



Ministero della Salute

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (LEGGE 194/78)

- ✓ *DATI PRELIMINARI 2013*
- ✓ *DATI DEFINITIVI 2012*

Roma, ottobre 2014

Indice

PRESENTAZIONE	1
DATI PRELIMINARI ANNO 2013	10
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2012	14
1. Andamento generale del fenomeno	14
1.1. Valori assoluti.....	14
1.2. Tasso di abortività	15
1.3. Rapporto di abortività.....	17
2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	18
2.1 Classi di età	18
2.2 Stato civile.....	21
2.3 Titolo di studio	22
2.4 Occupazione	23
2.5 Residenza.....	24
2.6 Cittadinanza.....	24
2.7. Anamnesi ostetrica	28
2.7.1 Numero di nati vivi.....	28
2.7.2 Aborti spontanei precedenti.....	30
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	30
3. Modalità di svolgimento dell'IVG	33
3.1 Documentazione e certificazione.....	33
3.2 Urgenza	34
3.3 Epoca gestazionale	34
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione.....	36
3.5 Luogo dell'intervento.....	37
3.6 Tipo di anestesia impiegata	38
3.7 Tipo di intervento	39
3.8 Durata della degenza	40
3.9 Complicanze immediate dell'IVG	41
3.10 Obiezione di coscienza.....	41
4. Risultati monitoraggio ad hoc su IVG e obiezione di coscienza	43
4.1. Analisi dei dati sulle strutture di ricovero.....	43
4.2 Analisi dei dati nei consultori familiari	47
TABELLE	49

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2012 e quelli preliminari per l'anno 2013 sull'attuazione della legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Modalità raccolta dati

I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, su quelli che effettuano l'intervento e sulle sue modalità di esecuzione. Le Regioni provvedono a raccogliere queste informazioni dalle strutture e ad analizzarle per rispondere ad un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS e dal Ministero, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni; quindi, con la collaborazione dell'Istat, procede all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia.

Dalla sua attivazione nel 1980, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e fornire indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno permesso l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute e per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento. Lo stesso Sistema di Sorveglianza ha consentito di verificare le ipotesi formulate per il ricorso all'IVG e l'efficacia dei programmi di prevenzione, quando realizzati.

Anche per il 2012, come accaduto per gli ultimi anni, sono stati rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12. In alcune Regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia) per ottenere il quadro definitivo è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'integrazione quest'anno, grazie al lavoro svolto dalle Regioni e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza, ha riguardato un numero inferiore di regioni ma un numero di casi superiore rispetto al 2011 (in particolare a carico della Campania e dell'Abruzzo). Molti referenti regionali hanno fatto presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG.

Per il 2013 i dati riportati sono ancora preliminari ma, come si è osservato negli anni passati, tali valori non si discostano molto da quelli definitivi, risultando generalmente inferiori di poco più dell'1% (ad esempio per il 2012 si è passati dal preliminare di 105'968 IVG a 107'192 come dato definitivo).

In qualità di Ministro della Salute, sottolineo l'importanza di questa raccolta dati, e sollecito quindi tutte le Regioni e le realtà locali (ASL e strutture) ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema di Sorveglianza epidemiologica sulle IVG (come risulta dal confronto con altri paesi), anche utilizzando a tal fine la consulenza tecnica messa a disposizione delle istituzioni centrali (ISS, Ministero della

Salute e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

La legge 194 è molto chiara a questo proposito. L'art. 16 così recita "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".

Sarà mia cura attivare una opportuna azione congiunta tra Ministero, ISS e ISTAT nei confronti delle Regioni, delle Aziende Sanitarie e delle strutture finalizzata a superare quei problemi segnalati dal Sistema di Sorveglianza nella compilazione e trasmissione dei Modelli ISTAT D12.

Si ribadisce, tuttavia, come già indicato in precedenti documenti, la pratica impossibilità da parte delle Regioni 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). Si ricorda, comunque, che l'Italia dispone e pubblica i dati sull'IVG in maniera più completa e tempestiva di molti altri Paesi europei.

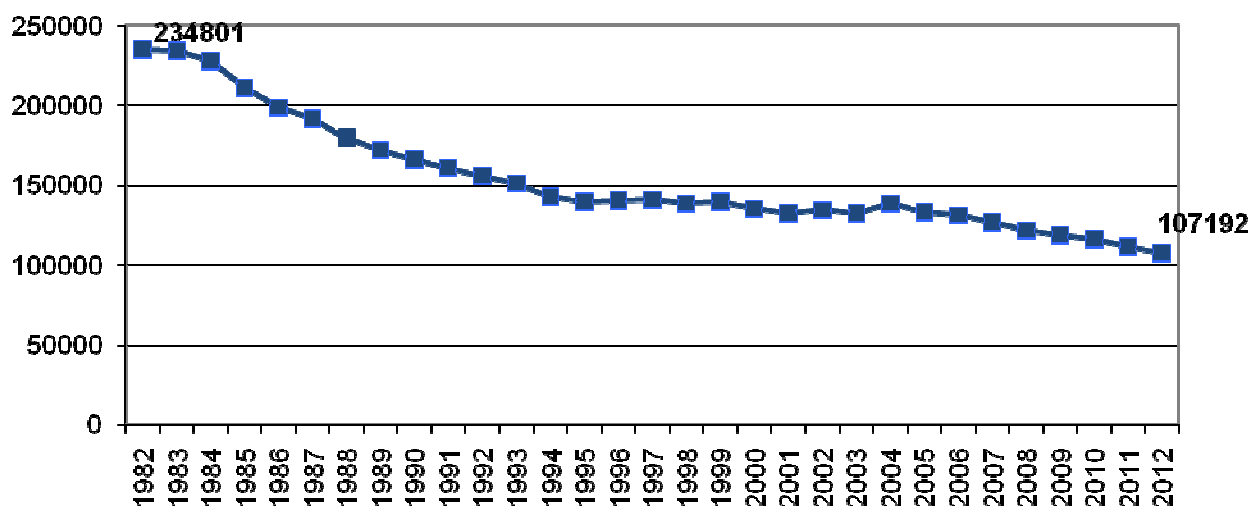
Dati preliminari 2013

Nel 2013 sono state notificate dalle Regioni 102'644 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 4.2% rispetto al dato definitivo del 2012 (107'192 casi) e un decremento del 56.3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2013 è risultato pari a 7.6 per 1'000, con un decremento del 3.7% rispetto al 2012 (7.9 per 1000) e un decremento del 55.8% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Occorre sottolineare che il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

Prosegue quindi l'andamento in diminuzione del fenomeno, dopo un iniziale aumento dal 1978 al 1983 per l'emersione dell'aborto dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220 e i 500 mila aborti l'anno.

Andamento n° IVG dal 1982 al 2012



Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2013 è risultato pari a 203.8 per 1000 (dato provvisorio) con un incremento dello 0.3% rispetto al 2012 (203.1 per 1'000) e un decremento del 46.6% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

Il piccolo incremento è dovuto al fatto che questo rapporto stima l'abortività rispetto ai nati vivi che nel 2013, secondo i dati provvisori forniti dall'ISTAT, sono diminuiti di molto rispetto al 2012 (503.745 vs 527.770).

In altre parole, l'abortività diminuisce se si considera il numero assoluto di aborti e in riferimento al numero di donne in età fertile, ma aumenta lievemente se si prende a riferimento il numero di nati, il cui calo è molto più consistente nel tempo rispetto alla riduzione delle IVG.

Dati definitivi 2012 – analisi

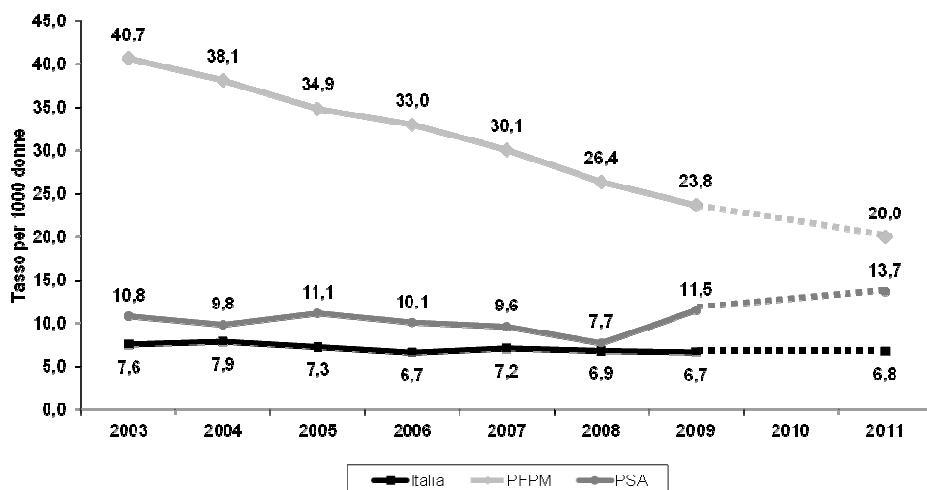
IVG di donne straniere

L'analisi delle caratteristiche delle donne che hanno effettuato una IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2012, evidenzia come un terzo del fenomeno sia attribuibile a donne con cittadinanza estera (34.0% del totale delle IVG). Tale contributo è andato crescendo negli anni, in particolare dagli anni '90 (nel 1995 tale percentuale era pari al 7%) anche se negli ultimi due anni si è osservata una stabilizzazione di tale percentuale e una diminuzione del numero assoluto di IVG. I valori assoluti delle IVG delle cittadine straniere sono riportati nel par. 2.6, e vanno da 8967 del 1995 a 35.388 nel 2012. Il loro contributo ha influito sull'andamento generale dell'IVG in Italia, determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (i cui valori assoluti vanno da 124.448 nel 1998 a 71.199 nel 2012, come riportato nel par.2.6), e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione, risulta per il 2012 una riduzione del numero di IVG del 3.1% rispetto al 2011 e del 45.5% rispetto al 1996, (riduzione maggiore di quella che si osserva se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia).

Sulla base delle ultime stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009, fornite dall'ISTAT, è stato possibile calcolare i tassi di abortività per le sole cittadine italiane e per le straniere. 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 dalle aree più povere del mondo (PFPM). Nel 2011 il tasso per le italiane è risultato pari a 6.8 per 1000 per le cittadine italiane di età 15-49 anni, a 13.7 per 1000 fra le cittadine di PSA e a 20.0 per 1000 fra quelle di PFPM (valore pari a 40.7 nel 2003), indicando che, nonostante la diminuzione negli anni, ancora quest'ultimo gruppo di donne ha livelli di abortività molto più elevati delle italiane (come mostrato nel grafico di seguito che anticipa la figura 7 a pagina 26).

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.

Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2011



La maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi dettagliata delle caratteristiche delle donne che effettuano un'IVG. Infatti le cittadine straniere presentano un tasso di abortività, diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, per tutte le classi di età (v. par. 2.6) con una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

Tuttavia occorre segnalare che i dati dettagliati sulle donne straniere, specie quelli socio-demografici, vanno valutati con cautela perché possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a problemi di comprensione della lingua italiana.

Aborti clandestini

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

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.6%, valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 20.8% per le italiane e 37.7% per le straniere (21.0% e 37.5%, rispettivamente, nel 2011). È da tener presente che per le italiane il valore è meno della metà di quanto ci si dovrebbe attendere (45%) nell'ipotesi di costanza, a trent'anni dalla legalizzazione dell'aborto, dei comportamenti riproduttivi e del rischio di gravidanza

indesiderata, come stimato con modelli matematici dall'ISS. Questo dato conferma quindi la riduzione dell'incidenza dell'IVG nel nostro Paese, quale effetto anche di una corretta politica di prevenzione. Infatti la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia risulta tra le più basse a livello internazionale. Dati più dettagliati, incluso il confronto con quelli internazionali, sono riportati nel par. 2.7.3

Aborti fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività nel 2012 è risultato pari a 4.4 per 1000 (nel 2010-11 era 4.5), con livelli più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale. Ad esempio nel paragone con i più recenti valori di altri paesi (paragrafo 2.1) per le donne con meno di venti anni si osserva quanto segue: in Italia nel 2012 il tasso di abortività è stato pari al 6.3 per 1000; nello stesso anno in Germania è stato il 7.9, in Inghilterra e Galles 18.0, in Norvegia 11.4, in Romania 16.5, in Spagna 12.9, in Svezia 18.8. Tassi minori si sono registrati solo in Svizzera, con il 4.4 per mille.

Promozione delle conoscenze

I dati del Sistema di Sorveglianza confermano che la promozione delle conoscenze, delle competenze e della consapevolezza delle donne e delle coppie è l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del ricorso all'aborto volontario.

In generale nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai Consulteri Familiari. Le attività di informazione e counselling necessarie per il raggiungimento di questo obiettivo sono più difficili e impegnative in caso di donne in condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso. La riduzione dei tassi di abortività osservata recentemente anche tra le donne immigrate sembra 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.

Metodiche IVG

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito delle lievi variazioni.

La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali nel 2012 (41.8%) è stazionaria rispetto a quella del 2011, dopo l'aumento osservato negli anni passati in parte dovuto all'incremento dell'utilizzo, come tecnica abortiva, del Mifepristone e prostaglandine, che viene utilizzata prevalentemente a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra un leggero aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 3.8% rispetto a 3.4% nel 2011. Come negli anni precedenti, la quasi totalità degli interventi è avvenuta in day hospital con degenze inferiori ad 1 giorno (89.9% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (77.6%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico). Dal 2009 questo farmaco è in commercio in Italia.

I dati del 2012, riferiti dalle Regioni o dedotti dal file Istat relativo ai modelli D12, mostrano un valore leggermente superiore rispetto al 2011: 7855 casi (pari all'8.5% di tutte le IVG), rispetto ai 7432 casi nel 2011 (6.7%). Il ricorso all'aborto farmacologico 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 (25.2% di tutte le IVG), Valle d'Aosta (24.0%), Piemonte (19.0%) e Emilia Romagna (18.5%). Il dettaglio di questa metodica è illustrato nel paragrafo 3.7

Tempi di attesa

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata rispetto a quella riscontrata nel 2011 (61.5% rispetto a 59.6%) ed è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane di attesa (15.5% nel 2012 rispetto al 15.7% nel 2011), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Offerta del servizio e Obiezione di coscienza

Il 18 luglio 2013 - facendo seguito agli impegni assunti dal Ministro della Salute, nel dibattito dell'11 giugno 2013 presso la Camera dei Deputati su alcune mozioni inerenti l'applicazione della Legge n.194/78 - è stato attivato presso il Ministero della Salute un "Tavolo tecnico" a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Assessori regionali e l'Istituto Superiore di Sanità. Tale Tavolo ha avviato un monitoraggio sulle attività di IVG e sull'obiezione di coscienza a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, per individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge. Le Regioni hanno inviato i dati richiesti, sebbene in ritardo e con alcune carenze di tipo qualitativo.

Per sintetizzare i dati del monitoraggio rilevati sulle singole strutture di ricovero sono stati identificati tre parametri che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali:

- ✓ **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 in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori (carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore).*

Il dettaglio dei risultati del monitoraggio è illustrato nel cap.4.

In particolare, riguardo al **parametro 1**, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia a livello nazionale risulta pari a 630, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 403 (64% del totale). Il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione mostra che solo in due casi, relativamente a regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Riguardo al **parametro 2**, 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 630 strutture nazionali censite, 543 sono punti nascita, pari all'86% del totale.

I nati in Italia nel 2012 sono stati 527'770; nello stesso anno le IVG sono state 107'192, con un rapporto di 4.9:1, mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1.

In altre parole, mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore cioè a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite.

E' stato effettuato un confronto fra punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma normalizzando rispetto alla popolazione femminile in età fertile: a livello nazionale, ogni

100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 4 punti nascita, contro 3 punti IVG, con un rapporto di 1,3:1.

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 sufficiente, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

Scendendo nel dettaglio, in molte Regioni c'è un numero maggiore di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria), il che è addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Riguardo al **parametro 3**, dai dati relativi al numero di IVG effettuate nelle strutture monitorate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva che il carico di lavoro settimanale di ogni ginecologo non obiettore viene sostanzialmente confermato rispetto a quanto già indicato nell'ultima relazione al Parlamento, dove i dati erano stati raccolti su base aggregata regionale e non per singola struttura. Il monitoraggio ad hoc effettuato sulle singole strutture conferma, quindi, la bontà del dato aggregato regionale, già comunicato negli anni passati.

Entrando nel merito, i dati relativi al 2012 confermano il trend del 2011: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle D'Aosta alle 4.2 del Lazio, con una media nazionale di 1.4 IVG a settimana.

Si conferma, quindi, quanto già osservato nella scorsa relazione al Parlamento, relativa all'applicazione della legge 194/78 – dati anno 2011: il numero di non obiettori è congruo rispetto alle IVG effettuate, e il numero degli obiettori di coscienza non impedisce ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG sono dovuti eventualmente ad una inadeguata organizzazione territoriale, che attualmente, dopo questo monitoraggio, sarà più facile individuare.

A fronte di ciò, nell'ultima riunione tenutasi il 3 luglio 2014 presso la sede del Ministero della Salute con i rappresentanti delle Regioni, le stesse Regioni sono state invitate a procedere a un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare, ciascuna per il proprio ambito, i bisogni del territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri descritti nel monitoraggio al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, e per distinguere meglio le cause di eventuali criticità.

Consultori familiari

Il monitoraggio prevedeva una scheda specifica per i consultori familiari. I risultati sono stati riportati dettagliatamente nel cap.4.

Si tratta della prima iniziativa capillare di monitoraggio in questo senso dall'approvazione della legge 194/78: anche per questo motivo la raccolta dati si è rivelata particolarmente problematica, considerando soprattutto 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.

Come si può vedere nel cap.4, la copertura dei dati e l'obiezione di coscienza nei consultori sono differenti fra regione e regione: considerando le regioni con più del 90% dei consultori censiti, si va da un minimo del 2% di obiettori in Umbria a un massimo del 67.0% in Sicilia, passando per valori intermedi comunque decisamente minori rispetto a quelli delle strutture ospedaliere delle stesse regioni. Ad es. nel Lazio gli obiettori nei Consultori Familiari sono il 9.4% e in Puglia il 13.9%, mentre in Piemonte il 21.2% degli obiettori riguarda il 65% dei consultori.

In generale è ancora relativamente basso il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione (42.0% nel 2012), specialmente al Sud e Isole, nonostante il suo importante ruolo sia ben descritto negli articoli 2 e 3 della Legge 194. C'è però da osservare che il ricorso a tale struttura è in aumento, principalmente per il maggior ricorso ad essa da

parte delle donne straniere (54.5% rispetto a 35.8% relative alle italiane). Le cittadine straniere utilizzano più frequentemente questo servizio in quanto a bassa soglia di accesso e perché in alcune sedi è disponibile la mediazione culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato nel 2012 dalle Regioni è stato 2152 e 130 quello dei consultori privati (rispettivamente 2110 e 131 nel 2011); pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel periodo 2006-2011, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti). Come si può osservare da diversi anni il loro numero è in continuo mutamento (generalmente in decremento) in considerazione del fatto che talvolta vengono comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Si conferma, dunque, la necessità di una maggiore valorizzazione dei Consultori Familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una loro effettiva integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'ISS, riguardanti il percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio e migliori esiti in seguito alle loro attività, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita (Rapporti Istituzionali 03/4, 11/12 e 39/12).

Prevenzione

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi *l'estrema ratio* e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicata in tre diverse modalità, come già indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000.

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

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificata, come quella consultoriale, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità, in applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, di implementare misure necessarie per il loro superamento, sostenendo le maternità difficili, e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità. Va sottolineato che i consultori familiari sono i servizi di gran lunga più competenti nell'attivazione di reti di sostegno per la maternità, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e con il privato sociale.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'IVG, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto nel consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto.

Conclusioni

- si sottolinea che la prevenzione dell'IVG è obiettivo primario di sanità pubblica;
- si conferma la tendenza storica alla diminuzione dell'IVG in Italia, che diventa ancor più evidente se si scorporano i dati relativi alle donne italiane rispetto a quelli delle straniere;
- il lieve aumento del solo parametro del rapporto di abortività, registrato nei dati preliminari relativi al 2013, confrontato con quello del 2012, è legato al notevole calo delle nascite registrato nel 2013; la preoccupante denatalità del nostro paese si mostra sempre più evidentemente come l'emergenza primaria da affrontare anche, ma certamente non solo, dal punto di vista sanitario;
- si sottolinea come il tasso di abortività in Italia sia fra i più bassi tra i paesi occidentali; particolarmente basso è quello relativo alle minorenni e agli aborti ripetuti;
- rimane elevato il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, a carico delle quali si registra un terzo delle IVG totali in Italia: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che si sta stabilizzando come percentuale, mentre il numero assoluto è diminuito negli ultimi due anni;
- in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni;
- il primo monitoraggio capillare sui punti IVG e l'obiezione di coscienza, effettuato su tutto il territorio dall'approvazione della L.194/78, conferma quanto osservato nella precedente relazione al parlamento: su base regionale non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 64% delle strutture disponibili, con una copertura soddisfacente, tranne che in due regioni molto piccole. Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 3 strutture in cui si fa IVG, ce ne sono 4 in cui si partorisce. Infine, considerando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obietto, ipotizzando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obietto ne effettua 1.4 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0.4 (Valle d'Aosta) e 4.2 (Lazio). Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere risulta quindi congruo rispetto alle IVG effettuate. Il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere;
- il Ministero invita le Regioni a procedere a un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare i bisogni del territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri individuati per il monitoraggio al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, e per distinguere meglio le cause di eventuali criticità.

Beatrice Lorenzin

DATI PRELIMINARI ANNO 2013

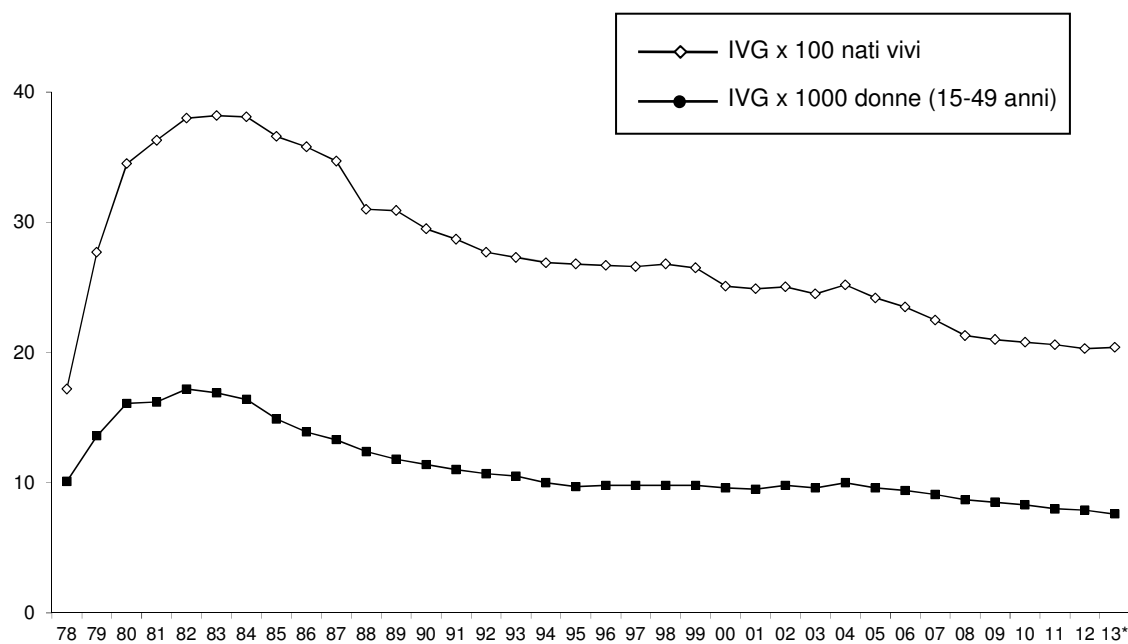
Per l'anno 2013, nell'ambito del Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), tutte le Regioni hanno inviato all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero della Sanità i valori totali, preliminari, degli interventi effettuati. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 102'644 (Tab. A), con un decremento del 4.2% rispetto al dato definitivo del 2012 (107'192 IVG) e un decremento del 56.3% rispetto al 1982. Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Molise e a Trento (sebbene si tratta di numeri molto piccoli), in Puglia, Sardegna e Marche. Si ricorda comunque che questi dati possono essere ancora incompleti e saranno controllati, ed eventualmente integrati, con quelli provenienti dai modelli D12/Istat e dalle Schede di Dimissione Ospedaliera, non appena saranno disponibili.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 7.6 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 3.7% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2012 (7.9 per 1000) e con una riduzione del 55.8% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (503'745, valore di molto inferiore rispetto al 2012) del 2013, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 203.8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un incremento dello 0.3% rispetto al 2012 (203.1 per 1000) e un decremento del 46.6% rispetto al 1982.

L'andamento negli anni dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 nati vivi invece che 1000 per permettere di inserirlo nello stesso grafico) è illustrato in Figura 1.

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2013



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2013 - Valori assoluti: dati 2013 e confronti con il 2012

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2013	TOTALE 2012	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	12921	12232	10703	10772	46628	48468	-3.8
Piemonte	2429	2114	1953	1919	8415	8848	-4.9
Valle d'Aosta	66	62	67	57	252	246	2.4
Lombardia	4600	4464	3728	3888	16680	17133	-2.6
Bolzano	155	166	149	138	608	523	16.3
Trento	246	207	169	176	798	874	-8.7
Veneto	1619	1600	1353	1293	5865	6127	-4.3
Friuli Venezia Giulia	485	452	394	409	1740	1828	-4.8
Liguria	833	788	746	742	3109	3184	-2.4
Emilia Romagna	2488	2379	2144	2150	9161	9705	-5.6
ITALIA CENTRALE	6183	5725	5103	4726	21737	22912	-5.1
Toscana	1917	1752	1559	1494	6722	7121	-5.6
Umbria	497	399	389	377	1662	1747	-4.9
Marche	588	557	427	480	2052	2189	-6.3
Lazio	3181	3017	2728	2375	11301	11855	-4.7
ITALIA MERIDIONALE	6512	6521	5886	5517	24436	25749	-5.1
Abruzzo	664	629	532	489	2314	2399	-3.5
Molise	115	114	84	103	416	461	-9.8
Campania	2746	2572	2306	2433	10057	10441	-3.7
Puglia	2074	2360	2135	1789	8358	9010	-7.2
Basilicata	146	164	167	143	620	610	1.6
Calabria	767	682	662	560	2671	2828	-5.6
ITALIA INSULARE	2699	2610	2437	2097	9843	10063	-2.2
Sicilia	2111	2037	1935	1690	7773	7832	-0.8
Sardegna	588	573	502	407	2070	2231	-7.2
ITALIA	28315	27088	24129	23112	102644	107192	-4.2

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2013 - Tassi di abortività: dati 2013 vs 2012

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2013	2012	
ITALIA SETTENTRIONALE	7.8	8.1	-3.4
Piemonte	9.0	9.4	-4.4
Valle d'Aosta	9.0	8.8	2.4
Lombardia	7.7	7.9	-2.4
Bolzano	5.1	4.4	16.1
Trento	6.7	7.4	-9.0
Veneto	5.4	5.6	-3.8
Friuli Venezia Giulia	6.8	7.1	-4.1
Liguria	9.9	10.0	-1.0
Emilia Romagna	9.6	10.2	-5.4
ITALIA CENTRALE	8.3	8.8	-4.8
Toscana	8.5	8.9	-5.3
Umbria	8.6	9.0	-4.6
Marche	6.1	6.4	-5.8
Lazio	8.8	9.2	-4.3
ITALIA MERIDIONALE	7.4	7.7	-4.2
Abruzzo	7.9	8.1	-3.1
Molise	6.0	6.6	-8.8
Campania	7.2	7.4	-2.8
Puglia	8.8	9.4	-6.3
Basilicata	4.7	4.6	3.3
Calabria	5.8	6.1	-4.5
ITALIA INSULARE	6.4	6.4	-1.0
Sicilia	6.6	6.6	0.3
Sardegna	5.6	5.9	-5.9
ITALIA	7.6	7.9	-3.7

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2013 - Rapporti di abortività: dati 2013 vs 2012

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2013	2012	
ITALIA SETTENTRIONALE	201.6	200.0	0.8
Piemonte	240.4	240.2	0.1
Valle d'Aosta	254.0	223.4	13.7
Lombardia	192.7	189.4	1.8
Bolzano	123.9	103.6	19.7
Trento	159.8	172.3	-7.3
Veneto	140.6	138.8	1.3
Friuli Venezia Giulia	201.5	202.9	-0.7
Liguria	286.4	277.1	3.3
Emilia Romagna	243.2	247.6	-1.8
ITALIA CENTRALE	223.1	223.6	-0.2
Toscana	239.7	234.3	2.3
Umbria	262.2	271.3	-3.3
Marche	167.8	170.8	-1.8
Lazio	222.4	224.5	-0.9
ITALIA MERIDIONALE	205.1	207.2	-1.0
Abruzzo	218.2	215.9	1.0
Molise	190.8	204.0	-6.4
Campania	190.0	188.9	0.6
Puglia	255.5	264.9	-3.6
Basilicata	152.7	138.4	10.3
Calabria	160.4	164.5	-2.5
ITALIA INSULARE	176.3	171.5	2.7
Sicilia	176.4	169.1	4.3
Sardegna	175.8	180.7	-2.7
ITALIA	203.8	203.1	0.3

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2012

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2012 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Per avere i dati completi di 4 regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12 Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Lo scorso anno questa integrazione era stata necessaria anche per Sardegna oltre che per le regioni citate.

In totale nel 2012 sono state notificate 107'192 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 7.9 IVG per 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 203.1 IVG per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 7.7 per 1000 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 3236 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. Tenendo conto che nel 2011 le IVG di donne non residenti ammontavano a 3823 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile per ciascuna regione), il tasso di abortività risultava 7.7 con nessuna variazione percentuale rispetto al 2012. Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione e la variazione rispetto al 2011 (206.0) risulta pari a -1.4%.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982 e la figura 1 (pag. 9) riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 (pag. 15) fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2012.

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

1.1. Valori assoluti

Nel 2012 si è registrato un decremento delle IVG del 3.8% rispetto al 2011. Ormai più di un terzo degli interventi (34.0% nel 2012) riguarda cittadine straniere (nel 2011 la percentuale era pari a 34.3%). Le IVG effettuate nel 2012 da cittadine italiane (71'199, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 3.1% rispetto al 2011 (da tener conto che la popolazione in età feconda è diminuita di 438'294 unità).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2012 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2012

	1983	1991	2011	2012	VARIAZIONE %	
					2012/2011	2012/1983
NORD	105430	67619	51093	48468	-5.1	-54,0
CENTRO	52423	34178	23674	22912	-3.2	-56,3
SUD	57441	44353	26446	25749	-2.6	-55,2
ISOLE	18682	14344	10202	10063	-1.4	-46,1
ITALIA	233976	160494	111415	107192	-3.8	-54,2

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 48'468 IVG con un decremento del 5.1% rispetto al 2011, nell'Italia Centrale 22'912 IVG con un decremento del 3.2%, nell'Italia Meridionale 25'749 IVG con un decremento del 2.6% e nell'Italia Insulare si sono avute 10'063 IVG con un incremento dell'1.4%.

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

1.2. Tasso di abortività

Nel 2012, il tasso di abortività, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 7.9 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento dello 0.6% rispetto al 2011 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 7.7 per 1000, con nessuna variazione rispetto all'equivalente valore per il 2011.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2012 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2012

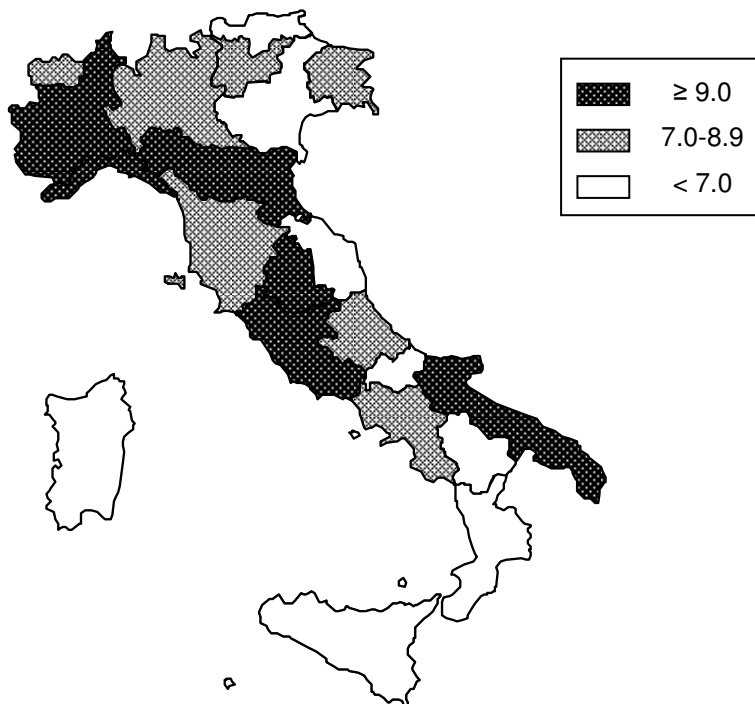
	1983	1991	2011	2012	VARIAZIONE* %	
					2012/2011	2012/1983
NORD	16.8	10.6	8.2	8.1	-2.1	-52.0
CENTRO	19.8	12.4	8.7	8.8	0.7	-55.8
SUD	17.3	12.1	7.7	7.7	0.1	-55.4
ISOLE	11.7	8.1	6.4	6.4	1.4	-45.0
ITALIA	16.9	11.0	8.0	7.9	-0.6	-53.1

* 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 2 presenta i valori regionali per il 2012 (da notare che gli intervalli utilizzati nella classificazione dei tassi nella figura 2 della presente relazione sono diversi da quelli degli anni precedenti per tener conto della generale diminuzione dei tassi di abortività, non è quindi possibile un confronto diretto con la figura dello scorso anno). Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2012 per ciascuna Regione. Si osserva una generale

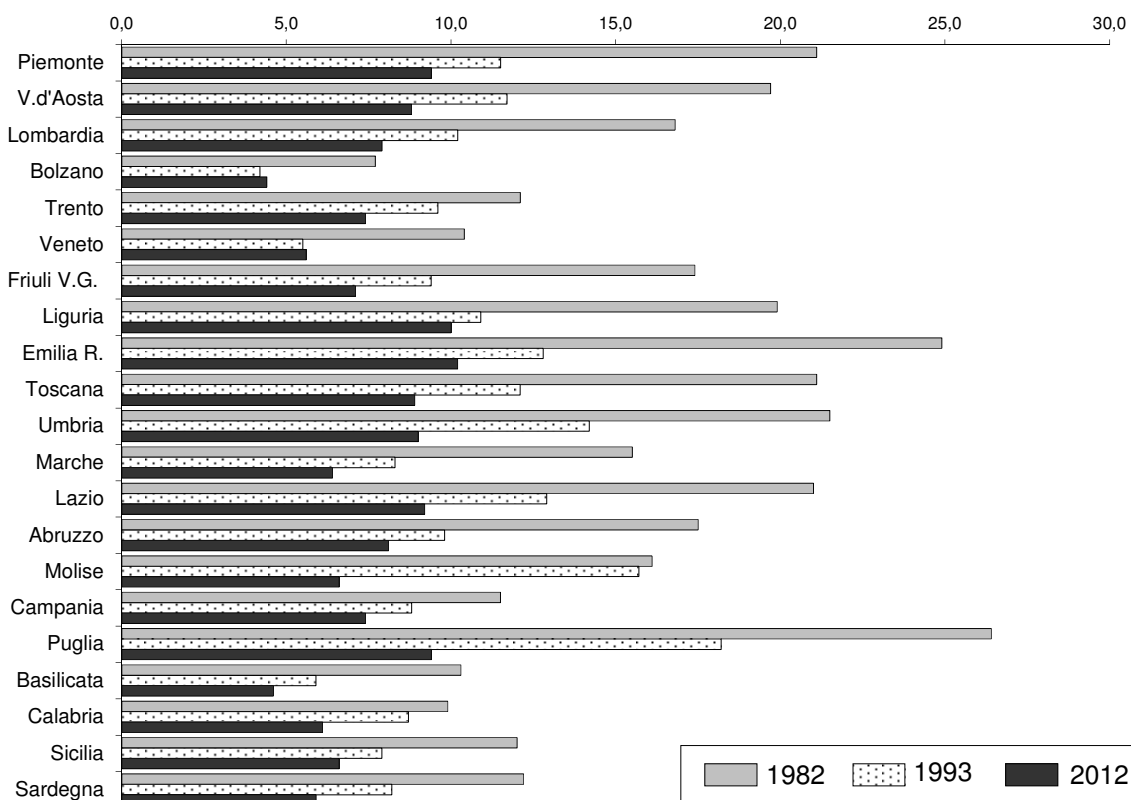
diminuzione, in particolare in Puglia (-64.4% rispetto al 1983), Friuli Venezia Giulia (-59.2%), Emilia Romagna (-59.0%), Molise (-59.0%), Marche (-58.7%) e Umbria (-58.1%).

Figura 2 – Tassi di abortività – 2012



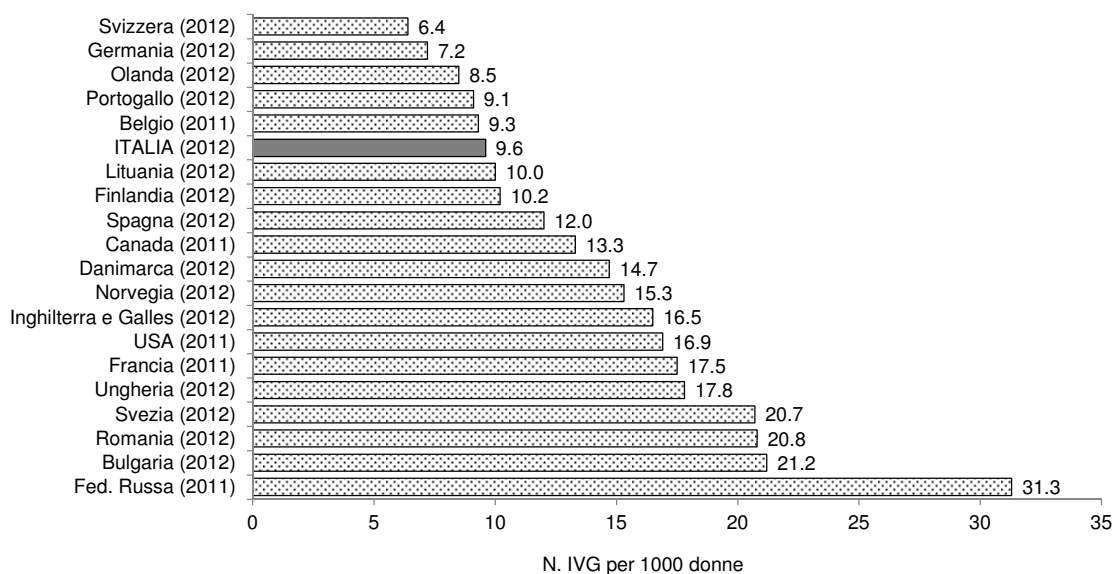
* Da notare che gli intervalli utilizzati nella classificazione dei tassi sono diversi da quelli degli scorsi anni

Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2012



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 4 il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore, ed è risultato 9.6 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

Figura 4 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2011-2012



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

1.3. Rapporto di abortività

Nel 2012 si sono avute 203.1 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento dell'1.4% rispetto al 2011 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2012, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2012

	1983	1991	2011	2012	VARIAZIONE %	
					2012/2011	2012/1983
NORD	484.2	327.1	206.4	200.0	-3.1	-58.7
CENTRO	515.2	356.1	225.1	223.6	-0.6	-56.6
SUD	283.8	253.0	207.0	207.2	0.1	-27.0
ISOLE	205.3	176.1	169.0	171.5	1.5	-16.5
ITALIA	381.7	286.9	206.0	203.1	-1.4	-46.8

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. Nell'interpretazione dei dati bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività regionali.

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

I diversi andamenti, prevalentemente in diminuzione, dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, nell'ultimo decennio si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore, in generale, e oltre quattro volte per le più giovani. Questo spiega sia l'aumento del tasso di abortività per le donne di età inferiore a 25 anni, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. Quindi è necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli anni. In particolare va evitato l'errore tecnico di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione, in quanto la valutazione della tendenza può essere effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (Fonti: Sveriges Officiella Statistik: Aborter 2012; Zdravotnickà statistika: potraty 2012; Office Fédéral de la Statistique OFS: Actualites OFS. Statistiques des interruptions de grossesse 2012; Staatistisches Bundesamt Eurostat WHO European Health for all database. Alan Guttmacher Institute 2014. Department of Health, Government Statistical Service. Abortion Statistics, England and Wales: 2012. Jaarrapportage 2012 van de Wet afbreking zwangerschap; Folkehelseinstituttet: Rapport om svangerskapsavburdd for 2012; The Alan Guttmacher Institute, Fact Sheet, disponibile all'indirizzo: <http://www.guttmacher.org>; Aldersrelaterede og generel abortkvotienter samt antal aborter 1974-2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.sexogsamfund.dk>). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013. Interruption Voluntaria del Embarazo, Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2012 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali, perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età delle relative popolazioni residenti. Infatti, poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti (con valori generalmente più elevati nelle classi 20-35 anni), eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7 si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile a livello regionale non sono molto diverse.

Probabilmente la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'utilizzare al numeratore di questo indicatore le IVG effettuate nella Regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre Regioni o all'estero) e al denominatore le donne in età feconda residenti in Regione. Inoltre i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età e in alcuni casi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in diversa Regione da quella di residenza e ciò riguarda generalmente le classi di età più giovani.

I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati provvisori dell'Istat, sono riportati in tabella 29. Le variazioni rispetto ai valori calcolati per la regione dove avviene l'IVG non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi (Trento, Emilia Romagna, Umbria e Friuli V.G., dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Molise e Basilicata, le cui donne residenti in gran numero si recano in altre regioni per effettuare l'IVG e il cui tasso è più elevato quando queste sono incluse). C'è da considerare che questi dati sono ancora provvisori, con un certo numero di IVG non ancora notificate e con Regioni che non riescono a fornire i dati completi relativi alla residenza della donna entro i tempi utili per la stesura della Relazione del Ministro della Salute.

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

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2012 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

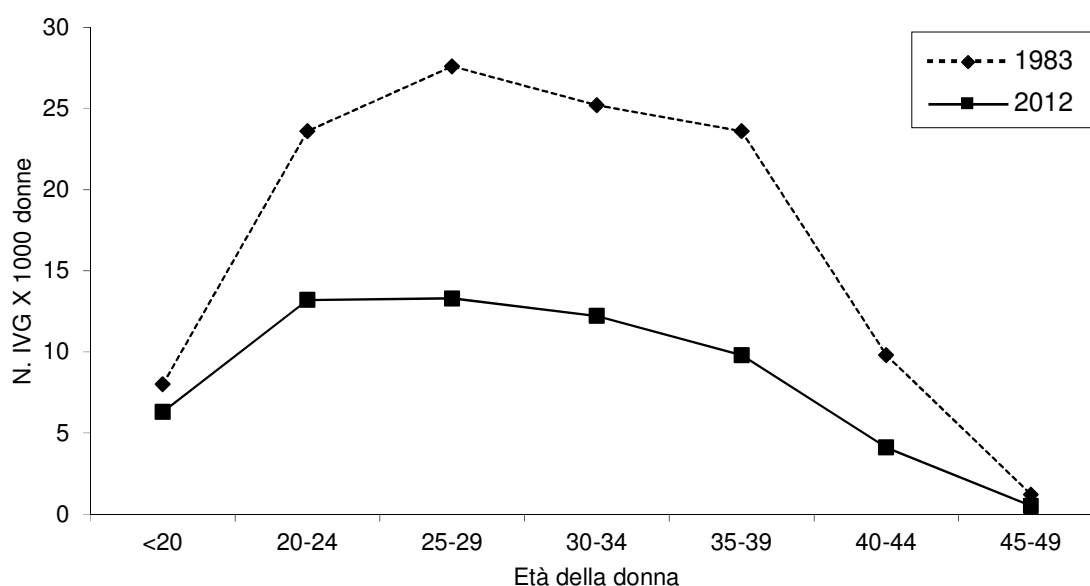
Tassi di abortività per età, 1983-2012

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2011	2012	2012/2011	2012/1983
< 20	8.0	5.5	6.4	6.3	-1.4	-20.8
20-24	23.6	13.4	13.4	13.2	-1.8	-44.0
25-29	27.6	15.7	13.2	13.3	0.6	-51.9
30-34	25.2	17.1	12.0	12.2	1.2	-51.7
35-39	23.6	15.1	9.6	9.8	1.9	-58.5
40-44	9.8	7.2	4.2	4.2	-0.9	-57.3
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	-4.9	-67.5

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni e tra 20-24 anni, andamento in parte dovuto al maggior contributo in queste classi di età delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortività (Fig. 5). Nel 2012 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2011 in alcune classi di età e un leggero aumento per quelle centrali (25-39 anni).

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2012



L'analisi per ripartizione geografica riflette anche il differente effetto del contributo delle straniere, in quanto la loro presenza non è omogenea su tutto il territorio nazionale.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella degli altri paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano al di sotto dei 25 anni, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni. Come mostrato nella tabella seguente tali differenze si vanno riducendo nel corso degli anni.

Tassi di abortività per età, confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2012)	6.3	13.2	13.3	12.2	9.8	4.2
	(2011)	6.4	13.4	13.2	12.0	9.6	4.2
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(1990)	5.6	13.8	16.5	18.0	15.6	7.6
DANIMARCA	(2010)	15.0	25.6	19.5	17.1	13.0	5.3
FINLANDIA	(2010)	12.1	17.0	13.0	9.8	7.7	3.0
FRANCIA	(2011)	15.2	27.0	23.4	18.8	13.6	5.8
GERMANIA	(2012)	7.9	10.4	10.1	9.1	6.4	2.3
INGHILTERRA E GALLES	(2012)	18.0	29.0	22.0	16.0	10.0	4.0
NORVEGIA	(2012)	11.4	26.6	22.6	16.5	11.6	4.2
OLANDA	(2011)	13.8	25.7	21.8	17.1	14.0	6.8
REPUBBLICA CECA	(2012)	6.8	12.9	13.3	13.3	11.3	5.2
ROMANIA	(2010)	16.5	27.2	28.4	26.9	19.9	7.4
SPAGNA	(2012)	12.9	20.4	17.4	13.3	8.9	3.8
SVEZIA	(2012)	18.8	32.6	27.2	21.7	15.8	8.0
SVIZZERA	(2012)	4.4	10.7	9.6	8.3	5.8	2.5
USA	(2008)	17.6	33.4	24.4	13.5	8.2	2.9

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2012 è risultato essere pari a 4.4 per 1000 (Tab. 5), valore simile a quello degli anni precedenti. Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG riguardanti donne di età inferiore ai 18 anni italiane e straniere, la percentuale sul totale delle IVG effettuate dal 2000 al 2012 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2012

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

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2012 continua la diminuzione del numero assoluto di IVG per le italiane, mentre è rimasto stabile tra le straniere. L'incremento osservato nei primi anni del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro Paese. A partire dal 2005 si è osservata una stabilizzazione, come per il contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tab. 12).

In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.3% di tutte le IVG nel 2012) con un tasso inferiore a 5.0 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenne (8.2 per 1000).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale, in linea con la loro moderata attività sessuale e con l'uso estensivo del profilattico riscontrati in alcuni recenti studi (De Rose A, Dalla Zuanna G. (ed) Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 73.1% dei casi dai genitori e nel 25.6% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Le fluttuazioni delle percentuali tra le Regioni possono anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati).

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio di legalizzazione in cui prevaleva nettamente il contributo della condizione di coniugata, si è osservata negli ultimi anni una tendenza alla parificazione della distribuzione percentuale tra le due condizioni, confermata nel 2012 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (50.3% rispetto a 42.7%) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto a quella tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 per 1000 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.6 nel 2011) e una minor diminuzione seguita da un aumento e successiva diminuzione tra le nubili negli stessi anni (da 11.5, a 8.7, a 10.1 e a 8.3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche il sempre più importante contributo delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, anche se solo in parte, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2012, che confermano la ancora persistente maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari, rispetto a quelle centro-settentrionali (Tab. 8). Sono di seguito riportate le distribuzioni per stato civile e cittadinanza nelle quattro ripartizioni geografiche.

IVG (%) per stato civile, cittadinanza e area geografica, 2012

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	33.0	49.2	8.3	6.7	58.7	44.1
CENTRO	32.7	47.2	7.5	6.4	59.9	46.4
SUD	51.8	50.5	5.2	7.9	43.0	41.7
ISOLE	43.3	46.7	6.9	7.2	49.8	46.1
ITALIA	39.3	48.7	7.1	6.8	53.6	44.5

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2012 la percentuale di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud i valori si equivalgono.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono inferiori di quelli dell'Europa occidentale, anche se c'è un avvicinamento nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

IVG(%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2012)	42.7	57.3
	(2011)	43.4	56.6
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2012)	38.1	61.8
INGHILTERRA E GALLES	(2012)	16.0	84.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2012)	36.8	63.2
SPAGNA	(2010)	23.8	76.2
SVIZZERA	(2010)	31.4	68.5
USA	(2008)	14.8	85.2

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne per titolo di studio che hanno effettuato l'IVG nel 2012 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (43.0%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione 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.

Inoltre, come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2012 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2012

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.3	9.6	36.4	48.6	48.9	35.7	12.4	6.1
CENTRO	1.6	8.6	33.1	45.1	51.9	39.8	13.3	6.5
SUD	4.1	14.2	47.2	48.6	41.0	31.8	7.6	5.5
ISOLE	5.1	16.9	49.7	53.5	38.1	26.0	7.1	3.6
ITALIA	3.1	10.2	40.5	47.8	45.9	35.9	10.6	6.0

Elaborazioni su dati Istat

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

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

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

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

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 44.0% delle donne che hanno abortito nel 2012 risulta occupata, il 24.6% casalinga, il 10.6% studentessa. Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (18.8% nel 2012), probabilmente influenzata dalle variazioni nella popolazione femminile generale.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile della popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

IVG (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica, 2012

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	60.1	42.9	16.7	26.5	11.0	24.7	12.2	6.0
CENTRO	52.3	42.7	15.4	23.4	15.5	27.5	16.9	6.4
SUD	28.0	31.1	17.3	30.2	39.2	33.6	15.5	5.1
ISOLE	27.5	35.5	21.5	27.8	37.5	33.0	13.5	3.6
ITALIA	45.9	41.2	17.2	26.1	22.7	26.8	14.2	5.9

Elaborazioni su dati Istat

Anche in questo caso si è effettuata con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe. Infatti dal 1981 al 2009 i tassi sono passati da 19.0 a 10.3 IVG per 1000 tra le casalinghe e da 15.2 a

7.0 per le occupate (De Rose A, Dalla Zuanna G. (ed) Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell’Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

2.5 Residenza

Nel 2012 il 90.9% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l’86.3% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre Regioni maggiore o uguale al 10% nella Provincia Autonoma di Trento e Valle d’Aosta al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise e Basilicata al Sud. 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 2012 presenta un flusso in entrata pari al 13.6% (83 IVG) ma ha anche un ben più consistente flusso in uscita (297 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è molto più elevato di quello per Regione di intervento (6.63 per 1000 rispetto a 4.55), come è riportato in tabella 29, in cui sono posti a confronto i due indicatori. Da tale tabella si ha una più corretta informazione dei tassi di abortività per Regione in quanto si tiene conto della mobilità in entrata e in uscita. Questi dati sono importanti per valutare l’eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese.

Infatti, nella Tabella 29, utilizzando i dati provvisori Istat, vengono riportate le IVG effettuate in ogni singola Regione e quelle effettuate da donne residenti nella stessa Regione (che hanno abortito nella propria Regione di residenza o in altra Regione). Quest’ultimo valore permette di calcolare il tasso di abortività per Regione di residenza che più correttamente descrive il rischio di abortività per Regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto (per regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per regione di intervento). Dalla tabella risulta evidente che in alcune Regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell’aborto, in altre la sottostimano. Queste ultime sono quelle in cui si registrano maggiori difficoltà nell’applicazione della legge, con il conseguente flusso emigratorio verso altre Regioni.

In questa valutazione c’è comunque da tener sempre presente che possono esistere spostamenti di convenienza per vicinanza dei servizi (donne che vivono ai confini tra due regioni) o migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università). L’altra limitazione nell’utilizzo dei dati per regione di residenza è l’impossibilità di ottenere in tempi rapidi e utili per la relazione del Ministro della Salute l’informazione completa da tutte le regioni.

Va infine segnalata la presenza, via via crescente, di donne residenti all’estero, in prevalenza originarie dei paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all’IVG nel nostro Paese perché nella gran parte dei casi attualmente domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all’estero è aumentato da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000 e 3236 nel 2012 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i contributi delle singole Regioni). Le Regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all’estero sono situate nell’Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione immigrata.

2.6 Cittadinanza

Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l’informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11’978 nel 1997, 13’904 nel 1998, 18’915 nel 1999, 21’477 nel 2000, 25’316

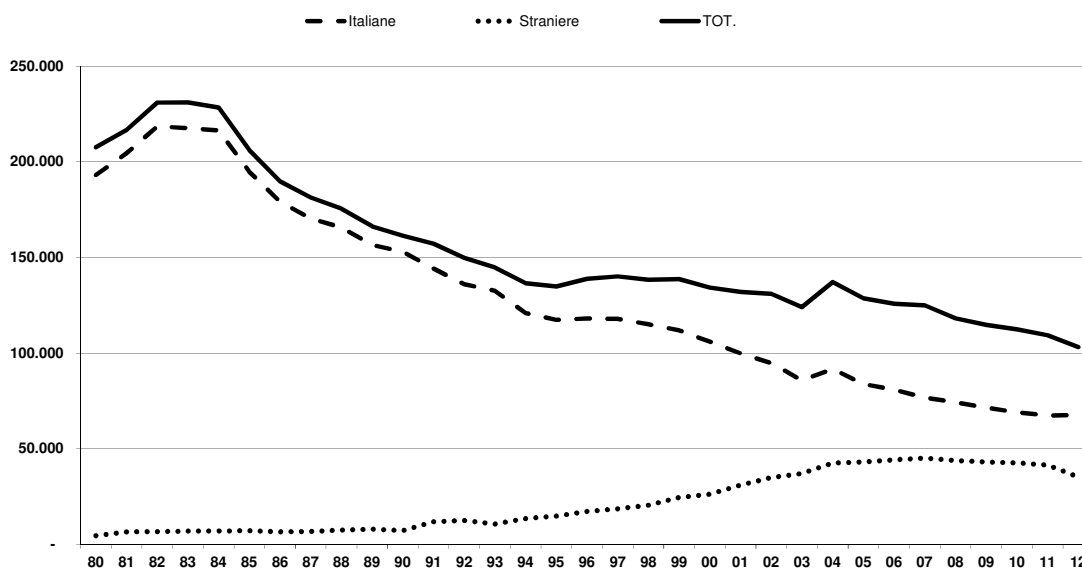
nel 2001, 29'703 nel 2002, 33'097 nel 2003, 36'731 nel 2004, 37'973 nel 2005, 39'436 nel 2006, 40'224 nel 2007, 38'843 nel 2008, 38'309 nel 2009, 38'331 nel 2010, 37'489 nel 2011 e 35'388 nel 2012. A partire dal 2007 si è osservata quindi una stabilizzazione del numero di IVG delle cittadine straniere, con una recente flessione negli ultimi 2 anni. Tra le 35'388 IVG effettuate da cittadine straniere nel 2012 sono comunque comprese le suddette 3236 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2012, 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, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005, 90'587 nel 2006, 86'014 nel 2007, 81'753 nel 2008, 79'535 nel 2009, 76'948 nel 2010, 73'468 nel 2011 e 71'199 nel 2012, avendo incorporato per gli ultimi sette anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza del fenomeno), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 71'199, con un decremento percentuale del 69.3%.

Nel 2012 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 34.0% del dato nazionale. La popolazione immigrata è soprattutto presente nelle Regioni del Centro Nord e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 6). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione delle IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere, con una tendenza alla stabilità e una leggera flessione negli ultimi anni.

Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2012

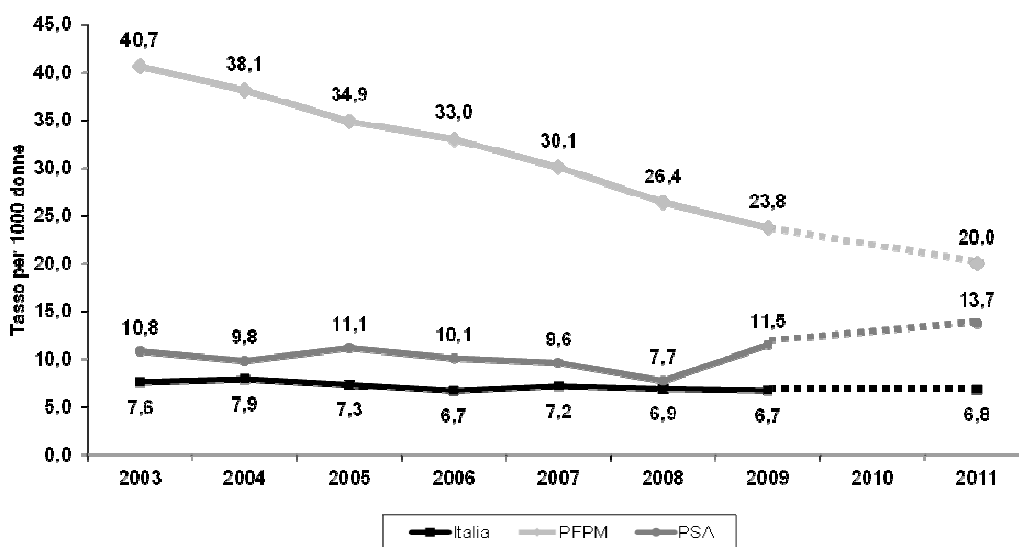


Elaborazioni su dati Istat

A fine 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Nel 2014 ha fornito all'ISS anche un aggiornamento relativo al 2011 che ha permesso di calcolare i tassi di abortività per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma

anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente. Non essendo disponibile il dato per il 2010, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 7 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2011



Fonte: Istat

È interessante osservare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM sono 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2011 tale rapporto risulta uguale a 2.9. Per le donne PSA negli ultimi anni i valori sono aumentati, anche se bisogna considerare che si tratta di numeri molto piccoli e quindi a rischio di forti oscillazioni.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2011, 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 2011

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	5.5	15.1
20-24	9.6	37.2
25-29	9.6	31.2
30-34	9.5	25.7
35-39	8.2	19.7
40-44	3.8	7.8
45-49	0.4	0.6
15-49 standardizzato	6.8	19.8

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 3-4 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni, sia per le italiane che per le straniere. Con riferimento a questa classe di età i tassi delle straniere arrivano a quasi il 40 per 1.000: 3.9 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 2.9).

Si ricorda che in un'indagine multicentrica del 2004 sul ricorso all'IVG tra le donne straniere, coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio (Rapporto ISTISAN 06/17), è risultato che in generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

Le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane. Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico o da un servizio IVG. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

Lo studio evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di counselling sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. E' necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il counselling sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test e in occasione di assistenza al percorso nascita, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane.

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere di evitare gravidanze indesiderate si è avuta nei recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia fondamentale il counselling sulla procreazione responsabile nel percorso nascita per determinare un maggior uso dei metodi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di effettuare ciò per tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni 80 (rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamenti indicata nel POMI.

A seguito di tutti questi risultati e dell'aumento del contributo delle donne straniere al fenomeno dell'IVG, nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di donne immigrate. Hanno aderito le Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia,

Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, attraverso la partecipazione degli operatori consultoriali ed ospedalieri di 34 Aziende sanitarie e 9 Aziende ospedaliere. Nel suo ambito è stato organizzato un corso a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avranno il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel loro lavoro è stato fornito loro del materiale didattico sotto forma di un DVD prodotto nell'ambito del progetto. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi coinvolti, oltre l'86% delle aziende partecipanti ha formalizzato, da parte delle proprie direzioni, il documento programmatico inerente i dettagli della sperimentazione dei percorsi organizzativi da realizzare nella loro realtà locale e quasi il 92% ha consegnato la relazione finale sulle azioni svolte ed i risultati raggiunti. In generale si sono osservati miglioramenti nelle aree di intervento, che oltre al percorso IVG hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervicocarcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre hanno osservato dei miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile, e incrementi di circa il 15/20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG. Infine sono stati prodotti diversi materiali di comunicazione per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue, con il coinvolgimento delle comunità di donne straniere disponibili anche sul sito del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5.jsp?lingua=italiano&dataa=2013/12/31&datada=2013/01/01).

I decrementi osservati recentemente nei tassi di abortività tra le donne immigrate sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

2.7. Anamnesi ostetrica

Come già si è accennato nei paragrafi precedenti, la conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno e la sua evoluzione nel tempo.

Va rilevato un potenziale problema di qualità dei dati per il possibile errore compiuto da chi compila il modello D12 di non inserire alcun valore per le voci corrispondenti alla storia riproduttiva quando è in tutto o in parte negativa (zero nati vivi, aborti spontanei e aborti volontari) invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si è in questi casi costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente o a fare un grande lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra Regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati che, nel caso siano di entità non trascurabile (>5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva. Nel 2012 un caso a parte sono i dati dell'Abruzzo, della Campania, della Puglia e della Sicilia, dove non si tratta di informazione non rilevata ma di schede recuperate attraverso le SDO. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare anche questa parte del modello D12 e ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture dove ciò si verifica.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli presenti può essere un altro fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. Nella

tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna nel 2012. Il 60.3% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 36.3% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente). Si tratta di un esempio evidente di come si modifica una distribuzione percentuale per modalità di parità quando nel tempo è diversa l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) di ciascun tasso specifico di abortività per parità: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2012, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2012

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	46.9	29.4	23.4	29.3	22.8	28.3	7.0	13.0
CENTRO	52.3	32.6	21.2	29.3	20.4	27.3	6.1	10.8
SUD	38.6	25.9	18.0	31.9	30.5	29.0	12.9	13.3
ISOLE	37.8	26.3	21.6	33.3	27.3	26.1	13.3	14.3
ITALIA	44.6	29.7	21.2	29.8	25.0	28.0	9.2	12.5

Elaborazioni su dati Eventi di Stato Civile - Bollettino Mensile di Statistica on line – ISTAT

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2012 avevano uno o più nati vivi il 53.2% al Nord, il 47.7% al Centro, il 61.4% al Sud e il 62.2% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 70.6%, 67.4%, 74.2% e 73.7%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che l'informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12 dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia "figli" per il confronto con gli anni precedenti. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli. Questo andamento è in parte dovuto a un aumento della percentuale di queste donne nella popolazione italiana e in parte alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli.

IVG (%) per parità, 1983-2012

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
1987	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
1991	35.1	19.5	29.3	11.4	4.8
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2007*	42.0	23.1	25.3	7.4	2.2
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	2.3
2012*	39.7	24.0	25.9	8.1	2.3

* Nati vivi

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

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2012) *	39.7	60.3
	(2011) *	40.3	59.7
GERMANIA	(2012)	39.9	60.1
INGHILTERRA E GALLES	(2012)	48.0	52.0
OLANDA	(2012)	49.2	50.8
SPAGNA	(2012)	45.3	54.7
SVEZIA	(2011)	52.4	47.6
USA	(2011)	39.1	61.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2012, l'87.0% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore, simile a quello rilevato nell'ultimo decennio, conferma l'assestamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2012

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2
2012	87.0	10.2	2.1	0.5	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2012 (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, 1983-2012

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8
2012	18.6	5.3	1.6	1.1	26.6

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo quasi 30 anni dalla legalizzazione una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2012

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.9	26.9	27.2	26.8	26.6
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.7	44.7	44.7	44.7

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338.)

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

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che le cittadine straniere, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (37.7% rispetto a 20.8%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2012

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.1	25.4	3.2	8.1	1.2	4.4	20.5	37.8
CENTRO	14.6	23.9	2.8	9.3	1.0	5.3	18.5	38.5
SUD	16.9	22.2	5.1	9.0	2.5	6.5	24.5	37.7
ISOLE	12.6	19.7	3.0	7.9	1.2	4.8	16.8	32.5
ITALIA	15.6	24.4	3.6	8.5	1.5	4.9	20.8	37.7

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2012 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 24.5%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Piemonte e in Emilia Romagna (29.9%); al Centro, in Toscana (30.7%); al Sud, in Puglia (31.3%).

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2012)	73.4	18.6	5.3	2.7	26.6
	(2011)	73.2	18.8	5.3	1.6	26.8
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
FINLANDIA	(2010)	62.5	24.0	8.2	5.4	37.6
INGHILTERRA E GALLES	(2012)	63.3	27.3	7.0	2.0	36.0
OLANDA	(2012)	65.0	24.0	7.4	3.5	34.9
SPAGNA	(2012)	63.8	24.5	7.7	4.0	36.2
SVEZIA	(2011)	58.7	25.7	9.9	5.6	41.2
USA	(2004)	53.4	26.8	<-- 19.8 -->		46.6

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importante conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (escludendo il contributo delle straniere) e la spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste per legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, in cui si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della legge 194/78). Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2012 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.0%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Emilia Romagna (65.4%), in Piemonte (64.3%), nella PA di Trento (54.1%), in Umbria (53.2%) e nel Lazio (49.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

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

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2012

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	46.2	61.1	28.2	16.7	24.0	20.6	1.6	1.6
CENTRO	45.1	54.7	21.4	16.4	27.7	22.8	5.8	6.0
SUD	21.6	29.3	33.5	24.5	40.7	43.6	4.0	2.6
ISOLE	16.4	27.7	26.0	17.9	54.6	53.0	3.0	1.3
ITALIA	35.8	54.5	28.0	17.6	32.9	25.1	3.3	2.8

Elaborazioni su dati Istat

Da diversi anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. È confortante che le straniere, che sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a 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, 1983-2012

	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

Nel 2012 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore stabile dal 2006, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2152 consultori familiari censiti nel 2012 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud, e ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, riducono il ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, e di aiutarla ad evitare che l'evento si verifichi nuovamente.

3.2 Urgenza

Nel 2012 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 12.8% dei casi rispetto all'11.6% del 2011 e il 9.7% del 2010 (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 la RU486 entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al 13% si sono osservate in Toscana (23.2%), in Piemonte (20.2%), in Emilia Romagna (16.7%), nel Lazio (16.3%), in Puglia (16.7%) e in Sardegna (16.2%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 12.1% al Nord, 16.9% al Centro, 11.9% al Sud e 8.9% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2012 (Tab. 19) mostra il 41.8% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 14.8% a 11-12 settimane e il 3.8% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è stazionario rispetto a quello del 2011, dopo l'aumento osservato negli anni passati in parte dovuto all'incremento dell'utilizzo, come tecnica abortiva, del Mifepristone e

prostaglandine, che viene utilizzata prevalentemente a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra un leggero aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 3.8% rispetto a 3.4% nel 2011.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 18.9% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 12.9% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2012

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	43.2	36.2	35.8	42.1	15.0	19.4	6.0	2.2
CENTRO	41.9	30.0	38.8	47.0	14.2	21.2	5.1	1.7
SUD	57.4	48.3	30.7	39.0	9.1	11.9	2.8	0.8
ISOLE	41.4	36.6	40.8	46.7	12.4	15.6	5.3	1.2
ITALIA	46.6	35.9	35.6	43.2	12.9	18.9	4.9	1.9

Elaborazioni su dati Istat

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicità 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 2012 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane, per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetali. Si sottolinea anche la diversità per area geografica che potrebbe essere giustificata da una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni nel Nord e Centro Italia.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regioni, nel 2012, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	4.2	Marche	4.8
Valle d'Aosta	3.8	Lazio	3.9
Lombardia	4.0	Abruzzo	1.9
Bolzano	6.9	Molise	2.7
Trento	3.2	Campania	1.3
Veneto	6.4	Puglia	2.9
Friuli Venezia Giulia	6.6	Basilicata	3.2
Liguria	3.5	Calabria	4.6
Emilia Romagna	3.8	Sicilia	3.9
Toscana	3.6	Sardegna	7.7
Umbria	1.9		
		ITALIA	3.8

Si ricorda che in ogni caso si tratta di distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra Regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi tali aspetti.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un ritardo al ricorso ai servizi, come avviene in generale per le donne di cittadinanza straniera, oppure al peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

La tabella seguente riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2012)	107192	9.6	3.8
	(2011)	111415	9.4	3.4
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	14.7	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2012)	106815	7.2	2.6
INGHILTERRA E GALLES	(2012)	185122	16.5	9.0
NORVEGIA	(2012)	15216	15.3	4.2
OLANDA	(2012)	26871	8.5	19.0
REPUBBLICA CECA	(2012)	23032	9.3	4.2
SPAGNA	(2012)	112390	12.0	9.8
SVEZIA	(2012)	37366	20.7	6.8
SVIZZERA	(2012)	10853	6.7	4.5
USA	(2011)	1060000	16.9	11.0

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

3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Nel 2012 è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (61.5%, Tab. 21), rispetto al 2011 (59.6%), ed è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 15.5% nel 2012 rispetto a 15.7% nel 2011. Questi dati potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2012

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	61.9	59.1	22.9	25.1	10.0	10.4	5.1	5.4
CENTRO	58.4	54.2	26.0	27.2	11.6	13.8	4.0	4.8
SUD	70.4	66.9	17.2	19.5	8.4	9.0	4.0	4.6
ISOLE	65.0	58.7	20.9	24.6	9.7	11.9	4.5	4.8
ITALIA	63.9	58.7	21.7	25.0	9.8	11.2	4.5	5.1

Elaborazioni su dati Istat

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati in Veneto (27.3% delle IVG), in Umbria (21.9%), nel Lazio (20.5%), in Lombardia (19.7%) e in Calabria (19.0%). Tuttavia bisogna considerare che i tempi di attesa possono risultare brevi se 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 2012 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, 1983-2012

	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1991	87.3	11.6	1.0
1995	88.3	10.9	0.7
2000	90.6	9.1	0.3
2004	91.2	8.8	0.0
2007	91.6	8.4	0.0
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0
2011	92.1	7.9	0.0
2012	92.5	7.5	0.0

La quasi totalità delle IVG (92.5% nel 2012) viene effettuata negli Istituti pubblici. Come negli anni passati, nella PA di Trento, in Puglia e in Sardegna è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

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

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2012

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.5	97.7	2.5	2.3
CENTRO	97.8	99.8	2.2	0.2
SUD	77.1	85.7	22.9	14.3
ISOLE	86.0	93.9	14.0	6.1
ITALIA	90.6	96.8	9.4	3.2

Elaborazioni su dati Istat

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

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2012 permane elevato (80.1%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, nonostante sia stata introdotta la "sedazione profonda" come modalità a se stante per questa variabile nel modello D12/Istat del 2012 (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 2.0% dei casi, con un'ampia variabilità regionale. Tuttavia è possibile che alcune Regioni non abbiano ancora utilizzato questa nuova classificazione per il 2012. I dati dei prossimi anni permetteranno di analizzare meglio questa variabile. Nel frattempo si raccomanda le Regioni e le strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 6.6% degli interventi, in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Infatti, nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guideline n.7. London: RCOG Press; 2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione (come nella gran parte dei casi in Italia) l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2003 l'OMS ha licenziato le linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" (la seconda edizione è del 2012) che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi per la salute della donna. Peraltro all'anestesia locale si associa una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. La qualcosa non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2012.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2012

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	83.0	86.2	3.1	3.3	3.0	2.7	3.4	3.2	11.0	7.8
CENTRO	74.9	78.2	13.6	15.9	0.4	0.6	0.2	0.2	11.1	5.3
SUD	82.3	82.5	8.1	11.9	0.5	0.3	1.2	1.6	9.2	5.3
ISOLE	90.9	94.0	1.4	2.3	1.9	1.8	0.2	0.1	5.8	1.9
ITALIA	82.1	84.0	6.4	7.5	1.6	1.8	1.7	2.1	9.9	6.6

Elaborazioni su dati Istat

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2012 (Tab. 25), sebbene permane un 11.7% di interventi effettuati con raschiamento, tecnica a maggior rischio di complicanze. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2012

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1991	15.8	33.4	50.2	0.6
1995	14.9	24.8	57.5	2.8
2000*	15.6	19.5	63.6	1.3
2004*	13.3	20.2	64.9	1.6
2007*	11.2	22.9	63.3	2.5
2008*	12.0	22.8	63.0	2.3
2009*	12.6	21.5	63.4	2.4
2010* ^a	11.4	20.3	62.9	5.4
2011* ^a	11.4	19.8	59.6	9.1
2012* ^a	11.7	19.6	58.0	10.7

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce Altro, le modalità RU486 (8.5%) Farmacologico (1.1%) e Altro farmaco (1.1%)

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 25% dei casi, come nel 2011), a fronte di valori contenuti in generale nell'Italia centrale e in diverse regioni (meno del 2% in Molise, Basilicata, Campania e Umbria). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, queste 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, 2012

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	12.4	10.5	23.5	26.9	48.7	53.2	15.3	9.5
CENTRO	7.3	3.5	8.2	15.7	71.4	74.8	13.0	5.9
SUD	10.3	18.0	11.7	13.1	68.8	63.7	9.1	5.3
ISOLE	22.1	20.7	9.2	7.1	60.4	69.3	8.3	2.9
ITALIA	12.0	9.9	15.5	21.6	60.2	60.7	12.4	7.8

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.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) e da altre

Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non permettono un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso di iniziare una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 casi nel 2011 (6.7%). L'uso è avvenuto nel 2010 in tutte le regioni tranne Abruzzo e Calabria e nel 2011 non è stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute *"Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Anni 2010 – 2011"* disponibile sul portale del Ministero della Salute.

I dati del 2012, riferiti dalle Regioni o dedotti dal file Istat relativo ai modelli D12, mostrano un valore leggermente superiore rispetto al 2011: 7855 casi (pari all'8.5% di tutte le IVG), effettuati in tutte le Regioni tranne le Marche.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2012 di questo metodo:

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

Questi dati evidenziano che in Italia, con il passare degli anni, è aumentato il ricorso al Mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare dal quando è stata autorizzata la sua commercializzazione (luglio 2009). 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 (25.2%), Valle d'Aosta (24.0%), Piemonte (19.0%) e Emilia Romagna (18.5%).

Nell'analisi relativa al 2010-11, non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ne hanno fatto ricorso, 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 nello stesso periodo. Nel 98.7% queste IVG sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). Molte donne (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.

Nel 96.9% dei casi non vi è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si è presentata nel 5.3 % dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non è 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 89.9% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 5.7% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte, valori risultati pari a 90.3.1% e 5.8% nel 2011. Negli ultimi tre anni si è osservata una diminuzione delle IVG con degenza inferiore

alle 24 ore. Confrontando i dati delle varie Regioni vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Valle d'Aosta, Puglia, Piemonte e Liguria. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2012

	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

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2011 è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2011-2012

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
NORD	90.2	88.4	5.6	7.0	4.2	4.5
CENTRO	94.4	95.9	2.4	1.4	3.3	2.7
SUD	86.4	86.9	10.2	8.2	3.4	4.9
ISOLE	91.6	90.4	3.3	3.4	5.1	6.1
ITALIA	90.3	89.9	5.8	5.7	3.9	4.3

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2012 sono state registrate 4.6 complicanze per 1000 IVG senza distinzione sulle procedure. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Non si osservano sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti e analizzando il dato per cittadinanza.

3.10 Obiezione di coscienza

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

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

livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011 e al 69.6% nel 2012.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 45.0 % nel 2012.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud: 90.3% in Molise, 89.4% in Basilicata, 87.3% nella PA di Bolzano, 84.5% in Sicilia, 81.9% nel Lazio, 81.8% in Campania e 81.5% in Abruzzo. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 78.3% in Molise, 77.4% in Sicilia, 71.5% nel Lazio e 71.3% in Calabria). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 90.1% in Molise e 80.9% in Sicilia.

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

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

In data 11 giugno 2013 il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha partecipato, in rappresentanza del Governo italiano, al dibattito presso la Camera dei Deputati su alcune mozioni inerenti l'applicazione della Legge n.194/78, al termine del quale ne sono state approvate alcune riguardanti la piena applicazione di tale legge su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento all'attività dei consultori familiari e all'esercizio del diritto dell'obiezione di coscienza degli operatori rispetto alle attività connesse all'IVG.

Facendo seguito agli impegni assunti in quell'occasione, è stato attivato presso il Ministero della Salute un "Tavolo tecnico", convocato per la prima volta il 18 luglio 2013, a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Assessori regionali e l'Istituto Superiore di Sanità, allo scopo di avviare uno specifico monitoraggio sulla piena applicazione di tale legge su tutto il territorio nazionale, avviando una rilevazione ad hoc sulle attività di IVG e sul relativo esercizio del diritto dell'obiezione di coscienza dei soli ginecologi, a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, e individuare eventuali criticità.

Detto "Tavolo tecnico" ha concordato la definizione di due schede di raccolta dati: una relativa alle singole strutture con almeno un ginecologo in organico e una relativa ai consultori familiari.

Nel mese di ottobre 2013 le schede predisposte dal Ministero per tale monitoraggio sono state inviate alle singole Regioni che, tra dicembre 2013 e giugno 2014 le hanno restituite al Ministero, in alcuni casi compilate non in maniera completa.

Il Ministero ha comunque provveduto ad analizzare le informazioni ricevute così da poterne rendere pubblici i risultati. Di seguito si illustrano gli esiti del monitoraggio distinguendo l'analisi dei dati sulle strutture di ricovero da quella sui consultori familiari.

4.1. Analisi dei dati sulle strutture di ricovero

Per sintetizzare i dati del monitoraggio rilevati sulle singole strutture di ricovero sono stati identificati tre parametri che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali:

- ✓ **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.*

La scheda di monitoraggio relativa alle strutture di ricovero era destinata alle strutture ospedaliere con almeno un ginecologo in organico, al fine di rilevare: il numero di strutture in cui si effettuano interventi di IVG rispetto al totale, il n° di parti effettuati, il n° di ginecologi obiettori e non (in relazione alla tipologia di contratto), rilevati in termini sia di unità che di Full Time Equivalent (n° di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno), il n° IVG per età gestazionale, cittadinanza, minore età, tecnica di intervento, tempo di attesa tra certificato ed intervento, il n° di certificati d'urgenza e il n° di certificati in relazione al soggetto che lo ha rilasciato.

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

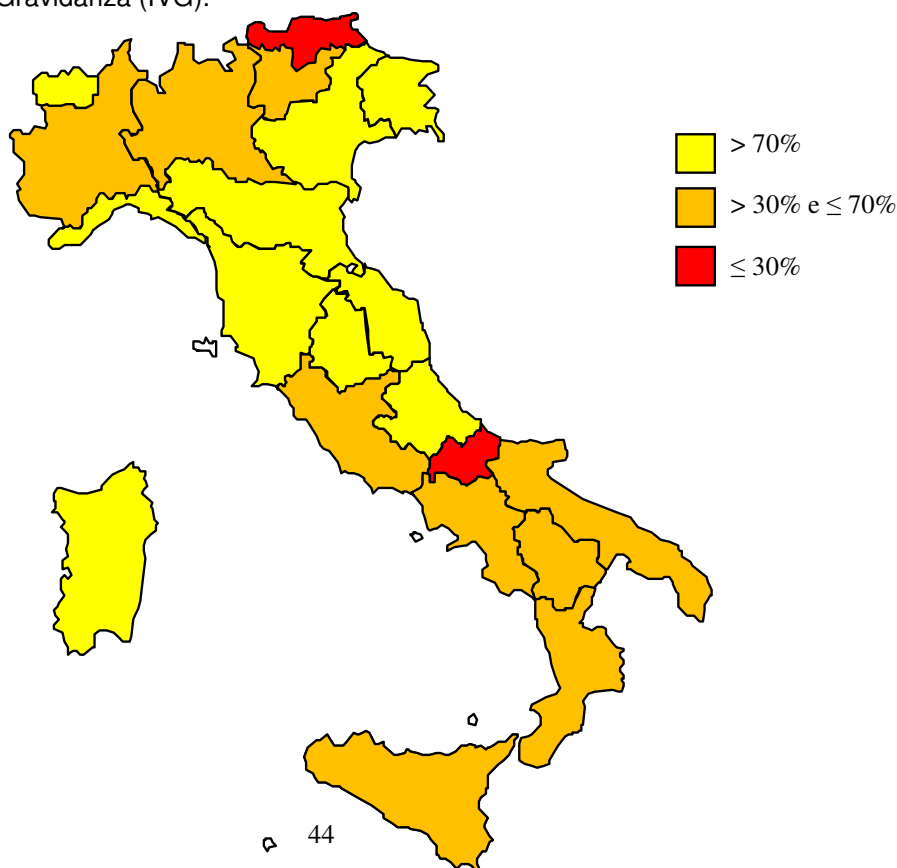
Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'ISTAT, emerge che il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia a livello nazionale è pari a 630, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 403 (64% del totale).

La Tabella 1 mostra il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione; dai dati emerge che solo in due casi, relativamente a regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nel Grafico 1. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Tabella 1 Strutture di ricovero con reparto di ostetricia e/o ginecologia per Regione.

Regione	tot. strutture	in cui si pratica IVG	%	Regione	tot. strutture	in cui si pratica IVG	%
Piemonte	48	32	66.7%	Marche	15	12	80.0%
Valle d'Aosta	1	1	100.0%	Lazio	47	24	51.1%
Lombardia	96	66	68.8%	Abruzzo	12	9	75.0%
P.A. Bolzano	9	2	22.2%	Molise	4	1	25.0%
P.A. Trento	8	5	62.5%	Campania	79	26	32.9%
Veneto	45	32	71.1%	Puglia	39	23	59.0%
Friuli V. Giulia	14	11	78.6%	Basilicata	6	3	50.0%
Liguria	12	12	100.0%	Calabria	24	12	50.0%
Emilia-Romagna	39	38	97.4%	Sicilia	68	38	55.9%
Toscana	31	29	93.5%	Sardegna	20	15	75.0%
Umbria	13	12	92.3%	tot.	630	403	64.0%

Grafico 1 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG).



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 630 strutture nazionali censite, 543 sono punti nascita, pari all'86% del totale.

I nati in Italia nel 2012 sono stati 527.770; nello stesso anno le IVG sono state 107.192, con un rapporto di 4.9:1, mentre quello fra i punti nascita (dato Cedap 2012) e punti IVG è di 1.3:1.

In altre parole, mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita.

Nella Tabella 2 viene riportato il confronto fra punti nascita e punti IVG, non in valore assoluto, ma normalizzati rispetto alla popolazione femminile in età fertile.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 4 punti nascita, contro 3 punti IVG, con un rapporto di 1.3:1. Cioè ogni 3 strutture in cui si fa IVG, ce ne sono 4 in cui si partorisce.

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

Tabella 2 Tasso dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100.000 donne in età fertile (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	regione	n° di punti nascita per 100.000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100.000 donne 15-49 anni
Piemonte	3.6	3.4	Marche	4.4	3.6
Valle d'Aosta	3.6	3.6	Lazio	3.5	1.9
Lombardia	3.3	3.0	Abruzzo	4.1	3.1
P.A. Bolzano	6.8	1.7	Molise	4.3	1.4
P.A. Trento	5.9	4.2	Campania	5.1	1.9
Veneto	3.8	2.9	Puglia	4.5	2.4
Friuli Venezia Giulia	4.3	4.3	Basilicata	4.6	2.3
Liguria	3.5	3.8	Calabria	3.3	2.6
Emilia-Romagna	3.3	4.0	Sicilia	5.4	3.2
Toscana	3.1	3.7	Sardegna	4.8	4.0
Umbria	5.7	6.2	tot.	4.0	3.0

Scendendo nel dettaglio, in molte Regioni c'è, un numero maggiore di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria), il che è addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Campania, ogni 5.1 punti nascita ci sono 1.9 punti IVG, e nel Lazio, dove ogni 3.5 punti nascita, ci sono 1.9 punti IVG), comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG. In questi due casi, comunque, si è in presenza di regioni in cui è prevista una riduzione dei punti nascita a seguito di una riorganizzazione: una volta a regime, il rapporto fra punti nascita e IVG sarà più simile a quello delle altre regioni.

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

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

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

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

Dai dati relativi al numero di IVG effettuate nelle strutture monitorate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva, come mostra la tabella 3, che il carico di lavoro settimanale di ogni ginecologo non obiettore viene sostanzialmente confermato rispetto a quanto già indicato nell'ultima relazione al Parlamento, dove i dati erano stati raccolti su base aggregata regionale e non per singola struttura. Il monitoraggio ad hoc effettuato sulle singole strutture conferma, quindi, la bontà del dato aggregato regionale, già comunicato negli anni passati.

Entrando nel merito dei dati, quelli relativi al 2012 confermano il trend di quelli del 2011: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle D'Aosta alle 4.2 del Lazio con una media nazionale di 1.4 IVG a settimana.

Al fine di considerare gli operatori in relazione al tempo di lavoro effettivo presso la struttura, ed escludere la possibilità di contare più volte uno stesso operatore presente in strutture diverse, il monitoraggio ha previsto anche la rilevazione dei ginecologi non obiettori in termini di FTE (Full Time Equivalent) dove l'unità di misura FTE corrisponde al numero di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno. Il valore in FTE pari ad 1 equivale ad una persona che lavora a tempo pieno, un lavoratore part-time al 50% corrisponde a 0.5 FTE.

Tuttavia il carico di lavoro settimanale rilevato rispetto al numero di ginecologi non obiettori in termini di unità di personale non è sostanzialmente diverso da quello rilevato in termini di FTE.

Si conferma, quindi, quanto già osservato nella scorsa relazione al Parlamento, relativa all'applicazione della legge 194/78 – dati anno 2011: il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG, e quindi gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG sono dovuti eventualmente ad una inadeguata organizzazione territoriale, che attualmente, dopo questo monitoraggio, sarà più facile individuare.

A fronte di ciò, nell'ultima riunione tenutasi il 3 luglio 2014 presso la sede del Ministero della Salute con i rappresentanti delle regioni, le stesse regioni sono state invitate a procedere ad un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare, ciascuna per il proprio ambito, i bisogni del territorio.

Tabella 3 Carico di lavoro settimanale per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2011-2012
(considerando 44 settimane lavorative all'anno)

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore (dato relazione aggregata 2011)	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore (dato rilevazione ad hoc 2012)
Piemonte	1.5	1.3
Valle D'Aosta	0.5	0.4
Lombardia	1.3	1.4
P.A. Bolzano	2.2	1.5
P.A. Trento	1.4	1.2
Veneto	1.8	1.3
Friuli Venezia Giulia	0.8	0.9
Liguria	1.7	1.4
Emilia-Romagna	1.2	n.d.
Toscana	1.5	1.0
Umbria	1.2	0.9
Marche	1.2	0.8
Lazio	4.0	4.2
Abruzzo	3.3	2.8
Molise	2.6	n.d.
Campania	3.8	3.3
Puglia	1.8	2.4
Basilicata	1.1	2.8
Calabria	1.7	2.2
Sicilia	3.0	0.7
Sardegna	0.6	0.6
TOTALE	1.6	1.4

4.2 Analisi dei dati nei consultori familiari

Nella scheda di monitoraggio relativa ai consultori familiari, oltre alle informazioni sul numero di ginecologi in servizio, obiettori e non, rilevati in relazione alla tipologia di contratto e in termini di unità e Full Time Equivalent, è stato richiesto anche il n° di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla legge 194/78, il n° di certificati rilasciati, il n° di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

Inoltre, la stessa scheda è stata utilmente utilizzata anche per effettuare un aggiornamento della mappatura dei consultori familiari presenti sul territorio nazionale in corso di pubblicazione, in formato open data, sul portale del Ministero della Salute.

Questa è stata, nel nostro Paese, la prima iniziativa capillare dall'approvazione della legge 194/78 di monitoraggio su queste informazioni: anche per questo motivo la raccolta dati si è rivelata particolarmente problematica, considerando inoltre la grande difformità territoriale dell'organizzazione dei consultori stessi, che mutano spesso di numero a causa di accorpamenti e distinzioni fra sedi principali e distaccate, la cui differenziazione spesso non è chiara e risponde a criteri diversi fra le diverse regioni.

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

Tuttavia, dall'analisi delle schede pervenute emerge una grande variabilità tra le Regioni nel ricorso al consultorio per le attività collegate all'IVG.

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

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

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

Si osserva inoltre che l'attività effettuata per quanto riguarda i controlli post IVG è minore rispetto a quella dei colloqui e del rilascio di certificati. La consulenza post IVG, fornita dal consultorio, è una buona occasione di promozione per una procreazione responsabile, pertanto sarebbe importante implementarla ulteriormente.

Tabella 4 Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2012

REGIONI	n° consultori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consultori	n° ginecologi	% obiettori	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTALE IVG Anno 2012
Piemonte	146	65%	250	21.2%	8.391	6.052	2.792	8.848
Valle d'Aosta	8	36%	9	44.4%	16	5	25	246
Lombardia	85	32%	n.d.	n.d.	213	213	49	17.133
P.A. Bolzano	14	100%	8	25.0%	27	13	12	523
P.A. Trento	11	100%	25	4.0%	555	428	318	874
Veneto	76	64%	118	15.3%	3.385	2.753	774	6.127
Friuli Venezia Giulia	32	100%	27	3.7%	4.156	697	1.038	1.828
Liguria	38	52%	88	17.0%	1.489 *	1.652	247	3.184
Emilia-Romagna **	n.d.	n.d.	232	22.0%	10.911	4.653	1.952	9.705
Toscana	237	85%	272	30.5%	3.061 ***	4.081	649	7.121
Umbria	36	100%	51	2.0%	1.332	1.193	603	1.747
Marche	12	19%	24	37.5%	1.801	1.460	650	2.189
Lazio	146	91%	255	9.4%	8.328	7.105	2.735	11.855
Abruzzo	58	85%	47	27.7%	1.016	183	73	2.399
Molise	n.d.	n.d.	7	n.d.	275	42	52	461
Campania	30	18%	87	11.5%	1.224	968	384	10.441
Puglia	139	95%	180	13.9%	2.818	2.432	1.496	9.010
Basilicata	35	97%	29	48.3%	582	492	206	610
Calabria	70	100%	97	16.5%	1.378	1.261	n.d.	2.828
Sicilia	182	95%	200	67.0%	2.681	2.015	1.040	7.832
Sardegna	41	59%	46	21.7%	422	397	191	2.231

Note

* Il numero di colloqui è inferiore al numero di certificati perché in alcuni casi la donna si presenta al consultorio dopo aver già avuto un colloquio con il proprio medico di fiducia e aver già preso le proprie decisioni.

** I dati sono relativi al 2013 e provengono dal SICO - Sistema Informativo dei Consultori Familiari, della Regione Emilia Romagna.

*** Il dato comprende i colloqui registrati nei data base come prestazione singola ma non tutti i colloqui pre-IVG dato che una parte viene registrata come ricompresa in prestazioni come visita/colloquio psicologico/accoglienza pre-IVG.

TABELLE

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2010-2011
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2000-2011
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 23bis - Strutture con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale
- Tabella 29 - Valori, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività