CONVEGNO

Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza

3 aprile 2025 - Roma, Istituto Superiore di Sanità Aula Nitti - Bovet

Le criticità nella raccolta dei dati da parte dei professionisti sanitari

Anna Pompili, ginecologa

Ospedale di Marino, ASL Roma6
AO San Giovanni Addolorata

Il Sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG

Avviato poco dopo l'approvazione della legge 194, si avvale dell'impegno di: **Istituto Superiore di Sanità** (ISS), **Ministero della Salute**, **ISTAT**, **Regioni** e **Province Autonome,** nonché di **tutte le figure professionali coinvolte nella raccolta dei dati**, con l'obiettivo di:

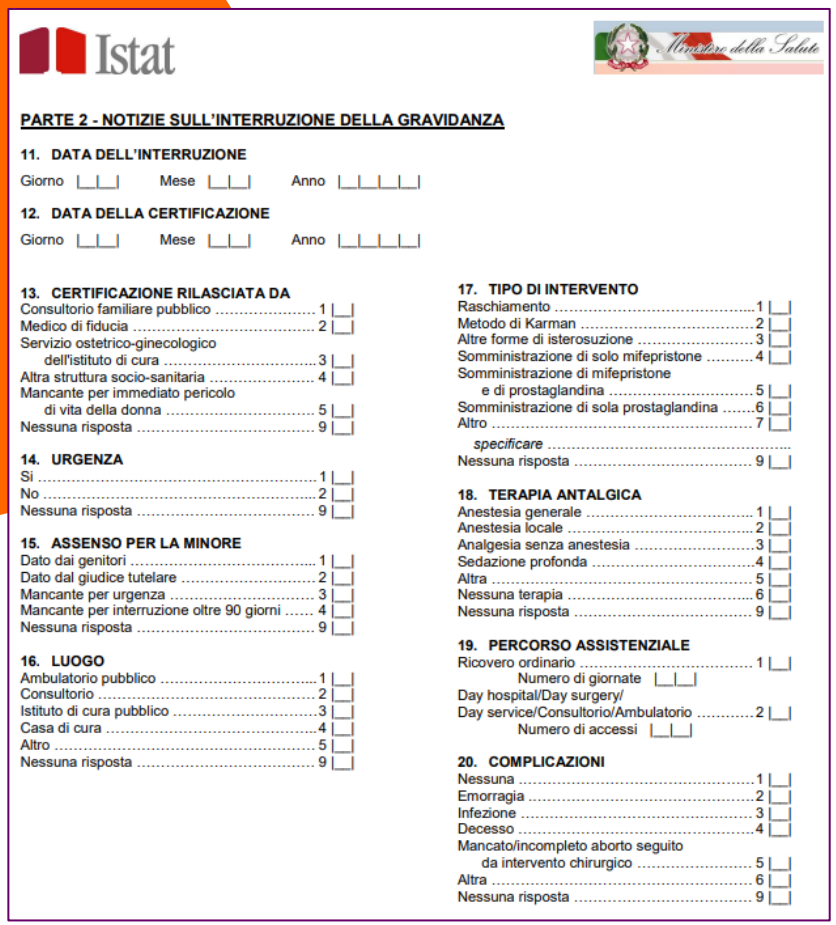
- **Analizzare le caratteristiche dell'abortività volontaria in Italia;**
- Individuare le **criticità nell'organizzazione dei sistemi e dei servizi sanitari;**
- Delineare **strategie di superamento delle criticità rilevate**

La raccolta dei dati: la piattaforma GINO

Dal 2018, i nuovi questionari vengono caricati sulla **piattaforma web unificata GINO++,** che permette di raccogliere in un sistema protetto i dati relativi a ciascuna IVG.

L'introduzione di **GINO ++** ha permesso di **unificare i flussi dei dati,** che prima erano inviati separatamente all'ISS e all'ISTAT.

La raccolta dei dati: il questionario ISTAT



Istat

Ministero della Salute

PARTE 2 - NOTIZIE SULL'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA

11. DATA DELL'INTERRUZIONE

Giorno |_|_| Mese |_|_| Anno |_|_|_|_|

12. DATA DELLA CERTIFICAZIONE

Giorno |_|_| Mese |_|_| Anno |_|_|_|_|

13. CERTIFICAZIONE RILASCIATA DA

Consultorio familiare pubblico ..... 1 |_|
Medico di fiducia ..... 2 |_|
Servizio ostetrico-ginecologico dell'istituto di cura ..... 3 |_|
Altra struttura socio-sanitaria ..... 4 |_|
Mancante per immediato pericolo di vita della donna ..... 5 |_|
Nessuna risposta ..... 9 |_|

14. URGENZA

Si ..... 1 |_|
No ..... 2 |_|
Nessuna risposta ..... 9 |_|

15. ASSENSO PER LA MINORE

Dato dai genitori ..... 1 |_|
Dato dal giudice tutelare ..... 2 |_|
Mancante per urgenza ..... 3 |_|
Mancante per interruzione oltre 90 giorni ..... 4 |_|
Nessuna risposta ..... 9 |_|

16. LUOGO

Ambulatorio pubblico ..... 1 |_|
Consultorio ..... 2 |_|
Istituto di cura pubblico ..... 3 |_|
Casa di cura ..... 4 |_|
Altro ..... 5 |_|
Nessuna risposta ..... 9 |_|

17. TIPO DI INTERVENTO

Raschiamento ..... 1 |_|
Metodo di Karman ..... 2 |_|
Altre forme di isterosuzione ..... 3 |_|
Somministrazione di solo mifepristone ..... 4 |_|
Somministrazione di mifepristone e di prostaglandina ..... 5 |_|
Somministrazione di sola prostaglandina ..... 6 |_|
Altro ..... 7 |_|
specificare .....
Nessuna risposta ..... 9 |_|

18. TERAPIA ANTALGICA

Anestesia generale ..... 1 |_|
Anestesia locale ..... 2 |_|
Analgesia senza anestesia ..... 3 |_|
Sedazione profonda ..... 4 |_|
Altra ..... 5 |_|
Nessuna terapia ..... 6 |_|
Nessuna risposta ..... 9 |_|

19. PERCORSO ASSISTENZIALE

Ricovero ordinario ..... 1 |_|
Numero di giornate |_|_|
Day hospital/Day surgery/
Day service/Consultorio/Ambulatorio ..... 2 |_|
Numero di accessi |_|_|

20. COMPLICAZIONI

Nessuna ..... 1 |_|
Emorragia ..... 2 |_|
Infezione ..... 3 |_|
Decesso ..... 4 |_|
Mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico ..... 5 |_|
Altra ..... 6 |_|
Nessuna risposta ..... 9 |_|

La prima criticità: chi deve compilare il questionario ISTAT

MINISTERO DELLA SALUTE

Istat

istituto nazionale di statistica

ISTAT **D.12** - edizione 2018

REGIONE

DICHIARAZIONE DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA - ANNO 20__

TALE SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA PER TUTTI I CASI DAL MEDICO CHE PROCEDE ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA E INVIATA IMMEDIATAMENTE ALLA DIREZIONE DELLE AZIENDE USL CHE PROVVEDERANNO ALL'INVIO AL COMPETENTE UFFICIO DELLA REGIONE PER IL SUCCESSIVO INOLTRO ALL'ISTAT.

DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELL'ISTITUTO DI CURA O ALTRA STRUTTURA OVE AVVIENE L'INTERRUZIONE

PROVINCIA COMUNE A.S.L.

CODICE MIN. SALUTE DELL'ISTITUTO DI CURA

Dichiaro in scienza e coscienza che le informazioni sopraindicate corrispondono a verità
IL MEDICO DICHIARANTE

Timbro

Data della compilazione

Firma e timbro

Nel **modello D12**, in vigore fino al 2018, era chiaramente indicata la **figura responsabile della compilazione del questionario**: il **medico che procede all'IVG**

Nel **nuovo questionario** non vi è più questa indicazione e tutto è **demandato all'organizzazione delle singole Regioni/ASL/strutture**

Tendenza a **delegare ad altre figure professionali**, con **frammentazione, moltiplicazione di passaggi intermedi**, e possibili **errori di codifica**.

Chi deve compilare la scheda: i possibili errori di codifica

17. Tipo di intervento (indicare una sola risposta)

Raschiamento	1. ☐
Metodo di Karman	2. ☐
Altre forme di isterosuzione	3. ☐
Somministrazione di solo mifepristone	4. ☐
Somministrazione di mifepristone+prostaglandina	5. ☐
Somministrazione di sola prostaglandina	6. ☐
Altro	7. ☐

«RU486», «mife», «miso», «farmacologico» ecc.

L’utilizzo di questionari non aggiornati: la falsa alta incidenza di anestesie generali

Per anni nelle Relazioni ministeriali è stata denunciata **l’alta incidenza di anestesie generali**

L’opzione **“sedazione profonda”** è stata introdotta nel questionario ISTAT **nel 2012, ma in alcune** ASL, o in alcuni istituti di cura, **i moduli** disponibili sulla piattaforma informatica **non sono stati aggiornati.**

Errori di codifica,
non dovuti all’inserimento dei dati, ma all’**inadeguatezza della modulistica a disposizione del personale sanitario**

Gli strumenti di restituzione dei dati: la relazione ministeriale e i «report» regionali

- La **relazione al Parlamento sullo stato di applicazione della legge 194**
  - Riporta e analizza **dati aggregati per macroaree**
  - Considera nel complesso lo **stato di applicazione della legge**, evidenzia le differenze tra le Regioni, in una **auspicabile prospettiva di superamento delle criticità**

- Il **prototipo di report regionali proposto da ISTAT e ISS,** con la possibilità di riportare i dati **per singola struttura**, **non aggregati**, permette di:
  - Elaborare **strategie per migliorare** e facilitare l'accesso all'IVG
  - Elaborare **modelli organizzativi nell'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni per l'IVG** e della **promozione della salute sessuale e riproduttiva**

La restituzione dei dati ci permette di vedere cosa è cambiato e di valutarne l'impatto nella pratica clinica

Anno	Emorragia %	Aborto incompleto %
Biennio 2010-2011*	2,28	4,38
2020**	3,3	2,9
2022***	0,29	1,43

*Ministero della Salute - Interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine – Anni 2010-2011, 28.2.2013
**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 definitivi 2020
***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 definitivi 2022

La restituzione dei dati e le ricadute positive nella pratica clinica: i raschiamenti post-IVG farmacologica

Tabella 3.10. IVG (%) per tipo di intervento – anni 1983-2022

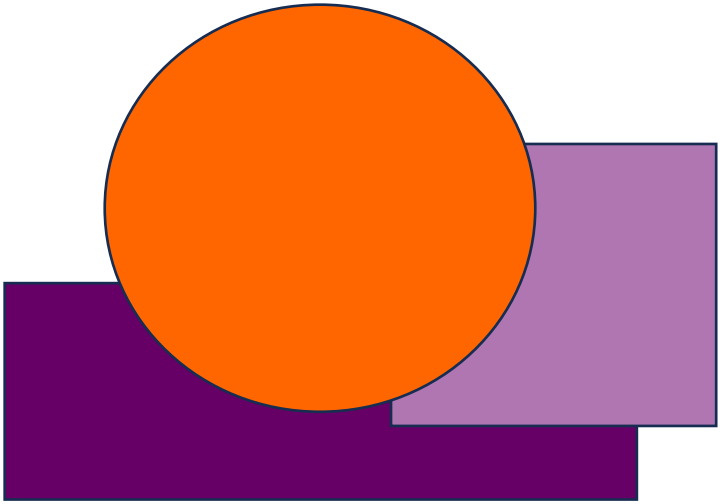
	Raschiamento	Isterosuzione	Altro
1983	24,5	75,0	0,6
1987	17,8	81,6	0,5
1991	15,8	83,6	0,6
1995	14,9	82,3	2,8
2000*	15,6	83,1	1,3
2004*	13,3	85,1	1,6
2007*	11,2	86,2	2,5
2009*	12,6	84,9	2,4
2010*[a]	11,4	83,2	5,4
2011*[a]	11,4	79,4	9,1
2012*[a]	11,7	77,6	10,7
2013**[a]	9,9	75,6	14,5
2014**[a]	9,1	74,8	16,2
2015**[a]	9,3	72,6	18,2
2016[a]	11,4	69,0	19,6
2017[a]	11,6	66,5	22,0
2018[a]	10,8	63,6	25,7
2019[a]	10,9	60,4	28,8
2020[a]	8,6	55,7	35,6
2021[a]	8,0	42,7	49,3
2022[a]	7,2	39,4	53,4

** 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

- Aumento transitorio di raschiamenti **dopo l'introduzione della procedura farmacologica**
- Dal 2020 **progressiva riduzione**, con permanenza di alte percentuali in alcune Regioni
- **Webinar** per la riduzione del ricorso al raschiamento nelle Regioni dove il dato è reale

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 definitivi 2022

Criticità nella raccolta e comunicazione dei dati:
Tipo di intervento e dati



Il dato sui raschiamenti potrebbe essere sottostimato, quando sia stato praticato un raschiamento «di sicurezza».

Questo ci ha fatto perdere informazioni su una **pratica clinica relativamente diffusa, e non raccomandata.**

Inutile e confondente la differenziazione tra «**metodo di Karman**» e «**altre forme di isterosuzione**»

Mancano voci per le **procedure combinate** e la **preparazione farmacologica del collo dell'utero**

Criticità: tempo di attesa e urgenza

- Nei webinar con operatrici/operatori delle varie regioni, molte/i hanno espresso la necessità di **chiarire quali motivazioni possono giustificare l'urgenza**.

- **Non è stata certificata l'urgenza per le IVG oltre il novantesimo giorno** (in violazione dell'art.7 della legge 194) :

  - **Nel 2020** nel **28,7%*** delle IVG del **secondo trimestre**

  - **Nel 2023** nel **32,1%**** delle IVG del **secondo trimestre**

*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 definitivi 2020 ** Dati ISTAT

Criticità nella raccolta e comunicazione dei dati: FU/Complicazioni/Fallimento della procedura

Nel questionario non sono presenti informazioni sul follow-up (FU) della procedura farmacologica.

La voce «**mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico» è impropria: il «mancato aborto»** è il **fallimento della procedura farmacologica, non una sua complicazione.** Si prende in considerazione **il solo trattamento chirurgico, non le possibili altre opzioni:**

- **Prosecuzione della gravidanza**
- Intervento **chirurgico**
- Intervento **farmacologico**

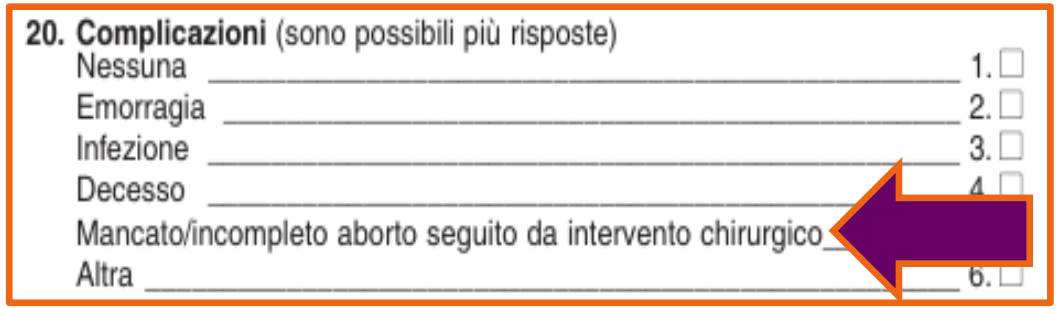
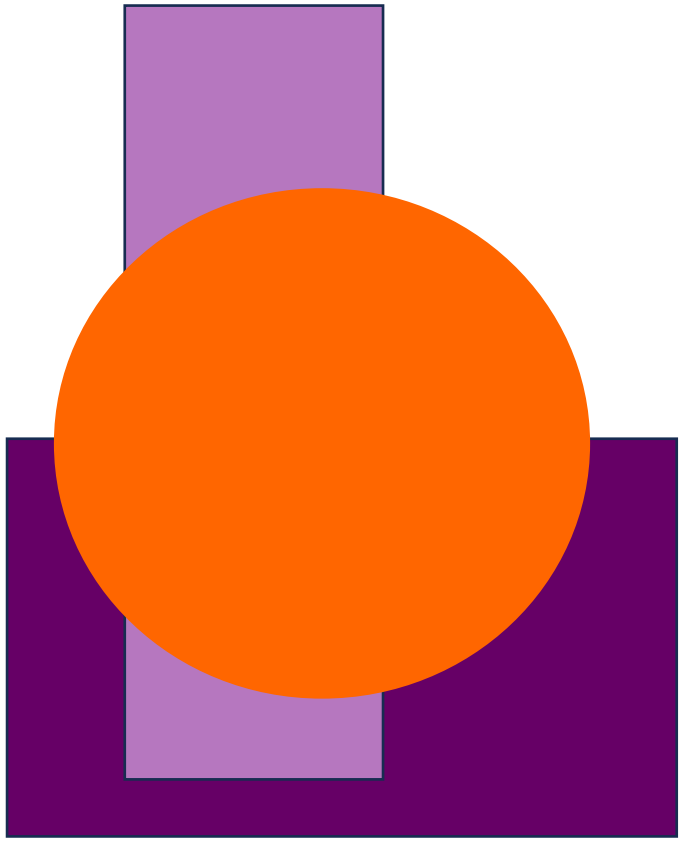


Tabella 10. Esiti della procedura farmacologica

Esito	Definizione
Successo	Espulsione senza la necessità di trattamenti ulteriori (somministrazione di mifepristone e misoprostolo o del solo misoprostolo, intervento chirurgico)
Fallimento	Gravidanza in evoluzione
Complicazioni	Aborto ritenuto o incompleto (non è ritenuto una complicazione ma richiede un ulteriore trattamento, medico o chirurgico)
	Condizioni che richiedono un trattamento ulteriore (sanguinamento intenso e/o prolungato, dolore intenso e/o persistente)

Modificata da: Fiala C, Cameron S, et al. Review: outcome of first trimester medical termination of pregnancy: definitions and management Eur J Contracept Reproduct Health Care 2018;23:451-7

Criticità e prospettive: la consulenza contraccettiva



- La legge 194 (art. 14) definisce il **dovere del medico che esegue l'interruzione della gravidanza di fornire alla donna informazioni sulle opzioni contraccettive.**

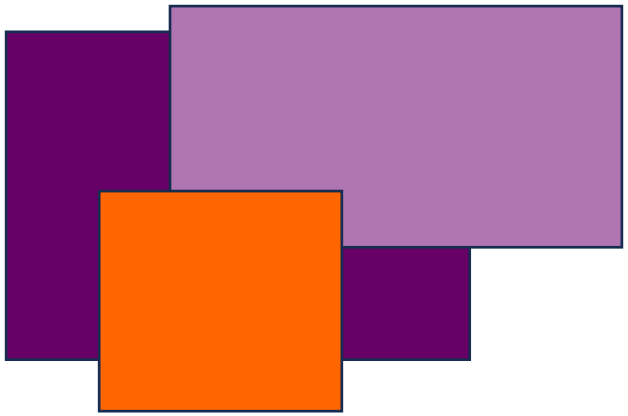
- La consulenza contraccettiva deve essere offerta alla donna **prima** della procedura e deve essere possibile applicare contraccettivi **contestualmente alla procedura stessa**

- **Mancano dati sul colloquio e sulla prescrizione o applicazione di contraccettivi**

Prospettive: appropriatezza delle prestazioni

Sede e *setting* assistenziale

- Il ***setting* assistenziale per la IVG farmacologica** si è progressivamente modificato:



  - **Regime di ricovero ordinario**
  - **Regime di ricovero in DH**
  - **Regime ambulatoriale**, con **possibilità** di un **unico accesso** nella struttura sanitaria con **autosomministrazione del misoprostolo a domicilio**

- le regioni e le ASL **dovrebbero contemplare la possibilità del regime ambulatoriale con autosomministrazione a domicilio del misoprostolo**, nel rispetto del **principio dell'adeguatezza delle prestazioni** e nel rispetto **del diritto di scelta delle donne**

Prospettive: appropriatezza delle prestazioni
Sede, setting assistenziale e organizzazione dei servizi

- **Webinar regionali:** in alcune Regioni la riorganizzazione delle strutture sanitarie prevede la destinazione esclusiva di alcune alle **sole procedure chirurgiche**, e di altre alle **sole procedure farmacologiche**

- Si può **pensare ad una diversa organizzazione** dei servizi, sulla base del **principio dell'appropriatezza delle prestazioni:**

    - **Deospedalizzazione e territorializzazione delle procedure farmacologiche**
    - **Ricovero per i casi complessi** e le **IVG chirurgiche**.

- In questa ottica i ricoveri dovrebbero essere concentrati in **strutture dedicate e specializzate**, che possano assicurare alle donne **i migliori standard di trattamento**

Prospettive: mantenere e rafforzare la rete delle/gli operatrici/ori

- I **webinar regionali promossi nell'ambito di questo progetto CCM** hanno messo in comunicazione le/gli operatrici/ori che operano nelle Regioni, permettendo un **confronto costruttivo sugli aspetti clinici e tecnici**, ma anche su quelli **organizzativi**

- In prospettiva, è auspicabile **rafforzamento di questa rete e il confronto tra i professionisti delle varie Regioni**, nell'ottica di superare le differenze e diseguaglianze regionali, che in molti casi si ostacola l'accesso all'IVG

Grazie

Anna Pompili, ginecologa
Servizi Salute riproduttiva e IVG

Ospedale di Marino, ASL Roma6
AO San Giovanni Addolorata