



Le cicogne non arrivano più in Italia...

I perché del preoccupante calo delle nascite nel nostro Paese

Giorgio Franco

Professore Ordinario di Urologia, Sapienza Università di Roma, giorgio.franco@uniroma1.it

Da diversi anni l'Italia è afflitta da un'ennesima "emergenza": non si fanno più bambini, o meglio, se ne fanno troppo pochi...

Le stime portano l'Italia in vetta alle classifiche dei paesi europei meno prolifici, con un tasso di natalità nel 2023 pari all' 1,18%. In parole povere una coppia di individui in media genera 1,18 figli, quando per "restare in pari", cioè mantenere stabile il numero della popolazione questo tasso dovrebbe essere del 2,2%... considerando anche la maggiore incidenza della mortalità. Questa situazione, che tra l'altro appare in continuo e progressivo peggioramento (l'anno precedente il tasso di natalità era del 1,3%...), porterà negli anni futuri ad un sostanziale calo ed invecchiamento della popolazione. Ma quali sono i reali motivi di questo calo? E in particolare, visto che siamo su "Io Uomo", quanto di questo problema è imputabile al partner maschile? È vero che la fertilità del maschio negli ultimi 100 anni sia crollata vertiginosamente?

Cerchiamo di analizzare il problema, ma premettiamo che, come spesso succede, la genesi di questi fenomeni è multifattoriale, con diversi motivi che contribuiscono in modo più o meno importante al risultato finale.

Proverò a stilare un elenco di queste potenziali cause del problema calo delle nascite, ordinandole, secondo il mio giudizio, in ordine di importanza:

1. fattore sociale: scelta delle coppie di non fare figli o comunque di farne pochi
 2. fattore sociale: scelta delle coppie di fare figli più tardi
 3. fattore statistico: le coppie fertili in passato facevano mediamente MOLTI figli
 4. calo della fertilità maschile
 5. impatto della medicina e in particolare delle tecniche di riproduzione assistita
-
1. questo fattore sociale ritengo sia il fattore più importante, che ha condizionato pesantemente la riduzione delle nascite in Italia. Per scelte di vita, di costume, sociali, economiche, di carriera, di lavoro o studio le coppie decidono di mettere al mondo meno figli o nessun figlio. Sul versante economico e di opportunità, l'Italia è un paese con pochi o nessun incentivo per le coppie con figli, a differenza, per esempio, della Francia, dove chi ha figli riceve incentivi

loUomo in salute

e ha maggiore facilità nella gestione di essi in particolare nei primi anni di vita, ma anche in età più avanzata. In Italia le coppie fertili, negli anni prima della seconda guerra mondiale, potevano fare facilmente anche 10 figli, e ciò rientrava in un criterio di “normalità”... Ora questo è una vera rarità a qualsiasi livello sociale, e le poche coppie che proliferano tanto, lo fanno per motivi religiosi o ideologici.

2. Il ritardo nella “programmazione” di un figlio è un fattore strettamente legato al precedente, ma sensibilmente diverso. In questo caso, infatti, la coppia non è contraria ad avere figli o ad averne più di uno, ma semplicemente rimanda la decisione per i motivi su elencati, in particolare per motivi di carriera e di stabilità economica. Dai 20 ai 35 anni, infatti, sia i maschi, sia le femmine sono impegnati nelle scelte lavorative e nel training di esse. E’ in questi anni che si decide il loro futuro lavorativo, ed è abbastanza plausibile che l’arrivo di un bebè rappresenti un ostacolo al pieno inserimento della persona nell’ambiente lavorativo. In particolare, il grande cambiamento è nel sesso femminile che ormai è giustamente parificato al maschio nel mondo del lavoro, ma che sarà certamente più penalizzato del maschio nella scelta di diventare madre come assenze dal lavoro per la gravidanza e per il periodo postpartum. Il problema è che esiste indiscutibilmente un orologio biologico, molto più stringente e inflessibile nel sesso femminile rispetto a quello maschile, che fa sì che la capacità e probabilità di avere figli sia significativamente inferiore man mano che passano gli anni. In Italia, altro triste primato, l’età media del concepimento è passata dai 25 anni negli anni 90 ai circa 36 anni attuali. Questo ha indiscutibilmente un effetto negativo sulla capacità procreativa della coppia che programma “tardivamente” un figlio. Quindi grande delusione e sconforto per le coppie che decidono di fare il passo e mettere al mondo un figlio in età più avanzata, quando questo figlio non arriva... Come è noto, anche la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) ha tassi di successo strettamente e inversamente proporzionali all’età della partner femminile... E anche per quanto riguarda il maschio, diversi recenti lavori sembrano dimostrare un calo della capacità fecondante degli spermatozoi con l’aumentare dell’età. Ovviamente nulla di paragonabile rispetto al brusco calo della fecondità del sesso femminile che si osserva dai 35 anni in poi. Negli ultimi anni, in Italia, sono state lanciate diverse campagne per rendere edotta la popolazione sul problema e per favorire l’anticipo della programmazione di una gravidanza in epoca più fertile. Qualche anno fa è stato persino promulgato allo scopo il “Fertility day”. Anche il “social freezing”, cioè il congelamento degli ovociti in giovane età per poi utilizzarli per una PMA più avanti negli anni, è stato proposto per ovviare al problema dell’invecchiamento degli ovociti. Anche per il maschio si inizia a notare un’attenzione nella possibilità di congelare il seme per un uso futuro, in particolare nei casi con gravi riduzioni del numero e motilità degli spermatozoi (gravi OAT-Oligoastenoteratozoospermie, criptozoospermie, azoospermie), perché in queste situazioni è possibile che la produzione nel tempo venga a ridursi ulteriormente finché non si arrivi alla azoospermia.
3. Ritengo questo fattore molto interessante e di fatto una valida spiegazione statistica, epidemiologica ed evolutivistica del problema. In sostanza, se pensiamo, come già detto, che nella prima metà del ‘900 le coppie con buona fertilità non si limitavano a uno o due figli, ma ne facevano anche 5 o 10, perché ciò era normale e desiderabile, il risultato finale era che le generazioni successive, ereditando la buona fertilità dei genitori, incrementavano esponenzialmente il numero dei soggetti fertili o superfertili e miglioravano la “fertilità media” della popolazione. Oggi, anche i fertili o superfertili decidono di non fare figli o, se ne fanno, si limitano a uno o massimo due, e gli infertili o poco fertili, grazie alle possibilità attuali della medicina riproduttiva, riescono a riprodursi generando figli a loro volta poco fertili o infertili. Tutto ciò di generazione in generazione provocherà una riduzione dei



soggetti fertili e un aumento di quelli infertili, causando quindi una riduzione della fertilità globale o media della popolazione.

4. In particolare nel maschio, quanto appena detto potrebbe rappresentare uno dei fattori responsabili della riduzione progressiva dei parametri seminali (concentrazione, motilità e morfologia) o l'aumento della frammentazione del DNA spermatico più volte riportati in diverse parti del mondo. Secondo questi studi, negli ultimi 100 anni si è arrivati quasi a un dimezzamento dei valori medi dei parametri seminali e a un significativo aumento della percentuale di pazienti con DNA spermatico frammentato. Altre spiegazioni di tale riduzione sono l'inquinamento ambientale, lo stress, l'effetto di terapie farmacologiche o fisiche. Tutto ciò riduce il potenziale di fertilità del maschio e contribuisce alla riduzione delle nascite che stiamo osservando.
5. Come già anticipato, la medicina riproduttiva, e in particolare le tecniche di procreazione medicalmente assistita, hanno permesso a tante coppie infertili di procreare. Si calcola che in Italia siano nati circa 200000 bambini con tecniche di fecondazione in vitro. Diversi studi scientifici hanno confermato che permettendo a persone scarsamente fertili di procreare si abbassa il potenziale di fertilità della popolazione. Infatti, i figli di padri con scasa fertilità saranno probabilmente anche loro stessi scarsamente fertili. Questa è un'altra possibile spiegazione del progressivo calo dei parametri seminali osservato negli ultimi anni e quindi, in definitiva, del calo delle nascite.

Ma ora che abbiamo considerato le possibili cause del fenomeno, cosa possiamo dire dei rimedi o dei correttivi da proporre? Come abbastanza evidente dalla classifica da me ipotizzata, sono i fattori sociali i più importanti nella genesi di questa situazione. Quindi è in quel senso che dovrebbero essere posti rimedi: campagne di informazione e soprattutto incentivi di qualsiasi tipo, psicologici, sociali, culturali, economici etc., perché un giovane abbia la voglia e la "convenienza" di fare arrivare presto una cicogna.

BIBLIOGRAFIA

- What is driving the global decline of human fertility? Need for a multidisciplinary approach to the underlying mechanisms

Robert John Aitken

Front Reprod Health. 2024; 6: 1364352. Published online 2024 Apr

25. doi: 10.3389/frph.2024.1364352

PMCID: PMC11079147

- Fertility decline in the United States, 1850–1930: New Evidence from Complete-Count Datasets

J. David Hacker, Evan Roberts

Ann Demogr Hist (Paris) Author manuscript; available in PMC 2022 Jul 5.

Published in final edited form as: Ann Demogr Hist (Paris). 2019 Jun; 138(2):

143–177. doi: 10.3917/adh.138.0143

PMCID: PMC9255892



- Male age: negative impact on sperm DNA fragmentation

Elena Albani, Stefano Castellano, Bruna Gurrieri, Luisa Arruzzolo, Luciano Negri, Elena M. Borroni, Paolo E. Levi-Setti

Aging (Albany NY) 2019 May 15; 11(9): 2749–2761. Published online 2019 May 14. doi: 10.18632/aging.101946

PMCID: PMC6535069

-Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature

Bart C J M Fauser, G David Adamson, Jacky Boivin, Georgina M Chambers, Christian de Geyter, Silke Dyer, Marcia C Inhorn, Lone Schmidt, Gamal I Serour, Basil Tarlatzis, Fernando Zegers-Hochschild, Contributors and members of the IFFS Demographics and Access to Care Review Board

Hum Reprod Update. 2024 Mar-Apr; 30(2): 153–173. Published online 2024 Jan 10. doi: 10.1093/humupd/dmad028

PMCID: PMC10905510