone A, Di Dato C, de Angelis C, Menafra D, Pozza C, Pivonello R, Isidori A, Gianfrilli D. Smoke, alcohol and drug addiction and male fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2018;16(1):3.
7. La Vignera S, Condorelli RA, Cannarella R, Duca Y, Calogero AE. Sport, doping and female fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2018;16(1):108.
8. Goundry AL, Finlay ER, Llewellyn CD. Talking about links between sexually transmitted infections and infertility with college and university students from SE England, UK: a qualitative study. *Reprod Health* 2013;10:47.

9. Tung, WC, Tung WC, Cook DM. HIV knowledge and behavior among Chinese college students in China and the United States. *West J Nurs Res* 2013;35(9):1171-83.
10. Denison HJ, Bromhead C, Grainger R, Dennison EM, Jutel A. What influences university students to seek sexually transmitted infection testing? A qualitative study in New Zealand. *Sex Reprod Healthc* 2018;16:56-60.
11. Guzzo KB, SR. Hayford. Adolescent reproductive and contraceptive knowledge and attitudes and adult contraceptive behavior. *Maternal Child Health J* 2017; 22(1):32-40.
12. Wallace AR, Blood EA, Crosby RA, Shrier LA. Differences in correlates of condom use between young adults and adults attending sexually transmitted infection clinics. *Int J STD AIDS* 2014;26(8):526-33.
13. De Visser R. Delayed application of condoms, withdrawal and negotiation of safer sex among heterosexual young adults. *AIDS Care* 2010;16(3):315-22.
14. Cheeta S, Halil A, Kenny M, Sheehan E, Zamyadi R, Williams AL, Webb L. Does perception of drug-related harm change with age? A cross-sectional online survey of young and older people. *BMJ Open* 2018;8(11).
15. Petrides J, Collins P, Kowalski A, Sepede J, Vermeulen M. Lifestyle changes for disease prevention. *Prim Care: Clinics in Office Practice* 2019;46(1):1-12.
16. Piepoli MF, Villani GQ. Lifestyle modification in secondary prevention. *Eur J Pre Cardiol* 2017;24(3):101-7.
17. Istituto Nazionale di Statistica. *La salute riproduttiva della donna*. Roma: ISTAT; 2017.

INDAGINE SULLA POPOLAZIONE ADULTA: IL CONTRIBUTO DI PASSI

Maria Masocco, Valentina Minardi, Benedetta Contoli, Gruppo di coordinamento nazionale PASSI*
Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
* Vedi Appendice A

Introduzione

Nel tentativo di individuare i fattori determinanti il drammatico calo del numero medio di figli per donna registrato nel nostro Paese a partire dagli anni '80 del secolo scorso, diversi sono stati i contributi di ricerca, dalle ricostruzioni descrittive che sfruttavano i dati delle statistiche ufficiali (1) a diverse indagini campionarie.

Nel corso degli anni '70, alcune indagini pionieristiche sulla fecondità sono state realizzate, con particolare attenzione alla relazione fra fecondità e lavoro femminile (2, 3), ma è nel 1979 che viene realizzata la prima indagine campionaria nazionale sulla fecondità (4), nell'ambito del programma internazionale della *World Fertility Survey* (5), a cura dell'*International Statistical Institute*.

La *World Fertility Survey* ha fornito nell'ultimo quarto del secolo scorso un materiale statistico di grande valore per la comprensione del processo riproduttivo dal punto di vista demografico e sociale. Nell'ambito di questo programma una seconda indagine (6) fu realizzata, circa 10 anni più tardi, ma diversi studi (7-11) più o meno estesi, attenti alla metodologia e alle modellizzazioni più avanzate e recenti, furono condotti in quegli anni su questi aspetti.

Questo ampio, e qualitativamente avanzato, sforzo di ricerca non ha garantito delle ferme conclusioni causali, ma certamente ha contribuito a disegnare un primo quadro esplicativo dei meccanismi sottostanti le scelte delle coppie in materia riproduttiva.

Fra le statistiche correnti, un ampio contributo giunge certamente dalla rilevazione delle nascite dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Dal 1926 al 1998, la rilevazione delle nascite effettuata dall'ISTAT, indagine esaustiva di fonte Stato Civile, ha infatti consentito di disporre di informazioni statistiche sulle nascite e sui parti e sulle modificazioni dei comportamenti riproduttivi, in modo puntuale e continuativo. Oggetto della rilevazione erano tutte le nascite e i parti avvenuti in Italia ogni anno: le informazioni venivano raccolte attraverso la compilazione da parte degli Ufficiali di Stato Civile di un apposito modello ISTAT che integrava dati di stato civile tratte dall'atto di nascita, notizie demo-sanitarie tratte dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) e notizie socio-demografiche richieste direttamente al dichiarante.

Per molti anni è stato dunque possibile monitorare con continuità e precisione la riduzione delle nascite nel nostro Paese, l'incremento del numero di donne senza figli, il progressivo innalzarsi dell'età media alla nascita del primogenito, con i conseguenti crescenti rischi non solo di infertilità, ma anche di gravidanze a maggior rischio di complicanze, particolarmente per le primipare. La stessa rilevazione consentiva di disporre di dati sulla natimortalità, i parti gemellari, le modalità del parto rispetto alle principali caratteristiche socio-demografiche dei genitori.

I mutamenti normativi riguardanti la dichiarazione di nascita hanno poi imposto la soppressione, della rilevazione individuale delle nascite ISTAT, a partire dal 1° gennaio 1999.

Così da una rilevazione esaustiva sulle nascite si è passati ad un sistema di rilevazioni campionarie che ha consentito, da una parte di colmare il debito informativo creatosi, ma dall'altra

parte ha offerto la possibilità di approfondire la conoscenza dei determinanti e delle dinamiche che influiscono sulle scelte di maternità e di paternità e dei contesti di vita familiari e sociali in cui tali determinanti svolgono la loro azione.

L'ISTAT ha condotto tre edizioni dell'indagine campionaria sulle nascite e sulle madri (12), intervistando le donne che hanno avuto un figlio nel 2000-2001, nel 2003 e nel 2009-2010.

Tutte queste indagini mettono in luce che il fenomeno della contrazione delle nascite è stato in buona parte il risultato della rarefazione dei figli di ordine successivo al secondo, almeno fino alle coorti di donne nate nella seconda metà degli anni '60: fra queste infatti circa 4 donne su 5 non hanno rinunciato ad avere almeno un figlio. Tuttavia, la quota di donne senza figli sembra mostrare un notevole incremento nelle generazioni più giovani, fra le quali l'età media alla nascita del primo figlio continua ad essere posticipata.

I progetti riproduttivi delle donne continuano a prevedere in media almeno 2 figli, ma queste attese contrastano con gli indicatori di fecondità effettivamente realizzata, che sulla base delle rilevazioni di fonte anagrafica ci restituiscono, invece, un quadro di persistente bassa fecondità, ovvero 1,4 figli per donna in media nel 2012. Ne deriva che i vincoli che limitano la fecondità italiana e che hanno fatto conquistare all'Italia il primato tra i Paesi meno prolifici intervengono non solo sulla decisione di avere o meno un figlio, ma anche su quella di averne più di uno.

Il modulo di approfondimento dedicato all'interazione maternità-lavoro nell'edizione 2012 della indagine ISTAT sulle nascite, mostra che oltre il 22% delle madri occupate all'inizio della gravidanza, non lo è più al momento dell'intervista, ossia a circa due anni dalla nascita del bambino. Il 42,8% di quelle che hanno continuato a lavorare dichiara di avere problemi nel conciliare l'attività lavorativa e gli impegni familiari. Difficoltà testimoniate, d'altra parte, anche dai minori tassi di attività femminile per le donne con figli e dalla relazione inversa tra tassi di attività femminili e numero di figli avuti tratti dall'indagine sulle forze di lavoro. Fenomeno questo che non è solo italiano (in Germania e nei Paesi Bassi si osserva una dinamica analoga) ma non è certamente generalizzato nel contesto europeo.

Nell'ambito dello "Studio Nazionale Fertilità" l'indagine sulla propensione alla riproduzione, sulla conoscenza della fisiologia della fertilità e sull'eventuale accesso ai servizi sanitari in tema di fertilità nella popolazione adulta italiana, potenzialmente fertile di 18-49 anni, è stata realizzata attraverso il sistema di sorveglianza PASSI "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (sorveglianza a rilevanza nazionale - DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze) (13).

Materiali e metodi

Sistema di sorveglianza PASSI

In Italia, nel 2006 il Ministero della Salute e il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), in collaborazione con le Regioni, affidano all'Istituto Superiore di Sanità la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, dedicati a diverse fasce di età della popolazione, volti a fornire dati sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, per il monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e la valutazione del Piano Nazionale e dei Piani Regionali della Prevenzione, dove le informazioni raccolte devono poter essere utili alla programmazione aziendale e regionale e consentire una valutazione e un'orientamento delle politiche di sanità pubblica a livello locale.

Nasce così il sistema di sorveglianza PASSI (14-17) dedicato alla popolazione generale di 18-69 anni. Avviato nel 2007, a regime dal 2008, PASSI si caratterizza come un sistema di sorveglianza in sanità pubblica che, sul modello della *Behavioural Risk Factor Surveillance System* (18) (adottato in molti Paesi, dagli Stati Uniti all'Australia) raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie tra i 18-69enni informazioni sul loro stato di salute, su benessere fisico e psicologico e aspetti legati alla qualità della vita connessa alla salute, su stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche, quali fumo, abuso di alcol, sedentarietà, dieta povera di frutta e verdura, fattori di rischio cardiovascolare come obesità, diabete, ipertensione e ipercolesterolemia.

Vengono raccolte anche informazioni sul grado di conoscenza e adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione che il Paese sta realizzando, come la partecipazione agli screening oncologici, il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio e alla vaccinazione antirubeolica nelle donne in età fertile, sull'adozione di misure sicurezza per la prevenzione di incidenti stradali, infortuni in casa e sul lavoro.

Su molti di questi aspetti viene anche rilevata l'attenzione dei medici e/o degli operatori sanitari (come il consiglio di bere meno o smettere di fumare, ridurre l'eccesso ponderale, incrementare l'attività fisica, ridurre il consumo di sale, ecc.).

Vengono inoltre raccolti dati socio-demografici (genere, età, titolo di studio, condizioni economiche, stato civile, composizione familiare, cittadinanza, condizione e posizione professionale, settore e mansione per i lavoratori, comune di residenza) che consentono di stratificare gli indicatori di salute stimati così da avere elementi utili ad orientare l'azione di sanità pubblica verso il contrasto alle disuguaglianze di salute.

PASSI è stato disegnato come strumento interno al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di Aziende Sanitarie Locali e Regione: è condotto dalle Aziende Sanitarie Locali per la raccolta dei dati e l'uso per l'azione; queste sono coordinate dalle Regioni e si avvalgono, per il coordinamento centrale, del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità con funzioni di sviluppo, ricerca, formazione a garanzia del rigore metodologico in ogni fase dell'indagine, dalla raccolta dei dati alla comunicazione e diffusione degli stessi.

La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, effettuate nel corso di tutto l'anno dagli operatori dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a campioni, rappresentativi per genere ed età della popolazione adulta di 18-69enni, del proprio bacino di utenza, estratti dalle liste sanitarie delle Aziende Sanitarie Locali.

I dati raccolti confluiscono in un database nazionale, a cui hanno accesso i coordinatori aziendali e regionali, secondo un approccio gerarchico, ognuno per i dati di propria competenza. Il portale dedicato alla centralizzazione dei dati ospita anche gli strumenti standardizzati per l'analisi dei dati, con i quali ciascuna regione o Azienda Sanitaria Locale è messa in grado di elaborare i propri dati, e i principali risultati già elaborati a livello aziendale, regionale e nazionale e materiali utili alla stesura dei report.

La qualità dei dati e della performance di processo, finalizzata a misurare l'accuratezza della rilevazione e monitorare l'adesione al protocollo operativo delle singole Aziende Sanitarie Locali, è garantita da un sistema di monitoraggio in continuo i cui indicatori (tasso di risposta, tasso di sostituzione, tasso di rifiuto, numero di interviste effettuate ed altro) vengono rilasciati sul portale, aggiornati in tempo reale in relazione al livello di avanzamento della rilevazione.

Ogni anno, vengono effettuate circa 35.000-37.000 interviste. Il tasso di risposta annuale raggiunge e supera l'85% delle persone eleggibili. Il numero complessivo di Aziende Sanitarie Locali partecipanti supera ogni anno il 90% delle aziende totali, fornendo indicazioni su oltre il 90% della popolazione nazionale residente in Italia.

Un sistema di pesatura, basato sulla distribuzione per genere ed età della popolazione residente nelle Aziende Sanitarie Locali, rilasciate ogni anno dal Ministero della Salute, e sulle popolazioni residenti per regione, diffuse dall'ISTAT, consente di fare inferenza a partire dai dati campionari e giungere a stime di prevalenze dei diversi fenomeni rappresentative della popolazione residente in Italia di 18-69 anni.

Un website dedicato a PASSI sul portale di Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/passi/>), aperto a tutti i cittadini, ospita i principali risultati a livello nazionale e regionale, commentati con grafici e tabelle, aggiornati a partire da aprile di ogni anno con i dati relativi all'anno di rilevazione precedente.

Modulo opzionale su fertilità - PASSI 2016

Il sistema di sorveglianza PASSI è stato costruito in modo da essere flessibile e adattabile a rispondere a esigenze locali o nuovi bisogni informativi del Paese, anche in situazioni di emergenza.

Per questa ragione, ogni anno il questionario è sottoposto a revisione per rispondere a eventuali nuovi bisogni informativi del Paese, dettati da nuovi programmi o strategie nazionali o internazionali in tema di prevenzione o per rispondere a esigenze di singole Regioni.

Per rispondere agli obiettivi del Piano Nazionale Fertilità, inseriti nel progetto CCM 2015 "Studio Nazionale Fertilità", il questionario PASSI 2016, sentite tutte le Regioni, è stato arricchito di un modulo opzionale composto da 7 domande (Appendice B3), rivolto solo alle persone in età potenzialmente fertile (18-49 anni), sia uomini che donne. Queste 7 domande indagano: i) la consapevolezza da parte della popolazione del ruolo dell'età come determinante della fertilità biologica femminile e della fertilità biologica maschile; ii) la propensione alla riproduzione, ovvero le intenzioni o i desideri di avere figli; iii) le motivazioni sociali dell'eventuale rinuncia o rinvio della maternità/paternità; iv) il ricorso ai centri specialistici per la fertilità.

In questo rapporto vengono presentate:

- i) stime di prevalenze a livello nazionale e una stima del loro livello di precisione, gli intervalli di confidenza al 95% (IC95%);
- ii) rapporti aggiustati di prevalenza (*adjusted Prevalence Ratio*, Adj. PR) e relativi intervalli di confidenza al 95%, derivanti da un'analisi di regressione di Poisson. Tutte le analisi sono state realizzate con il software STATA 13.

Risultati

Nel 2016 sono state intervistate complessivamente 35.120 persone di 18-69 anni. Tutte le regioni hanno partecipato alla rilevazione garantendo una copertura del territorio nazionale pari al 92%. Il tasso di risposta totale è stato pari al 86% e il tasso di rifiuto pari al 10%.

Fra gli intervistati 21.217 avevano un'età fra i 18 e i 49 anni, e sono stati sottoposti al modulo opzionale fertilità. Il sotto-campione dei 18-49enni è risultato rappresentativo per genere ed età della popolazione italiana residente in Italia al 1° gennaio 2017, pubblicata da ISTAT.

Ruolo dell'età nella fertilità biologica

Con il termine di fertilità in biologia si intende la capacità biologica di un individuo di avere dei figli, spontaneamente e senza il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita,

indipendentemente dal fatto che tale capacità venga effettivamente esercitata, si tratta dell'attitudine a concepire.

La fertilità, sia maschile che femminile, risente dei normali processi di invecchiamento dell'organismo, riducendosi con l'avanzare dell'età.

La donna nasce con un numero prestabilito di follicoli (contenenti gli ovociti) che si esaurisce progressivamente con l'età; la fertilità biologica femminile risulta massima tra i 20 e i 30 anni, subisce un primo calo significativo già intorno ai 32 anni e un secondo più rapido declino dopo i 37 anni, fino ad essere prossima allo zero negli anni che precedono la menopausa (generalmente intorno ai 50 anni); con l'avanzare dell'età c'è inoltre una minore probabilità di portare a termine una gravidanza.

Nell'uomo la produzione degli spermatozoi non si interrompe con l'invecchiamento, ma diminuisce gradualmente e peggiora in qualità, in relazione ad un graduale declino dei livelli ormonali e al comparire o peggiorare di diverse patologie andrologiche, alcuni studi dimostrano che tale declino inizia già dopo i 35 anni, molti gli studi che documentano una riduzione nella capacità riproduttiva a partire dai 40 anni.

Le prime due domande del modulo fertilità indagano le conoscenze sul ruolo dell'età come determinante della fertilità biologica femminile e di quella maschile.

Fertilità biologica femminile

Poche persone, solo il 5% del campione di intervistati, appaiono consapevoli che le possibilità biologiche per una donna di avere figli iniziano a ridursi già dopo i 30 anni; erroneamente la gran parte, il 27%, pensa che questo accada intorno ai 40-44 anni e il 28% individua tale inizio solo dopo i 45 anni; il 14% l'associa alla menopausa e il 10% non sa indicare alcuna età (Figura 1).

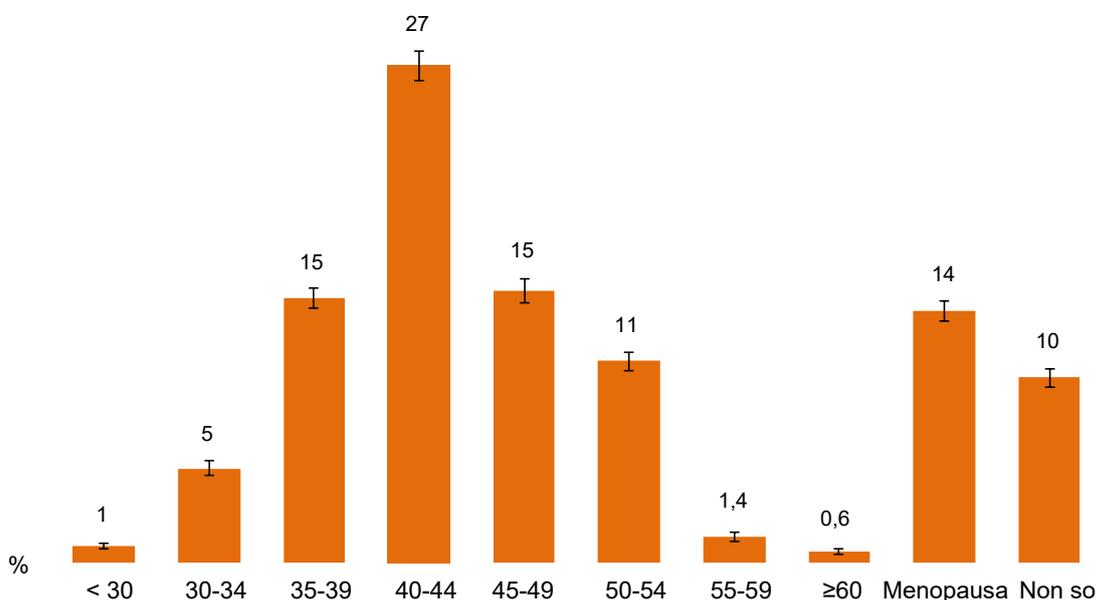


Figura 1. Età in cui inizia a ridursi la capacità biologica di avere figli nella donna secondo gli intervistati di 18-49 anni. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

Non vi sono molte differenze nelle risposte fornite da uomini e donne: fra gli uomini è più alta la quota di coloro che non sono in grado di indicare un'età di inizio di tale calo (15% fra gli uomini vs. 6% fra le donne) mentre nelle donne è maggiore la quota di chi indica un'età prossima a quella corretta, 35-39 anni (18% fra le donne vs. 11% fra gli uomini), ma comunque maggiore dell'età in cui davvero può collocarsi il primo significativo calo delle possibilità biologiche del concepimento, che si manifesta già intorno ai 32 anni (Figura 2).

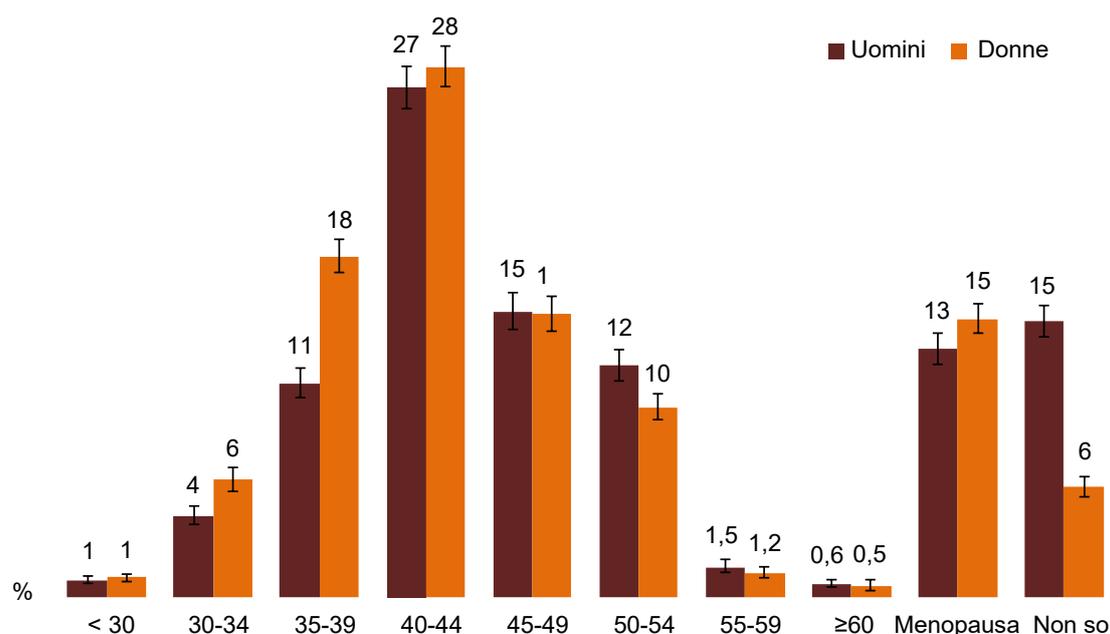


Figura 2. Età in cui inizia a ridursi la capacità biologica di avere figli nella donna secondo gli intervistati di 18-49 anni. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta” (Dati PASSI 2016)

Fertilità biologica maschile

La consapevolezza che l'età giochi un ruolo importante anche per la fertilità biologica maschile sembra persino minore di quanto emerge per la fertilità femminile e l'età d'inizio del calo della capacità biologica di concepimento per un uomo è collocata molto più avanti di quanto sia in realtà.

Una quota trascurabile (inferiore al 4%) indica un'età inferiore ai 40 anni; il 9% indica un'età compresa fra i 40-44 anni; ma complessivamente nove persone su dieci (87%) forniscono una risposta assolutamente inadeguata o non sanno dare alcuna indicazione: l'8% indica un'età compresa fra i 45 e 49 anni; il 48% indica un'età superiore ai 50 anni; il 12% è convinto che questo non avvenga mai; il 19% non sa fornire una risposta (Figura 3).

Non sembrano esserci molte differenze nelle risposte fornite da uomini e donne; da segnalare solo che fra le donne c'è una quota maggiore (di qualche punto percentuale) di persone che collocano l'inizio del calo della fertilità biologica maschile subito dopo i 40 anni (Figura 4).

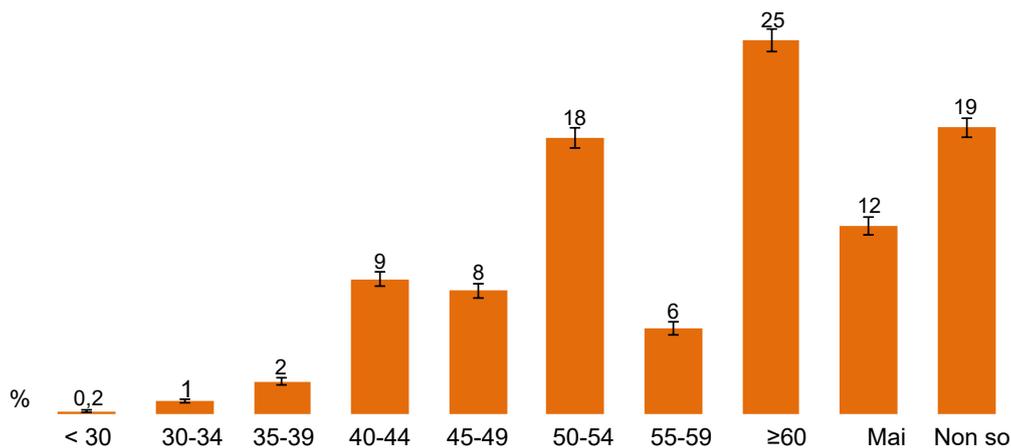


Figura 3. Età in cui inizia a ridursi la capacità biologica di avere figli nell'uomo secondo gli intervistati di 18-49 anni. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

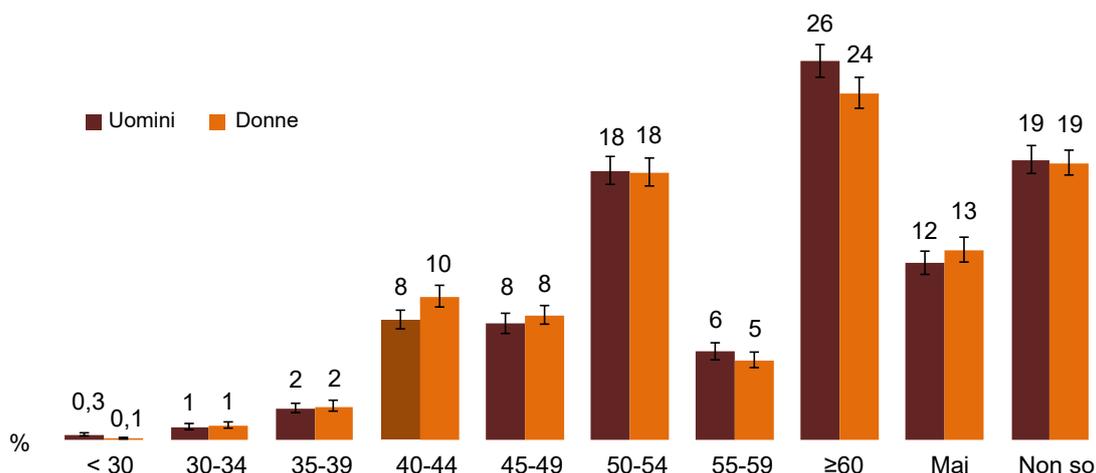


Figura 4. Età in cui inizia a ridursi la capacità biologica di avere figli nell'uomo secondo gli intervistati di 18-49 anni. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

Profilo degli intervistati

L'analisi multivariata mette in luce che c'è meno consapevolezza del ruolo dell'età come determinante della fertilità biologica (sia maschile che femminile) fra gli uomini rispetto alle donne, fra i più giovani, fra le persone con titolo di studio più basso, fra le persone con molte difficoltà economiche, fra i residenti nelle regioni del Sud e nelle Isole rispetto ai residenti nelle regioni del Centro e del Nord Italia (Tabella 1).

Tabella 1. Inconsapevolezza dell'età come determinante del calo della fertilità biologica femminile e maschile, per caratteristiche sociodemografiche degli intervistati di 18-49 anni (20.940). "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

Variabili	Fertilità biologica femminile ^a		Fertilità biologica maschile ^b	
	Adj. PR	IC95%	Adj. PR	IC95%
Genere				
Donne	1		1	
Uomini	1,685***	(1,541-1,841)	1,153***	(1,040-1,279)
Classe di età				
35-39	1		1	
25-34	0,637***	(0,575-0,705)	0,569***	(0,505-0,642)
18-24	0,866**	(0,758-0,989)	0,672***	(0,580-0,779)
Titolo di studio				
Laurea	1		1	
Diploma	2,016***	(1,815-2,240)	1,466***	(1,291-1,663)
Medie/elementari/nessuno	2,546***	(2,208-2,935)	1,638***	(1,382-1,943)
Difficoltà economiche				
Nessuna	1		1	
Qualche	1,212***	(1,097-1,340)	1,193***	(1,062-1,341)
Molte	1,484***	(1,248-1,765)	1,326***	(1,081-1,626)
Residenza				
Nord	1		1	
Centro	1,336***	(1,217-1,465)	1,420***	(1,270-1,588)
Sud e Isole	2,291***	(2,032-2,584)	2,579***	(2,219-2,998)
Cittadinanza				
Italiani	1		1	
Stranieri	1,204**	(1,020-1,422)	1,048	(0,867-1,266)

***p<0,01, ** p<0,05

Adj.PR: Adjusted prevalence ratio; IC95%: Intervalli di Confidenza al 95%; Analisi di regressione di Poisson

^a Sono considerati "inconsapevoli" coloro che dichiarano che la fertilità biologica femminile inizia a ridursi dopo i 40 anni, o in menopausa o non sanno dare un'indicazione.

^b Sono considerati "inconsapevoli" coloro che dichiarano che la fertilità biologica maschile inizia a ridursi dopo i 45 anni, o "mai" o non sanno dare un'indicazione.

Propensione alla procreazione

La propensione ad avere figli, o meglio, l'intenzione o il desiderio di averne è stata indagata con una domanda diretta su questo aspetto ("Ha intenzione di avere (altri) figli?"). La propensione a procreare deve tener conto di quanto già realizzato del proprio progetto di pianificazione familiare: desiderare di avere figli con il proprio/a partner, può dipendere da quanti figli si hanno già e può prescindere dall'essere genitori di figli "biologicamente" non propri, ovvero adottivi o figli del partner.

Per questa ragione sono state raccolte anche informazioni sul numero di figli già avuti, naturali, adottivi o del partner e l'analisi della propensione ad avere figli è stata stratificata in funzione di queste informazioni.

Escludendo le persone che dichiarano spontaneamente di non poter avere dei figli o dichiarano di essere in attesa di un bimbo (naturale o adottivo), più della metà degli intervistati (55%) dichiara di non essere intenzionato ad avere figli: il 44% esprime questa volontà con certezza; il 4% è incerto ma orientato a non volerne neppure in futuro; il 7% dichiara di non averci ancora pensato.

Fra i rispondenti con figli questa quota sale all'82% e resta alta anche fra coloro che hanno avuto un solo figlio, più di una persona su due dichiara di non volere un secondo figlio.

Anche fra coloro che non hanno figli (né propri, naturali o adottivi, né del partner) questa quota, seppur più contenuta, non è trascurabile: quasi 1/3 delle persone senza figli (31%) dichiara di non volerne neppure in futuro o di non averci pensato (Figura 5).

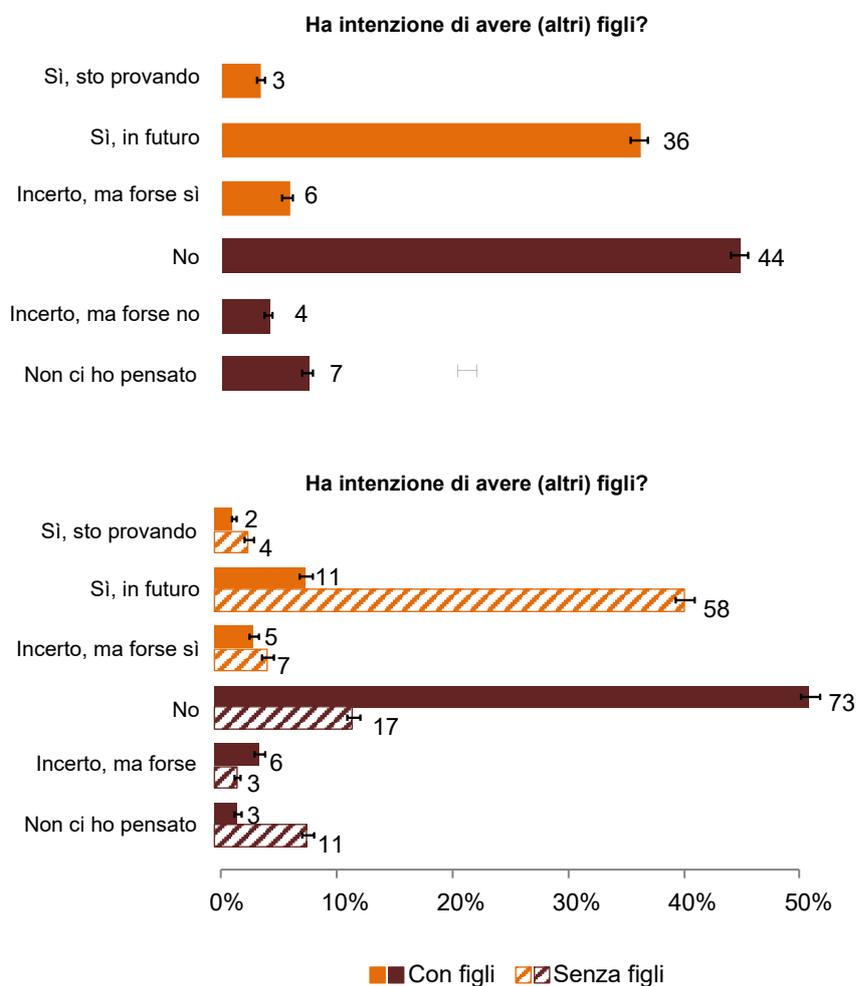


Figura 5. Propensione alla procreazione, totale e stratificata per persone con e senza figli secondo gli intervistati di 18-49 anni (19.686). "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

Motivazioni dell'eventuale rinuncia o rinvio della maternità/paternità

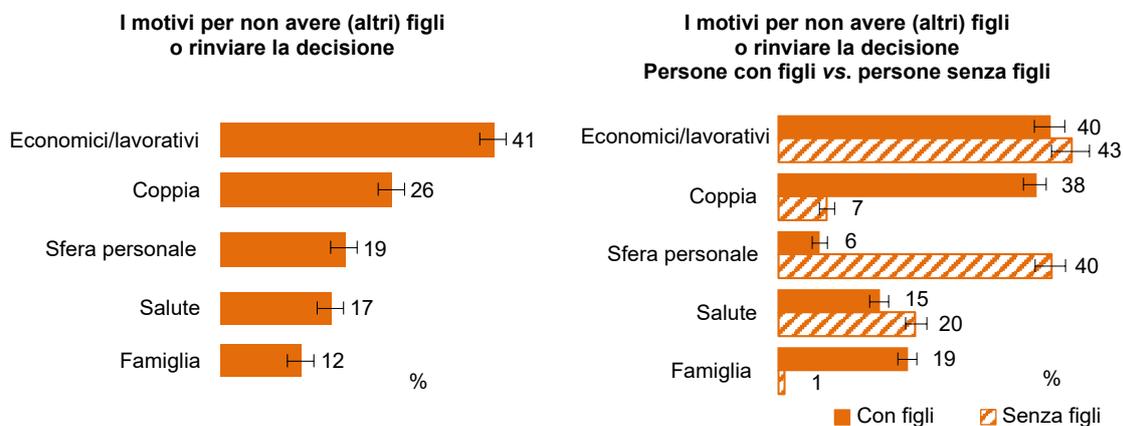
Questo aspetto è stato indagato con una domanda a risposta multipla che chiede all'intervistato di indicare uno o più motivi che lo inducono a non volere figli o non volerne altri o, pur desiderandoli, a rinviare questa scelta in futuro.

La domanda è posta a tutti tranne coloro i quali hanno dichiarato spontaneamente la loro impossibilità/difficoltà ad avere figli, o hanno dichiarato di essere in attesa di un bimbo (naturale

o adottivo), o di star tentando di averne, o si sono rifiutati di rispondere alla domanda sull'intenzione di avere dei figli.

La domanda è strutturata come una domanda aperta che raccoglie risposte fornite spontaneamente dall'intervistato e non scelte da una batteria di proposte lette dall'intervistatore, tuttavia gli item di risposta prevedibili sono stati raggruppati in grandi aree tematiche e strutturati nel questionario in modo da guidare l'intervistatore a classificare inequivocabilmente le motivazioni fornite dall'intervistato fra motivi legati a: i) fattori economici-lavorativi; ii) fattori inerenti la coppia; iii) problemi di fertilità o di salute dei componenti la coppia; iv) aspetti inerenti la famiglia; v) fattori legati alla sfera personale.

Escludendo le persone che dichiarano di non avere un partner (2.693 pari al 18% degli intervistati alla domanda) e chi riferisce problemi di fertilità della coppia (174 persone, pari a 0,9%) la motivazione più frequentemente riportata per non volere figli, o per rinviare in futuro la decisione di averne, riguarda aspetti legati a fattori economici o lavorativi (41%), come il costo per accudire un figlio, la paura di perdere il lavoro, la carenza di servizi alle famiglie, o la mancanza di un aiuto adeguato alle famiglie con bambini. Queste sono le motivazioni più frequentemente riferite sia fra chi ha già figli (40%), sia fra chi non ne ha ancora (43%) (Figura 6).



- **FATTORI ECONOMICI-LAVORATIVI E ORGANIZZATIVI:** difficoltà economiche / costo dei figli; paura di perdere il lavoro o avere conseguenze negative; carenza di servizi alle famiglie con figli; mancanza di aiuto da parte della famiglia.
- **COPPIA:** mancanza del partner; difficoltà nella relazione di coppia; il/la partner non vuole avere (altri) figli; aver già raggiunto il numero di figli desiderato.
- **SFERA PERSONALE:** incompatibilità con studio, carriera o altri progetti personali; nessun interesse ad avere figli.
- **FERTILITÀ/SALUTE:** problemi di fertilità della coppia; problemi di salute della coppia; problemi di età (partner troppo giovane/anziano/a); coppia omosessuale.
- **FAMIGLIA:** avere figli ancora troppo piccoli; avere altri figli che richiedono troppo impegno; difficoltà a seguire bene gli altri figli con un figlio in più; avere genitori o parenti troppo anziani/malati da seguire

Figura 6. Motivi per la rinuncia/rinvio ad avere figli totale e stratificata per persone con e senza figli secondo gli intervistati di 18-49 anni. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

Fra chi ha figli, altre motivazioni frequentemente riportate sono quelle legate alla coppia o al progetto familiare già raggiunto (38%), come il numero desiderato di figli raggiunto, o la volontà del partner a non volerne altri o difficoltà nella relazione; non trascurabili sembrano i motivi legati alla famiglia (19%) che comunque suggeriscono una difficoltà nella gestione di famiglie con figli, per la presenza di figli troppo piccoli e/o troppo impegnativi o per la presenza/gestione di genitori o congiunti anziani o con problemi di salute.

Fra le persone senza figli, dopo i fattori economici/lavorativi le motivazioni alla rinuncia/rinvio alla maternità/paternità più frequentemente riportate sono legate alla sfera personale (40%) come l'incompatibilità con lo studio, la carriera o altri progetti personali o il disinteresse vero e proprio ad avere figli.

Ricorso ai centri specialistici per la fertilità

L'ultima domanda del modulo fertilità indaga il ricorso a centri specialistici per la fertilità. Si è dimostrata una domanda particolarmente sensibile dal momento che appena la metà degli intervistati ai quali è stata rivolta ha fornito una risposta (12.261 su 21.217 intervistati di 18-49 anni). Questa domanda molto semplice, non ha l'ambizione di indagare le molteplici dimensioni del ricorso ai centri specialistici: ha un riferimento temporale che si riferisce all'arco della vita, non può essere ricondotta a nessun esito né alla nascita dei figli già avuti, non è peraltro correlabile alla relazione di coppia del rispondente al momento dell'intervista.

Consente solo di tracciare un profilo di chi si è reso disponibile a rispondere: il 2,9% degli intervistati dichiara di aver fatto ricorso ad uno di questi centri; questa quota cresce con l'età, fra i 35-49enni raggiunge il 4,4%, è più alta fra le persone con titolo di studio più alto (4,4% fra i laureati) e fra quelle senza difficoltà economiche (3,7%) ed è maggiore fra i residenti nel Nord Italia (3,9%) rispetto al Centro (3,2%) e Sud-isole (1,7%) (Figura 7).

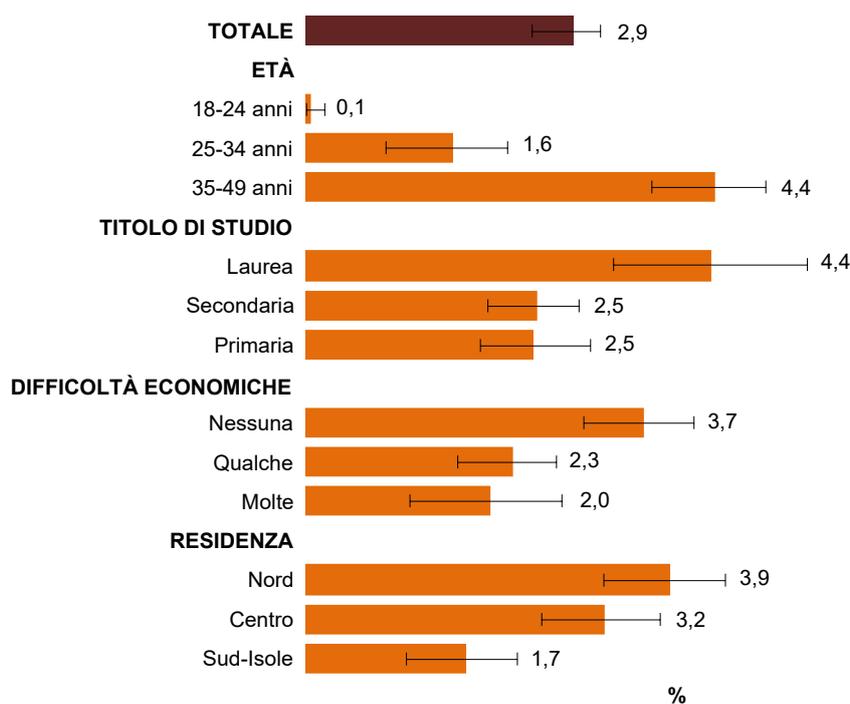


Figura 7. Ricorso ai centri specialistici per la fertilità secondo gli intervistati di 18-49 anni (12.261). "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Popolazione adulta" (Dati PASSI 2016)

Conclusioni

Questa indagine, condotta su un campione numericamente molto consistente e rappresentativo della popolazione residente in Italia mostra, da una parte, che non c'è piena consapevolezza del ruolo giocato dall'età nella fertilità biologica femminile e ancor più nella capacità riproduttiva maschile ma, dall'altra parte, mette chiaramente in luce che le ragioni più frequenti per rinunciare o rinviare la nascita di un figlio sono legate principalmente a fattori economici e lavorativi e all'assenza di sostegno alle famiglie con figli.

È in questi ambiti che vanno presumibilmente ricercate le ragioni del drammatico calo della natalità in Italia, che non accenna ad arrestarsi.

Grazie ai dati raccolti con questa indagine ulteriori approfondimenti saranno possibili incrociando le molteplici altre informazioni raccolte sullo stesso campione. Così la propensione ad avere figli può essere approfondita non solo in relazione alla presenza di figli ma anche al numero di figli già avuti e in relazione al fatto che siano o meno solo figli naturali.

Un approfondimento del profilo socio-economico delle persone che hanno minore consapevolezza del ruolo giocato dall'età nella fertilità biologica potrebbe risultare utile a sviluppare interventi mirati di sensibilizzazione su queste tematiche, o suggerire *setting* di intervento più adeguati.

Anche un approfondimento sulle condizioni e posizioni professionali o sulla precarietà lavorativa degli intervistati può meglio dirimere le scelte dichiarate e le motivazioni addotte alla rinuncia/rinvio alla maternità e paternità.

Un approfondimento in termini di salute, qualità della vita o di attenzione alla prevenzione (adozione di comportamenti salutari, partecipazione agli screening o alle campagne vaccinali, ecc.) può essere utilizzato per meglio caratterizzare il profilo degli intervistati a questo modulo.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. *La fecondità nelle regioni italiane, Anni 1952-1993*. Roma: ISTAT; 1997. (Informazioni, n. 35).
2. Bielli C, Pinnelli A, Russo A. *Fecondità e lavoro della donna: un'indagine in quattro zone tipiche italiane*. Roma: Università La Sapienza di Roma; 1973.
3. Bielli C. *Fecondità e lavoro della donna in ambiente urbano*. Roma: Facoltà di scienze statistiche, demografiche ed attuariali, Università di Roma, Istituto di demografia, 1975.
4. De Sandre P (Ed.). *Indagine sulla fecondità in Italia. Rapporto generale*. Istituto di Statistica di Padova; Dipartimento di Statistica dell'Università di Firenze; Istituto of Demografia dell'Univesrità di Roma; 1982.
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Fertility Data 2012*. New York: UN; 2013. (POP/DB/Fert/Rev2012).
6. De Sandre P, Pinnelli A, Santini A (Ed.). *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori del cambiamento*. Bologna: Il Mulino; 1999.
7. De Sandre P, Ongaro F, Rettaroli R, Salvini S. *Matrimonio e figli: tra rinvio e rinuncia*. Bologna: Il Mulino; 1997.
8. Barbagli M, Castiglioni M, Dalla Zuanna G (Ed.). *Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti*. Bologna: Il Mulino; 2003.
9. Livi Bacci M, Breschi M (Ed.). *La bassa fecondità italiana tra costrizioni economiche e cambio di valori*. Udine; Forum; 2003.

10. Angeli A, Pasquini L, Rettaroli R (Ed.). *Nuovi comportamenti familiari e nuovi modelli. Italia e Europa a confronto*. Bologna: CLUEB, 2004.
11. Bonifazi C, Gesano G, Menniti A, Misiti M, Palomba R. *Gli ideali degli italiani sulla popolazione. Figli, famiglia e stranieri*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerche sulla Popolazione; 1998. (IRP-CNR Working paper 01/98).
12. ISTAT. *Avere figli in Italia negli anni 2000. Approfondimenti dalle Indagini Campionarie sulle nascite e sulle madri*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2014.
13. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale* 12 maggio 2017- Serie Generale n. 109.
14. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del “Sistema di Sorveglianza PASSI”. *Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/30).
15. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del “Sistema di Sorveglianza PASSI”. *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/31).
16. Baldissera S, Ferrante G, Quarchioni E, Minardi V, Possenti V, Carrozzì G, Masocco M, Salmaso S; PASSI Coordinating Group. Field substitution of nonresponders can maintain sample size and structure without altering survey estimates—the experience of the Italian behavioral risk factors surveillance system (PASSI). *Ann Epidemiol* 2014;24(4):241.
17. Campostrini S, McQueen D, Taylor A, Daly A. World alliance for risk factor surveillance white paper on surveillance and health promotion. *Aims Public Health* 2015; 2:10-26 v
18. Centers for Disease Control and Prevention. *Behavioral Risk Factor Surveillance System*. Atlanta, GA: CDC; 2020. Disponibile all’indirizzo <https://www.cdc.gov/brfss/>; ultimo consultazione 13/3/2020.

INDAGINI PROFESSIONISTI: PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Eleonora Porcu (a), Giuseppe Damiano (a), Linda Cipriani (a), Francesca Sonia Labriola (a), Tommasa Maio (b), Antonella Antonelli (c), Donella Prospero (c), Mauro Costa (d), Enrica Pizzi (e), Daniela Pierannunzio (e), Serena Battilomo (f)

(a) *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna*

(b) *Federazione Italiana Medici di Medicina Generale*

(c) *Federazione Italiana Medici Pediatri,*

(d) *Struttura Semplice Dipartimentale Medicina della Riproduzione, Ospedale Evangelico Internazionale, Genova*

(e) *Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(f) *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute, Roma*

Introduzione

La responsabilità di tutelare e promuovere la salute sessuale e riproduttiva non può appartenere solo agli specialisti ma deve necessariamente diventare compito sociale ed essere sostenuto da scelte di politiche sanitarie ed educative che siano in grado di migliorare le conoscenze dei cittadini e dei clinici al fine di promuovere la consapevolezza e conoscenza su questi aspetti legati alla salute.

Il Piano Nazionale Fertilità identifica nella medicina del territorio, Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Medicina Generale (MMG), una funzione strategica per informare la popolazione sulla salute sessuale e riproduttiva e supportarla in scelte a favore della salute.

Infatti questi professionisti per il costante rapporto che hanno con il territorio e con tutte le fasce di popolazione possono assolvere a quel ruolo preventivo e di promozione della salute tanto auspicato nell'area della salute sessuale e riproduttiva. Gli MMG e i PLS rappresentano i professionisti più vicini ai bisogni sanitari quotidiani dei cittadini e l'attenzione posta nella pratica clinica alla tutela della fertilità e alle problematiche ad essa connesse costituisce una colonna portante nello sviluppo di un programma di tutela della salute, inclusa quella sessuale e riproduttiva.

I PLS possono agire principalmente per l'individuazione precoce delle patologie dell'apparato riproduttivo ad insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza e per accompagnare i giovani nella scoperta della sessualità, gli MMG per il primo approccio agli aspetti riproduttivi delle coppie, alla contraccezione e alla salute sessuale di tutta la popolazione.

La salute sessuale e riproduttiva è infatti un importante aspetto della crescita e dello sviluppo della persona averne cura fin dall'infanzia è indispensabile per evitare che patologie o comportamenti scorretti e dannosi possano comprometterla (1). È quindi necessario promuovere comportamenti consapevoli e responsabili attraverso una conoscenza degli aspetti di rischio e di arricchimento (2).

La diagnosi precoce delle condizioni cliniche, funzionali e organiche che possono compromettere la fertilità (sindrome dell'ovaio policistico, esaurimento ovarico precoce, anomalie cromosomiche e genetiche, malformazioni genitali, neoplasie, miomi uterini, endometriosi) consente di intraprendere tempestivamente terapie adeguate ed eventualmente di

mettere in atto metodiche di tutela della fertilità. La fertilità naturale è infatti influenzata in maniera significativa da numerosi fattori, quali: l'età, il BMI (*Body Mass Index*), le infezioni/malattie sessualmente trasmesse, la presenza di patologie genitali quali l'endometriosi e i miomi uterini, l'uso di sostanze, gli inquinanti ambientali, le terapie antineoplastiche (3-6).

Da un punto di vista generale la prevenzione di queste patologie è fondamentale negli adolescenti e i giovani adulti attraverso sia interventi di promozione della salute di tipo informativo ed educativo sia di prevenzione con i programmi di screening (laddove esistenti) e il trattamento e la cura dei casi già diagnosticati.

Affinché i PLS e gli MMG possano contribuire a diffondere queste conoscenze nella popolazione, è auspicabile la promozione per questi professionisti sanitari, in collaborazione con gli Ordini professionali, le Federazioni e le Società scientifiche, di eventi formativi nell'ambito del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM), finalizzati sia all'aggiornamento su queste tematiche che all'acquisizione di modalità comunicative efficaci nella relazione con i loro assistiti.

Poiché in Italia ci sono pochi studi che hanno indagato le conoscenze da parte di PLS e MMG sulla salute sessuale riproduttiva, in tema di prevenzione, diagnosi e trattamento, si è deciso di effettuare, all'interno dello Studio Nazionale Fertilità, un'indagine via web specificatamente rivolta a questi professionisti per raccogliere, approfondire e comprendere quali informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva forniscono ai loro assistiti nella pratica quotidiana, al fine di evidenziare eventuali aree d'intervento informativo e formativo per queste categorie professionali.

Materiali e metodi

Destinatari dell'indagine

L'indagine è stata indirizzata a un campione di 5000 PLS e di 5000 MMG individuati tramite le liste dei soci alle due federazioni dei professionisti: Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG).

Strumenti di rilevazione e modalità di svolgimento dell'indagine

L'indagine è stata condotta attraverso due questionari anonimi autocompilati (Appendice B4 e B5) rivolti alle due categorie di professionisti. I questionari sono stati elaborati dai coordinatori dell'Unità Operativa 3 (Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna) in collaborazione con l'ISS, le altre 2 Unità Operative e i componenti del Comitato Scientifico del progetto, in particolare le due rappresentanti della FIMP e della FIMMG. I questionari prevedevano, per le due categorie, domande su età, provenienza geografica degli intervistati e domande a risposta multipla sulle conoscenze riguardanti i temi della salute sessuale e riproduttiva con particolare attenzione al tipo di informazioni fornite ai cittadini/assistiti su tali tematiche. I questionari avevano alcune domande comuni e altre specifiche per ciascun tipo di professionalità.

Le risposte possibili erano sempre tre, di cui una sicuramente appropriata, una meno appropriata ma accettabile e una decisamente non appropriata. A queste risposte è stato attribuito un punteggio rispettivamente di 2 punti (per le risposte corrette), 1 punto (per le risposte non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti) e 0 punti (per le risposte errate o non compilate).

I questionari sono stati inviati alle due categorie dei professionisti tramite il coinvolgimento della FIMP, che per raggiungere i PLS ha inviato una newsletter ai 5000 iscritti, e della FIMMG, che ha inviato via e-mail al campione di 5000 MMG l'invito a partecipare all'indagine chiedendo di compilare il questionario attraverso una piattaforma online, strutturata in modo da garantire l'anonimato dei partecipanti.

Le analisi dei dati sono state effettuate per quanto riguarda i PLS dalla FIMP, insieme all'ISS e all'UO3 e per gli MMG dalla FIMMG e dalla UO3, utilizzando diversi *package* statistici.

I risultati sono stati stratificati in base alle seguenti variabili:

- età del professionista;
- area geografica di attività del professionista;
- punteggio alla risposta.

Risultati e discussione

Pediatri di Libera Scelta

Dei 5000 PLS invitati a partecipare, 706 hanno compilato il questionario tramite un link dedicato (tasso di rispondenza pari al 15%). La maggioranza degli intervistati ha un'età tra i 56-65 anni (68%), seguita da un 18% di pediatri di 46-55 anni (Figura 1). Questa distribuzione è in linea con la distribuzione per età dei soci FIMP.

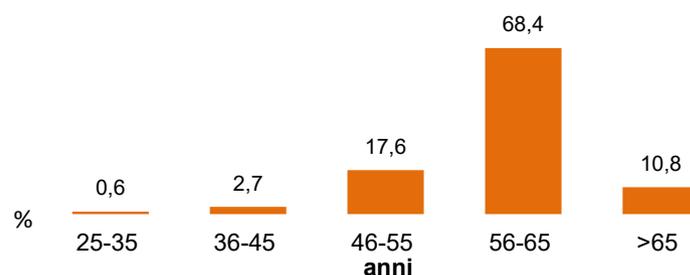


Figura 1. Distribuzione percentuale per età dei PLS intervistati.
"Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG" (2018)

Stratificando per area geografica, il 29% degli intervistati svolge la propria attività al Centro Italia, il 34% nelle regioni del Sud e isole e il 37% al Nord (Figura 2). Anche in questo caso la distribuzione dei soci FIMP per area geografica è simile.

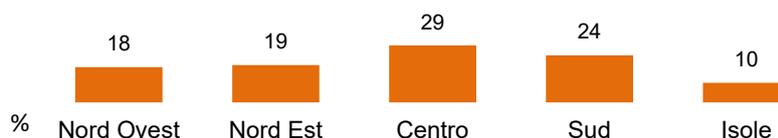


Figura 2. Distribuzione percentuale per area geografica di attività dei PLS intervistati
"Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG" (2018)

Nella Tabella 1 sono riportate le distribuzioni percentuali di risposta per ciascuna delle 11 domande del questionario, valutando per ogni domanda la percentuale di risposte di tipo 2 (corretta), 1 (non errata ma non completamente aderente alle linee guida più recenti) o 0 (errata o non compilata). Sulla base di ciò è stata quindi fatta una “valutazione orizzontale” per avere un’idea complessiva del grado di appropriatezza delle risposte. In tabella non sono state riportate le risposte alla domanda 7 perché in fase di analisi si è valutato che la domanda non era stata posta in modo corretto.

**Tabella 1. Distribuzione percentuale delle risposte dei PLS.
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)**

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
1. Effettua abitualmente ai pazienti maschi adolescenti una valutazione dello sviluppo dell'apparato genitale?	89	7	4
2. Alle sue pazienti adolescenti e ai genitori spiega l'importanza di verificare la regolarità dei cicli e dei flussi mestruali?	91	7	2
3. Informa la paziente adolescente/giovane che i contraccettivi orali non proteggono dalle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	44	32	24
4. Durante le visite di pazienti adolescenti le capita di parlare dei rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	35	43	22
5. Cosa consiglia per prima cosa ad una giovane paziente in buona salute ma sottopeso e con una amenorrea secondaria?	60	39	1
6. Ad una giovane paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), sovrappeso e con oligomenorrea, cosa consiglia in prima istanza?	20	80	0
8. Consiglia abitualmente ai suoi pazienti adolescenti di non fumare, non bere, non fare uso di sostanze stupefacenti o dopanti per i possibili effetti dannosi sulla fertilità?	52	36	12
9. Informa abitualmente i suoi assistiti che l'obesità e l'eccessiva magrezza possono entrambe diminuire la fertilità?	43	31	26
10. Quando parla di vaccinazioni ai genitori ne spiega l'importanza anche al fine di preservare la capacità procreativa?	47	21	32
11. Nella sua attività professionale ha occasione di parlare con i giovani pazienti o con i loro genitori della vaccinazione per il virus HPV?	85	14	1
12. Le capita di parlare con i genitori dei suoi pazienti del loro desiderio di avere altri figli?	27	57	16

Le criticità maggiori sono state riscontrate nelle seguenti domande: 3, 4, 6, 9, 10. Per la domanda 6 un 80% dei PLS ha fornito una risposta non completamente aderente alle linee guida più recenti. Le domande 3 e 4 hanno rilevato una poca attenzione nella comunicazione con gli adolescenti sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmesse.

La percentuale di risposte errate o non completamente aderenti alle linee guida più recenti, evidenzia che nella pratica clinica sulle tematiche indagate ci sono ampi margini di miglioramento da parte dei PLS.

Considerando il punteggio assegnato alle risposte delle 11 domande del questionario e individuando tre fasce di punteggi totali (fascia minima da 0 a 7 punti; fascia media da 8 a 15 punti; fascia alta da 16 a 22 punti), il 53% dei pediatri si colloca nella fascia alta, il 46% nella media e l'1% nella minima (Figura 3), mostrando un quadro abbastanza positivo di conoscenze e comportamenti sulle tematiche indagate.

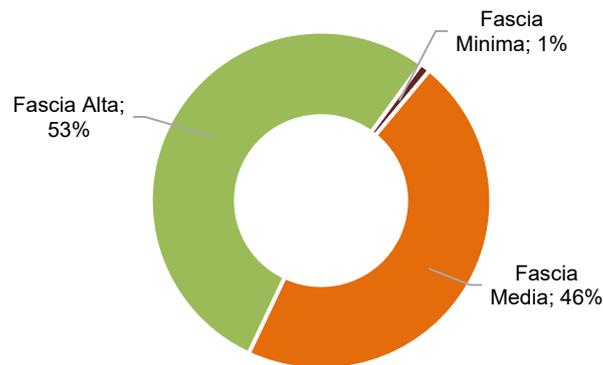


Figura 3. Distribuzione percentuale delle risposte dei PLS intervistati per livello di correttezza. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

Il questionario ha indagato anche come i professionisti valutano l’impegno e l’offerta formativa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sul proprio territorio, la possibilità di partecipazione ad eventi di aggiornamento sui temi formativi e le modalità di intervento per migliorare le conoscenze nell’ambito di tutela della fertilità e della salute riproduttiva. I risultati rilevati sono riportati nelle Figure 4, 5 e 6.

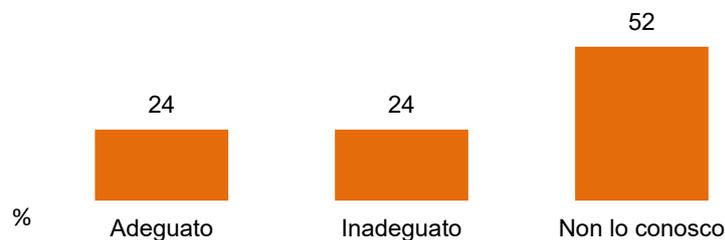


Figura 4. Percentuale di risposte dei PLS intervistati sulla valutazione dell’impegno e dell’offerta dell’SSN nel proprio territorio su tutela della fertilità e della salute riproduttiva. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

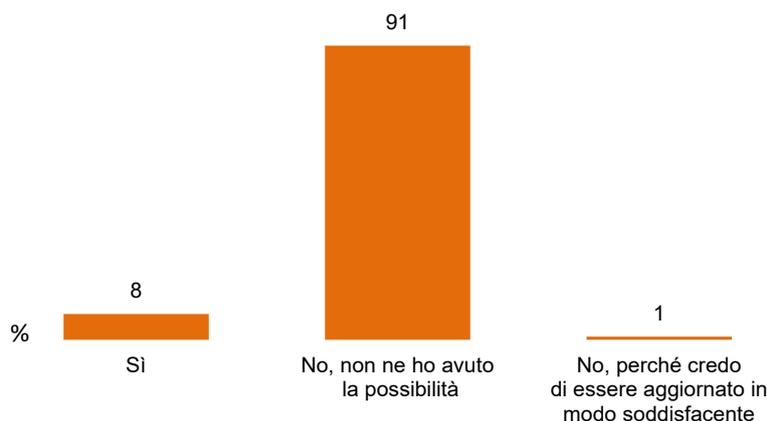


Figura 5. Percentuale di risposte dei PLS intervistati in merito alla possibilità di partecipare ad eventi di aggiornamento su temi inerenti la salute riproduttiva e la fertilità (inclusa la PMA). “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

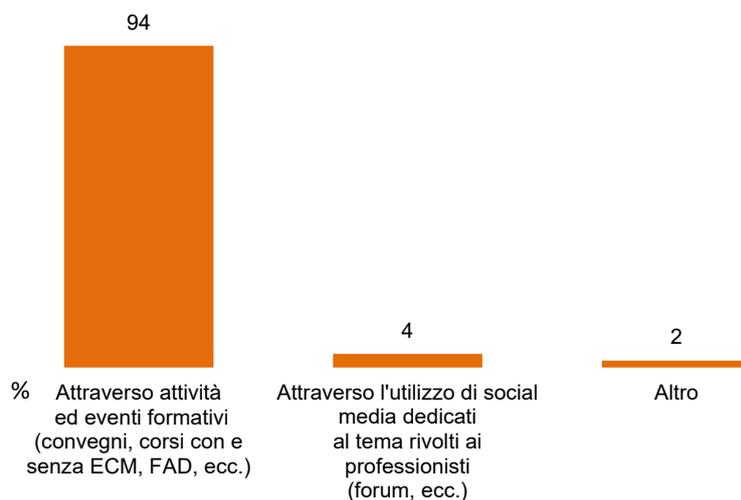


Figura 6. Percentuale di risposte degli intervistati sulla modalità d'intervento più efficace per migliorare le conoscenze sulla salute sessuale e riproduttiva tra i PLS intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

Medici di Medicina Generale

I questionari inviati via email dalla FIMMG al proprio indirizzario degli iscritti sono stati 5000 e il tasso di rispondenza degli MMG è stato del 15,2% (759/5000). La grande maggioranza degli intervistati ha un'età superiore ai 56 anni (80,4%), seguita da un 17,4% di medici di età tra i 36 e i 55 anni e solo un 2,2% con 35 anni o meno (Figura 7). Questa distribuzione è in linea con la distribuzione per età dei soci FIMMG.

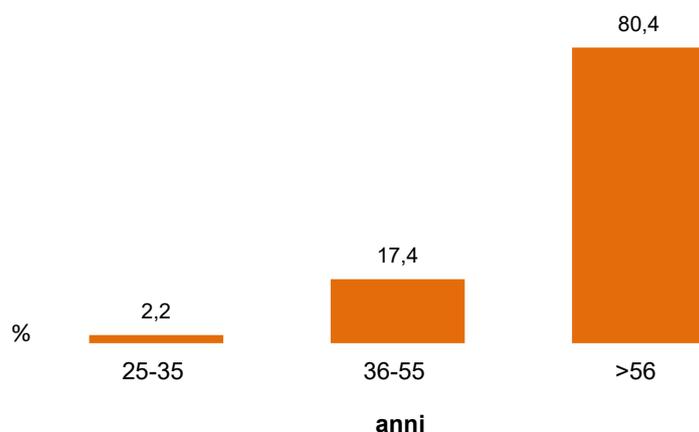


Figura 7. Distribuzione percentuale per età degli MMG intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

Stratificato per area geografica, il 46,9% degli intervistati svolge la propria attività nelle regioni del nord, seguito dal 29% al sud e isole e dal 24,1% al centro. Valori minori si sono stati osservati per le restanti aree regionali (Figura 8). Anche in questo caso la distribuzione dei soci FIMMG per area geografica è simile.

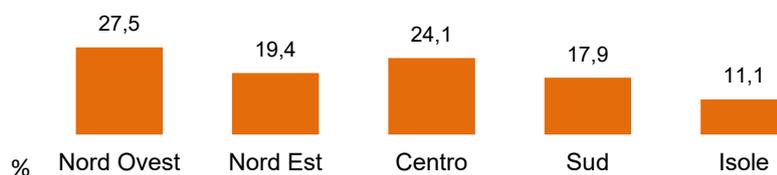


Figura 8. Distribuzione percentuale per area geografica di attività degli MMG intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

Nella Tabella 2 sono riportate le distribuzioni percentuali di risposta per ciascuna delle 18 domande del questionario, valutando per ogni domanda la percentuale di risposte corrette (punteggio 2), le non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti (punteggio 1) e le errate o non compilate (punteggio 0), come per i PLS. Sulla base di ciò è stata quindi fatta una “valutazione orizzontale” che desse un’idea complessiva del grado di appropriatezza delle risposte da parte degli MMG.

**Tabella 2. Distribuzione percentuale delle risposte date dagli MMG.
“Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)**

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
1. Prescrive acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza?	20,8	60,5	18,7
2. Quando raccoglie l'anamnesi, s'informa sull'attività lavorativa svolta dal/dalla paziente?	74,6	23,6	1,8
3. Quando raccoglie l'anamnesi, s'informa sull'età della menopausa della madre della paziente?	31,1	46,4	22,5
4. In assenza di una linea guida condivisa, pensa che sia utile effettuare uno screening dell'ipotiroidismo subclinico prima di intraprendere una gravidanza?	94,2	0	5,8
5. Dopo quanto tempo in media dall'inizio della ricerca di gravidanza consiglia a una coppia di iniziare gli accertamenti?	57,8	0	42,2
6. Durante le visite di donne in età riproduttiva ha occasione di informarle sulla riduzione della fertilità legata all'età?	56,9	37,3	5,8
7. Informa i suoi pazienti sul fatto che anche l'età maschile avanzata può essere un fattore di rischio per l'infertilità?	67,5	9,8	22,7
8. Effettua abitualmente ai pazienti maschi adolescenti una valutazione dello sviluppo dell'apparato genitale?	26,2	55,1	18,7
9. Alle sue pazienti adolescenti e ai genitori, spiega l'importanza di verificare la regolarità dei cicli e dei flussi mestruali?	65,3	29,8	4,9
10. Durante le visite di pazienti adolescenti le capita di parlare dei rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	60,6	36,6	2,8
11. Informa la paziente adolescente/giovane che i contraccettivi orali non proteggono dalle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	81,9	13,9	4,1
12. Cosa consiglia per prima cosa ad una giovane paziente in buona salute ma sottopeso e con una amenorrea secondaria?	55,5	40,3	0,26
13. Ad una giovane paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), sovrappeso, con oligomenorrea, cosa consiglia in prima istanza?	30,6	69,2	0,26
14. Informa abitualmente i suoi assistiti che l'obesità e l'eccessiva magrezza possono entrambe diminuire la fertilità?	72,6	24,7	2,6
15. Consiglia abitualmente ai suoi pazienti adolescenti e giovani di non fumare, non bere, non fare uso di sostanze stupefacenti o dopanti per i possibili effetti dannosi sulla fertilità?	64,7	32,1	3,2
16. Nella sua attività professionale ha occasione di parlare con i giovani pazienti o con i loro genitori della vaccinazione per il virus HPV?	46,7	47,6	5,7
17. Ad un suo paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica. Lei cosa fa?	25,3	51,6	23,1
18. Ad una sua paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica per la quale dovrà sottoporsi ad una chemioterapia. Lei cosa fa?	34,8	46,7	19,0

Le domande che hanno presentato maggiori criticità sono le seguenti: 3, 5, 7, 17, in cui la percentuale di risposte errate ha superato il 20%. Inoltre le domande 1, 8, 13, 16 e 18 hanno un livello alto di risposte non completamente aderenti alle linee guida più recenti in particolare la prima sulla prescrizione di acido folico in caso di gravidanza programmata.

Considerando il punteggio assegnato alle risposte di 18 domande del questionario e individuando tre fasce di punteggi dei professionisti (fascia minima da 0 a 7 punti; fascia media da 8 a 15 punti; fascia alta da 16 a 36 punti), il 64,0% degli MMG si colloca nella fascia Alta, il 35,3% in quella Media e solo lo 0,7% in quella Minima (Figura 9), mostrando anche in questo caso un quadro abbastanza positivo di conoscenze e comportamenti da parte di questi professionisti.

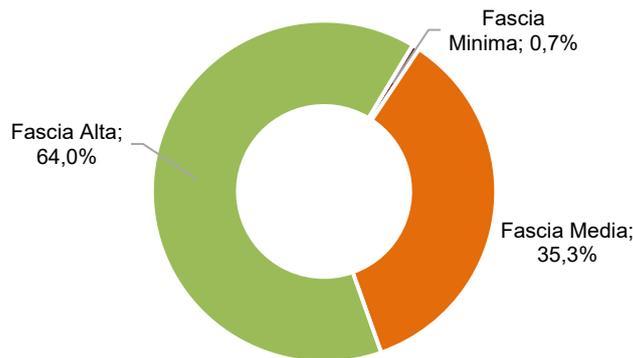


Figura 9. Distribuzione percentuale delle risposte per livello di correttezza dati dagli MMG intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

Il questionario indagava, anche per gli MMG, come i professionisti valutano l’impegno e l’offerta dell’SSN sul proprio territorio nell’ambito della tutela della fertilità e della salute riproduttiva e la possibilità di partecipazione ad eventi di aggiornamento nell’ambito della salute riproduttiva. I risultati rilevati, stratificati per area geografica, sono riportati nelle Figure 10, 11 e 12.

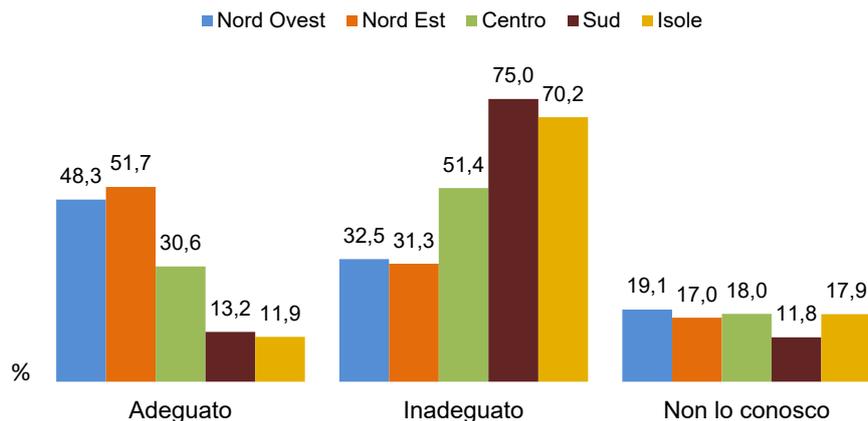


Figura 10. Distribuzione percentuale della valutazione da parte degli MMG intervistati sull’impegno e l’offerta dell’SSN nel proprio territorio sulla tutela della fertilità e salute riproduttiva. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

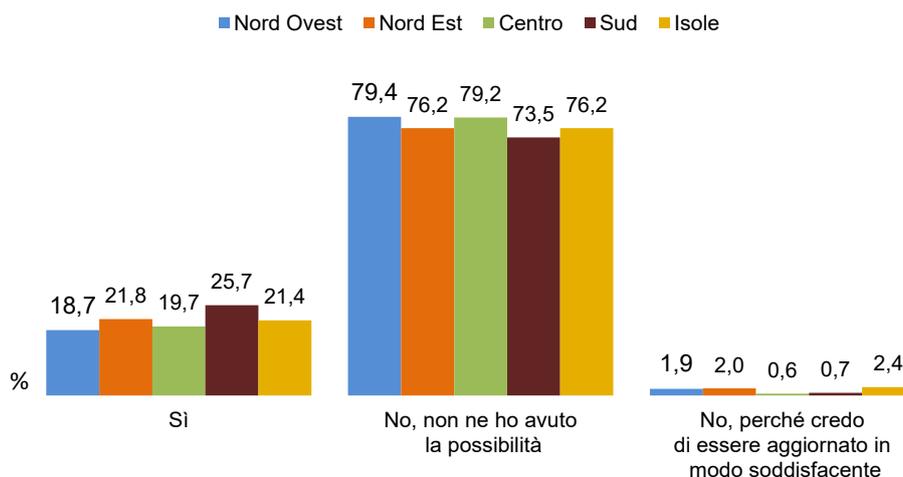


Figura 11. Distribuzione percentuale delle risposte da parte degli intervistati circa la possibilità di partecipare ad eventi di aggiornamento su temi inerenti la salute riproduttiva e la fertilità (inclusa la PMA). “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

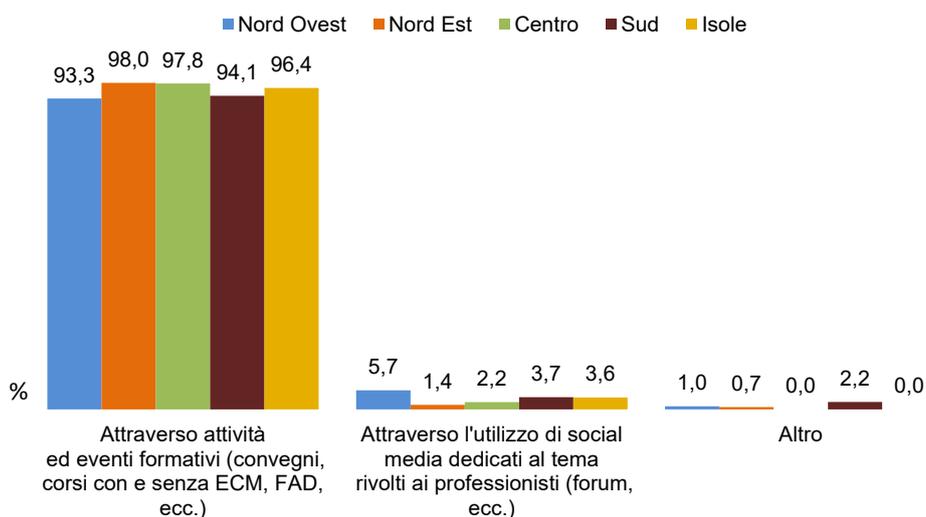


Figura 12. Percentuale di risposte degli intervistati sulla modalità d'intervento più efficace per migliorare le conoscenze sulla salute riproduttiva e la fertilità tra gli MMG intervistati. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine PLS e MMG” (2018)

Conclusioni

L'analisi dei dati ottenuti dall'elaborazione dei questionari dei PLS e degli MMG ha consentito di individuare i livelli di conoscenza e i bisogni formativi dei professionisti.

In generale si rileva un buon livello di conoscenza in ambito di salute riproduttiva tra questi professionisti; tuttavia si evidenziano bisogni formativi su alcune aree e sulla relativa comunicazione agli assistiti.

In particolare per i PLS le criticità riguardano l'importanza di alcune vaccinazioni anche al fine di preservare la capacità procreativa; l'importanza dell'obesità e dell'eccessiva magrezza sulla fertilità, le informazioni fornite agli adolescenti sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e sulla non efficacia dei contraccettivi orali per la protezione dalle infezioni sessualmente trasmissibili.

Per quanto riguarda invece gli MMG i bisogni formativi riguardano principalmente la prescrizione di acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza, la mancata raccolta nell'anamnesi dell'età della menopausa della madre della paziente, la tempistica per iniziare accertamenti sull'infertilità, le informazioni agli assistiti sull'importanza dell'età maschile sulla fertilità, le informazioni ai giovani assistiti o ai loro genitori sulla vaccinazione per il virus HPV, i percorsi per salvaguardare la fertilità di giovani assistite che devono sottoporsi a chemioterapia.

Lo studio ha inoltre valutato la necessità di eventi e percorsi formativi in materia di tutela della fertilità e della salute riproduttiva.

I professionisti che hanno collaborato allo studio hanno fatto emergere un chiaro interesse allo sviluppo di percorsi di aggiornamento da strutturare con le associazioni degli MMG e dei PLS attraverso l'organizzazione di convegni, corsi e FAD che consentirebbe di soddisfare i bisogni formativi dei professionisti riguardo la medicina riproduttiva e strutturare sul territorio una rete per la tutela della fertilità e della salute riproduttiva dei cittadini.

Inoltre una ulteriore criticità che è emersa nei due gruppi di professionisti è la percentuale di medici che non ha partecipato ad eventi di aggiornamenti di salute riproduttiva: il 91% dei PLS e il 79% circa degli MMG.

In sintesi la necessità di eventi formativi in materia di tutela della fertilità e di salute riproduttiva è stata chiaramente manifestata dai professionisti che hanno collaborato allo studio e sarà importante migliorare le conoscenze sull'argomento e l'aderenza alle linee guida più aggiornate

Poiché sia i PLS che gli MMG sono convenzionati con le Aziende Sanitarie Locali che hanno l'obbligo di offrire 40 ore annue di formazione obbligatoria, alcune ore andrebbero dedicate ai temi della salute sessuale e riproduttiva. Inoltre potrebbe essere molto utile inserire lezioni e corsi dedicati al tema fertilità, sia nel corso di laurea in medicina che nei corsi di formazione post-laurea.

Infine realizzare percorsi di aggiornamento con le associazioni degli MMG e PLS, convegni, corsi, FAD potrà non solo soddisfare i bisogni formativi dei professionisti, ma anche contribuire a creare un network dei professionisti per promuovere la tutela della salute sessuale e riproduttiva dei cittadini.

Bibliografia

1. Boswell H.B. Normal pubertal physiology in females. In: Dietrich J (Ed.) *Female puberty*. New York, NY: Springer; 2014. p. 7-30
2. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, World Health Organization. *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. Paris: UNESCO; 2018. Disponibile all'indirizzo <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/en/>; ultima consultazione 20/9/2020.
3. Asok CA. In utero physiology: role of folic acid in nutrient delivery and fetal development. *Am J Clin Nutr* 2007;85(2):598S-603S.

4. Porcu E, Venturoli S, Damiano G, Ciotti PM, Notarangelo L, Paradisi S, Moscarini M, Ambrosini G. Healthy twins delivered after oocyte cryopreservation and bilateral ovariectomy for ovarian cancer. *Reprod Biomed Online* 2008;17(2):265-7
5. Sharma R, *et al.* Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reprod Biol Endocrinol* 2013;11:66.
6. ACOG Committee opinion no. 575. Exposure to toxic environmental agents. *Fertility and Sterility* 2013;100(4):931-4.

INDAGINE SUI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE RIPRODUTTIVA: GINECOLOGI, ENDOCRINOLOGI, ANDROLOGI-UROLOGI, PERSONALE OSTETRICO

Mauro Costa (a), Denise Colia (a), Valerio Pisaturo (a), Angela Spinelli (b), Enrica Pizzi (b),
Serena Battilomo (c)

(a) *Struttura Semplice Dipartimentale, Medicina della Riproduzione, Ospedale Evangelico Internazionale,
Genova*

(b) *Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero
della Salute, Roma*

Introduzione

Le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti delle persone riguardo alla riproduzione e alla fertilità dipendono in parte dalle informazioni ricevute dai professionisti della salute con cui vengono in contatto. A livello italiano vi sono pochi studi che hanno indagato su questo tema e il più delle volte si riferiscono a popolazioni selezionate con problemi di infertilità che si rivolgono ai centri specializzati in infertilità. Dai dati raccolti attraverso una ricerca che ha coinvolto dodici di questi centri italiani, con l'intento di ricostruire il percorso delle coppie che si rivolgono a tali centri, è emerso innanzitutto un tempo estremamente lungo per la presa di coscienza da parte delle coppie dell'esistenza di un problema di infertilità (1). Il concetto che, almeno da un punto di vista funzionale, se dopo un anno di rapporti non protetti non è avvenuto un concepimento, e cominciare a occuparsi del problema non è ad oggi diffuso. Questo è il primo risultato di una cattiva informazione sulla fertilità. Cattiva informazione che genera dati molto preoccupanti: una coppia impiega in media un anno e mezzo per realizzare di avere un problema e quindi rivolgersi a qualcuno che possa aiutarla nella risoluzione dello stesso. Inoltre non è diffusa l'idea che la fertilità con gli anni diminuisca, in modo particolarmente evidente nella donna (1).

Proprio per avere maggiori informazioni sulle conoscenze dei professionisti della salute riproduttiva, in tema di prevenzione, diagnosi e trattamento dell'infertilità, con particolare attenzione al tipo di informazioni fornite dagli specialisti ai cittadini/assistiti su tali tematiche, si è deciso di effettuare, all'interno dello Studio Nazionale Fertilità, un'indagine via web specificatamente indirizzata a loro. Questa indagine aveva anche il fine di evidenziare eventuali aree d'intervento informativo e formativo per i professionisti. Le tematiche dell'infertilità sono infatti spesso le meno studiate nel corso degli anni di formazione dei professionisti che si occupano di salute riproduttiva (ginecologi, andrologi, endocrinologi e personale ostetrico) per diversi motivi:

- 1) non tutte le sedi di scuola di specializzazione in Ginecologia e di formazione della figura di Ostetrica possiedono centri di II/III livello di cura della infertilità;
- 2) la diagnosi e terapia della infertilità è oggi praticata in quota notevole in strutture private, che in alcune regioni italiane sono le uniche disponibili;
- 3) non esiste più una scuola di specializzazione in Andrologia e spesso nelle scuole di Endocrinologia gli specializzandi non scelgono l'indirizzo andrologico, quando presente;
- 4) non è forse ancora chiaro a tutti i professionisti il ruolo fondamentale della prevenzione primaria e della diagnosi e terapia precoce dell'infertilità, almeno a quanto risulta dai percorsi spesso lenti delle pazienti che infine arrivano ai centri di cura della infertilità a una età in cui la fertilità è già compromessa fisiologicamente.

Materiali e metodi

Destinatari dell'indagine

L'indagine è stata condotta attraverso 4 diversi questionari autocompilati rivolti alle 4 categorie di professionisti della salute riproduttiva presi in considerazione: ginecologi, endocrinologi, andrologi/urologi e personale ostetrico. I questionari sono stati elaborati dall'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova (Unità Operativa del Progetto) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della Salute e il Comitato Scientifico del Progetto.

Strumenti di rilevazione e modalità di svolgimento dell'indagine

I questionari (Appendice B6-B9) prevedevano, per ogni categoria professionale, domande su età, genere, provenienza geografica, tipo di collocazione professionale degli intervistati e domande a risposta multipla sulle loro conoscenze riguardanti i temi della salute sessuale e riproduttiva con particolare attenzione al tipo di informazioni fornite ai cittadini/assistiti su tali tematiche. I questionari avevano alcune domande comuni e altre specifiche per ogni tipo di professionalità.

Le risposte possibili erano sempre tre, di cui una sicuramente appropriata, una meno appropriata ma accettabile e una decisamente non appropriata. A queste risposte è stato attribuito un punteggio rispettivamente di 2 punti (per le risposte corrette), 1 punto (per le risposte non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti) e 0 punti (per le risposte errate o non compilate).

I questionari sono stati predisposti su una piattaforma web per essere inviati alle diverse categorie di professionisti attraverso il coinvolgimento delle Società Scientifiche, Federazioni e Associazioni dei professionisti della salute riproduttiva (ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi e personale ostetrico) garantendo l'anonimato ai professionisti coinvolti nell'indagine.

Le principali Società Scientifiche, Federazioni e Associazioni dei professionisti coinvolte e contattate tramite i loro Presidenti sono state le seguenti:

- Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO);
- Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI);
- Associazione Ginecologi Universitari Italiani (AGUI);
- Società Italiana di Urologia (SIU);
- Società Italiana di Andrologia (SIA);
- Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS);
- Società Italiana di Endocrinologia (SIE);
- Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO).

Risultati e discussione

A gennaio del 2018 è stato effettuato un primo invio per email del questionario ai professionisti tramite le Società Scientifiche, le Federazioni e le Associazioni dei professionisti coinvolte, che è stato ripetuto a marzo 2018, in particolare a Ginecologi e Urologi. Soltanto la FNOPO è stata in grado di fornire il dato relativo al numero di e-mail inviate ed effettivamente ricevute dai professionisti. Di seguito (Tabella 1) è riportata la numerosità delle e-mail inviate per ciascun gruppo di professionisti.

Tabella 1. Numerosità delle e-mail inviate per ciascun gruppo di professionisti. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Professionisti	E-mail inviate
Ginecologi	4.000
Endocrinologi	1.330
Andrologi/Urologi	1.062
Personale ostetrico	12.162

Considerando le mail inviate (e nel caso del personale ostetrico anche quelle effettivamente ricevute, che sono risultate 10.512, cioè il 77% delle inviate), il tasso di risposta è risultato pari a circa il 10% per ogni professionalità, tranne nel caso degli andrologi/urologi dove ha raggiunto il 23%. In Tabella 2 è riportato il dettaglio del totale delle risposte, il tasso di risposta per ciascun gruppo di professionisti e la loro distribuzione per genere.

Tabella 2. Tasso di risposta per ciascun gruppo di professionisti e la loro distribuzione per genere “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Professionisti	Questionari completati (%)	Femmine	Maschi
Ginecologi	376 (11%)	203	171
Endocrinologi	113 (10%)	54	57
Andrologi/Urologi	238 (23%)	35	201
Personale ostetrico	1171 (11%)	1148	11

Per tutte le diverse professionalità è stata valutata per ogni domanda la percentuale di risposte di tipo 2 (corretta), 1 (non errata ma non completamente aderente alle linee guida più recenti) o 0 (errata o non completata), quindi è stata fatta una “valutazione orizzontale” che desse un’idea complessiva del grado di appropriatezza delle risposte in ciascuna categoria di professionisti (Tabelle 3-6).

Tabella 3. Distribuzione percentuale delle risposte degli Specialisti in Ginecologia e Ostetricia. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
1. Quando raccoglie l’anamnesi, si informa sull’attività lavorativa svolta dalla paziente?	70,5	25,1	4,3
2. Quando raccoglie l’anamnesi, si informa sull’età della menopausa della madre della paziente?	50,9	37,0	12,1
3. Consiglia abitualmente ad una paziente di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?	78,1	15,2	6,7
4. Durante il counseling per la prescrizione di un contraccettivo orale informa la paziente dei rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	79,1	18,5	2,4
5. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell’ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?	92,3	2,4	5,5

segue

continua

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
6. Secondo Lei in quali occasioni di counseling con una paziente si dovrebbe parlare della riduzione della capacità riproduttiva in rapporto all'età?	81,2	18,5	0,3
7. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?	97,9	2,1	0,0
8. Dopo quanto tempo in media dall'inizio della ricerca di gravidanza consiglia a una coppia di iniziare gli accertamenti?	76,2	17,4	6,4
9. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?	62,6	15,8	21,7
10. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglia alle sue pazienti in cerca di gravidanza?	84,1	15,3	0,5
11. Prescrive acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza?	93,8	5,1	1,1
12. Nelle sue pazienti in età riproduttiva effettua abitualmente una stima del declino della funzione ovarica con dosaggio di FSH, Estradiolo e/o ormone antimulleriano (AMH) e/o conta follicolare antrale (AFC)?	19,3	38,0	42,8
13. Pensa che sia utile effettuare uno screening dell'ipotiroidismo subclinico prima di intraprendere una gravidanza?	59,9	35,8	4,3
14. Prescrive sempre accertamenti per la pervietà tubarica (isterosalpingografia, sonosalpingografia) ad una paziente che cerca una gravidanza senza successo da più di un anno?	42,4	54,4	3,2
15. Cosa consiglia in prima istanza ad una paziente sottopeso e con una amenorrea secondaria se desidera una gravidanza?	90,6	4,6	4,8
16. Ad una paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) sovrappeso, con oligomenorrea e desiderio di gravidanza cosa consiglia?	96,8	2,7	0,5
17. La chirurgia ovarica può avere un impatto negativo sulla capacità riproduttiva della donna?	88,5	0,0	11,5
18. Pensa che tutte le donne infertili con cisti endometrioidiche debbano essere sottoposte ad intervento chirurgico?	65,5	24,1	10,4
19. Se una paziente di 42 anni nullipara le chiede un consiglio per prolungare il periodo fertile nella sua vita, cosa Le consiglia?	56,6	0,0	43,4
20. Se una paziente infertile di 37 anni ha un FSH in fase follicolare precoce >30, consiglia un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)?	24,0	12,9	63,1
21. Ad una sua paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica per la quale dovrà sottoporsi ad una chemioterapia. Lei cosa fa?	95,5	3,7	0,8
22. Secondo Lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino?	74,1	25,1	0,8

**Tabella 4. Distribuzione percentuale delle risposte degli Specialisti in Endocrinologia.
 “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)**

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
1. Quando raccoglie l’anamnesi, si informa sull’attività lavorativa svolta dal/dalla paziente?	67,9	29,5	2,7
2. Quando raccoglie l’anamnesi, si informa sull’età della menopausa della madre della paziente?	25,2	55,9	18,9
3. Consiglia abitualmente ai pazienti giovani di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?	75,0	25,0	1,0
4. Durante una visita di un/una adolescente informa il paziente sulla esistenza e sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	40,2	35,7	24,1
5. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell’ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?	95,5	2,7	1,8
6. Pensa che sia utile effettuare uno screening dell’ipotiroidismo subclinico prima di intraprendere una gravidanza?	62,5	33,0	4,5
7. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?	99,1	0,9	0,0
8. Lei pensa che anche l’età maschile possa essere un fattore di rischio per l’infertilità?	68,8	17,0	14,3
9. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglia alle sue pazienti in cerca di gravidanza?	77,5	19,8	2,7
10. Nelle sue pazienti in età riproduttiva consiglia abitualmente una stima del declino della funzione ovarica con dosaggio di FSH ed Estradiolo e/o ormone antimulleriano (AMH) e/o conta dei follicoli antrali (AFC)?	14,4	37,8	47,8
11. Cosa consiglia in prima istanza ad una paziente sottopeso e con una amenorrea secondaria se desidera una gravidanza?	99,1	0,9	0,0
12. Ad una paziente con sindrome dell’ovaio policistico (PCOS) sovrappeso, con oligomenorrea e desiderio di gravidanza cosa consiglia?	99,1	0,9	0,0
13. Una sua paziente va in menopausa spontaneamente a 43 anni e le riferisce che anche alla madre era successa una cosa simile. Ora è preoccupata per sua figlia sedicenne. Lei che cosa fa?	45,5	53,6	0,9
14. Quando richiede uno spermogramma ad un paziente, dove gli consiglia di eseguirlo?	93,8	4,5	1,8
15. In un paziente con uno spermogramma lievemente alterato, dopo quanto tempo prescrive uno spermogramma di controllo?	74,8	22,5	2,7
16. Se in uno spermogramma è segnalata la presenza di batteri, prescrive abitualmente terapia antibiotica?	83,9	8,0	8,0

segue

continua

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
17. Come si comporta con un suo paziente adulto operato all'età di 9 anni per un problema di criptorchidismo?	90,9	6,4	2,7
18. Visitando un paziente di 16 anni riscontra un varicocele. Cosa suggerisce?	91,0	3,6	5,4
19. Un uomo di 34 anni è affetto da varicocele e ha lo spermogramma ripetutamente molto alterato; la sua partner è giovane e ovula regolarmente. Cosa consiglia in prima istanza al paziente?	22,7	73,6	3,6
20. Ad un suo paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica. Lei cosa fa?	76,6	19,8	3,6
21. Ad una sua paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica per la quale dovrà sottoporsi ad una chemioterapia. Lei cosa fa?	83,6	12,7	3,6
22. Secondo lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino?	74,6	25,5	0,0

Tabella 5. Distribuzione percentuale delle risposte degli Specialisti in Andrologia/Urologia. "Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva" (2018)

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
1. Quando raccoglie l'anamnesi, si informa sull'attività lavorativa svolta dal paziente?	73,6	25,1	1,3
2. Consiglia abitualmente ad un paziente giovane di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?	82,6	12,3	5,1
3. Consiglia abitualmente ad un paziente giovane di non fare uso di sostanze dopanti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?	77,5	11,0	11,4
4. Durante una visita andrologica di un adolescente informa il ragazzo sulla esistenza e sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	71,1	26,8	2,1
5. Quando un suo giovane paziente di circa 18 anni Le riferisce che le partner con cui potrebbe potenzialmente avere rapporti utilizzano contraccettivi orali, Lei cosa fa rispetto alla prevenzione delle infezioni/malattie a trasmissione sessuale?	80,2	15,6	4,2
6. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell'ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?	92,4	4,6	3,0

segue

continua

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
7. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?	97,9	2,1	0,0
8. Dopo quanto tempo in media dall'inizio della ricerca di gravidanza consiglia a una coppia di iniziare gli accertamenti?	81,8	11,4	6,8
9. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?	69,5	8,1	22,5
10. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglia ai suoi pazienti in cerca di gravidanza?	83,5	13,1	3,4
11. Quando richiede uno spermioγραμμα ad un paziente, gli consiglia di eseguirlo:	90,7	5,9	3,4
12. In un paziente con uno spermioγραμμα lievemente alterato, dopo quanto tempo prescrive uno spermioγραμμα di controllo?	79,2	17,9	3,0
13. In un paziente con azoospermia al primo spermioγραμμα, dopo quanto tempo prescrive uno spermioγραμμα di controllo?	37,7	35,6	26,7
14. Se in uno spermioγραμμα è segnalata la presenza di batteri, prescrive abitualmente terapia antibiotica?	74,7	11,4	13,9
15. Come si comporta con un suo paziente adulto operato all'età di 9 anni per un problema di criptorchidismo?	93,6	4,2	2,1
16. Visitando un paziente di 16 anni riscontra un varicocele. Cosa suggerisce?	92,4	5,5	2,1
17. Un uomo di 34 anni è affetto da varicocele e ha lo spermioγραμμα ripetutamente molto alterato; la sua partner è giovane e ovula regolarmente. Cosa consiglia in prima istanza al paziente?	22,6	64,3	13,2
18. Ad un suo paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica. Lei cosa fa?	89,9	8,9	1,3
19. In una coppia con infertilità maschile idiopatica, in cui lo spermioγραμμα dimostra ripetutamente circa 1 milione di spermatozoi mobili, Lei proporrebbe in prima istanza:	52,3	0,0	47,7
20. Secondo lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino?	66,2	31,6	2,1

Tabella 6. Distribuzione percentuale delle risposte del personale ostetrico. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Domanda	% Risposte		
	Corrette	Non errate ma non completamente aderenti alle linee guida più recenti	Errate o non compilate
1. L'acido folico dovrebbe essere prescritto a tutte le donne che non escludono attivamente una gravidanza?	83,3	11,9	4,8
2. Per la fertilità è importante l'attività lavorativa svolta dalla donna?	30,7	63,1	6,3
3. L'età della menopausa della madre è un elemento importante per la fertilità di una donna?	27,4	54,5	18,1
4. Consiglia abitualmente alle pazienti di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?	80,9	13,7	5,3
5. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell'ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?	95,7	1,6	2,7
6. Durante il counseling sull'utilizzo dei contraccettivi informa la donna sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?	93,3	5,7	1,0
7. Secondo Lei l'infezione da HPV può avere anche effetti negativi sulla fertilità?	68,5	14,9	16,6
8. Nella sua attività professionale ha occasione di parlare con i giovani pazienti della vaccinazione per l'HPV?	32,1	27,5	40,4
9. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?	97,9	2,0	0,1
10. Secondo Lei in quali occasioni di counseling con una paziente si dovrebbe parlare della riduzione della capacità riproduttiva in rapporto all'età?	79,2	19,9	1,0
11. Pensa che sia possibile valutare il declino della funzione riproduttiva dell'ovaio nella donna?	97,2	0,0	2,8
12. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?	47,9	23,3	28,9
13. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglierebbe ad una coppia in cerca di gravidanza?	76,4	20,8	2,8
14. Secondo Lei la magrezza e l'obesità che importanza hanno per la fertilità di una donna?	98,5	0,5	1,0
15. È a conoscenza del fatto che le terapie oncologiche possono danneggiare la fertilità e che i giovani pazienti possono preservarla prima di iniziare le terapie?	97,1	0,0	2,9
16. Secondo Lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino?	57,6	41,6	0,8

Osservando le tabelle, emerge in tutte e quattro le categorie di professionisti una bassa valutazione dell'importanza dell'età maschile sulla fertilità e una sovrastima delle potenzialità delle tecniche di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita). Inoltre per ciascun gruppo le risposte date sui test, terapie e pratiche chirurgiche da effettuare non sempre sono aderenti alle

linee guida e raccomandazioni più recenti. Come evidenziato nella Figura 1, pur con differenze marginali tra i professionisti, il 70% o più dei professionisti ha risposto esattamente a tutte le domande; gli andrologi/urologi e il personale ostetrico sono quelli che hanno fornito sempre con lievi differenze il maggior numero di risposte appropriate (rispettivamente il 74,8% e il 74,9%), mentre, se si considerano solo le risposte errate (Punteggio 0), la percentuale minore si ritrova tra gli Endocrinologi (10,4%).

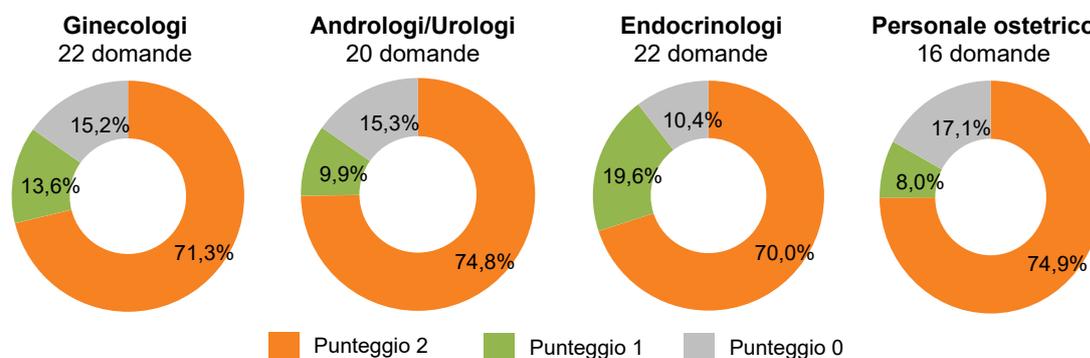


Figura 1. Distribuzione percentuale delle risposte per livello di correttezza date dai vari professionisti. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Per evidenziare eventuali differenze geografiche o per caratteristiche socio-demografiche, sono state fatte analisi specifiche per le seguenti variabili: macroarea ISTAT di provenienza (Tabelle 7), fascia di età (Tabella 8), genere (Tabella 9), professionisti ospedalieri vs. non ospedalieri (Tabella 10). Le somme dei professionisti delle varie aree in alcuni casi sono inferiori al totale per la mancanza dell’indicazione di una delle variabili.

Tabella 7. Distribuzione percentuale di correttezza delle risposte date dai diversi professionisti per area geografica. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Professionisti	Macroarea geografica	Questionari compilati	% Punteggio 2	% Punteggio 1	% Punteggio 0
Ginecologi	Nord-Est	58	74,0	13,5	12,5
	Nord-Ovest	101	71,2	13,6	15,2
	Centro	99	72,1	13,0	14,9
	Sud	61	71,5	13,0	15,6
	Isole	51	69,6	15,7	14,7
Endocrinologi	Nord-Est	23	67,0	20,8	12,3
	Nord-Ovest	27	68,4	21,9	9,8
	Centro	34	75,1	17,1	7,8
	Sud	20	66,4	18,4	15,2
	Isole	7	71,4	22,7	5,8
Andrologi/Urologi	Nord-Est	44	75,6	9,6	14,9
	Nord-Ovest	62	73,5	11,3	15,2
	Centro	57	73,8	10,4	15,9
	Sud	48	76,8	8,5	14,7
	Isole	26	78,3	9,4	12,3
Personale ostetrico	Nord-Est	317	76,6	7,9	15,5
	Nord-Ovest	437	75,8	7,8	16,4
	Centro	227	74,0	8,2	17,9
	Sud	115	72,4	8,4	19,3
	Isole	48	71,1	9,0	19,9

Tabella 8. Distribuzione percentuale di correttezza delle risposte date dai diversi professionisti per fascia di età. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Professionisti	Fasce d'età	Questionari compilati	% Punteggio 2	% Punteggio 1	% Punteggio 0
Ginecologi	25-35	67	72,1	12,4	15,5
	36-55	130	71,2	14,0	14,8
	≥ 56	175	71,9	13,9	14,2
Endocrinologi	25-35	41	68,5	21,2	10,3
	36-55	42	70,6	18,3	11,2
	≥ 56	29	70,9	19,4	9,7
Andrologi/Urologi	25-35	64	72,7	11,2	16,1
	36-55	98	76,2	9,0	14,8
	≥ 56	75	75,8	10,2	14,0
Personale ostetrico	25-35	712	75,1	8,3	16,7
	36-55	359	74,9	7,7	17,4
	≥ 56	93	74,6	7,5	17,9

Tabella 9. Distribuzione percentuale di correttezza delle risposte date dai diversi professionisti per genere. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Professionisti	Sesso	Questionari compilati	% Punteggio 2	% Punteggio 1	% Punteggio 0
Ginecologi	Femmine	203	72,7	13,1	14,2
	Maschi	171	70,4	14,3	15,3
Endocrinologi	Femmine	54	67,1	21,1	11,8
	Maschi	57	72,3	18,3	9,4
Andrologi/Urologi	Femmine	35	75,1	10,3	14,6
	Maschi	201	75,2	10,0	14,9
Personale ostetrico	Femmine	1148	75,1	8,0	16,9
	Maschi	11	66,1	7,9	26,1

Tabella 10. Distribuzione percentuale di correttezza delle risposte date dai diversi professionisti per luogo di lavoro. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Professionisti	Luogo di lavoro	Questionari compilati	% Punteggio 2	% Punteggio 1	% Punteggio 0
Ginecologi	Ospedale	274	70,9	14,1	15,0
	No ospedale	90	74,8	12,1	13,1
Endocrinologi	Ospedale	83	69,8	19,4	10,7
	No ospedale	26	70,3	20,5	9,3
Andrologi/Urologi	Ospedale	190	75,4	9,7	15,0
	No ospedale	42	73,5	11,6	15,0
Personale ostetrico	Ospedale	726	75,2	8,0	16,9
	No ospedale	424	74,7	8,0	17,3

È stata eseguita anche una “valutazione verticale”, ovvero una valutazione della somma dei punteggi delle risposte date da ogni persona ad ogni singola domanda. Si è poi stabilita una suddivisione arbitraria dei singoli professionisti in tre gruppi, sulla base della somma dei punteggi ottenuti (fascia minima, fascia media, fascia alta). Il massimo punteggio che un sondaggio poteva ottenere era dato dal punteggio “2” moltiplicato per il numero di domande (Tabella 11).

Ginecologi ed Endocrinologi potevano ottenere al massimo 44 punti (22 domande) Andrologi/Urologi punteggio massimo 40 punti (20 domande), Personale ostetrico punteggio massimo 32 punti (16 domande).

Tabella 11. Punteggi per assegnazione alle fasce di correttezza delle risposte per ciascuna categoria di professionisti. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Fascia di punteggio	Ginecologi ed Endocrinologi	Andrologi/Urologi	Personale ostetrico
Minima	0-15	0-13	0-10
Media	16-30	14-27	11-21
Alta	31-44	28-40	22-32

Si è quindi valutata la distribuzione dei vari professionisti nelle tre classi definite. Nella Tabella 12 sono riportate le distribuzioni percentuali per ciascun gruppo di professionisti.

Tabella 12. Distribuzione percentuale della fascia di punteggio di correttezza delle risposte date per ciascuna categoria di professionisti. “Studio Nazionale Fertilità – Indagine Professionisti della salute riproduttiva” (2018)

Fascia di punteggio	Ginecologi %	Endocrinologi %	Andrologi/Urologi %	Personale ostetrico %
Minima	0,5	0,9	0,4	0,3
Media	16,5	10,6	12,6	22,6
Alta	83,0	88,5	87,0	77,1

Come emerge dalla lettura dei dati la maggior parte dei professionisti delle quattro categorie si colloca nella fascia alta di punteggio.

Per evidenziare le carenze informative anche nella fascia di operatori che appare più informata, si sono valutate le risposte errate nei professionisti che avevano comunque realizzato un punteggio alto (fascia alta). Questo ha consentito di individuare i temi su cui lavorare in futuro sulla informazione/formazione.

In questo sottogruppo di professionisti che ha ottenuto un punteggio alto sono emerse delle criticità ritenute meritevoli di attenzione perché denotano la persistenza di alcuni deficit di informazione. È da notare che le domande che presentano più difficoltà per i sottogruppi a più alta competenza sono le stesse che si rivelano difficili per la intera categoria (tabelle 3-6). Questa lacuna di informazione presente in generale ma anche tra i professionisti più informati evidenzia alcuni punti su cui sarà necessario lavorare nel decidere le linee di formazione e informazione da mettere in opera. Questo indica con chiarezza che questi sono i settori del sapere medico da considerare bisognosi di aggiornamento.

Di seguito, per le diverse categorie professionali, le percentuali delle risposte meno appropriate selezionando il gruppo di professionisti che aveva comunque realizzato un punteggio alto (fascia alta).

Ginecologi

Il 10,6% non si informa sull'età della menopausa della madre della paziente.

L'11,9% non parla mai alle pazienti della diminuzione della fertilità legata all'età.

Il 19,2% pensa che l'età maschile non sia un fattore di rischio per l'infertilità.

Il 4,5% a tutt'oggi non prescrive acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza.

Il 37,8% non effettua mai una stima del declino della funzione ovarica nelle pazienti in età riproduttiva.

L'8,6% pensa che tutte le donne infertili con cisti endometriosi debbano essere sottoposte ad intervento chirurgico.

Il 41,3% pensa che una donna di 42 anni nullipara possa prolungare il suo periodo di fertilità crioconservando gli ovociti o assumendo una pillola contraccettiva.

Il 71,5% consiglierebbe un percorso di PMA a una paziente infertile di 37 anni con un dosaggio di FSH in fase follicolare precoce >30.

Il 22,4% è convinto che le tecniche di PMA siano in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino sempre o almeno nel 50% dei tentativi.

Urologi/Andrologi

Il 16,9% non ritiene di consigliare il profilattico nella prevenzione delle malattie/infezioni sessualmente trasmesse, quando la partner potenziale assume contraccettivi orali.

Il 17,4% pensa che l'età maschile non sia un fattore di rischio per l'infertilità.

Il 60,0% non applica le tempistiche consigliate nelle linee guida nella ripetizione di uno spermogramma con azoospermia.

Il 22,7% prescriverebbe una terapia antibiotica per una batteriospermia in assenza di una spermocoltura.

Il 47,3% prescriverebbe inseminazioni intrauterine o terapie ormonali e integratori in pazienti con gravissima oligospermia idiopatica.

Il 37,4% è convinto che le tecniche di PMA siano in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino sempre o almeno nel 50% dei tentativi.

Endocrinologi

Il 18,9% non si informa sull'età della menopausa della madre della paziente.

Il 24,1% non informa un paziente adolescente sulla esistenza e sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili.

Il 14,3% pensa che l'età maschile non sia un fattore di rischio per l'infertilità.

Il 47,8% non effettua mai una stima del declino della funzione ovarica nelle pazienti in età riproduttiva.

Personale ostetrico

Il 13,2% a tutt'oggi non pensa che l'acido folico dovrebbe essere prescritto a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza.

Il 66,7% non pensa che l'età della menopausa della madre di una donna sia importante per la sua fertilità.

Il 22,8% pensa che l'infezione da HPV non abbia effetti sulla fertilità.

Il 13,6% non sfrutta tutte le occasioni in cui parlare alle pazienti della diminuzione della fertilità legata all'età.

Il 21,1% pensa che l'età maschile non sia un fattore di rischio per l'infertilità.

Il 35,9% è convinto che le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) siano in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino sempre o almeno nel 50% dei tentativi.

Conclusioni

Lo studio ha avuto una partecipazione variabile dal 10 al 23% dei professionisti nelle varie categorie professionali coinvolte: ginecologi, urologi/andrologi, endocrinologi, personale ostetrico. Questo è avvenuto nonostante il grande impegno delle società coinvolte nel motivare i soci alla partecipazione. È probabile però che il numero dei professionisti in attività che hanno ricevuto l'invito a partecipare sia minore di quello presente nelle mailing list delle società, che spesso mantengono in lista soci non più operativi. Solo una delle società è stata in grado di fornire il numero di soci che hanno realmente ricevuto e aperto la mail, dimostrando che almeno il 10% non aveva ricevuto l'invito a partecipare. Questo implica che la stima del tasso di adesione potrebbe rivelarsi pessimistica rispetto alla realtà.

I professionisti che hanno partecipato allo studio hanno comunque dimostrato un buon livello di conoscenza del tema, pur con alcune aree critiche.

La valutazione delle risposte ottenute lo studio ha permesso di individuare alcune aree dove sarà necessario concentrare l'attività formativa per i professionisti.

In particolare:

1. non è chiaro per tutti che l'età, anche quella maschile, è una componente fondamentale della capacità riproduttiva e che bisogna insistere su questo tema con i/le pazienti/coppie, quando c'è il tempo per intervenire;
2. è ancora non soddisfacente l'informazione erogata da parte degli operatori sui rischi delle patologie sessualmente trasmissibili, in particolare non se ne parla a sufficienza ai soggetti più esposti;
3. non tutti hanno chiara la necessità di effettuare la profilassi pre-concezionale con acido folico e la tempistica in cui eseguirla;
4. ancora si prescrivono ai maschi infertili terapie non del tutto appropriate in condizioni in cui le linee guida danno invece indicazioni chiare;
5. anche nel campo della fertilità femminile persistono, seppure minoritarie, pratiche chirurgiche non più appropriate;
6. è generalizzato un infondato ottimismo sulla capacità delle tecniche di PMA di risolvere sempre i casi di infertilità. Persiste, inoltre, la tendenza a consigliare la PMA a pazienti in cui è evidentemente inutile, generando aspettative che possono procurare frustrazione alle coppie.

Bibliografia

1. Costa M, Chiaffarino F, De Stefano C, Parazzini F. Timing, characteristics and determinants of infertility diagnostic work up before admission to eleven second-level assisted reproductive techniques (ART) centres in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;167(1):53-8.

APPENDICE A
Partecipanti al Progetto
“Studio Nazionale Fertilità”

Partecipanti al Progetto “Studio Nazionale Fertilità”

Responsabile scientifico – Ministero della Salute: Serena Battilomo

Responsabile scientifico – Istituto Superiore di Sanità: Angela Spinelli

Unità di Coordinamento Centrale - Istituto Superiore di Sanità

Angela Spinelli, Marta Buoncristiano, Laura Lauria, Maria Masocco, Valentina Minardi, Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Enrica Pizzi

Unità Operativa 1 - Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale

Andrea Lenzi, Daniele Gianfrilli, Andrea Sansone, Danilo Alunni Fegatelli

Unità Operativa 2 - Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

Mauro Costa, Denise Colia, Rita Croci

Unità Operativa 3 - Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

Eleonora Porcu, Linda Cipriani, Giuseppe Damiano, Francesca Labriola, Federica Sacilotto, Fabrizio Talotta

Comitato Scientifico del Progetto

Angela Spinelli, Marta Buoncristiano, Maria Masocco, Paola Nardone, Laura Lauria, Enrica Pizzi (Istituto Superiore di Sanità), Serena Battilomo, Carmela Santuccio, Assuntina Morresi (Ministero della Salute), Paolo Sciascia (Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca), Eleonora Porcu (Università di Bologna), Andrea Lenzi (Sapienza Università di Roma), Mauro Costa (Ospedale Evangelico Internazionale di Genova), Tommasa Maio (Federazione Italiana Medici di Famiglia), Antonella Antonelli (Federazione Italiana Medici Pediatri), Paolo Scollo (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), Maria Vicario (Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica), Nicola Colacurci (Associazione Ginecologi Universitari Italiani), Vito Trojano (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), Maria Castiglioni (Università di Padova), Vincenzina Bruni (Università di Firenze)

Referenti e professionisti coinvolti nell’indagine rivolta agli adolescenti

Abruzzo

Referenti regionali: Maria Carmela Minna (ASL Pescara), Maria Chiara Sartorelli (ASL Pescara).

Altri professionisti coinvolti

ASL L’Aquila, Sulmona, Avezzano: Alfonso Tiberi, Pia Carosa;

ASL Pescara: Fernanda Martone, Lucia Di Stefano, Franco Perilli, Galliano Cocco, Viola Arcuri.

Calabria

Referenti regionali: Caterina Azzarito, Anna Domenica Mignuoli.

Altri professionisti coinvolti

Regione Calabria Dipartimento tutela della salute: Roberta Pugliese, Filomena Mortati, Emma Scavo;

ASP di Cosenza: Rosa Chimenti, Teresa Ferraro, Angelo Scarcello;

ASP di Catanzaro: Giuseppe Aielli, Virginia Capisciolto, David Colloca, Giuseppe Furgiuele, Marina La Rocca, Rosa Maria Madonna;

ASP di Crotone: Antonella Cernuzio, Adalgisa Pugliese, Matilde Morello, Lucia Anna Iannone;

ASP di Reggio Calabria: Angela Epifanio, Cristina Condemmi, Romana Barbieri, Domenica Calabrese, Carmela Costa, Ottavio Caruso, Annamaria Lopresti;

ASP di Vibo Valentia: Maria Beatrice Grasso, Massimo Ferrise, Davide Colloca;

USR: Maria Teresa Scarpino e Carmela Siclari.

Campania

Referenti regionali: Pietro Buono, Carlo Longobardi.

Altri professionisti coinvolti

ASL Napoli 1 Centro: Rosetta Papa e Silvana Lucariello;
ASL Napoli 2 Nord: Gennaro Treccagnoli;
ASL Napoli 3 Sud: Anna Esposito, Luigi Granato;
ASL Avellino: Carmela Casullo;
ASL Benevento: Nicla Glielmo;
ASL Caserta: Giovanna Capone;
ASL Salerno: Salvatore Ronsini.

Emilia Romagna

Referenti regionali: Angelini Paola, Ferlini Simona.

Friuli Venezia Giulia

Referenti regionali: Claudia Carletti, Federica Concina, Paola Pani, Luca Ronfani.

Lazio

Referenti regionali: Giulia Cairella (ASL Roma 2), Maria Teresa Pancallo (ASL Roma 1), Lilia Biscaglia (Regione Lazio).

Altri professionisti coinvolti

Regione Lazio: Paola Barni;
ASL Roma 1: Maria Teresa Pancallo, Rosamarina Barilaro, Sandra Scarsciotti, Rosaria Marino, Carlo Spigone, Bruna Garbuio, Valter Giancotta, Rosaria Marino;
ASL Roma 2: Giulia Cairella, Angela Marchetti, Saba Minnielli, Serena Moscatelli, Luciana Olivieri, Patrizia Proietti, Tamara Saraceni, Giuseppe Ugolini, Giuseppe Vorrasi;
ASL Roma 3: Maria Novella Giorgi, Alessandro Vaccaro;
ASL Roma 4: Anna Santoni, Orsola Mattered, Enza Squarzolo, Maria Paola Scotti;
ASL Roma 5: Marco Pascali, Vito Ruscio, Loredana Masi;
ASL Roma 6: Angela De Carolis, Mara Montalto; ASL Rieti: Felicetta Camilli, Tania Severi;
ASL Latina: Silvia Iacovacci, Paola Bellardini, Fausta Manzan, Simonetta Curatella;
ASL Frosinone: Enrico Straccamore, Germana Del Monte, Bruna Rainaldi;
ASL Viterbo: Salvatore Negrotti; USR: Enide Grillo.

Liguria

Referente regionale: Federica Pascali.

Altri professionisti coinvolti

ASL 1: Alba Rizzo;
ASL 2: Marina Astengo;
ASL 3: Franca Favareto;
ASL 4: Antonella Carpi;
ASL 5: Roberta Baldi;
USR: Roberto Galuffo.

Lombardia

Referenti regionali: Liliana Coppola, Corrado Celata, Lucia Pirrone, Claudia Lobascio, Giusi Gelmi, Simona Olivadoti, Angela Iovino.

Referenti territoriali coinvolti

ATS Bergamo: Giuliana Rocca;
ATS Brescia: Margerita Marella;
ATS Brianza: Ornella Perego, Giovanni Fioni;
ATS Insubria: Raffaele Pacchetti;

ATS Milano: Giovanni Beghi;
ATS Montagna: Giuliana Del Nero, Maria Stefania Bellesi;
ATS Pavia: Luigi Camana, Laura Ferretti;
ATS Val Padana: Laura Rubagotti;
USR Lombardia: Mariacira Veneruso.

Marche

Referenti regionali: Giordano Giostra, Simona De Introna.

Altri professionisti coinvolti

Area Vasta 1: Elsa Ravaglia, Silvia Monaldi;
Area Vasta 2: Alessandro Gregori, Laura Masini, Susy Maria Greganti, Luana Tantucci, Maria Gabriella Colao, Luca Belli, Beatrice Sartini, Annalisa Pagliarecci, Isabella Romani, Marina Di Vincenzo;
Area Vasta 3: Carla Patrizietti, Maria Cingolani;
Area Vasta 4: Romina Petrini, Elisabetta Serafini;
Area Vasta 5: Romina Fani, Paola Puliti, Susanna Speca;
USR: Anna Laura Gasperat.

Molise

Referente regionale: Maria Letizia Ciallella.

Altri professionisti coinvolti

ASReM Agnone: Concetta Di Nucci;
ASReM Campobasso: Teresa Maria Manfredi Selvaggi, Ernesta Musenga, Anna Zappone;
ASReM Isernia: Ornella Valentini;
ASReM Termoli: Rita Canistro, Emilia Di Lucente, Maria Elvira Giannone;
USR: Maria Antenucci.

Provincia Autonoma di Trento

Referenti regionali: Maria Grazia Zuccali, Anna Pedretti.

Altri professionisti coinvolti

APSS: Tiziana Armani, Daniela Colombo, Maria Francesca De Rinaldis, Marta Giuliani, Michela Loss, Alessandra Martinatti, Sara Molinari, Marta Trementini, Donatella Vanzetta, Francesca Villotti, Cinzia Vivori, Loredana Zamboni;
USR: Nicoletta Zanetti

Piemonte

Referenti regionali: Marcello Caputo, Gloria Prina, Maria Rosa Giolito.

Altri professionisti coinvolti

ASL Città di Torino: Clara Zanutto, Giulio Benna;
ASL TO3: Antonia Giordano, Massimo D'Ambrosio;
ASL TO4: Fabrizio Bogliatto;
ASL TO5: Monica Mazza, Elena Tosco;
ASL VC: Alessandra Turchetti;
ASL BI: Davide Gallina, Pier Nicola Staffa;
ASL NO: Giorgio Pretti;
ASL VCO: Laura Minioni;
ASL CN1: Ivana Bosio, Silvia Cardetti, Fabio Borghino;
ASL CN2: Paola Favaretto;
ASL AT: Adriana Caprioglio, Paola Imarisio;
ASL AL: Claudia Deagatone.

Puglia

Referenti regionali: Giancarlo Ruscitti, Francesca Zampano, Antonio Tommasi, Pasquale Pedote, Maria Teresa Balducci.

Altri professionisti coinvolti

ASL BA: Rosa Colamaria; Angelantonio Pisani;
ASL BT: Giacomo Stingi;
ASL BR: Liborio Rainò, Rosa Signorile;
ASL FG: Leonardo Brandonisio;
ASL LE: Teresa Alemanno, Luigi Campa;
ASL TA: Antonio Pesare, Tatiana Battista;
USR: Anna Maria Cammalleri, Maria Pia Veronico; Altro: Rosanna Morea.

Sardegna

Referenti regionali: Francesco Macis, Barbara Mallocci, Alessandra Murgia, Maria Antonietta Palmas.

Altri professionisti coinvolti

ASSL Sassari: Anna Laura Are, Maria Laura Azara, Nicolina Lai, Gabriella Negretti;
ASSL Olbia: Matteo Biancareddu;
ASSL Nuoro: Maria Gabriella Guiso, Vincenzo Leoni, Franca Lutz, Lucia Onnis, Angela Pintore;
ASSL Lanusei: Margherita Serra, Giovanna Uras;
ASSL Oristano: Maria Sanna, Stefania Tatti;
ASSL Sanluri: Marina Manca, Anna Putzolu, Anna Paola Vinci;
ASSL Carbonia: Giuliana Nieco, Teresa Assunta Cinzia Palazzari;
ASSL Cagliari: Raffaele Arca, Antonella Boi, Rosalba Boi, Maria Rita Contu, Ginetta Desogus, Maria Dinelli, Marco Sebastiano Falchi, Anna Paola Ferraro, Maria Rosaria Ganau, Maria Rosaria, Lai Maria Francesca Lisci, Amelia Marongiu, Donatella Marongiu, Monica Meloni, Maria Paola Mereu, Antonio Murraca, Luisa Piras, Rosanna Piras, Rita Alba Sau, Stefania Terrazzano.

Sicilia

Referente regionale: Maria Paola Ferro.

Altri professionisti coinvolti

ASL Agrigento: Gabriella Sacchi; ASL Caltanissetta: Giuseppe Lombardo; ASL Catania: Antonella Scropo; ASL Enna: Eleonora Caramanna; ASL Messina: Marisa Agosta Santina Calarco; ASL Palermo: Loredana Di Natale; ASL Ragusa: Vincenzo Trapani; ASL Trapani: Giuseppe Termini.

Toscana

Referenti regionali: Giacomo Lazzeri, Rita Simi (Università di Siena DMMS)

Altri professionisti coinvolti

USR: Laura Scoppetta, Lucia Corti.

Valle d'Aosta

Referente regionale: Anna Maria Covarino.

Altri professionisti coinvolti

Ufficio Supporto Autonomia Scolastica: Manuela Ferrari Trecate.

Veneto

Referenti regionali: Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Antonella Angelone.

Referenti e professionisti coinvolti nell'indagine sulla popolazione adulta (PASSI)

Gruppo di Coordinamento Nazionale PASSI

Responsabile Scientifico: Maria Masocco

(Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma)

Benedetta Contoli *(Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma)*

Nicoletta Bertozzi *(Dipartimento di Sanità pubblica AUSL Romagna, Cesena)*

Stefano Campostrini *(Dipartimento di economia, Università Ca' Foscari, Venezia)*

Giuliano Carrozzi *(Dipartimento di sanità pubblica, AUSL Modena)*

Marco Cristofori *(Unità operativa sorveglianza e promozione della salute, AUSL Umbria 2, Orvieto)*

Angelo D'Argenzio *(Igiene, Sicurezza Luoghi di Lavoro e OER, Regione Campania, Napoli)*

Amalia Maria Carmela De Luca *(ASP Catanzaro, Catanzaro)*

Pirous Fateh-Moghadam *(Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento)*

Susanna Lana *(Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma)*

Valentina Minardi *(Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma)*

Valentina Possenti *(Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma)*

Mauro Ramigni *(Dipartimento di Prevenzione, Aulss 2 Marca Trevigiana, Treviso)*

Massimo Oddone Trinito *(Dipartimento di Prevenzione, Asl Roma 2)*

Stefania Vasselli *(Ministero della Salute, Roma)*

Abruzzo

Referente regionale: Stefania Melena.

Coordinatori regionali: Maria Maddalena Marconi, Claudio Turchi, Cristiana Mancini.

Coordinatori aziendali: Cristiana Mancini, Claudio Turchi, Laura Pelino, Paola Natali.

Basilicata

Referente regionale: Gabriella Cauzillo.

Coordinatore regionale: Giuseppina Ammirati, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino

Coordinatori aziendali: Giuseppina Ammirati, Maria Anna Maria Russo.

Calabria

Referente regionale: Caterina Azzarito.

Coordinatore regionale: Amalia De Luca, Maria Beatrice Grasso.

Coordinatori aziendali: Amalia Maria Carmela De Luca, Vimerio Gigli, Daniela Guarascio, Paola Scarpelli, Claudia Zingone, Antonella Suter Sardo, Raffaele Di Lorenzo, Giuseppe Paduano, Maria Beatrice Grasso, Alessio Suraci, Aldo Valenti, Alessandro Bisbano, Antonella Cernuzio.

Campania

Referente regionale: Antonella Giuda.

Coordinatore regionale: Angelo D'Argenzio.

Coordinatori aziendali: Elvira Bianco, Elena Fossi, Angelo D'Argenzio, Luigi Esposito, Leonilda Pagano, Maura Isernia, Anna Luisa Caiazzo.

Emilia-Romagna

Referente regionale: Paola Angelini.

Coordinatore regionale: Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi.

Coordinatori aziendali: Lara Bolognesi, Giuliano Carrozzi, Natalina Collina, Sara De Lisio, Aldo De Togni, Iuliana Defta, Fabio Faccini, Anna Maria Ferrari, Fausto Giacomino, Rosanna Giordano, Sabrina Guidi, Oscar Mingozzi, Michela Morri, Alma Nieddu, Anna Rita Sacchi, Letizia Sampaolo, Giuliano Silvi, Ivana Stefanelli, Patrizia Vitali.

Friuli Venezia Giulia

Referente regionale: Tolinda Gallo.

Coordinatore regionale: Tolinda Gallo.

Coordinatori aziendali: Andrea Iob, Tolinda Gallo, Margherita Zanini, Roberta Greci, Luisa De Carlo, Daniela Germano, Matteo Bovenzi.

Lazio

Referente regionale: Domenico Di Lallo.

Coordinatore regionale: Massimo Oddone Trinito, Andreina Lancia, Silvia Iacovacci.

Coordinatori aziendali: Roberto Boggi, Massimo Napoli, Maria Di Fabio, Francesca Dastoli, Massimo O. Trinito, Andreina Lancia, Rosanna Trivellini, Domenico Follacchio, Anna Bisti, Alessio Pendenza, Alessandra Martelli, Fiorella Fantini, Valerio dell'Orco, Stefania Corradi, Sonia Iannone, Silvia Iacovacci, Gianluca Fovi, Felicetta Camilli, Oretta Micali.

Liguria

Referente regionale: Roberto Carloni.

Coordinatore regionale: Roberta Baldi, Claudio Culotta, Camilla Sticchi.

Coordinatori aziendali: Marco Mela, Daniela Zoli, Alla Yakubovich, Claudio Culotta, Patrizia Crisci, Giordana Brignole, Roberta Baldi.

Lombardia

Referente regionale: Carlo Zocchetti.

Coordinatore aziendale: Anna Rita Silvestri, Giuliana Rocca, Laura Tessandri, Luigi Maria Camana, Sergio Edo.

Marche

Referente regionale: Fabio Filippetti.

Coordinatore regionale: Fabio Filippetti, Cristina Mancini, Francesca Polverini.

Coordinatori aziendali: Annarita Pelliccioni, Marco Pompili, Alfredo Vaccaro, Massimo Agostini, Vania Moroni, Francesca Pasqualini (Passi), Daniela Cimini, Marco Morbidoni, Rosanna Passatempo, Lucia Marinelli, Fabio Filippetti, Rossana Belfiglio, Francesca Picciotti, Massimo Baffoni.

Molise

Referente regionale: Giovanni Di Giorgio.

Coordinatore regionale: Giovanni Di Giorgio.

Provincia Autonoma di Bolzano

Referente regionale: Antonio Fanolla, Carla Melani.

Coordinatore provinciale: Sabine Weiss.

Coordinatori aziendali: Patrizia Corazza.

Provincia Autonoma di Trento

Referente regionale: Silvio Fedrigotti.

Coordinatore provinciale: Pirous Fateh-Moghadam.

Coordinatori aziendali: Pirous Fateh-Moghadam, Laura Battisti.

Piemonte

Referente regionale: Donatella Tiberti.

Coordinatore regionale: Maria Chiara Antoniotti, Paolo Ferrari.

Coordinatori aziendali: Rossana Prosperi, Fiorangela Fossati, Maurizio Oddone, Nadia Abate, Adriano Giacomini, Maria Teresa Puglisi, Anna Maria Fossati, Laura Marinaro, Annelisa Guasti, Giuseppina Zorogniotti, Edoardo Moia, Doriana Carimali, Rachele Rocco, Giuseppe Salamina, Alda Cosola, Giovanna Paltrinieri, Giorgio Bellan, Luisa Signorile, Elena Gelormino, Paolo Ferrari, Antonella Barale, Benedetto Francese.

Puglia

Referente regionale: Francesca Zampano, Antonio Tommasi.

Coordinatore regionale: Silvio Tafuri.

Coordinatori aziendali: Anton Giulio Pollice, Addolorata De Luca, Enrico Caputo, Stefano Termite, Rosita Cipriani, Valerio Aprile.

Sardegna

Referente regionale: Francesco Macis.

Coordinatore regionale: Francesco Macis, Mario Saturnino Floris.

Coordinatori aziendali: Maria Cappai, Maria Caterina Sanna, Aini Maria Adelia, Maria, Antonietta Atzori, Ugo Stochino, Rosa Murgia, Annamaria Vecchi, Giuseppe Pala, Mario Saturnino Floris.

Sicilia

Referente regionale: Salvo Scondotto.

Coordinatore regionale: Maria Paola Ferro, Achille Cernigliaro, Patrizia Miceli.

Coordinatori aziendali: Anna Maria Cardinale, Rosanna Milisenna, Mario Cuccia, Irene Torre, Franco Belbruno, Giovanna Fiumanò, Maria Angela Randazzo, Giuseppe Ferrera, Alfonso Nicita, Ranieri Candura.

Toscana

Referente regionale: Emanuela Balocchini.

Coordinatore regionale: Giorgio Garofalo, Rossella Cecconi, Franca Mazzoli Marradi,

Coordinatori aziendali: Anna Lisa Filomena, Marinella Chiti, Antonella Mazzanti, Rossella Cecconi, Maria Di Cunto, Alessandro Barbieri, Daniela Giorgi, Vincenza Bianchimani, Maria Caruso, Franca Mazzoli M, Maurizio Lazzeri, Silvia Cappelli, Franco Barghini.

Umbria

Referente regionale: Anna Tosti.

Coordinatore regionale: Carla Bietta, Marco Cristofori.

Coordinatori aziendali: Ubaldo Bicchielli, Carla Bietta, Vincenzo Casaccia.

Valle d'Aosta

Referente regionale: Mauro Ruffier

Coordinatore regionale: Salvatore Bongiorno, Rosa Maria Cristaudo.

Coordinatori aziendali: Salvatore Bongiorno, Rosa Maria Cristaudo.

Veneto

Referente regionale: Federica Michieletto.

Coordinatore regionale: Silvia Milani, Mauro Ramigni.

Coordinatori aziendali: Antonio Lalli, Mauro Soppelsa, Caterina Bonotto, Alessandra Dal Zotto, Massimo Pasqualotto, Paola Colussi, Tiziana Menegon, Gianluigi Lusto, Mauro Ramigni, Alessandra Favaretto, Vittorio Selle, Damiano Dalla Costa, Paolo Mancarella, Armando Olivieri, Lorena Gottardello, Chiara Schiavinato, Patrizia Casale, Annamaria Del Sole, Cristiana Pasqualetto, Katia Cervato, Salvatore Falcone.

APPENDICE B
Questionari per la raccolta dei dati
delle cinque indagini del Progetto “Studio Nazionale Fertilità”

B1. Questionario per gli adolescenti

 Studio Nazionale Fertilità	 Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie	 ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ	 Ministero della Salute																				
Indagine nazionale sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti																							
Codice ID <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																							
<p><i>Caro/a studente/studentessa,</i></p> <p><i>il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità stanno effettuando un'ampia indagine nazionale sui temi della fertilità che coinvolge studenti delle scuole medie superiori, studenti universitari, la popolazione generale e alcune categorie di professionisti della salute (medici di medicina generale, andrologi, ginecologi, ecc).</i></p> <p><i>La tua classe è stata selezionata per partecipare a tale indagine.</i></p> <p><i>Ti chiediamo pertanto di rispondere al seguente questionario che ha come obiettivo la raccolta di informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti.</i></p> <p><i>Le informazioni che darai saranno utili a orientare politiche e interventi di promozione della salute.</i></p> <p><i>Rispondi liberamente e sinceramente alle domande. Non c'è da parte dei promotori dell'indagine nessuna intenzione e nessun interesse a dare giudizi.</i></p> <p><i>L'indagine è svolta nell'assoluto anonimato e nessuno, né a scuola né a casa, potrà vedere il questionario compilato; la procedura utilizzata è tale che anche i promotori dell'indagine sono impossibilitati a collegare i singoli questionari agli studenti che li hanno compilati.</i></p> <p><i>Grazie per la tua preziosa partecipazione!</i></p>																							
<p>Sezione CONOSCENZE</p> <hr/> <p>1) Sai cosa si intende con il termine “fertilità”?</p> <p><input type="checkbox"/> Capacità biologica di riprodursi, possibilità di fare figli</p> <p><input type="checkbox"/> Manifestazione concreta di riprodursi: avere figli</p> <p><input type="checkbox"/> Voglia di riprodursi, desiderio di fare figli</p> <p><input type="checkbox"/> Non lo so</p> <p>2) La fertilità riguarda:</p> <p><input type="checkbox"/> Solo le donne</p> <p><input type="checkbox"/> Solo gli uomini</p> <p><input type="checkbox"/> Entrambi</p> <p><input type="checkbox"/> Non so</p> <p>3) Secondo le tue conoscenze, le seguenti affermazioni sono vere o false?</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">vero</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">falso</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non so</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>– Una donna può rimanere incinta al suo primo rapporto sessuale</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>– Una donna è più probabile rimanga incinta se ha rapporti sessuali nei giorni a metà tra una mestruazione e l'altra</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>– Per una donna, la capacità di avere figli si riduce con l'età <i>(se secondo te è vero, a quale età comincia a ridursi? _____, <input type="checkbox"/> non so)</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>– Per un uomo, la capacità di avere figli si riduce con l'età <i>(se secondo te è vero, a quale età comincia a ridursi? _____, <input type="checkbox"/> non so)</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					vero	falso	non so	– Una donna può rimanere incinta al suo primo rapporto sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Una donna è più probabile rimanga incinta se ha rapporti sessuali nei giorni a metà tra una mestruazione e l'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Per una donna, la capacità di avere figli si riduce con l'età <i>(se secondo te è vero, a quale età comincia a ridursi? _____, <input type="checkbox"/> non so)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	– Per un uomo, la capacità di avere figli si riduce con l'età <i>(se secondo te è vero, a quale età comincia a ridursi? _____, <input type="checkbox"/> non so)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vero	falso	non so																				
– Una donna può rimanere incinta al suo primo rapporto sessuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
– Una donna è più probabile rimanga incinta se ha rapporti sessuali nei giorni a metà tra una mestruazione e l'altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
– Per una donna, la capacità di avere figli si riduce con l'età <i>(se secondo te è vero, a quale età comincia a ridursi? _____, <input type="checkbox"/> non so)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
– Per un uomo, la capacità di avere figli si riduce con l'età <i>(se secondo te è vero, a quale età comincia a ridursi? _____, <input type="checkbox"/> non so)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
1																							

4) Secondo te i seguenti fattori aumentano, riducono o non hanno alcun effetto sulla fertilità femminile?

	<i>aumenta</i>	<i>riduce</i>	<i>non ha alcun effetto</i>	<i>non so</i>
- Consumo di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Regolare svolgimento di attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eccesso di peso o sottopeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dieta salutare e bilanciata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) e sulla fertilità maschile?

	<i>aumenta</i>	<i>riduce</i>	<i>non ha alcun effetto</i>	<i>non so</i>
- Consumo di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Regolare svolgimento di attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eccesso di peso o sottopeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dieta salutare e bilanciata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Hai mai sentito parlare di infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?

- Sì
 No

7) Secondo te, le seguenti infezioni/malattie si possono trasmettere con i rapporti sessuali?

	<i>sì</i>	<i>no</i>	<i>non so</i>	<i>non la conosco</i>
- Epatite virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sifilide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alcuni tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Papilloma virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anemia mediterranea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Conosci i seguenti metodi contraccettivi?

	<i>no</i>	<i>sì, ma non so come si usa</i>	<i>sì e so come si usa</i>
- Profilattico (condom, preservativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pillola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cerotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anello vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dispositivi ormonali sottocutanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Coito interrotto (venire fuori, retromarcia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Contraccezione di emergenza (pillola del giorno dopo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Secondo te quali sono i metodi contraccettivi in grado di proteggere dalle infezioni/malattie a trasmissione sessuale?

- Nessuno
- Profilattico (condom, preservativo)
- Pillola/cerotto/anello vaginale/dispositivi ormonali sottocutanei
- Spirale
- Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)
- Coito interrotto (venire fuori, retromarcia)
- Pillola del giorno dopo
- Non so

Sezione COMPORAMENTI

10) Hai mai avuto rapporti sessuali?

- Sì, completi (rapporto con penetrazione)
- Sì, incompleti (rapporto senza penetrazione)
- No, nessun rapporto

Dalla domanda 11 alla domanda 13c solo per chi ha già avuto rapporti sessuali completi

11) A che età hai avuto il tuo primo rapporto sessuale completo? [] [] (età in anni)

12) In quell'occasione tu e/o il tuo partner avete fatto qualcosa per evitare una gravidanza indesiderata e/o il rischio di infezioni/malattie?

- No
- Profilattico (condom, preservativo)
- Pillola/cerotto/anello vaginale/dispositivi ormonali sottocutanei
- Spirale
- Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)
- Coito interrotto (venire fuori, retromarcia)
- Altro metodo (specificare _____)
- Non so, non ricordo

13) Negli ultimi tre mesi, hai avuto un rapporto sessuale completo (non considerare il tuo primo rapporto sessuale completo)?

- Sì
- No

13a) Se sì, con quante persone hai avuto rapporti sessuali completi negli ultimi tre mesi? (N° _____)

13b) Se sì, pensa all'ultimo partner con cui hai avuto un rapporto sessuale completo, avete fatto qualcosa per evitare una gravidanza indesiderata o il rischio di infezioni/malattie?

- No
- Profilattico (condom, preservativo)
- Pillola/cerotto/anello vaginale/dispositivi ormonali sottocutanei
- Spirale
- Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)
- Coito interrotto (venire fuori, retromarcia)
- Altro metodo (specificare _____)
- Non so, non ricordo

13c) Se hai risposto NO alla domanda 13b) Perché?

- Era un rapporto non previsto
- Non mi sono posto il problema, non mi interessa
- Per difficoltà economiche ad acquistare contraccettivi
- Mi imbarazza affrontare l'argomento con il partner
- Penso di non essere a rischio
- Altro (specificare)

Sezione ATTEGGIAMENTI

14) Hai mai parlato con i tuoi familiari dei seguenti argomenti?

	<i>mai</i>	<i>sì, in modo superficiale</i>	<i>sì, in modo approfondito</i>
- Esperienze sentimentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sviluppo sessuale e fisiologia della riproduzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infezioni/malattie sessualmente trasmissibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Metodi contraccettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Con quale dei tuoi familiari hai parlato? (se alla precedente domanda hai dato solo risposte MAI o non hai risposto, salta alla domanda successiva) (possibilità di risposta multipla)

- Con mia madre
- Con mio padre
- Con i miei fratelli/sorelle
- Altro (specificare _____)
- Non so

16) Hai mai parlato con i tuoi amici/compagni dei seguenti argomenti?

	<i>mai</i>	<i>sì, in modo superficiale</i>	<i>sì, in modo approfondito</i>
- Esperienze sentimentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sviluppo sessuale e fisiologia della riproduzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infezioni/malattie sessualmente trasmissibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Metodi contraccettivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Nel tuo futuro, pensi di avere figli?

- Sì
- No
- Non so

18) Secondo te, qual è l'età giusta per diventare genitori?

- 21-25 anni
- 26-30 anni
- 31-35 anni
- 36-40 anni
- Più di 40 anni
- Non so

Sezione FONTI DI INFORMAZIONE

19) Rispetto alle tue esigenze, ritieni che le informazioni che possiedi attualmente sulla sessualità e la riproduzione siano:

- Adeguate
- Inadeguate
- Non possiedo informazioni

20) Ti è mai capitato di cercare attivamente informazioni sulla sessualità e la riproduzione?

- Sì, qualche volta
- Sì, spesso
- No

20a) Se sì, dove? (possibilità di risposta multipla)

- In famiglia
- Dagli amici
- Su internet
- Su riviste, libri e/o TV
- Da un medico
- A scuola
- Altro (specificare _____)

20b) Se hai risposto "su internet" alla domanda 20a) Che tipo di fonte consulti su internet?

- Siti istituzionali/scientifici sul tema
- Siti generici
- Social network (Facebook, Twitter, ...)
- Forum e/o blog
- Siti con immagini e situazioni esplicite
- Altro (specificare _____)

21) Ritieni che la scuola debba garantire l'informazione su sessualità e riproduzione?

- Sì, dalla scuola elementare
- Sì, dalla scuola media inferiore
- Sì, dalla scuola media superiore
- No

21a) Se sì, da chi vorresti ricevere informazioni a scuola?

- Dai miei insegnanti
- Da altri docenti/esperti interni alla scuola
- Da personale esperto esterno alla scuola

22) Hai mai partecipato a corsi/incontri in cui veniva trattato il tema della sessualità e della riproduzione?

- Sì
- No

22a) Se sì, dove?

- A scuola
- Presso servizi sanitari (consultori, case della salute, ecc.)
- In parrocchia
- Presso associazioni oppure presso luoghi pubblici (piazze, ecc...)
- Altro

23) Ti sei mai rivolto a un consultorio?

- Sì
- No
- Non so cosa sia

24) Hai mai fatto una visita dal ginecologo/andrologo?

- Sì
- No
- Non so che tipo di medici siano

Sezione INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE

Età compiuta *anni*

Genere

- M
- F

Nazione di nascita _____

Età della madre *anni* **Non so/non applicabile**

Età del padre *anni* **Non so/non applicabile**

Cittadinanza della madre _____ **Non so/non applicabile**

Cittadinanza del padre _____ **Non so/non applicabile**

Titolo di studio della madre

- Nessuno
- Licenza elementare (almeno 5 anni di studio)
- Licenza media (almeno 8 anni di studio)
- Diploma di scuola superiore (almeno 12 anni di studio)
- Laurea (almeno 16 anni di studio)
- Non so/non applicabile

Titolo di studio del padre

- Nessuno
- Licenza elementare (almeno 5 anni di studio)
- Licenza media (almeno 8 anni di studio)
- Diploma di scuola superiore (almeno 12 anni di studio)
- Laurea (almeno 16 anni di studio)
- Non so/non applicabile

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

B2. Questionario per gli studenti universitari

Indagine Nazionale Sulla Salute Sessuale e Riproduttiva degli Studenti Universitari

Caro studente,

moltissimi problemi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva dipendono da poca informazione, idee sbagliate e comportamenti errati acquisiti in giovane età

Conoscere inoltre come è fatto e come funziona il nostro apparato genitale può aiutarci a riconoscere subito i sintomi delle patologie che possono colpirlo, permettendo così diagnosi precoci e più facili risoluzioni dei problemi.

“Prevenire è meglio che curare”: e voi, quanto ne sapete di prevenzione?

Il Ministero della Salute, insieme all'Istituto Superiore di Sanità e al Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di Roma “Sapienza”, sta promuovendo una campagna di informazione nei confronti della salute sessuale e riproduttiva.

Dal 9 ottobre e fino a tutto il mese di Dicembre, all'indirizzo abciriproduzione.it troverete un questionario, del tutto anonimo, inerente alla vostra salute riproduttiva, sessuale e quindi generale.

Compilandolo dare un importante contributo alla ricerca in questo settore e sarà per voi uno stimolo ad informarvi su questioni di salute spesso trascurate.

Il tuo profilo

Età compiuta _____ anni

- Femmina
 Maschio

Comune di residenza _____

Provincia di residenza _____

Nazione di nascita _____

Cittadinanza della madre _____

Cittadinanza del padre _____

Titolo di studio della madre

- Nessuno
 Licenza elementare (almeno 5 anni di studio)
 Licenza media (almeno 8 anni di studio)
 Diploma di scuola superiore (almeno 12 anni di studio)
 Laurea (almeno 16 anni di studio)

Titolo di studio del padre

- Nessuno
- Licenza elementare (almeno 5 anni di studio)
- Licenza media (almeno 8 anni di studio)
- Diploma di scuola superiore (almeno 12 anni di studio)
- Laurea (almeno 16 anni di studio)

1. Sai cosa si intende con il termine “fertilità”?

- Capacità biologica di riprodursi, possibilità di fare figli
- Manifestazione concreta di riprodursi: avere figli
- Voglia di riprodursi, desiderio di fare figli
- Non lo so

2. Secondo te la fertilità nella donna:

- Si riduce con l'età *Se si indicare l'età a cui inizia a ridursi _____*
- Non si riduce
- Non so

3. E nell'uomo?

- Si riduce con l'età *Se si indicare l'età a cui inizia a ridursi __ __*
- Non si riduce
- Non so

4. Fumi?

- Sì
- No

5. Se sì, quanti anni avevi quando hai fumato la prima sigaretta? _____ anni

6. Quante sigarette fumi solitamente in una settimana? Numero di sigarette settimanali _____

7. In media, a settimana, quante unità alcoliche assumi?

Tieni presente che per una unità alcolica (circa 12 grammi di etanolo) intendiamo: una lattina/bottiglia di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml), una lattina/bottiglia di pop drink, 1 cocktail/spritz o un bicchierino di superalcolico (40 ml).

Numero unità alcoliche settimanali _____ (Metti “0” se non assumi bevande alcoliche).

8. Secondo te i seguenti fattori aumentano, riducono o non hanno alcun effetto sulla fertilità femminile?

	<i>aumenta</i>	<i>riduce</i>	<i>non ha alcun effetto</i>	<i>non so</i>
Consumo di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regolare svolgimento di attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eccesso di peso o sottopeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta salutare e bilanciata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. E sulla fertilità maschile?

	<i>aumenta</i>	<i>riduce</i>	<i>non ha alcun effetto</i>	<i>non so</i>
Consumo di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regolare svolgimento di attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eccesso di peso o sottopeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta salutare e bilanciata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Come giudichi la tua conoscenza sulle infezioni/malattie sessualmente trasmesse?

- Ottima
 Buona
 Mediocre
 Scarsa
 Assente

11. Hai mai sentito parlare dell'HPV (Papilloma Virus)?

- No
 Sì, è un problema che riguarda solo le donne
 Sì, è un problema che riguarda solo gli uomini
 Sì, è un problema che riguarda uomini e donne

12. Secondo te, le seguenti infezioni/malattie si possono trasmettere con i rapporti sessuali?

	<i>Sì</i>	<i>No</i>	<i>Non so</i>	<i>Non la conosco</i>
Epatite virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sifilide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcuni tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papilloma virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia mediterranea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Conosci i seguenti metodi contraccettivi?

	<i>No</i>	<i>Sì, ma non so come si usa</i>	<i>Sì e so come si usa</i>
Profilattico (condom, preservativo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pillola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anello vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositivi ormonali sottocutanei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coito interrotto (venire fuori, retromarcia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contracezione di emergenza (pillola del giorno dopo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Secondo te quali sono gli anticoncezionali in grado di proteggere dalle infezioni/malattie a trasmissione sessuale?

- Nessuno
- Profilattico (condom, preservativo)
- Pillola/cerotto/anello vaginale/dispositivi ormonali sottocutanei
- Spirale
- Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)
- Coito interrotto
- Pillola del giorno dopo
- Non so

15. Hai mai avuto rapporti sessuali?

- Sì, completi (rapporto con penetrazione)
- Sì, incompleti (accarezzarsi, toccarsi, baciarsi)
- No, nessun rapporto

DALLA DOMANDA 16 ALLA DOMANDA 20 SOLO PER CHI HA GIÀ AVUTO RAPPORTI SESSUALI COMPLETI

16. A che età hai avuto il tuo primo rapporto sessuale completo? (età in anni _____)

17. Negli ultimi tre mesi, hai avuto un rapporto sessuale completo?

- Sì
- No

17a) Se sì, con quante persone hai avuto rapporti sessuali completi negli ultimi tre mesi? (N° _____)

18. Nei rapporti sessuali occasionali e/o a rischio utilizzi il preservativo?

- Non ho rapporti occasionali e/o a rischio
- Sì sempre
- Mi è capitato di avere rapporti non protetti
- Ho rapporti occasionali e a rischio non protetti

19. Nei rapporti sessuali con il partner abituale utilizzate qualche metodo per evitare una gravidanza o il rischio di infezioni/malattie?

- Non ho un partner abituale
- No
- Profilattico (condom, preservativo)
- Pillola/cerotto/anello vaginale/dispositivi ormonali sottocutanei
- Spirale
- Calcolo dei giorni fertili (non avere rapporti nei giorni più a rischio)
- Coito interrotto
- Altro metodo (*specificare _____*)
- Non so, non ricordo

19a) Se hai risposto No Perché? (una sola risposta possibile)

- Non ci siamo posti il problema, non ci interessa
- Per difficoltà economiche ad acquistare contraccettivi
- Mi imbarazza affrontare l'argomento con il partner
- Penso di non essere a rischio
- Perché io non voglio e il/la partner mi asseconda
- Perché il/la mia partner non vuole e il io l'assecondo
- Altro (specificare _____)

20. Hai figli?

- Sì → Quanti? _____
- No

21. Hai intenzione di avere figli o di averne altri?

- Sì, sto provando ad averne
- Sì, in futuro
- Sono incerto, ma probabilmente sì
- Sono incerto, ma probabilmente no
- No, non ho intenzione
- Non ci ho ancora pensato
- Non posso averne / ho difficoltà ad averne
- altro (specificare) _____

22. Se non stai provando ad avere un figlio, puoi indicare la motivazione principale che ti induce a pensare di non avere figli ora? (Metti una sola "X")

- Non ho un partner stabile
- Motivi di coppia (non vogliamo figli o altri figli, il partner non vuole, ..)
- Fattori legati allo studio
- Fattori economici-lavorativi
- Fattori organizzativi-familiari
- Problemi di fertilità/salute
- Fattori legati all'età (sono troppo giovane, non mi sento pronto/a...)
- Altro (specificare _____)

23. Secondo te, qual è l'età giusta per diventare genitori?

- 21-25 anni
- 26-30 anni
- 31-35 anni
- 36-40 anni
- Più di 40 anni
- Non so

24. Rispetto alle tue esigenze, ritieni che le informazioni che possiedi attualmente sulla sessualità e la riproduzione siano:

- Adeguate
- Inadeguate
- Non possiedo informazioni

25. Ti è mai capitato di cercare attivamente informazioni sulla sessualità e la riproduzione?

- Sì, qualche volta
- Sì, spesso
- No

26. Se sì, dove? Possibilità di risposta multipla

- In famiglia
- Dagli amici
- Su internet
- Su riviste e libri
- TV
- Da un medico
- A scuola
- Altro (*specificare* _____)

26a) Se hai risposto "su internet" alla domanda 26) Che tipo di fonte consulti su internet?

- Siti istituzionali/scientifici sul tema
- Siti generici
- Social network (Facebook, Twitter, ...)
- Forum e/o blog
- Siti con immagini e situazioni esplicite
- Altro (*specificare* _____)

27. Quale pensi sia la modalità più adatta per i giovani per ricevere informazioni su tali tematiche?

- Scuola
- Incontri educativo-informativi, eventi
- Web, forum, social network
- Tv, stampa, radio
- Altro (*specificare* _____)

28. Ti sei mai rivolto a un consultorio familiare?

- Sì
- No
- Non so cosa sia
- Avrei voluto/vorrei ma non so dove sia

29. Hai mai fatto una visita andrologica/ginecologica?

- Sì
- No
- Sì come semplice controllo al fine di valutare la tua salute riproduttiva
- Non so che tipo di medici siano

30. Hai mai fatto l'autopalpazione del seno o l'autopalpazione dei testicoli per la prevenzione dei tumori

- Sì, regolarmente
- Sì, ma più di un anno fa
- No, non so come si fa

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

**B3. Questionario per la popolazione adulta in età fertile
(Modulo aggiuntivo nel questionario PASSI 2016)**

L'Italia è un Paese in cui nascono pochi bambini. Il Ministero della Salute ci ha chiesto di indagare questo fenomeno, quindi ora le farò qualche domanda sull'argomento

22.1 La possibilità biologica, ossia la capacità di avere figli, si riduce con l'età; secondo Lei, a che età inizia a ridursi per la donna?

Indicare l'età __ __

Non leggere la risposta

- Menopausa
 Non so

22.2 E per l'uomo? (**Se la risposta data è "andropausa" insistere e farsi indicare un'età**)

Indicare l'età __ __

Non leggere la risposta

- Mai
 Non so

22.3 Lei ha figli?

(Non vanno conteggiati i figli in attesa, ma solo quelli già nati che siano: naturali, adottivi o figli del partner ma solo se questi ultimi vivono con l'intervistato)

- Sì → Quanti? __ __
 No
 Non risponde

} **Saltare alla 22.5**

22.4 Di questi, qualcuno è adottato o è figlio del suo/a partner?

- Sì, adottati → Quanti? __ __
 Sì, del partner → Quanti? __ __
 No
 Non risponde

22.5 Ha intenzione di averne (altri)? (**Leggere "altri" se l'intervistato ha risposto di avere già figli**)

Leggere

- Sì, sto provando ad averne → **Saltare alla 22.7**
 Sì, in futuro
 Sono incerto, ma probabilmente sì
 Sono incerto, ma probabilmente no
 No, non ho intenzione

Non leggere

- Non ci ho ancora pensato
 Sono incinta / la mia compagna è incinta
 Sì, ho avviato le pratiche per l'adozione
 Non posso averne / ho difficoltà ad averne
 Non risponde

} **Saltare alla 22.7**

22.6 Potrebbe indicarmi le principali motivazioni che la inducono a non pensare di avere (altri) figli ora?
(Leggere "altri" se l'intervistato ha risposto di avere già figli - Barrare, se possibile, l'opzione specifica dell'elenco esteso, es. Mancanza del partner).

Non Leggere (sono possibili più risposte)

<input type="checkbox"/>	FATTORI ECONOMICI-LAVORATIVI E ORGANIZZATIVI
<input type="checkbox"/>	Difficoltà economiche / costo dei figli
<input type="checkbox"/>	Paura di perdere il lavoro o avere conseguenze negative
<input type="checkbox"/>	Carenza di servizi alle famiglie con figli
<input type="checkbox"/>	Mancanza di aiuto da parte della famiglia
<input type="checkbox"/>	COPPIA
<input type="checkbox"/>	Mancanza del partner
<input type="checkbox"/>	Difficoltà nella relazione di coppia
<input type="checkbox"/>	Il/la partner non vuole avere (altri) figli
<input type="checkbox"/>	Ho già raggiunto il numero di figli desiderato
<input type="checkbox"/>	FAMIGLIA
<input type="checkbox"/>	Ho figli ancora troppo piccoli
<input type="checkbox"/>	Gli altri figli danno già troppo lavoro
<input type="checkbox"/>	Difficoltà a seguire bene gli altri figli con un figlio in più
<input type="checkbox"/>	Genitori o parenti troppo anziani / malati da seguire
<input type="checkbox"/>	FERTILITÀ / SALUTE
<input type="checkbox"/>	Problemi di fertilità della coppia
<input type="checkbox"/>	Problemi di salute della coppia
<input type="checkbox"/>	Problemi di età (troppo giovane/vecchio io/il mio partner)
<input type="checkbox"/>	SFERA PERSONALE
<input type="checkbox"/>	Non compatibile con studio, carriera o altri progetti personali
<input type="checkbox"/>	Nessun interesse ad avere figli
<input type="checkbox"/>	Coppia omosessuale
<input type="checkbox"/>	Non risponde

22.7 Lei ha mai fatto ricorso a centri specialistici per la fertilità, allo scopo di avere un figlio?

- Sì
- No
- Non risponde

B4. Questionario per PLS



Gentile Dottore/Dottressa,
 questa indagine nasce all'interno del progetto "Studio Nazionale Fertilità" promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si svolgerà attraverso indagini rivolte sia ai professionisti sanitari che alla popolazione potenzialmente fertile, con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva che possano concorrere ad orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.
 La presente indagine rivolta ai Pediatri di Libera Scelta è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di *counseling* che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana.
 Quanto emergerà dalle indagini fornirà preziosi spunti di riflessione e potrà anche dare indicazioni rispetto ai bisogni formativi dei professionisti.
 L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.
 Confidiamo quindi sulla sua collaborazione, rispondendo alle seguenti 15 domande a risposta multipla potrà dare il suo prezioso contributo per la riuscita del progetto.
 Il tempo richiesto è di 5 minuti.
 Grazie per il tempo che vorrà dedicarci.

Regione _____

Sesso

- Maschile
 Femminile

Fascia d'Età?

- 25-35 anni 36-45 anni 46-55 anni 56-65 anni >65 anni

- 1 Effettua abitualmente ai pazienti maschi adolescenti una valutazione dello sviluppo dell'apparato genitale?
- Sì
 - No
 - Sì, se lamenta sintomi
- 2 Alle sue pazienti adolescenti e ai genitori, spiega l'importanza di verificare la regolarità dei cicli e dei flussi mestruali?
- Sì
 - No
 - Sì, se lamentano dei sintomi
- 3 Informa la paziente adolescente/giovane che i contraccettivi orali non proteggono dalle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - No
 - A volte
- 4 Durante le visite di pazienti adolescenti le capita di parlare dei rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - No
 - A volte
- 5 Cosa consiglia per prima cosa ad una giovane paziente in buona salute ma sottopeso e con una amenorrea secondaria?
- Modificazione delle abitudini alimentari e aumento ponderale
 - Integratori alimentari

-
- Una visita ginecologica o endocrinologica
- 6 Ad una giovane paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), sovrappeso, con oligomenorrea, cosa consiglia in prima istanza?
- Modificazione delle abitudini alimentari e calo ponderale
 - Integratori alimentari
 - Una visita ginecologica o endocrinologica
-
- 7 Nel caso di rilievo di un criptorchidismo in un neonato, quando programma una rivalutazione della discesa testicolare?
- A 12 mesi
 - A 3 anni
 - A 6 anni
-
- 8 Consiglia abitualmente ai suoi pazienti adolescenti di non fumare, non bere, non fare uso di sostanze stupefacenti o dopanti per i possibili effetti dannosi sulla fertilità?
- No, ma lo faccio per altre conseguenze sulla salute
 - Sì, è mia abitudine
 - No, non lo faccio quasi mai
-
- 9 Informa abitualmente i suoi assistiti che l'obesità e l'eccessiva magrezza possono entrambe diminuire la fertilità?
- Sì
 - No
 - A volte
-
- 10 Quando parla di vaccinazioni ai genitori ne spiega l'importanza anche al fine di preservare la capacità procreativa?
- Sì
 - No
 - A volte
-
- 11 Nella sua attività professionale ha occasione di parlare con i giovani pazienti o con i loro genitori della vaccinazione per il virus HPV?
- Sì, solo per le femmine
 - Sì, sia per i maschi che per le femmine
 - No
-
- 12 Le capita di parlare con i genitori dei suoi pazienti sul loro desiderio di avere altri figli?
- Sì spesso
 - Solo occasionalmente
 - No
-
- 13 Come valuta l'impegno e l'offerta del SSN nel suo territorio nell'ambito della tutela della fertilità e della salute riproduttiva?
- Adeguato
 - Inadeguato
 - Non lo conosco
-
- 14 Negli ultimi anni ha avuto la possibilità di partecipare ad eventi di aggiornamento su temi inerenti la salute riproduttiva e fertilità (inclusa la Procreazione Medicalmente Assistita - PMA)?
- Sì
 - No, non ne ho avuto la possibilità
 - No, perché credo di essere aggiornato in modo soddisfacente
-
- 15 Quale pensa sia la modalità d'intervento più efficace per migliorare la conoscenza sulla salute riproduttiva e fertilità tra i suoi colleghi?
- Attraverso attività ed eventi formativi (convegni, corsi con e senza ECM, fad, ecc)
 - Attraverso l'utilizzo di social media dedicati al tema rivolti ai professionisti (forum, ecc)
 - Altro _____
-

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

B5. Questionario per MMG**Indagine rivolta ai Medici di Medicina Generale**

Gentile Dottore/Dottoressa,

questa indagine nasce all'interno del progetto "Studio Nazionale Fertilità" promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si svolgerà attraverso indagini rivolte sia ai professionisti sanitari che alla popolazione potenzialmente fertile, con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva che possano concorrere ad orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.

La presente indagine rivolta ai Medici di Medicina Generale è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di *counseling* che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana.

Quanto emergerà dalle indagini fornirà preziosi spunti di riflessione e potrà anche dare indicazioni rispetto ai bisogni formativi dei professionisti.

L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.

Confidiamo quindi sulla sua collaborazione, rispondendo alle seguenti 22 domande a risposta multipla potrà dare il suo prezioso contributo per la riuscita del progetto.

Il tempo richiesto è meno di 5 minuti.

Grazie per il tempo che vorrà dedicarci.

Regione

Sesso

Maschile

Femminile

Fascia d'Età?

25-35 anni 36-45 anni 46-55 anni 56-65 anni >65 anni

- 1 Prescrive acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza?
 - Sì
 - No
 - Sì, lo propongo a tutte le donne che non escludono la possibilità di una gravidanza

 - 2 Quando raccoglie l'anamnesi, s'informa sull'attività lavorativa svolta dal/dalla paziente?
 - Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No

 - 3 Quando raccoglie l'anamnesi, s'informa sull'età della menopausa della madre della paziente?
 - Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No

 - 4 In assenza di una linea guida condivisa, pensa che sia utile effettuare uno screening dell'ipotiroidismo subclinico prima di intraprendere una gravidanza?
 - Sì sempre
 - Sì, solo in pazienti con fattori di rischio
 - No

 - 5 Dopo quanto tempo in media dall'inizio della ricerca di gravidanza consiglia a una coppia di iniziare gli accertamenti?
 - Dopo 6 mesi indipendentemente dall'età
 - Dopo 12 mesi, ma dopo 6 mesi se la paziente ha più di 35 anni
 - Dopo 18 mesi, ma dopo 12 mesi se la paziente ha più di 35 anni
-

-
- 6 Durante le visite di donne in età riproduttiva ha occasione di informarle sulla riduzione della fertilità legata all'età?
- Sì
 - No
 - Solo se mi viene richiesto
-
- 7 Informa i suoi pazienti sul fatto che anche l'età maschile avanzata può essere un fattore di rischio per l'infertilità?
- Sì
 - No
 - Solo se anche la donna è in età avanzata
-
- 8 Effettua abitualmente ai pazienti maschi adolescenti una valutazione dello sviluppo dell'apparato genitale?
- Sì
 - No
 - Sì, se lamenta sintomi
-
- 9 Alle sue pazienti adolescenti e ai genitori, spiega l'importanza di verificare la regolarità dei cicli e dei flussi mestruali?
- Sì
 - No
 - Sì, se lamentano dei sintomi
-
- 10 Durante le visite di pazienti adolescenti le capita di parlare dei rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - No
 - A volte
-
- 11 Informa la paziente adolescente/giovane che i contraccettivi orali non proteggono dalle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - No
 - A volte
-
- 12 Cosa consiglia per prima cosa ad una giovane paziente in buona salute ma sottopeso e con una amenorrea secondaria?
- Modificazione delle abitudini alimentari e aumento ponderale
 - Integratori alimentari
 - Una visita ginecologica o endocrinologica
-
- 13 Ad una giovane paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), sovrappeso, con oligomenorrea, cosa consiglia in prima istanza?
- Modificazione delle abitudini alimentari e calo ponderale
 - Integratori alimentari
 - Una visita ginecologica o endocrinologica
-
- 14 Informa abitualmente i suoi assistiti che l'obesità e l'eccessiva magrezza possono entrambe diminuire la fertilità?
- Sì
 - No
 - A volte
-
- 15 Consiglia abitualmente ai suoi pazienti adolescenti e giovani di non fumare, non bere, non fare uso di sostanze stupefacenti o dopanti per i possibili effetti dannosi sulla fertilità?
- No, ma lo faccio per altre conseguenze sulla salute
 - Sì, è mia abitudine
 - No, non lo faccio quasi mai
-
- 16 Nella sua attività professionale ha occasione di parlare con i giovani pazienti o con i loro genitori della vaccinazione per il virus HPV?
- Sì, solo per le femmine
-

-
- Sì, sia per i maschi che per le femmine
 - No
-
- 17 Ad un suo paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica. Lei cosa fa:
- gli spiego che è possibile crioconservare facilmente il liquido seminale e lo invio alla più vicina banca del seme
 - lo invito a chiedere informazione agli oncologi sulla preservazione della fertilità
 - gli consiglio di cominciare le cure oncologiche al più presto perché per il tumore non si può aspettare
-
- 18 Ad una sua paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica per la quale dovrà sottoporsi ad una chemioterapia. Lei cosa fa:
- la invito a chiedere informazione agli oncologi sulla preservazione della fertilità
 - le spiego che esistono tecniche di preservazione della fertilità e la invio immediatamente ad un centro specialistico di oncofertilità per un counseling
 - le consiglio di cominciare le cure oncologiche al più presto perché per il tumore non si può aspettare
-
- 19 I suoi pazienti le chiedono informazioni/ le pongono domande sul tema della fertilità?
- Sì
 - No
 - Sì, solo quando hanno difficoltà a concepire
-
- 20 Come valuta l'impegno e l'offerta del SSN nel suo territorio nell'ambito della tutela della fertilità e della salute riproduttiva?
- Adeguato
 - Inadeguato
 - Non lo conosco
-
- 21 Negli ultimi anni ha avuto la possibilità di partecipare ad eventi di aggiornamento su temi inerenti la salute riproduttiva e fertilità (inclusa la Procreazione Medicalmente Assistita - PMA)?
- Sì
 - No, non ne ho avuto la possibilità
 - No, perché credo di essere aggiornato in modo soddisfacente
-
- 22 Quale pensa sia la modalità d'intervento più efficace per migliorare la conoscenza sulla salute riproduttiva e fertilità tra i suoi colleghi?
- Attraverso attività ed eventi formativi (convegni, corsi con e senza ECM, fad, ecc)
 - Attraverso l'utilizzo di social media dedicati al tema rivolti ai professionisti (forum, ecc)
 - Altro _____
-

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

B6. Questionario per specialisti in ginecologia e ostetricia



Indagine rivolta ai professionisti della salute riproduttiva Specialisti in Ginecologia ed Ostetricia

Gentile Dottore/Dottoressa,

questa indagine nasce all'interno del progetto "Studio Nazionale Fertilità" promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si svolgerà attraverso indagini rivolte sia ai professionisti sanitari che alla popolazione potenzialmente fertile, con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva che possano concorrere ad orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.

La presente indagine rivolta agli specialisti in ginecologia ed ostetricia è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di *counseling* che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana.

Quanto emergerà dalle indagini fornirà preziosi spunti di riflessione e potrà anche dare indicazioni rispetto ai bisogni formativi dei professionisti.

L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.

Confidiamo quindi sulla sua collaborazione, rispondendo alle seguenti 22 domande a risposta multipla potrà dare il suo prezioso contributo per la riuscita del progetto.

Il tempo richiesto è meno di 10 minuti.

Grazie per il tempo che vorrà dedicarci.

Regione _____

Sesso

Maschile

Femminile

Fascia d'Età?

25-35 anni

36-45 anni

46-55 anni

56-65 anni

>65 anni

Sede prevalente di lavoro

Ospedale pubblico Ospedale privato (*anche privato convenzionato*) Struttura non ospedaliera pubblica

Struttura non ospedaliera privata Libero professionista a tempo pieno Altro specificare _____

1. Quando raccoglie l'anamnesi, si informa sull'attività lavorativa svolta dalla paziente?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

2. Quando raccoglie l'anamnesi, si informa sull'età della menopausa della madre della paziente?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

3. Consigli abitualmente ad una paziente di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?

- No, ma lo faccio per le altre conseguenze sulla salute
- Sì, è mia abitudine
- No, non lo faccio quasi mai

-
4. Durante il counseling per la prescrizione di un contraccettivo orale informa la paziente dei rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - No
 - A volte
-
5. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell'ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?
- No
 - Sì, ma solo nel maschio
 - Sì, in entrambi i partner
-
6. Secondo Lei in quali occasioni di counseling con una paziente si dovrebbe parlare della riduzione della capacità riproduttiva in rapporto all'età?
- Mai
 - Nelle donne con più di 40 anni con desiderio riproduttivo
 - In tutte le occasioni di counseling ginecologico
-
7. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?
- Tra i 30 ed i 35 anni
 - Tra i 18 e i 30 anni
 - Tra i 35 e i 40 anni
-
8. Dopo quanto tempo in media dall'inizio della ricerca di gravidanza consiglia a una coppia di iniziare gli accertamenti ?
- Dopo 6 mesi indipendentemente dall'età
 - Dopo 12 mesi, ma dopo 6 mesi se la paziente ha più di 35 anni
 - Dopo 18 mesi, ma dopo 12 mesi se la paziente ha più di 35 anni
-
9. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?
- Sì
 - No, credo che sia poco rilevante
 - Solo se l'uomo ha più di 65 anni
-
10. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglia alle sue pazienti in cerca di gravidanza?
- Giornaliera
 - Regolare per tutto il mese ma almeno ogni 2/3 giorni nella settimana in cui cade l'ovulazione
 - Quando desiderano
-
11. Prescrive acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza?
- Sì, sempre
 - Sì, in situazioni cliniche particolari
 - No
-
12. Nelle sue pazienti in età riproduttiva effettua abitualmente una stima del declino della funzione ovarica con dosaggio di FSH, Estradiolo e/o ormone antimulleriano (AMH) e/o conta follicolare antrale (AFC)?
- No
 - Sì, sempre
 - Sì, ma solo dopo i 35 anni
-
13. Pensa che sia utile effettuare uno screening dell'ipotiroidismo subclinico prima di intraprendere una gravidanza?
- Sì, sempre
 - Sì, solo in pazienti con fattori di rischio
 - No
-

-
14. Prescrive sempre accertamenti per la pervietà tubarica (isterosalpingografia, sonosalpingografia) ad una paziente che cerca una gravidanza senza successo da più di un anno?
- Sì
 - No, mai
 - Dipende dai suoi dosaggi ormonali e dallo spermogramma del partner
-
15. Cosa consiglia in prima istanza ad una paziente sottopeso e con una amenorrea secondaria se desidera una gravidanza?
- Aumento ponderale
 - Induzione dell'ovulazione
 - Integratori alimentari
-
16. Ad una paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) sovrappeso, con oligomenorrea e desiderio di gravidanza cosa consiglia?
- Calo ponderale, integrazione di acido folico, eventuale successiva induzione dell'ovulazione
 - Integrazione di acido folico e induzione dell'ovulazione
 - Induzione dell'ovulazione
-
17. La chirurgia ovarica può avere un impatto negativo sulla capacità riproduttiva della donna?
- Sì
 - No
 - Non lo so
-
18. Pensa che tutte le donne infertili con cisti endometriosiche debbano essere sottoposte ad intervento chirurgico?
- Sì, sempre
 - Solo nelle cisti >3 cm
 - Solo per le cisti >5 cm
-
19. Se una paziente di 42 anni nullipara le chiede un consiglio per prolungare il periodo fertile nella sua vita, cosa Le consiglia?
- Di assumere un contraccettivo estro-progestinico per mettere a riposo le ovaie
 - Le spiego che non ci sono soluzioni efficaci a questa età
 - Di crioconservare gli ovociti per praticare una fecondazione in futuro
-
20. Se una paziente infertile di 37 anni ha un FSH in fase follicolare precoce >30, consiglia un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)?
- Sì, perché è l'unica terapia in grado di aumentare le probabilità di concepimento
 - Solo se è presente l'ovulazione
 - Comunque no
-
21. Ad una sua paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica per la quale dovrà sottoporsi ad una chemioterapia. Lei cosa fa:
- la invito a chiedere informazione agli oncologi sulla preservazione della fertilità
 - le spiego che esistono tecniche di preservazione della fertilità e la invio immediatamente ad un centro specialistico di oncofertilità per un counseling
 - le consiglio di cominciare le cure oncologiche al più presto perché per il tumore non si può aspettare
-
22. Secondo Lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino:
- sempre
 - circa nel 50% dei tentativi
 - circa nel 25% dei tentativi
-

B7. Questionario per specialisti in endocrinologia
**Indagine rivolta ai professionisti della salute riproduttiva
Specialisti in Endocrinologia**

Gentile Dottore/Dottoressa,

questa indagine nasce all'interno del progetto "Studio Nazionale Fertilità" promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si svolgerà attraverso indagini rivolte sia ai professionisti sanitari che alla popolazione potenzialmente fertile, con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva che possano concorrere ad orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.

La presente indagine rivolta agli specialisti in endocrinologia è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di *counseling* che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana.

Quanto emergerà dalle indagini fornirà preziosi spunti di riflessione e potrà anche dare indicazioni rispetto ai bisogni formativi dei professionisti.

L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.

Confidiamo quindi sulla sua collaborazione, rispondendo alle seguenti 22 domande a risposta multipla potrà dare il suo prezioso contributo per la riuscita del progetto.

Il tempo richiesto è meno di 10 minuti.

Grazie per il tempo che vorrà dedicarci.

Regione _____

Sesso

- Maschile
 Femminile

Fascia d'Età?

- 25-35 anni 36-45 anni 46-55 anni 56-65 anni >65 anni

Sede prevalente di lavoro

- Ospedale pubblico Ospedale privato (*anche privato convenzionato*) Struttura non ospedaliera pubblica

- Struttura non ospedaliera privata Libero professionista a tempo pieno Altro specificare _____

1. Quando raccoglie l'anamnesi, si informa sull'attività lavorativa svolta dal/dalla paziente?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

2. Quando raccoglie l'anamnesi, si informa sull'età della menopausa della madre della paziente?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

3. Consiglia abitualmente ai pazienti giovani di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?

- No, ma lo faccio per le altre conseguenze sulla salute
- Sì, è mia abitudine
- No, non lo faccio quasi mai

4. Durante una visita di un/una adolescente informa il paziente sulla esistenza e sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?

- Sì

-
- No
 - A volte
-
5. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell'ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?
- No
 - Sì, ma solo nel maschio
 - Sì, in entrambi i partner
-
6. Pensa che sia utile effettuare uno screening dell'ipotiroidismo subclinico prima di intraprendere una gravidanza ?
- Sì, sempre
 - Sì, solo in pazienti con fattori di rischio
 - No
-
7. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?
- Tra i 30 ed i 35 anni
 - Tra i 18 e i 30 anni
 - Tra i 35 e i 40 anni
-
8. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?
- Sì
 - No, credo che sia poco rilevante
 - Solo se l'uomo ha più di 65 anni
-
9. Quale è la frequenza dei rapporti che consiglia alle sue pazienti in cerca di gravidanza?
- Giornaliera
 - Regolare per tutto il mese ma almeno ogni 2/3 giorni nella settimana in cui cade l'ovulazione
 - Quando desiderano
-
10. Nelle sue pazienti in età riproduttiva consiglia abitualmente una stima del declino della funzione ovarica con dosaggio di FSH ed Estradiolo e/o ormone antimulleriano (AMH) e/o conta dei follicoli antrali (AFC)?
- No
 - Sì, sempre
 - Sì, ma solo dopo i 35 anni
-
11. Cosa consiglia in prima istanza ad una paziente sottopeso e con una amenorrea secondaria se desidera una gravidanza?
- Aumento ponderale
 - Induzione dell'ovulazione
 - Integratori alimentari
-
12. Ad una paziente con sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) sovrappeso, con oligomenorrea e desiderio di gravidanza cosa consiglia?
- Calo ponderale, integrazione di acido folico, eventuale successiva induzione dell'ovulazione
 - Integrazione di acido folico e induzione dell'ovulazione
 - Induzione dell'ovulazione
-
13. Una sua paziente va in menopausa spontaneamente a 43 anni e le riferisce che anche alla madre era successa una cosa simile. Ora è preoccupata per sua figlia sedicenne. Lei che cosa fa:
- propongo alcuni accertamenti genetici alla paziente stessa e una valutazione della figlia
 - la tranquillizzo rinviando gli accertamenti a quando la figlia sarà in epoca riproduttiva
 - prescribo contraccettivi orali per la figlia
-
14. Quando richiede uno spermogramma ad un paziente, gli consiglia di eseguirlo:
- in un laboratorio a scelta del paziente
 - in un laboratorio pubblico o privato che segue le linee guida WHO
-

-
- in un centro pubblico
-
15. In un paziente con uno spermogramma lievemente alterato, dopo quanto tempo prescrive uno spermogramma di controllo?
- 1 mese
 - Subito
 - 3 mesi
-
16. Se in uno spermogramma è segnalata la presenza di batteri, prescrive abitualmente terapia antibiotica?
- Sì, sempre
 - No, prescrive una spermocoltura
 - Sì, solo se il paziente è sintomatico
-
17. Come si comporta con un suo paziente adulto operato all'età di 9 anni per un problema di criptorchidismo?
- Prescrive dosaggi ormonali di controllo
 - Suggesto l'esecuzione di uno spermogramma e di una ecografia testicolare
 - Non chiedo accertamenti perché la patologia è stata risolta chirurgicamente
-
18. Visitando un paziente di 16 anni riscontra un varicocele. Cosa suggerisce?
- Gli consiglio subito la risoluzione chirurgica del problema
 - Gli prescrive un ecodoppler per stabilire l'entità del problema e in futuro un follow up dello spermogramma
 - Non prescrive nulla e consiglio rivalutazione in età riproduttiva
-
19. Un uomo di 34 anni è affetto da varicocele e ha lo spermogramma ripetutamente molto alterato; la sua partner è giovane e ovula regolarmente. Cosa consiglia in prima istanza al paziente?
- L'intervento chirurgico in ogni caso
 - Dipende dall'età, dalla riserva ovarica e dalla pervietà tubarica della partner
 - Terapia medica con integratori
-
20. Ad un suo paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica. Lei cosa fa:
- gli spiego che è possibile crioconservare facilmente il liquido seminale e lo invio alla più vicina banca del seme
 - lo invito a chiedere informazione agli oncologi sulla preservazione della fertilità
 - gli consiglio di cominciare le cure oncologiche al più presto perché per il tumore non si può aspettare
-
21. Ad una sua paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica per la quale dovrà sottoporsi ad una chemioterapia. Lei cosa fa:
- la invito a chiedere informazione agli oncologi sulla preservazione della fertilità
 - le spiego che esistono tecniche di preservazione della fertilità e la invio immediatamente ad un centro specialistico di oncofertilità per un counseling
 - le consiglio di cominciare le cure oncologiche al più presto perché per il tumore non si può aspettare
-
22. Secondo lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino:
- sempre
 - circa nel 50% dei tentativi
 - circa nel 25% dei tentativi
-

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

B8. Questionario per specialisti in andrologia e urologia



Indagine rivolta ai professionisti della salute riproduttiva Specialisti in Andrologia e Urologia

Gentile Dottore/Dottoressa,

questa indagine nasce all'interno del progetto "Studio Nazionale Fertilità" promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si svolgerà attraverso indagini rivolte sia ai professionisti sanitari che alla popolazione potenzialmente fertile, con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva che possano concorrere ad orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.

La presente indagine rivolta agli specialisti in andrologia e urologia è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di *counseling* che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana.

Quanto emergerà dalle indagini fornirà preziosi spunti di riflessione e potrà anche dare indicazioni rispetto ai bisogni formativi dei professionisti.

L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.

Confidiamo quindi sulla sua collaborazione, rispondendo alle seguenti domande a risposta multipla potrà dare il suo prezioso contributo per la riuscita del progetto.

Il tempo richiesto è meno di 10 minuti.

Grazie per il tempo che vorrà dedicarci.

Regione _____

Sesso

Maschile

Femminile

Fascia d'Età?

25-35 anni 36-45 anni 46-55 anni 56-65 anni >65 anni

Sede prevalente di lavoro

Ospedale pubblico Ospedale privato (*anche privato convenzionato*) Struttura non ospedaliera pubblica

Struttura non ospedaliera privata Libero professionista a tempo pieno Altro specificare _____

1. Quando raccoglie l'anamnesi, si informa sull'attività lavorativa svolta dal paziente?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

2. Consiglia abitualmente ad un paziente giovane di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?

- No, ma lo faccio per le altre conseguenze sulla salute
- Sì, è mia abitudine
- No, non lo faccio quasi mai

3. Consiglia abitualmente ad un paziente giovane di non fare uso di sostanze dopanti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?

- No, ma lo faccio per le altre conseguenze sulla salute
- Sì, è mia abitudine
- No, non lo faccio quasi mai

-
4. Durante una visita andrologica di un adolescente informa il ragazzo sulla esistenza e sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - No
 - A volte
-
5. Quando un suo giovane paziente di circa 18 anni Le riferisce che le partner con cui potrebbe potenzialmente avere rapporti utilizzano contraccettivi orali, Lei cosa fa rispetto alla prevenzione delle infezioni/malattie a trasmissione sessuale?
- Nulla, ritengo che questo sia sufficiente
 - Suggesto di utilizzare sempre anche il profilattico
 - Suggesto periodici controlli
-
6. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell'ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?
- No
 - Sì, ma solo nel maschio
 - Sì, in entrambi i partner
-
7. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?
- Tra i 30 ed i 35 anni
 - Tra i 18 e i 30 anni
 - Tra i 35 e i 40 anni
-
8. Dopo quanto tempo in media dall'inizio della ricerca di gravidanza consiglia a una coppia di iniziare gli accertamenti?
- Dopo 6 mesi indipendentemente dall'età
 - Dopo 12 mesi, ma dopo 6 mesi se la paziente ha più di 35 anni
 - Dopo 18 mesi, ma dopo 12 mesi se la paziente ha più di 35 anni
-
9. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?
- Sì
 - No, credo che sia poco rilevante
 - Solo se l'uomo ha più di 65 anni
-
10. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglia ai suoi pazienti in cerca di gravidanza?
- Giornaliera
 - Regolare per tutto il mese ma almeno ogni 2/3 giorni nella settimana in cui cade l'ovulazione
 - Quando desiderano
-
11. Quando richiede uno spermogramma ad un paziente, gli consiglia di eseguirlo:
- in un laboratorio a scelta del paziente
 - in un laboratorio pubblico o privato che segue le linee guida WHO
 - in un centro pubblico
-
12. In un paziente con uno spermogramma lievemente alterato, dopo quanto tempo prescrive uno spermogramma di controllo?
- 1 mese
 - Subito
 - 3 mesi
-
13. In un paziente con azoospermia al primo spermogramma, dopo quanto tempo prescrive uno spermogramma di controllo?
- 1 mese
 - Subito
 - 3 mesi
-
14. Se in uno spermogramma è segnalata la presenza di batteri, prescrive abitualmente terapia antibiotica?
- Sì, sempre
-

-
- No, prescrivo una spermiocoltura
 - Sì, solo se il paziente è sintomatico
-
15. Come si comporta con un suo paziente adulto operato all'età di 9 anni per un problema di criptorchidismo?
- Prescrivo dosaggi ormonali di controllo
 - Suggesto l'esecuzione di uno spermioγραμμα e di una ecografia testicolare
 - Non chiedo accertamenti perché la patologia è stata risolta chirurgicamente
-
16. Visitando un paziente di 16 anni riscontra un varicocele. Cosa suggerisce?
- Gli consiglio subito la risoluzione chirurgica del problema
 - Gli prescrivo un ecodoppler per stabilire l'entità del problema e in futuro un follow up dello spermioγραμμα
 - Non prescrivo nulla e consiglio rivalutazione in età riproduttiva
-
17. Un uomo di 34 anni è affetto da varicocele e ha lo spermioγραμμα ripetutamente molto alterato; la sua partner è giovane e ovula regolarmente. Cosa consiglia in prima istanza al paziente?
- L'intervento chirurgico in ogni caso
 - Dipende dall'età, dalla riserva ovarica e dalla pervietà tubarica della partner
 - Terapia medica con integratori
-
18. Ad un suo paziente di 25 anni hanno appena diagnosticato una patologia neoplastica. Lei cosa fa:
- gli spiego che è possibile crioconservare facilmente il liquido seminale e lo invio alla più vicina banca del seme
 - lo invito a chiedere informazione agli oncologi sulla preservazione della fertilità
 - gli consiglio di cominciare le cure oncologiche al più presto perché per il tumore non si può aspettare
-
19. In una coppia con infertilità maschile idiopatica, in cui lo spermioγραμμα dimostra ripetutamente circa 1 milione di spermatozoi mobili, Lei proporrebbe in prima istanza:
- quattro cicli di inseminazione intrauterina
 - una Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di II livello (FIVET/ICSI)
 - una terapia del paziente con gonadotropine e integratori
-
20. Secondo lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino:
- sempre
 - circa nel 50% dei tentativi
 - circa nel 25% dei tentativi
-

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

B9. Questionario per personale ostetrico
**Indagine rivolta ai professionisti della salute riproduttiva
Personale Ostetrico**

Gentile Dottore/Dottoressa,

questa indagine nasce all'interno del progetto "Studio Nazionale Fertilità" promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che si svolgerà attraverso indagini rivolte sia ai professionisti sanitari che alla popolazione potenzialmente fertile, con la finalità di raccogliere informazioni sui temi della salute sessuale e riproduttiva che possano concorrere ad orientare e sostenere la programmazione di interventi per la tutela della fertilità in Italia.

La presente indagine rivolta al personale ostetrico è finalizzata ad approfondire e comprendere meglio le modalità di *counseling* che i professionisti sanitari utilizzano nella loro pratica quotidiana.

Quanto emergerà dalle indagini fornirà preziosi spunti di riflessione e potrà anche dare indicazioni rispetto ai bisogni formativi dei professionisti.

L'indagine è anonima e i dati raccolti saranno trattati solo in modo aggregato.

Confidiamo quindi sulla sua collaborazione, rispondendo alle seguenti 20 domande a risposta multipla potrà dare il suo prezioso contributo per la riuscita del progetto.

Il tempo richiesto è meno di 10 minuti.

Grazie per il tempo che vorrà dedicarci.

Regione _____

Sesso

Maschile

Femminile

Fascia d'Età?

25-35 anni 36-45 anni 46-55 anni 56-65 anni >65 anni

Sede prevalente di lavoro

Ospedale pubblico Ospedale privato (*anche privato convenzionato*) Struttura non ospedaliera pubblica

Struttura non ospedaliera privata Libero professionista a tempo pieno Altro specificare _____

1. Negli anni recenti ha avuto la possibilità di partecipare ad eventi di aggiornamento sui temi della fertilità e PMA?

- Sì
- No, non ne ho avuto la possibilità
- No, perché credo di essere aggiornata/o in modo soddisfacente

2. L'acido folico dovrebbe essere prescritto a tutte le donne che non escludono attivamente una gravidanza?

- Sì, sempre
- Sì, in situazioni cliniche particolari
- No

3. Per la fertilità è importante l'attività lavorativa svolta dalla donna?

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

4. L'età della menopausa della madre è un elemento importante per la fertilità di una donna?

-
- Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No
-
5. Consigliava abitualmente alle pazienti di non fumare, di non bere alcolici, di non fare uso di sostanze stupefacenti per il possibile effetto dannoso sulla fertilità?
- No, ma lo faccio per le altre conseguenze sulla salute
 - Sì, è mia abitudine
 - No, non lo faccio quasi mai
-
6. Secondo Lei gli interferenti endocrini presenti nell'ambiente hanno un effetto sulla capacità riproduttiva?
- No
 - Sì, ma solo nel maschio
 - Sì, in entrambi i partner
-
7. Durante il counseling sull'utilizzo dei contraccettivi informa la donna sui rischi delle infezioni/malattie sessualmente trasmissibili?
- Sì
 - A volte
 - No
-
8. Secondo Lei l'infezione da HPV può avere anche effetti negativi sulla fertilità?
- No, mai
 - Sì, solo nella donna
 - Sì, in entrambi i partner
-
9. Nella sua attività professionale ha occasione di parlare con i giovani pazienti della vaccinazione per l'HPV?
- Sì
 - No
 - A volte
-
10. A quale età la donna ha la maggiore capacità riproduttiva?
- Tra i 30 ed i 35 anni
 - Tra i 18 e i 30 anni
 - Tra i 35 e i 40 anni
-
11. Secondo Lei in quali occasioni di counseling con una paziente si dovrebbe parlare della riduzione della capacità riproduttiva in rapporto all'età?
- Mai
 - Nelle donne con più di 40 anni con desiderio riproduttivo
 - In tutte le occasioni di counseling
-
12. Pensa che sia possibile valutare il declino della funzione riproduttiva dell'ovaio nella donna?
- No, non è possibile
 - Sì, con la visita ginecologica
 - Sì, valutando un insieme di parametri ormonali ed ecografici
-
13. Lei pensa che anche l'età maschile possa essere un fattore di rischio per l'infertilità?
- Sì
 - No, credo che sia poco rilevante
 - Solo se l'uomo ha più di 65 anni
-
14. Qual è la frequenza dei rapporti che consiglierebbe ad una coppia in cerca di gravidanza?
- Giornaliera
 - Regolare per tutto il mese ma almeno ogni 2/3 giorni nella settimana in cui cade l'ovulazione
 - Quando desiderano
-
15. Secondo Lei la magrezza e l'obesità che importanza hanno per la fertilità di una donna?
-

-
- Solo l'obesità diminuisce la fertilità
 - Sia l'obesità che la magrezza eccessiva diminuiscono la fertilità
 - Nessuna delle due ha effetti sulla fertilità
-
16. E' a conoscenza del fatto che le terapie oncologiche possono danneggiare la fertilità e che i giovani pazienti possono preservarla prima di iniziare le terapie?
- Sì
 - No
 - Sì, ma questo vale solo per gli uomini
-
17. Secondo Lei le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) sono in grado di risolvere i problemi di infertilità e permettere alla coppia di avere un bambino:
- sempre
 - circa nel 50% dei tentativi
 - circa nel 25% dei tentativi
-
18. In base alla sua esperienza nel rapporto con le donne di oggi, quali sono i motivi principali che Lei percepisce come causa della denatalità?
- Economici
 - Culturali-sociali
 - Sanitari
-
19. Secondo Lei il personale ostetrico può avere un ruolo nella sensibilizzazione delle donne sui temi della fertilità?
- Sì sempre
 - Sì a volte
 - No, è compito dello specialista
-
20. La maggioranza delle donne che partoriscono, assumono acido folico solo a gravidanza iniziata. Lei ritiene che il personale ostetrico possa avere un ruolo nel sensibilizzare le donne all'assunzione corretta di acido folico (da prima del concepimento) per una eventuale futura gravidanza?
- Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No, è compito dello specialista
-

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute/CCM

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre 2020, 11° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, dicembre 2020