



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 2017*

Roma, 31 dicembre 2018

Indice

PRESENTAZIONE	1
SISTEMA DI RACCOLTA DATI.....	9
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2017	11
Andamento generale del fenomeno	11
1.1 Valori assoluti	14
1.2 Tasso di abortività	15
1.3 Rapporto di abortività	18
Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	18
2.1 Classi di età	19
2.2 Stato civile	22
2.3 Titolo di studio	23
2.4 Occupazione	24
2.5 Residenza.....	25
2.6 Cittadinanza.....	26
2.7 Anamnesi ostetrica	29
2.7.1 Numero di nati vivi	29
2.7.2 Aborti spontanei precedenti	31
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	32
Modalità di svolgimento dell'IVG	34
3.1 Documentazione e certificazione	34
3.2 Urgenza	35
3.3 Epoca gestazionale.....	36
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento	38
3.5 Luogo dell'intervento	39
3.6 Tipo di anestesia impiegata.....	40
3.7 Tipo di intervento	41
3.8 Durata della degenza	44
3.9 Complicanze immediate dell'IVG	45
OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2017)	46
1. Andamento generale.....	46
2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale	46
PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili.....	47
PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita.....	49
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 ..	50
3. Attività dei consultori familiari per l'IVG	53
TABELLE 2017	55

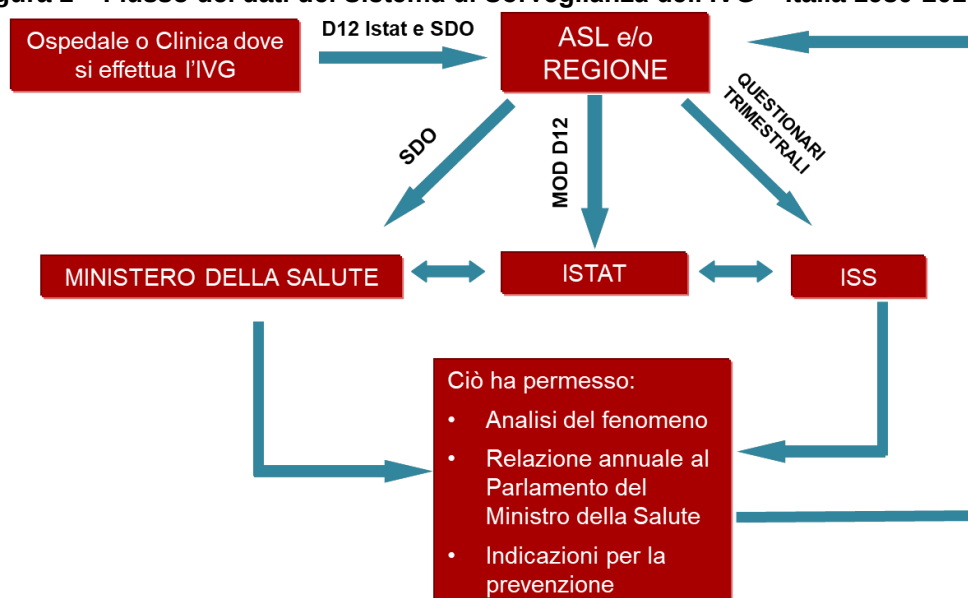
PRESENTAZIONE

Nella presente Relazione, redatta ai sensi dell'articolo 16 della Legge 22 maggio 1978, n.194, vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2017 sull'attuazione, a quarant'anni dalla loro entrata in vigore, delle Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

I dati vengono raccolti grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), che è attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome. 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, poi raccolti e trasmessi dalle Regioni.

In tutti questi anni, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la presente relazione annuale al Parlamento, dare risposte a quesiti specifici ed indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno consentito 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 e valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione realizzati.

Figura 1 – Flusso dei dati del Sistema di Sorveglianza dell'IVG – Italia 1980-2017



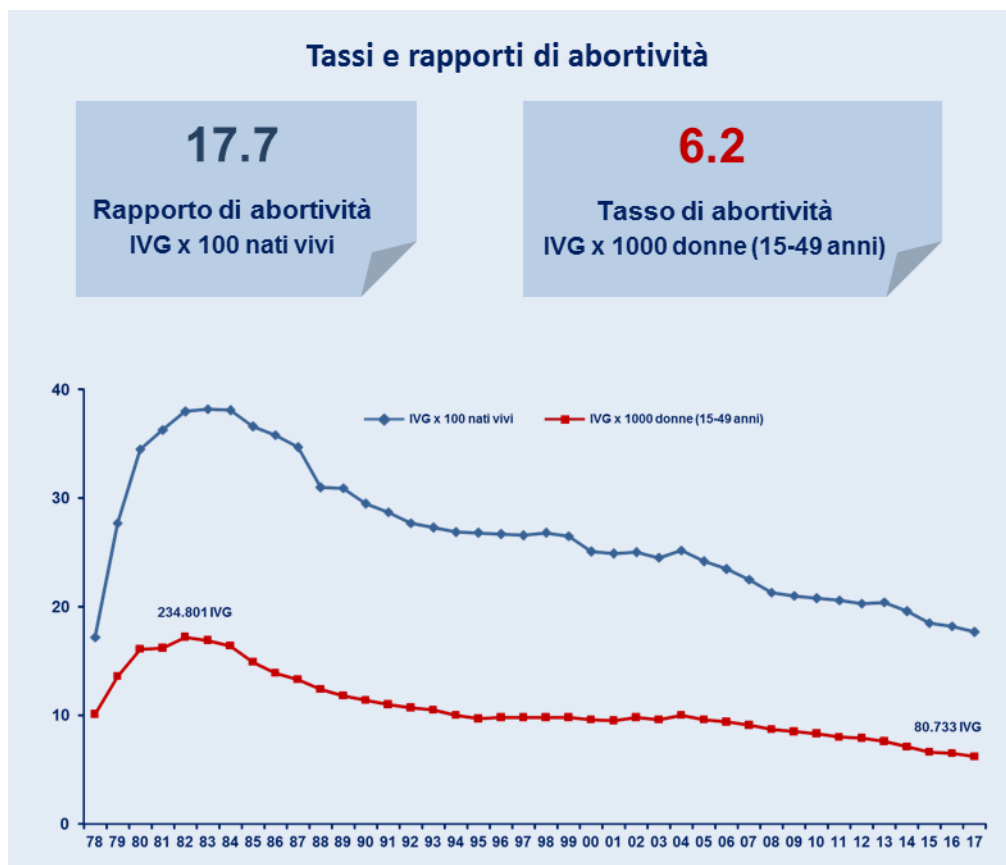
A partire dall'anno 2018, il monitoraggio e le modalità di acquisizione da parte dell'Istat dei dati delle indagini sulla salute riproduttiva (quindi anche quella sulle IVG) sono variate: l'Istat ha infatti predisposto un'unica piattaforma web tramite la quale vengono raccolte le informazioni e svolte le varie attività. Da parte delle Regioni, delle Asl e delle strutture è ora possibile registrare o caricare i dati, aggiornare la lista delle strutture e le relative informazioni anagrafiche, effettuare monitoraggi dei dati caricati, tutto in un unico ambiente. Il passaggio dai vecchi sistemi a questa piattaforma sta avvenendo in maniera graduale e anche il 2019 sarà un anno di transizione per poter arrivare al 2020 al completo utilizzo del nuovo strumento. Per questo motivo quest'anno, per ottenere il dato definitivo relativo al 2017 è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a dicembre 2018. Grazie al miglioramento della raccolta dati, è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui modelli D12/Istat, con il

dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per un numero molto esiguo di casi (178), confermando la qualità della rilevazione del Sistema di Sorveglianza dell'IVG coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

DATI DEFINITIVI 2017

- In totale nel 2017 sono state notificate 80'733 IVG, confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, in misura leggermente maggiore rispetto a quello osservato nel 2016 (-4.9% rispetto al dato del 2016 e -65.6% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234'801 casi).
- Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Liguria, Umbria, Abruzzo e PA di Bolzano, mentre la PA di Trento è l'unica con un lieve aumento di interventi.
- Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG, è risultato pari a 6.2 per 1000 nel 2017, con un decremento del 3.3% rispetto al 2016 e con una riduzione del 63.6% rispetto al 1982. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (v. par.1.2).
- Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) nel 2017 è risultato pari a 17.7 per 1000 nati vivi (o 17.7 per 100 nati vivi), con una riduzione del 2.9% rispetto al 2016 e del 53.4% rispetto al 1982. E' da considerare che in questi ultimi anni anche i nati della popolazione presente sul territorio nazionale sono diminuiti di 9'643 unità.

Figura 2 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2017



Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

Il ricorso all'IVG nel 2017 è diminuito in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime, e i tassi di abortività più elevati restano fra le donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2017 il 46.7% delle donne italiane che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, mentre il 45.5% delle straniere aveva la licenza media. Il 46.9% delle italiane risultava occupata (in diminuzione rispetto al 2016, quando le occupate erano il 47.4 %), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 37.0%. Per le italiane la percentuale delle nubili (59.4%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (34.3%), mentre nelle straniere le percentuali sono molto più simili (46.5% le coniugate, 48.1% le nubili). Il 44.0% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli.

IVG di donne straniere

Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG fra le straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni cominciano a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30.3% di tutte le IVG nel 2017 valore simile a quello del 2016 (30.0%). E' in diminuzione anche il loro tasso di abortività (15.5 per 1000 nel 2016 rispetto a 15.7 per 1000 nel 2015 e 17.2 per 1000 nel 2014), permanendo comunque una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte (v. par.2.6).

Aborto fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2017 è risultato essere pari a 2.7 per 1000, valore inferiore a quello del 2016, confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (3.7 nel 2014, 4.4 nel 2012), con livelli più elevati nell'Italia centrale; i 2'288 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2.8% di tutte le IVG (erano il 3.0 % nel 2016). 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 (v. par. 2.1).

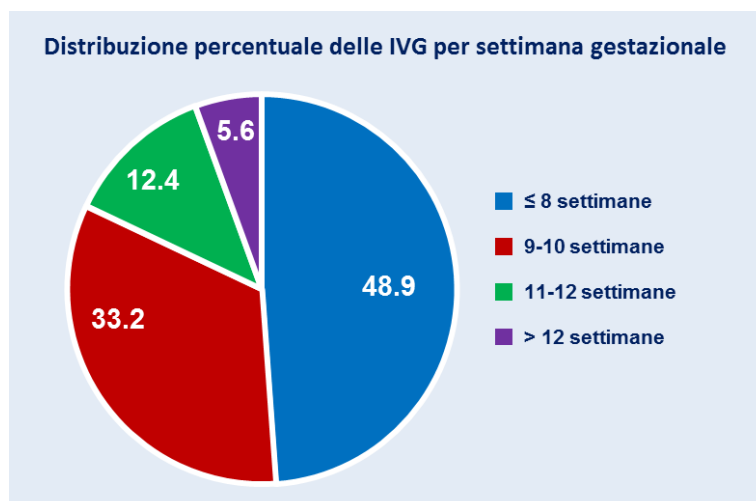
Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 25.7% (26.4% nel 2016). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2017 sono 21.3% per le italiane e 36.0% per le straniere (erano 22.1% e 37.0% rispettivamente, nel 2016). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi (v. par. 2.7.3).

Epoca gestazionale e modalità di svolgimento dell'IVG

Il 48.9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 46.8% del 2016), il 12.4% a 11-12 settimane e il 5.6% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentata negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41.8% delle IVG). Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5.6% nel 2017, 5.3% nel 2016, 5.0% nel 2015, 4.7% nel 2014 rispetto a 4.2% nel 2013 e 3.8% nel 2012.

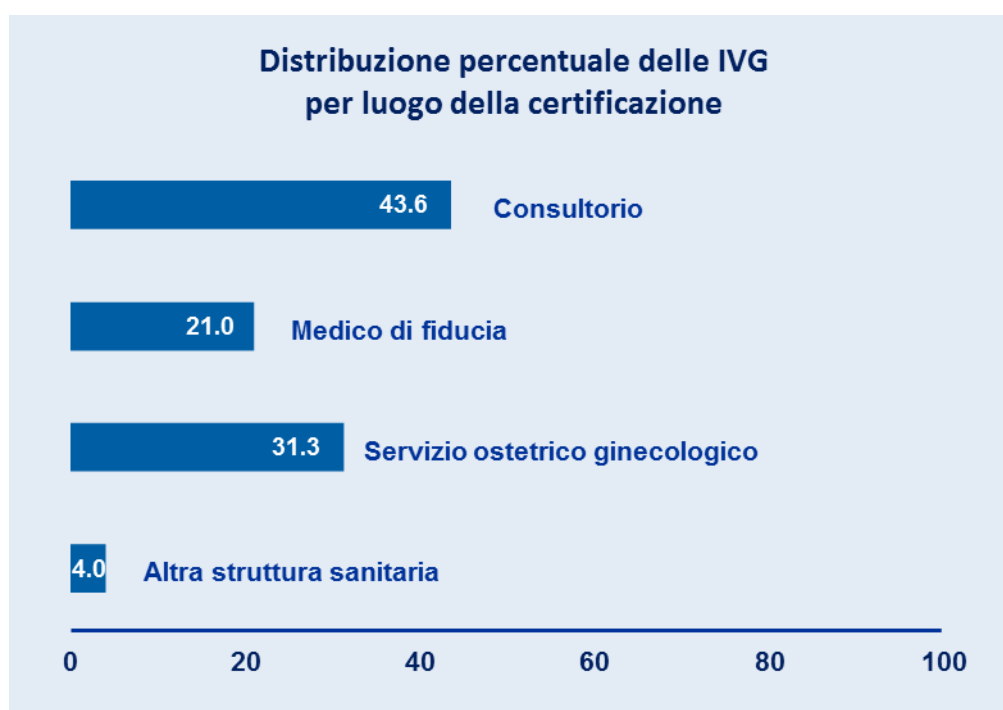
Figura 3 – Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale – anno 2017



Continua la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 19.2% nel 2017 rispetto al 17.8% dei casi del 2016, al 16.7% dei casi nel 2015, l'11.6% del 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (38.9%), Piemonte (34.6%), Lazio (34.4%), Abruzzo (24.6%), Emilia Romagna (24.2%) e in Toscana (22.3%).

Anche per il 2017 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (43.6%) degli altri servizi.

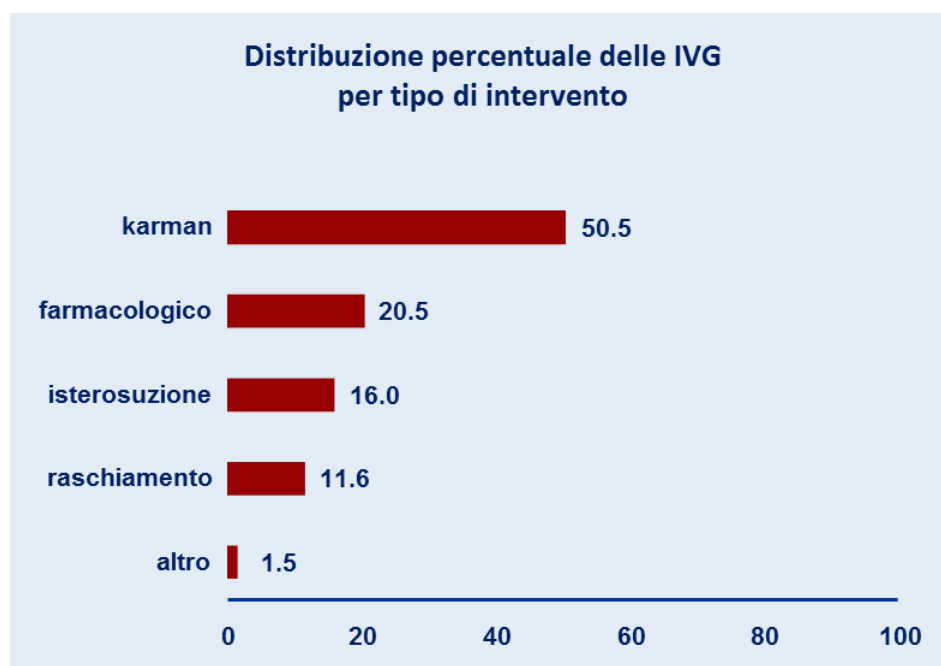
Figura 4 – Distribuzione percentuale delle IVG per luogo di certificazione – anno 2017



La metodica dell'isterosuzione secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2017 (50.5% dei casi). È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2017 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 17.8% dei casi, rispetto al

15.7% del 2016 e al 12.9% del 2014. Per il 2017 tutte le Regioni 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" e "Sola Prostaglandina", che nel suo insieme è stato pari a 20.5%. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le regioni.

Figura 5 – Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento – anno 2017



Nel 90.1% delle IVG del 2017 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 3.8% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore, tuttavia si rileva una variabilità regionale forse imputabile alle modalità di ricovero in relazione ai protocolli terapeutici applicati.

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 leggermente aumentata: è il 68.8% nel 2017 mentre era il 66.3% nel 2016, il 65.3% nel 2015 e il 59.6% nel 2011.

È diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 10.9% nel 2017 rispetto a 12.4% nel 2016, 13.2% nel 2015 e 2014 e al 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Nel 2017 il 92.1% delle IVG è stato effettuato nella regione di residenza, di cui l'87.0% nella provincia di residenza, corrispondenti ad una bassa mobilità fra le regioni e 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

Nel 2017, si rilevano valori più elevati di obiezione di coscienza tra i ginecologi (68.4%) rispetto agli anestesisti (45.6%). Ancora inferiore è la proporzione di personale non medico che ha presentato obiezione (38.9%). Tuttavia, per capire quale impatto tali percentuali abbiano sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, si è ritenuto opportuno continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati negli anni precedenti, a partire dal 2013; in particolare il terzo parametro, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, è stato rilevato a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

Riguardo al **parametro 1 - offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili** - il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia, nel 2017, risulta pari a 591, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG risulta pari a 381, cioè il 64.5% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è adeguata.

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.

Delle 591 strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, censite a livello nazionale nel 2017, 434 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato Cedap 2016 rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale a ottobre 2017), pari al 73.4% del totale (come nel 2016).

I nati vivi in Italia nel 2017 sono stati 458'151 (fonte ISTAT); nello stesso anno le IVG sono state 80'733, con un rapporto di 5.7:1 (l'anno precedente era 5.4:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.1:1 (negli anni precedenti era 1.3:1).

Si accentua, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 17.6% rispetto al numero delle nascite, il numero di punti IVG è pari all'87.8% di quello dei punti nascita.

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 del **parametro 3 - carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore** – si confermano sostanzialmente stabili, anche nel 2017. Considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.2 della Valle d'Aosta alle 8.6 del Molise, con una media nazionale di 1.2 IVG a settimana, dato in calo.

Dai dati relativi al numero di IVG effettuate e il numero di ginecologi non obiettori si registra quasi per tutte le regioni una leggera diminuzione (anche in relazione alla riduzione del numero di IVG), uniche eccezioni P.A. Bolzano, Campania (dove quest'anno il dato è pervenuto completo) e Basilicata.

Anche l'analisi del carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero evidenzia solo 2 situazioni dove si registra un carico di lavoro superiore alle 9 IVG a settimana (13.6 in Campania e 18.2 in Sicilia).

Consultori familiari

Anche per il 2017 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati per l'85% dei consultori. E' stato richiesto, come gli anni precedenti, 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). Per il 2017 non è stato ritenuto utile rilevare il numero di ginecologi obiettori di coscienza in quanto il dato raccolto negli anni precedenti non aveva rilevato criticità.

Come negli altri passati emerge un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (48'769 colloqui vs 34'800 certificati rilasciati), ciò 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).

Anche questo ambito di rilevazione, tuttavia, conferma la grande variabilità tra le regioni, in questo caso nel ricorso al consultorio per le attività collegate all'IVG. Al fine di aggiornare la mappatura delle sedi e dell'attività svolta dai Consultori familiari, nel 2018 è stato avviato uno specifico progetto CCM in collaborazione con l'ISS.

Conclusioni

- ✓ dal 1983 l'IVG è in continua e progressiva diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali;
- ✓ un terzo delle IVG totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e nel tasso di abortività; al riguardo si è dimostrato molto efficace offrire un *counselling* sulla procreazione responsabile in occasione del percorso nascita per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali;
- ✓ sulla riduzione delle IVG molto probabilmente ha inciso anche l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza, Levonorgestrel (Norlevo) - pillola del giorno dopo e Ulipistral acetato (ellaOne) - pillola dei 5 giorni dopo, che non hanno più l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni, e quindi richiedono una maggiore informazione alle donne per evitarne un uso inappropriato;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni, e si registra un aumento delle interruzioni nelle prime 8 settimane di gestazione, probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo della tecnica farmacologica (Mifepristone+prostaglandine), che viene usata in epoca gestazionale precoce;
- ✓ la mobilità fra le regioni e province è in linea con quella di altri servizi offerti nel Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ la tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che suggerisce la necessità di un approfondimento, anche attraverso un confronto interregionale, per capirne le motivazioni e uniformare i protocolli terapeutici, al fine di assicurare un'offerta efficiente e di qualità;
- ✓ l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti dimostra che la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (specialmente se si esclude il contributo delle straniere). 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;

- ✓ riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi IVG, pur rilevando una percentuale di obiezione tra i ginecologi pari al 68.4%, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, sia su base regionale che considerando le singole strutture, anche in presenza di casi che si discostano dalla media, non si evidenziano particolari criticità nei servizi di IVG;
- ✓ i decrementi osservati nei tassi di abortività 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; sarà quindi indispensabile rafforzare e potenziare questi servizi di prossimità che grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'equipe professionale riescono a identificare i determinanti di natura sociale e a sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, aiutarla nel percorso IVG ed a evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

Giulia Grillo

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Dal 1980 (1 anno e mezzo dopo l'approvazione della legge 194 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza) è attivo in Italia il Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome. In tutti questi anni 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 (art. 16 della legge), 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 queste sue caratteristiche è stato identificato tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale nel DPCM del 2017 (GU 109 del 12/05/2017).

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 che eseguono l'IVG 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/Istat. 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.

A partire dall'anno 2018 le modalità di acquisizione da parte dell'Istat dei dati delle indagini sulla salute riproduttiva (quindi anche quella sulle IVG) sono variate: l'Istat ha infatti predisposto un'unica piattaforma web tramite la quale vengono raccolte le informazioni e svolte le varie attività. Da parte delle Regioni, Asl e strutture è ora possibile registrare o caricare i dati, aggiornare la lista delle strutture e le relative informazioni anagrafiche, effettuare monitoraggi dei dati caricati, tutto in un unico ambiente. Il passaggio dai vecchi sistemi a questa piattaforma sta avvenendo in maniera graduale e anche il 2019 sarà un anno di transizione per poter arrivare al 2020 al completo utilizzo del nuovo strumento.

Quest'anno, per poter arrivare ad avere il dato definitivo relativo a tutto il 2017 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a dicembre 2018. Grazie all'ottimo lavoro svolto dai professionisti che si occupano di ciò a livello locale, dalle Regioni, dall'Istat e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza dell'ISS è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per soli 178 interventi. Alcuni referenti regionali hanno fatto presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG. In alcuni casi sono inoltre stati rilevati alcuni problemi nella completezza delle informazioni raccolte con i modelli D12/Istat. In particolare si segnala la presenza di un numero più elevato di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2017 provenienti dalla Lombardia, dalla Liguria e dalla Puglia.

Tutte le regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) sono sollecitate 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, 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 impossibilità nella pratica 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 su tale difficoltà, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende attualmente impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione a livello locale e che ci siano margini di miglioramento per garantire la completezza delle informazioni e il rispetto della tempistica.

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge, nel 2015-16 il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS. Nel corso del progetto sono stati organizzati incontri tra l'ISS, il Ministero della Salute e i referenti regionali del Sistema di sorveglianza IVG e del Tavolo Tecnico per la piena applicazione della L.194/78 ed è stata svolta un'indagine per valutare le problematiche presenti a livello locale. Tutte le Regioni hanno aderito e mandato informazioni all'ISS. Molte regioni hanno ormai informatizzato il flusso dei dati utilizzando strumenti locali o il software fornito gratuitamente dall'ISS. Sono emerse sia criticità che buone pratiche a livello regionale, con notevoli differenze e peculiarità talvolta anche all'interno dei territori regionali. Per questo motivo appare di grande importanza che le regioni producano, oltre ai dati da comunicare a Ministero e ISS ai fini della Relazione al Parlamento prevista dalla Legge 194/78, anche report locali, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole nella situazione geografica, demografica, sociale e nell'organizzazione sanitaria regionale, spesso profondamente diverse fra le regioni e talvolta anche all'interno delle regioni stesse (ad esempio aree metropolitane e province, oppure zone caratterizzate da immigrazione con gruppi etnici specifici e molto diversi fra loro). L'ISS, con l'Istat e il Ministero della Salute, ha prodotto un fac-simile di rapporto che le Regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati. A conclusione del progetto, nel febbraio del 2016, è stato realizzato un corso di formazione accreditato per i referenti regionali in cui sono state presentate dall'ISS e dall'Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati illustrati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati e sull'applicazione della Legge 194, anche attraverso soluzioni trovate in alcune regioni.

Infine, ancora una volta, si ricorda l'importanza in un buon sistema di sorveglianza del ritorno tempestivo dell'informazione a livello locale, aspetto essenziale per il miglioramento della qualità dei dati da parte del territorio e prima attività utile per instaurare azioni di prevenzione e di miglioramento dei servizi. A tal fine si auspica che un numero sempre maggiore di regioni producano dei rapporti locali sull'IVG e svolgano riunioni con i professionisti coinvolti per discutere i dati prodotti e l'applicazione della Legge 194.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2017

Andamento generale del fenomeno

Nella presente relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi alle IVG effettuate in Italia nel 2017. I dati, come negli anni precedenti, si riferiscono alle regioni dove è stato effettuato l'intervento, indipendentemente dal luogo di residenza della donna.

Grazie al miglioramento della raccolta dati, è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12/Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per un numero molto esiguo di casi (178).

In totale nel 2017 sono state notificate 80'733 IVG (Tab. 1), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, in misura leggermente maggiore rispetto a quello osservato nel 2016 (-4.9% rispetto al dato del 2016 e -65.6% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234'801 casi). Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Liguria, Umbria, Abruzzo e PA di Bolzano, mentre la PA di Trento è l'unica con un lieve aumento di interventi. La distribuzione per trimestre mostra, come negli anni precedenti, valori più bassi nella seconda parte dell'anno.

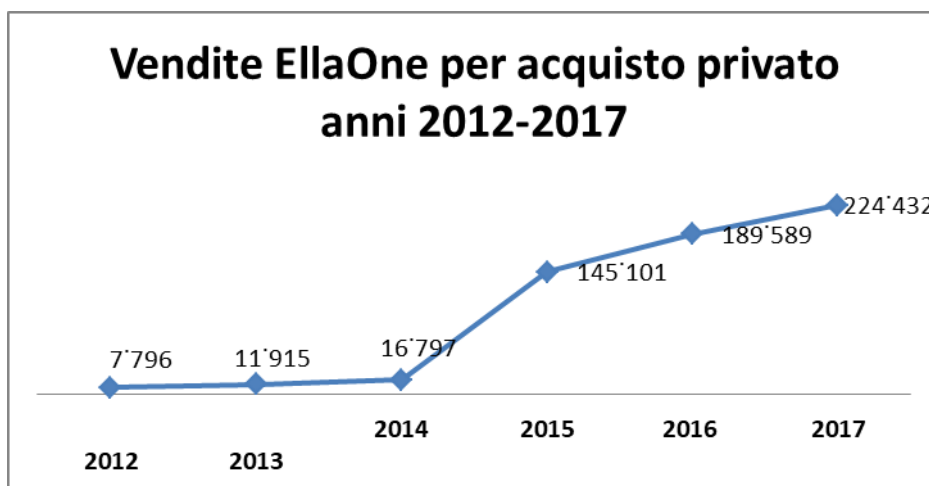
IVG per trimestre nel 2017 e confronti con il 2016

	N. IVG per trimestre (2017)				TOTALE 2017	TOTALE 2016	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	10579	9751	8388	8668	37386	39170	-4.6
Piemonte	1972	1712	1419	1519	6622	6805	-2.7
Valle d'Aosta	57	35	28	41	161	174	-7.5
Lombardia	3809	3551	3212	3170	13742	14111	-2.6
Bolzano	142	126	118	130	516	563	-8.3
Trento	180	193	163	167	703	684	2.8
Veneto	1325	1277	1002	1148	4752	5040	-5.7
Friuli Venezia Giulia	389	344	350	278	1361	1436	-5.2
Liguria	674	623	545	557	2399	2669	-10.1
Emilia Romagna	2031	1890	1551	1658	7130	7688	-7.3
ITALIA CENTRALE	4835	4445	3922	3768	16970	17863	-5.0
Toscana	1588	1467	1310	1262	5627	5910	-4.8
Umbria	369	310	232	262	1173	1303	-10.0
Marche	400	398	378	328	1504	1618	-7.0
Lazio	2478	2270	2002	1916	8666	9032	-4.1
ITALIA MERIDIONALE	5404	5206	4131	3973	18714	19835	-5.7
Abruzzo	446	432	376	380	1634	1794	-8.9
Molise	114	95	87	84	380	398	-4.5
Campania	2101	2036	1510	1423	7070	7560	-6.5
Puglia	2015	1938	1591	1541	7085	7461	-5.0
Basilicata	149	160	119	126	554	564	-1.8
Calabria	579	545	448	419	1991	2058	-3.3
ITALIA INSULARE	2126	2109	1775	1653	7663	8058	-4.9
Sicilia	1637	1620	1337	1253	5847	6197	-5.6
Sardegna	489	489	438	400	1816	1861	-2.4
ITALIA	22944	21511	18216	18062	80733	84926	-4.9

Come già presentato negli ultimi 2 anni, il recente andamento dell'IVG potrebbe essere almeno in parte influenzato dalle determinazioni AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) e del 1 febbraio 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) che hanno eliminato, rispettivamente, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo", e del Levonorgestrel (Norlevo), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola del giorno dopo".

I dati delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne), forniti dall'AIFA e dal sistema Tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, nel 2017 continuano a mostrare un andamento crescente (figura 6), anche se leggermente inferiore rispetto al 2016. Come mostrato nel grafico, infatti, i dati registrati negli ultimi 6 anni risultano: 7'796 confezioni nel 2012, 11'915 nel 2013, 16'796 nel 2014, 145'101 nel 2015, 189'589 nel 2016, 224'432 nel 2017.

Figura 6 – Vendite Ulipristal acetato (ellaOne) per acquisto privato - anni 2012-2017



(Fonte dati anni 2012-2015: AIFA;

Fonte dati anni 2016-2017: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004)

Approfondendo il dato trimestrale delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne) si rileva che il significativo incremento delle vendite registrato a partire dal secondo trimestre 2015, a seguito della delibera AIFA che ha eliminato l'obbligo della ricetta per le maggiorenni, è continuato in maniera più rilevante nella seconda metà del 2015, poi è proseguito nel corso del 2016 e del 2017, ma in maniera meno significativa.

Vendite trimestrali per acquisto privato di Ulipristal acetato (ellaOne) anni 2014-2017

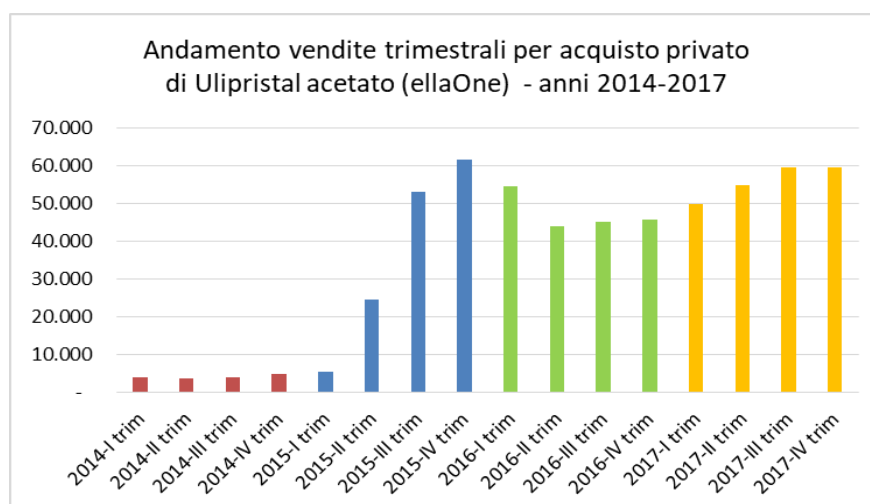
Trimestre	2014	2015	2016	2017
I (gennaio-marzo)	4'076	5'597	54'485	49'968
II (aprile-giugno)	3'729	24'733	43'905	55'060
III (luglio-settembre)	4'001	53'016	45'302	59'644 (*)
IV (ottobre-dicembre)	4'991	61'755	45'897	59'760 (*)
TOTALE	16'797	145'101	189'589	224'432 (*)

(Fonte dati anni 2014-2015: AIFA;

Fonte dati anni 2016-2017: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004

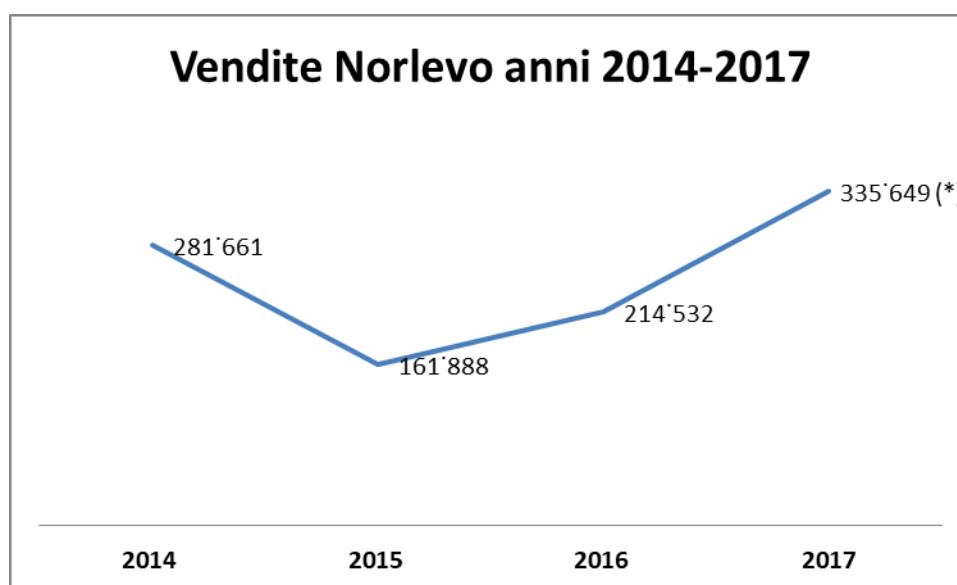
(*) dato stimato per verifiche in corso su alcuni dati regionali

Figura 7 – Vendite trimestrali Ulipristal acetato (ellaOne) per acquisto privato - anni 2014-2017



Analizzando, invece, il dato annuale delle vendite del Levonorgestrel (Norlevo), nel triennio 2014-2017, si rileva una forte diminuzione delle vendite nell'anno 2015 (molto probabilmente da correlare al contestuale aumento di vendite di ellaOne). Tuttavia dal 2016, molto probabilmente in relazione anche agli effetti della suddetta delibera AIFA, si osserva un aumento progressivo delle vendite anche di questo contraccettivo di emergenza (figura 8) che, nel 2017, arriva a superare le vendite del 2014.

Figura 8 – Vendite Levonorgestrel (Norlevo) per acquisto privato - anni 2014-2017



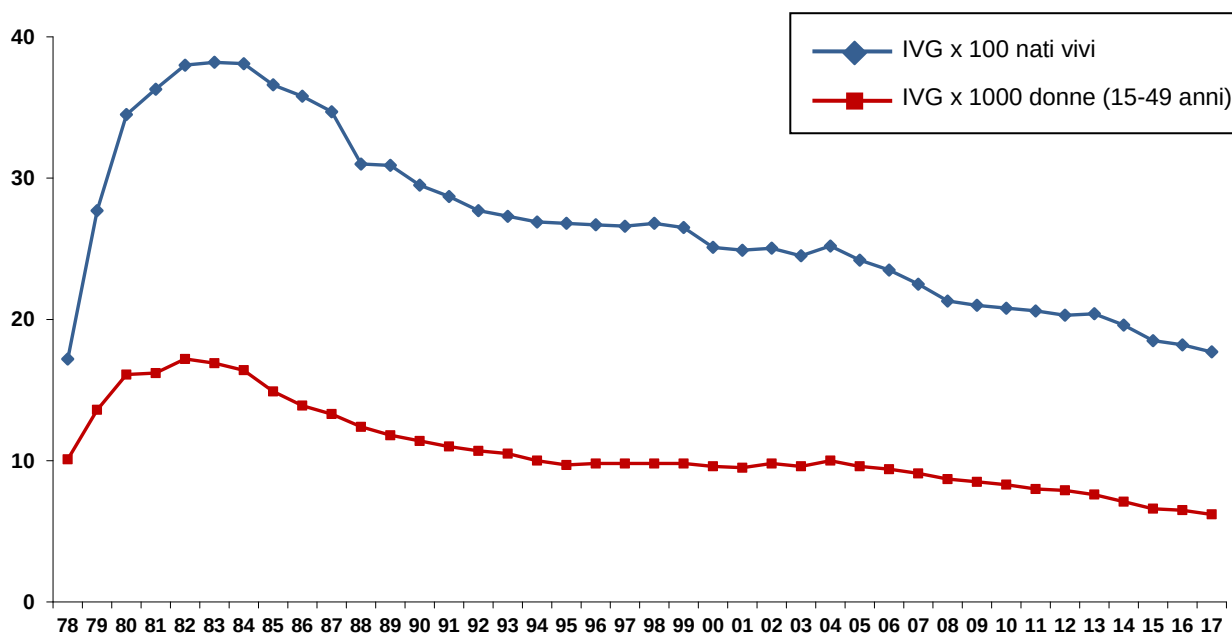
Fonte dati: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004
 (*) dato stimato per verifiche in corso su alcuni dati regionali

Per quanto riguarda l'andamento delle IVG, anche i due indicatori utilizzati per descrivere l'abortività (tasso e rapporto) confermano l'andamento in diminuzione. Infatti il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia) è risultato pari a 6.2 per 1000 nel 2017, con un decremento del 3.3% rispetto al 2016 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e con una riduzione del 63.6% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 177.1 per 1000 nel 2017, con una riduzione del 2.9% rispetto al 2016 e del 53.4% 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 9.

Figura 9 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2017



Considerando le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 2484 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, il tasso di abortività si riduce a 6.0 per 1000 nel 2017 con una riduzione del 3.2% rispetto al tasso per le sole donne residenti calcolato nella stessa maniera nel 2016 (6.2 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 a questo indicatore.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento a partire dal 1982.

1.1 Valori assoluti

Nel 2017 si è registrato un decremento delle IVG pari al 4.9% rispetto al 2016 (Tab. 4). Circa un terzo degli interventi (30.3%) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni (Tab. 12). Le IVG effettuate nel 2017 da cittadine italiane (56'243, compresa la quota stimata di cittadine italiane dei dati non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite dell'5.3% rispetto al 2016 (59'423). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti (sempre sui valori calcolati ridistribuendo i casi in cui non è stata riportata la cittadinanza) è risultata minore: -4.0%.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2017 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2017

	1983	1991	2014	2015	2016	2017	VARIAZIONE %	
							2017/2016	2017/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	39170	37386	-4.6	-64.5
CENTRO	52423	34178	20259	18770	17863	16970	-5.0	-67.6
SUD	57441	44353	23564	20746	19835	18714	-5.7	-67.4
ISOLE	18682	14344	8829	8395	8058	7663	-4.9	-59.0
ITALIA	233976	160494	96578	87639	84926	80733	-4.9	-65.5

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) nel 2017 si hanno: nell'Italia Settentrionale 37'386 IVG con un decremento del 4.6% rispetto al 2016, nell'Italia Centrale 16'970 IVG (-5.0%), nell'Italia Meridionale 18'714 IVG (-5.7%) e nell'Italia Insulare 7'663 IVG (-4.9%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato a partire dal 1983 delle stime basate su modelli matematici utilizzati a livello internazionale. L'ultima si riferisce al 2012 che, pur tenendo conto dei limiti del modello legati principalmente alle modifiche avvenute nel Paese per quanto riguarda la composizione della popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e i comportamenti riproduttivi (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzata e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi), ha stimato un numero di aborti clandestini per le donne italiane 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 siano ancora più rilevanti. Le stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni 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).

Nel 2016 l'Istat, in collaborazione con l'ISS, ha messo a punto un nuovo modello di stima con informazioni più aggiornate e più recenti su vari aspetti, ad esempio struttura della popolazione in età fertile, tendenze della fecondità, contraccezione. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è stata considerata anche la contraccezione d'emergenza che proprio nel 2015 e 2016 è stata oggetto di profonde modifiche nell'utilizzo e nella diffusione, a seguito delle recenti disposizioni dell'AIFA che ne hanno reso possibile l'acquisto senza ricetta medica per le donne maggiorenni. Questo aspetto ha fatto sì che le nuove stime effettuate presentino valori instabili, seppur compresi in un intervallo abbastanza ristretto che va dai 10.000 ai 13.000 casi. Una conferma della bassa entità del fenomeno viene anche dalle analisi condotte sulle complicità associabili a casi sospetti di aborti clandestini e sull'aborto spontaneo. I dettagli di queste stime sono stati riportati nella relazione del Ministro della Salute relativa ai dati del 2016.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2017 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 6.2 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento del 3.3% rispetto al 2016, anno in cui il tasso è stato pari a 6.5 per 1000 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto riferimento al tasso di abortività effettivo, stimato

escludendo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 6.0 per 1000 nel 2017.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2017 è riportato nella tabella seguente.

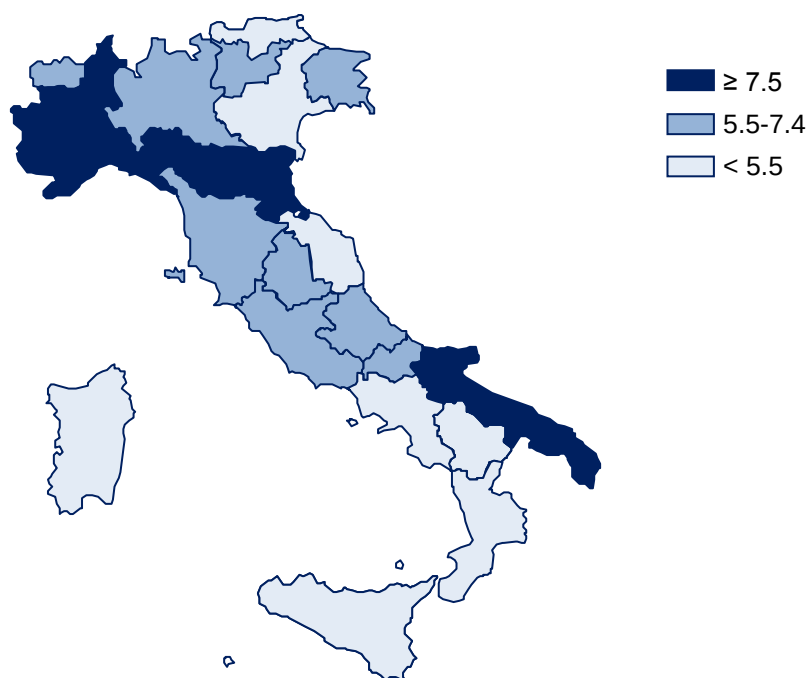
Tassi di abortività per area geografica, 1983-2017

	1983	1991	2014	2015	2016	2017	VARIAZIONE* %	
							2017/2016	2017/1983
NORD	16.8	10.6	7.3	6.7	6.7	6.5	-3.0	-61.3
CENTRO	19.8	12.4	7.6	7.1	6.9	6.6	-3.6	-66.6
SUD	17.3	12.1	7.1	6.4	6.2	5.9	-4.1	-65.7
ISOLE	11.7	8.1	5.7	5.5	5.4	5.2	-3.0	-55.7
ITALIA	16.9	11.0	7.1	6.6	6.5	6.2	-3.3	-63.1

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

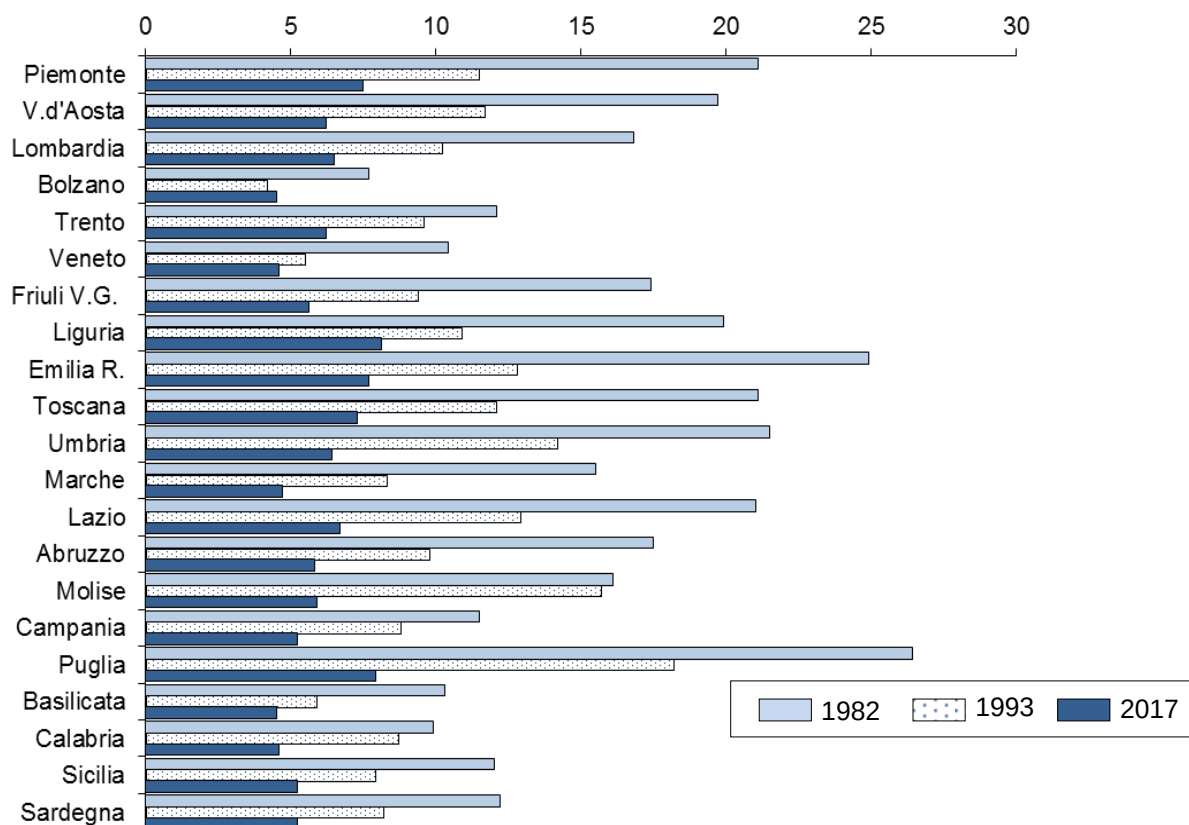
Nella Tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la figura 10 presenta i valori regionali per il 2017. Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna considerare le differenze nella 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 in alcuni casi analizzati suddivisi per cittadinanza della donna.

Figura 10 – Tassi di abortività – Italia 2017



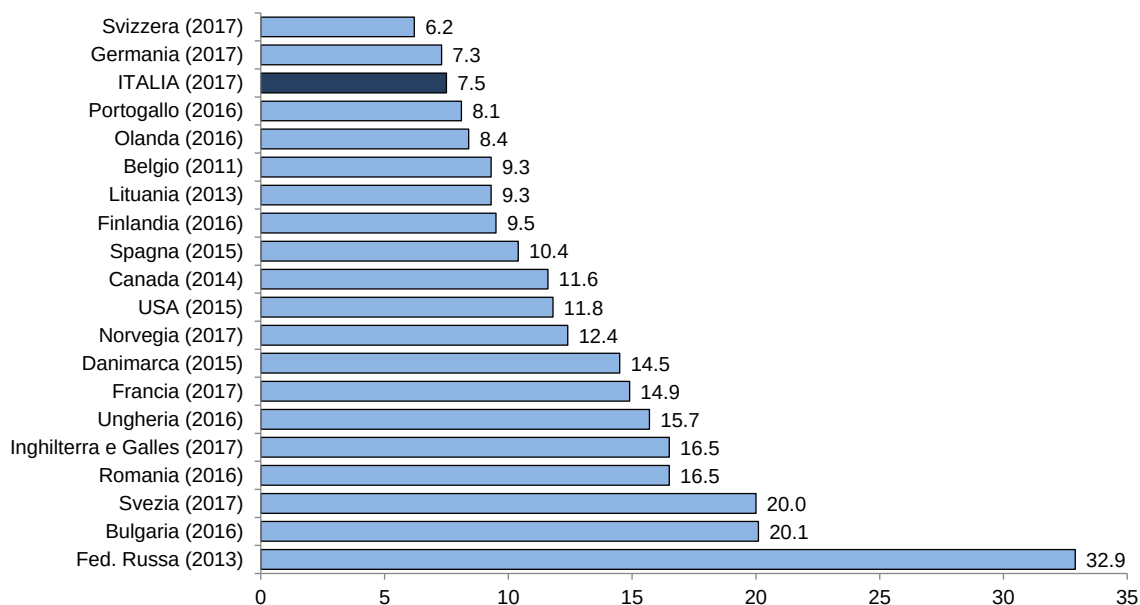
Nella figura 11 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2017 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia e Umbria (-70.2% rispetto al 1982), nelle Marche (-69.5%) e in Emilia Romagna (-69.0%).

Figura 11 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2017



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 12 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 7.5 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale.

Figura 12 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2011-2017



Fonte: Statistiques nationales.

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2017 si sono avute 177.1 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento, pari a 2.9%, rispetto al 2016, anno in cui questo valore è stato pari a 182.4 per 1000 (Tab. 2). Occorre sottolineare che tra questi due anni i nati della popolazione presente sono diminuiti di 9'643 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2017, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2017

	1983	1991	2014	2015	2016	2017	VARIAZIONE* %	
							2017/2016	2017/1983
NORD	484.2	327.1	194.6	182.7	184.2	180.8	-1.9	-62.7
CENTRO	515.2	356.1	214.0	211.4	199.9	194.6	-2.7	-62.2
SUD	283.8	253.0	202.6	182.9	177.6	169.1	-4.8	-40.4
ISOLE	205.3	176.1	159.3	156.3	155.4	149.6	-3.7	-27.1
ITALIA	381.7	286.9	196.2	185.1	182.4	177.1	-2.9	-53.6

* variazione percentuale calcolata sui rapporti arrotondati a due cifre decimali

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.

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

Al fine di interpretare meglio il fenomeno dell'IVG e attuare azioni di prevenzione, è utile analizzare i dati raccolti sulle caratteristiche delle donne che ne fanno ricorso. Nell'esaminare le relative tabelle bisogna considerare che i diversi andamenti, prevalentemente in diminuzione, dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche determinano una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo delle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, negli ultimi 15-20 anni è andato crescendo il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che presentano caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto volontario tre volte maggiore. Questo spiega almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età, sia negli andamenti delle distribuzioni percentuali. Nei confronti temporali è importante tenere sempre presenti tali elementi. In particolare occorre evitare 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. La valutazione della tendenza può essere infatti 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 utilizzate: Svizzera: Interruptions de grossesses 2017 - *Office fédéral de la statistique (FSO)*; Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo - Datos definitivos correspondientes al año

2016 – *Sanidad – Ministerio De Sanidad – Servicios Sociales e Igualdad*; Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2017 – National Statistics, June 2018 - *Department of Health & Social Care*; Olanda: Jaarrapportage 2016 van de Wet afbreking zwangerschap – Utrecht, januari 2018 - *Ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport*; Germania: Schwangerschaftsabbrüche 2017 – *Gesundheit - Statistisches Bundesamt, 2018*; Svezia: Statistik om aborter 2017 - *Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen*; Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrot for 2017 – *Folkehelseinstituttet (FHI)*; Repubblica Ceca: Potraty CR 2014-2015 – *Zdravotnicka Statistika*; Francia: Les interruptions volontaires de grossesse 2016 en France – *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*; Database Eurostat - <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; Abortion Surveillance — United States, 2015 – Surveillance Summaries November 23, 2018 – *CDC*).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età nel 2017 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con un leggero aumento di quelle relative alle classi di età 20-24 e 25-29 anni rispetto al 2016. Come già indicato, per una migliore interpretazione del fenomeno è meglio utilizzare i tassi quando sono disponibili. 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 20-34 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 generalmente trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile tra regioni non sono molto diverse.

Un'altra distorsione può essere causata dall'utilizzare come numeratore del tasso di abortività le IVG effettuate nella regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre regioni o all'estero) e al denominatore solo 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, aspetto che generalmente riguarda le classi di età più giovani. Attualmente per le Regioni è tuttavia impossibile fornire, in tempi rapidi, tutti i dati che si riferiscono alle donne residenti che fanno l'intervento fuori regione.

I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati dell'Istat, sono riportati in tabella 29. Anche in questo caso le variazioni rispetto ai valori calcolati per la regione dove avviene l'IVG non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi (in particolare Toscana, Friuli Venezia Giulia, Umbria, e Emilia Romagna, dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Basilicata e Calabria, le cui donne residenti si recano in gran numero in altre regioni per effettuare l'IVG per cui il tasso è più elevato in caso di loro inclusione).

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 2017 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

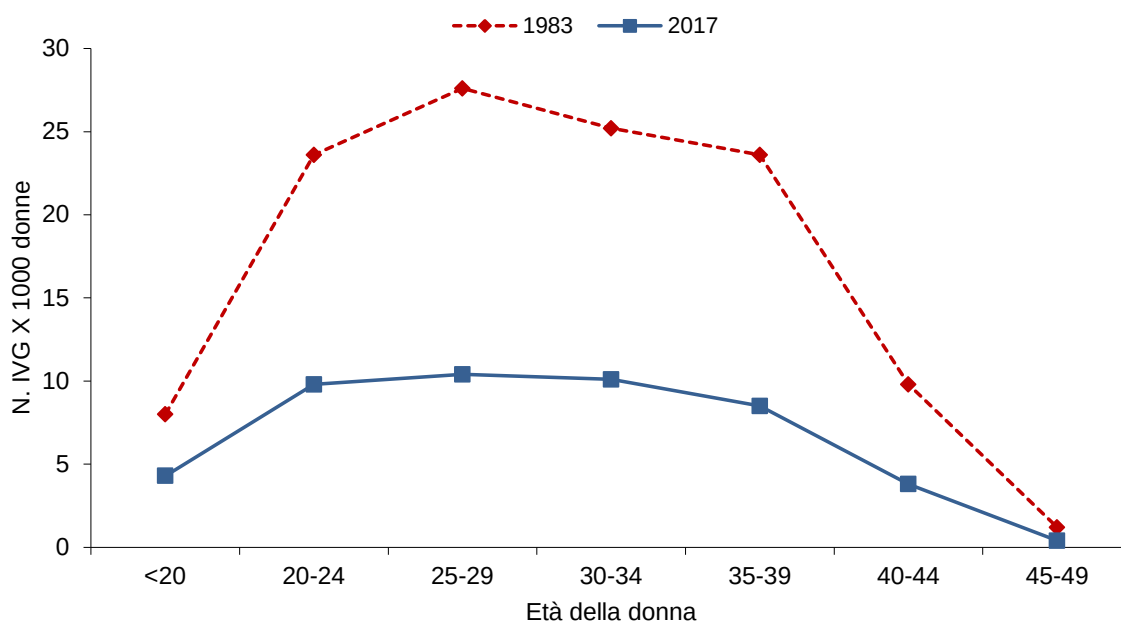
Tassi di abortività per età, 1983-2017

Classi di età	Anni						VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2016	2017	2017/2016	2017/1983
< 20	8.0	5.5	5.2	4.7	4.6	4.3	-6.9	-46.3
20-24	23.6	13.4	11.0	10.2	10.0	9.8	-2.3	-58.5
25-29	27.6	15.7	12.0	11.1	10.8	10.4	-3.2	-62.1
30-34	25.2	17.1	11.3	10.5	10.3	10.1	-2.6	-60.1
35-39	23.6	15.1	9.3	8.6	8.7	8.5	-2.3	-64.1
40-44	9.8	7.2	4.2	3.9	3.9	3.8	-3.3	-61.3
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	0.4	0.4	-2.8	-70.8

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

Nel 2017, rispetto al 2016, si è osservato un decremento dei tassi di abortività in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime (meno di 20 anni). Anche il confronto nel tempo conferma la diminuzione dei valori dei tassi di abortività per tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate tra il 1983 e il 2017 per le donne con meno di 20 anni (-46.3%) e tra 20-24 anni (-58.5%). Questo andamento è in parte dovuto al maggior contributo delle cittadine straniere in queste classi di età, sia per presenza che per livelli di abortività (Fig.13).

Figura 13 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2017



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 di diversi paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano nella classe 20-24 anni, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni rispetto a quelli delle classi più giovani.

Tassi di abortività per età. Confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2017)	4.3	9.8	10.4	10.1	8.5	3.8
	(2016)	4.6	10.0	10.8	10.3	8.7	3.9
	(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
FRANCIA	(2016)	10.0	26.0	24.9	20.0	15.0	6.0
GERMANIA	(2017)	5.5	9.2	9.6	9.0	7.0	2.5
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	14.2	27.8	24.0	18.2	12.4	4.1
NORVEGIA	(2017)	6.3	18.0	19.1	15.6	11.0	3.9
OLANDA	(2016)	5.7	13.1	13.8	12.3	9.1	3.4
REPUBBLICA CECA	(2016)	5.7	12.1	12.9	12.5	10.5	5.4
SPAGNA	(2016)	9.0	16.7	15.4	12.5	8.9	3.8
SVEZIA	(2017)	11.7	26.6	28.5	23.5	17.2	7.8
SVIZZERA	(2017)	3.3	7.9	8.3	7.9	6.3	2.8
USA	(2015)	7.2	19.9	17.9	11.6	7.0	2.5

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2017 è risultato essere pari a 2.7 per 1000 (Tab. 5), valore inferiore a quello del 2016, confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004. 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 2017 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2017

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
2014	2383	472	3.2	3.7
2015	2164	357	2.9	3.1
2016	2155	345	3.0	3.1
2017	1872	309	2.8	2.7

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2017 continua la diminuzione del numero assoluto di IVG per le minori italiane e 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 dal 2015 anche una notevole 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 (2.8% di tutte le IVG nel 2017 rispetto a 3.0% nel 2016), con un tasso pari a 2.7 per 1000 nel 2017, valore molto più basso di quelli delle maggiorenni (6.7 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 e Istat. Come cambia la vita delle donne, 2004-2014. Istat, 2015).

Come negli anni precedenti, l'assenso per l'intervento in caso di ragazze minorenni è stato rilasciato prevalentemente dai genitori (76.1%, Tab. 22) con alcune differenze tra regioni che potrebbero anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che sono in diminuzione negli anni ma nel 2017 sono particolarmente elevati nel Lazio, Toscana e Sardegna.

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio dalla legalizzazione in cui prevaleva nettamente la percentuale di coniugate, si è osservata negli ultimi anni una tendenza prima alla parificazione della distribuzione percentuale tra questa condizione e quella di nubili e successivamente a un superamento delle nubili a partire dal 2014-15. Nel 2017 la distribuzione percentuale per stato civile mostra un 38.1% di coniugate e un 55.9% di nubili (Tabella 8). Questa modifica è in 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 dato 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 contenuta riduzione 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/regioni osservate nel 2017 (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, 2017

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	28.2	48.0	6.7	5.4	65.1	46.6
CENTRO	27.1	45.2	5.6	4.9	67.2	49.9
SUD	45.2	44.9	6.5	7.5	48.3	47.7
ISOLE	39.4	38.9	5.7	4.7	54.9	56.4
ITALIA	34.3	46.5	6.3	5.5	59.4	48.1

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

La tabella evidenzia tra le italiane delle notevoli differenze tra Nord-Centro e Sud-Isole; tra le straniere queste differenze sono meno evidenti e in generale la percentuale di coniugate tra queste donne è superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud e Isole i valori si equivalgono.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono generalmente inferiori rispetto a quelli dell'Europa occidentale, anche se le differenze si riducono nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

IVG (%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2017)	38.1	61.9
	(2016)	38.8	61.2
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2017)	39.2	60.8
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	16.0	84.0
REPUBBLICA CECA	(2014)	34.4	65.6
SVIZZERA	(2014)	30.0	70.0
USA	(2015)	14.3	85.7

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 2017 in base al titolo di studio. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (43.5%) come osservato negli anni precedenti.

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 (più straniere al Nord e Centro Italia) e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2017 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2017

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1.5	9.8	31.7	45.2	50.5	37.0	16.3	8.0
CENTRO	5.6	11.0	27.6	45.0	49.5	37.3	17.2	6.7
SUD	3.1	17.0	42.4	45.6	43.3	31.9	11.1	5.5
ISOLE	4.0	22.6	49.9	50.4	37.3	22.1	8.8	4.8
ITALIA	3.1	11.6	36.2	45.5	46.7	35.7	14.1	7.2

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, in collaborazione con l'Istat è stata condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2011. 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 2011), 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 nell'ultimo anno per cui è disponibile il dato, 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 1981-2011

Titolo di studio	1981	1991	2001	2011
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
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 modificato i loro comportamenti relativi al 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. Questi dati sottolineano la necessità di interventi di prevenzione specifici per questi gruppi di donne.

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 44.1% delle donne che hanno abortito nel 2017 risulta occupata, il 22.3% casalinga, il 10.2% studentessa. Dopo 4 anni in cui si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (21.1% nel 2015 e 20.8% nel 2014 rispetto al 19.9% del 2013 e il 18.8% del 2012), dal 2016 vi è un aumento delle occupate (44.0% nel 2016 e 42.9% nel 2015) sebbene sia stabile la percentuale di disoccupate (21.1% nel 2017), probabilmente influenzati 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, 2017

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	61.0	39.8	18.3	30.6	9.3	23.7	11.3	5.9
CENTRO	49.0	36.6	22.5	31.8	12.4	25.1	16.1	6.4
SUD	33.1	28.9	18.5	26.3	37.4	41.3	10.9	3.5
ISOLE	30.6	25.8	21.5	37.2	37.1	32.6	10.7	4.4
ITALIA	46.9	37.0	19.6	30.7	21.4	26.6	12.1	5.7

Elaborazioni su dati Istat.

Anche in questo caso si è effettuato con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia 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 2017 questo ha riguardato il 92.1% delle IVG (Tab. 11), valore leggermente inferiore a quello del 2016 (91.4%) e del 2015 (92.2%), ma in aumento rispetto al 2013 (90.8%). Delle IVG effettuate da donne residenti in regione nel 2017 l'87.0% 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% in Friuli Venezia Giulia e nella Provincia Autonoma di Trento al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise e Basilicata al Sud, come negli anni precedenti. 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 2017 presenta un flusso in entrata pari al 20.8% (115 IVG) ma ha anche, come è riportato in tabella 29, un consistente flusso in uscita simile (90 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è più elevato di quello per regione di intervento: 5.27 per 1000 rispetto a 4.54. Il tasso di abortività calcolato per le donne residenti descrive più correttamente 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 29 risulta evidente che in alcune regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto. In altre la sottostimano. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese, con il conseguente flusso emigratorio verso altre regioni. Le Regioni devono rivolgersi all'Istat per ottenere il dato sulle donne residenti nel proprio territorio che effettuano l'IVG in 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 la difficoltà 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 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 negli anni da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000, con una flessione negli ultimi anni: 3328 nel 2013, 2564 nel 2014, 2366 nel 2015 e 2956 nel 2016 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i contributi delle singole regioni). Nel 2017 si osserva un aumento delle residenti all'estero (2484 IVG, sempre avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati per regione). 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

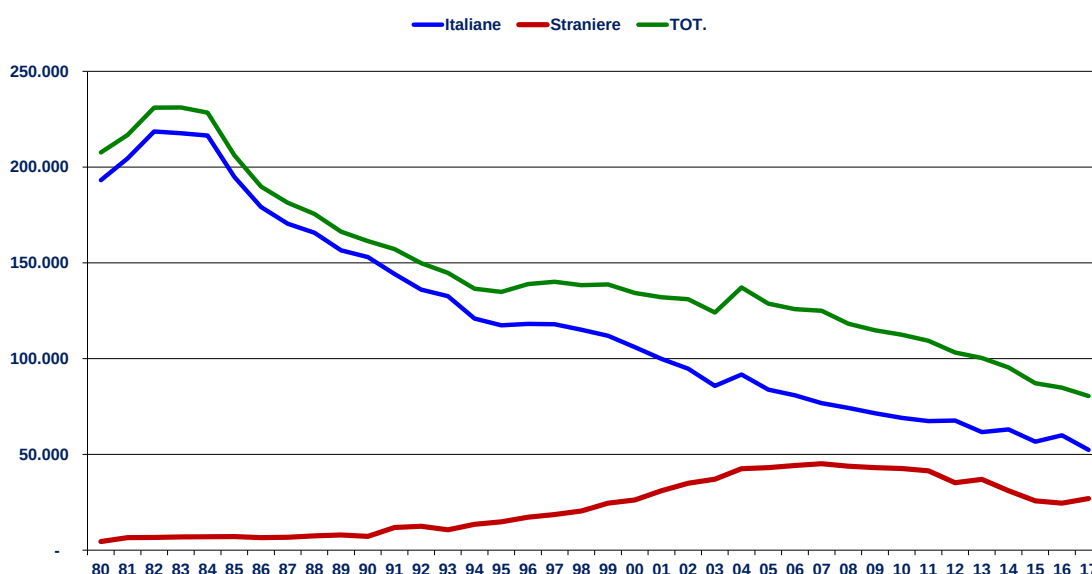
Nel 1995, anno in cui si è iniziata a rilevare sistematicamente l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8'967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo 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 2017, dai dati riferiti dalle Regioni, il valore risulta essere 24'372 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, regione per regione, il valore risulta pari a 25'503. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2017, 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, 68'382 nel 2013, 65'021 nel 2014, 60'384 nel 2015, 59'423 nel 2016 e 56'243 nel 2017, avendo ridistribuito per gli ultimi dieci 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 56'243, con un decremento percentuale del 76.0%.

Nel 2017 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 30.3% del dato nazionale, valore simile a quello del 2016 (30.0%) e in diminuzione rispetto agli anni precedenti (31.1% nel 2015 e 33.0% nel 2014). In generale la popolazione immigrata è soprattutto presente nelle regioni del Centro Nord dell'Italia e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività, specie in queste regioni. 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 14). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione del numero di IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni.

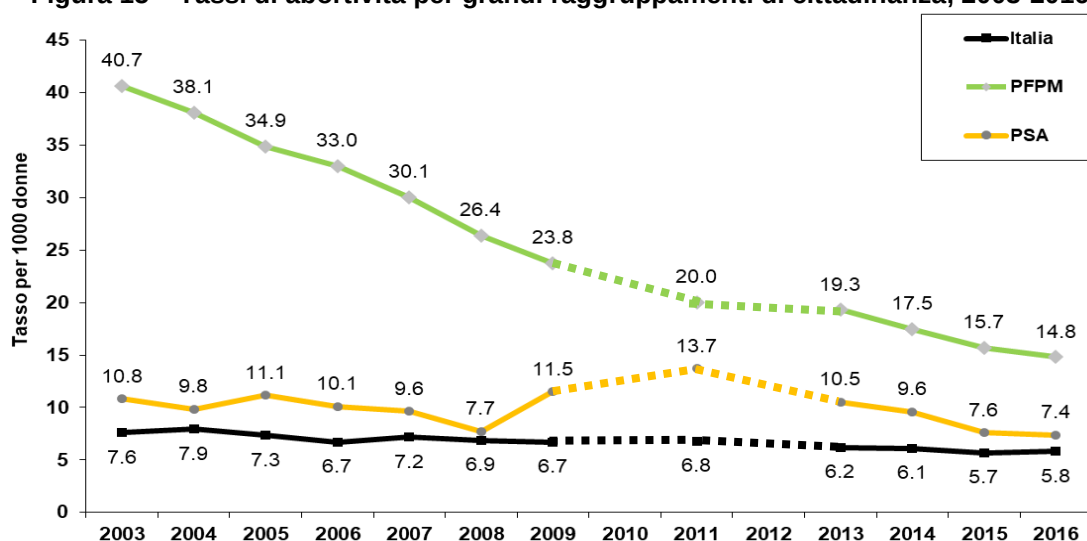
Figura 14 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2017



Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2015 dei tassi 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 da 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 15 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2016



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 rilevare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono a diminuire nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM erano 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2016 tale rapporto risulta uguale a 2.6. Per le donne PSA si tratta di numeri molto piccoli e quindi i valori dei tassi di abortività sono poco stabili e 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 2016, 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 2016

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	3.9	10.7
20-24	7.8	25.5
25-29	8.1	22.5
30-34	8.1	19.3
35-39	7.4	15.3
40-44	3.6	6.5
45-49	0.3	0.6
15-49 standardizzato	5.8	15.5

Fonte: Istat.

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le straniere (con un tasso 3.3 volte superiore a quello delle italiane), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra quelle di 25-29 anni e 30-34 (8.1 per 1000).

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 scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita e non da una scelta di utilizzare l'IVG come metodo per il controllo della propria fecondità (Rapporto ISTISAN 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere a evitare gravidanze indesiderate è emersa in più recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia importante offrire un *counselling* sulla procreazione responsabile in occasione del percorso nascita per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di offrire tale *counselling* a tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni Ottanta (ISS. Rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamente indicata nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto dedicato alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che si è concluso a dicembre 2012. 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 di formazione a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avevano 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, con il coinvolgimento anche delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue e disponibili 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

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 nella compilazione del modello D12 in cui, nel caso di donne senza nati vivi, aborti spontanei o volontari, i compilatori talvolta non compilano i campi corrispondenti alla storia riproduttiva invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si in questi casi l'informazione è registrata come non rilevata oppure bisogna fare un apposito 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. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare anche questa parte del modello D12/Istat 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 già nati 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 2017 il 60.9% delle IVG è stato effettuato da donne con

almeno un figlio, percentuale leggermente superiore a quella osservata nel 2016 e 2015 (60.6%) e il 37.2% 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 . C'è anche da considerare che negli anni sono anche diminuite le coppie con 2 o più figli nella popolazione generale.

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2017, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2017

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	45.8	27.3	24.2	26.7	22.5	30.6	7.5	15.3
CENTRO	53.5	32.2	21.2	25.8	19.6	29.8	5.7	12.2
SUD	38.3	23.3	20.0	28.3	29.1	32.7	12.6	15.8
ISOLE	35.6	28.3	23.4	28.8	26.1	28.0	14.8	14.9
ITALIA	44.0	28.1	22.3	26.8	24.2	30.5	9.5	14.6

Elaborazioni su dati Istat.

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2017 la proporzione di quelle con uno o più nati vivi era il 54.2% al Nord, il 46.5% al Centro, il 61.7% al Sud e il 64.4% nelle Isole, con notevoli differenze per area geografica. Le percentuali corrispondenti per le straniere differiscono in maniera meno marcata per area geografica, rispettivamente: 72.7%, 67.8%, 76.7% e 71.7%. 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/Istat dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia variabile "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, 1983-2017

	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
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
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	2.3
2015*	39.4	23.4	26.4	8.2	2.5
2016*	39.4	23.7	26.2	8.3	2.4
2017*	39.1	23.7	26.1	8.5	2.6

* Nati vivi

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

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2017) *	38.7	61.3
GERMANIA	(2017)	39.2	60.8
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	45.0	55.0
OLANDA	(2016)	47.8	52.2
SPAGNA	(2016)	45.7	54.3
SVIZZERA	(2014)	51.0	49.0
REPUBBLICA CECA	(2014)	28.3	71.7
USA	(2015)	40.7	59.3

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2017, l'86.0% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è simile a quello osservato nel 2016 (85.9%), non dando indicazioni di variazione dell'andamento del fenomeno. C'è da segnalare che 5 regioni nel 2017 presentano un numero abbastanza elevato di casi con questa variabile non riportata: Lombardia, Puglia, Liguria, Umbria e Sardegna.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2017

	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
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2
2015	86.5	10.5	2.2	0.5	0.3
2016	85.9	11.2	2.2	0.5	0.2
2017	86.0	11.1	2.2	0.5	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2017 (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, 1983-2017

	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
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8
2015	19.0	5.3	1.6	1.0	26.9
2016	18.7	5.2	1.5	0.9	26.4
2017	18.3	5.1	1.4	0.9	25.7

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo 40 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 mantenendo costante il rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato rispetto a quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2017

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2002	2006	2010	2015	2016	2017
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.3	26.9	27.2	26.9	26.4	25.7
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.5	44.6	44.7	44.8	44.8	44.8

(* 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 al fenomeno dell'IVG, come già riportato nel capitolo sulla cittadinanza. Poiché tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane, se si considerassero solo le donne italiane, tale andamento di riduzione e di differenza con il dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne che hanno fatto un'IVG nel 2017, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (36.0% rispetto a 21.3%), anche se in diminuzione nel tempo.

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2017

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.6	24.2	3.6	8.4	1.3	3.4	21.5	36.0
CENTRO	15.1	23.9	2.6	8.8	1.1	4.5	18.8	37.1
SUD	16.8	21.1	4.4	8.5	2.1	5.5	23.4	35.1
ISOLE	15.4	20.1	3.5	7.5	1.2	4.0	20.1	31.6
ITALIA	16.2	23.6	3.6	8.5	1.4	3.9	21.3	36.0

Elaborazioni su dati Istat.

Per l'anno 2017 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza di IVG ripetute si ha nelle regioni del Sud con il 23.4%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Liguria (32.8%); al Centro, in Toscana (29.5%); al Sud, in Puglia (32.0%). Le differenze regionali possono dipendere in parte dal numero di casi in cui questa variabile non è riportata nel modello D12/Istat (che spesso corrisponde a “zero IVG precedenti”). Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare tutti i campi, anche nel caso di risposta “0” o “nessuno”.

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano rimane 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	(2017)	74.3	18.3	5.1	2.3	25.7
	(2016)	73.6	18.7	5.2	2.4	26.3
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	61.0	28.0	7.8	3.2	39.0
OLANDA	(2016)	64.4	22.9	7.6	4.7	35.2
SPAGNA	(2016)	62.4	24.8	8.3	4.5	37.6
SVEZIA	(2016)	56.3	n.r.	n.r.	n.r.	43.7
USA	(2015)	56.3	n.r.	n.r.	n.r.	43.7

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è un'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 (specialmente se si esclude il contributo delle straniere). 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.

Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste dalla legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, con il quale si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la stessa, 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 (art. 5).

Anche per il 2017 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (43.6%) degli altri servizi (Tab. 16). Le regioni in cui si osservano nel 2017 valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna (70.5%), Piemonte (64.6%), PA di Trento (63.4%) e Umbria (62.2%). 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, 2017

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	50.3	62.8	23.6	15.3	24.2	20.2	1.9	1.6
CENTRO	43.4	47.7	15.6	17.2	29.4	24.9	11.6	10.0
SUD	28.6	39.8	29.1	21.3	39.3	34.8	3.0	4.0
ISOLE	19.9	27.3	18.6	13.2	59.6	57.6	1.9	1.9
ITALIA	39.1	54.6	23.1	16.4	33.8	25.0	4.1	4.0

Elaborazioni su dati Istat

Negli anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, specialmente a partire dalla metà degli anni '90. Prevalentemente questo andamento può essere 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 per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile sono spesso nella stessa condizione delle italiane di 35 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, 1983-2017

	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
2014	21.7	33.0	41.9	3.4
2015	21.4	33.0	42.3	3.3
2016	21.6	31.7	42.9	3.7
2017	21.0	31.3	43.6	4.0

Nel 2017 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.6 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore uguale a quello del 2016 e 2015 e leggermente più basso di quello degli anni precedenti, 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 1853 consultori familiari pubblici censiti nel 2017 (erano 1944 nel 2016) 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 grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'equipe professionale è in grado di identificare i determinanti di natura sociale e di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, e di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

3.2 Urgenza

Nel 2017 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 19.2% dei casi rispetto al 17.8% del 2016, al 16.7% del 2015, al 14.7% del 2014, al 13.4% del 2013 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 valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (38.9%), in Piemonte (34.6%), nel Lazio (34.4%), in Abruzzo (24.6%), in Emilia Romagna (24.2%) e in Toscana (22.3%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2017 risulta: 17.3% al Nord, 26.1% al Centro, 21.3% al Sud e 8.9% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2017 (Tab. 19) mostra che il 48.9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 46.8% del 2016), il 12.4% a 11-12 settimane e il 5.6% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentata negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41.8% delle IVG), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica per effettuare l'IVG, 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: 5.6% nel 2017, 5.3% nel 2016, 5.0% nel 2015, 4.7% nel 2014 rispetto a 4.2% nel 2013 e 3.8% nel 2012.

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, 15.6% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 10.8% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2017

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	49.5	43.5	31.0	36.0	12.9	16.5	6.6	3.9
CENTRO	50.6	41.9	32.1	39.8	11.3	15.3	5.9	3.0
SUD	57.6	47.8	29.5	37.3	7.2	11.6	5.7	3.2
ISOLE	46.1	39.7	35.2	41.4	11.4	14.5	7.2	4.3
ITALIA	51.6	43.4	31.3	37.4	10.8	15.6	6.3	3.6

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 con gli altri servizi. 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 2017 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (3.6%) rispetto alle italiane (6.3%), 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 e di conseguente ricorso a un'IVG terapeutica. 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 2017, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5.1	Marche	5.1
Valle d'Aosta	8.7	Lazio	5.1
Lombardia	5.7	Abruzzo	4.9
Bolzano	7.7	Molise	3.7
Trento	7.7	Campania	4.7
Veneto	7.2	Puglia	6.1
Friuli Venezia Giulia	7.2	Basilicata	3.8
Liguria	4.0	Calabria	5.1
Emilia Romagna	4.9	Sicilia	6.2
Toscana	5.0	Sardegna	9.0
Umbria	2.0		
		ITALIA	5.6

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Sardegna, Veneto e nella PA di Bolzano. Alcune regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile: Sardegna (22.0%), Puglia (12.8%) e Liguria (8.8%). Si sottolinea ancora una volta l'importanza da parte dei professionisti che operano nelle strutture di riportare tutte le informazioni richieste sui modelli D12/Istat e da parte dei referenti regionali di monitorare che questo avvenga.

Si ricorda che in ogni caso l'analisi si basa su distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare nella gran parte dei casi 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 12a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2017)	80733	7.5	5.6
	(2016)	84926	8.0	5.3
	(2006)	131018	11.1	2.9
GERMANIA	(2017)	101209	7.3	2.7
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	189859	16.5	10.0
NORVEGIA	(2017)	12733	12.4	4.2
OLANDA	(2016)	30144	8.5	18.4
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10.3	4.5
SPAGNA	(2016)	93131	10.3	7.0
SVEZIA	(2017)	37000	20.0	6.4
SVIZZERA	(2017)	10015	6.2	5.0
USA	(2015)	638169	11.8	8.9

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

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, 62.3% nel 2013, 64.8% nel 2014, 65.3% nel 2015, 66.3% nel 2016 e 68.8% nel 2017 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 10.9% nel 2017, rispetto a 15.7% nel 2011, 15.5% nel 2012, 14.6% nel 2013, 13.2% negli anni 2014-2015 e 12.4% nel 2016. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza (paragrafo 3.2) e al Mifepristone+prostaglandine come tecnica di intervento (paragrafo 3.7). C'è anche da segnalare che per questa variabile si nota negli ultimi anni un miglioramento della qualità del flusso, con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (solo 0.9% nel 2017 rispetto a 2.5% nel 2014 e 4.2% nel 2010).

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, 2017

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	Straniere
NORD	68.6	67.6	20.4	21.8	8.1	7.9	3.0	2.7
CENTRO	71.8	69.4	19.3	21.2	6.4	7.0	2.4	2.5
SUD	71.6	68.1	18.9	20.1	7.1	8.3	2.4	3.4
ISOLE	70.5	67.6	17.8	18.4	7.8	9.6	3.9	4.3
ITALIA	70.3	68.1	19.4	21.3	7.4	7.8	2.8	2.8

Elaborazioni su dati Istat.

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati nel 2017 in particolare in Valle d'Aosta (30.2% delle IVG), in Umbria (21.7%) e in Veneto (19.9%).

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 2017 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, 1983-2017

	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
2011	92.1	7.9	0.0
2013	93.5	7.5	0.0
2014	94.2	5.8	0.0
2015	94.3	5.7	0.0
2016	94.5	5.5	0.0
2017	95.6	4.4	0.0

La quasi totalità delle IVG (95.6% nel 2017) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati, in Sardegna, in Campania, nella PA di Trento, in Puglia e nelle Marche è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura, superando il 10%.

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

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2017

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98.2	97.9	1.8	2.1
CENTRO	98.5	98.5	1.5	1.5
SUD	89.5	94.0	10.5	6.0
ISOLE	93.3	95.9	6.7	4.1
ITALIA	95.2	97.5	4.8	2.5

Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da qualche anno viene anche riportata in questa relazione una tabella, con i dati riferiti dalle Regioni, sul numero di stabilimenti con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e stabilimenti che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). In totale sono stati notificati 591 stabilimenti nel 2017 di cui 381 effettuatori l'IVG (64.5% del totale). Nel 2016 e 2015 il numero di stabilimenti era superiore (614 e 648 stabilimenti rispettivamente) ma era leggermente inferiore la proporzione di stabilimenti effettuatori sul totale (59.4% nel 2015 e 60.4% nel 2016). Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2017 si va da un minimo di 25.0% nella PA di Bolzano e 27.5% in Campania a 100% in Valle d'Aosta, 96.6% in Toscana e 93.3% in Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2017 permane elevato (59.0%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione: 80.1% nel 2012, 76.6% nel 2013, 73.0% nel 2014, 69.0% nel 2015, 64.5% nel 2016. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 16.6% dei casi (in aumento rispetto al 2.0% del 2012, il 4.5% del 2013, l'8.0% del 2014, il 10.1% nel 2015 e 12.8% nel 2016) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi nella PA di Bolzano e Molise a 53.2% in Veneto). In generale le regioni del Centro-Nord dichiarano un utilizzo maggiore della sedazione profonda mentre nel Sud e nelle isole è più diffusa l'anestesia generale.

Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5.7% del 2012 si è arrivati al 17.9% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. Inoltre è possibile che ancora alcune regioni o ASL non abbiano ancora utilizzato per il 2017 questa nuova classificazione indicata dall'Istat o non abbiano adattato i propri software di registrazione dei dati. Si raccomanda alle regioni e alle strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 3.4% 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 Clinical Guideline n.7. London: RCOG Press; 2011) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione (come nella gran parte dei casi in Italia) non è necessario il ricorso all'anestesia generale e quella locale è preferibile. 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. Ciò non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza. Le regioni dovrebbero promuovere corsi di formazione su tale procedura e la sua diffusione.

L'ampio uso dell'anestesia generale è ancora più evidente se non si considerano gli interventi effettuati con Mifepristone+prostaglandine, in cui l'anestesia non è necessaria: le percentuali salgono a 70.7% per l'anestesia generale, 4.1% per l'anestesia locale e 19.9% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2017.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2017

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	65.2	71.0	2.9	3.2	4.2	3.7	21.3	23.4	27.7	22.2
CENTRO	60.3	65.7	7.6	11.7	0.4	0.3	21.1	29.8	31.6	22.3
SUD	78.5	81.0	3.1	5.5	0.6	0.4	7.3	9.7	17.8	13.2
ISOLE	80.8	85.1	0.6	0.9	1.2	1.2	18.3	23.3	17.4	12.8
ITALIA	70.2	71.7	3.6	5.4	2.0	2.3	16.5	23.2	24.1	20.6

Elaborazioni su dati Istat.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica con le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2017 (Tab. 25), sebbene permane un 11.6% di interventi effettuati con raschiamento, in aumento negli ultimi anni (9.3% nel 2015 e 11.4% nel 2016) nonostante sia una tecnica a maggior rischio di complicanze. Questo incremento può essere in parte dovuto al contributo della Lombardia, regione dove questa metodica è abbastanza diffusa e che dopo 3 anni ha nuovamente fornito il dettaglio di questa variabile e ha quindi contribuito al valore nazionale. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2017

	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
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
2014 ^{** a}	9.1	17.8	57.0	16.2
2015 ^{** a}	9.3	17.0	55.6	18.2
2016 ^a	11.4	16.8	52.2	19.6
2017 ^a	11.6	16.0	50.5	22.0

* 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 e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata nel 30% o più casi, come negli anni precedenti), in Friuli Venezia Giulia (24.0%), in Calabria (20.9%), in Veneto (17.9%) e in Lombardia (15.3%), a fronte di valori contenuti in diverse altre regioni (meno del 5% in Molise, Basilicata, Umbria, Piemonte, Marche, Puglia e Liguria). 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, 2017

	Tipo di intervento													
	Raschiam.		Isterosuz.		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostaglan.		Prostaglan.		Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	9.8	10.4	20.5	21.9	42.7	46.8	1.6	1.2	22.6	18.2	1.2	0.7	1.5	0.8
CENTRO	10.0	11.9	14.5	17.9	46.9	52.7	1.2	0.3	22.9	14.6	0.5	0.2	4.1	2.3
SUD	8.8	14.0	6.6	5.7	65.9	67.3	1.5	1.2	15.3	10.4	1.7	1.2	0.2	0.3
ISOLE	20.3	20.7	13.0	12.0	48.7	54.4	3.2	2.0	10.1	7.8	3.5	2.3	1.2	0.8
ITALIA	10.8	11.7	14.5	18.5	50.9	51.1	1.7	1.0	19.1	15.9	1.4	0.7	1.6	1.1

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.

Da ormai più di 10 anni (2005) alcuni istituti in Italia hanno iniziato per l'interruzione della gravidanza l'utilizzo dell'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine (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 tuttavia 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 edizioni 2010-12 non permettevano un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute decise 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 chiese la collaborazione dell'ISS per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le regioni inviarono il dato da cui è risultato che questa metodica era 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 era avvenuto nel 2010 in tutte le regioni, tranne Abruzzo e Calabria, e nel 2011 non era 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 2017 tutte le regioni 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", e "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e prostaglandine e l'utilizzo ormai in tutte le regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2017 di questo metodo:

Anno	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	7855	8114	10257	11134	13255	14267
% sul totale IVG	0.1	0.7	3.3	6.7	7.3	9.7	12.9	15.2	15.7	17.8
N. Regioni	2	5	18	20	20	20	21	21	21	21

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 (41.0% di tutte le IVG nel 2017), Piemonte (38.9%), Emilia Romagna (31.8%), Toscana (26.6%) e Puglia (26.0%), come riportato in tabella 25.

Queste percentuali aumentano se si considerano solo le IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione, con un intervento su 2 fatto con tale metodica.

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/Istat relativi al 2017, l'86.9% 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).

Dalla raccolta dati ad hoc effettuata nel 2010-11 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

Nel 90.1% delle IVG del 2017 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 3.8% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (Tab. 26). Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2017

	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
2014	87.6	5.9	6.6
2015	89.8	4.6	5.6
2016	88.9	5.0	6.0
2017	90.1	3.8	6.1

Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze, con percentuali maggiori di degenze di 2 o più giorni in Piemonte, Valle d'Aosta, Calabria e Sicilia e Puglia.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2016 e 2017 è illustrata nella tabella seguente, mostrando una diminuzione della degenza inferiore a 1 giorno e un aumento di quelle di un giorno o superiori a un giorno, in particolare al Sud, andamento opposto di quello osservato lo scorso anno. Si raccomanda le regioni di valutare questa variabile nel proprio territorio per evidenziare le strutture in cui la degenza è particolarmente alta per capirne le motivazioni.

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2016-2017

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
NORD	88.2	88.3	5.2	4.7	6.6	7.2
CENTRO	96.1	95.9	1.4	1.4	2.6	2.7
SUD	85.2	91.1	7.9	3.4	6.8	5.5
ISOLE	85.3	83.8	5.4	5.8	9.2	10.5
ITALIA	88.9	90.1	5.0	3.8	6.0	6.2

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2017 sono state registrate 5.6 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) valore inferiore a quello del 2016 e 2015 (6.0 e 7.3 per 1000, rispettivamente), in particolare della voce “altro” (che invece era aumentata in precedenza). Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale. Nel nostro Paese il numero di donne morte la cui causa è in qualche maniera collegabile all'IVG è molto basso e inferiore a quello indicato in letteratura per tale causa.

Dal 2015 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 stanno ancora aggiornando i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare questa ulteriore informazione in maniera completa per poter procedere ad un'analisi più articolata, a livello nazionale, su tutte le possibili complicanze.

OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2017)

1. Andamento generale

Ad integrazione dei dati rilevati dal sistema di sorveglianza IVG, in continuità con le relazioni presentate al Parlamento negli ultimi anni, si riportano i dati sull'offerta del servizio IVG e sull'obiezione di coscienza, raccolti attraverso un monitoraggio ad hoc avviato a partire dal 2013.

Infatti, 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 2017, si evincono valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (68.4%). Tuttavia per capire quale impatto tali percentuali abbiano sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori si è ritenuto opportuno effettuare un monitoraggio ad hoc, a livello di singola struttura.

Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari a 45.6%. Ancora inferiore è la proporzione di personale non medico che ha presentato obiezione nel 2017: 38.9%. Tutti questi dati presentano notevoli variazioni regionali.

Si sottolinea 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).

2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale

In continuità con quanto riportato nelle precedenti relazioni al Parlamento, anche quest'anno per monitorare la piena applicazione della Legge 194/78, 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 presenti nel territorio - in numero assoluto e 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.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto all'accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, è stato ritenuto un valido indicatore il carico di lavoro medio settimanale di 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, riferito alle 44 settimane lavorative

annuali. Un ulteriore approfondimento, in continuità con gli ultimi due anni, è stata la valutazione anche dell'eventuale numero di non obiettori assegnati dalle amministrazioni stesse a servizi non di IVG, proprio per garantire che l'indicatore scelto fosse aderente alla realtà.

Come condiviso con i rappresentanti di tutte le regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della Legge 194 istituito presso il Ministero della Salute, è stato concordato di stimare i seguenti parametri (per il parametro 3 a livello di singola struttura di ricovero), al fine di verificare un'adequata applicazione della legge il più possibile a livello locale 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 2017.

2.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

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

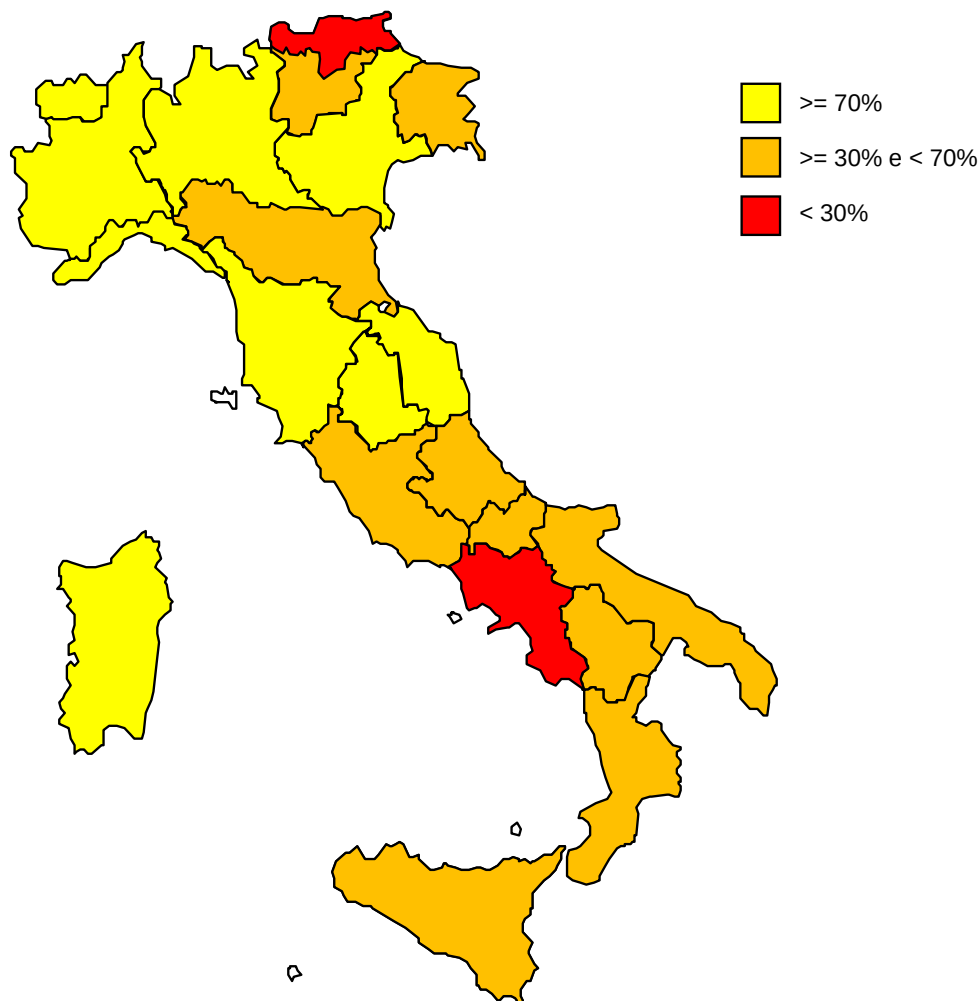
Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'Istat emerge che il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominati nei flussi informativi "stabilimenti") a livello nazionale, nel 2017, risulta pari a 591 (erano 614 nel 2016), mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2017 risulta pari a 381, cioè il 64.5% del totale (era il 60.4% nel 2016). Si è verificato, cioè, un lieve aumento percentuale di strutture disponibili, questo sicuramente anche a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione al DM 70/2015.

Le tabelle che seguono mostrano il confronto, in valori assoluti, fra il totale degli stabilimenti con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione nell'anno 2017; i dati confermano quanto rilevato negli anni precedenti, e cioè che solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nella figura 16. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Numero di sedi fisiche (stabilimenti) con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2017

Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	41	32	78.0%	Marche	17	12	70.6%
Valle d'Aosta	1	1	100.0%	Lazio	42	22	52.4%
Lombardia	85	67	78.8%	Abruzzo	15	9	60.0%
P.A. Bolzano	8	2	25.0%	Molise	3	1	33.3%
P.A. Trento	7	4	57.1%	Campania	69	19	27.5%
Veneto	39	32	82.1%	Puglia	37	21	56.8%
Friuli V. Giulia	14	9	64.3%	Basilicata	7	4	57.1%
Liguria	15	14	93.3%	Calabria	13	9	69.2%
Emilia-Romagna	54	36	66.7%	Sicilia	60	31	51.7%
Toscana	29	28	96.6%	Sardegna	21	16	76.2%
Umbria	14	12	85.7%	Totale	591	381	64.5%

Figura 16 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2017



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 591 strutture nazionali con reparto di ostetricia e ginecologia, censite nel 2017, 434 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato Cedap 2016 rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale a ottobre 2017), pari al 73.4% del totale (come nel 2016).

I nati vivi in Italia nel 2017 sono stati 458'151 (fonte ISTAT); nello stesso anno le IVG sono state 80'733, con un rapporto di 5.7:1 (l'anno precedente era 5.4:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.1:1 (negli anni precedenti era 1.3:1).

Si accentua, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 17.6% rispetto al numero delle nascite, il numero di punti IVG è pari all'87.8% di quello dei 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 per l'anno 2017.

A livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.4 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.1:1, cioè ogni 10 strutture in cui si fa l'IVG, ce ne sono 11 in cui si partorisce. Ci avviciniamo a un rapporto di 1:1 fra punti IVG e punti nascita, nonostante le IVG siano il 17.6% delle nascite.

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 2017

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	2.9	3.6	Marche	3.8	3.8
Valle d'Aosta	3.8	3.8	Lazio	2.5	1.7
Lombardia	3.1	3.2	Abruzzo	3.2	3.2
P.A. Bolzano	4.3	1.7	Molise	4.7	1.6
P.A. Trento	2.6	3.5	Campania	3.9	1.4
Veneto	3.5	3.1	Puglia	3.2	2.3
Friuli Venezia Giulia	3.7	3.7	Basilicata	4.1	3.3
Liguria	3.7	4.7	Calabria	3.0	2.1
Emilia-Romagna	2.9	3.9	Sicilia	4.2	2.7
Toscana	3.1	3.7	Sardegna	4.3	4.6
Umbria	4.4	6.5	Totale	3.4	2.9

(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte: Ministero della Salute –Comitato Percorso Nascita nazionale anno 2017)

Scendendo nel dettaglio, in alcune Regioni c'è un numero maggiore o uguale di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Sardegna), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Sicilia, dove ogni 4.2 punti nascita, ci sono 2.7 punti IVG), comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG.

È importante ricordare 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 requisiti strutturali, tecnologici e di dotazione di personale in numero adeguato e con più esperienza, 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, basato sulla rilevazione ad hoc su base regionale avviata dal Ministero, nel 2017 è variato di poco rispetto agli anni precedenti; in generale si registra quasi per tutte le regioni una leggera diminuzione (anche in relazione alla riduzione del numero di IVG), uniche eccezioni P.A. Bolzano, Campania (dove quest'anno il dato è pervenuto completo) e Basilicata.

Entrando nel merito dei dati, a livello aggregato regionale, 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 0.2 della Valle d'Aosta alle 8.6 del Molise, con una media nazionale di 1.2 IVG a settimana, dato in calo.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2014-17 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore			
	dato 2014 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2015 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2016 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2017 - rilevazione ad hoc per struttura
Piemonte	1.7	1.3	1.3	1.1
Valle D'Aosta	0.4	0.3	0.3	0.2
Lombardia	1.7	2,7	n.d.	1.2
P.A. Bolzano	1.3	1.1	1.2	2.3
P.A. Trento	0.9	0.8	0.8	0.7
Veneto	1.5	1.2	1.2	1.2
Friuli Venezia Giulia	0.7	0.6	0.6	0.5
Liguria	1.3	1.2	1.3	1.0
Emilia-Romagna	1.0	0.8	0.7	0.7
Toscana	1.0	1.0	1.0	0.9
Umbria	1.2	1.0	1.1	1.1
Marche	0.9	0.8	0.8	0.9
Lazio	3.2	3.8	2.6	2.4
Abruzzo	3.0	2.4	2.4	2.1
Molise	4.7	8.1	9.0	8.6
Campania	2.3 (**)	0.0 (**)	1.4 (**)	3.6
Puglia	3.5	3.0	3.0	2.7
Basilicata	2.9	2.5	2.5	3.1
Calabria	2.2	1.9	1.9	1.7
Sicilia	3.8	2.1	1.7	1.9
Sardegna	0.5	0.6	0.6	0.5
TOTALE	1.6	1.3	1.6	1.2

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Il numero dei non obiettori a livello regionale, quindi, 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.

Anche l'analisi del carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero rileva nel 2017, nelle 381 strutture IVG, solo 2 situazioni che si discostano molto dalla media regionale (outlier), superiori alle 9 IVG settimanali: una in Sicilia, con 18.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 2.4) e una in Campania, con un carico di lavoro settimanale per IVG pari a 13.6 (rispetto alla media regionale di 3.5) come si osserva nella seguente tabella che mostra i valori medi e massimi registrati a livello regionale, a partire dai dati a livello di singola struttura.

Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2017

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
PIEMONTE	1.2	4.9
V. D'AOSTA	0.2	0.2
LOMBARDIA	1.3	4.7
P.A. BOLZANO	2.2	2.8
P.A. TRENTO	0.9	2.3
VENETO	1.5	6.0
F.V. GIULIA	0.8	2.5
LIGURIA	1.5	4.0
E. ROMAGNA	1.0	8.4
TOSCANA	0.9	2.8
UMBRIA	0.9	1.8
MARCHE	1.5	6.3
LAZIO	2.3	7.7
ABRUZZO	1.7	3.5
MOLISE	8.6	8.6
CAMPANIA	3.5	13.6
PUGLIA	3.3	7.5
BASILICATA	1.7	2.6
CALABRIA	1.9	5.2
SICILIA	2.4	18.2
SARDEGNA	0.6	2.6

Va notato che anche nei pochi casi di maggiore scostamento dalla media regionale, si tratta di un numero di interventi che non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere altre attività oltre le IVG.

Inoltre si segnala che ben 13 strutture risultano aver effettuato IVG pur non avendo in organico ginecologi non obiettori, dimostrando la capacità organizzativa regionale di assicurare il servizio attraverso una mobilità del personale non obiettore presente in altre strutture, dando applicazione alla legge 194, quando all'art.9 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".

In continuità con quanto già fatto a partire dal 2014, anche per il 2017, inoltre, sempre per garantire che i valori medi fossero rappresentativi della situazione reale è stato chiesto alle regioni se ci fossero ginecologi non obiettori non assegnati al servizio IVG. Dai dati comunicati dalle regioni è emerso che a livello nazionale il 9.8% dei ginecologi non obiettori nel 2017, pari a 146 ginecologi, è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza. Si tratta di una quota rilevata in 146 strutture di otto regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto, Marche, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna.

Questo approfondimento ha consentito di mettere a fuoco ancora una volta la

disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. Si noti che le due regioni in cui si segnalano forti scostamenti del carico di lavoro medio regionale, per ciascun ginecologo non obiettore, dispongono anche di personale non obiettore non assegnato ai servizi IVG.

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 accorpare 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 che è stato proposto ai referenti regionali per una buona programmazione dei servizi.

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

3. Attività dei consultori familiari per l'IVG

Anche per il 2017 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati per l'85% dei consultori. E' stato richiesto, come gli anni precedenti, 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). Non è stato ritenuto utile rilevare il numero di ginecologi obiettori di coscienza in quanto il dato rilevato negli anni precedenti non aveva rilevato criticità.

La raccolta dati è stata particolarmente difficoltosa, 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. Inoltre è emerso che molte sedi di consultorio familiare sono servizi per l'età evolutiva o dedicati agli screening dei tumori femminili pertanto non svolgono attività connesse al servizio IVG. Ciò è determinato dal fatto che la codifica delle strutture prevede una sola specifica per la funzione consultoriale che non permette di distinguere tra le diverse tipologie di servizi offerti. Anche questo ambito di rilevazione conferma la grande variabilità tra le Regioni, in questo caso nel ricorso al consultorio per le attività collegate all'IVG. Al fine di aggiornare la mappatura delle sedi e dell'attività svolta dai Consultori familiari nel 2018 è stato avviato uno specifico progetto CCM coordinato dall'ISS.

Dai dati raccolti, come negli altri passati emerge un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (48'769 colloqui vs 34'800 certificati rilasciati), ciò 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).

Per quanto riguarda i controlli post IVG risulta un numero minore rispetto a quello dei certificati rilasciati, in parte ciò è dovuto al fatto che il colloquio post IVG viene registrato, in molti consultori, nei flussi informativi come generica visita di controllo e quindi alcune regioni hanno fornito un dato parziale. Tuttavia ciò è anche un segnale che è necessario ancora puntare su una migliore integrazione ospedale-territorio. Negli ospedali in cui si sono effettuate le IVG è efficace il suggerimento per un colloquio post-IVG in consultorio, più

adeguato rispetto alle strutture ospedaliere a effettuare azioni di sostegno e *counselling* personalizzato e costante, nel tempo. La consulenza post-IVG 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 2017

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati (*)	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTALE IVG Anno 2017
Piemonte	129	5007	4919	2155	6622
Valle d'Aosta	4	-	19	-	161
Lombardia	196	4090	3855	1560	13742
P.A. Bolzano	3	38	20	11 (**)	516
P.A. Trento	11	596	478	313	703
Veneto	106	3435	2353	1044	4752
Friuli Ven. Giulia	34	1903	500	526	1361
Liguria	41	909	1005	72 (**)	2399
Emilia Romagna	175	9389	4488	1910	7130
Toscana	119	3991	2947	1704	5627
Umbria	47	906	744	341	1173
Marche	25	1182	1024	471	1504
Lazio	115	5724	3400	1258	8666
Abruzzo	57	674	265	63	1634
Molise	1	38	17	55	380
Campania (*)	148	3315	2954	964	7070
Puglia	140	3570	2574	1296	7085
Basilicata	32	491	308	219	554
Calabria	55	815	808	250	1991
Sicilia	191	2221	1802	761	5847
Sardegna	70	475	320	127	1816
TOTALE	1699	48769	34800	15100	80733

(*) incluse le sedi secondarie

(**) dato parziale perché colloqui post-IVG non vengono distinti dalle visite di controllo

TABELLE 2017

Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
Tabella 2 – Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento 2016 - 2017
Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
Tabella 4 – Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 2006 - 2017
Tabella 5 - IVG ed età
Tabella 6 - IVG per classi di età
Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di 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 rilascio documento o 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 per età della donna
Tabella 21 – Tempi di attesa tra certificazione ed intervento
Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
Tabella 23bis - Stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia o solo 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 assoluti, tassi e rapporti di abortività per Regione di intervento e per Regione di residenza
Tabella 30 - Valori assoluti
Tabella 31 - Tassi di abortività
Tabella 32 - Rapporti di abortività