



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 2014*
- ✓ *DATI DEFINITIVI 2013*

Roma, 26 ottobre 2015

Indice

PRESENTAZIONE	1
SISTEMA DI RACCOLTA DATI	8
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2013	14
1. Andamento generale del fenomeno	14
1.1. Valori assoluti.....	14
1.2. Tasso di abortività	15
1.3. Rapporto di abortività.....	17
2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	18
2.1 Classi di età	18
2.2 Stato civile.....	21
2.3 Titolo di studio	23
2.4 Occupazione	24
2.5 Residenza.....	24
2.6 Cittadinanza	25
2.7. Anamnesi ostetrica	28
2.7.1 Numero di nati vivi.....	28
2.7.2 Aborti spontanei precedenti.....	30
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	31
3. Modalità di svolgimento dell'IVG	33
3.1 Documentazione e certificazione.....	33
3.2 Urgenza	34
3.3 Epoca gestazionale	34
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione.....	36
3.5 Luogo dell'intervento.....	37
3.6 Tipo di anestesia impiegata	38
3.7 Tipo di intervento	39
3.8 Durata della degenza	41
3.9 Complicanze immediate dell'IVG	42
3.10 Obiezione di coscienza	42
4. Risultati monitoraggio ad hoc su IVG e obiezione di coscienza	43
4.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio	43
PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili	43
PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita	45
PARAMETRO 3: Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.....	46
4.2 Attività dei consultori familiari per l'IVG.....	52
TABELLE	54

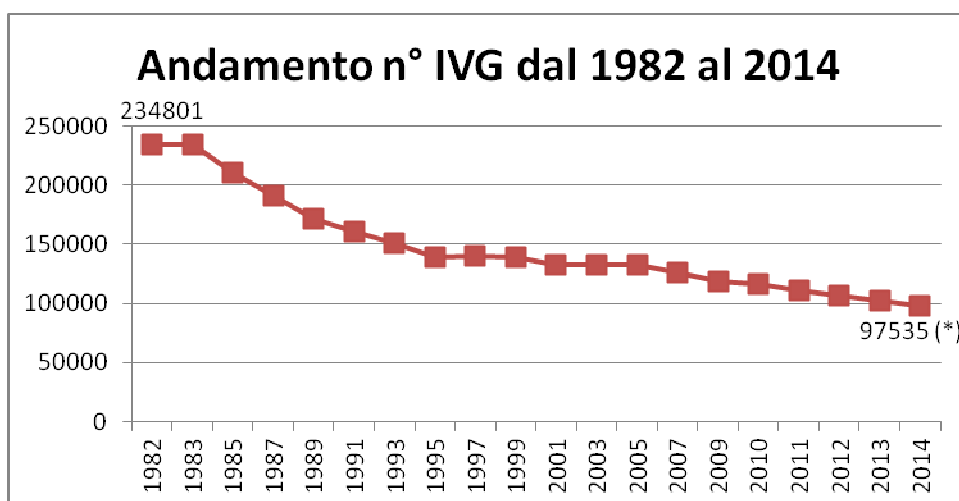
PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2013 e quelli preliminari per l'anno 2014 sull'attuazione della Legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

DATI PRELIMINARI 2014

- Prosegue l'andamento in diminuzione del fenomeno.
- Per la prima volta il numero di IVG è inferiore a 100'000: nel 2014 sono state notificate dalle Regioni 97'535 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102'760 casi), e un dimezzamento rispetto alle 234'801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.
- Gli altri indicatori confermano questo andamento: il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2014 è risultato pari a 7.2 per 1000, con un decremento del 5.9% rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati (vedi par.1.2).
- Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2014 è risultato pari a 198.2 per 1000 (dato provvisorio) con un decremento del 2.8% rispetto al 2013 (204.0 per 1000), e un decremento del 47.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).



* dato provvisorio

DATI DEFINITIVI 2013 – ANALISI

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

I tassi di abortività più elevati sono fra donne di età compresa tra i 20 e i 29 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2013 il 42.9% delle donne che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, e il 43.6% risultava occupata. La percentuale delle nubili (54.9%) era superiore a quella delle coniugate (38.2%) per le italiane, al contrario delle donne straniere (48.7% le coniugate, 44.9% le nubili). Il 39% delle donne che ha eseguito una IVG non aveva figli.

IVG di donne straniere

Nell'ultimo decennio soprattutto è aumentato il peso delle cittadine straniere, sia come conseguenza della loro maggiore presenza che del loro maggiore ricorso all'aborto rispetto alle donne italiane: 34.0% nel 2013 (nel 1995 era il 7%), con un tasso di abortività del 19.0 per 1000, corrispondente a una tendenza tre volte maggiore, in generale, e quattro volte per le più giovani (v. par.2.6). Il contributo delle donne straniere si è stabilizzato negli anni in termini percentuali ed è diminuito in valore assoluto (33'685 nel 2013 rispetto a 35'388 nel 2012 e 40'224 nel 2007).

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, la riduzione per le donne italiane dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 70.9%, passando da 234'801 a 68'382.

Aborti fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2013 è risultato essere pari a 4.1 per 1000 (nel 2012 era 4.4 per 1000), con livelli più elevati nell'Italia settentrionale e centrale; i 3339 interventi effettuati da minorenni sono il 3.2% di tutte le IVG. 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. Ad esempio nel paragone con i più recenti valori di altri paesi (paragrafo 2.1) per le donne con meno di venti anni si osserva quanto segue: in Italia nel 2013 questo tasso di abortività è stato pari al 6.1 per 1000; nello stesso anno in Inghilterra e Galles 17.7, in Norvegia 10.1, in Spagna 12.2, in Olanda 7.5, nel 2012 in Svezia 18.8 e nel 2011 in Francia 15.2. Tassi minori si sono registrati solo in Svizzera, con 4.4 (2012) e in Germania con 4.8 (2013).

Aborti clandestini

Per quanto riguarda la quantificazione degli aborti clandestini nel Paese, l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato. Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000 casi, cifre che indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni.

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.8%, valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 20.9% per le italiane e 38.0% per le straniere (20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è la più bassa a livello internazionale (dati più dettagliati sono riportati nel par. 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

La metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2013 (59.0% dei casi), seguita dall'isterosuzione (16.6%). E' in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2013 il mifepristone seguito da prostaglandine è stato adoperato nel 9.7% dei casi, rispetto all'8.5% del 2012. Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto fra le regioni.

Si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre le 12 settimane di gestazione: 4.2% rispetto al 3.8% nel 2012, e 3.4% del 2011. Una percentuale che rimane comunque fra le più basse a livello internazionale, dove solo in Germania (2.7%) e in Danimarca (4.0%) si registrano valori inferiori (v. par. 3.3).

E' confermata la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 13.4% dei casi nel 2013, rispetto al 12.8% del 2012 e all'11.6% del 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Piemonte (24.1%), Toscana (23.5%), Emilia Romagna (19.6%), Lazio (16.5%), Puglia (16.3%) e Sardegna (15.1%).

Anche per il 2013 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (41.6%) degli altri servizi.

Tempi di attesa

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: è il 62.3% nel 2013, era il 61.5% nel 2012 ed il 59.6% nel 2011.

E' diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane di attesa: 14.6% nel 2013, 15.5% nel 2012 e 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Il 90.8% delle IVG viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'87.1% nella provincia di residenza, percentuali in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del SSN. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

Offerta del servizio e obiezione di coscienza

E' continuata nel 2015 l'attività del "Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194", attivato presso il Ministero della Salute.

Si è convenuto di continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione del monitoraggio effettuato nel 2014, i cui risultati sono stati pubblicati nella relazione al Parlamento del 15 ottobre 2014, a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge anche localmente e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

In particolare, riguardo al **parametro 1**, offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, a livello nazionale, risulta pari a 632, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 379, corrispondente al 60% del totale (era il 64% nel 2012). Il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione mostra che solo in due casi, relativamente a regioni molto piccole, abbiamo

un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Il **parametro 2**, offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita, rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78 contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Si conferma la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, di molto superiore rispetto a quello che sarebbe se si rispettassero le proporzioni fra IVG e nascite.

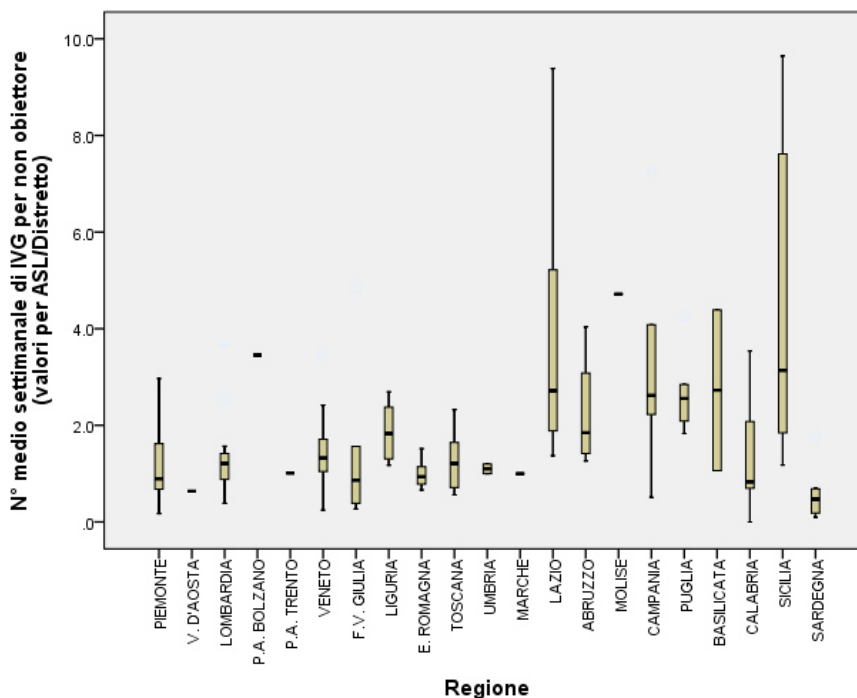
E' stato effettuato un confronto fra punti nascita e punti IVG non solo in valore assoluto, ma normalizzando rispetto alla popolazione femminile in età fertile: a livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.8 punti nascita, contro 2.8 punti IVG, con un rapporto di 1.4:1, cioè ogni 5 strutture in cui si fa IVG ce ne sono 7 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

I dati 2013 del **parametro 3**, offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori (carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore), indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.5 della Sardegna alle 4.7 del Molise, con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana (era 1.4 nel 2012 e 1.6 nel 2011).

Come convenuto al Tavolo di lavoro, per la prima volta questo terzo parametro è stato valutato a livello sub-regionale.

Come mostra il seguente grafico box plot, la situazione risulta diversa da regione a regione, ma nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale, ad eccezione di due regioni.



E anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore (Lazio e Sicilia), cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier), si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci. In particolare i valori più elevati, 9.6 e 9.4, sono rispettivamente in una Asl della Sicilia e in una del Lazio; tutti gli altri valori risultano inferiori.

Il numero di non obiettori risulta quindi congruo, anche a livello sub-regionale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG.

Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sono probabilmente da ricondursi a situazioni ancora più locali di quelle delle singole aziende sanitarie rilevate nella presente relazione, e probabilmente andrebbero ricondotte a singole strutture.

Inoltre, mettendo in relazione i dati regionali dei tempi di attesa e la relativa percentuale di ginecologi obiettori, valutandone la variazione dal 2006 al 2013, non emerge alcuna correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che variano non solo da regione e regione ma anche all'interno della stessa regione (dati più dettagliati sono riportati nel cap. 4).

Consultori familiari

Grazie al grande lavoro delle Regioni, il 79% dei consultori ha fornito dati su alcune attività svolte per l'IVG, registrando una maggiore adesione rispetto allo scorso anno.

In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere.

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 L.194/78).

Prevenzione

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi l'estrema 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 (POMI) del 2000.

Prima tra tutti con programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificata, come quella consultoriale, 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. Va sottolineato che i consultori familiari sono 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.

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 nel 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.

Conclusioni

- ✓ la prevenzione dell'IVG è obiettivo primario di sanità pubblica;
- ✓ dal 1983 l'IVG è in diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali;
- ✓ rimane elevato il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, a carico delle quali si registra un terzo delle IVG totali in Italia: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che si sta stabilizzando come percentuale, mentre il numero assoluto e il tasso di abortività sono diminuiti negli ultimi anni;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni;
- ✓ riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi IVG, si conferma quanto osservato nella precedente relazione al Parlamento: su base regionale e, per la prima volta, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, anche su base sub-regionale, non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 60% delle strutture disponibili, con una copertura soddisfacente, tranne che in due regioni molto piccole. Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 5 strutture in cui si fa una IVG, ce ne sono 7 in cui si partorisce. Infine, considerando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1.6 a settimana, un valore medio fra il minimo di 0.5 della Sardegna e il massimo di 4.7 del Molise. Questo stesso parametro, valutato a livello sub-regionale, mostra che anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore, cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro che si discostano molto dalla media regionale, si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci, cioè con un carico di IVG per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere risulta quindi congruo rispetto alle IVG effettuate.
- ✓ il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere;
- ✓ al fine di consolidare la qualità dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza IVG utili a monitorare l'applicazione della L.194/78, il Ministero della Salute ha finanziato un progetto CCM della durata di 12 mesi, coordinato dal Centro Nazionale di

Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare, verranno esaminate insieme ai referenti regionali le criticità presenti a livello locale per quanto riguarda la raccolta dati e l'applicazione della L.194/78, e verranno realizzati incontri formativi per i referenti regionali sulle tecniche di controllo dei dati, sulla stima del bisogno a livello locale e sulle principali criticità emerse. Tale attività si svolgerà entro la prossima primavera, mentre la prima riunione organizzativa si è già svolta in data 21 maggio 2015, a Roma, presso il Ministero della Salute, e ha visto il coinvolgimento di tutte le regioni italiane e delle due province autonome di Trento e Bolzano.

- ✓ il Ministero invita le Regioni a continuare un approfondimento dettagliato dei dati, predisponendo anche una reportistica dedicata all'IVG nella propria regione, per individuare i bisogni del territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri individuati nella presente relazione, al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, e per individuare eventuali criticità in maniera puntuale.

Beatrice Lorenzin

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Nel presente rapporto vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2013 e quelli preliminari per l'anno 2014 sull'attuazione della legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (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 dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati 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, su quelli che effettuano l'intervento e sulle sue modalità di esecuzione. 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.

Dalla sua attivazione nel 1980, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e fornire 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 realizzati.

Per il 2014 i dati riportati sono ancora preliminari ma, come si è osservato negli anni passati, tali valori non si discostano molto da quelli definitivi, risultando generalmente inferiori di poco più dell'1% (ad esempio per il 2013 si è passati dal preliminare di 102'644 IVG a 102'760 come dato definitivo).

Per il 2013, come accaduto per gli ultimi anni, sono stati rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12. In alcune regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia) per ottenere il quadro definitivo è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'integrazione quest'anno, grazie al lavoro svolto dalle Regioni e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza, ha riguardato un numero inferiore di regioni e di casi rispetto al 2012. Molti referenti regionali hanno fatto presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG.

Sarà cura del Ministro della Salute, attesa l'importanza di questa raccolta dati, sollecitare tutte le Regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema italiano di Sorveglianza epidemiologica delle IVG che dispone e pubblica i dati in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi europei.

A tal fine le istituzioni centrali (ISS, Ministero della Salute e Istat) si sono sempre dimostrate disponibili ad aiutare gli uffici regionali a risolvere i problemi che si presentano, a suggerire procedure per una migliore raccolta dati a livello territoriale e a partecipare agli auspicati periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo,

sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della Legge 194, sull'andamento del fenomeno e per la messa a punto e la verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge 194 è molto esplicita a questo proposito. Nell'art. 16 afferma "Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla relazione del Ministro della salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro". Tuttavia, come già indicato in precedenti relazioni, le Regioni denunciano la pratica impossibilità di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio dell'anno successivo). L'ISS concorda con tale affermazione, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione e ci sono margini di miglioramento per la sua completezza di informazioni e tempistica.

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS che si propone di effettuare un incontro con i referenti regionali per valutare le problematiche presenti a livello locale e un corso di formazione sulle tecniche di controllo dei dati, sulla stima del bisogno a livello locale e sulle possibili soluzioni alle principali criticità emerse.

Tutte le Regioni hanno aderito e mandato alcune informazioni all'ISS. Il quadro emerso è abbastanza variegato. Molte Regioni hanno ormai informatizzato il flusso dei dati utilizzando strumenti locali o il software dato a disposizione gratuitamente dall'ISS. Poche Regioni svolgono degli incontri specifici sull'argomento e molti referenti si lamentano per il poco interesse da parte degli operatori nel compilare il modulo D12/Istat. Pochi referenti regionali conoscono nel dettaglio che cosa succede nelle strutture (esistenza di percorsi assistenziali, iniziative, formazione, ecc) e le eventuali criticità presenti.

A breve l'ISS con il Ministero della Salute e l'Istat proporrà alle Regioni incontri formativi/workshop per cercare di affrontare alcune delle criticità emerse.

DATI PRELIMINARI ANNO 2014

Tutte le Regioni, nell'ambito del Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), hanno inviato all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero della Sanità i valori totali, preliminari, degli interventi effettuati nel 2014. I dati si riferiscono alle regioni dove è stato effettuato l'intervento.

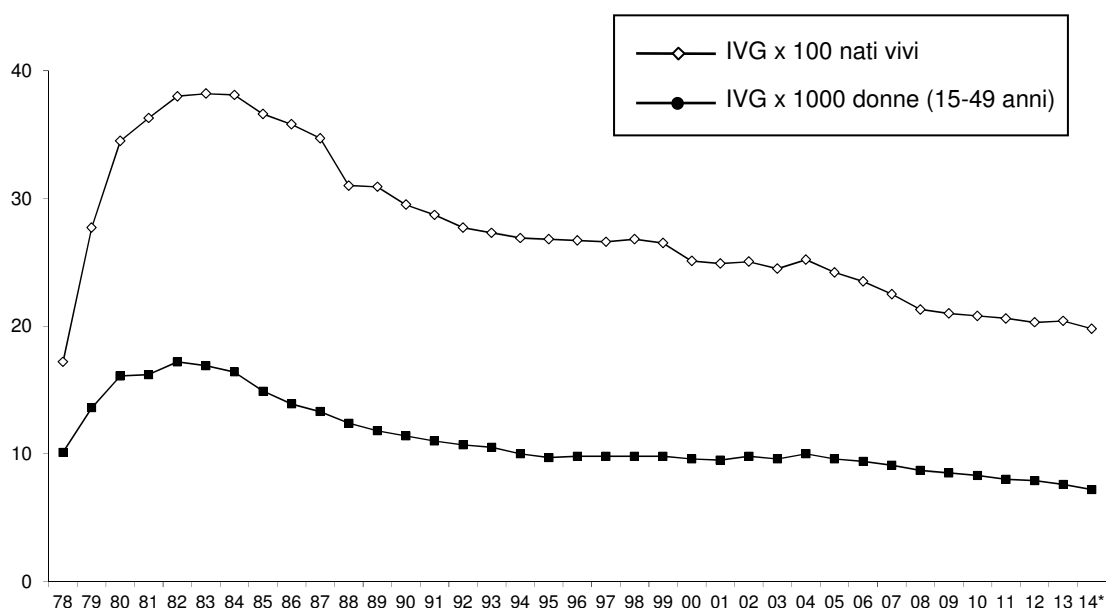
Il totale di IVG risulta essere pari a 97'535 (Tab. A), con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102'760 IVG) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982. Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Valle D'Aosta, Bolzano (sebbene si tratta di numeri molto piccoli), in Umbria e Marche. Si ricorda comunque che questi dati possono essere ancora incompleti e saranno controllati, ed eventualmente integrati, con quelli provenienti dai modelli D12/Istat e dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, non appena saranno disponibili. Nel corso del 2014 sono stati registrati due decessi di donne avvenuti successivamente a IVG: una IVG eseguita con metodo farmacologico e l'altra con metodo chirurgico. Al momento, i due casi sono in corso di approfondimento, circa la sussistenza del nesso causale, e i risultati verranno riportati nella prossima relazione relativa ai dati definitivi 2014.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 7.2 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 5.9% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e con una riduzione del 58.1% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi del 2014 forniti dall'Istat (492'121, valore di molto inferiore rispetto al 2013) ed è risultato pari a 198.2 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con una riduzione del 2.8% rispetto al 2013 (204.0 per 1000) e un decremento del 47.9% 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 1978-2014



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - Valori assoluti: dati 2014 e confronti con il 2013

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2014	TOTALE 2013	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	12163	11141	10141	10280	43725	46814	-6.6
Piemonte	2226	1982	1868	1780	7856	8452	-7.1
Valle d'Aosta	71	51	39	47	208	252	-17.5
Lombardia	4416	4024	3670	3802	15912	16778	-5.2
Bolzano	149	129	129	119	526	608	-13.5
Trento	225	200	166	167	758	801	-5.4
Veneto	1490	1390	1303	1292	5475	5909	-7.3
Friuli Venezia Giulia	447	433	360	369	1609	1744	-7.7
Liguria	825	746	650	687	2908	3109	-6.5
Emilia Romagna	2314	2186	1956	2017	8473	9161	-7.5
ITALIA CENTRALE	5732	5374	4820	4334	20260	21739	-6.8
Toscana	1794	1722	1563	1447	6526	6722	-2.9
Umbria	422	431	322	304	1479	1666	-11.2
Marche	482	488	457	413	1840	2050	-10.2
Lazio	3034	2733	2478	2170	10415	11301	-7.8
ITALIA MERIDIONALE	6923	6321	5963	5222	24429	24437	0.0
Abruzzo	622	550	509	470	2151	2314	-7.0
Molise	105	102	98	105	410	415	-1.2
Campania	3012	2597	2530	2120	10259	9974	2.9
Puglia	2329	2294	2068	1823	8514	8443	0.8
Basilicata	164	165	162	140	631	620	1.8
Calabria	691	613	596	564	2464	2671	-7.7
ITALIA INSULARE	2534	2391	2175	2021	9121	9770	-6.6
Sicilia	1999	1871	1711	1610	7191	7691	-6.5
Sardegna	535	520	464	411	1930	2079	-7.2
ITALIA	27352	25227	23099	21857	97535	102760	-5.1

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - Tassi di abortività: dati 2014 e confronti con il 2013

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2014	2013	
ITALIA SETTENTRIONALE	7.3	7.8	-6.9
Piemonte	8.4	9.1	-7.3
Valle d'Aosta	7.5	9.0	-17.1
Lombardia	7.3	7.7	-5.7
Bolzano	4.4	5.1	-13.6
Trento	6.4	6.8	-5.4
Veneto	5.1	5.4	-7.0
Friuli Venezia Giulia	6.3	6.8	-6.9
Liguria	9.2	9.9	-7.1
Emilia Romagna	8.8	9.6	-8.0
ITALIA CENTRALE	7.6	8.3	-9.3
Toscana	8.2	8.5	-3.6
Umbria	7.6	8.6	-11.2
Marche	5.5	6.1	-9.5
Lazio	7.7	8.8	-12.5
ITALIA MERIDIONALE	7.4	7.4	-0.4
Abruzzo	7.3	7.9	-7.8
Molise	6.0	6.0	-0.7
Campania	7.2	7.1	2.0
Puglia	9.0	8.9	1.0
Basilicata	4.9	4.7	2.5
Calabria	5.3	5.8	-7.9
ITALIA INSULARE	5.9	6.3	-7.2
Sicilia	6.1	6.6	-7.3
Sardegna	5.2	5.6	-6.8
ITALIA	7.2	7.6	-5.9

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - Rapporti di abortività: dati 2014 e confronti con il 2013

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2014	2013	
ITALIA SETTENTRIONALE	193.8	202.3	-4.2
Piemonte	232.8	241.4	-3.6
Valle d'Aosta	204.5	254.0	-19.5
Lombardia	188.1	193.8	-2.9
Bolzano	99.8	123.9	-19.4
Trento	157.1	158.9	-1.2
Veneto	135.3	141.7	-4.5
Friuli Venezia Giulia	182.1	201.9	-9.8
Liguria	274.7	286.4	-4.1
Emilia Romagna	233.2	243.2	-4.1
ITALIA CENTRALE	214.0	223.2	-4.1
Toscana	235.8	239.7	-1.7
Umbria	245.6	262.9	-6.6
Marche	155.3	167.6	-7.4
Lazio	212.0	222.4	-4.7
ITALIA MERIDIONALE	210.1	205.1	2.4
Abruzzo	208.9	218.2	-4.3
Molise	192.8	190.4	1.3
Campania	199.0	188.4	5.6
Puglia	268.2	258.1	3.9
Basilicata	154.8	152.7	1.3
Calabria	149.4	160.4	-6.9
ITALIA INSULARE	164.4	174.9	-6.0
Sicilia	163.0	174.5	-6.6
Sardegna	170.0	176.5	-3.7
ITALIA	198.2	204.0	-2.8

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2013

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2013 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Per avere i dati completi di 3 regioni (Abruzzo, Campania, 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). Lo scorso anno questa integrazione era stata necessaria anche per la Puglia, oltre che per le regioni citate, e per un numero maggiore di casi.

In totale nel 2013 sono state notificate 102'760 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 7.6 IVG per 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 204.0 IVG per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 7.4 per 1000 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 3328 relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso), calcolate avendo anche ridistribuito le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna, con una riduzione del 3.9% rispetto al tasso per le residenti calcolato nella stessa maniera nel 2012 (7.7 per 1000). Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione e la variazione rispetto al 2012 (203.1) risulta pari a 0.4%.

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 (pag. 10) riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 (pag. 16) fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2013.

Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo elevato di queste donne al fenomeno dell'IVG; per tale motivo e per le eventuali differenze tra donne italiane e straniere in questo rapporto, come già da alcuni anni, i dati sono stati in alcuni casi analizzati suddividendoli per cittadinanza della donna.

1.1. Valori assoluti

Nel 2013 si è registrato un decremento delle IVG del 4.1% rispetto al 2012. Più di un terzo degli interventi (34.0%) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni. Le IVG effettuate nel 2013 da cittadine italiane (68'382, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite del 4.0% rispetto al 2012.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2013 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2013

	1983	1991	2012	2013	VARIAZIONE %	
					2013/2012	2013/1983
NORD	105430	67619	48468	46814	-3.4	-55.6
CENTRO	52423	34178	22912	21739	-5.1	-58.5
SUD	57441	44353	25749	24437	-5.1	-57.5
ISOLE	18682	14344	10063	9770	-2.9	-47.7
ITALIA	233976	160494	107192	102760	-4.1	-56.1

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 46'814 IVG con un decremento del 3.4% rispetto al 2012, nell'Italia Centrale 21'739 IVG (-5.1%), nell'Italia Meridionale 24'437 IVG (-5.1%) e nell'Italia Insulare si sono avute 9'770 IVG (-2.9%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato, pur tenendo conto dei suoi limiti legati principalmente alle modifiche avvenute nel nostro Paese per quanto riguarda la popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e la riproduzione (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzate e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi). Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000. Per la prima volta si è effettuata una stima anche per le donne straniere che è risultata compresa tra 3'000 e 5'000 aborti clandestini, per quanto in questo caso gli aspetti critici da un punto di vista metodologico sono ancora più rilevanti. Queste stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni, almeno per quanto riguarda le italiane (15'000 erano gli aborti clandestini stimati per le italiane nel 2005), e una notevole diminuzione rispetto agli anni 80-90 (100'000 erano i casi stimati per il 1983, 72'000 nel 1990 e 43'500 nel 1995).

1.2. Tasso di abortività

Nel 2013, il tasso di abortività, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 7.6 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento del 3.5% rispetto al 2012 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 7.4 per 1000, con variazione di -3.9% rispetto all'equivalente valore per il 2012.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2013 è il seguente:

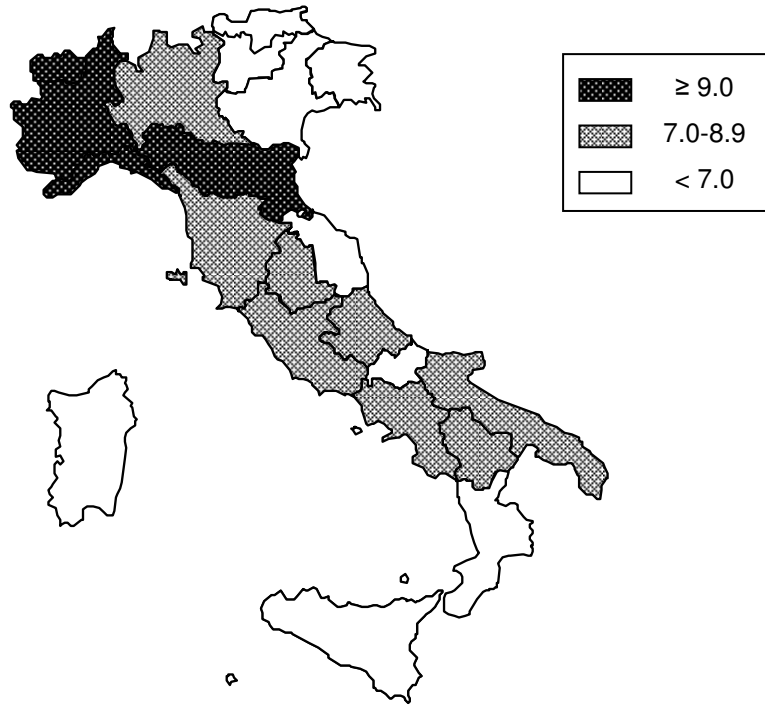
Tassi di abortività per area geografica, 1983-2013

	1983	1991	2012	2013	VARIAZIONE* %	
					2013/2012	2013/1983
NORD	16.8	10.6	8.1	7.8	-3.1	-53.5
CENTRO	19.8	12.4	8.8	8.3	-4.8	-57.9
SUD	17.3	12.1	7.7	7.4	-4.2	-57.2
ISOLE	11.7	8.1	6.4	6.3	-1.7	-45.9
ITALIA	16.9	11.0	7.9	7.6	-3.5	-54.8

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

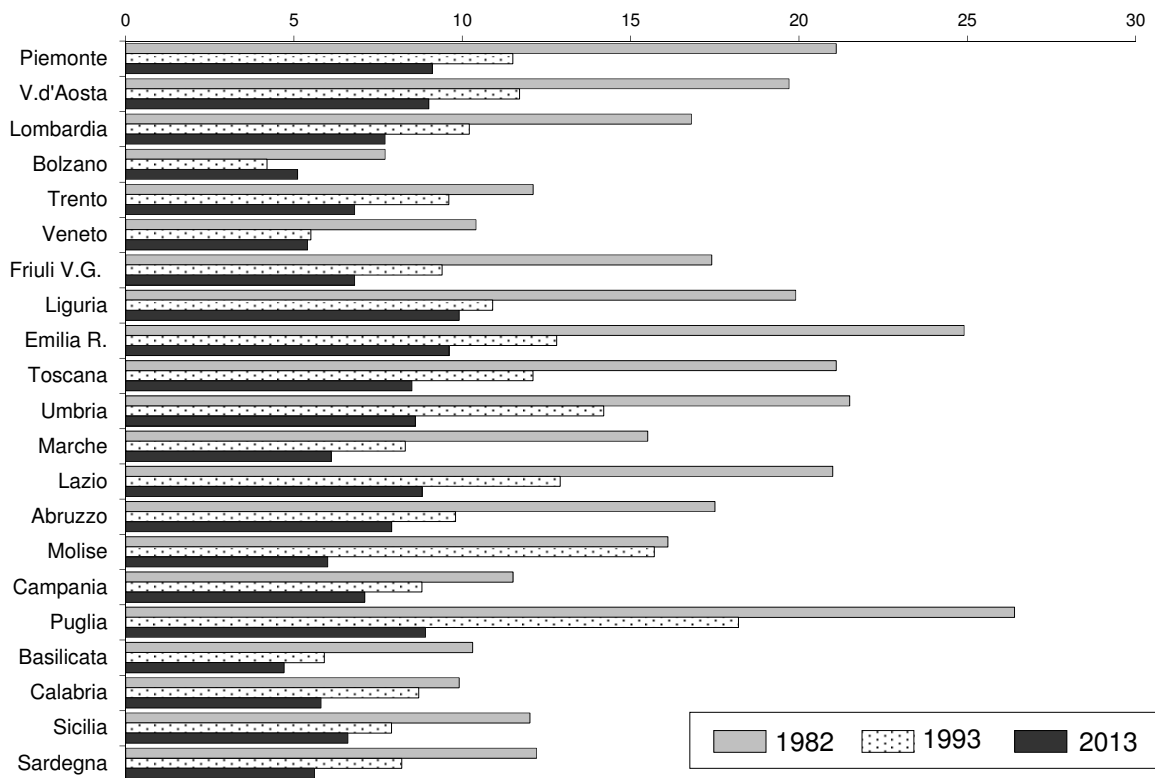
Nella tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la figura 2 presenta i valori regionali per il 2013. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2013 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia (-66.3% rispetto al 1982), Molise (-62.7%), Emilia Romagna (-61.4%), Friuli Venezia Giulia (-61.0%) e Marche (-60.8%).

Figura 2 – Tassi di abortività – Italia 2013



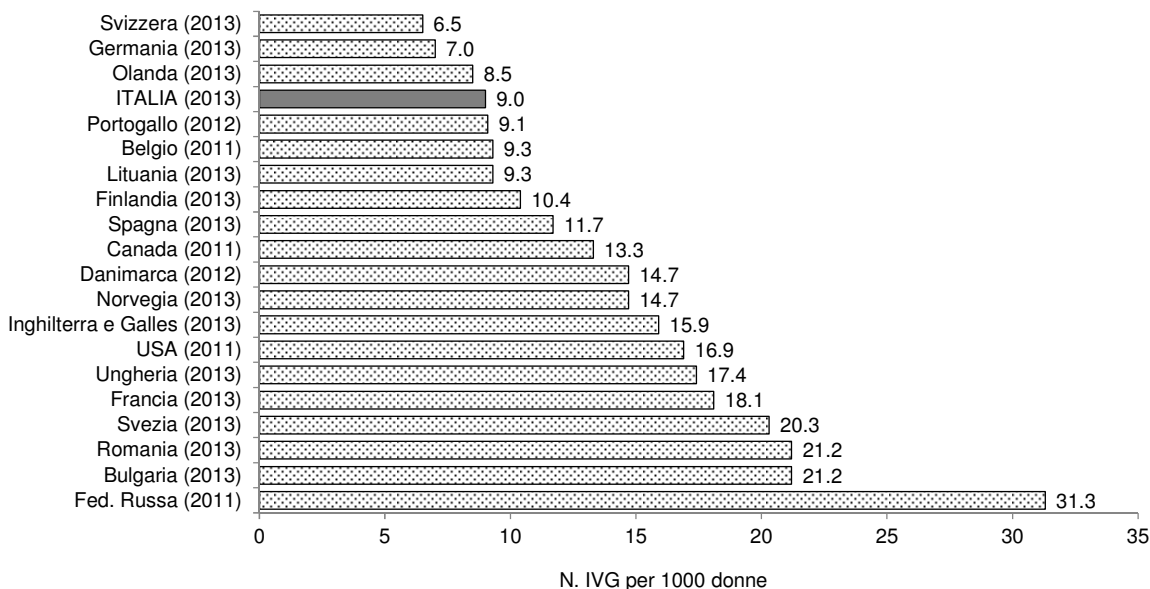
* Da notare che gli intervalli utilizzati nella classificazione dei tassi possono cambiare negli anni

Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2013



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 9.0 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, 2011-2013



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2014

1.3. Rapporto di abortività

Nel 2013 si sono avute 204.0 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un leggero incremento, pari a 0.4%, rispetto al 2012 (Tab. 2). E' da tener conto che tra questi 2 anni i nati sono diminuiti di 23978 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2013, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2013

	1983	1991	2012	2013	VARIAZIONE %	
					2013/2012	2013/1983
NORD	484.2	327.1	200.0	202.3	1.2	-58.2
CENTRO	515.2	356.1	223.6	223.2	-0.2	-56.7
SUD	283.8	253.0	207.2	205.1	-1.0	-27.7
ISOLE	205.3	176.1	171.5	174.9	2.0	-14.8
ITALIA	381.7	286.9	203.1	204.0	0.4	-46.6

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 in Italia. Nell'interpretazione dei dati 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 andamenti, prevalentemente 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 almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. E' 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: Statistiques nationales/Eurostat/WHO European Health for all database; Alan Guttmacher Institute 2014; Svizzera: <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm>; Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo – Datos definitivos correspondientes al año 2013 – SANDAD 2015 – Ministerio De Sandad, servicios Sociales e Igualdad; Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrudd for 2013 - Register over svangerskapsavbrudd -(Abortregisteret); Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2013 - Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales. June 2014; Olanda: Jaarrapportage 2013 van de Wet afbreking zwangerschap - Utrecht, december 2014; Germania: Statistisches Bundesamt Gesundheit Schwangerschaftsabbrüche 2013; Svezia: Aborter I Sverige under år 2013 Socialstyrelsen Dokumentbetekning).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2013 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con una diminuzione nelle donne 20-24 ed un aumento di quelle di 40-44 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 (con valori generalmente più elevati nelle classi 20-35 anni), 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'utilizzare al numeratore di questo indicatore le IVG effettuate nella regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre regioni o all'estero) e al denominatore le donne

in età feconda residenti in Regione. 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 generalmente 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 (Trento, Emilia Romagna, Umbria, dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Molise e Basilicata, le cui donne residenti in gran numero si recano in altre regioni per effettuare l'IVG e il cui tasso è più elevato quando queste sono incluse). C'è da considerare che questi dati sono ancora provvisori, con un certo numero di IVG non ancora notificate e con Regioni che non riescono a fornire i dati completi relativi alla residenza della donna entro i tempi utili per la stesura della Relazione del Ministro della Salute.

Per tali motivi nell'analisi presentata in questa relazione, come negli anni precedenti, viene utilizzato il tasso grezzo per regione di intervento.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2013 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

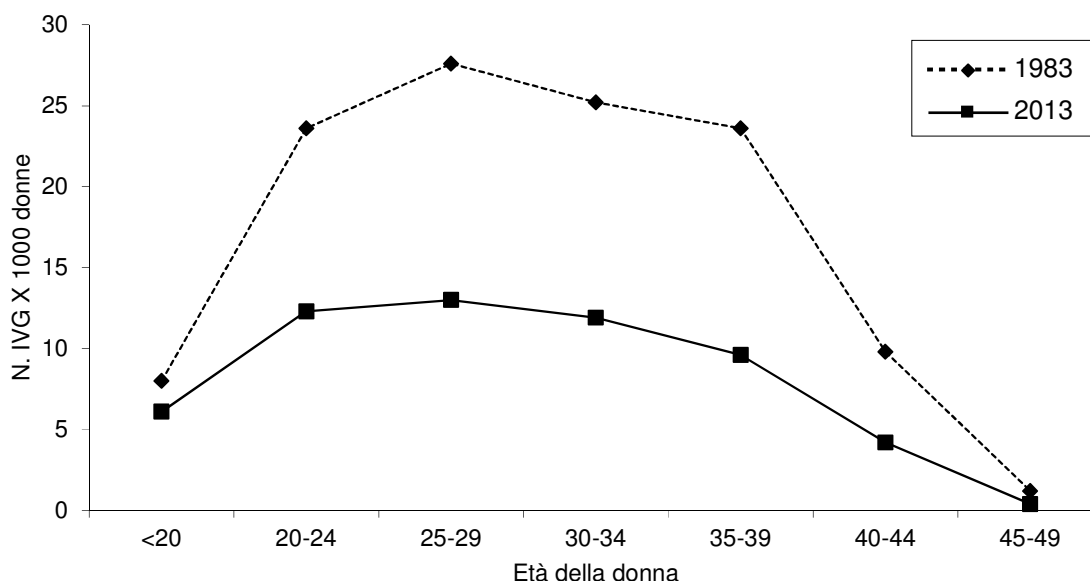
Tassi di abortività per età, 1983-2013

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2012	2013	2013/2012	2013/1983
< 20	8.0	5.5	6.3	6.1	-4.4	-24.2
20-24	23.6	13.4	13.2	12.3	-7.2	-48.0
25-29	27.6	15.7	13.3	13.0	-2.3	-53.0
30-34	25.2	17.1	12.2	11.9	-2.2	-52.8
35-39	23.6	15.1	9.8	9.6	-1.6	-59.1
40-44	9.8	7.2	4.2	4.2	1.7	-56.6
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	0.0	-67.5

* 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). Nel 2013 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2012 in particolare nelle donne di 20-24 anni, e un leggero aumento per quelle di 40-44 anni.

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2013



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	(2013)	6.1	12.3	13.0	11.9	9.6	4.2
	(2012)	6.3	13.2	13.3	12.2	9.8	4.2
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(1990)	5.6	13.8	16.5	18.0	15.6	7.6
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	(2011)	15.2	27.0	23.4	18.8	13.6	5.8
GERMANIA	(2013)	4.8	10.2	9.9	8.7	6.6	2.5
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	17.7	29.0	23.0	17.0	11.0	4.0
NORVEGIA	(2013)	10.1	24.5	21.8	16.9	11.1	4.5
OLANDA	(2013)	7.5	14.5	13.6	11.5	8.3	3.3
REPUBBLICA CECA	(2012)	6.8	12.9	13.3	13.3	11.3	5.2
ROMANIA	(2010)	16.5	27.2	28.4	26.9	19.9	7.4
SPAGNA	(2013)	12.2	19.4	16.8	13.4	9.2	3.9
SVEZIA	(2012)	18.8	32.6	27.2	21.7	15.8	8.0
SVIZZERA	(2012)	4.4	10.7	9.6	8.3	5.8	2.5
USA	(2008)	17.6	33.4	24.4	13.5	8.2	2.9

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2013 è risultato essere pari a 4.1 per 1000 (Tab. 5), valore inferiore rispetto 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 2013 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2013

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	3.3	4.5
2011	3008	586	3.4	4.5
2012	2761	588	3.3	4.4
2013	2616	527	3.2	4.1

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2013 continua la diminuzione del numero assoluto di IVG per le italiane e per le straniere. L'incremento osservato nei primi anni del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro Paese. A partire dal 2005 si è osservata una stabilizzazione e nel 2013 anche una leggera diminuzione, come per il contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tab. 12).

In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.2% di tutte le IVG nel 2013) con un tasso pari a 4.1 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenni (7.9 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, in linea con la loro moderata attività sessuale e con l'uso estensivo del profilattico riscontrati in alcuni recenti studi (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 72.0% dei casi dai genitori e nel 26.8% 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 2013 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (51.4% rispetto a 41.8%) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle

donne coniugate, rispetto a quella 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 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 per 1000 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.6 nel 2011) 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 a 8.3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l'importante contributo al fenomeno IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, insieme alla differenza che si osserva a livello di popolazione tra le italiane, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2013, 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, 2013

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	32.2	49.3	8.0	6.2	59.8	44.5
CENTRO	31.3	47.4	7.0	6.2	61.7	46.4
SUD	50.7	50.1	5.9	7.5	43.5	42.5
ISOLE	42.1	44.8	6.0	6.5	51.9	48.7
ITALIA	38.2	48.7	7.0	6.4	54.9	44.9

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2013 la percentuale di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud i valori si equivalgono.

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	(2013)	41.8	58.2
	(2012)	42.7	57.3
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2013)	38.3	61.7
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	16.0	84.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2012)	36.8	63.2
SPAGNA	(2010)	23.8	76.2
SVIZZERA	(2010)	31.4	68.5
USA	(2008)	14.8	85.2

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. In Tab. 9 è riportata la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2013 a secondo del titolo di studio in possesso. Per la prima volta si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (42.9%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione femminile 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 2013 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2013

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.4	9.8	31.9	41.5	47.8	38.4	17.9	10.4
CENTRO	2.7	9.0	31.3	45.6	51.7	39.0	14.2	6.4
SUD	3.7	16.6	46.1	47.0	41.8	31.7	8.5	4.8
ISOLE	4.8	17.2	47.7	54.1	39.9	25.3	7.6	3.3
ITALIA	3.1	10.8	37.5	43.8	46.0	37.1	13.4	8.3

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, insieme con l'Istat si è condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2010. Nel trentennio il tasso di abortività è diminuito tra le donne con il diploma di scuola superiore o laurea (da 14 per 1000 nel 1981 a 6 per 1000 nel 2010), mentre è rimasto costante tra quelle con diploma di scuola media inferiore dal 1991 dopo un'iniziale diminuzione. Il tasso delle donne con titolo di studio basso, non si è modificato nel tempo, anzi ultimamente mostra valori in aumento, come si osserva nella tabella seguente (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di 20-49 anni, Italia 1981-2010

Titolo di studio	1981	1991	2001	2010
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	15
Diploma e Laurea	14	9	7	6

Queste variazioni possono essere spiegate dal fatto che le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e i loro comportamenti sul controllo della fecondità. C'è anche da considerare che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere che, come verrà presentato di seguito, hanno livelli di abortività più elevati.

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 43.6% delle donne che hanno abortito nel 2013 risulta occupata, il 23.9% casalinga, il 10.7% studentessa. Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (19.9% nel 2013, rispetto al 18.8% del 2012), probabilmente influenzata dalle variazioni nella popolazione femminile generale.

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, 2013

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	59.5	42.6	17.9	27.0	10.4	24.6	12.2	5.8
CENTRO	50.9	41.0	17.9	25.5	14.8	27.0	16.4	6.5
SUD	27.3	30.6	17.4	26.7	39.5	38.1	15.8	4.7
ISOLE	27.9	34.5	22.5	27.6	36.4	34.5	13.1	3.4
ITALIA	45.4	40.5	18.3	26.6	22.2	27.2	14.1	5.7

Elaborazioni su dati Istat

Anche in questo caso si è effettuata con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe. Infatti dal 1981 al 2009 i tassi sono passati da 19.0 a 10.3 IVG per 1000 tra le casalinghe e da 15.2 a 7.0 per le occupate (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

2.5 Residenza

Nella grande maggioranza dei casi le IVG effettuate in ciascuna regione riguarda donne residenti nella regione di intervento: nel 2013 questo ha riguardato il 90.8% delle IVG (Tab. 11). Di queste l'87.1% 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% nella Provincia Autonoma di Trento al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise e Basilicata al Sud. Tuttavia 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: nel 2013 presenta un flusso in entrata pari al 18.4% (114 IVG) ma ha anche un più consistente flusso in uscita (271 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 (5.81 per 1000 rispetto a 4.61), 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. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese.

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 (donne che vivono ai confini tra due regioni) 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 3328 nel 2013 (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. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo un massimo nel 2007 (40'224 IVG relative a donne con cittadinanza non italiana). Da allora si è osservata una stabilizzazione del numero e successivamente un leggero decremento. Nel 2013 dai dati riferiti dalle Regioni il valore risulta essere 33'685 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, regione per regione, il valore risulta pari a 34'378 IVG. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2013, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

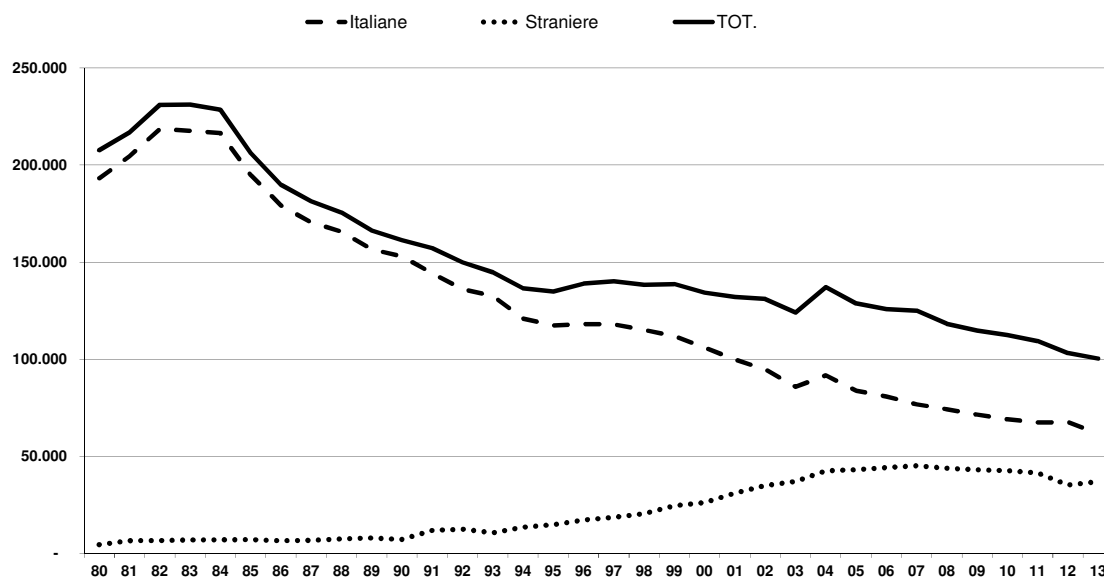
Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124'448 nel 1998, a 113'656 nel 2000, 94'095 nel 2005, 76'948 nel 2010, 71'199 nel 2012 e 68'382 nel 2013, avendo incorporato per gli ultimi otto anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'IVG in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 68'382, con un decremento percentuale del 70.9%.

Nel 2013 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 34.0% 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 di quelle effettuate da donne straniere, con una tendenza alla stabilità e una leggera flessione negli ultimi anni.

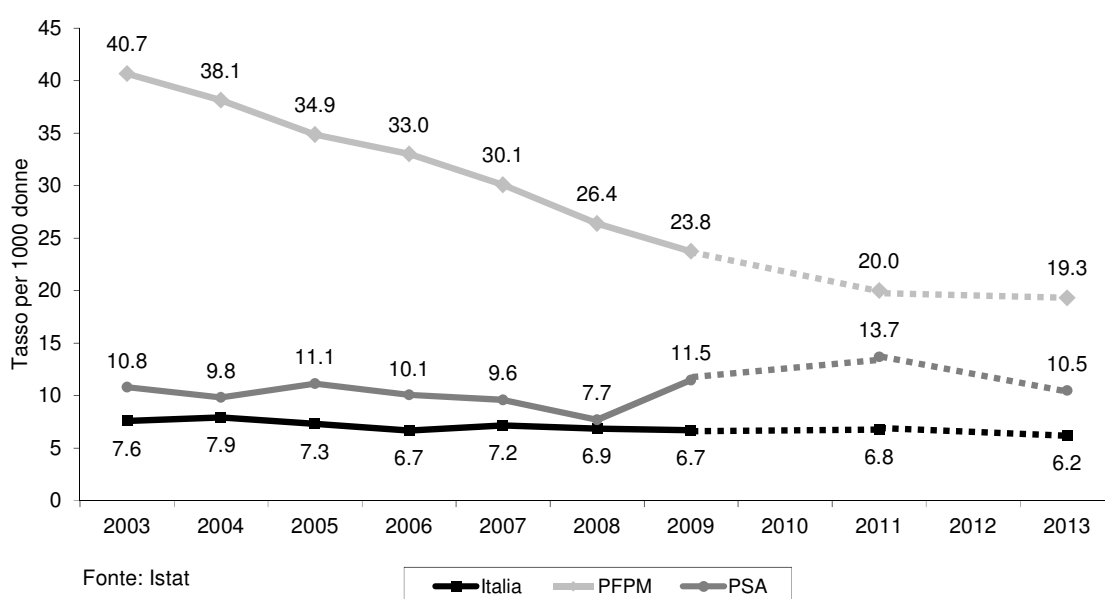
Figura 6 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2013



Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza, l'Istat ha fornito all'ISS il quadro aggiornato dei tassi di di abortività per le donne residenti straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)¹, 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. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 7 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2013



Fonte: Istat

¹ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

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 2013 tale rapporto risulta uguale a 3.1. Per le donne PSA negli ultimi anni i valori sono aumentati, anche se bisogna considerare che si tratta di numeri molto piccoli e quindi a rischio di forti oscillazioni.

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 2013, 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 2013

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	4.9	13.7
20-24	8.7	32.6
25-29	8.6	30.0
30-34	8.6	25.4
35-39	7.6	20.1
40-44	3.6	8.4
45-49	0.3	0.8
15-49 standardizzato	6.2	19.0

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 33 per 1.000: 3.7 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3.1).

Da studi condotti negli anni dall'ISS e altri enti emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere può dipendere da una loro scadente conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita e non da una scelta di questo metodo per il controllo della propria fecondità (Rapporto ISTISAN 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere di evitare gravidanze indesiderate si è avuta nei recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia fondamentale il counselling sulla procreazione responsabile nel percorso nascita per determinare un maggior uso dei metodi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di effettuare ciò per tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni 80 (rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamente indicata nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Inoltre nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di

donne immigrate. Hanno aderito le Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento. Nel suo ambito è stato organizzato un corso a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avranno il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel loro lavoro è stato fornito loro del materiale didattico sotto forma di un DVD prodotto nell'ambito del progetto. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi coinvolti, oltre l'86% delle aziende partecipanti ha formalizzato, da parte delle proprie direzioni, il documento programmatico inerente i dettagli della sperimentazione dei percorsi organizzativi da realizzare nella loro realtà locale e quasi il 92% ha consegnato la relazione finale sulle azioni svolte ed i risultati raggiunti. In generale si sono osservati miglioramenti nelle aree di intervento, che oltre al percorso IVG hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervicocarcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre hanno osservato dei miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile, e incrementi di circa il 15/20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG. Infine sono stati prodotti diversi materiali di comunicazione per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue, con il coinvolgimento delle comunità di donne straniere disponibili anche sul sito del Ministero della Salute.

I decrementi osservati recentemente nei tassi di abortività 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 in questi casi costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente o a fare un grande lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. 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. Nel 2013 un caso a parte sono i dati dell'Abruzzo, della Campania 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 difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli presenti può essere un altro fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna nel 2013. Il 61.0% delle IVG è stato effettuato da donne con

almeno un figlio e il 36.7% 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 è diversa l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) di ciascun tasso specifico di abortività per parità: 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 2013, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2013

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	46.7	29.0	23.7	29.1	22.7	29.1	6.9	12.9
CENTRO	52.0	31.9	21.5	29.0	20.3	27.8	6.2	11.4
SUD	36.8	22.5	19.0	33.1	30.7	29.5	13.5	14.9
ISOLE	37.0	24.6	21.8	32.4	27.8	28.9	13.4	14.0
ITALIA	44.0	28.8	21.8	29.7	25.0	28.8	9.3	12.8

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2013 avevano uno o più nati vivi il 53.2% al Nord, il 47.7% al Centro, il 61.4% al Sud e il 62.2% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 70.6%, 67.4%, 74.2% e 73.7%. 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 fino agli anni 2000, seguita da una stabilizzazione.

IVG (%) per parità, 1983-2013

	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
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	2.3
2012*	39.7	24.0	25.9	8.1	2.3
2013*	39.0	24.3	26.2	8.1	2.4

* 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	(2013) *	39.0	61.0
	(2012) *	39.7	60.3
GERMANIA	(2013)	39.4	60.6
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	47.0	53.0
OLANDA	(2013)	48.3	51.7
SPAGNA	(2013)	45.1	54.9
SVEZIA	(2011)	52.4	47.6
USA	(2011)	39.1	61.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2013, l'86.5% 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'assestamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2013

	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
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2
2012	87.0	10.2	2.1	0.5	0.2
2013	86.5	10.6	2.1	0.5	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2013 (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, 1983-2013

	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
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8
2012	18.6	5.3	1.6	1.1	26.6
2013	19.0	5.2	1.6	1.0	26.8

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: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo 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.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2013

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.9	26.9	27.2	26.6	26.8
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.7	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.)

C'è inoltre da tener presente che dagli anni '90 è aumentata l'immigrazione nel nostro Paese e di conseguenza il contributo delle immigrate sul fenomeno dell'IVG, come già riportato nel capitolo sulla cittadinanza. Tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane. Quindi, se si considerassero solo le donne italiane, tale andamento di riduzione e di differenza con il dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che le cittadine straniere, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (38.0% rispetto a 20.9%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2013

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.4	25.6	2.9	8.	1.1	4.1	20.5	37.7
CENTRO	15.4	24.8	2.9	8.7	1.0	5.2	19.3	38.7
SUD	16.7	22.6	4.7	10.5	2.4	6.2	23.8	39.3
ISOLE	14.4	20.5	3.1	8.7	1.3	5.2	18.9	34.4
ITALIA	16.1	24.8	3.4	8.5	1.4	4.7	20.9	38.0

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2013 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle regioni del Sud con il 23.8%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Liguria (31.7%); al Centro, in Toscana (30.7%); al Sud, in Puglia (31.6%).

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2013)	73.2	19.0	5.2	2.6	26.8
	(2012)	73.4	18.6	5.3	2.7	26.6
	(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	(2013)	63.0	27.0	8.0	3.0	37.0
OLANDA	(2013)	65.0	23.9	7.3	3.8	35.0
SPAGNA	(2013)	62.8	24.9	8.0	4.3	37.2
SVEZIA	(2011)	58.7	25.7	9.9	5.6	41.2
USA	(2004)	53.4	26.8	<-- 19.8 -->		46.6

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importante 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

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste per legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, in cui si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della legge 194/78). 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. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo 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 o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2013 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (41.6%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Emilia Romagna (67.3%), in Piemonte (66.2%), nella PA di Trento (56.8%) e in Umbria (53.3%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e del personale.

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

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2013

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	47.4	62.2	25.9	16.2	25.1	20.2	1.6	1.4
CENTRO	42.1	52.2	21.0	16.5	28.2	23.9	8.6	7.4
SUD	21.5	27.0	32.3	23.6	44.1	46.8	2.1	2.6
ISOLE	19.4	29.4	21.6	14.1	56.2	54.2	2.7	2.2
ITALIA	36.0	54.0	26.2	17.1	34.5	25.9	3.3	3.0

Elaborazioni su dati Istat

Da diversi anni 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. È confortante che le straniere, che sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile spesso 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. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2013

	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
2009	27.5	31.2	39.4	1.9
2010	26.0	30.9	40.4	2.6
2011	25.3	30.5	40.7	3.4
2012	24.3	30.5	42.0	3.1
2013	22.9	32.3	41.6	3.1

Nel 2013 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 POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2061 consultori familiari censiti nel 2013 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni 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, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare che l'evento si verifichi nuovamente.

3.2 Urgenza

Nel 2013 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 13.4% dei casi rispetto al 12.8% del 2012 e all'11.6% del 2011 (Tab. 18). Questo aumento negli anni può essere un indicatore di problemi di liste di attesa, di servizi disponibili per l'effettuazione dell'IVG o di necessità di ricorso all'urgenza per poter svolgere l'intervento con il Mifepristone e prostaglandine entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al 13% si sono osservate, come negli anni passati, in Piemonte (24.1%), in Toscana (23.5%), in Emilia Romagna (19.6%), nel Lazio (16.5%), in Puglia (16.3%) e in Sardegna (15.1%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 14.1% al Nord, 17.3% al Centro, 11.5% al Sud e 6.1% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2013 (Tab. 19) mostra il 43.6% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 14.5% a 11-12 settimane e il 4.2% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane

gestazionali è aumentato rispetto a quella del 2012 (41.8%), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica abortiva, del Mifepristone e prostaglandine, che viene usata a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 4.2% rispetto a 3.8% nel 2012 e 3.4% nel 2011.

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, 18.3% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 12.8% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2013

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	44.3	37.4	35.3	41.8	14.2	18.2	6.2	2.6
CENTRO	41.5	31.0	39.2	46.8	13.9	20.6	5.4	1.6
SUD	57.0	48.2	30.8	36.3	8.7	14.3	3.6	1.2
ISOLE	36.3	37.7	42.5	43.2	15.5	17.4	5.7	1.7
ITALIA	46.2	37.1	35.7	42.5	12.8	18.3	5.3	2.1

Elaborazioni su dati Istat

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 10a 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.

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 (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2013 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 regione, nel 2013, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	4.3	Marche	5.3
Valle d'Aosta	3.3	Lazio	4.4
Lombardia	4.5	Abruzzo	2.5
Bolzano	8.2	Molise	2.4
Trento	4.4	Campania	2.5
Veneto	6.5	Puglia	3.0
Friuli Venezia Giulia	6.2	Basilicata	7.6
Liguria	3.8	Calabria	3.9
Emilia Romagna	3.9	Sicilia	4.4
Toscana	2.9	Sardegna	8.8
Umbria	2.5		
		ITALIA	4.2

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 tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Come negli anni passati, si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un ritardo al 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 interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

La tabella seguente 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	(2013)	102760	9.0	4.2
	(2012)	107192	9.6	3.8
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	14.7	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2013)	102802	7.0	2.7
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	185331	15.9	8.0
NORVEGIA	(2013)	14773	14.7	4.2
OLANDA	(2013)	30601	8.5	18.8
REPUBBLICA CECA	(2012)	23032	9.3	4.2
SPAGNA	(2013)	108690	11.7	9.9
SVEZIA	(2013)	36600	20.3	6.8
SVIZZERA	(2013)	10137	6.5	4.7
USA	(2011)	1060000	16.9	11.0

* 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.

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. Negli ultimi anni è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: 59.6% nel 2011, 61.5% nel 2012 e 62.3 nel 2013 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 15.7% nel 2011, 15.5% nel 2012 e 14.6% nel 2013. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza e al Mifepristone+prostaglandine. C'è però da segnalare che alcune regioni (Abruzzo, Puglia e Campania) hanno un numero di non rilevati per questa variabile superiore al 10%.

Il tempo di attesa rispetto alla cittadinanza della donna e area geografica dove l'intervento è stato effettuato è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2013

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	63.5	60.8	22.6	25.2	10.0	9.9	4.0	4.0
CENTRO	59.0	54.1	25.0	28.0	11.7	12.9	4.3	5.0
SUD	70.3	69.1	19.0	18.5	7.0	8.3	3.7	4.0
ISOLE	60.9	53.7	22.2	26.7	10.8	14.1	6.1	5.4
ITALIA	64.0	59.7	22.1	25.2	9.7	10.7	4.2	4.3

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. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati in Veneto (25.7% delle IVG), in Umbria (25.6%), in Calabria (22.0%) e in Sicilia² (19.7%).

Va infine considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi anche nel caso in cui 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 2013 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, 1983-2013

	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
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0
2011	92.1	7.9	0.0
2012	92.5	7.5	0.0
2013	93.5	7.5	0.0

La quasi totalità delle IVG (93.5% nel 2013) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati, nella PA di Trento, in Puglia, in Sardegna e in Campania 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.

² erroneamente indicata come Sardegna nella versione trasmessa al Parlamento

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2013

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.7	97.8	2.3	2.2
CENTRO	98.0	99.9	2.0	0.1
SUD	84.8	88.1	15.2	11.9
ISOLE	87.7	94.7	12.3	5.3
ITALIA	93.1	97.0	6.9	3.0

Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da due anni viene anche riportata in questa relazione una tabella con i dati riferiti dalle Regioni sul numero di strutture con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e strutture che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). In totale si tratta nel 2013 di 632 strutture di cui 379 effettuano l'IVG (60.0%). Questi valori erano rispettivamente 630 e 403 (64.0%) nel 2012, indicando una diminuzione nel numero e nella percentuale di strutture che effettuano IVG. Esiste una grande variabilità a livello territoriale: si va da un minimo del 22.2% nella PA di Bolzano, 25.0% in Molise e 32.9% in Campania a 100% in Valle d'Aosta e Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2013 permane elevato (76.6%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene in diminuzione rispetto al 2012 (80.1%). Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a se stante per questa variabile (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 4.5% dei casi (in aumento rispetto al 2.0% del 2012) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi in Lombardia e Molise a 27.7% in Veneto). Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5.7% del 2012 si è arrivati al 10.9% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. E' inoltre possibile che alcune Regioni non abbiano ancora utilizzato per il 2013 questa nuova classificazione indicata dall'Istat o non abbiano adattato i propri software di registrazione dei dati. Nei prossimi anni sarà possibile avere un quadro più completo di questa variabile. Nel frattempo si raccomanda le Regioni e le strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 5.6% degli interventi (6.6% nel 2012), in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Infatti, 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 (come nella gran parte dei casi in Italia) l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2012 l'OMS ha licenziato la seconda edizione delle 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. Peraltro all'anestesia locale si associa una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. La qual cosa non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2013.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2013

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	74.9	78.9	3.3	3.7	2.1	2.1	3.3	3.7	19.7	15.2
CENTRO	74.5	76.2	13.3	18.2	0.4	0.2	4.7	4.6	11.8	5.4
SUD	82.1	85.0	3.8	6.9	0.6	0.5	2.4	2.4	13.5	7.6
ISOLE	90.3	94.0	0.7	0.6	1.4	1.1	2.3	1.2	7.6	4.3
ITALIA	78.6	79.7	5.1	7.5	1.3	1.4	3.2	3.6	15.0	11.4

Elaborazioni su dati Istat

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2013 (Tab. 25), sebbene permane un 9.9% 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, 1983-2013

	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
2011 ^a	11.4	19.8	59.6	9.1
2012 ^a	11.7	19.6	58.0	10.7
2013 ^{** a}	9.9	16.6	59.0	14.5

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati - ** esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce "Altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in alcune regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 30% dei casi, come negli anni precedenti), a fronte di valori contenuti in diverse altre regioni (meno del 2% in Puglia, Umbria, Basilicata e Campania). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le 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, 2013

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	12.0	10.3	24.3	26.7	45.8	51.2	17.9	11.7
CENTRO	9.9	6.7	13.6	19.5	65.6	69.0	10.9	4.8
SUD	5.8	9.1	10.4	12.5	68.2	69.3	15.5	9.0
ISOLE	18.6	16.5	10.9	8.8	59.2	69.0	11.3	5.7
ITALIA	10.7	9.6	16.8	22.4	57.4	58.7	15.1	9.4

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.

In Italia 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 raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) 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 (MIFEGYNE®) 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 permettevano un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso di iniziare 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 7432 casi nel 2011 (6.7%). 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. Anni 2010 – 2011" disponibile sul portale del Ministero della Salute.

Per il 2013 tutte le Regioni, tranne la Lombardia, sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportata nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone+prostaglandine", "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento dell'uso del Mifepristone e prostaglandine (pari al 9.7% di tutte le IVG nel 2013, come riportato in Tab. 25), utilizzato in tutte le regioni tranne le Marche.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2013 di questo metodo:

n° IVG con metodo farmacologico e n° di regioni in cui sono stata effettuate dati dal 2005 al 2013

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	7432	7855	8114
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20	20	20

Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (30.5%), Valle d'Aosta (27.0%), Piemonte (23.3%) e Emilia Romagna (21.8%).

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno fatto ricorso a questo metodo, 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 con altra metodica. Dai dati del modello D12 relativi al 2013 il 92.0% delle IVG effettuate con Mifepristone+prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come

indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). Dall'analisi effettuata ad hoc nel 2010-11 questo dato era pari al 98.7% delle IVG.

Dalla stessa raccolta dati si era rilevato che, sebbene la gran parte delle Regioni e delle strutture avessero adottato come regime di ricovero quello ordinario con l'ospedalizzazione della donna, molte di loro (76%) hanno richiesto la dimissione volontaria 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. Inoltre nel 96.9% dei casi non vi era stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si era presentata nel 5.3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non era stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questo metodo.

3.8 Durata della degenza

Nell'88.6% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 6.5% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (Tab. 26). Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2013

	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
2011	90.3	5.8	3.9
2012	89.9	5.7	4.3
2013	88.6	6.5	4.8

Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze, con degenze più lunghe in Puglia, Valle d'Aosta, Piemonte e Liguria.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2012 è illustrata nella tabella seguente, mostrando un netto calo della degenza inferiore a 1 giorno e un aumento di quella di un giorno nel sud e una diminuzione della degenza di un giorno al nord:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2012-2013

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
NORD	88.4	90.4	7.0	4.0	4.5	5.6
CENTRO	95.9	95.7	1.4	2.1	2.7	2.2
SUD	86.9	77.6	8.2	16.8	4.9	5.6
ISOLE	90.4	89.9	3.4	3.8	6.1	6.3
ITALIA	89.9	88.6	5.7	6.5	4.3	4.9

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2013 sono state registrate 6.9 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) , con una leggera diminuzione delle emorragie e infezioni ed un aumento della voce “altro” rispetto al 2012. Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale.

Dal 2013 il modello D12/Istat permette di registrare più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto. Tuttavia, molte Regioni non hanno ancora aggiornato i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare l'informazione in maniera completa e non è quindi possibile analizzare i risultati. Si raccomanda le Regioni di procedere alle modifiche necessarie nel più breve tempo possibile.

3.10 Obiezione di coscienza

I dati relativi all'obiezione di coscienza non sono inseriti nei modelli D12 Istat (che si riferiscono alle donne che effettuano le IVG) ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza alle Regioni. La richiesta si riferisce a tutto il personale operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia, anche se le Regioni non sempre forniscono il dato in questa forma.

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Nel 2013 si evincono valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (70.0%, cioè più di due su tre) con una tendenza alla stabilizzazione, dopo un notevole aumento negli anni. Infatti, a livello nazionale, 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, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012 e al 70.0% nel 2013.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012 e 49.3% nel 2013. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 46.5% nel 2013.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti in 8 regioni, principalmente al sud: 93.3% in Molise, 92.9% nella PA di Bolzano, 90.2% in Basilicata, 87.6% in Sicilia, 86.1% in Puglia, 81.8% in Campania, 80.7% nel Lazio e in Abruzzo. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 79.2% in Sicilia, 77.2% in Calabria, 76.7% in Molise e 71.6% nel Lazio). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 89.9% in Molise e 85.2% in Sicilia.

E' opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, “gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8.” Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che “L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento” (art. 9 della Legge 194).

4. Risultati monitoraggio ad hoc su IVG e obiezione di coscienza

Per monitorare l'applicazione della Legge 194/78, anche in relazione all'obiezione di coscienza, esercitata secondo quanto stabilito dall'art.9 della legge stessa, sono stati stimati tre parametri relativi all'offerta del servizio IVG, sia in termini di strutture disponibili presenti nel territorio - sia in numero assoluto che in rapporto alla popolazione femminile in età fertile - che rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato, considerando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore. Si tratta degli stessi parametri già utilizzati per effettuare il monitoraggio ad hoc nazionale, condotto su base regionale, su alcuni aspetti dell'applicazione della Legge 194, di cui si è dato conto nella relazione al Parlamento dello scorso anno, presentata il 15 ottobre 2014.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario possa avere rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, è stato ritenuto un valido indicatore il carico di lavoro medio settimanale per IVG per ogni ginecologo non obiettore calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture, rapportato alle 44 settimane lavorative annuali.

I risultati ottenuti dal monitoraggio dello scorso anno e pubblicati nella precedente relazione al Parlamento sono stati condivisi con i rappresentanti di tutte le regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194 istituito presso il Ministero della Salute, che hanno concordato di stimare gli stessi parametri anche a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge anche localmente e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

Si illustrano quindi nel dettaglio i tre parametri:

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita;*
- ✓ **parametro 3:** *Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.*

che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali, calcolati con riferimento all'anno 2013.

4.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili

Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'ISTAT emerge che nel 2013 il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia a livello nazionale era pari a 632 (erano 630 l'anno precedente), mentre il numero di quelle che effettuano le IVG era pari a 379, cioè il 60% del totale (erano 403 e il 64% nel 2012).

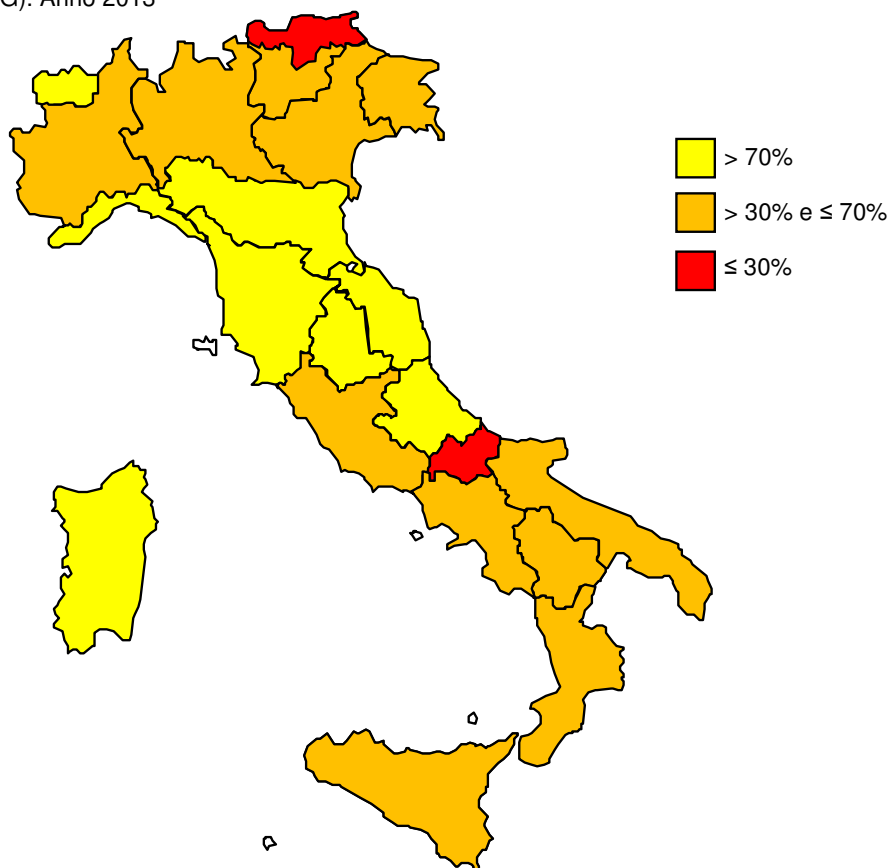
La tabella che segue mostra il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione; dai dati emerge che solo in due casi, relativamente a regioni molto piccole (P.A. Bolzano e Molise), abbiamo un numero di

punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nella figura 8. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Numero di strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2013

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	47	31	66.0%	Marche	15	12	80.0%
Valle d'Aosta	1	1	100.0%	Lazio	45	23	51.1%
Lombardia	96	63	65.6%	Abruzzo	12	9	75.0%
P.A. Bolzano	9	2	22.2%	Molise	4	1	25.0%
P.A. Trento	9	5	55.6%	Campania	79	26	32.9%
Veneto	45	22	48.9%	Puglia	41	21	51.2%
Friuli V. Giulia	15	10	66.7%	Basilicata	7	3	42.9%
Liguria	11	11	100.0%	Calabria	16	11	68.8%
Emilia-Romagna	52	39	75.0%	Sicilia	66	33	50.0%
Toscana	29	28	96.6%	Sardegna	20	16	80.0%
Umbria	13	12	92.3%	Totale	632	379	60.0%

Figura 8 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2013



PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita

Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Delle 632 strutture nazionali censite, 510 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato Cedap 2013), pari all'81% del totale (era l'86% l'anno precedente).

I nati vivi in Italia nel 2013 sono stati 503'792 (dato ISTAT riferito a popolazione presente); nello stesso anno le IVG sono state 102'760, con un rapporto di 4.9:1 (uguale all'anno precedente), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1 (anche questo come l'anno precedente).

Si conferma, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita.

Nella Tabella seguente viene riportato il confronto fra punti nascita e punti IVG, non in valore assoluto, ma normalizzati rispetto alla popolazione femminile in età fertile.

A livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.8 punti nascita, contro 2.8 punti IVG, con un rapporto di 1.4:1, cioè ogni 5 strutture in cui si fa l'IVG, ce ne sono 7 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

Tasso dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), Anno 2013

Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni	Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni
Piemonte	3.3	3.3	Marche	4.2	3.6
Valle d'Aosta	3.6	3.6	Lazio	2.9	1.7
Lombardia	3.2	2.9	Abruzzo	4.1	3.0
P.A. Bolzano	5.9	1.7	Molise	4.4	1.5
P.A. Trento	5.1	4.2	Campania	4.7	1.8
Veneto	3.5	2.0	Puglia	3.8	2.2
Friuli Venezia Giulia	4.3	3.9	Basilicata	4.6	2.3
Liguria	3.5	3.5	Calabria	3.3	2.4
Emilia-Romagna	3.1	4.1	Sicilia	4.9	2.8
Toscana	3.1	3.5	Sardegna	5.1	4.3
Umbria	5.7	6.2	Totale	3.8	2.8

(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte Cedap 2013)

Scendendo nel dettaglio, in alcune Regioni c'è un numero maggiore di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Emilia Romagna, Toscana, Umbria), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG, ed in altri la distribuzione è la medesima (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria).

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Campania, ogni 4.7 punti nascita ci sono 1.8 punti IVG, e in Sicilia, dove ogni 4.9 punti nascita, ci sono 2.8 punti IVG), comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG. In questi due casi, comunque, si è in presenza di regioni in cui è prevista una riduzione dei punti nascita a seguito di una riorganizzazione: una volta a regime, il rapporto fra punti nascita e IVG sarà più simile a quello delle altre regioni.

E' importante ricordare, infatti, che un obiettivo della politica sanitaria italiana, secondo l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, è quello della messa in sicurezza dei punti nascita, che prevede una riorganizzazione degli stessi con la chiusura di quelli in cui si effettuano meno di 500 parti l'anno. L'obiettivo di ridurre i punti nascita è finalizzato a concentrare i parti in strutture più adeguate, con personale più esperto, in grado così di garantire una maggiore sicurezza dell'evento nascita per una piena tutela della salute della donna e del bambino.

Secondo tale approccio sarebbe opportuno monitorare, per quanto riguarda le IVG, i punti che ne effettuano poche, analogamente a quanto accade per i punti nascita. Tale considerazione vale ancor di più per le IVG tardive, quelle dopo il primo trimestre di gravidanza, casi in cui l'intervento andrebbe eseguito solo nelle strutture con un reparto di terapia intensiva neonatale, considerando la necessità di assistere l'eventuale nato vivo, a seguito di IVG tardiva.

Preso atto che la numerosità delle strutture è più che adeguata alle IVG effettuate in Italia, si approfondisce di seguito il rapporto tra IVG e operatori sanitari non obiettori.

PARAMETRO 3: Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.

Dai dati relativi al numero di IVG effettuate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva, come mostra la tabella seguente, che il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore viene sostanzialmente confermato sia rispetto a quello del 2012, basato sulla rilevazione ad hoc su base regionale avviata dal Ministero, che rispetto a quanto già indicato nella relazione ancora precedente, relativa all'anno 2011 che faceva riferimento ai dati del Sistema di Sorveglianza. Il monitoraggio ad hoc effettuato per il 2013 a livello sub-regionale conferma, quindi, la bontà del dato aggregato regionale, già comunicato negli anni passati.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2011-2012-2013 (considerando 44 settimane lavorative all'anno)

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore		
	(dato 2011 – Sistema di sorveglianza IVG)	(dato 2012 - rilevazione ad hoc per regione)	(dato 2013 - rilevazione ad hoc per asl)
Piemonte	1.5	1.3	1.7
Valle D'Aosta	0.5	0.4	0.6
Lombardia	1.3	1.4	1.4
P.A. Bolzano	2.2	1.5	3.5
P.A. Trento	1.4	1.2	1.0
Veneto	1.8	1.3	1.1
Friuli Venezia Giulia	0.8	0.9	0.8
Liguria	1.7	1.4	2.0
Emilia-Romagna	1.2	-	1.0
Toscana	1.5	1.0	1.0
Umbria	1.2	0.9	1.1
Marche	1.2	0.8	1.0
Lazio	4.0	4.2	3.4
Abruzzo	3.3	2.8	1.9
Molise	2.6	-	4.7
Campania	3.8	3.3	3,5 (*)
Puglia	1.8	2.4	3.1
Basilicata	1.1	2.8	2.0
Calabria	1.7	2.2	1.6
Sicilia	3.0	0.7	4.0
Sardegna	0.6	0.6	0.5
TOTALE	1.6	1.4	1.6

(*) dato calcolato su base aggregata regionale in quanto non pervenuto per ASL

Entrando nel merito dei dati, quelli relativi al 2013 indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei), il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.5 della Sardegna alle 4.7 del Molise (erano 0.4 e 4.5 i valori minimi e massimi nel 2012) con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana (era 1.4 nel 2012 e 1.6 nel 2011).

Si conferma, quindi, quanto già osservato nelle scorse relazioni al Parlamento, relativamente all'applicazione della Legge 194/78: il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Quindi gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale.

Una stima della variazione negli anni degli interventi di IVG a carico del personale non obiettore mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente all'anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana) a 69.0 IVG nel 2013 (pari a 1.6 IVG a settimana), come mostra la seguente tabella.

Evoluzione storica dal 1983 al 2013 degli interventi di IVG, del numero di ginecologi non obiettori e del carico di lavoro per IVG a livello nazionale

anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ogni ginecologo non obiettore
1983	233'976	1'607	145.6	3.3
1992	155'266	1'415	109.7	2.5
2001	132'234	1'913	69.1	1.6
2011	111'415	1'507	73.9	1.6
2013	102'760	1'490	69.0	1.6

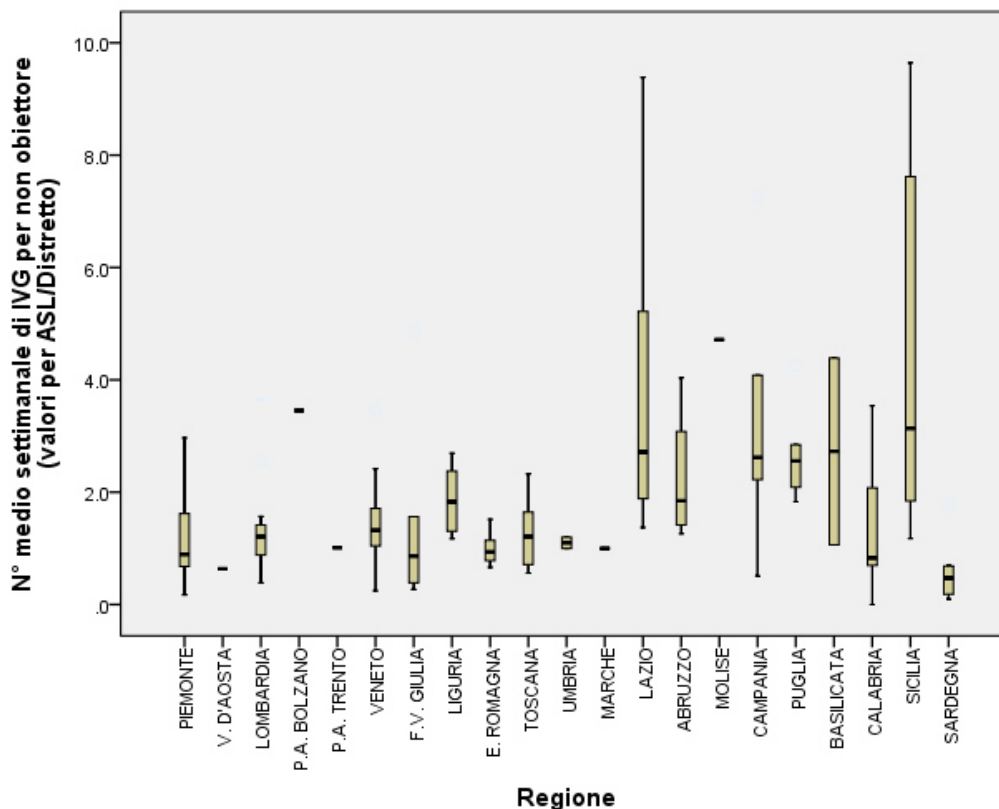
Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza è quindi sempre stato congruo al numero degli interventi di IVG complessivo.

A fronte di ciò, come detto sopra, nell'ultima riunione tenutasi lo scorso 14 gennaio 2015 presso la sede del Ministero della Salute con i rappresentanti delle regioni, si è convenuto, insieme agli stessi rappresentanti, di procedere ad un ulteriore, dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio all'interno delle singole regioni.

Quest'anno si è riusciti a calcolare a livello sub-regionale, a livello di ASL/distretto, il terzo parametro, relativo al carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore. La situazione è riassunta nel seguente grafico box plot (figura 9) e nella relativa tabella dei dati che fa vedere i valori minimi e massimi e la mediana (valore che divide a metà una distribuzione).

Il grafico box plot, o diagramma a scatola e baffi, è un rappresentazione grafica utilizzata per descrivere la distribuzione di una variabile, simmetrica o asimmetrica che sia, tramite semplici indici di dispersione e di posizione (minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile, massimo). Più le linee e i rettangoli sono lunghi, maggiore è la variabilità.

Figura 9 Grafico box plot del carico di lavoro settimanale medio per IVG per regione per ginecologo non obiettore (valori per ASL/distretto). Anno 2013.



Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a livello sub-regionale (valori minimo, mediana, massimo). Anno 2013

Regioni	min	mediana	max
PIEMONTE	0.2	0.9	3.0
V. D'AOSTA	0.6	0.6	0.6
LOMBARDIA	0.4	1.2	3.6
P.A. BOLZANO	3.5	3.5	3.5
P.A. TRENTO	1.0	1.0	1.0
VENETO	0.2	1.3	3.5
F.V. GIULIA	0.3	0.9	4.8
LIGURIA	1.2	1.8	2.7
E. ROMAGNA	0.7	0.9	1.5
TOSCANA	0.6	1.2	2.3
UMBRIA	1.0	1.1	1.2
MARCHE	1.0	1.0	1.0
LAZIO	1.4	2.7	9.4
ABRUZZO	1.3	1.8	4.0
MOLISE	4.7	4.7	4.7
CAMPANIA (*)	0.5	2.6	7.3
PUGLIA	1.8	2.6	4.3
BASILICATA	1.1	2.7	4.4
CALABRIA	0.0	0.8	3.5
SICILIA	1.2	3.1	9.6
SARDEGNA	0.1	0.5	1.8

(*) dato parziale in quanto rilevato solo per alcune ASL

Come è evidente per quanto riguarda il carico di lavoro settimanale per IVG di ogni ginecologo non obiettore la situazione è diversa da regione a regione, ma risulta nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale. E anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore (Lazio e Sicilia), cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro che si discostano molto dalla media regionale (outlier), si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci, cioè con un carico di IVG per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. In particolare i valori più elevati sono 9.6 e 9.4, rispettivamente in una Asl della Sicilia e del Lazio; tutti gli altri valori risultano inferiori.

Al fine di considerare gli operatori in relazione al tempo di lavoro effettivo presso la struttura, ed escludere la possibilità di contare più volte uno stesso operatore presente in strutture diverse, il monitoraggio ha previsto anche la rilevazione dei ginecologi non obiettori in termini di FTE (Full Time Equivalent) dove l'unità di misura FTE corrisponde al numero di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno. Il valore in FTE pari ad 1 equivale ad una persona che lavora a tempo pieno, un lavoratore part-time al 50% corrisponde a 0.5 FTE. Tuttavia, anche per il 2013, si conferma che il carico di lavoro settimanale rilevato rispetto al numero di ginecologi non obiettori in termini di unità di personale non risulta sostanzialmente diverso da quello rilevato in termini di FTE, come già rilevato nel 2012. Un'unica eccezione si è riscontrata per la regione Molise in cui il numero limitato di ginecologi non obiettori a disposizione determina un raddoppio del carico di lavoro calcolato in base agli FTE, pari a 9.4 IVG settimanali, comunque inferiore a 10.

Dall'analisi del parametro 3 a livello sub-regionale si evince, quindi, che eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi sono probabilmente da ricondursi a situazioni ancora più locali di quelle

delle singole aziende sanitarie locali, rilevate nella presente relazione, e probabilmente andrebbero ricondotte alle singole strutture. A tale proposito si ricorda che l'art.9 della Legge 194/78 dispone che: "Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

Va anche ricordato che la concentrazione di alcune prestazioni sanitarie, come ad esempio l'IVG, in alcune strutture potrebbe essere non una difformità non voluta, ma il risultato di una programmazione delle amministrazioni, volta ad accorpate i servizi nel territorio stesso. Un monitoraggio dettagliato come quello proposto nella presente relazione è comunque un supporto fondamentale per verificare effettivamente l'offerta del servizio e i carichi di lavoro dei ginecologi non obiettori e andrebbe riproposta a livello locale per una buona programmazione dei servizi.

D'altra parte, ci sono evidenze che mostrano come non sia il numero di obiettori di per sé a determinare l'accesso all'IVG, ma il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della legge 194/78.

Relativamente ai tempi di attesa sulla base dei dati disponibili si vede come in alcune regioni all'aumentare degli obiettori di coscienza diminuiscano i tempi di attesa delle donne, e, viceversa, in altre regioni al diminuire del numero di obiettori aumentino i tempi di attesa, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare. Nella tabella a pagina seguente vengono mostrati i dati su tasso di abortività, obiezione di coscienza e tempi di attesa, con dettaglio regionale, in un confronto fra la situazione del 2006 e quella del 2013.

Tasso di abortività (T.AB), obiezione di coscienza e tempi di attesa (T.AT). Raffronto tra l'anno 2006 e l'anno 2013 con dettaglio regionale

REGIONE	Anno 2013					Anno 2006				
	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg
ITALIA	7.6	102760	70.0	62.3	10.2	9.4	131018	69.2	56.7	12.4
ITALIA SETT.	7.8	46814	63.5	61.7	10.3	9.8	59829	65.2	53.2	13.3
Piemonte	9.1	8452	67.4	68.3	7.4	11.4	11030	62.9	51.1	13.7
Val d'Aosta	9.0	252	13.3	65.1	9.1	9.6	274	16.7	40.5	7.8
Lombardia	7.7	16778	63.6	54.4	13.5	10.0	22248	68.6	58.6	11.3
Bolzano	5.1	608	92.9	52.0	12.7	4.9	564	74.1	44.7	15.2
Trento	6.8	801	60.0	54.1	13.2	11.6	1358	64.0	62.7	11.1
Veneto	5.4	5909	76.2	48.6	16.7	6.4	7090	79.1	34.0	23.4
Friuli V.G.	6.8	1744	58.4	68.1	6.1	8.0	2107	59.8	54.4	11.0
Liguria	9.9	3109	65.4	71.1	7.8	10.9	3700	56.3	51.1	14.1
Emilia Romagna	9.6	9161	51.8	73.7	4.8	12.2	11458	53.5	56.8	11.1
ITALIA CENTR.	8.3	21739	68.8	56.5	12.6	10.9	28888	71.0	55.2	13.4
Toscana	8.5	6722	56.2	60.6	11.1	11.0	8879	55.9	63.3	9.3
Umbria	8.6	1666	65.6	43.8	17.6	11.1	2178	70.2	51.0	13.3
Marche	6.1	2050	68.8	66.8	8.6	7.4	2581	78.4	73.9	5.6
Lazio	8.8	11301	80.7	54.0	13.5	11.8	15250	77.7	47.8	17.2
ITALIA MERID.	7.4	24437	83.2	71.0	6.9	8.8	30716	71.5	63.6	9.9
Abruzzo	7.9	2314	80.7	68.7	9.4	8.8	2709	45.5	71.9	4.9
Molise	6.0	415	93.3	88.9	1.2	8.3	620	82.8	NR	NR
Campania	7.1	9974	81.8	74.6	4.3	8.2	12049	83.0	62.1	10.3
Puglia	8.9	8443	86.1	70.7	7.8	11.2	11333	79.9	60.9	11.5
Basilicata	4.7	620	90.2	86.4	2.7	4.9	701	44.0	78.0	3.5
Calabria	5.8	2671	72.9	55.4	12.5	6.6	3304	73.5	64.9	10.0
ITALIA INSULARE	6.3	9770	74.1	59.2	11.4	7.0	11585	76.3	66.0	8.9
Sicilia	6.6	7691	87.6	56.3	12.7	7.5	9303	84.2	62.0	10.5
Sardegna	5.6	2079	49.7	69.4	7.0	5.5	2282	57.3	77.8	4.1

La prima riga è relativa ai dati nazionali. Dai dati si osserva che dal 2006 al 2013 gli aborti sono diminuiti sia come tasso che come numerosità. I ginecologi obiettori sono aumentati, dal 69.2% al 70%. La percentuale di donne che aspetta meno di due settimane (“meno tempo”) fra rilascio del certificato e intervento è aumentata, dal 56.7% al 62.3%, il che significa che il servizio IVG è migliorato. Al tempo stesso, diminuisce la percentuale di donne (dal 12.4% al 10.2%) che aspetta da 22 a 28 giorni (quindi “più a lungo”).

Quindi in sei anni in Italia, in media, gli obiettori sono aumentati e i tempi di attesa diminuiti, cioè migliorati.

La tabella mostra poi gli stessi dati, regione per regione, e vediamo che le situazioni sono le più diverse.

Per esempio, nel Lazio, gli obiettori in sei anni sono aumentati dal 77.7% all'80.7% e i tempi di attesa diminuiti (aumentano dal 47.8% al 54.0% le donne che aspettano “meno tempo”, e calano dal 17.2% al 13.5% quelle che aspettano “più a lungo”). Un andamento analogo si ha in Piemonte, per esempio: gli obiettori aumentano dal 62.9% al 67.4%, e i tempi di attesa diminuiscono in modo consistente (aumentano dal 51.1% al 68.3% le donne che aspettano meno tempo e diminuiscono dal 13.7% al 7.4% quelle che aspettano più a lungo).

In Lombardia, invece, gli obiettori sono diminuiti – dal 68.6% al 63.6% - e i tempi di attesa aumentano, cioè sono peggiorati (diminuiscono le donne che aspettano meno tempo, dal 58.6% al 54.4%, aumentano quelle che aspettano più a lungo, da 11.3% a 13.5%). Anche in Umbria e

Marche gli obiettori diminuiscono e i tempi di attesa aumentano (ad esempio nelle Marche gli obiettori passano dal 78.4% al 68.8%, le donne che aspettano “poco” diminuiscono dal 73.9% al 66.8%, e quelle che aspettano “molto” aumentano dal 5.6% all’8.6%), cioè peggiorano nonostante la diminuzione degli obiettori.

In Emilia Romagna la situazione è ancora diversa: diminuiscono gli obiettori (dal 53.5% al 51.8 %) e anche i tempi di attesa (aumentano dal 56.8% al 73.7% le donne che aspettano meno tempo e diminuiscono dall’11.1% al 4.8% quelle che aspettano più a lungo), che quindi sono migliorati.

Da questi esempi si vede che non c’è correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall’organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che, naturalmente, variano da regione e regione (e probabilmente anche all’interno della stessa regione).

Ricordiamo che, già ad oggi, è possibile per l’organizzazione sanitaria regionale attuare sia forme di mobilità del personale sia forme di reclutamento differenziato.

4.2 Attività dei consultori familiari per l’IVG

Lo scorso anno è stata presentata la prima rilevazione dell’attività dei consultori familiari per l’IVG, effettuata sul territorio italiano dall’applicazione della Legge 194. Quest’anno la raccolta dati è migliorata in quanto sono stati raccolti i dati per il 79% dei consultori. Oltre alle informazioni sul numero di ginecologi in servizio, obiettori e non, rilevati in relazione alla tipologia di contratto e in termini di unità (sia in valore assoluto che in termini di Full Time Equivalent), è stato richiesto, come lo scorso anno, anche il numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

La raccolta dati si è rivelata problematica, considerando anche la grande difformità territoriale dell’organizzazione dei consultori stessi, che mutano spesso di numero a causa di accorpamenti e distinzioni fra sedi principali e distaccate, la cui differenziazione spesso non è chiara e risponde a criteri diversi fra le diverse regioni.

In precedenza il Ministero della Salute aveva curato il rapporto “Organizzazione e attività dei consultori familiari pubblici in Italia - anno 2008”, reso pubblico il 18 novembre del 2010, tuttora disponibile nel sito del Ministero, dove però non erano stati rilevati alcuni dati richiesti in questo monitoraggio.

Tuttavia, dai dati pervenuti si conferma la grande variabilità tra le Regioni nel ricorso al consultorio per le attività collegate all’IVG.

Le differenze che si osservano in parte sono dovute al fatto che la rilevazione, anche se migliorata, non ha una copertura completa in tutte le Regioni; è necessario inoltre tenere conto delle diverse modalità organizzative a livello locale, nel rapporto tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri, nella presa in carico della donna che vi si rivolge per una IVG.

In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere (22% vs 70%).

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l’effettiva azione per aiutare la donna “a rimuovere le cause che la porterebbero all’interruzione della gravidanza” (art. 5 L.194/78).

Si osserva inoltre che l’attività effettuata per quanto riguarda i controlli post IVG è minore rispetto a quella dei colloqui e del rilascio di certificati. La consulenza post IVG, fornita dal

consultorio, è una buona occasione di promozione per una procreazione responsabile, pertanto sarebbe importante promuoverla e implementarla ulteriormente.

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2013

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consultori	n° ginec.	% obiet.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTALE IVG Anno 2013
Piemonte	159	74%	250	20%	7934	5979	2748	8452
Valle d'Aosta	9	41%	10	90%	9	0	36	252
Lombardia	84	32%	238	n.d.	nd	320	nd	16778
P.A. Bolzano	13	93%	12	8%	45	13	5	608
P.A. Trento	11	100%	35	3%	575	441	335	801
Veneto	113	95%	127	16%	4400	2774	999	5909
Friuli Ven. Giulia	26	100%	28	7%	4050	1394	1021	1744
Liguria	73	100%	n.d.	n.d.	nd	1492	nd	3109
Emilia Romagna	219	89%	232	22%	10911	5365	1952	9161
Toscana	189	81%	248	27%	4858	3512	1701	6722
Umbria	33	100%	49	6%	1080	1031	428	1666
Marche	42	82%	40	25%	1865	1542	695	2050
Lazio	106	71%	158	4%	10246	6657	3092	11301
Abruzzo	52	76%	48	27%	783	90	79	2314
Molise	4	100%	8	0%	304	155	33	415
Campania	105	66%	162	31%	3738	2765	375	9974
Puglia	138	95%	188	15%	3020	2471	1464	8443
Basilicata	27	100%	20	20%	473	309	154	620
Calabria	70	100%	96	16%	1785	1237	462	2671
Sicilia	190	99%	202	67%	2887	2273	1187	7691
Sardegna	59	86%	66	23%	715	460	137	2079

TABELLE

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2012-2013
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2002-2013
- 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 23bis - Strutture con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano 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