

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA



Michele Grandolfo, Angela Spinelli, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Silvia Andreozzi e Mauro Bucciarelli
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

RIASSUNTO - Dal 1981 è attivo in Italia il Sistema di sorveglianza epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'ISTAT e le Regioni. Le sue funzioni e obiettivi sono: monitorare l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati per la relazione annuale del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dare risposte a quesiti specifici e permettere un approfondimento delle problematiche, ponendo così le basi per la prevenzione del fenomeno e il buon funzionamento delle strutture coinvolte nell'intervento. Nel corso degli anni si è osservata la riduzione del ricorso complessivo all'aborto e la quasi scomparsa dell'aborto clandestino, con conseguente eliminazione della mortalità e morbosità materna a esso associata. Questo andamento è stato in gran parte determinato dalla maggiore circolazione dell'informazione e dall'impegno dei servizi, primi fra tutti i consultori familiari, che hanno aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze delle donne nell'ambito della salute riproduttiva.

Parole chiave: aborto, salute riproduttiva, sorveglianza

SUMMARY (*Epidemiological surveillance system on induced abortion*) - A surveillance system on induced abortion has started in Italy in 1980, coordinated by the National Institute of Health and the Ministry of Health, in collaboration with the Central Statistical Office and the Offices of the individual regions. The objectives are: to monitor the trends in induced abortion, to prepare an annual report for the Minister of Health, to respond to specific enquiries and to undertake investigations into the epidemiology of induced abortion, thus providing a rational base to optimize the use of resources and prepare preventive strategies. Over the years, there has been a steady reduction in induced abortions, and illegal abortion has disappeared to a great degree, eliminating its associated morbidity and mortality. These trends have been due in great part to the availability of information and the activities of the family health centers whose endeavors have improved the knowledge, the awareness and the abilities of women in the field of reproductive health.

Key words: abortion, reproductive health, surveillance

angela.spinelli@iss.it

La Legge 194, emanata il 22 maggio 1978 dal Parlamento italiano, è un'importante legge di sanità pubblica, finalizzata a prevenire il ricorso all'aborto, a eliminare quello clandestino e a regolare le procedure per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), considerata come *extrema ratio* e non come strumento per il controllo delle nascite. Il consultorio familiare viene indicato come servizio cardine per la promozione della salute riproduttiva.

La sorveglianza epidemiologica del fenomeno è stata indicata come una priorità dal legislatore, che ha imposto la notifica obbligatoria di ogni IVG e la presentazione al Parlamento, da parte del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di una relazione annuale sul fenomeno.

In particolare, questa sorveglianza doveva verificare se l'introduzione della legge favoriva o meno la riduzione dell'aborto clandestino e, contestualmente, la diminuzione del rischio di gravidanza indesiderata grazie alla maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole.

Il Sistema di sorveglianza

Dal 1980 è operativo un Sistema di sorveglianza attivo che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute (attualmente Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) da una parte, le Regioni e le Province autonome ►

dall'altra. Il monitoraggio avviene a partire dalla compilazione dei modelli D12 dell'ISTAT con informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio della certificazione e nell'intervento e sulle modalità dell'intervento.

I modelli D12, compilati per ciascun intervento nella struttura in cui è stato effettuato, sono poi inoltrati alla Regione di riferimento, che provvede ad analizzarli per rispondere a un questionario trimestrale e annuale, predisposto dall'ISS, 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 e, quindi, insieme all'ISTAT, all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia. I dati così elaborati vengono analizzati e discussi, non trascurando il confronto internazionale. Viene quindi redatta, con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, la bozza della relazione che il Ministro presenta annualmente al Parlamento.

La relazione riporta i dati sintetici dell'anno precedente a quello della pubblicazione e quelli analitici relativi a due anni prima. Nella relazione possono trovare spazio i risultati di studi e indagini, condotti dall'ISS o da altri, utili per l'interpretazione del fenomeno.

La relazione viene quindi trasmessa alle Regioni, anche per un'ulteriore diffusione presso tutti i servizi direttamente o indirettamente coinvolti nel fenomeno. Sono raccomandate conferenze di servizio per discutere il quadro epidemiologico e formulare proposte operative, anche alla luce delle raccomandazioni nazionali.

Periodicamente, i referenti regionali del Sistema di sorveglianza e dei servizi impegnati nell'attività di promozione della procreazione consapevole vengono invitati a incontri nazionali per discutere delle implicazioni di sanità pubblica deducibili dall'analisi dei dati dell'evoluzione dell'IVG.

L'ISS garantisce alle Regioni consulenza per la programmazione, l'implementazione e la valutazione a livello locale di interventi atti alla prevenzione e al miglioramento della qualità.

Tutto questo insieme di attività costituisce il Sistema di sorveglianza (Figura 1).

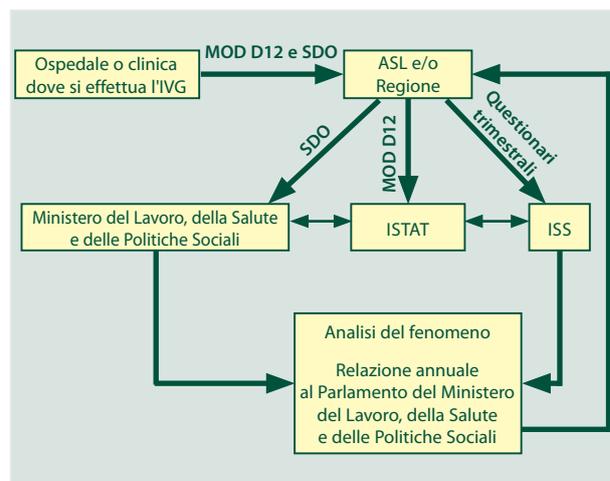


Figura 1 - Flusso del Sistema di sorveglianza delle interruzioni volontarie di gravidanza

Risultati

Dalla legalizzazione fino al 1982 l'andamento delle IVG ha mostrato una più o meno rapida e completa emersione dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220.000 e i 500.000 aborti l'anno (1). Una conferma dell'esistenza di ciò e della sua diminuzione dopo l'emanazione della Legge 194 può essere dedotta dal dimezzamento delle notifiche di aborto spontaneo che, prima del 1978, celavano un ricovero per le complicanze dell'aborto volontario clandestino (1, 2). Nel 1983, verificata la stabilizzazione del fenomeno, è stato necessario quantificare l'aborto clandestino residuo: l'applicazione di tre diversi modelli matematici ha fornito stime sostanzialmente uguali (100.000 aborti), a conforto della loro plausibilità (3). Il 70% dei casi stimati sono risultati al Sud, dove la presenza e il funzionamento dei servizi, con l'eccezione della Puglia, non erano adeguati. L'applicazione di uno dei tre modelli negli anni successivi ha permesso di stimare l'entità dell'aborto clandestino, ridotto nel 2001 a 21.000 unità, di cui il 90% al Sud.

Nel 1982 il tasso di abortività (17,2 IVG per 1.000 donne comprese nella fascia d'età 15-49 anni) e il numero di IVG (234.801) hanno raggiunto i valori più elevati. Da allora si è avuto un decremento costante dell'abortività: nel 2006 sono state notificate 131.018 IVG (Tabella) e nel 2007, secondo i dati preliminari, 127.038, pari a un tasso di 9,1 per 1.000, con una riduzione rispetto al 1982 del 47,1% (4).

Dalla legalizzazione a oggi, considerando i livelli di abortività precedenti alla legalizzazione, si può stimare che sono stati evitati ben 3.300.000 aborti, di cui 1 milione clandestini.

Oggi il tasso di abortività italiano è tra i più bassi dei Paesi industrializzati (Figura 2), nonostante negli ultimi anni sia aumentato il contributo della popolazione femminile di cittadinanza straniera (Tabella, Figura 3), caratterizzata da un tasso di abortività almeno tre volte più alto di quello della popolazione con cittadinanza italiana (5). Complessivamente, in Italia nel 2006 il 31,6% di IVG ha riguardato donne straniere (4). Considerando solo le cittadine italiane nel 2006 si sono avute 90.587 IVG, con un tasso di abortività del 7,0 per 1.000, quindi una riduzione delle IVG, rispetto al 1982, del 61,4% e del tasso d'abortività del 59,3%.

L'ipotesi che la legalizzazione avrebbe favorito una maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole, determinando la riduzione del rischio di gravidanze indesiderate, è stata confermata anche dall'andamento della percentuale di aborti ripetuti, nettamente inferiore a quella attesa (6): nel 2006, contro un valore atteso pari al 44,6% la percentuale osservata di aborti ripetuti è stata del 27,1% (Figura 4).

Per quanto riguarda l'iter e le procedure, il ricorso ai consultori familiari per il rilascio del documento/certificazione è risultato carente, circa il 30% dei casi. Ciò a causa della loro ridotta presenza e della scarsa disponibilità dei tradizionali servizi sanitari di 1°, 2° e 3° livello di mettersi in rete con quelli consultoriali, specificatamente deputati all'attività di promozione della salute riproduttiva. ►

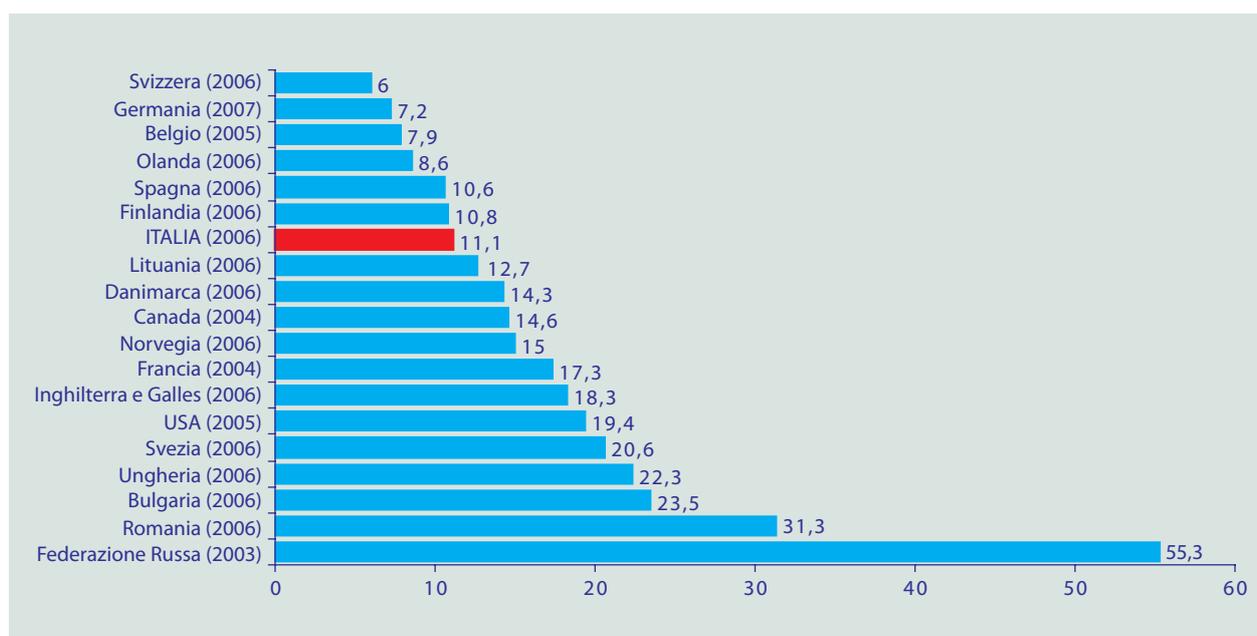


Figura 2 - Tassi di abortività per 1.000 donne nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 44 anni in vari Paesi (2003-2007)

Tabella - Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia (1982-2007)

Indicatori	1982	1983	1991	1995	2000	2006	2007 ^a	Variazione %
Numero di IVG	234.801	233.926	160.494	139.549	135.113	131.018	127.038	- 45,9
Tasso di abortività (per 1.000)	17,2	16,9	11,0	9,7	9,6	9,4	9,1	- 47,1
Numero di aborti clandestini (stima)	n.r. ^b	100.000	60.000	43.500	21.100	n.d. ^c	n.d. ^c	- 78,9
Numero di IVG cittadinanza straniera	n.r. ^b	n.r. ^b	n.r. ^b	8.967	21.201	39.436	n.d. ^c	+ 339,8

(a) Dati preliminari; (b) dato non rilevato; (c) dato non disponibile

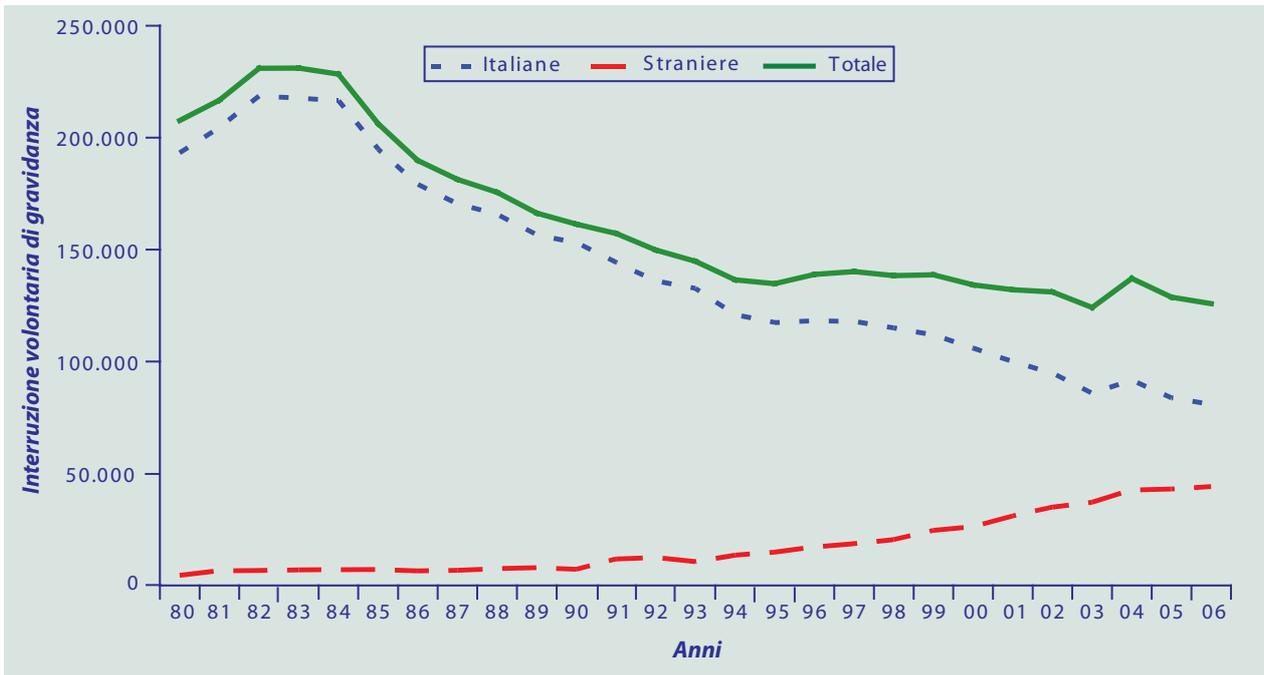


Figura 3 - Interruzione volontaria di gravidanza per Paese di nascita (1980-2006)

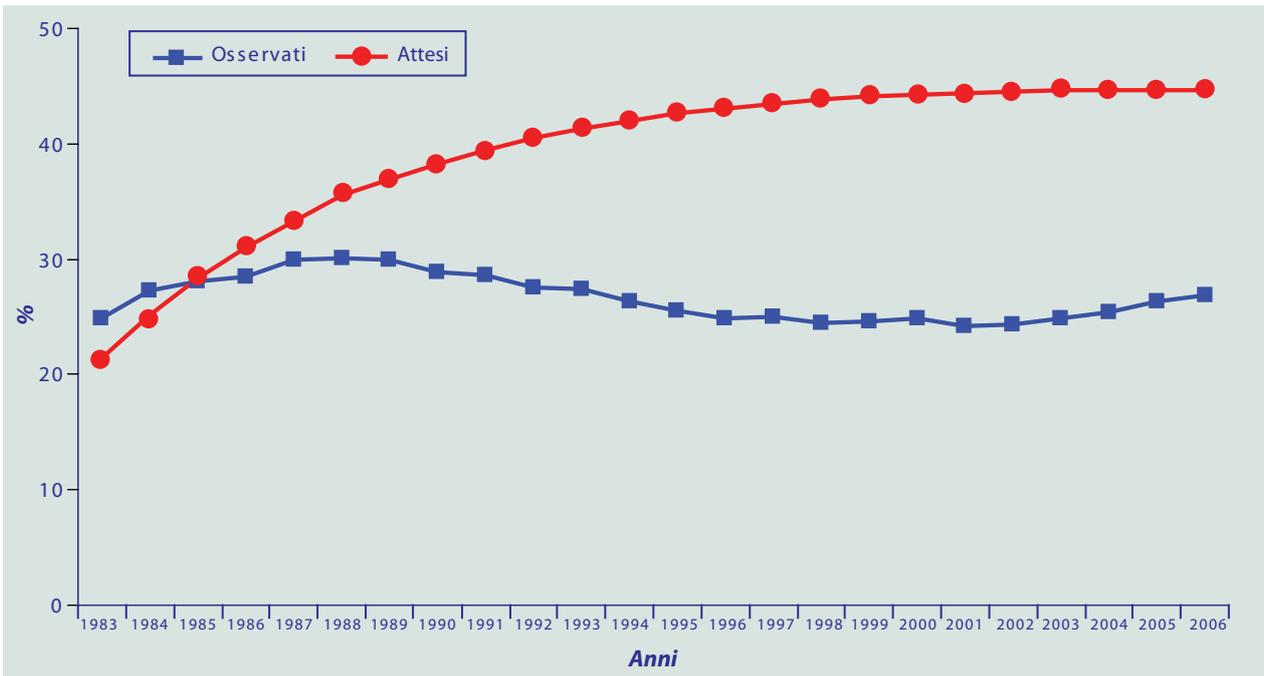


Figura 4 - Andamento (%) delle interruzioni volontarie di gravidanza di donne con precedente esperienza abortiva (1983-2006)

Per l'esecuzione dell'intervento è risultato dominante il ruolo degli istituti di cura pubblici.

L'impiego dell'anestesia generale (84,8% nel 2006) è molto elevato, soprattutto se si tiene conto che l'80% degli interventi viene effettuato entro la decima

settimana gestazionale. Sono evidenti i maggiori costi connessi con questa scelta, come pure il maggiore rischio per la salute della donna (7). La distribuzione delle IVG per tipo di intervento ha invece visto una positiva evoluzione con una riduzione del ricorso

al raschiamento (dal 24,5% del 1983 al 12,8% del 2006) e un corrispondente incremento dell'isterosuzione secondo il metodo Karman (dal 28,3% del 1983 al 62,6% del 2006).

Utilità

La Sorveglianza epidemiologica delle IVG ha reso possibile: seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati per la relazione annuale del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dare risposte a quesiti specifici, permettere un approfondimento delle problematiche, ponendo così le basi per possibili soluzioni.

Attraverso la sorveglianza è risultato evidente come alla legalizzazione abbiano fatto seguito la riduzione del ricorso complessivo all'aborto e la sostanziale scomparsa, o la riduzione ai minimi termini, dell'aborto clandestino con conseguente eliminazione della mortalità e morbosità materna a esso associata.

In Italia, come in altri Paesi, si è potuto inoltre osservare come la maggiore circolazione dell'informazione e il maggiore impegno dei servizi (*in primis* i consultori familiari per l'azione preventiva) hanno



Simonetta Tosi (1937-1984) fondatrice del Sistema di sorveglianza sull'interruzione volontaria di gravidanza

aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze delle donne, contrastando così il ricorso all'aborto.

Sul piano della sanità pubblica, la conoscenza dell'evoluzione del fenomeno ha costituito la base per condurre indagini e studi al fine di programmare interventi di promozione della procreazione consapevole, raccomandare procedure appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e in termini di maggiore efficienza.

Sulla base dei risultati della sorveglianza, degli studi e delle indagini di approfondimento è stata varata la Legge 34 del 1996, che indica il bacino di riferimento dei consultori familiari, pari a 20.000 abitanti, e le linee programmatiche di riqualificazione dei consultori familiari, presenti nel Progetto Obiettivo Materno Infantile varato nel 2000, la cui applicazione integrale determinerebbe un'ulteriore riduzione del ricorso all'IVG (8). ■

Riferimenti bibliografici

1. Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. Epidemiology of legal abortion in Italy. *Int J Epidemiol* 1986;15:343-51.
2. Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, marital status and education. *Am J Epidemiol* 2000;151:98-105.
3. Figà Talamanca I, Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contraccezione, Fertilità, Sessualità* 1986;13:263-9.
4. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) (Dati definitivi anno 2006, dati preliminari anno 2007). Presentata dal Ministro della Salute (Turco). Camera dei Deputati. Atti Parlamentari XV_Legislatura_Doc._XXXVII_n.3_2008. Disponibile all'indirizzo: http://leg15.camera.it/_dati/leg15/lavori/documentiparlamentari/indiceest/037/003/INTERO.pdf; http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_allegato.pdf
5. Spinelli A, Loghi M. Salute degli immigrati. Università del Sacro Cuore, Roma. *Osservasalute 2006*. p. 216.
6. 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.
7. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, et al. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol* 1990; 6:416-22.
8. Grandolfo ME, Spinelli A. Interruzione Volontaria di Gravidanza: epidemiologia. In: Di Renzo G (Ed.). *Ginecologia e Ostetricia*. Roma:Verduci Editore, 2006;1011-6.