



Ministero della Salute

**RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA
ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA
TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE
VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (LEGGE 194/78)**

- DATI PRELIMINARI 2011
- DATI DEFINITIVI 2010

Roma 8 ottobre 2012

INDICE

PRESENTAZIONE	pag. 1
DATI PRELIMINARI ANNO 2011	pag. 9
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2010	pag. 13
1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO	pag. 13
1.1 – Valori assoluti	pag. 13
1.2 – Tasso di abortività	pag. 14
1.3 – Rapporto di abortività	pag. 16
2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG	pag. 17
2.1 – Classi di età	pag. 17
2.2 – Stato civile	pag. 20
2.3 – Titolo di studio	pag. 21
2.4 – Occupazione	pag. 21
2.5 – Residenza	pag. 22
2.6 – Cittadinanza	pag. 23
2.7 – Anamnesi ostetrica	pag. 26
2.7.1 – Nati vivi	pag. 26
2.7.2 – Aborti spontanei precedenti	pag. 27
2.7.3 – Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	pag. 28
3 – MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'IVG	pag. 30
3.1 – Documentazione e certificazione	pag. 30
3.2 – Urgenza	pag. 31
3.3 – Epoca gestazionale	pag. 31
3.4 – Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione ed intervento	pag. 33
3.5 – Luogo dell'intervento	pag. 34
3.6 – Tipo di anestesia impiegata	pag. 34
3.7 – Tipo di intervento	pag. 35
3.8 – Durata della degenza	pag. 38
3.9 – Complicanze immediate dell'IVG	pag. 39
3.10 – Obiezione di coscienza	pag. 39
TABELLE E GRAFICI	pag. 40

Signor Presidente, Onorevoli Senatori e Deputati,

nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2011 e i dati definitivi relativi all'anno 2010 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (di seguito, IVG). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

Il monitoraggio avviene a partire dalla compilazione dei modelli D12 dell'Istat che devono essere redatti per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, nell'esecuzione dell'IVG e sulle sue modalità. Le Regioni provvedono a raccogliere queste informazioni dalle strutture e ad analizzarle per rispondere ad un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS e dal Ministero, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni; quindi, con la collaborazione dell'Istat, procede all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia.

In questi anni il Sistema di Sorveglianza ha reso possibile seguire l'evoluzione del fenomeno dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno permesso l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute e per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento. Lo stesso Sistema di Sorveglianza ha consentito di verificare le ipotesi formulate per il ricorso all'IVG e l'efficacia dei programmi di prevenzione, quando applicati.

E' merito delle Regioni e dei Referenti regionali aver collaborato alla rilevazione, anche se per il 2010-2011 si sono osservati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12 in alcune Regioni (soprattutto Campania e Sicilia ma anche Abruzzo, Marche e Basilicata) per le quali è stato necessario integrare il dato con le informazioni raccolte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

L'importanza della rilevazione è dunque notevole e spetta alle Regioni adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG (come risulta dal confronto con altri Paesi), anche utilizzando a tal fine la consulenza tecnica messa a disposizione dalle istituzioni centrali (ISS, Ministero e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

Si ribadisce, inoltre, come già osservato per le precedenti annualità, la pratica impossibilità da parte delle Regioni di recuperare, controllare ed elaborare nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio) tutte le informazioni da inviare agli Organi centrali per la predisposizione della relazione ministeriale. Tuttavia, si evidenzia anche che l'Italia dispone e pubblica i dati sull'IVG in maniera più completa e tempestiva di molti altri Paesi europei.

La raccolta e la diffusione dei dati, di cui dà conto la presente relazione trova, com'è noto, la sua previsione nella legge n. 194 del 1978. E, se è indubbio che tale legge può essere considerata come la normativa fondamentale ed essenziale per ogni questione che riguardi l'interruzione volontaria della gravidanza, è tuttavia altrettanto vero come questa legge non possa essere considerata isolatamente ma – almeno e soprattutto per quanto concerne la sua

ratio ispiratrice e il suo complessivo contenuto sostanziale – anche in relazione a due atti che l’hanno preceduta.

Il primo, costituito dalla legge n. 405 del 1975 che, disciplinando i consultori familiari, espressamente indica, tra le loro finalità, quella di fornire “assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile”; “la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e da singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell’integrità fisica degli utenti”; “la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento”; “la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso”. Il consultorio, quindi, viene a costituire un autentico snodo non solo medico, ma anche “sociale” diffuso sul territorio, in cui trovare un punto di riferimento gratuito e aperto a tutti per ogni questione attinente (anche, ma non solo) alla propria vita procreativa.

Il secondo, costituito dalla sentenza n. 27 del 1975 della Corte costituzionale che, pronunciandosi sulla materia (era vigente la legislazione che sanzionava penalmente l’interruzione volontaria della gravidanza), la inquadra nel sistema costituzionale, individuando principi poi recepiti nella legge n. 194 e consolidatisi nella giurisprudenza successiva. Il diritto della donna in gravidanza e il diritto alla vita del concepito sono entrambi compresi, in linea generale, nella tutela costituzionale della protezione della maternità (articolo 31). La tutela del concepito e quella della madre trovano poi, altresì, separato e ulteriore fondamento in ulteriori disposizioni costituzionali: l’autonoma tutela del concepito, riconducibile all’articolo 2 che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo; quella della madre, nell’articolo 32 quale norma che ne tutela la propria salute psico-fisica. Inoltre, costituisce “obbligo del legislatore predisporre le cautele necessarie per impedire che l’aborto venga procurato senza seri accertamenti sulla realtà e gravità del danno o pericolo che potrebbe derivare alla madre dal proseguire della gestazione: e perciò la liceità dell’aborto deve essere ancorata ad una previa valutazione della sussistenza delle condizioni atte a giustificarla”.

Sulla base di tali precedenti è possibile comprendere meglio la portata della legge n. 194, là dove affianca al “diritto alla procreazione cosciente e responsabile”, “il valore sociale della maternità” e la tutela de “la vita umana fin dal suo inizio”, nella prospettiva, anzitutto, di fornire le più ampie forme di assistenza in quel particolare contesto nel quale viene a trovarsi la donna dinanzi all’ipotesi di interruzione della gravidanza.

In tale prospettiva, merita di essere ricordato e valorizzato il documento sull’ “aiuto alle donne in gravidanza e depressione *post-partum*” approvato in seduta plenaria dal Comitato nazionale di bioetica nel 2005, nel quale è ben presente l’assunto di principio secondo cui lo stato di gravidanza rappresenta una condizione che esige forme specifiche di aiuto in favore della donna, dato il valore umano della gestazione e l’impegno che esso richiede alla gestante. Il documento precisa che “l’aiuto alla donna in gravidanza esige profili di intervento diversi e complementari, che coinvolgono dimensioni educative, psicologiche, sanitarie e sociali”.

L’esperienza applicativa della legge n. 194 pone in evidenza come, dopo un iniziale aumento per la completa emersione dell’aborto dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220 e i 500 mila aborti l’anno, si sia potuta osservare una costante diminuzione dell’IVG nel nostro Paese.

Nel 2011 sono state effettuate 109.538 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 5,6% rispetto al dato definitivo del 2010 (115.981 casi) e un decremento del 53,3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all’IVG (234.801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l’indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all’IVG, nel 2011 è risultato pari a 7,8 per 1.000, con un decremento del 5,3% rispetto al 2010 (8,3 per 1.000) e un decremento del 54,7% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000). Il valore italiano è tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2010 è risultato pari a 4,5 per 1.000 (4,4 per 1.000 nel 2009), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 202,5 per 1.000 con un decremento del 2,8% rispetto al 2010 (208,3 per 1.000) e un decremento del 46,7% rispetto al 1982 (380,2 per 1.000).

L'analisi delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2010, conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2010 il 34,2% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato è pari a 130.546 nel 1996, 124.448 nel 1998, 113.656 nel 2000, 106.918 nel 2001, 104.403 nel 2002, 99.081 nel 2003, 101.392 nel 2004, 94.095 nel 2005, 90.587 nel 2006, 86.014 nel 2007, 81.756 nel 2008, 79.535 nel 2009, 76.948 nel 2010 con una riduzione del 3,3% rispetto al 2009 e del 41,31% rispetto al 1996, riduzioni maggiori di quelle che si osservano se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia.

Dalla fine del 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Ciò ha permesso di calcolare i tassi di abortività per le sole cittadine italiane e per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti dalle aree più povere del mondo (PFPM). Nel 2009 il tasso per le italiane è risultato pari a 6,9 per 1.000 per le cittadine italiane di età 15-49 anni, a 7,7 per 1.000 nelle cittadine di PSA e a 26,4 per 1.000 in quelle di PFPM, indicando che, nonostante la diminuzione negli anni, ancora quest'ultimo gruppo di donne ha livelli di abortività molto più elevati delle italiane.

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle donne straniere (un terzo di tutto il fenomeno nel 2010), nella presente relazione, grazie alla collaborazione con l'Istat, vengono riportate, per le variabili significative, le distribuzioni di frequenza per cittadinanza italiana e straniera, al fine di una più accurata descrizione del fenomeno.

Tuttavia, occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana e quindi vanno valutati con cautela.

In generale, nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

La maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, l'aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto al costante incremento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante.

Va, però, segnalato che negli ultimi 4 anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40'000 casi. Per approfondire la tematica, nel 2004 l'ISS ha condotto

un'indagine (i risultati sono stati pubblicati nel Rapporto ISTISAN 06/17) che mette bene in evidenza come anche per le straniere il ricorso all'aborto rappresenta nella maggioranza dei casi una *extrema ratio*, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per la procreazione responsabile, anche a causa delle scarse conoscenze generali sulla fisiologia della riproduzione e quelle specifiche riguardo l'impiego corretto di tali metodi. Le donne straniere presentano un quadro di conoscenze (scarse), di attitudini (buone) e di competenze pratiche (scarse) simile a quello riscontrato tra le donne italiane in analoghe indagini condotte dall'ISS nel 1982-83, cioè poco dopo l'introduzione della legge sull'IVG. Si conferma, quindi, che la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie è l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del fenomeno. L'attività di *counselling* necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo è più impegnativa nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso. I decrementi osservati recentemente anche tra le donne immigrate sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

Tuttavia, come si accennava, permane un maggior ricorso all'IVG da parte di queste donne rispetto alle italiane.

Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi. Ancora oggi, invece, barriere sociali, giuridiche, burocratico-amministrative, linguistiche, culturali ostacolano l'accesso e la fruibilità dei servizi e la loro offerta, oltre ad essere estremamente eterogenea, è spesso non "su misura" per questa popolazione. Si registrano ancora lacune formative ed informative sui bisogni di salute ed una scarsa flessibilità dei servizi e degli operatori ad adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza. In particolare, nella popolazione che abbiamo visto essere a maggior rischio di aborto, l'accesso ai servizi rappresenta spesso una criticità da affrontare e risolvere, in particolare puntando sulle potenzialità dei Consultori familiari, come peraltro sottolineato nella legge 194/78 e nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, in quanto servizi che si sono dimostrati nel tempo quelli a più diretto accesso e per questo motivo più utilizzati.

L'ultima stima del numero di aborti clandestini è quella riferita nella relazione dell'anno 2008, su dati 2005, pari a 15.000 casi, la maggior parte dei quali si riferivano all'Italia meridionale. Tale dato riguarda solo le donne italiane, non essendo possibile calcolarlo in modo affidabile per le donne straniere.

La stima di tale fenomeno, riferita all'anno 1983 era pari a circa 100.000 casi.

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 27,2%, valore simile a quello del 2006, 2007, 2008 e 2009 (27%). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 21,6% per le italiane e 38,0% per le straniere (21,9% e 38,2%, rispettivamente, nel 2009). È da tener presente che per le italiane il valore è costante da alcuni anni, e meno della metà di quanto ci si dovrebbe attendere (50%) nell'ipotesi di costanza, a trent'anni dalla legalizzazione dell'aborto, dei comportamenti riproduttivi e del rischio di gravidanza indesiderata, come stimato con modelli matematici dall'ISS. Anche questo dato conferma quindi la riduzione dell'incidenza dell'IVG nel nostro Paese. Inoltre la percentuale di aborti ripetuti riscontrato in Italia è tra le più basse a livello internazionale.

Un dato che è stato comunicato da alcune Regioni (ad esempio Campania, Molise e Basilicata) è la riduzione del numero di servizi che effettuano interruzione volontaria di gravidanza. A tal proposito, fermo restando l'autonomia organizzativa delle Regioni, si richiama al rispetto dell'art.9 della legge 194 che prevede in capo alla Regione il controllo e la garanzia dell'attuazione delle procedure.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo modeste variazioni.

La quasi totalità degli interventi ormai avviene in *day hospital* con degenze inferiori ad 1 giorno (92,1% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la

tecnica più utilizzata (83,2%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (86,5%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda D12/Istat, verrebbe registrata da alcuni operatori sotto la voce "anestesia generale" o sotto la voce "altro" (ad esempio nel Veneto). Risulta evidente che il ricorso all'anestesia generale non appare giustificato, soprattutto se si tiene conto che l'81,1% delle IVG viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Inoltre, un appropriato uso dell'anestesia locale, non necessitando questa degli esami diagnostici richiesti per l'anestesia generale e della presenza dell'anestesista, comporterebbe minor rischi per la salute della donna insieme ad una non trascurabile riduzione dei costi economici.

In tal senso, l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche è raccomandata.

Quanto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2010 del 3,4%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2,6%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0,8%, invariata rispetto agli ultimi anni.

Dall'anno 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico, in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente in altri Paesi e come indicato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali. Dal 2009 questo farmaco è in commercio in Italia. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non sarebbero stati disponibili fino al 2012 per il monitoraggio di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso di attivare, per un periodo temporaneo, una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati.

Dai dati trasmessi dalle Regioni risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3.836 casi (3,3% del totale delle IVG per il 2010) e 3.404 casi nel 1° semestre del 2011. L'uso è avvenuto nel 2010 in tutte le Regioni tranne Abruzzo e Calabria e nel 2011 non è stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute "*Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine: dati anno 2010 – I semestre 2011*" che verrà reso disponibile sul sito web del Ministero della Salute, nell'area tematica *Salute delle donne*, alla sezione *Interruzione Volontaria di Gravidanza*.

Questi dati mostrano che in Italia, è aumentato negli anni il ricorso al mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare da quando ne è stata autorizzata la commercializzazione (luglio 2009). Il ricorso all'aborto medico varia molto per Regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi sia per il numero di strutture interessate.

Non si sono evidenziate grandi differenze circa le caratteristiche socio-demografiche delle donne che vi hanno fatto ricorso, anche se in generale esse sono meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili rispetto a tutte le altre che hanno abortito nello stesso periodo. Nel 98,7% queste IVG sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato dalla regolamentazione italiana. Molte donne hanno richiesto la dimissione contro parere dopo la somministrazione di mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura.

Nel 96,1% dei casi non vi è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina nelle donne che avevano avviato la procedura dell'IVG farmacologica si è presentata nel 5,9 % dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92% dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è leggermente inferiore a quella riscontrata nel 2009 (59,1% nel 2010, rispetto al 59,3%) ed è aumentata la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16,7% nel 2010, rispetto al 15,8% nel 2009), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Nel 2010 si evince una stabilizzazione generale del fenomeno dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. Infatti, a livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58,7% del 2005, al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008, al 70,7% nel 2009 e al 69,3% nel 2010; per gli anestesisti, negli stessi anni, dal 45,7% al 50,8%. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38,6% nel 2005 al 44,7% nel 2010. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano principalmente al sud: 85,2% in Basilicata, 83,9% in Campania, 85,7% in Molise, 80,6% in Sicilia, come pure a Bolzano con l'81%. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di più di 75% in Molise e in Campania e 78,1% in Sicilia) e i più bassi in Toscana (27,7%) e in Valle d'Aosta (26,3%). Per il personale non medico i valori sono più bassi, con un massimo di 86,9% in Sicilia e 79,4% in Calabria.

In materia di obiezione di coscienza è da segnalare che il Comitato nazionale per la bioetica ha recentemente formulato un parere, nel quale ha riconosciuto che l'obiezione di coscienza è un diritto fondamentale della persona, costituzionalmente tutelato, e ha altresì affermato che la tutela dell'obiezione di coscienza "non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio di diritti riconosciuti per legge". Al riguardo il CNB, affinché l'obiezione di coscienza venga esercitata in modo sostenibile, raccomanda che la legge preveda, accanto alla tutela dell'obiezione di coscienza, "misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi", che la disciplina sia tale "da non discriminare né gli obiettori né i non obiettori e quindi non far gravare sugli uni o sugli altri, in via esclusiva, servizi particolarmente gravosi o poco qualificanti", nonché "la predisposizione di un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento (...) che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori". A queste considerazioni si aggiunga inoltre che può essere attentamente valutata l'opportunità di un coinvolgimento del personale obiettore di coscienza in attività di prevenzione dell'aborto, in maniera coerente con le convinzioni di coscienza manifestate.

Il ricorso al Consultorio familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (40,4%), specialmente al Sud e Isole, anche se in aumento, in gran parte per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (53,3% rispetto a 33,9% relativo alle italiane). Le cittadine straniere ricorrono più facilmente al Consultorio familiare in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza in alcune sedi della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato recentemente dalle Regioni, è stato 2.204 e 149 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel periodo 2006-2009, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20.000 abitanti). Come si può osservare da diversi anni, il loro numero è in continuo mutamento (generalmente in decremento) in considerazione del fatto che vengono talvolta comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Per un approfondimento sulla organizzazione e attività dei Consultori pubblici si rinvia al rapporto pubblicato sul portale del Ministero all'indirizzo:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf

Da tale rapporto si evince che nel tempo i consultori familiari non sono stati, nella maggior parte dei casi, potenziati né adeguatamente valorizzati. In diversi casi l'interesse intorno al loro operato è stato scarso ed ha avuto come conseguenza il mancato adeguamento delle risorse, della rete dei servizi, degli organici, delle sedi.

Si conferma, dunque, la necessità di una maggiore valorizzazione dei Consultori familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'ISS, riguardanti il

percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio e migliori esiti in seguito alle loro attività, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita (Rapporto Istisan 03/4 e Rapporto Istisan 11/12).

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi una *extrema ratio* e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicitata in tre diverse modalità, come già indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile emanato nell'anno 2000 ed in diverse occasioni nella presentazione di precedenti edizioni di questa Relazione al Parlamento sull'attuazione della legge.

Anzitutto, i programmi di promozione della procreazione responsabile adottati nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali. A questo proposito un'indagine condotta dall'ISS nell'anno 2009 su 2.978 puerpere ha mostrato che solo la metà di esse aveva ricevuto informazioni sulla procreazione responsabile durante il percorso nascita, dato simile a quello trovato in indagini precedenti. A fronte di una buona attitudine all'uso dei contraccettivi (il 69% delle straniere ha dichiarato di volerli usare alla ripresa dei rapporti), un terzo dice di aver bisogno di un consiglio per la scelta. L'importanza del colloquio con l'operatore è evidenziato anche dal fatto che il 20% dice che non userà metodi anticoncezionali perché non li conosce o ne ha paura (Rapporto Istisan 11/12).

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificata, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità, in applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, di implementare misure necessarie per il loro superamento, sostenendo le maternità difficili, e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità.

Circa quest'ultimo istituto normativo, la Corte costituzionale ne ha ben chiarito con la sentenza n. 425 del 2005 le finalità e le potenzialità, affermando: "La norma impugnata mira evidentemente a tutelare la gestante che – in situazioni particolarmente difficili dal punto di vista personale, economico o sociale – abbia deciso di non tenere con sé il bambino, offrendole la possibilità di partorire in una struttura sanitaria appropriata e di mantenere al contempo l'anonimato nella conseguente dichiarazione di nascita: e in tal modo intende – da un lato – assicurare che il parto avvenga in condizioni ottimali, sia per la madre che per il figlio, e – dall'altro – distogliere la donna da decisioni irreparabili, per quest'ultimo ben più gravi".

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'IVG, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto presso il consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto.

Si ribadisce quindi la necessità di una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui ritornare per il controllo post-IVG e per il *counselling* per la procreazione responsabile.

Circa le iniziative di prevenzione, è opportuno ricordare che il Ministero della Salute nell'anno 2010 ha promosso e finanziato, nell'ambito del programma CCM, un progetto sulla "Prevenzione delle IVG tra le donne straniere", che costituiscono il gruppo a maggior rischio di ricorrere all'IVG, come già in precedenza evidenziato. Il progetto, la cui conclusione è prevista entro la fine del 2012, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", e a cui hanno aderito 10 Regioni, si pone come obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate. Ad oggi è stato predisposto il pacchetto

formativo ed è stata conclusa la formazione dei “formatori” delle Regioni partecipanti al progetto con il fine di attivare una capillare formazione a cascata; è stato prodotto tutto il materiale utile alla comunicazione ed informazione che è stato quindi distribuito alle Regioni partecipanti affinché provvedano ad un suo appropriato utilizzo. Sono in fase di implementazione tutta una serie di attività per facilitare l’accesso ai servizi e prevenire gravidanze indesiderate.

Si è recentemente concluso anche il progetto “ *Analisi anatomo-clinica dei quadri malformativi fetali associati all’interruzione volontaria della gravidanza dopo il 90° giorno di gestazione*”, finanziato dal Ministero della salute e sviluppato e coordinato dall’Università degli Studi di Milano, nel quale è stata analizzata, in una popolazione campione di dimensioni (1.554 casi) e caratteristiche mai raccolta in Italia tratta da diverse aree del territorio nazionale, la corrispondenza diagnostica tra riscontri ecografici ed autoptici (riscontro diagnostico sul feto) delle patologie malformative alla base dell’interruzione volontaria di gravidanza dopo il 90° giorno di gravidanza. E’ stato preso in considerazione un campione di strutture ove, oltre alla presenza del servizio che effettuava l’IVG oltre i 90 giorni di gestazione fossero contemporaneamente presenti centri di anatomia patologica specializzati in autopsie fetoplacentari. Il risultato è stato di una importante corrispondenza tra quanto evidenziato all’esame ecografico e quanto poi osservato al riscontro diagnostico autoptico. La relazione finale del progetto è presente in versione integrale sul sito del CCM all’indirizzo:

http://www.ccm-network.it/studio-su-malformazioni-fetali-associate-a-Ivg-dopo-90-giorni-di-gestazione_2012

In conclusione, i dati evidenziano che nel nostro Paese prosegue la tendenza alla diminuzione del numero di IVG e quindi del tasso di abortività e che nella grande maggioranza dei casi il ricorso a questo intervento rappresenta l’ultima scelta, essendo stati tentati prima metodi per evitare gravidanze indesiderate. La riduzione percentuale di aborti ripetuti è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, poiché, se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, si sarebbero avute attualmente percentuali doppie rispetto a quelle osservate. La sostanziale riduzione dell’aborto clandestino e l’eliminazione della mortalità e morbilità materna ad esso associata si accompagnano con la riduzione dell’IVG, ottenuta anche grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all’aborto, secondo gli auspici della legge. La promozione della procreazione responsabile costituisce la modalità più importante per la prevenzione dell’aborto. Per conseguire tale obiettivo, è importante potenziare la rete dei consultori familiari, che costituiscono i servizi di gran lunga più competenti nell’attivazione di reti di sostegno per la maternità, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e con il privato sociale. Specifica attenzione dovrà anche essere posta verso i gruppi di donne straniere a maggior rischio di ricorso all’IVG con specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi.

Renato Balduzzi

DATI PRELIMINARI ANNO 2011

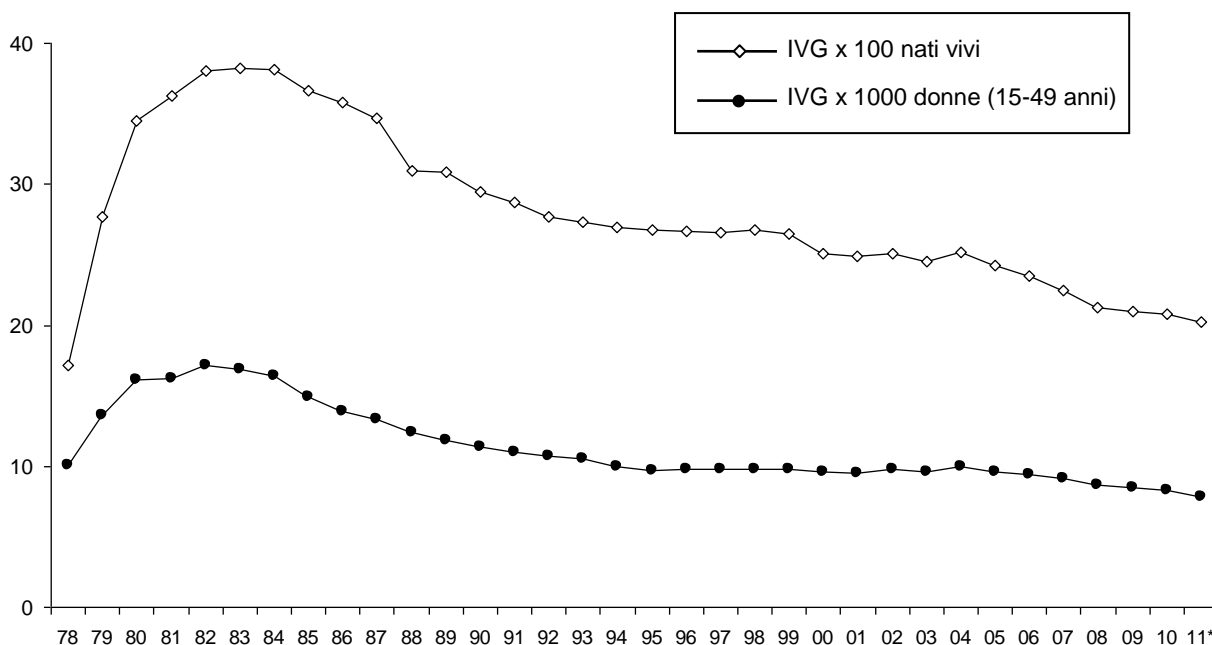
Per l'anno 2011 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 109'538 (Tab. A), con un decremento del 5.6% rispetto al dato definitivo del 2010 (115'981 IVG) e un decremento del 53.3% rispetto al 1982. Diminuzioni particolarmente elevate si osservano in Molise, Campania, Basilicata, che hanno riferito la chiusura di alcuni servizi che effettuano IVG. Si ricorda comunque che questi dati saranno controllati, ed eventualmente integrati, con le Schede di Dimissione Ospedaliera non appena saranno disponibili.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 7.8 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 5.3% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2010 (8.3 per 1000) e con una riduzione del 54.7% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (540'910) del 2011, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 202.5 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 2.8% rispetto al 2010 (208.3 per 1000) e un decremento del 46.7% rispetto al 1982.

L'andamento negli anni dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 nati vivi invece che 1000 per permettere di inserirlo nello stesso grafico) è illustrato in Figura 1.

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2011



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2011 - Valori assoluti: dati 2011 e confronti con il 2010

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2011	TOTALE 2010	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	13859	13582	12033	11675	51149	53311	-4.1
Piemonte	2503	2410	2449	2218	9580	9670	-0.9
Valle d'Aosta	72	69	58	62	261	242	7.9
Lombardia	5065	5001	4026	4001	18093	18959	-4.6
Bolzano	163	156	127	140	586	606	-3.3
Trento	258	204	216	191	869	909	-4.4
Veneto	1682	1729	1481	1463	6355	6728	-5.5
Friuli Venezia Giulia	478	460	445	471	1854	1970	-5.9
Liguria	865	855	837	780	3337	3455	-3.4
Emilia Romagna	2773	2698	2394	2349	10214	10772	-5.2
ITALIA CENTRALE	6490	6239	5619	5291	23639	24828	-4.8
Toscana	2081	1968	1700	1730	7479	7665	-2.4
Umbria	486	470	409	436	1801	1884	-4.4
Marche	621	589	557	513	2280	2409	-5.4
Lazio	3302	3212	2953	2612	12079	12870	-6.1
ITALIA MERIDIONALE	6842	6615	5751	5526	24734	27732	-10.8
Abruzzo	594	656	532	640	2422	2462	-1.6
Molise	126	117	108	106	457	575	-20.5
Campania	2568	2503	2124	2027	9222	11181	-17.5
Puglia	2617	2414	2153	1939	9123	9711	-6.1
Basilicata	148	154	142	140	584	688	-15.1
Calabria	789	771	692	674	2926	3115	-6.1
ITALIA INSULARE	2676	2635	2427	2278	10016	10110	-0.9
Sicilia	2076	2085	1899	1852	7912	7795	1.5
Sardegna	600	550	528	426	2104	2315	-9.1
ITALIA	29867	29071	25830	24770	109538	115981	-5.6

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2011 - Tassi di abortività: dati 2011 e confronti con il 2010

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2011	2010	
ITALIA SETTENTRIONALE	8.3	8.6	-4.1
Piemonte	9.9	9.9	-0.4
Valle d'Aosta	9.2	8.4	8.5
Lombardia	8.0	8.5	-4.9
Bolzano	4.9	5.1	-3.3
Trento	7.2	7.6	-4.6
Veneto	5.6	6.0	-5.3
Friuli Venezia Giulia	7.0	7.4	-5.3
Liguria	10.0	10.3	-3.0
Emilia Romagna	10.4	11.0	-5.5
ITALIA CENTRALE	8.7	9.1	-4.7
Toscana	9.1	9.3	-2.3
Umbria	8.9	9.3	-4.5
Marche	6.5	6.9	-5.1
Lazio	9.0	9.5	-6.1
ITALIA MERIDIONALE	7.2	8.0	-10.2
Abruzzo	7.9	7.9	-1.0
Molise	6.3	7.9	-19.7
Campania	6.3	7.7	-17.1
Puglia	9.3	9.8	-5.3
Basilicata	4.3	4.9	-13.8
Calabria	6.0	6.4	-5.3
ITALIA INSULARE	6.2	6.2	-0.1
Sicilia	6.5	6.4	2.2
Sardegna	5.3	5.8	-8.0
ITALIA	7.8	8.3	-5.3

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2011 - Rapporti di abortività: dati 2011 e confronti con il 2010

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2011	2010	
ITALIA SETTENTRIONALE	206.6	209.1	-1.2
Piemonte	257.9	258.1	0.0
Valle d'Aosta	225.6	209.2	7.9
Lombardia	194.1	197.2	-1.6
Bolzano	119.3	123.1	-3.1
Trento	166.9	169.5	-1.6
Veneto	139.8	143.0	-2.3
Friuli Venezia Giulia	203.4	208.0	-2.3
Liguria	292.5	294.3	-0.6
Emilia Romagna	255.5	258.8	-1.3
ITALIA CENTRALE	224.7	230.4	-2.4
Toscana	244.3	241.1	1.4
Umbria	269.4	252.1	6.9
Marche	168.3	175.6	-4.2
Lazio	222.3	234.9	-5.4
ITALIA MERIDIONALE	193.6	210.3	-7.9
Abruzzo	215.8	214.4	0.7
Molise	194.6	231.5	-15.9
Campania	161.4	189.1	-14.6
Puglia	260.3	270.2	-3.7
Basilicata	131.3	151.3	-13.2
Calabria	166.5	170.2	-2.2
ITALIA INSULARE	165.9	162.5	2.1
Sicilia	167.2	160.4	4.2
Sardegna	161.3	169.9	-5.0
ITALIA	202.5	208.3	-2.8

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2010

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2010 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Come accaduto lo scorso anno, per avere i dati completi di 5 regioni (Marche, Abruzzo, Campania, Basilicata e Sicilia) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12 Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). In totale sono state notificate 115'981 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 8.3 per 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 208.3 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 8.0 per 1000 per le sole donne residenti, cioè, togliendo dal totale delle IVG quelle relative a donne non residenti in Italia (non comprese nel denominatore del tasso), che ammontano a 4234 unità, avendo aggiunto la quota attribuibile a tale condizione del totale delle IVG per le quali non è conosciuta la residenza. Considerando trascurabile il numero di nati da donne non residenti e apportando un'analogia correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 200.7. Tenendo conto che nel 2009 le IVG di donne non residenti ammontavano a 5214 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività risultavano 8.1 e 200.8 con una variazione percentuale rispetto al 2010 pari a -1.2% e -0.05% rispettivamente.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982 e la figura 1 riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2010.

Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo crescente di queste donne al fenomeno dell'IVG.

1.1 Valori assoluti

Nel 2010 si è registrato un decremento delle IVG del 2.2% rispetto al 2009; il 34.2% è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2009 la percentuale era stata 33.4%). Le IVG effettuate nel 2010 da cittadine italiane (76'948, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 3.3% rispetto al 2009 (da tener conto che la popolazione in età feconda è diminuita di 29'220 unità).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2010 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2010

	1983	1991	2009	2010	VARIAZIONE %	
					2010/2009	2010/1983
NORD	105430	67619	53958	53311	-1.2	-49.4
CENTRO	52423	34178	25487	24828	-2.6	-52.6
SUD	57441	44353	28839	27732	-3.8	-51.7
ISOLE	18682	14344	10295	10110	-1.8	-45.9
ITALIA	233976	160494	118579	115981	-2.2	-50.4

Per aree geografiche (Tabelle 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 53'311 IVG con un decremento dell'1.2% rispetto al 2009, nell'Italia Centrale 24'828 IVG con un decremento del 2.6%, nell'Italia Meridionale 27'732 IVG con un decremento del 3.8% e nell'Italia Insulare si sono avute 10110 IVG con un decremento dell'1.8%.

Per quanto riguarda l'abortività clandestina pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, nel 2008 è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima ottenuta di 15'000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia meridionale, riguarda solo le donne italiane in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100'000 casi nel 1983).

1.2 Tasso di abortività

Nel 2010, il tasso di abortività, raccomandato dall'OMS come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 8.3 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 2.0% rispetto al 2009 (Tab. 2). Circa il tasso di abortività effettivo, ottenuto cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, esso risulta pari a 8.0 per 1000, con un decremento dell'1.2% rispetto all'equivalente valore per il 2009, pari a 8.1 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2010 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2010

	1983	1991	2009	2010	VARIAZIONE* %	
					2010/2009	2010/1983
NORD	16.8	10.6	8.7	8.6	-1.3	-48.8
CENTRO	19.8	12.4	9.4	9.1	-2.7	-54.0
SUD	17.3	12.1	8.3	8.0	-3.3	-53.6
ISOLE	11.7	8.1	6.3	6.2	-1.1	-46.7
ITALIA	16.9	11.0	8.5	8.3	-2.0	-51.0

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Nella tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale, mentre la figura 2 presenta i valori regionali per il 2010. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2010 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana ed Emilia Romagna.

Figura 2 – Tassi di abortività – 2010

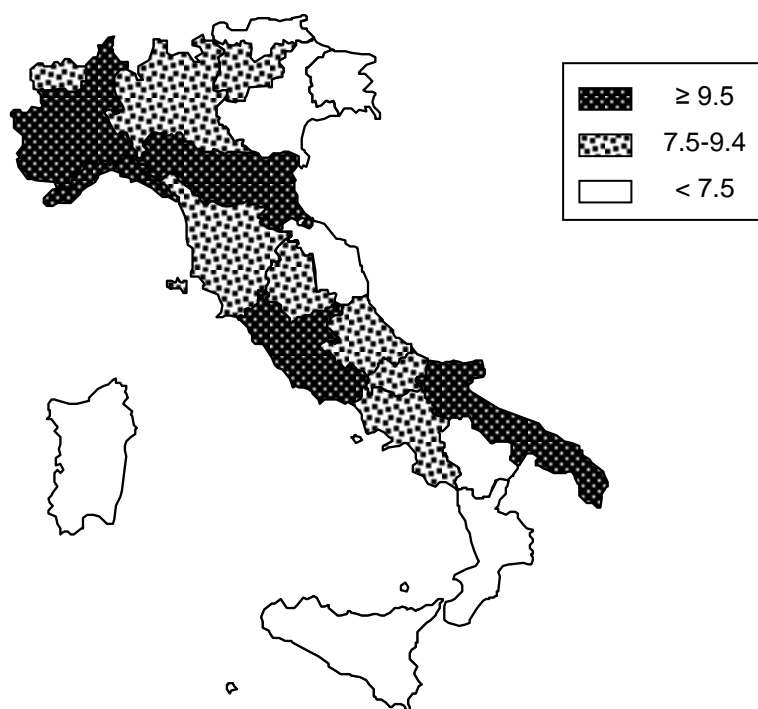
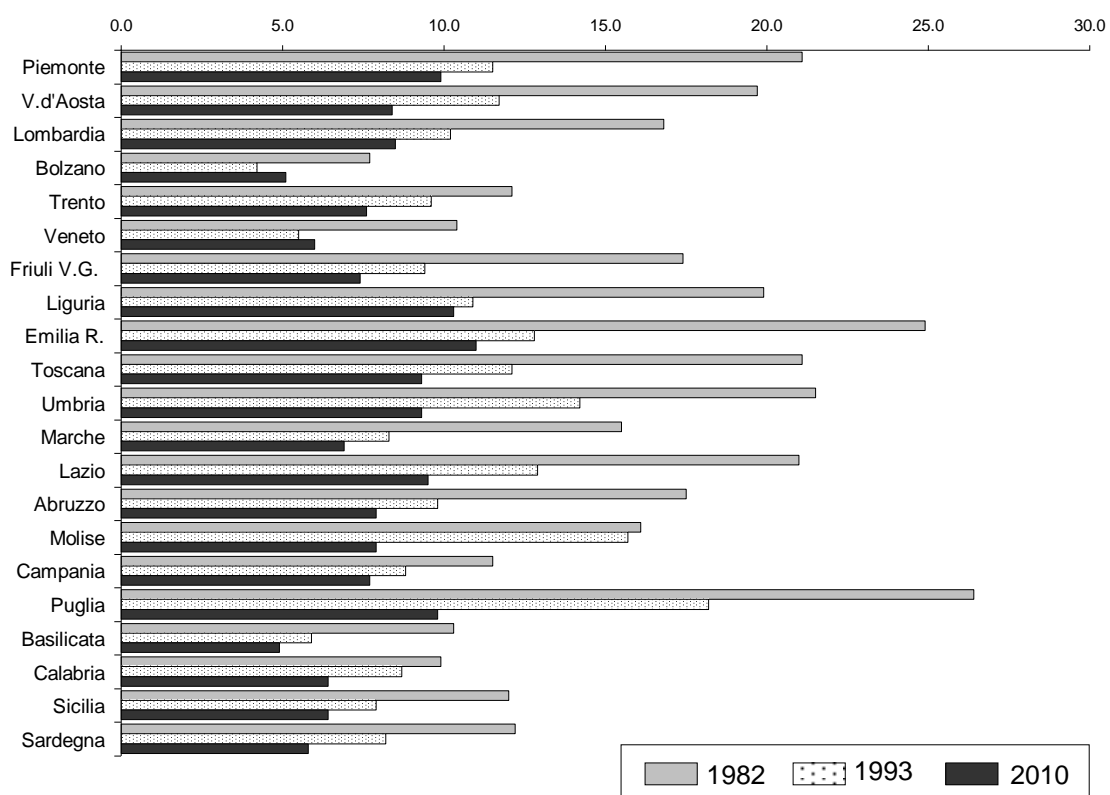
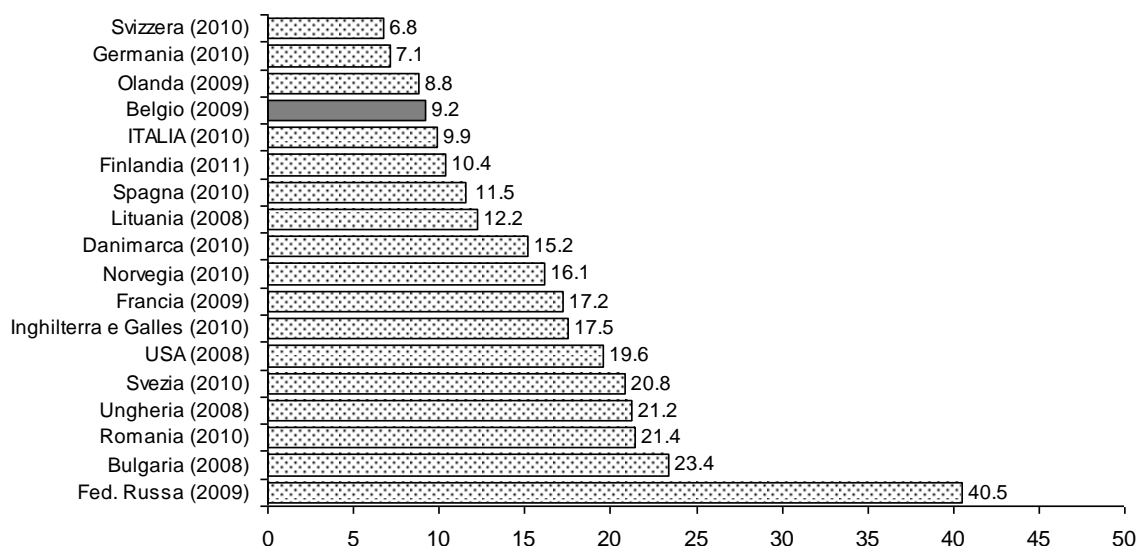


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2010



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 4 il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore, ed è risultato 9.9 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

Figura 4 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2008-2010



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2011

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2010 si sono avute 208.3 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento dello 0.8% rispetto al 2009 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2010, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2010

	1983	1991	2009	2010	VARIAZIONE %	
					2010/2009	2010/1983
NORD	484.2	327.1	207.5	209.1	0.8	-56.8
CENTRO	515.2	356.1	235.4	230.4	-2.1	-55.3
SUD	283.8	253.0	215.9	210.3	-2.6	-25.9
ISOLE	205.3	176.1	164.3	162.5	-1.1	-20.8
ITALIA	381.7	286.9	210.0	208.3	-0.8	-45.4

Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati, entrambe condizionate dall'aumentata presenza delle cittadine straniere e comprese le non residenti che non compaiono con il loro contributo a denominatore ma solo a numeratore, e nell'interpretazione bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività regionali.

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

I diversi trend in diminuzione dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, nell'ultimo decennio si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore, in generale, e oltre quattro volte per le più giovani. Questo spiega sia l'aumento del tasso di abortività per le donne di età inferiore a 25 anni, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. Quindi è necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli anni. In particolare va evitato l'errore tecnico di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione, in quanto la valutazione della tendenza può essere effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (Fonti: Sveriges Officiella Statistik: Aborter 2010; Zdravotnickà statistica: abortion 2010; Office Fédéral de la Statistique OFS: Actualites OFS. Statistiques des interruptions de grossesse 2010; Department of Health, Government Statistical Service. Abortion Statistics, England and Wales: 2010. Statistical Bulletin, May 2011; THL/SVT Tilastorapportit/FOS Statistikrapport/OFS Statistical report 32/2011; Folkehelseinstituttet: Rapport om svangerskapsavburudd for 2010; The Alan Guttmacher Institute, Latest statistics, disponibile all'indirizzo: <http://www.guttmacher.org>; Johnstons archive, disponibile all'indirizzo: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>; Aldersrelaterede og generel abortkvotienter samt antal aborter 1974-2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.sexogsamfund.dk>).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2010 (Tab. 6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella degli ultimi anni. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali, perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età delle relative popolazioni residenti. Infatti, poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti, eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7 si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile a livello regionale non sono molto diverse.

Probabilmente la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'essere, questi, indicatori viziati dall'aver al numeratore le IVG effettuate nella Regione (quindi anche da donne provenienti da altre Regioni) e al denominatore le donne in età feconda residenti in Regione (alcune delle quali potrebbero essere andate ad abortire altrove). Inoltre i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età e in alcuni casi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in diversa Regione da quella di residenza e ciò riguarda le classi di età più giovani. I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati provvisori dell'Istat, sono riportati in tabella 29. Le variazioni rispetto ai valori calcolati per la regione dove avviene l'IVG non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi. C'è da considerare che questi valori però risentono della mancanza di quei dati che alcune regioni non riescono a fornire entro i tempi utili per la stesura della Relazione del Ministro della Salute.

Per tali motivi nell'analisi presentata in questo rapporto viene utilizzato il tasso grezzo per regione di intervento.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2010 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

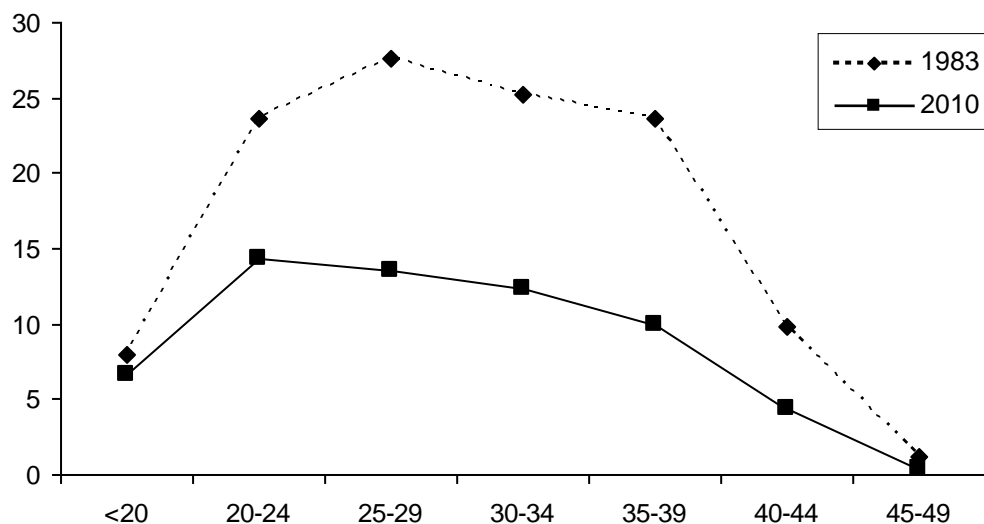
Tassi di abortività per età, 1983-2010

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2009	2010	2010/2009	2010/1983
< 20	8.0	5.5	6.9	6.7	-2.8	-16.8
20-24	23.6	13.4	14.3	14.0	-2.4	-40.8
25-29	27.6	15.7	13.8	13.6	-1.2	-50.8
30-34	25.2	17.1	12.4	12.3	-0.7	-51.3
35-39	23.6	15.1	10.0	9.9	-0.4	-58.0
40-44	9.8	7.2	4.3	4.4	0.7	-55.5
45-49	1.2	0.9	0.5	0.4	-2.2	-63.3

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni e tra 20-24 anni, andamento in parte dovuto al maggior contributo in queste classi di età delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortività (Fig. 5). Anche nel 2010 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2009 in tutte le classi di età, tranne la 40-44 anni dove vi è un minimo aumento (+0.7%).

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2010



L'analisi per ripartizione geografica riflette anche il differente effetto del contributo delle straniere, in quanto la loro presenza non è omogenea su tutto il territorio nazionale.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella degli altri paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano al di sotto dei 25 anni, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni. Come mostrato nella tabella seguente tali differenze si vanno riducendo nel corso degli anni.

Tassi di abortività per età, confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2010)	6.7	14.0	13.6	12.3	9.9	4.4
	(2009)	6.9	14.3	13.8	12.4	10.0	4.3
	(2004)	7.9	16.4	15.8	13.8	10.9	5.0
	(1997)	6.7	13.5	13.9	13.7	12.3	5.8
DANIMARCA	(2010)	15.0	25.6	19.5	17.1	13.0	5.3
FINLANDIA	(2010)	12.1	17.0	13.0	9.8	7.7	3.0
FRANCIA	(2009)	15.2	26.7	23.4	18.8	13.6	5.8
GERMANIA	(2008)	5.0	11.5	10.5	8.9	6.0	2.3
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	23.0	30.2	22.5	16.5	9.5	4.0
NORVEGIA	(2010)	14.1	29.2	23.2	16.9	11.7	4.4
REPUBBLICA CECA	(2010)	6.9	12.7	13.1	13.2	12.0	5.3
SPAGNA	(2010)	12.7	19.8	16.3	12.1	8.3	3.5
SVEZIA	(2010)	20.9	33.3	26.7	21.5	16.3	7.9
SVIZZERA	(2010)	4.5	10.7	9.6	8.3	5.8	2.5
UNGHERIA	(2006)	17.4	27.8	28.0	26.8	21.0	4.2
USA	(2010)	19.8	39.9	28.6	17.1	9.5	3.2

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2010 è risultato essere pari a 4.5 per 1000 (Tab. 5), valore simile a quello degli anni precedenti. Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG riguardanti donne di età inferiore ai 18 anni italiane e straniere, la percentuale sul totale delle IVG effettuate dal 2000 al 2010 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2010

Anno	N. IVG donne età <18 anni		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2.7	4.1
2001	3565	227	2.7	4.1
2002	3446	306	2.9	4.7
2003	3556	428	2.8	4.5
2004	3840	526	3.0	5.0
2005	3441	605	3.0	4.8
2006	3512	608	3.2	4.9
2007	3463	637	3.3	4.8
2008	3451	624	3.4	4.8
2009	3127	592	3.2	4.4
2010	3091	626	4.2	4.5

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2010 si può osservare una leggera diminuzione nel numero per le italiane e un leggero aumento per le straniere, con un valore simile a quello osservato nel 2007 e 2008. L'incremento osservato negli anni del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro Paese.

In generale, il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.3% di tutte le IVG nel 2010) con un tasso inferiore a 5.0 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenni (8.5 per 1000).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 70.8% dei casi dai genitori e nel 27.0% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Le fluttuazioni delle percentuali tra le Regioni possono anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati).

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio di legalizzazione in cui prevaleva nettamente il contributo della condizione di coniugata, si è osservata negli ultimi anni una tendenza alla parificazione della distribuzione percentuale tra le due condizioni, confermata nel 2010 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (49.3% rispetto a 43.8%) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto alla più modesta riduzione tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2009, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.8 nel 2009) e una minor diminuzione seguita da un aumento e successiva diminuzione tra le nubili negli stessi anni (da 11.5, a 8.7, a 10.1 e 8.5).

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche il sempre più importante contributo delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, anche se solo in parte, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2010, che confermano la ancora persistente maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari, rispetto a quelle centro-settentrionali (Tab. 8). Sono di seguito riportate le distribuzioni per stato civile e cittadinanza nelle quattro ripartizioni geografiche.

IVG (%) per stato civile, cittadinanza e area geografica, 2010

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	35.0	49.2	8.5	6.4	56.4	44.4
CENTRO	34.5	47.2	7.6	6.1	57.8	46.7
SUD	52.7	48.5	5.3	7.9	42.0	43.6
ISOLE	45.7	49.1	5.6	5.8	48.7	45.1
ITALIA	41.2	48.6	7.1	6.4	51.7	44.9

Elaborazioni su dati Istat - * separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2010 le percentuali di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane in tutte le aree geografiche tranne al Sud, dove le coniugate tra le italiane superano il 52%.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono inferiori di quelli dell'Europa occidentale, anche se c'è un avvicinamento nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

IVG(%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2010)	43.8	56.2
	(2009)	44.6	55.4
	(2004)	46.8	53.2
	(1997)	54.4	45.6
GERMANIA	(2010)	39.5	60.5
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	15.9	84.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2010)	39.1	60.9
SPAGNA	(2010)	23.6	75.6
SVIZZERA	(2010)	31.4	68.5
UNGHERIA	(2006)	37.9	62.1
USA	(2008)	14.8	85.2

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne per titolo di studio che hanno effettuato l'IVG nel 2010 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (44.2%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione, con una riduzione maggiore del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore (come discusso ampiamente nella relazione presentata nel 2003): i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre l'altro fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2010 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2010

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.0	10.4	38.6	49.3	48.6	34.3	10.9	5.9
CENTRO	2.1	8.6	34.5	45.7	50.1	39.5	13.2	6.2
SUD	5.5	21.4	47.6	44.8	40.3	30.0	6.6	3.8
ISOLE	4.1	19.1	51.5	57.3	38.8	21.1	5.6	2.6
ITALIA	3.3	11.4	41.7	48.2	45.5	34.7	9.6	5.6

Elaborazioni su dati Istat

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 47.2% delle donne che hanno abortito nel 2010 risulta occupata, il 24.6% casalinga, il 10.7% studentessa.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile della popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

IVG (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica, 2010

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	62.0	45.4	13.8	24.9	11.9	24.3	12.3	5.5
CENTRO	54.1	47.3	13.3	21.2	16.0	26.2	16.5	5.2
SUD	32.7	40.1	14.2	24.9	38.6	31.9	14.5	3.1
ISOLE	28.1	40.0	18.1	25.2	38.7	30.5	15.0	4.3
ITALIA	48.5	45.1	14.3	24.0	23.1	25.8	14.1	5.1

Elaborazioni su dati Istat

Anche in questo caso si rimanda ai dati analizzati nel 2003 per una valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una maggiore riduzione del ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe.

2.5 Residenza

Nel 2010 l'89.7% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'86.1% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre Regioni maggiore o uguale al 10%, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano al Nord, in Umbria e Marche al Centro e in Abruzzo, Molise, Puglia e Basilicata al Sud. È necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella Regione considerata che vanno ad abortire in altre Regioni) per avere un quadro più completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: presenta un flusso in entrata pari al 12.6% ma ha anche un consistente flusso in uscita (318 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è molto più elevato di quello per Regione di intervento (6.84 per 1000 rispetto a 4.55), come è riportato in tabella 29, in cui sono posti a confronto i due indicatori. Da tale tabella si ha una più corretta informazione dei tassi di abortività per Regione in quanto si tiene conto della mobilità in entrata e in uscita.

Infatti, nella Tabella 29, utilizzando i dati provvisori Istat, vengono riportate le IVG effettuate in ogni singola Regione e quelle effettuate da donne residenti nella stessa Regione (che hanno abortito nella propria Regione di residenza o in altra Regione). Quest'ultimo valore permette di calcolare il tasso di abortività per Regione di residenza che più correttamente descrive il rischio di abortività per Regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto (per regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per regione di intervento). Dalla tabella risulta evidente che in alcune Regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Queste ultime sono quelle in cui si registrano maggiori difficoltà nell'applicazione della legge, con il conseguente flusso emigratorio verso altre Regioni.

In questa valutazione c'è comunque da tener sempre presente che possono esistere spostamenti di convenienza per vicinanza dei servizi o migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università). L'altra limitazione nell'utilizzo dei dati per regione di residenza è l'impossibilità di ottenere in tempi rapidi e utili per la relazione del Ministro della Salute l'informazione completa da tutte le regioni.

Va infine segnalata la presenza, via via crescente, di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese perché nella gran parte dei casi attualmente domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è aumentato da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000 e 4234 nel 2010 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i

contributi delle singole Regioni). Le Regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione immigrata.

2.6 Cittadinanza

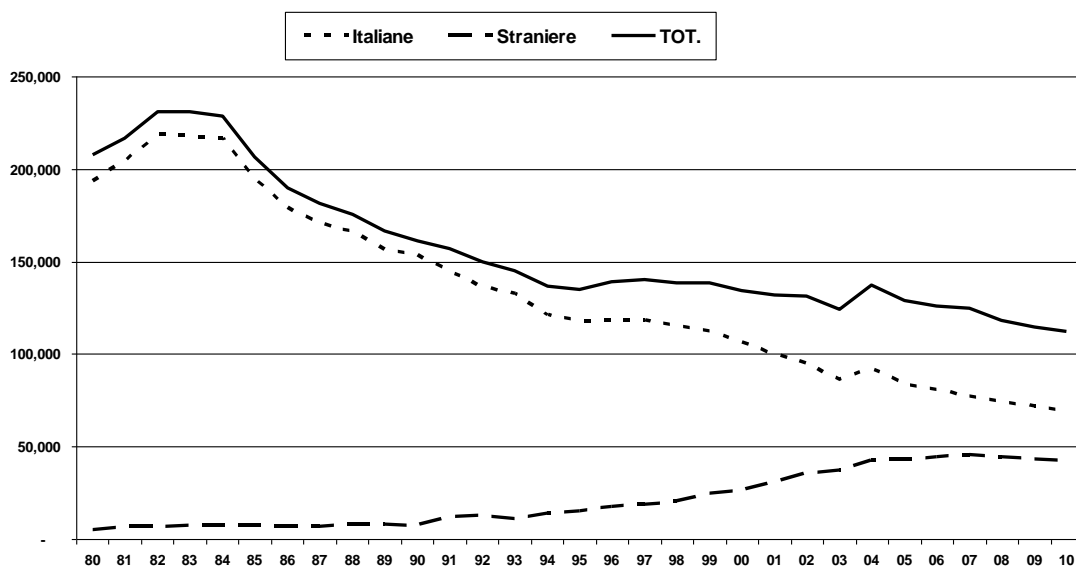
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11'978 nel 1997, 13'904 nel 1998, 18'915 nel 1999, 21'477 nel 2000, 25'316 nel 2001, 29'703 nel 2002, 33'097 nel 2003, 36'731 nel 2004, 37'973 nel 2005, 39'436 nel 2006, 40'224 nel 2007, 38'843 nel 2008, 38'309 nel 2009 e 38'331 nel 2010. A partire dal 2007 si è osservata quindi una stabilizzazione del valore assoluto delle IVG delle cittadine straniere. Tra le 38'331 IVG effettuate da cittadine straniere nel 2010 sono comunque comprese le suddette 4234 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2010, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124'448 nel 1998, a 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005, 90'587 nel 2006, 86'014 nel 2007, 81'753 nel 2008, 79'535 nel 2009 e 76'948 nel 2010, avendo incorporato per gli ultimi sei anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza del fenomeno), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 76'948, con un decremento percentuale del 67.2%.

Nel 2010 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 34.2% del dato nazionale. La popolazione immigrata è soprattutto presente nelle Regioni del Centro Nord e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 6). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione delle IVG delle donne italiane ed un incremento con una tendenza alla stabilità negli ultimi anni di quelle effettuate da donne straniere.

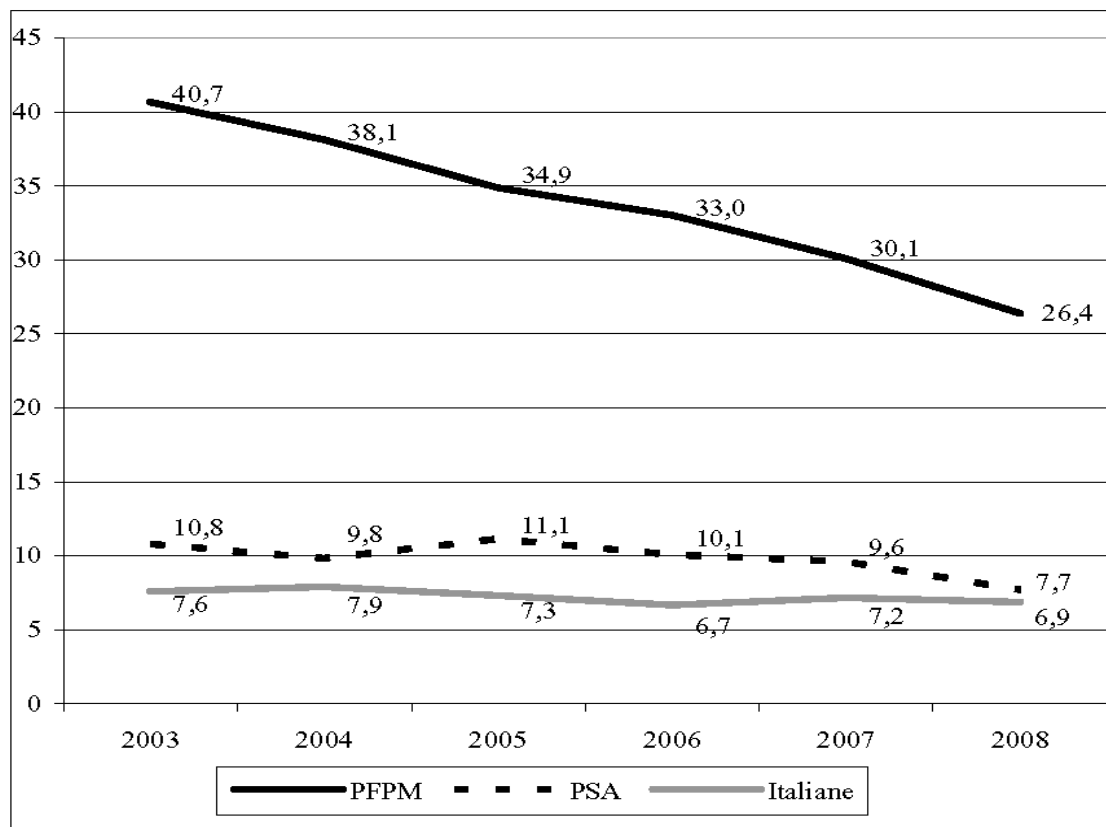
Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2010



Elaborazioni su dati Istat

Da fine 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Ciò ha permesso di calcolare anche i tassi di abortività per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente.

Figura 7 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2008



Fonte: Istat

È interessante osservare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM sono 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2008 tale rapporto risulta uguale a 3.8. Per le donne PSA tali valori risultano rispettivamente uguali a 1.4 e 1.1, quindi, quasi si equivalgono a quelli delle italiane.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2009, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2009

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	5,6	21,5
20-24	9,6	44,1
25-29	9,2	35,4
30-34	9,0	30,8
35-39	7,8	24,7
40-44	3,6	10,4
45-49	0,4	0,9
18-49 standardizzato	6,6	24,1

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 3-4 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni, sia per le italiane che per le straniere. Con riferimento a questa classe di età i tassi delle straniere arrivano a quasi il 45 per 1'000: 4,6 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3,7).

Si ricorda che in un'indagine multicentrica del 2004 sul ricorso all'IVG tra le donne straniere, coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio (Rapporto ISTISAN 06/17), è risultato che in generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

Le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane. Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico o da un servizio IVG. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

Lo studio evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di counselling sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. E' necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il counselling sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test e in occasione di assistenza al percorso nascita, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane.

A seguito di questi risultati e dell'aumento del contributo delle donne straniere al fenomeno dell'IVG, nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Al progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, partecipano 10 regioni e si pone i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci

interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate.

I decrementi osservati recentemente anche tra le donne immigrate sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

2.7 Anamnesi ostetrica

Come già si è accennato nei paragrafi precedenti, la conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno e la sua evoluzione nel tempo.

Va rilevato un potenziale problema di qualità dei dati per il possibile errore compiuto da chi compila il modello D12 di non inserire alcun valore per le voci corrispondenti alla storia riproduttiva quando è in tutto o in parte negativa (zero nati vivi, aborti spontanei e aborti volontari) invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si è costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra Regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati che, nel caso siano di entità non trascurabile (>5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva. Nei dati 2010 un caso a parte sono i dati delle Marche, dell'Abruzzo, della Campania, della Basilicata e della Sicilia, dove non si tratta di informazione non rilevata ma di schede recuperate attraverso le SDO. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare anche questa parte del modello D12 e ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture dove ciò si verifica.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna. Il 59.4% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 35.6% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente). Si tratta di un esempio evidente di come si modifica una distribuzione percentuale per modalità di parità quando nel tempo l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) dei tassi specifici di abortività per parità è diversa: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2010, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2010

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	46.2	30.7	23.9	30.6	23.0	27.3	6.9	11.4
CENTRO	54.0	36.1	19.7	29.1	20.5	25.5	5.8	9.2
SUD	37.5	27.1	17.3	31.3	31.0	28.5	14.2	13.1
ISOLE	40.5	28.7	19.7	31.3	27.1	28.1	12.7	11.9
ITALIA	44.6	31.6	20.7	30.3	25.3	27.0	9.4	11.1

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2010 avevano uno o più nati vivi il 53.8% al Nord, il 46.0% al Centro, il 62.5% al Sud e il 59.5% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 69.3%, 63.8%, 72.9% e 71.3%. Quindi tra le donne straniere

che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che l'informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12 dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia "figli" per il confronto con gli anni precedenti. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli. Questo andamento è in parte dovuto a un aumento della percentuale di queste donne nella popolazione italiana e in parte alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli.

IVG (%) per parità, 1983-2010

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
1987	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
1991	35.1	19.5	29.3	11.4	4.8
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2007*	42.0	23.1	25.3	7.4	2.2
2008*	41.4	23.4	25.6	7.5	2.2
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3

* Nati vivi

Il confronto con altri Paesi, presentato nella seguente tabella, mostra per l'Italia percentuali simili agli altri Paesi.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2010) *	40.6	59.4
	(2009) *	41.0	59.0
GERMANIA	(2010)	40.3	59.7
INGHILTERRA E GALLES	(2009)	50.2	49.8
OLANDA	(2010)	50.3	49.7
SPAGNA	(2010)	46.2	53.8
SVEZIA	(2010)	53.0	47.0
UNGHERIA	(2006)	27.1	72.9
USA	(2010)	39.1	61.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2010, l'88.0% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore, simile a quello rilevato nell'ultimo decennio, conferma l'assettamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2010

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2008	88.5	9.3	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2010 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2010

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2008	18.8	5.4	1.7	1.0	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo quasi 30 anni dalla legalizzazione una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso. Il leggero incremento dei valori osservati negli ultimi anni è conseguenza del contributo delle immigrate che hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane, come indicato nel capitolo sulla cittadinanza. È confortante che le straniere, che sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2009

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2009	2010
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.3	26.9	26.9	27.0	27.2
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.6	44.7	44.7	44.7

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338.)

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che il leggero aumento osservato negli ultimi anni, dopo una stabilizzazione è da imputare al sempre maggior contributo delle cittadine straniere che, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (38.0% rispetto a 21.6%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2010

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.2	25.3	3.1	8.3	1.1	4.3	20.4	37.9
CENTRO	14.6	23.9	3.1	9.1	1.1	5.7	18.8	38.7
SUD	18.7	23.0	5.6	10.6	3.0	6.5	27.3	40.1
ISOLE	11.9	18.2	2.6	6.3	1.2	4.9	15.7	29.4
ITALIA	16.2	24.4	3.8	8.7	1.6	4.9	21.6	38.0

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2010 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 27.3%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Piemonte (30.7%); al Centro, in Toscana (28.7%); al Sud, in Puglia (35.0%).

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano è comunque tra i più bassi a livello internazionale.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI					
		0	1	2	3 o più	≥1	
ITALIA	(2010)	72.8	19.0	5.4	1.7	26.1	
	(2009)	73.0	18.9	5.3	2.7	26.9	
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1	
FINLANDIA	(2010)	62.5	24.0	8.2	5.4	37.6	
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	66.0	26.0	6.0	2.0	34.0	
OLANDA	(2010)	67.2	22.6	6.7	3.2	33.1	
SPAGNA	(2010)	65.2	23.8	6.7	3.6	33.8	
SVEZIA	(2010)	59.8	25.5	9.5	5.2	40.2	
UNGHERIA	(2006)	50.3	26.6	11.8	11.2	49.7	
USA	(2004)	53.4	26.8	<--	19.8	-->	46.6

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importate conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (escludendo il contributo delle straniere), e la spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Impropriamente si è sempre usato il termine certificazione, dalla dizione del modello D12, per il documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia. Nel documento (Art.5 della legge 194/78) si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni. Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Si rilascia un certificato anche in caso di interruzione di gravidanza oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2010 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (40.4%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Piemonte (64.4%), in Emilia Romagna (61.1%), in Umbria (52.3%), in Toscana (50.9%) e nel Lazio (46.7%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

Dalla tabella seguente si identificano notevoli differenze per area geografica e per cittadinanza:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2010

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	43.5	60.1	29.4	17.3	25.5	21.1	1.6	1.4
CENTRO	44.6	52.8	22.7	15.6	25.4	25.5	7.2	6.2
SUD	20.3	26.7	37.0	27.7	40.5	43.8	2.2	1.7
ISOLE	14.0	25.3	29.7	21.2	54.8	52.7	1.4	0.9
ITALIA	33.9	53.3	30.3	18.1	32.9	25.9	2.9	2.6

Elaborazioni su dati Istat

Da poco meno di un decennio si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2010

	Medico di fiducia	Servizio Ost. Ginec.	Consultorio	Altro
1983	52.9	21.4	24.2	1.4
1987	52.4	25.7	20.0	1.9
1991	47.8	29.1	21.4	1.7
1995	45.5	29.1	23.5	1.9
1999	38.6	31.0	28.7	1.7
2000	36.0	32.2	30.1	1.7
2004	32.2	30.8	35.1	1.8
2007	27.7	33.0	37.2	2.2
2008	27.4	32.4	38.2	1.9
2009	27.5	31.2	39.4	1.9
2010	26.0	30.9	40.4	2.6

Il maggior ricorso al consultorio familiare e il suo ruolo nella prevenzione dell'IVG possono essere favoriti dalla piena integrazione, nel modello dipartimentale (come raccomandato dal POMI e dalle leggi di riferimento), dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

Nel 2010 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore stabile dal 2006, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2204 consultori familiari censiti nel 2010 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud, e ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, riducono il ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta.

3.2 Urgenza

Nel 2010 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 9.7% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte e superiori all'11% si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (18.8%), in Emilia Romagna (15.1%) e in Campania (11.3%) e da quest'anno anche in Sardegna (12.2%) e in Piemonte (11.3%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 9.5% al Nord, 12.7% al Centro, 9.0% al Sud e 5.1% nelle Isole. Non si registrano significative variazioni negli ultimi anni.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione (Tab. 19) mostra il 40.4% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 15.6% a 11-12 settimane e il 3.4% dopo la 12esima settimana, con un leggero aumento rispetto al 2009 degli interventi precoci (<9 settimane) e oltre le 12 settimane. L'aumento della percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali può essere in parte dovuto all'incremento dell'utilizzo come tecnica abortiva del Mifepristone e prostaglandine, che viene utilizzata prevalentemente a epoca gestazionale precoce.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla

tabella seguente, infatti, 20.5% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 12.9% tra quelle delle italiane.

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10^a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2010

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	38.7	32.1	39.6	44.0	15.9	21.9	5.8	2.0
CENTRO	39.3	26.9	42.0	47.8	14.1	21.3	4.6	1.3
SUD	58.7	47.3	31.3	39.5	8.1	12.7	1.8	0.5
ISOLE	37.0	34.2	47.3	50.6	12.2	14.3	3.5	0.9
ITALIA	44.4	33.2	38.5	44.7	12.9	20.5	4.2	1.6

Elaborazioni su dati Istat

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano nella gran parte dei casi gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili. Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2010 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane, per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetali. Si sottolinea anche la diversità per area geografica che potrebbe essere giustificata da una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni nel Nord e Centro Italia.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regioni, nel 2010, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	3.6	Marche	4.8
V. Aosta	3.5	Lazio	3.5
Lombardia	3.9	Abruzzo	1.7
Bolzano	8.9	Molise	1.6
Trento	3.7	Campania	0.5
Veneto	6.2	Puglia	2.1
Friuli V.G.	6.2	Basilicata	5.9
Liguria	3.7	Calabria	2.9
Emilia Romagna	3.6	Sicilia	2.3
Toscana	2.8	Sardegna	6.4
Umbria	1.7		
		ITALIA	3.4

Si ricorda che in ogni caso si tratta di distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel

tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra Regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi tali aspetti. La seguente tabella riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2010)	115981	9.9	3.4
	(2009)	118579	10.1	2.9
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	13.0	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2010)	110431	7.1	2.3
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	189574	17.5	8.9
NORVEGIA	(2010)	15735	16.1	4.2
OLANDA	(2010)	28000	8.7	17.2
REPUBBLICA CECA	(2010)	23998	9.5	3.7
SPAGNA	(2010)	113031	11.5	11.5
SVEZIA	(2010)	37693	20.9	6.4
SVIZZERA	(2010)	10641	6.8	4.0
USA	(2008)	1212350	19.6	12.9

* il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un effetto raro di ritardo di ricorso ai servizi, come avviene in generale per le donne di cittadinanza straniera, oppure al peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze volute, interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Nel 2010 è leggermente inferiore la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (59.1%, Tab. 21), rispetto al 2009 (59.3%), ed è aumentata la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane: 16.7% nel 2010 rispetto a 15.8% nel 2009. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2010

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	60.4	57.7	24.5	25.8	10.7	11.7	4.4	4.9
CENTRO	58.2	56.0	25.8	26.6	12.0	12.6	3.9	4.9
SUD	72.3	70.1	19.3	19.1	6.3	8.1	2.1	2.7
ISOLE	61.1	52.9	21.9	24.6	11.9	14.6	5.2	7.9
ITALIA	63.5	58.4	23.0	25.2	9.8	11.6	3.7	4.8

Elaborazioni su dati Istat

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Tuttavia bisogna considerare che i tempi di attesa possono risultare brevi se la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale abbastanza avanzata, al fine di effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2010 la distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2009

	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1991	87.3	11.6	1.0
1995	88.3	10.9	0.7
2000	90.6	9.1	0.3
2004	91.2	8.8	0.0
2007	91.6	8.4	0.0
2008	91.9	8.1	0.0
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0

Nella provincia autonoma di Trento, in Puglia e in Sardegna è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

Si riporta qui di seguito la distribuzione delle IVG per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica.

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2010

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.0	97.6	3.0	2.4
CENTRO	96.6	99.6	3.4	0.4
SUD	70.7	83.9	29.3	16.1
ISOLE	85.5	91.6	14.5	8.4
ITALIA	88.2	96.4	11.8	3.6

Elaborazioni su dati Istat

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2010 permane elevato (86.5%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda D12/Istat, potrebbe essere registrata sotto la voce "anestesia generale" (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 7.8% degli interventi, con una leggera diminuzione rispetto al 2009. Si è osservato anche un aumento del numero di IVG senza anestesia (3.3% rispetto a 1.3% del 2009) dovuto probabilmente all'aumento delle IVG effettuate con Mifepristone, metodica che non prevede l'uso di anestesia.

Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2010, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per cittadinanza e area geografica:

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2010

	Generale		Locale		Analgesia	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	93.7	92.9	4.5	5.5	1.8	1.6
CENTRO	83.6	79.1	16.1	20.7	0.3	0.1
SUD	92.7	89.5	6.6	10.2	0.7	0.3
ISOLE	96.1	94.3	2.1	2.8	1.8	2.9
ITALIA	91.6	89.0	7.2	9.9	1.2	1.1

Elaborazioni su dati Istat

Con l'eccezione delle Marche, c'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG; *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guideline n.7*. London, RCOG Press; 2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2003 l'OMS ha licenziato linee guida "*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi per la salute della donna, per la minore richiesta di analisi pre-IVG, per il minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2010 (Tab. 25), sebbene permane un 11.4% di interventi effettuati con raschiamento, tecnica a maggior rischio di complicanze. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2010

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1991	15.8	33.4	50.2	0.6
1995	14.9	24.8	57.5	2.8
2000*	15.6	19.5	63.6	1.3
2004*	13.3	20.2	64.9	1.6
2007*	11.2	22.9	63.3	2.5
2008*	12.0	22.8	63.0	2.3
2009*	12.6	21.5	63.4	2.4
2010 ^a	11.4	20.3	62.9	5.4

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce Altro, le modalità RU486 (3.8%) e Altro farmaco (1.3%)

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 20% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale, sia per la cittadinanza italiana che per quella

straniera. Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, queste Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso. L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2010

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	10.4	9.9	23.8	26.9	56.3	58.3	9.5	4.8
CENTRO	11.0	6.2	10.2	15.4	75.6	77.2	3.2	1.1
SUD	11.7	17.9	11.7	10.2	74.1	70.7	2.6	1.2
ISOLE	25.0	21.8	11.2	11.1	61.3	66.1	2.5	1.0
ITALIA	12.4	10.3	16.3	21.6	65.8	64.8	5.5	3.3

Elaborazioni su dati Istat

È da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni ad hoc dei modelli D12/Istat. Si rimanda alla relazione presentata nel 2003 per un approfondimento delle problematiche relative al tipo di intervento.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come indicato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del mifepristone si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non sarebbero stati disponibili fino al 2012 per il monitoraggio di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso di attivare, per un periodo temporaneo, una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 3404 casi nel I° semestre del 2011. L'uso è avvenuto nel 2010 in tutte le regioni tranne Abruzzo e Calabria e nel 2011 non è stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute *"Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine: dati anno 2010 – I semestre 2011"*, che verrà reso disponibile sul portale del Ministero della Salute nell'area tematica *Salute delle donne*, alla sezione *Interruzione Volontaria di Gravidanza*.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 1° semestre del 2011 di questo metodo.

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (I sem)
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	3404*
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20

* Mancano i dati del secondo trimestre 2011 della Liguria e della Campania

Nelle due tabelle successive sono presentati il numero di IVG effettuate con RU486 nel 2010 nel I° semestre 2011 per regione e il numero di presidi che hanno utilizzato questo metodo.

IVG effettuate con RU 486 nel 2010 e I° semestre 2011

REGIONI	2010				2011		TOTALE
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	
Piemonte	*	203	241	283	309	320	1356
Valle d'Aosta	*	1	17	23	24	19	84
Lombardia	*	91	95	65	75	118	444
Bolzano	*	7	0	1	0	5	13
Trento	*	2	8	13	10	11	44
Veneto	0	19	27	56	75	93	270
Friuli Venezia Giulia	0	0	22	14	11	14	61
Liguria	0	29	120	153	183	N.D.	485
Emilia Romagna	327	332	310	397	466	439	2271
Toscana	*	115	162	139	174	170	760
Umbria	0	0	0	6	1	8	15
Marche	*	2	0	0	0	0	2
Lazio	0	0	0	9		131	140
Abruzzo	0	0	0	0	2	15	17
Molise	*	16	26	13	21	19	95
Campania	0	22	67	108	198	N.D.	395
Puglia	*	61	31	106	141	204	543
Basilicata	*	18	9	9	10	17	63
Calabria	0	0	0	0	4	5	9
Sicilia	0	10	33	14	53	46	156
Sardegna	0	0	0	4	6	7	17
TOTALE	327	928	1168	1413	1763	1641	7240

* Dati compresi nel II trimestre

N° Presidi in cui è stato utilizzato RU486 per trimestre nel 2010 e I° semestre 2011

Regione	2010				2011	
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim
Piemonte	*	9	8	11	11	10
Valle D'aosta	*	1	1	1	1	1
Lombardia	*	20	13	19	19	19
Bolzano	*	2	2	2	0	2
Trento	*	1	1	1	1	1
Veneto	0	6	7	9	13	14
Friuli Venezia Giulia	0	0	3	3	3	3
Liguria	0	7	7	7	7	N.D.
Emilia Romagna	13	13	15	20	21	20
Toscana	*	11	13	13	11	14
Umbria	0	0	0	1	1	1
Marche	*	2	0	0	0	0
Lazio	0	0	0	1	1	1
Abruzzo	0	0	0	0	1	1
Molise	*	1	1	1	1	1
Campania	0	1	1	2	2	N.D.
Puglia	*	3	3	5	7	7
Basilicata	*	1	1	1	1	1
Calabria	0	0	0	0	1	2
Sicilia	0	1	2	2	7	4
Sardegna	0	0	0	1	1	1
TOTALE	13	79	78	100	110	110

* Dati compresi nel II trimestre

Questi dati evidenziano che in Italia, con il passare degli anni, è aumentato il ricorso al mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare dal quando è stata autorizzata la sua commercializzazione (luglio 2009). Nel 2010, dai dati riferiti dalle Regioni, 3836 IVG sono state effettuate con questo metodo e 3404 nel primo trimestre del 2011 (che fa supporre a un totale di circa 7000 casi per tutto il 2011). Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture.

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ne hanno fatto ricorso, anche se in generale sono meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili rispetto a tutte le altre che hanno abortito nello stesso periodo. Nel 98.7% queste IVG sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). Molte donne hanno richiesto la dimissione contro parere dopo la somministrazione di mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura.

Nel 96.1% dei casi non vi è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina nelle donne che avevano avviato la procedura dell'IVG farmacologica si è presentata nel 5.9 % dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.0 % dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura.

3.8 Durata della degenza

Nel 92.1% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4.9% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte, valori risultati pari a 93.6% e 3.9% nel 2009. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Valle D'Aosta, Bolzano, Veneto, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2010

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1991	72.9	19.0	8.0
2000	83.1	12.2	4.7
2004	90.0	6.2	3.7
2007	91.2	6.2	2.6
2008	92.6	4.8	2.7
2009	93.6	3.9	2.5
2010	92.1	4.9	2.9

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2009 è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2009-2010

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
NORD	94.6	92.8	3.0	4.1	2.3	3.1
CENTRO	95.3	93.9	2.2	3.7	2.1	2.3
SUD	91.3	89.1	1.7	9.0	1.6	1.9
ISOLE	89.8	92.0	3.4	1.5	6.2	6.5
ITALIA	93.6	92.1	4.8	4.9	2.5	2.9

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2010 sono state registrate 4.2 complicanze per 1000 IVG senza distinzione sulle procedure. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Non si osservano sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti e analizzando il dato per cittadinanza.

3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Nel 2010 si evince una stabilizzazione generale dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. Infatti, a livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009 e al 69.3 nel 2010; per gli anestesisti, negli stessi anni, dal 45.7% al 50.8%. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 44.7% nel 2010. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano principalmente al sud: 85.7% in Molise, 85.2% in Basilicata, 83.9% in Campania, 81.3% a Bolzano e 80.6% in Sicilia. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di più di 75% in Molise e Campania e 78.1% in Sicilia) e i più bassi in Toscana (27.7%) e in Valle d'Aosta (26.3%). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 86.9% in Sicilia e 79.4% in Calabria.

TABELLE

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2009-2010
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2000-2010
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale
- Tabella 29 - Valori, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività