

78° Congresso Nazionale SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia

Perugia 9-13 novembre 2002

Epidemiologia. Cosa è successo e cosa è cambiato nelle IVG negli ultimi anni?

Michele E. Grandolfo, Angela Spinelli, Marina Pediconi

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Istituto Superiore di Sanità

Viale Regina Elena 299 00161 Roma

Tel: 06 49902479, e-mail: migrando@iss.it

Fax: 06 49387069

Introduzione

La legge 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza” è stata approvata dal Parlamento italiano nel Maggio del 1978 ed i risultati del referendum abrogativo del 1981 hanno confermato la decisione del legislatore.

La legge prescrive che il Ministro della Sanità (oggi, della Salute) presenti al Parlamento una relazione annuale sull’applicazione della legge stessa. A questo scopo l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Ministero della Sanità hanno realizzato, con la collaborazione delle Regioni, un sistema di sorveglianza attivo, basato sull’elaborazione regionale dei modelli D12 ISTAT, secondo uno schema predisposto dall’ISS a livello nazionale (distribuzioni di frequenza per ognuna delle variabili considerate nel modello D12: età, residenza, cittadinanza, stato civile, istruzione, occupazione, storia riproduttiva, età gestazionale, luogo della certificazione e dell’intervento, tipo di intervento e di anestesia, eventuali complicanze e durata della degenza). Ulteriori informazioni raccolte riguardano l’obiezione di coscienza e i consultori familiari presenti sul territorio.

L’ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con i referenti regionali, e all’elaborazione dei dati, sulla cui base redige, di concerto con il Ministero, la bozza di relazione da sottoporre al Ministro, per il rispetto degli obblighi di legge verso il Parlamento.

L'intenzione del legislatore era di sorvegliare l'evoluzione del fenomeno che si auspicava dovesse diminuire, una volta espressa nella legalità l'abortività clandestina, in seguito a una maggiore diffusione delle conoscenze, delle consapevolezze e delle competenze riguardo i metodi per la procreazione responsabile.

Il timore, in particolare da parte di chi manteneva una posizione contraria alla legalizzazione, era che la "facilitazione" di accesso all'IVG potesse, al contrario, favorire un maggiore ricorso all'aborto come metodo di controllo della fecondità, in contrasto con i dettami e gli auspici della legge.

Il sistema di sorveglianza, operativo dal 1981, ha permesso di seguire il fenomeno con una accuratezza, completezza e tempestività che non hanno uguali nel resto del mondo industrializzato.

Parte integrante del sistema di sorveglianza era ed è: a) il costante ritorno dell'informazione alle Regioni e, per il loro tramite, al livello locale; b) l'organizzazione periodica di incontri nazionali con i referenti regionali per discutere delle evidenze proposte dall'analisi scientifica dei dati e delle possibilità di interventi di prevenzione e razionalizzazione dei servizi; c) l'insieme delle ricerche, indagini di popolazione e studi condotti dall'ISS per approfondire l'analisi, verificare ipotesi e mettere a punto modelli di programmi operativi di intervento.

Come si è detto, il primo obiettivo della legalizzazione era l'eliminazione dell'aborto clandestino e il secondo la riduzione del ricorso all'aborto per il controllo della fecondità. Il sistema di sorveglianza ha permesso di verificare se e in che misura questi obiettivi sono stati raggiunti e cosa rimane ancora da fare.

L'evoluzione del fenomeno

Le stime dell'aborto in Italia negli anni precedenti la legalizzazione variavano da 200mila a 600mila, ma quelle più attendibili si attestavano su 350mila interventi l'anno. (1).

Dal 1978 fino al 1982 si è avuta la fase della sempre più estesa espressione nella legalità del fenomeno abortivo, in seguito all'attivazione dei servizi, che ha avuto tempi e modi differenziati nelle Regioni (Tab.1, Fig.1). La disponibilità dei servizi, infatti, non è stata omogenea, nella qualità e quantità, con la prevedibile penalizzazione della realtà del Meridione, ad eccezione della Puglia, dove invece, come nelle Regioni del Centro Nord, in ogni USL è stata garantita l'offerta, anche se con un coinvolgimento molto elevato di cliniche convenzionate. Così nel 1982 si osservavano tassi di abortività più elevati nelle Regioni del Centro-Nord, rispetto a quelli nelle Regioni del Sud.

Tuttavia, i tassi di abortività legale nelle Regioni meridionali, anche tenendo conto dei fenomeni di migrazione interregionale, non erano compatibili con i risultati della I^a Indagine sulla Fecondità del 1979 (2), secondo i quali per le donne coniugate del Sud risultava una storia di abortività pregressa maggiore di quella rilevata per le donne residenti nel Centro-Nord. L'eccezione della Puglia rappresentava un'ulteriore conferma che i più bassi tassi di abortività osservati nelle Regioni meridionali stavano ad indicare una difficoltà dei servizi ad esprimere un'offerta adeguata ai bisogni reali e, quindi, di una possibile persistenza di un residuo di abortività clandestina.

Si pose, pertanto, l'esigenza di effettuare stime dell'abortività clandestina residua, con l'impiego di modelli matematici, avendo cura di evidenziare anche i differenziali regionali. A questo scopo l'ISS ha impiegato tre diversi modelli matematici, uno dei quali in grado di apprezzare anche il livello regionale (3). Applicati alla situazione del 1983, i tre modelli hanno fornito stime molto simili, attorno a 100mila, di aborto clandestino residuo che, sommato a quello legale (234mila), portava a una abortività complessiva dello stesso ordine di grandezza di quanto stimato prima della legalizzazione. Si confermava, con i risultati del terzo modello, la maggiore persistenza dell'aborto clandestino al Sud (oltre il 70%).

Nel 1982 si è registrato il più alto numero di IVG (234801) e il più alto tasso di abortività (17.2 IVG per 1000 donne 15-49a) e dal 1983 è iniziata una lenta ma costante diminuzione dell'abortività, sia legale che clandestina. Negli ultimi anni, la diminuzione dell'abortività legale ha subito un rallentamento principalmente in seguito al contributo sempre più consistente delle donne immigrate. Infatti, queste donne, il cui numero è andato via via aumentando nel nostro Paese, hanno una tendenza ad abortire maggiore delle donne italiane: rispetto a quest'ultime il loro tasso di abortività è stato stimato essere circa 30 per 1000, cioè tre volte superiore al valore tra le italiane (4).

Nel 2000 sono state notificate 135113 IVG e, nel 2001 130512 interventi, secondo i dati preliminari, pari a un tasso di abortività di 9.3 per 1000, con una riduzione rispetto al 1982 del 44.4% e del 45.9%, rispettivamente (5). Per il 2000 sono stati stimati 21100 aborti clandestini (il 90% dei quali al Sud), con una riduzione del 78.9% rispetto al 1983.

Le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera sono state 8967 (6.4% del totale delle IVG) nel 1995 e 21201 (15.7%) nel 2000 (Tab. 2).

L'Interpretazione del fenomeno.

La riduzione, sia dell'abortività legale che di quella clandestina, indica chiaramente che dalla legalizzazione la tendenza al ricorso all'aborto si è ridotta in modo significativo ed è quindi aumentata la competenza delle donne e delle coppie a regolare efficacemente la fecondità con i metodi della procreazione responsabile. Questa interpretazione è compatibile con quanto accertato attraverso indagini di popolazione condotte in Italia nel decennio successivo alla legalizzazione (6): il ricorso all'aborto non risultava una scelta di elezione (opzione contraria allo spirito della legge) ma un'ultima ratio, in seguito al fallimento e/o all'uso scorretto di metodi per il controllo della fecondità (essendo più usati quelli a più bassa efficacia teorica e di uso corretto più difficile).

Era prevedibile che la maggiore circolazione dell'informazione e il maggiore impegno dei servizi (in primis i consultori familiari, soprattutto nell'azione preventiva) avrebbe aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze. Era altrettanto prevedibile che questo processo di "empowerment" avrebbe coinvolto più rapidamente le sezioni di popolazione più istruite, quelle con maggiori contatti sociali, con relazioni sessuali più stabili e residenti in aree geografiche con maggiore presenza fisica e maggiore impegno dei servizi consultoriali o comunque impegnate nell'attività di promozione della salute riproduttiva.

Se il ricorso all'aborto fosse stata una scelta d'elezione non si sarebbe osservata una riduzione perché la legalizzazione avrebbe "facilitato" la pratica abortiva e, quindi, un aumento nel tempo del tasso di abortività.

La previsione di differenziali di riduzione per specifiche condizioni è stata ampiamente confermata dall'analisi dell'evoluzione del fenomeno. Le coniugate rispetto alle nubili, le occupate rispetto alle casalinghe, le più istruite (scuola media superiore o più) verso le meno istruite hanno presentato maggiori decrementi dei corrispondenti specifici tassi di abortività (Tab.3).

L'analisi dell'andamento dell'abortività ripetuta ha fornito il più convincente argomento a favore dell'ipotesi che la legalizzazione abbia determinato la riduzione del ricorso all'aborto. Infatti nell'ipotesi di costanza nel tempo del rischio di abortire e del rischio di riabortire, negli anni successivi alla legalizzazione è da attendersi un aumento della percentuale di IVG effettuate da donne che hanno già abortito (nella legalità), perché anno dopo anno aumenta il numero di donne con precedente esperienza abortiva (pure considerando le perdite per fuoriuscita dalla fecondità). Assunti i livelli di rischio in un definito contesto, nell'ipotesi di una loro costanza è possibile ottenere, con un modello matematico, i valori attesi di percentuali di aborti ripetuti, negli anni successivi alla legalizzazione: si ottiene un incremento, più consistente all'inizio, sempre più ridotto successivamente, fino a raggiungere un livello di plateau dopo trent'anni dalla legalizzazione. Se il rischio di abortire e quello di riabortire dovessero aumentare nel tempo in seguito alla "facilitazione" del ricorso all'aborto (scelta di elezione), la curva delle percentuali di aborti

effettuati da donne con precedente esperienza abortiva si collocherebbe al di sopra di quella ottenuta nell'ipotesi di costanza dei rischi. Se, invece la legalizzazione dovesse favorire il ricorso a metodi alternativi all'aborto per il controllo della fecondità, e quindi diminuisse nel tempo il rischio di abortire e di riabortire, la curva delle percentuali di aborto ripetuto dovrebbe attestarsi sotto quella attesa. L'applicazione del modello matematico alla situazione italiana (7) ha fornito l'andamento atteso dell'abortività ripetuta, che viene messo a confronto con quello effettivamente osservato nella Fig.2. Le percentuali di aborti ripetuti osservate in Italia negli ultimi anni (in diminuzione) sono circa la metà di quelle attese (nel 2000, 24.9% osservato contro 44.2% atteso).

Possibilità di prevenzione e di miglioramento dei servizi.

I differenziali di riduzione dei tassi di abortività per specifiche condizioni stanno a indicare che il benefico effetto della legalizzazione nella riduzione dell'abortività clandestina e nella riduzione generale del ricorso all'aborto come metodo per la regolazione della fecondità non si è realizzato con sufficiente equità, mentre sarebbe responsabilità della sanità pubblica ridurre gli effetti delle disuguaglianze sociali sullo stato di salute, sui suoi determinanti, sull'accesso ai servizi e sulle opportunità di promozione.

La prevenzione e promozione della salute richiedono strategie operative basate su una chiara definizione ed identificazione della popolazione bersaglio e sull'offerta attiva iscritta in un processo di coinvolgimento in grado di superare la barriera della comunicazione, soprattutto per le sezioni di popolazione più difficili da raggiungere; la metodologia dell'intervento deve essere iscritta nel modello dell'"empowerment" (promozione della riflessione sul vissuto quotidiano e sulla memoria storica della comunità di appartenenza su cui incardinare le nuove conoscenze, per lo sviluppo di consapevolezza e competenze autonome).

Non si tratta di formulare programmi settoriali ma integrare le attività nel contesto dei programmi strategici previsti dal Piano Sanitario Nazionale riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti.

Ulteriori importanti riduzioni del tasso di abortività possono essere ottenuti anche nel breve tempo. E' incomprensibile che si perda una grande opportunità offerta nel puerperio (per non parlare dell'assistenza prenatale) di offrire consulenza e sostegno riguardo la ripresa dei rapporti sessuali e sulla procreazione responsabile. La mancata opportunità è della stessa gravità della mancata offerta in puerperio della vaccinazione contro la rosolia alle donne rubeotest-negative o prive di rubeotest. Indagini condotte dall'ISS (8, 9) hanno evidenziato quanto poco si faccia al riguardo.

Analogamente si dovrebbe procedere nei programmi di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, l'offerta attiva del Pap-test dovrebbe essere accompagnata dall'offerta di counselling e sostegno riguardo la procreazione responsabile.

L'estensione dell'offerta attiva dei corsi di informazione ed educazione sessuale a tutta la popolazione scolarizzata (scegliendo opportune età filtro) rappresenta non solo una non più rinviabile risposta a bisogni chiaramente espressi dagli/le adolescenti (10), ma anche un ulteriore contributo alla diminuzione del ricorso all'aborto, sul medio, lungo periodo.

L'emergenza del fenomeno migratorio in Italia pone nuove sfide per la maggiore difficoltà di coinvolgimento della popolazione femminile immigrata, non solo per la dimensione culturale, ma anche per le condizioni sociali: modalità innovative di offerta attiva di counselling e sostegno andrebbero sperimentate, con il coinvolgimento delle comunità e delle organizzazioni non governative e con la promozione della "peer education".

Riguardo il miglioramento dei servizi, in primo luogo va stigmatizzata la tendenza a ridurre la presenza dei consultori familiari, in contrasto con i dettami della legge 34/96, esplicitamente richiamata nel Piano Sanitario Nazionale. I consultori familiari (adeguatamente potenziati, secondo le linee di indirizzo del Progetto Obiettivo Materno Infantile), servizi integrati di base per la promozione della salute, a partire da quella riproduttiva, non solo dovrebbero svolgere il ruolo

principale nei tre programmi strategici citati, ma dovrebbero essere maggiormente coinvolti nella certificazione. A tale scopo, garantita la loro esistenza fisica, la presenza delle competenze necessarie e la loro disponibilità al rilascio del certificato, basterebbe che potessero prenotare direttamente per le analisi pre-IVG e per l'intervento, per avere incrementi molto significativi delle certificazioni rilasciate da tali servizi. Sono evidenti le grandi opportunità di prevenzione, soprattutto dell'aborto ripetuto.

Riguardo, invece, le modalità di espletamento dell'IVG, è da sottolineare l'esteso impiego dell'anestesia generale (82% nel 2000), nonostante l'evidenza scientifica di una sua associazione con una maggiore incidenza di complicazioni post-abortive (11), tenendo conto che oltre l'80% delle IVG viene effettuato entro la 10a settimana gestazionale, e non trascurando il più consistente impiego di strutture e risorse, rispetto all'anestesia locale. Studi, condotti anche dall'ISS non confermano la validità delle giustificazioni addotte per il suo impiego (12). Sarebbero indicati corsi di formazione e aggiornamento professionale sull'anestesia locale. Alla riduzione dei costi si assocerebbe una maggiore tutela della salute della donna.

Conclusioni

L'analisi dell'evoluzione del ricorso all'aborto in Italia, mostra che gli obiettivi del legislatore nel promulgare la legge 194/78 sono stati raggiunti e che investire sulla responsabilità e sulla consapevolezza delle donne è stata la carta vincente. Ulteriori obiettivi di riduzione possono essere raggiunti se si ha cura di prestare maggiore attenzione e di dedicare maggiori risorse nel coinvolgimento delle sezioni maggiormente svantaggiate della popolazione. Anche i servizi hanno grandi possibilità di migliorare la loro efficacia ed efficienza, producendo risparmi e maggiore tutela della salute delle donne. L'immigrazione pone nuove sfide che vanno accettate per cimentare le competenze professionali (e, attraverso questo cimento, per svilupparle in modo innovativo) nella promozione della salute.

Bibliografia

1. Figà Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. *Genus*. 1976; 1-2(32): 91-107.
2. De Sandre P (a cura di). Indagine sulla fecondità in Italia 1979. Rapporto Generale Vol. I. Metodologia ed analisi. Bologna: Tecnoprint, 1982.
3. Figà Talamanca I, Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contracezione, Fertilità, Sessualità*. 1986; 13: 263-269.
4. Spinelli A, Boccuzzo G. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia. In: *Supplemento Atti della VI Consensus Conference sulle Migrazioni-Palermo 25-28 Maggio 2000*. Affronti M, Lupo M, Messina MR, Eds. Palermo, Università di Palermo. 2000, pp. 83-86.
5. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2000, dati preliminari anno 2001). Presentata dal Ministro della Salute (Sirchia) CAMERA DEI DEPUTATI. Atti Parlamentari XIV Legislatura. Doc. XXXVII N. 3. 2002. <http://www.camera.it/> (<http://www.ministerosalute.it/>)
6. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione. Rapporti ISTISAN 91/25 Istituto Superiore di Sanità Roma 1991.
7. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità*. 1988; 34: 331-338.
8. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità*. 1999; 35: 289-296.
9. Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. Valutazione di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. Rapporti ISTISAN 01/5 Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2001. (versione PDF in: <http://www.iss.it/scientifica/index.htm>).
10. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze attitudini e comportamenti. Rapporti ISTISAN 00/07 Istituto Superiore di Sanità Roma, 2000 (versione PDF in: <http://www.iss.it/scientifica/index.htm>)
11. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol*. 1990; 6: 416-422.

12. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, Grandolfo ME. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *Eur J Obstetrics and Gynecology & Reproductive Biology*. 1996; 70: 145-149.

Tabella 1. Tassi di abortività per Regione e per gli anni considerati, Italia 1979-2000

REGIONE	Tasso di abortività (IVG per 1000 donne 15-49 anni)			
	1979	1982	1991	2000
ITALIA SETTENTRIONALE	15.6	17.7	10.6	9.5
Piemonte	18.6	21.1	12.9	11.1
V. d'Aosta	16.6	19.7	11.6	10.3
Lombardia	14.1	16.8	10.8	9.7
Bolzano	5.4	74.7	4.5	4.1
Trento	10.6	12.1	10.1	9.8
Veneto	10.3	10.4	5.7	5.8
Friuli Venezia Giulia	14.0	17.4	10.6	8.1
Liguria	19.5	19.9	11.8	10.8
Emilia Romagna	22.5	24.9	13.8	12.1
ITALIA CENTRALE	15.7	20.3	12.4	11.0
Toscana	17.8	21.1	12.5	11.0
Umbria	17.9	21.5	14.8	12.7
Marche	13.1	15.5	8.3	7.5
Lazio	14.7	21.0	13.0	11.6
ITALIA MERIDIONALE	10.7	16.1	12.1	10.0
Abruzzi	15.3	17.5	10.6	9.4
Molise	8.9	16.1	15.6	11.1
Campania	7.7	11.5	9.0	8.8
Puglia	16.8	26.4	19.1	13.8
Basilicata	8.5	10.3	6.4	4.4
Calabria	5.4	9.9	9.0	7.6
ITALIA INSULARE	8.4	12.1	8.1	7.4
Sicilia	8.4	12.0	8.1	7.9
Sardegna	8.4	12.2	8.3	6.1
ITALIA	13.6	17.2	11.0	9.6

Tabella 2. Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia (1982-2001)

	Anno								Var % 1982-2000
	1982	1983	1987	1991	1995	1999	2000	2001*	
IVG	234801	233926	191469	160494	139549	139213	135113	130512	- 44.4
Tasso di abortività	17.2	16.9	13.3	11.0	9.7	9.9	9.6	9.3	-45.9
Aborti clandestini (stima)	n.r.	100000	85000	60000	43500	22850	21100	n.d.	-78.9
IVG cittadinanza estera	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	8967	18806	21201	n.d.	

n.r. = dato non rilevato

n.d. = dato non disponibile

* = dati preliminari

Tabella 3. Tassi specifici di abortività per stato civile, istruzione ed occupazione

	Anno			Var % 1981-99
	1981	1991	1999	
Stato civile				
coniugata	17.7	11.6	8.6	-51.4
nubile	11.4	10.2	10.0	-12.3
Istruzione				
Elementare	16.9	14.7	n.d.	-13.0
Media inferiore	21.9	14.1	n.d.	-35.6
Media sup. o laurea	14.2	9.0	n.d.	-36.6
Occupazione				
occupata	14.6	10.2	n.d.	-30.1
casalinga	21.6	18.9	n.d.	-12.5

n.d. = dato non disponibile

Figura 1. Tassi di abortività per area geografica 1982-2000

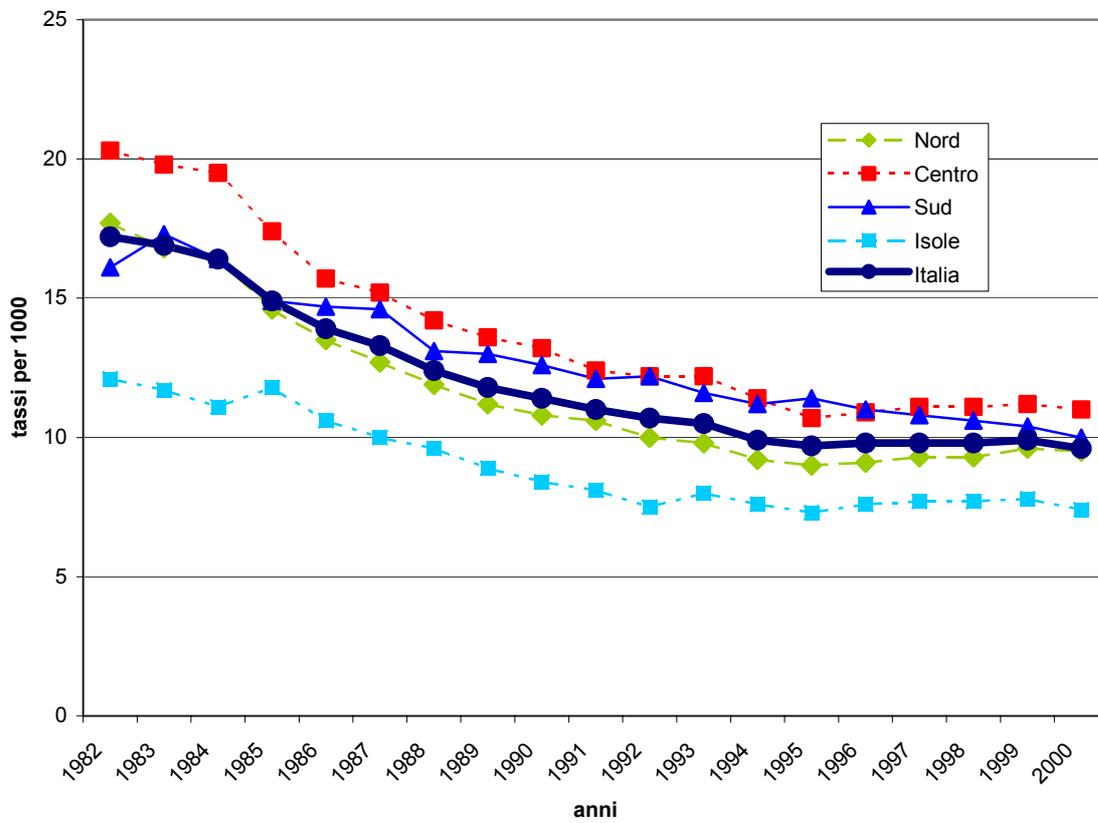
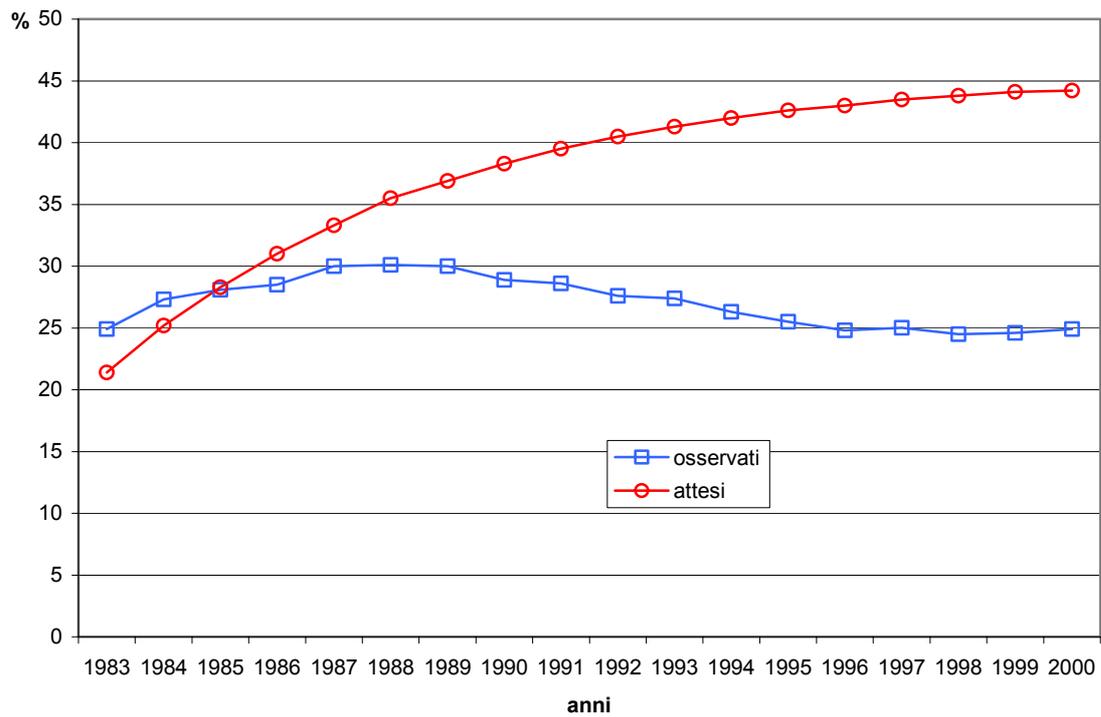


Figura 2. Andamento (%) delle IVG di donne con precedente esperienza abortiva (1983-2000)



NOTA. I valori attesi sono ricavati da modello matematico riportato in:
De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Ann Ist Super Sanità.1988; 34:331-8.