

ATTI PARLAMENTARI

XVIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXXVII**

n. **3**

R E L A Z I O N E

**SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE
CONCERNENTE NORME PER LA TUTELA
SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTER-
RUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA**

(DATI DEFINITIVI 2019)

(Articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194)

Presentata dal Ministro della salute

(SPERANZA)

Trasmessa alla Presidenza il 30 luglio 2021

PAGINA BIANCA

Indice

<i>PRESENTAZIONE</i>	1
SISTEMA DI RACCOLTA DATI	10
DATI PRELIMINARI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2020	13
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2019	17
1. Andamento generale	17
1.1 Valori assoluti.....	19
1.2 Tasso di abortività	20
1.3 Rapporto di abortività.....	22
1.4 Contraccezione di emergenza	23
2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	25
2.1 Classi di età.....	25
2.2 Stato civile.....	29
2.3 Titolo di studio	30
2.4 Occupazione	31
2.5 Residenza	32
2.6 Cittadinanza	33
2.7 Anamnesi ostetrica.....	36
2.7.1 Numero di nati vivi.....	37
2.7.2 Aborti spontanei precedenti	38
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti.....	39
3. Modalità di svolgimento dell'IVG	42
3.1 Documentazione e certificazione.....	42
3.2 Urgenza.....	45
3.3 Epoca gestazionale	45
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento	47
3.5 Luogo dell'intervento.....	48
3.6 Tipo di anestesia impiegata	49
3.7 Tipo di intervento.....	50
3.8 Durata della degenza	53
3.9 Complicanze immediate dell'IVG.....	54
4. Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza	56
4.1 Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale.....	57
<i>PARAMETRO 1: Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili</i>	57
<i>PARAMETRO 2: Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore</i>	59
5. Attività dei consultori familiari per l'IVG	62
TABELLE 2019	64

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE

Nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi e dettagliati relativi all'anno 2019 e i dati preliminari relativi all'anno 2020 sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) effettuate in Italia in attuazione della Legge n. 194 del 22 maggio 1978, recante *Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*.

I dati presentati vengono raccolti grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che è attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le Province Autonome. Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento, poi raccolti e trasmessi dalle Regioni.

In tutti questi anni, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la presente Relazione annuale al Parlamento, dare risposte a quesiti specifici ed indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno consentito l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute, per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento e per valutare l'efficacia dei programmi realizzati.

Per tale motivo il Sistema di Sorveglianza IVG è stato inserito tra i sistemi di sorveglianza a rilevanza nazionale previsti dal DPCM del 3 marzo 2017 (G.U. 109 del 12/05/2017).

Il nostro Paese dispone e pubblica dati sulle IVG in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi Europei.

Nel 2020 anche i servizi e il personale impegnati nello svolgimento delle interruzioni volontarie di gravidanza sono stati coinvolti dall'emergenza pandemica da COVID-19. Il Ministero della Salute, fin dall'inizio della pandemia, nelle Linee guida per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19, ha identificato l'interruzione volontaria di gravidanza tra le prestazioni indifferibili in ambito ginecologico.

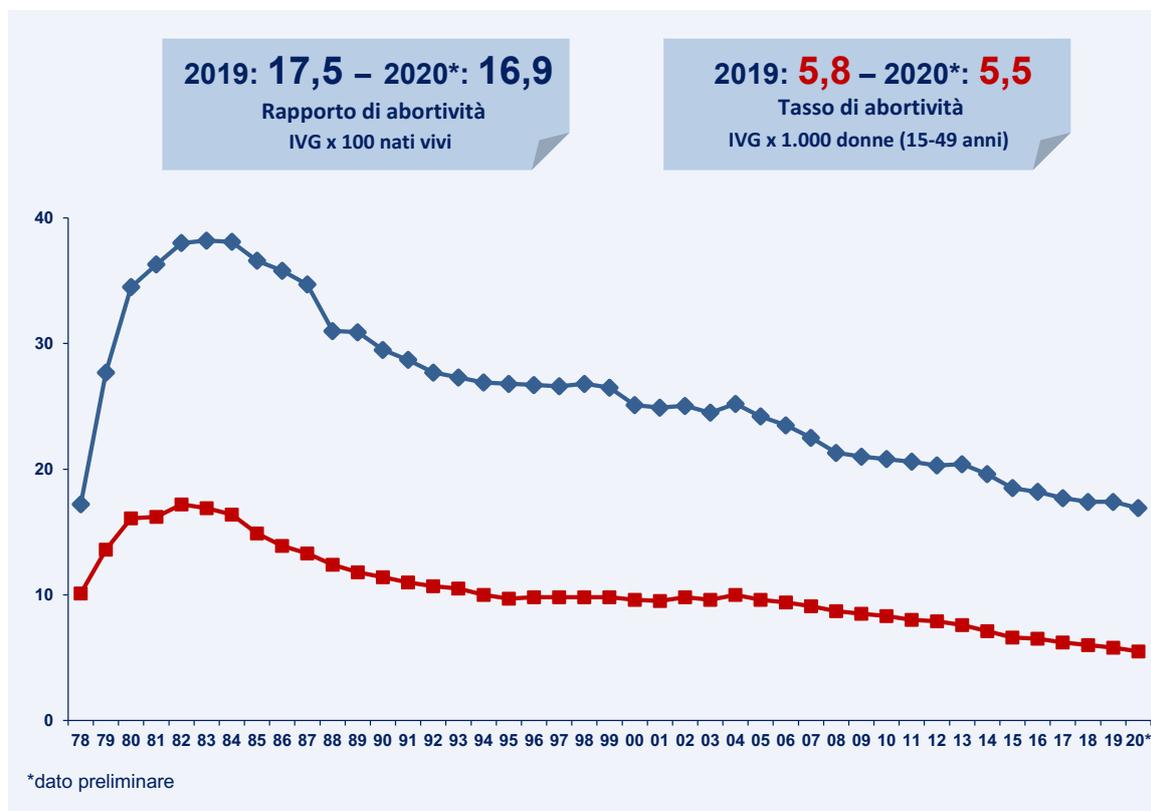
Per valutare l'impatto della pandemia da COVID-19 sull'effettuazione delle IVG, l'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato una rilevazione ad hoc da cui è emerso che tutte le Regioni hanno reagito prontamente alla situazione e che i servizi hanno riorganizzato opportunamente i percorsi IVG (effettuazione dell'IVG solo in alcune strutture, percorso separato per le donne COVID-19 positive richiedenti IVG, etc.).

Inoltre, il 12 agosto 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato la Circolare di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine" che, in relazione al parere tecnico-scientifico espresso all'unanimità dal Consiglio Superiore di Sanità il 4 agosto 2020, consente di effettuare l'IVG con metodo farmacologico fino a nove settimane compiute di età gestazionale in regime di day hospital o presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i consultori familiari.

Il monitoraggio continuo ed approfondito delle IVG con utilizzo di farmaci sarà oggetto di valutazione nel corso dell'anno 2021 attraverso i dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza IVG.

DATI DEFINITIVI 2019 E DATI PRELIMINARI 2020

- In totale nel 2019 sono state notificate 73.207 IVG, confermando il continuo andamento in diminuzione del ricorso all'IVG (-4,1% rispetto al 2018) a partire dal 1983. Dal 2014 il numero di IVG è inferiore a 100.000 casi ed è meno di un terzo dei 234.801 casi del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.
- Per l'anno 2020, tramite il Sistema di Sorveglianza, sono stati rilevati i dati preliminari regionali del numero di IVG effettuate e sono stati stimati il tasso di abortività e il rapporto di abortività.
- Il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'IVG, conferma il trend in diminuzione: è risultato pari a 5,8 per 1.000 nel 2019 (con una riduzione del 2,7% rispetto al 2018) e pari a 5,5 per 1.000 (valore preliminare) nel 2020. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (paragrafo 1.2).
- Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1.000 nati vivi) è risultato pari a 174,5 per 1.000 nel 2019 (17,5 per 100 nati vivi), con un incremento dello 0,4% rispetto al 2018. Il valore preliminare per il 2020 è risultato pari a 169,0 per 1.000 (16,9 per 100 nati vivi). La lettura dei dati relativi al rapporto di abortività nel tempo deve tener conto del persistente calo della natalità in Italia. In particolare, dal 2018 al 2019 i nati della popolazione presente sul territorio nazionale sono diminuiti di 19.723 unità.

Figura 1 – Tassi e rapporti di abortività in Italia – anni 1978-2020

- Nel 2019 il numero di IVG è diminuito in tutte le aree geografiche; diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Molise, Umbria, Marche, Calabria e

Lazio, mentre Valle d'Aosta e Basilicata mostrano un lieve aumento di interventi e di tassi di abortività.

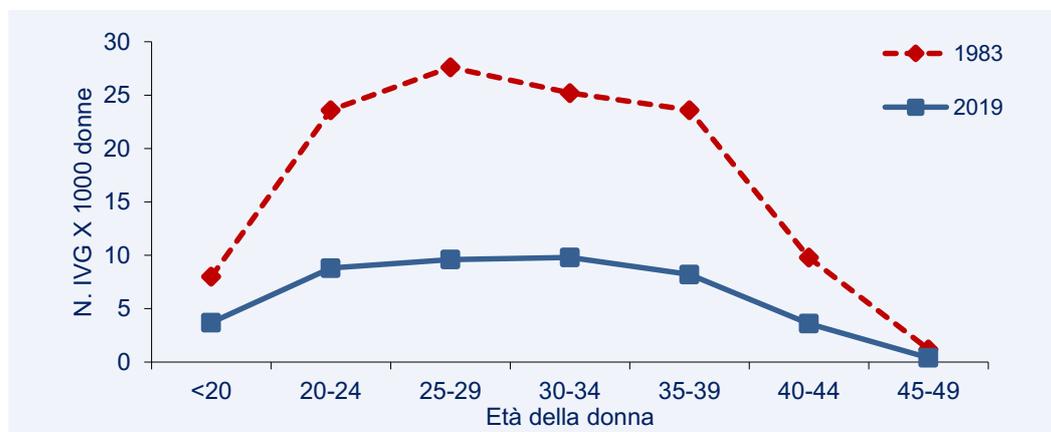
Figura 2 – Tassi di abortività per area geografica - anni 1983 e 2019



Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

Il ricorso all'IVG nel 2019 è diminuito in tutte le classi di età rispetto al 2018, tranne che tra i 35 e i 39 anni. In particolare questa diminuzione si è osservata tra le giovanissime, i tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio, nel 2019 per le italiane prevale la percentuale di donne in possesso di licenza media superiore (44,8%); per le straniere prevale la percentuale di donne in possesso di licenza media (47,0%). Per quanto riguarda lo stato occupazionale, nel 2019 il 50,2% delle italiane risulta occupata (in aumento rispetto al 2018, quando le occupate erano il 48,6%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 39,2% (dato anche questo in aumento rispetto al 38,2% dell'anno precedente). La ripartizione per stato civile evidenzia che per le italiane la percentuale delle nubili (62,6%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (31,4%), mentre per le straniere le percentuali nei due gruppi sono molto più simili (48,0% le coniugate, 46,7% le nubili). Il 45,5% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli, per le donne straniere tale percentuale è pari al 26,8%.

Figura 3 – Tassi di abortività per età - anni 1983 e 2019



IVG di donne straniere

Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel 2019 le IVG effettuate da donne straniere rappresentano il 29,2% di tutte le IVG (valore inferiore al 30,3% rilevato nel 2018). Il tasso di abortività delle donne straniere mostra una tendenza alla diminuzione (14,0 per 1.000 donne nel 2018, ultimo dato disponibile; 14,1 per 1.000 nel 2017; 15,5 nel 2016; 15,7 nel 2015 e 17,2 nel 2014). Le cittadine straniere permangono, comunque, una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte (paragrafo 2.6).

Aborto fra le minorenni

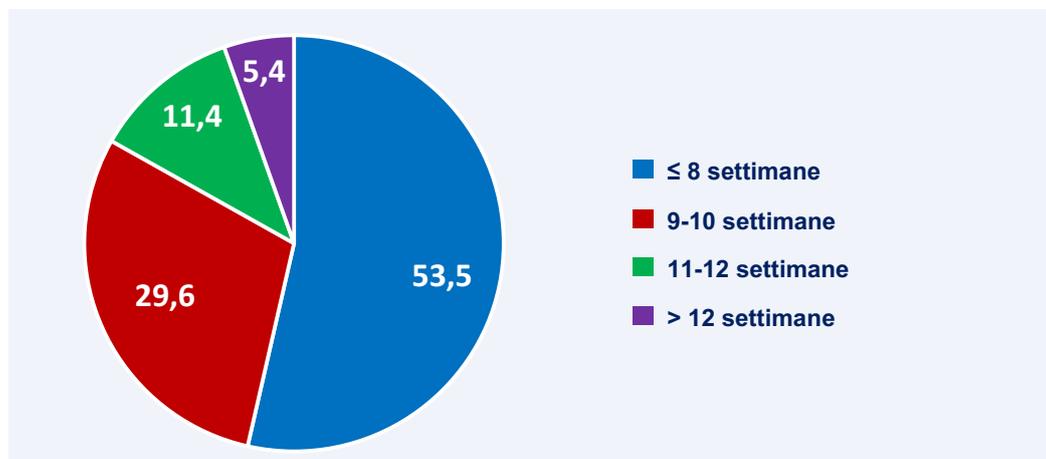
Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2019 è risultato essere pari a 2,3 per 1.000 donne, valore inferiore a quello del 2018 (2,4), confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (quando era pari a 5,0), con livelli più elevati nell'Italia insulare. I 1.936 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2,6% di tutte le IVG, dato in linea con quello dello scorso anno. 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 (paragrafo 2.1).

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata nel 2019 pari al 25,2% (25,5% nel 2018). L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è una dimostrazione significativa della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG. Analizzando i dati per cittadinanza nel 2019, si conferma che la percentuale di donne che ha effettuato precedenti IVG è maggiore tra le straniere (34,2%) rispetto alle italiane (21,3%). Il confronto con altri Paesi che nelle loro statistiche rilevano il dato riferito agli aborti ripetuti mostra che tale indicatore per l'Italia rimane il più basso a livello internazionale (paragrafo 2.7.3).

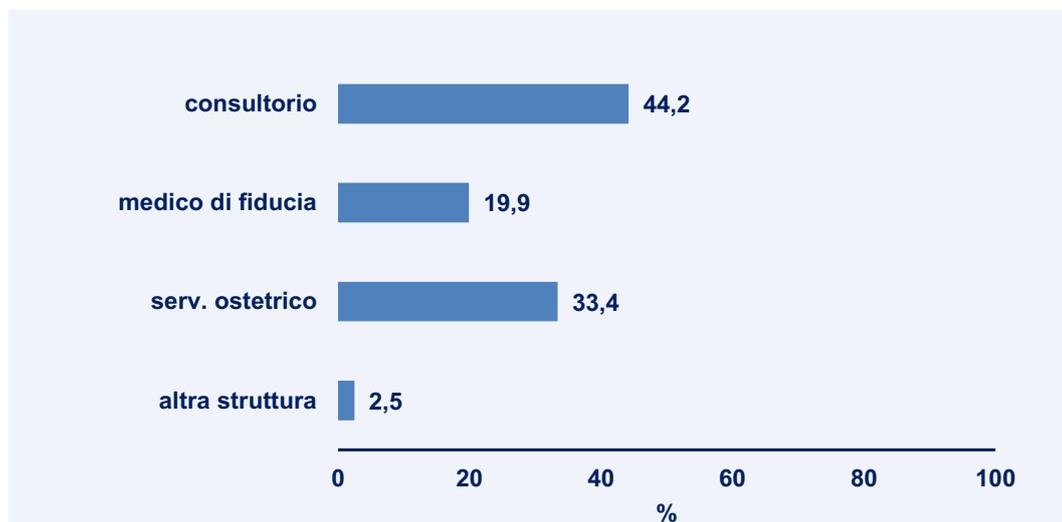
Epoca gestazionale e modalità di svolgimento dell'IVG

Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 53,5% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 50,9% del 2018), il 29,6% a 9-10 settimane, l'11,4% a 11-12 settimane e il 5,4% dopo la dodicesima settimana.

Figura 4 – Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale – anno 2019

Nel 2019 si osserva un incremento del ricorso alla procedura d'urgenza come già rilevato negli anni precedenti: il ricorso a tale procedura è avvenuto nel 23,5% delle IVG nel 2019 (nel 2018 la percentuale era pari al 21,3%). Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (45,1%), Lazio (43,3%), Piemonte (42,5%), Toscana (31,9%), Emilia Romagna (28,4%) e Abruzzo (28,3%).

Anche per il 2019 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio del documento/certificazione necessari alla richiesta di IVG (44,2%), rispetto agli altri servizi.

Figura 5 – Distribuzione percentuale delle IVG per luogo della certificazione - anno 2019

Per quanto riguarda il tipo di anestesia impiegata, nel 2019 permane elevato il ricorso all'anestesia generale (44,8%) per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione negli anni. La percentuale di interventi effettuati senza anestesia continua ad aumentare nel tempo (23,9% nel 2019 rispetto al 5,7% nel 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico.

L'isterosuzione, ed in particolare quella che utilizza le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2019 (60,4%), sebbene permanga un 10,9% di interventi effettuati con raschiamento. È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2019 il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 24,9% dei casi, rispetto al 20,8% del 2018. Per il 2019 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportato nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone + prostaglandine" e "Sole prostaglandine", che nel suo insieme è stato pari al 27,8% del totale delle IVG. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni.

Figura 6 – Numero IVG totali e mediante Mifepristone e prostaglandine - anni 2009-2019

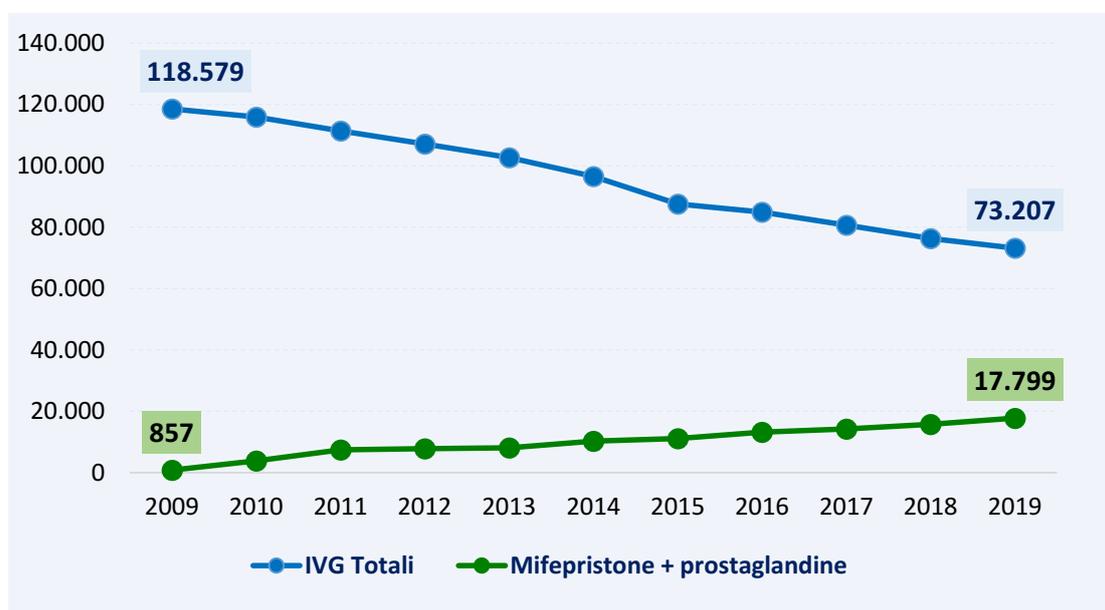
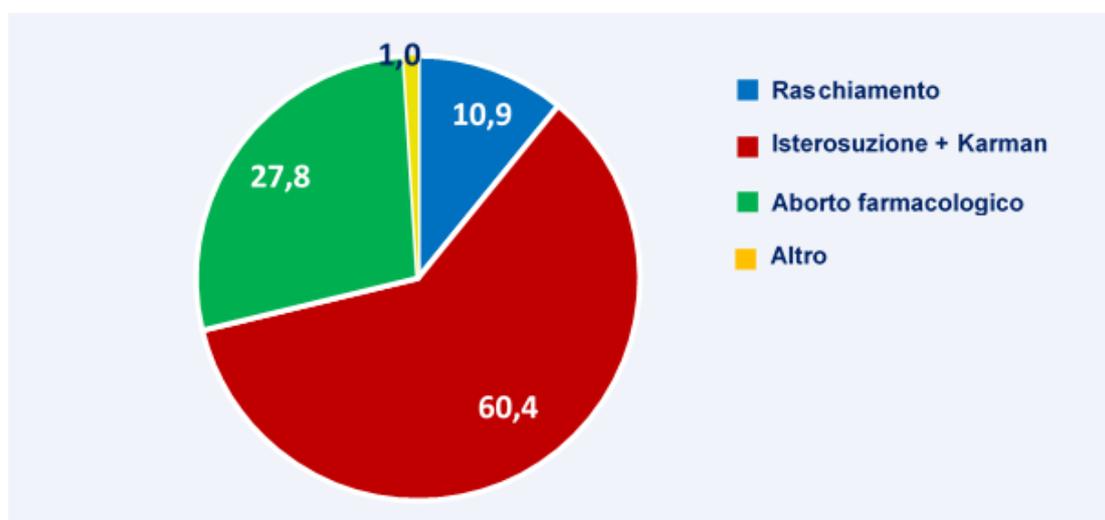


Figura 7 – Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento - anno 2019



Nell'88,9% delle IVG del 2019 (88,5% nel 2018) la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4,0% dei casi (4,8% nel 2018) la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore, tuttavia si rileva una variabilità regionale forse imputabile alle modalità di ricovero in relazione ai protocolli terapeutici applicati.

Tempi di attesa

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti leggermente aumentata: 72,6% nel 2019 rispetto a 70,2% nel 2018.

Corrispondentemente nel tempo è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 9,9% nel 2019 rispetto a 10,8% nel 2018.

Mobilità regionale

Nel 2019 il 92,7% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'86,7% è stato effettuato nella Provincia di residenza, valori simili al 2018 e corrispondenti ad una bassa mobilità fra le Regioni e in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del SSN. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in Regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

Offerta del servizio e obiezione di coscienza

Nel 2019 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 67,0% dei ginecologi, il 43,5% degli anestesisti e il 37,6% del personale non medico, valori in leggera diminuzione rispetto a quelli riportati per il 2018 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie.

Per approfondire la valutazione dell'impatto sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, si è ritenuto opportuno effettuare il monitoraggio ad hoc avviato nel 2013 attraverso il calcolo di specifici parametri. In particolare, il parametro 2, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, è stato rilevato a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

Parametro 1 - Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili. Il numero totale di sedi ospedaliere (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2019, risulta pari a 564, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG risulta pari a 356, cioè il 63,1% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) il numero di punti IVG è inferiore al 30% delle strutture censite. In 8 Regioni la percentuale di punti IVG risulta superiore al 70%. Considerando il numero di punti IVG in rapporto alla popolazione femminile in età fertile (15-49 anni), si rileva che a livello nazionale sono presenti 2,9 punti IVG ogni 100.000 donne in età fertile. Si conferma, anche per l'anno 2019, l'adeguata copertura della rete di offerta.

Parametro 2 - Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore. La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2019 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore è variato di poco rispetto agli anni precedenti. L'analisi del carico di lavoro settimanale medio di ciascun ginecologo non obiettore per singola

struttura di ricovero evidenzia che in alcune Regioni è presente una struttura dove si registra un carico di lavoro superiore alle 10 IVG a settimana.

Consultori familiari

Il consultorio familiare svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal counselling prima della procedura ai controlli medici e il counselling contraccettivo post-IVG, anche se non in maniera uniforme sul territorio.

L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nell'anno 2019 è stata effettuata attraverso il monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che nell'anno 2019 hanno dichiarato di effettuare attività IVG corrispondono al 69,2% del totale dei consultori familiari. Sono state richieste, come negli anni precedenti, le seguenti informazioni: numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge n. 194 del 1978, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

Dai dati raccolti emerge, come negli anni passati, un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (44.553 colloqui vs 31.505 certificati rilasciati), ciò potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna *“a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante”* (art. 5, L.194/78).

CONCLUSIONI

- ✓ in Italia il ricorso all'IVG è in continua e progressiva diminuzione dal 1983, il nostro Paese ha un tasso di abortività fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali;
- ✓ un terzo delle IVG totali in Italia continua ad essere eseguito nelle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo, sebbene le cittadine straniere rimangano una popolazione a maggior rischio di ricorso all'IVG. A tal proposito è importante offrire loro, in occasioni di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare in occasione del percorso nascita, un *counselling* sulla procreazione responsabile per promuovere una contraccezione informata ed efficace;
- ✓ si può ipotizzare che l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza - Levonorgestrel (Norlevo, pillola del giorno dopo) e Ulipristal acetato (ellaOne, pillola dei 5 giorni dopo) - abbia inciso positivamente sulla riduzione del numero di IVG. Per tali farmaci è indispensabile una corretta informazione alle donne per evitarne un uso inappropriato;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni, e si registra un aumento delle interruzioni entro le prime 8 settimane di gestazione, probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo della tecnica farmacologica (Mifepristone + prostaglandine), che viene usata in epoca gestazionale precoce;
- ✓ la mobilità fra le Regioni e Province Autonome è in linea con quella di altri servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale;

- ✓ la tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che suggerisce la necessità di un approfondimento da parte degli organi regionali, anche attraverso un confronto interregionale, per capirne le motivazioni e uniformare i protocolli terapeutici, al fine di assicurare un'offerta efficiente e di qualità;
- ✓ l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti conferma che la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese è in costante diminuzione, ormai anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della Legge;
- ✓ l'analisi dei dati sull'obiezione di coscienza evidenzia valori elevati per tutte le categorie professionali sanitarie, in particolare tra i ginecologi (67%). Sebbene l'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembri evidenziare particolari criticità nei servizi di IVG, a livello regionale o di singole strutture, le Regioni devono assicurare che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della Legge, garantendo il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e assicurando l'accesso ai servizi IVG, minimizzando l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto;
- ✓ il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie per quanto riguarda l'IVG, come negli auspici della Legge n. 194 del 1978. Queste strutture svolgono un ruolo importante nel supportare la donna che vi fa ricorso nel momento in cui decide di interrompere la gravidanza. Un'attenta valutazione va fatta sul loro numero a livello locale, sul loro organico ed organizzazione affinché possano continuare a svolgere il loro ruolo. È indispensabile rafforzare e potenziare i consultori familiari, servizi di prossimità che grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale riescono a identificare i determinanti di natura sociale e a sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, aiutarla nel percorso IVG e ad evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

Roberto Speranza

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

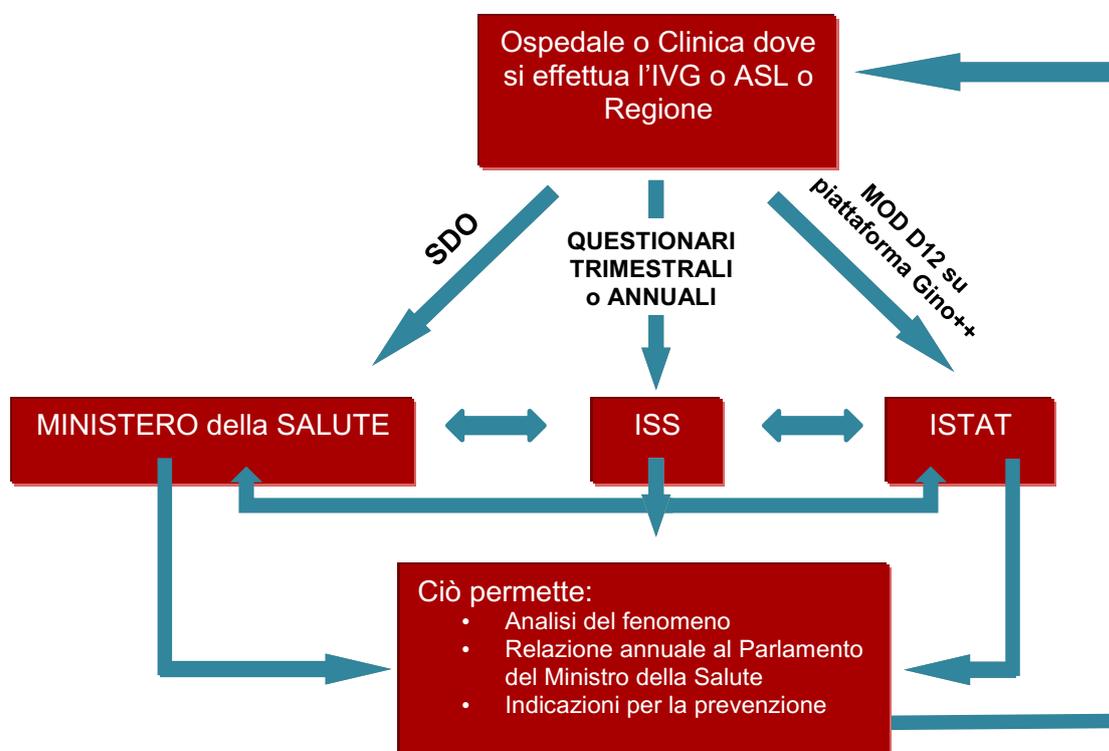
Il Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontaria di Gravidanza (IVG), che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome, è stato avviato nel 1980, un anno e mezzo dopo l'approvazione della legge n. 194 del 1978 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza. Per oltre 40 anni il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario nel Paese, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute (art. 16, L. 194/78), 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. Grazie alla sua validità è stato incluso tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale nel DPCM del 2017 (G.U. 109 del 12/05/2017).

Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, su quelli che effettuano l'intervento e sulle sue modalità di esecuzione. Le Regioni provvedono a raccogliere queste informazioni dalle strutture che eseguono l'IVG e ad analizzarle per rispondere a questionari trimestrali e ad un questionario riepilogativo annuale (predisposti dall'ISS e dal Ministero), nei quali 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.

A partire dall'anno 2018, le modalità di acquisizione da parte dell'Istat dei dati delle indagini sulla salute riproduttiva (quindi anche quella sulle IVG) sono state modificate: l'Istat ha infatti predisposto un'unica piattaforma web (GINO++) tramite la quale vengono raccolti i dati individuali e svolte le varie attività di monitoraggio del flusso. Anche l'ISS e il Ministero della Salute hanno accesso alla piattaforma per le attività di propria competenza. Da parte delle Regioni, Asl e strutture è ora possibile registrare o caricare i dati, aggiornare la lista delle strutture e le relative informazioni anagrafiche, effettuare monitoraggi dei dati caricati, tutto in un unico ambiente. Il passaggio dai vecchi sistemi a questa piattaforma sta avvenendo in maniera graduale e anche il 2019 è stato un anno di transizione con l'obiettivo di arrivare, auspicabilmente, al completo utilizzo del nuovo strumento con l'acquisizione dei dati del 2020.

Per le Regioni è possibile scaricare da GINO++ il questionario trimestrale dell'ISS già elaborato a partire dai dati individuali precedentemente inseriti. Al fine di poter esaminare la qualità dei dati registrati e per avere un quadro del fenomeno a livello locale, le Regioni dovrebbero periodicamente scaricare tale questionario e, dopo averlo controllato, inviarlo all'ISS per un'ulteriore verifica di congruità e la predisposizione delle tabelle per la Relazione al Parlamento del Ministro della Salute (figura 8).

Figura 8 – Flusso dei dati del Sistema di Sorveglianza dell'IVG in Italia dal 2018



Quest'anno, a causa della pandemia da COVID-19, per ottenere il dato definitivo relativo a tutto il 2019 e il provvisorio del 2020 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino ad aprile 2021. Nonostante l'ottimo lavoro svolto dai professionisti che si occupano di ciò a livello locale, dalle Regioni, dall'Istat e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza dell'ISS, è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per 1513 interventi del 2019 e attivare una raccolta ad hoc con i referenti regionali per i dati 2020. In alcuni casi sono inoltre stati rilevati alcuni problemi nella completezza delle informazioni nei dati registrati su GINO++. In particolare si segnala la presenza di un numero più elevato di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2019 provenienti da Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania e Puglia.

Tutte le Regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) sono sollecitate ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema italiano di Sorveglianza epidemiologica delle IVG che dispone e pubblica i dati in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi europei.

A tal fine le istituzioni centrali (ISS, Ministero della Salute e Istat) si sono sempre dimostrate disponibili ad aiutare gli uffici regionali a risolvere i problemi, a suggerire procedure per una migliore raccolta dati a livello territoriale e a partecipare agli auspicati periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo, sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della legge n. 194 del 1978, sull'andamento del fenomeno e la messa a punto e verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge n. 194 del 1978 è molto esplicita a questo proposito. Nell'articolo 16 afferma: *“Le Regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla relazione del Ministro della Salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro”*. Tuttavia, come già indicato in precedenti relazioni, le Regioni denunciano impossibilità nella pratica di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio dell'anno successivo). L'ISS concorda su tale difficoltà, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende attualmente impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione a livello locale e che ci siano margini di miglioramento per garantire la completezza delle informazioni e il rispetto della tempistica.

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge, nel 2015-16 il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS che ha permesso di identificare le buone pratiche e le criticità a livello regionale, con notevole variabilità tra Regioni e talvolta anche all'interno dei territori regionali. Per questo motivo appare di grande importanza che le Regioni producano, oltre ai dati da comunicare a Ministero e ISS per la Relazione al Parlamento, anche report locali, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole alla situazione geografica, demografica, sociale e all'organizzazione sanitaria regionale, spesso profondamente diversa fra Regioni e talvolta anche all'interno delle stesse (ad esempio aree metropolitane e province, oppure zone caratterizzate da immigrazione con gruppi etnici specifici e molto diversi fra loro). L'ISS, con l'Istat e il Ministero della Salute, ha prodotto un fac-simile di rapporto che le Regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati. A conclusione del progetto, nel febbraio del 2016, è stato realizzato un corso di formazione accreditato ECM per i referenti regionali, durante il quale sono state presentate dall'ISS e dall'Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati illustrati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati e sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, anche attraverso soluzioni proposte da alcune Regioni.

Si ritiene utile sottolineare nuovamente l'importanza in un buon sistema di sorveglianza di garantire una restituzione tempestiva dell'informazione a livello locale, aspetto essenziale per il miglioramento della qualità dei dati raccolti dal territorio e aspetto ineludibile per facilitare azioni di prevenzione e di miglioramento dei servizi. A tal fine si auspica che un numero sempre maggiore di Regioni producano i rapporti locali sull'IVG e svolgano riunioni annuali con i professionisti coinvolti per discutere i dati regionali e l'applicazione della legge n. 194 del 1978 al fine di superare le eventuali criticità.

DATI PRELIMINARI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2020

Il 2020 è stato un anno segnato dalla pandemia da COVID-19. Anche i servizi e il personale impegnati nello svolgimento delle interruzioni volontarie di gravidanza sono stati coinvolti da questa emergenza.

Il Ministero della Salute, fin dall'inizio della pandemia, nelle Linee guida per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19 (inviata alle Regioni con circolare del 30 marzo 2020) ha identificato l'interruzione volontaria di gravidanza tra le prestazioni indifferibili in ambito ginecologico, dando quindi indicazione alle Regioni e alle strutture di organizzarsi per proseguire a fornire la prestazione.

Inevitabilmente l'emergenza sanitaria ha avuto una ricaduta non solo sull'organizzazione dei servizi e sullo svolgimento dell'intervento, ma anche sulla raccolta dei dati, che ha subito dei forti ritardi nella registrazione dei casi. Per tale motivo in questa relazione, ad oggi, si è in grado di fornire solo i dati preliminari relativi al 2020.

IVG in Italia – anno 2020 (dati preliminari), variazione rispetto 2019, tassi e rapporti 2020 (dati preliminari)

	N. IVG 2020	N. IVG 2019	VAR. %	Tasso per 1.000 donne 15-49 anni 2020	Rapporto per 1.000 nati vivi 2020
ITALIA SETTENTRIONALE	31110	34217	-9,1	5,7	168,4
Piemonte*	5709	6119	-6,7	6,9	212,1
Valle d'Aosta	116	151	-23,2	4,7	158,0
Lombardia*	10857	12367	-12,2	5,3	156,9
Bolzano	526	517	1,7	4,7	103,8
Trento	559	626	-10,7	5,0	138,8
Veneto	4115	4351	-5,4	4,2	125,3
Friuli Venezia Giulia*	1218	1330	-8,4	5,3	162,5
Liguria*	1987	2244	-11,5	7,2	229,1
Emilia Romagna	6023	6512	-7,5	6,7	201,9
ITALIA CENTRALE	14765	15288	-3,4	6,2	204,4
Toscana	4900	5264	-6,9	6,8	222,4
Umbria	829	899	-7,8	4,8	160,7
Marche	1349	1389	-2,9	4,5	144,6
Lazio	7687	7736	-0,6	6,4	215,3
ITALIA MERIDIONALE	15415	16833	-8,4	5,2	156,9
Abruzzo	1358	1517	-10,5	5,2	164,9
Molise	260	288	-9,7	4,4	168,1
Campania*	6071	6617	-8,3	4,8	134,7
Puglia*	5652	6162	-8,3	6,7	215,4
Basilicata*	485	522	-7,1	4,3	139,6
Calabria	1589	1727	-8,0	4,0	116,3
ITALIA INSULARE	6348	6869	-7,6	4,7	140,8
Sicilia*	4920	5281	-6,8	4,7	133,5
Sardegna*	1428	1588	-10,1	4,5	173,8
ITALIA	67638	73207	-7,6	5,5	169,0

*dato 2020 parzialmente stimato

I dati fanno riferimento a quanto pervenuto all'ISS tramite i questionari inviati dai referenti regionali del Sistema di Sorveglianza, quanto presente sulla piattaforma GINO++ dell'Istat e quanto richiesto dall'ISS ai referenti come controllo del dato nel periodo marzo-aprile 2021. In alcuni casi, facendo i controlli sui dati per struttura del 2020 e del 2019 sulla piattaforma GINO++, dove si sono evidenziate delle notevoli differenze non giustificate dai referenti regionali, l'ISS e l'Istat hanno provveduto a integrare il dato pervenuto con una stima di dato mancante. Le Regioni per cui è stato necessario fare ciò sono 9. Comunque tutti i dati sono da considerarsi preliminari.

In totale sono state calcolate 67.638 IVG come dato provvisorio per il 2020, con un decremento del 7,6% rispetto al dato definitivo del 2019 (73.207 IVG) e un decremento del 71,2% rispetto al 1982, anno con il valore più elevato di IVG. Come negli anni precedenti i dati si riferiscono alla Regione di intervento. Il tasso di abortività, calcolato utilizzando la popolazione femminile fornita dall'Istat, è risultato pari a 5,5 IVG per 1.000 donne di età 15-49 anni, con un decremento del 5,0% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2019 (5,8 per 1.000) e del 67,7% rispetto al 1982. Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi del 2020 forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 169,0 IVG per 1.000 nati vivi, con un decremento del 3,2% rispetto al 2019 (174,5 per 1.000) e del 55,6% rispetto al 1982 (calcolati sempre con 2 decimali).

Inoltre, a maggio 2020, con l'obiettivo di valutare l'impatto della pandemia da COVID-19 sull'effettuazione delle IVG nelle varie Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato una rilevazione ad hoc coinvolgendo tutti i referenti regionali del Sistema di Sorveglianza. Tutte le Regioni hanno risposto e i risultati sono presentati nella tabella seguente.

IVG nel contesto dell'emergenza COVID-19 - maggio-giugno 2020

Modifiche per lo svolgimento degli interventi di IVG durante la pandemia da COVID-19	n. Regioni
I servizi che effettuano IVG hanno subito una riorganizzazione	21
La Regione ha deciso di effettuare le IVG solo in alcune strutture	3
Una o più strutture hanno deciso in autonomia di interrompere il servizio IVG	2
La Regione ha predisposto un percorso separato all'interno di ciascun servizio per le donne COVID-19 positive che fanno richiesta di IVG	7
Le singole strutture hanno predisposto un percorso separato all'interno di ciascun servizio per le donne COVID-19 positive che fanno richiesta di IVG	21
Una o più strutture hanno deciso in autonomia di ridurre il numero di interventi settimanali	4
Una o più strutture hanno deciso in autonomia di sospendere le procedure di IVG farmacologica	4
Una o più strutture hanno deciso in autonomia di sospendere le procedure di IVG chirurgica	2
Nessuna struttura ha segnalato problemi	12
Ritardi nell'inserimento dei dati IVG 2019 e invio dei questionari all'ISS	
1. No	14
2. Sì, risolvibili in breve tempo	7

Come si può osservare, tutte le Regioni hanno reagito prontamente alla situazione e i servizi hanno subito una qualche forma di riorganizzazione nel 2020 in seguito alla pandemia da COVID-19. Tre Regioni hanno deciso di effettuare gli interventi solo in alcune strutture, mentre in due Regioni alcune strutture hanno deciso in autonomia di interrompere il servizio IVG. Sette

Regioni hanno dato indicazioni per un percorso separato per le donne COVID-19 positive richiedenti IVG, ma questo è stato attuato in tutte le Regioni per organizzazione interna delle singole strutture.

In alcuni casi è stata indicata dalle Regioni l'autonoma decisione di alcune strutture di riduzione del numero di interventi settimanali (in 4 Regioni), di sospensione delle procedure di IVG farmacologica (4 Regioni) e di quella chirurgica (2 Regioni). Più della metà delle Regioni ha dichiarato che nessuna struttura ha segnalato problemi.

Infine un terzo dei referenti regionali del Sistema di sorveglianza ha indicato a maggio-giugno 2020 un qualche problema nell'inserimento dei dati IVG 2019, come poi si è riscontrato nella presente relazione.

In seguito al parere del Consiglio Superiore di Sanità e a una determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, il 12 agosto 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato la circolare di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine", con cui sono cambiate le modalità di esecuzione dell'aborto farmacologico in Italia. La circolare è stata inviata a tutti gli Assessorati alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome.

A seguito di tale circolare l'aborto farmacologico non deve più essere effettuato entro la settima settimana di gestazione, bensì fino a 63 giorni, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale. Inoltre la procedura non richiede più l'ospedalizzazione e può essere eseguita in day hospital o presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i consultori familiari.

Per comprendere come le Regioni avessero diffuso questa informazione presso i servizi coinvolti e si stessero organizzando per la loro applicazione, l'Istituto Superiore di Sanità a inizio ottobre 2020 ha avviato una rilevazione ad hoc coinvolgendo tutti i referenti regionali del Sistema di Sorveglianza. Anche in questo caso tutte le Regioni hanno risposto e i risultati sono presentati nella tabella seguente.

Aborto farmacologico - ottobre-novembre 2020

	n. Regioni
Regioni che hanno distribuito o segnalato alle strutture che fanno IVG le nuove Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine predisposte dal Ministero della Salute	20
Regioni che hanno iniziato a fare interventi di IVG con Mifepristone e prostaglandine in ambulatorio extra-ospedaliero o consultorio familiare nel 2020	1
Regioni che intendono effettuare interventi di IVG con Mifepristone e prostaglandine in ambulatorio extra-ospedaliero o consultorio familiare nel 2021	13
in consultorio familiare	4
in ambulatorio	2
in entrambe le strutture	7
Regioni che stanno ancora valutando se distribuire l'RU in ambulatori/consultori familiari nel 2021	3

A ottobre - novembre 2020 i referenti regionali hanno dichiarato che tutti avevano distribuito o segnalato alle strutture con servizio IVG le nuove Linee di indirizzo ministeriali, tranne in Calabria, dove si era deciso di stabilire prima i percorsi e delle indicazioni precise per l'applicazione.

Solo la Regione Toscana aveva emanato delle indicazioni per iniziare l'utilizzo del Mifepristone e prostaglandine in ambulatorio extra-ospedaliero, collegato con una struttura ospedaliera, a partire dal 16 novembre 2020. Invece 13 Regioni hanno risposto che avevano intenzione di iniziare ad applicare ciò dal 2021: 4 solo in consultorio familiare, 2 solo in ambulatorio e 7 in entrambe le strutture. Tre Regioni stavano ancora valutando cosa fare.

Naturalmente, i dati del 2020 dovranno essere confermati nel corso del 2021 e permetteranno di valutare gli effetti delle nuove linee di indirizzo sulle tempistiche e le procedure per effettuare l'IVG.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2019

1. Andamento generale

A causa della pandemia da COVID-19 alcune strutture e Regioni hanno avuto difficoltà ad inserire anche i dati delle IVG effettuate nel 2019 sulla piattaforma web GINO++ dell'Istat e a fornire all'ISS il questionario con i dati aggregati. Per avere un quadro completo del 2019, è stato pertanto necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di Sorveglianza dell'IVG con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per un numero sostanzioso di casi in Campania (906 IVG), Lazio (421), Liguria (112), Calabria (40) e Basilicata (34).

In totale, nel 2019 sono state notificate 73.207 IVG (tabella 1), confermando la continua diminuzione del ricorso all'IVG (-4,1% rispetto al dato del 2018 e -68,8% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234.801 casi). Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Molise, Umbria, Marche, Calabria e Lazio, mentre Valle D'Aosta e Basilicata presentano un lieve aumento di interventi. Come negli anni precedenti, nel III e IV trimestre si osservano valori più bassi.

IVG per trimestre – anno 2019 e confronti con il 2018

	N. IVG per trimestre (2019)				TOTALE	TOTALE	VAR. %
	I	II	III	IV	2019	2018	
ITALIA SETTENTRIONALE	9471	8939	7913	7894	34217	35739	-4,3
Piemonte	1655	1593	1413	1458	6119	6391	-4,3
Valle d'Aosta	45	25	39	42	151	145	4,1
Lombardia	3525	3199	2799	2844	12367	12915	-4,2
Bolzano	140	130	120	127	517	524	-1,3
Trento	173	165	134	154	626	636	-1,6
Veneto	1175	1130	1044	1002	4351	4619	-5,8
Friuli Venezia Giulia	384	342	333	271	1330	1378	-3,5
Liguria	612	581	513	538	2244	2257	-0,6
Emilia Romagna	1762	1774	1518	1458	6512	6874	-5,3
ITALIA CENTRALE	4326	3870	3493	3599	15288	16204	-5,7
Toscana	1429	1412	1229	1194	5264	5337	-1,4
Umbria	261	198	201	239	899	1043	-13,8
Marche	380	358	337	314	1389	1537	-9,6
Lazio	2256	1902	1726	1852	7736	8287	-6,6
ITALIA MERIDIONALE	4970	4474	3799	3590	16833	17321	-2,8
Abruzzo	404	413	366	334	1517	1533	-1,0
Molise	91	83	65	49	288	338	-14,8
Campania	2046	1720	1437	1414	6617	6696	-1,2
Puglia	1813	1651	1368	1330	6162	6354	-3,0
Basilicata	129	145	132	116	522	513	1,8
Calabria	487	462	431	347	1727	1887	-8,5
ITALIA INSULARE	1924	1901	1645	1399	6869	7064	-2,8
Sicilia	1478	1501	1248	1054	5281	5450	-3,1
Sardegna	446	400	397	345	1588	1614	-1,6
ITALIA	20691	19184	16850	16482	73207	76328	-4,1

L'andamento dell'IVG degli ultimi 4 anni, come già riportato nelle relazioni degli anni precedenti, potrebbe essere stato in parte influenzato dalle determinazioni AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) e del 1° febbraio 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016), che hanno eliminato, per le maggiorenti, l'obbligo di prescrizione medica rispettivamente dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo" e del Levonorgestrel (Norlevo), contraccettivo di emergenza meglio noto come "pillola del giorno dopo" (paragrafo 1.4).

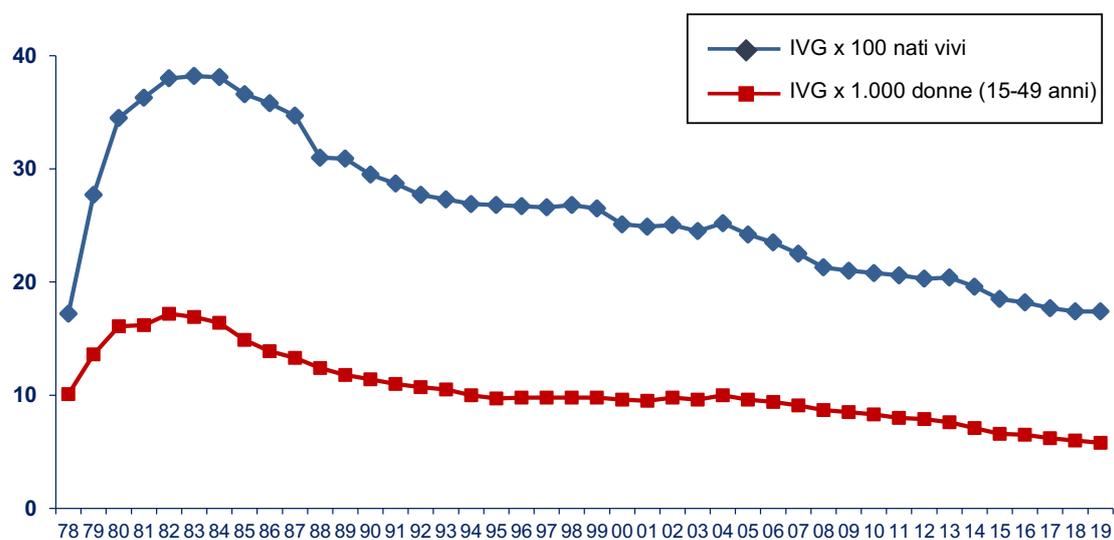
I due indicatori utilizzati per descrivere l'abortività sono il tasso e il rapporto di abortività.

Il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1.000 donne di 15-49 anni residenti in Italia), conferma l'andamento in diminuzione, risultato pari a 5,8 per 1.000 nel 2019 (tabella 2), con un decremento del 2,7% rispetto al 2018 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e del 66,3% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1.000 nati vivi) è risultato pari a 174,5 per 1.000 nel 2019, registrando invece un leggero aumento (0,4%) rispetto al 2018 ma una diminuzione del 54,1% rispetto al 1982.

La figura 9 descrive l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 nati vivi invece che 1.000 per permettere di inserirlo nello stesso grafico).

Figura 9 – Tassi e Rapporti di abortività in Italia – anni 1978-2019



Poiché il tasso di abortività utilizza come denominatore le donne 15-49 anni residenti, si è proceduto a ricalcolare il tasso, escludendo dal numeratore le 1.626 IVG relative alle donne non residenti in Italia, calcolate utilizzando i dati forniti dalle Regioni in tabella 11, e ridistribuendo le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna. Questa stima per l'anno 2019 ha prodotto un tasso di abortività pari a 5,7 IVG per 1.000 donne in età riproduttiva residenti in Italia. Rispetto allo stesso indicatore stimato nel 2018 (5,8 per 1.000), si rileva una riduzione dell'1,7%.

Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione a questo indicatore.

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

1.1 Valori assoluti

Nel 2019 si è registrato un decremento delle IVG pari al 4,1% rispetto al 2018 (tabella 4). Come ormai si osserva da diversi anni, circa un terzo degli interventi (29,2%) ha riguardato cittadine straniere (tabella 12). Le IVG effettuate nel 2019 da cittadine italiane (51.948, compresa la quota stimata di cittadine italiane dei dati non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 2,5% rispetto al 2018 (53.264). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti (sempre sui valori calcolati ridistribuendo i casi in cui non è stata riportata la cittadinanza) è risultata molto superiore (-7,8%).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2019 è il seguente:

N° IVG per area geografica - anni 1983-2019

	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	VARIAZIONE %	
								2019/2018	2019/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	39170	35739	34217	-4,3	-67,5
CENTRO	52423	34178	20259	18770	17863	16204	15288	-5,7	-70,8
SUD	57441	44353	23564	20746	19835	17321	16833	-2,8	-70,7
ISOLE	18682	14344	8829	8395	8058	7064	6869	-2,8	-63,2
ITALIA	233976	160494	96578	87639	84926	76328	73207	-4,1	-68,7

Per area geografica (tabelle 1, 3 e 4) nel 2019 sono state notificate: 34.217 IVG nell'Italia Settentrionale con un decremento del 4,3% rispetto al 2018, 15.288 IVG (-5,7%) nell'Italia Centrale, 16.833 IVG (-2,8%) nell'Italia Meridionale e 6.869 IVG (-2,8%) in quella Insulare.

Per quanto riguarda l'abortività clandestina, dal 1983 l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato delle stime basate su modelli matematici utilizzati a livello internazionale. Pur tenendo conto dei limiti del modello legati alle modifiche della composizione della popolazione nel Paese (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e dei cambiamenti relativi ai comportamenti riproduttivi (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzata e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi), l'ultima analisi eseguita nel 2012 ha stimato un numero di aborti clandestini per le donne italiane compreso tra 12.000 e 15.000. Inoltre per la prima volta si è effettuata una stima per le donne straniere che è risultata compresa tra 3.000 e 5.000 aborti clandestini. Occorre tenere in considerazione che in questo caso gli aspetti critici da un punto di vista metodologico risultano ancora più rilevanti. Le stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni per quanto riguarda le italiane per le quali nel 2005 gli aborti clandestini stimati erano 15.000 e una notevole diminuzione rispetto agli anni 80-90 (100.000 erano i casi stimati per il 1983, 72.000 nel 1990 e 43.500 nel 1995).

Nel 2016 l'Istat, in collaborazione con l'ISS, ha effettuato nuove stime dell'abortività clandestina tramite un modello matematico, utilizzando informazioni più aggiornate relative alla struttura della popolazione in età fertile, alle tendenze della fecondità e al ricorso alla contraccezione. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è stata considerato anche l'impatto del maggiore utilizzo della contraccezione d'emergenza che proprio nel 2015 e 2016 è stata più utilizzata a seguito delle disposizioni dell'AIFA che ne hanno reso possibile l'acquisto senza ricetta medica per le donne maggiorenni. Questo ultimo aspetto ha fatto sì che le nuove stime effettuate presentino valori instabili, seppur compresi in un intervallo abbastanza ristretto da 10.000 a 13.000 di aborti clandestini. Una conferma della bassa entità del fenomeno viene anche dalle analisi condotte sulle complicanze associabili a casi sospetti di aborti clandestini utilizzando il flusso delle SDO e sull'andamento dell'aborto spontaneo. I dettagli di queste stime sono stati disponibili nella relazione del Ministro della Salute relativa ai dati del 2016.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2019 il tasso di abortività, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'IVG, è risultato pari a 5,8 IVG per 1.000 donne in età 15-49 anni (tabella 1), con un decremento del 2,7% rispetto al 2018, anno in cui il tasso era pari a 6,0 per 1.000 (tabella 2). Nel paragrafo precedente si è già fatto riferimento al tasso di abortività effettivo, stimato escludendo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che nel 2019 risulta pari a 5,7 per 1.000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2019 è riportato nella tabella seguente.

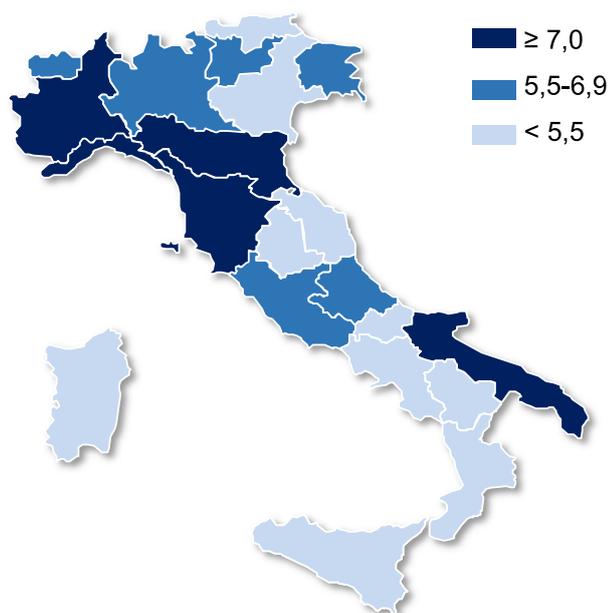
Tassi di abortività per area geografica - anni 1983-2019

	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	VARIAZIONE* %	
								2019/2018	2019/1983
NORD	16,8	10,6	7,3	6,7	6,7	6,3	6,1	-3,2	-63,7
CENTRO	19,8	12,4	7,6	7,1	6,9	6,4	6,2	-4,0	-68,9
SUD	17,3	12,1	7,1	6,4	6,2	5,6	5,5	-1,1	-68,1
ISOLE	11,7	8,1	5,7	5,5	5,4	4,9	4,8	-0,8	-58,7
ITALIA	16,9	11,0	7,1	6,6	6,5	6,0	5,8	-2,7	-65,5

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

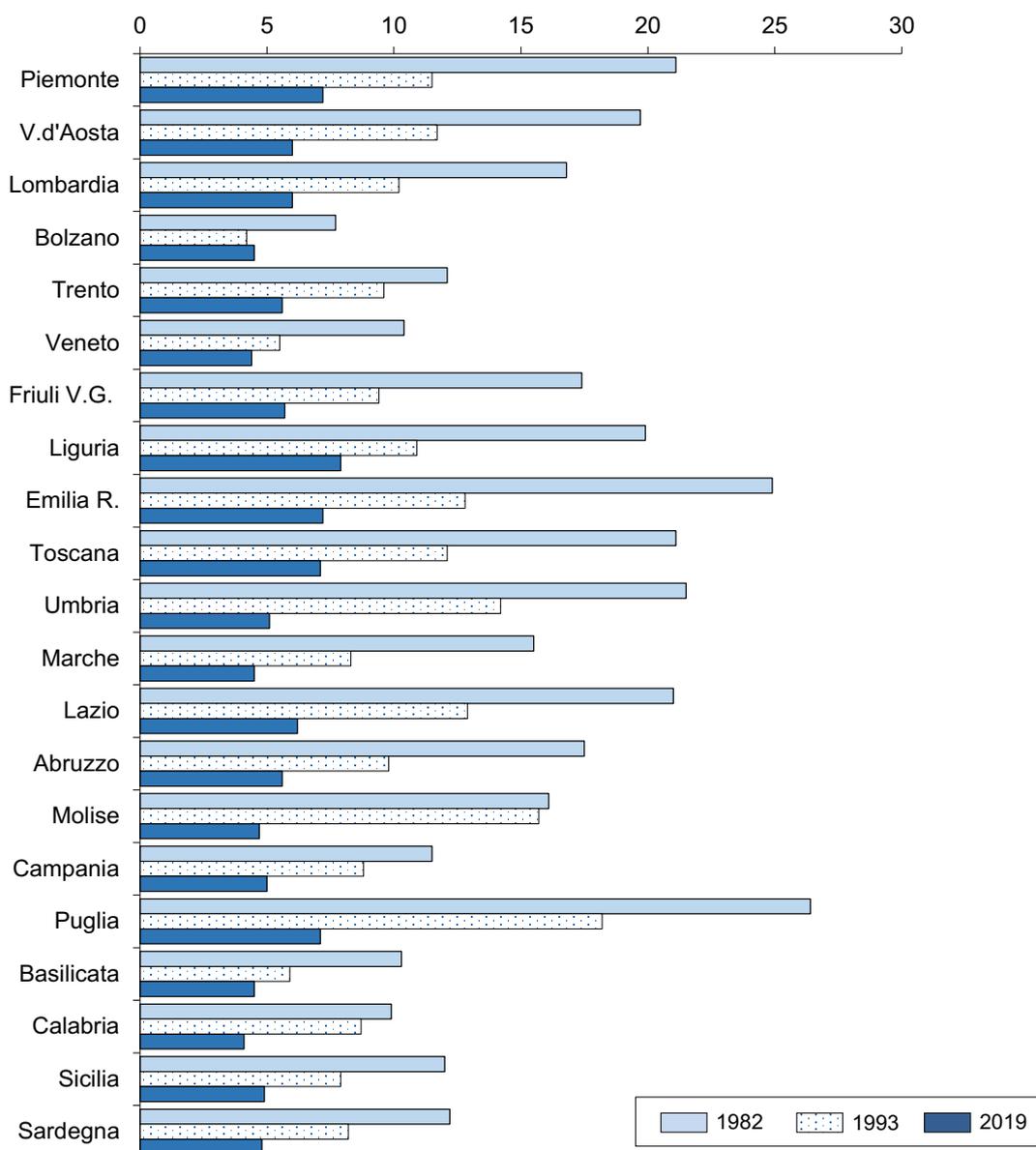
Nella tabella 2 sono descritte le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per Regione di intervento), mentre la figura 10 presenta i valori regionali per il 2019. Considerato il contributo importante delle donne straniere al fenomeno dell'IVG in Italia, nei confronti nel tempo e tra Regioni, occorre considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera. Per tale motivo da anni il presente rapporto analizza, ove opportuno, i dati suddivisi per cittadinanza della donna.

Figura 10 – Tassi di abortività in Italia - anno 2019

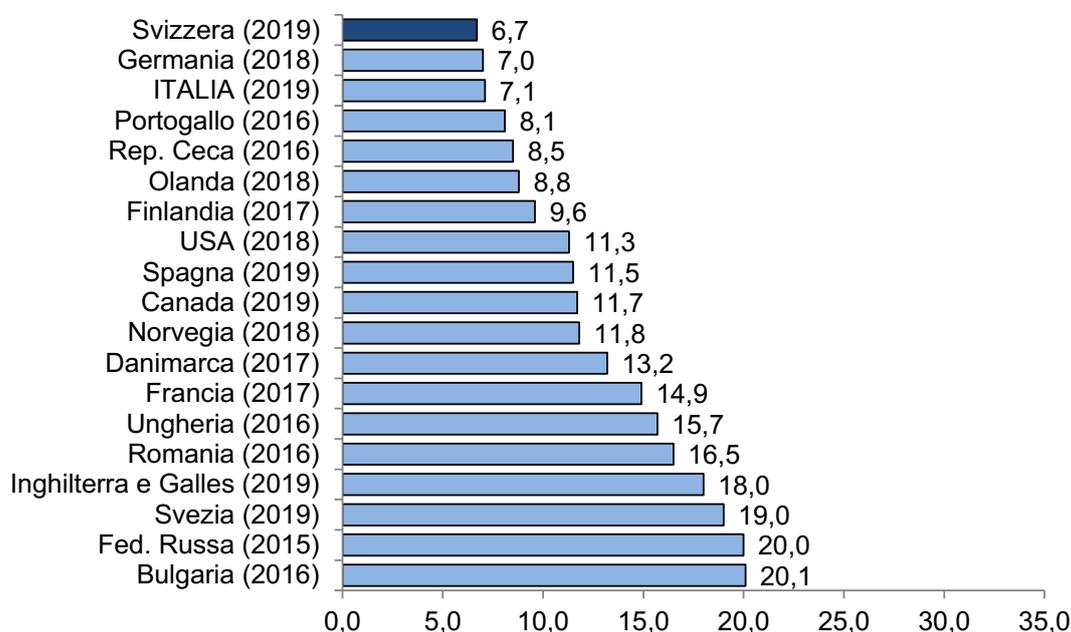


Il confronto dei tassi di abortività per ciascuna Regione negli anni 1982, 1993 e 2019 è riportato in figura 11. Rispetto al 1982, si osserva una generale diminuzione, in particolare in Umbria (-76,3%), Puglia (-73,1%), Emilia Romagna (-71,1%), Marche (-71,0%), Molise (-70,8%) e Lazio (-70,5%).

Figura 11 – Tassi di abortività per Regione - anni 1982, 1993 e 2019



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 12 il tasso di abortività italiano e i dati più recenti disponibili per altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è generalmente calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore. In questo modo è risulta pari a 7,1 per 1.000, tra i valori più bassi a livello internazionale.

Figura 12 - Tassi di abortività per 1.000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi - anni 2015-2019

Fonte: Statistiche nazionali riportate a pag.27

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2019 si sono registrate 174,5 IVG per 1.000 nati vivi (tabella 1), con un incremento pari a 0,4% rispetto al 2018, anno in cui questo valore è stato pari a 173,8 per 1.000 (tabella 2). Occorre sottolineare che tra questi due anni i nati della popolazione presente sono diminuiti di 19.723 unità. L'andamento del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) dal 1983 al 2019 per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica - anni 1983-2019

	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	VARIAZIONE* %	
								2019/2018	2019/1983
NORD	484,2	327,1	194,6	182,7	184,2	179,2	178,1	-0,6	-63,2
CENTRO	515,2	356,1	214,0	211,4	199,9	192,0	196,6	2,4	-61,8
SUD	283,8	253,0	202,6	182,9	177,6	163,4	164,7	0,8	-42,0
ISOLE	205,3	176,1	159,3	156,3	155,4	143,1	145,1	1,4	-29,3
ITALIA	381,7	286,9	196,2	185,1	182,4	173,8	174,5	0,4	-54,3

* variazione percentuale calcolata sui rapporti arrotondati a due cifre decimali

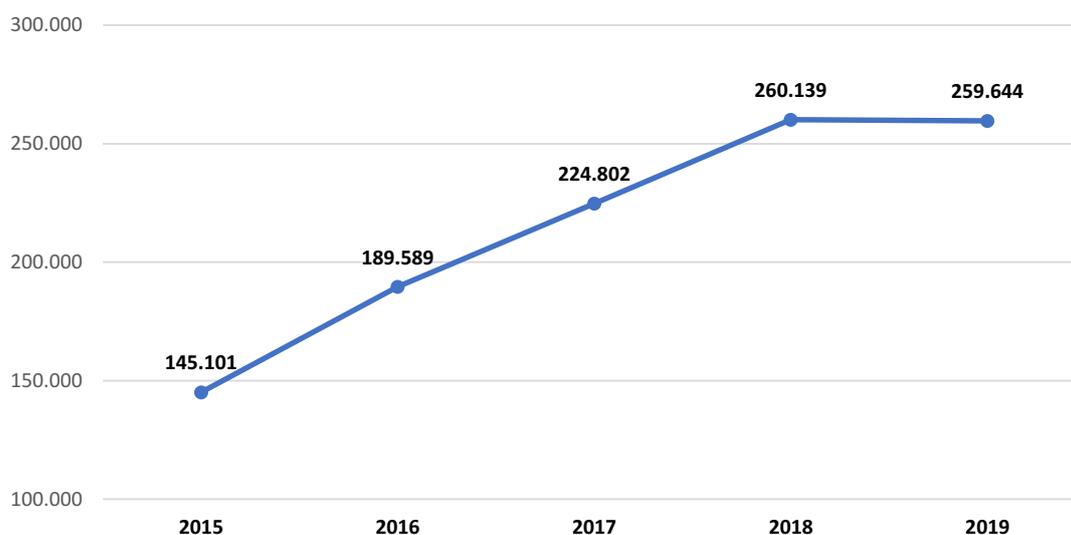
Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni del numero di IVG che di quello dei nati, entrambe condizionate dalla presenza in Italia delle cittadine straniere che tendono ad avere tassi di fecondità più elevati rispetto alle italiane. L'interpretazione dei dati, specie in caso di confronti con gli anni precedenti quando la presenza delle donne straniere era minore, devono tener conto di questo aspetto.

Nella tabella 2 sono state riportate anche le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività a livello regionale.

1.4 Contraccezione di emergenza

I dati della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne), forniti dal sistema di Tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, che rappresentano una proxy del consumo, mostrano un andamento crescente tra il 2015 e il 2018, mentre nel 2019 il dato è stabile rispetto all'anno precedente. Come mostrato nella figura 13, i dati registrati negli ultimi 5 anni risultano: 145.101 confezioni nel 2015, 189.589 nel 2016, 224.802 nel 2017, 260.139 nel 2018 e 259.644 nel 2019.

Figura 13 – Distribuzione Ulipristal acetato (EllaOne) - anni 2015-2019



Fonte dati Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004.

Consegne effettuate ai destinatari finali (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

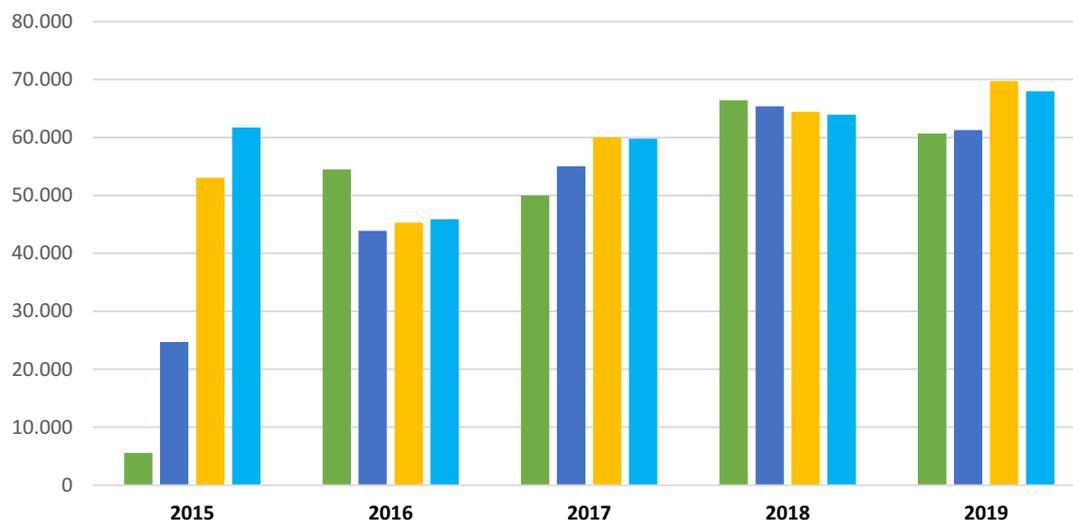
Approfondendo il dato trimestrale della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne) si rileva che il significativo incremento registrato a partire dal secondo trimestre del 2015, a seguito della determina AIFA del 21 aprile 2015, che ha eliminato l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni, è continuato in maniera più rilevante nella seconda metà del 2015, è proseguito nel corso del 2016, del 2017 e del 2018, per poi stabilizzarsi.

Distribuzione trimestrale di Ulipristal acetato (ellaOne) - anni 2015-2019

Trimestre	2015	2016	2017	2018	2019
I (gennaio-marzo)	5.597	54.485	49.968	66.426	60.668
II (aprile-giugno)	24.733	43.905	55.060	65.367	61.263
III (luglio-settembre)	53.016	45.302	60.014	64.428	69.739
IV (ottobre-dicembre)	61.755	45.897	59.760	63.918	67.974
ITALIA	145.101	189.589	224.802	260.139	259.644

Fonte dati: Ministero della Salute – Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004).

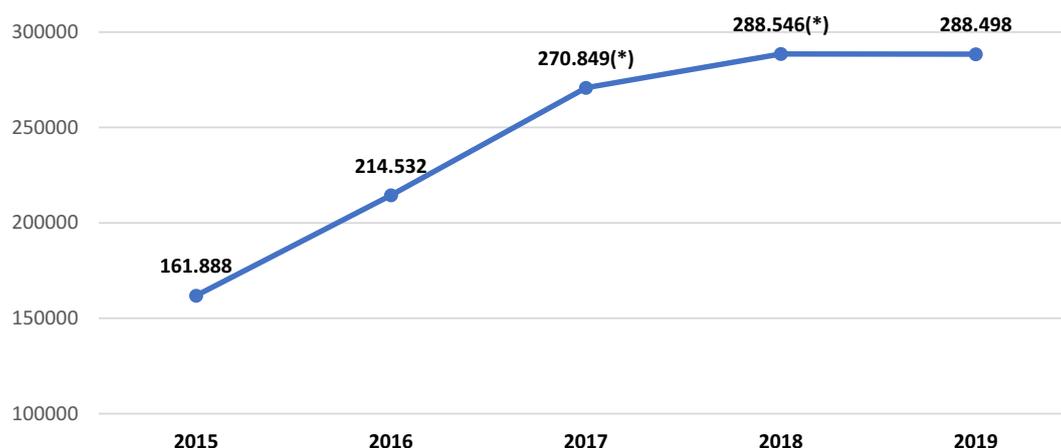
Consegne effettuate ai destinatari finali (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

Figura 14 - Distribuzione Ulipristal acetato (EllaOne) - anni 2015-2019

Fonte dati: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004).

Consegne effettuate ai destinatari finali (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

Analizzando il dato annuale della distribuzione del Levonorgestrel (Norlevo) tra il 2015 e il 2019, si osserva inizialmente anche per questo contraccettivo di emergenza (figura 15) un progressivo aumento in relazione agli effetti della determina AIFA del 1° febbraio 2016, che ha eliminato l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenti, con una stabilizzazione a partire dal 2017.

Figura 15 - Distribuzione Levonorgestrel (Norlevo) - anni 2015-2019

Fonte dati: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004).

Consegne effettuate ai destinatari finali (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

(*) Dati consolidati rispetto alla precedente edizione della Relazione sull'attuazione della legge n. 194 del 1978

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

Al fine di interpretare più nel dettaglio i dati relativi al ricorso all'IVG e promuoverne la prevenzione, nei termini previsti dalla legge n. 194 del 1978, è utile analizzare le caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'aborto volontario. Nell'esaminare i dati occorre considerare diversi aspetti che nel tempo influiscono sul loro andamento. La progressiva diminuzione dei tassi di abortività specifici per alcune condizioni socio-demografiche determinano una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo delle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Vanno inoltre tenute in considerazione le diverse caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere rispetto alle italiane, visto il crescente peso del loro contributo sui dati dell'abortività volontaria in Italia, fino a raggiungere quasi un terzo dell'incidenza, anche se ultimamente si osserva una stabilizzazione del loro contributo. Le cittadine straniere presentano infatti una tendenza al ricorso all'aborto volontario tre volte maggiore e differente per età. Questo spiega almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età, sia negli andamenti delle distribuzioni percentuali. Nei confronti temporali tali elementi sono di fondamentale importanza per evitare l'errore di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione. La valutazione della tendenza può essere infatti effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività, che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri Paesi per i quali sono utilizzati i dati più aggiornati disponibili (Fonti utilizzate: Svizzera: Statistique des Interruptions de grossesse - Office fédéral de la statistique (FSO); Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2019, Ministerio de Sanidad; Danimarca e Finlandia: Finnish institute for health and welfare, Induced abortions 2019 - Induced abortions in the Nordic countries 2017; Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2019 - National Statistics - June 2020; Olanda: Jaarrapportage 2017 - Utrecht, januari 2019 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Germania: Statistisches Bundesamt, (Destatis), 2019; Svezia: Sweden Abort Report - Sveriges officiella statistik - Socialstyrelsen. Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrot for 2019 - Folkehelseinstituttet (FHI); Repubblica Ceca: Potraty 2016 health statistics - ÚZIS CR 2018; Romania: Historical abortion statistics; Russia: Historical abortion statistics; Francia: Les interruptions volontaires de grossesse en 2019 - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques; Canada: Statistics - Abortion in Canada, March 28, 2021; Database Eurostat; USA: Abortion Surveillance - United States, 2018 - Induced Abortion in the United States September 2019 Fact Sheet, Alan Guttmacher Institute).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età nel 2019 (tabella 6) non si discosta di molto da quella rilevata negli ultimi anni, con un aumento degli interventi nella classe di età 35-39 anni e una diminuzione per le classi di età 20-24 e 40-44 rispetto al 2018. Anche nel 2019 la percentuale più elevata si è osservata per le donne di età 30-34 (22,3%). Come già indicato, per una migliore interpretazione dell'andamento è raccomandabile utilizzare i tassi se disponibili. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età delle relative popolazioni residenti. Infatti, poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti (con valori generalmente più elevati nelle classi

20-34 anni), eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7, si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono generalmente trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile tra Regioni non presentano forti differenze.

Un'altra distorsione può essere causata dall'utilizzare come numeratore del tasso di abortività le IVG effettuate nella Regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre Regioni o all'estero) e al denominatore solo le donne in età feconda residenti nella Regione in esame. Tuttavia è anche vero che alcune donne mantengono la residenza in una Regione seppure domiciliate in altre (ad esempio le studentesse o le donne con lavoro temporaneo), mascherando una falsa migrazione. Attualmente per le Regioni è tuttavia impossibile fornire, in tempi rapidi, tutti i dati che si riferiscono alle donne residenti che fanno l'intervento fuori Regione e si perderebbero nel calcolo le IVG effettuate da donne non residenti in Italia.

Tuttavia, grazie alla collaborazione con l'Istat è stato possibile calcolare i tassi e i rapporti per Regione di residenza utilizzando i dati a loro pervenuti che sono leggermente inferiori al totale pervenuto all'ISS e non includono per definizione le donne non residenti in Italia. Anche in queste analisi, descritte in tabella 29, le variazioni rispetto ai valori calcolati per la Regione dove avviene l'IVG non sono sostanziali. Fanno eccezione le Regioni Toscana, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna dove, considerando solo le donne residenti, il tasso di abortività diminuisce, mentre Molise, Basilicata e Calabria presentano un aumento del tasso di abortività perché le donne residenti si recano in gran numero in altre Regioni per effettuare l'IVG.

Per tutti questi 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 2019 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

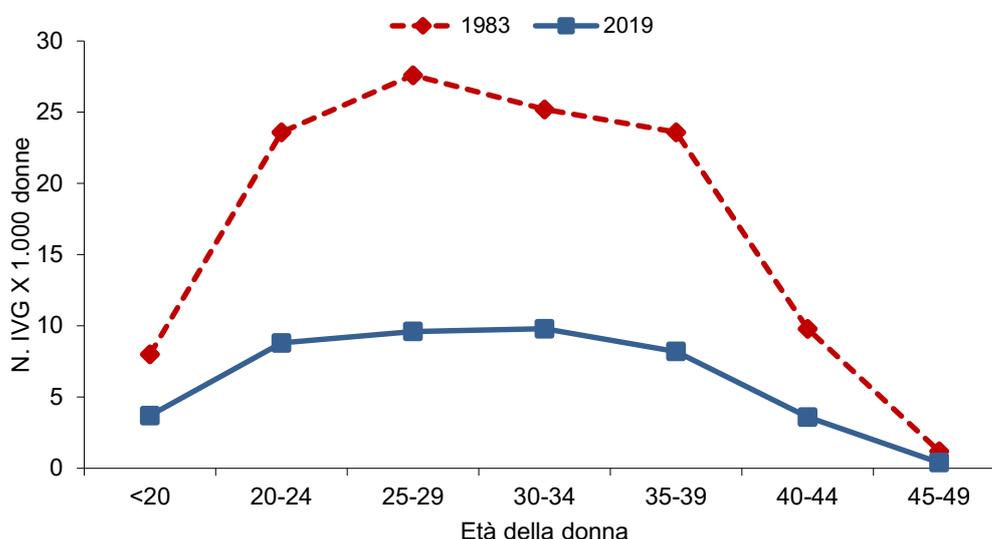
Tassi di abortività per età - anni 1983-2019

Classi di età	Anni							VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	2019/2018	2019/1983
< 20	8,0	5,5	5,2	4,7	4,6	3,9	3,7	-5,4	-53,6
20-24	23,6	13,4	11,0	10,2	10,0	9,4	8,8	-6,3	-62,8
25-29	27,6	15,7	12,0	11,1	10,8	9,8	9,6	-2,2	-65,1
30-34	25,2	17,1	11,3	10,5	10,3	10,0	9,8	-2,1	-61,2
35-39	23,6	15,1	9,3	8,6	8,7	8,1	8,2	1,4	-65,1
40-44	9,8	7,2	4,2	3,9	3,9	3,8	3,6	-4,0	-63,3
45-49	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-2,8	-70,8

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

Nel 2019, rispetto al 2018, si è osservato un decremento dei tassi di abortività in tutte le classi di età (in particolare tra le donne di 20-24 anni), fanno eccezione le donne di 35-39 anni. Il confronto nel tempo conferma la diminuzione dei valori dei tassi di abortività per tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate tra il 1983 e il 2018 per le donne con meno di 20 anni (-53,6%), con un appiattimento della curva, come illustrato nella figura 16.

Figura 16 – Tassi di abortività per classi di età in Italia - anni 1983 e 2019



L'analisi per ripartizione geografica e regionale (tabella 7) evidenzia tassi generalmente più elevati nel Nord-Centro Italia rispetto al Sud, con una tendenza a valori maggiori tra le donne di 20-29 anni e tra le 30-34enni al Sud. Anche in questo caso il dato è almeno in parte influenzato dal differente effetto del contributo delle straniere, legato alla loro disomogenea presenza, inferiore al Sud del Paese.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella di diversi Paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano nella classe 20-24 anni o 25-29, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni rispetto a quelli delle classi più giovani.

Tassi di abortività per età: confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2019)	3,7	8,8	9,6	9,8	8,2	3,6
	(2018)	3,9	9,4	9,8	10,0	8,1	3,8
	(2000)	7,2	14,7	14,1	12,9	11,0	5,1
	(1990)	5,6	13,8	16,5	18,0	15,6	7,6
FRANCIA	(2019)	23,3	27,5	28,2	24,1	17,4	7,2
GERMANIA	(2018)	4,0	9,0	9,6	9,2	6,9	2,9
INGHILTERRA E GALLES	(2019)	16,0	26,0	25,0	20,0	---18,0---	
NORVEGIA	(2019)	4,9	14,9	17,3	15,0	11,1	4,1
OLANDA	(2018)	8,2	21,0	25,0	22,0	16,0	7,0
REPUBBLICA CECA	(2018)	4,3	13,6	22,6	25,4	21,6	11,4
SPAGNA	(2019)	9,2	18,7	17,5	14,5	10,1	4,2
SVEZIA	(2019)	9,6	24,4	27,3	24,6	18,2	8,7
SVIZZERA	(2019)	7,0	19,0	22,0	23,0	20,0	8,0
USA	(2018)	6,8	18,2	17,6	11,9	6,8	2,5
DANIMARCA	(2017)	8,1	18,9	19,0	15,8	11,9	5,1
FINLANDIA	(2019)	10,7	24,0	23,7	20,7	14,9	5,2

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2019 è risultato essere pari a 2,3 per 1.000 (tabella 5), valore molto inferiore a quello delle maggiorenni (6,1 per 1.000). Anche in percentuale il contributo delle minorenni al fenomeno è molto basso: 1936 IVG in totale, pari al 2,6% di tutte le IVG.

Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG effettuate da donne, italiane e straniere, di età inferiore ai 18 anni, la percentuale sul totale delle IVG effettuate dal 2000 al 2019 e il rispettivo tasso di abortività.

IVG tra le minorenni - anni 2000-2019

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2,7	4,1
2001	3565	227	2,7	4,1
2002	3446	306	2,9	4,7
2003	3556	428	2,8	4,5
2004	3840	526	3,0	5,0
2005	3441	605	3,0	4,8
2006	3512	608	3,2	4,9
2007	3463	637	3,3	4,8
2008	3451	624	3,4	4,8
2009	3127	592	3,2	4,4
2010	3091	626	3,3	4,5
2011	3008	586	3,4	4,5
2012	2761	588	3,3	4,4
2013	2616	527	3,2	4,1
2014	2383	472	3,2	3,7
2015	2164	357	2,9	3,1
2016	2155	345	3,0	3,1
2017	1872	309	2,8	2,7
2018	1928	340	2,6	2,4
2019	1678	215	2,6	2,3

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2019 si è osservata una notevole diminuzione del numero assoluto di IVG sia per le minori italiane e che per quelle straniere rispetto al 2018, anno in cui però si era registrato un aumento. L'incremento osservato nei primi anni 2000 del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel Paese. A partire dal 2005 vi è stata una stabilizzazione della percentuale delle IVG effettuate da giovani straniere e dal 2015 una diminuzione, in analogia al contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (tabella 12).

Continua anche la diminuzione del contributo generale delle minorenni all'IVG in Italia (2,6% di tutte le IVG nel 2019, valore identico a quello del 2018, ma inferiore al 2,8% del 2017 e 3,4% del 2008), e del loro ricorso all'IVG (con un tasso pari a 2,3 per 1.000 nel 2019, 2,4 nel 2018, 2,7 nel 2017 e 5,0 nel 2005).

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. Il dato sembra 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; Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S. (ed). Studio Nazionale Fertilità: i risultati delle cinque indagini. Rapporto Istituzionale 20/35; Nardone P, *et al.* Le abitudini sessuali degli adolescenti in Italia e le differenze socio-culturali: i dati della sorveglianza HBSC 2017/18. Atti del XLIII Congresso dell’Associazione Italiana di Epidemiologia, Catania 23-25 ottobre 2019; Borraccino A, Lo Moro G, Dalmasso P, *et al.* Sexual behaviour in 15-year-old adolescents: insights into the role of family, peer, teacher, and classmate support. *Ann Ist Super Sanità* 2020; 56 (4): 522-530).

Come negli anni precedenti, l’assenso per l’intervento in caso di ragazze minorenni è stato rilasciato prevalentemente dai genitori (77,8%, tabella 22) con alcune differenze tra Regioni che potrebbero anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che sono in aumento nel 2019 e particolarmente elevati in Valle d’Aosta, Basilicata e Toscana. Si ricorda, anche in questa sede, alle strutture e alle Regioni di raccogliere e riportare tutte le informazioni nel flusso dati, specie quelle che per legge non possono mancare.

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio dalla legalizzazione in cui prevaleva nettamente la percentuale di IVG effettuate da donne coniugate, negli anni si è osservata una tendenza prima alla parificazione della distribuzione percentuale tra coniugate e nubili e, a partire dal 2014-15, una prevalenza delle nubili. Nel 2019 la distribuzione percentuale per stato civile mostra un 36,3% di coniugate e un 58,0% di nubili (tabella 8). Questa inversione è in parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all’IVG da parte delle donne coniugate, rispetto a quella tra le nubili, cambiamento che fa aumentare il peso relativo di quest’ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo dato è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall’Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20,5 per 1.000 nel 1981 a 9,3 nel 1994, 8,1 nel 2004 e 6,6 nel 2011) e una contenuta riduzione, seguita da un aumento e successiva diminuzione, tra le nubili negli stessi anni (da 11,5 per 1.000, a 8,7, a 10,1 e a 8,3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l’attuale categoria “nubili” non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l’importante contributo ai dati sulle IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, insieme alla differenza che si osserva a livello di popolazione tra le italiane, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica/Regioni osservate nel 2019 (tabella 8). Sono di seguito riportate le distribuzioni per stato civile e cittadinanza nelle quattro ripartizioni geografiche.

IVG (%) per stato civile, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	26,0	49,3	6,2	5,4	67,8	45,3
CENTRO	26,6	45,8	5,2	4,5	68,2	49,7
SUD	40,7	46,6	6,3	6,1	52,9	47,3
ISOLE	37,4	45,4	5,7	5,5	56,9	49,1
ITALIA	31,4	48,0	6,0	5,3	62,6	46,7

*Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove*

La tabella evidenzia tra le italiane delle notevoli differenze tra Nord-Centro (dove la percentuale di nubili è più elevata) e Sud-Isole. Tra le straniere queste differenze sono meno marcate e in assoluto la percentuale di coniugate è superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti).

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

IVG (%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2019)	36,3	63,8
	(2018)	36,8	63,2
	(2000)	50,0	50,0
	(1990)	62,5	37,5
GERMANIA	(2018)	38,3	61,7
INGHILTERRA E GALLES	(2019)	15,0	85,0
REPUBBLICA CECA	(2016)	31,5	66,9
SVIZZERA	(2014)	30,0	70,0
USA	(2018)	14,8	85,2

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. In tabella 9 è riportata la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2019 in base al titolo di studio. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (43,9%), valore simile a quello del 2018 (44,2%) e a quanto osservato negli anni precedenti.

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione femminile generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione, con una riduzione maggiore del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore (come discusso ampiamente nella relazione presentata nel 2003): i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre l'altro fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione (più straniere al Nord e Centro Italia) e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2019, come nei precedenti anni, presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1,2	8,0	30,1	45,3	50,1	37,5	18,5	9,1
CENTRO	5,8	10,2	37,8	50,5	36,3	30,4	20,1	8,9
SUD	2,4	15,4	38,9	44,8	45,6	32,1	13,2	7,7
ISOLE	3,5	13,5	48,2	55,7	38,4	24,4	9,8	6,4
ITALIA	2,7	9,5	36,1	47,0	44,8	34,7	16,4	8,8

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, in collaborazione con l'Istat è stata condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2011. Nel trentennio il tasso di abortività è diminuito tra le donne con diploma di scuola superiore o laurea (da 14 per 1.000 nel 1981 a 6 per 1.000 nel 2011), mentre, dopo un'iniziale diminuzione, è rimasto costante tra quelle con diploma di scuola media inferiore dal 1991. Il tasso delle donne con titolo di studio basso non si è modificato nel tempo, anzi nell'ultimo anno per cui è disponibile il dato, mostra valori in aumento (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio. Donne di 20-49 anni, Italia 1981-2011

Titolo di studio	1981	1991	2001	2011
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
Diploma e Laurea	14	9	7	6

Queste variazioni possono essere spiegate dal fatto che le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e modificato i loro comportamenti relativi al controllo della fecondità. C'è anche da considerare che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere che, come verrà presentato di seguito, hanno livelli di abortività più elevati. Questi dati sottolineano la necessità di promuovere interventi di prevenzione specifici per questi gruppi di donne.

2.4 Occupazione

In tabella 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 46,9% delle donne che hanno abortito nel 2019 risulta occupata, il 19,9% casalinga e il 9,8% studentessa. Dopo alcuni anni in cui si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (passate da 18,8% nel 2012 a 21,1% nel 2015), dal 2016 si è registrato un aumento delle occupate (da 42,9% nel 2015, a 44,0% nel 2016, 44,1% nel 2017, 45,6% nel 2018 e 46,9% nel 2019). Nell'ultimo anno è aumentata la percentuale di disoccupate (21,5%). Questi valori possono essere influenzati dalle variazioni dell'occupazione nella popolazione femminile generale.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale delle IVG per occupazione tra le diverse 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 - anno 2019

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	62,9	42,4	18,5	28,8	7,2	23,3	11,3	5,5
CENTRO	52,2	37,0	20,3	30,6	11,2	24,3	16,3	8,0
SUD	36,9	29,5	20,1	28,9	31,8	37,2	11,2	4,4
ISOLE	31,0	27,1	24,3	33,0	33,3	35,4	11,5	4,5
ITALIA	50,2	39,2	20,0	29,4	17,6	25,4	12,3	5,9

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'importanza di questa variabile, nel 2013 sono stati calcolati con l'Istat i tassi di abortività per stato occupazionale e valutati gli andamenti nel tempo da cui è emerso un 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 1.000 tra le casalinghe e da 15,2 a 7,0 per le occupate (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

2.5 Residenza

Nella grande maggioranza dei casi, le IVG effettuate in ciascuna Regione riguardano donne residenti nella Regione di intervento: nel 2019 questa caratteristica ha riguardato il 92,7% delle IVG (tabella 11), valore leggermente superiore a quello del 2018 (92,3%) e degli anni precedenti (92,1% nel 2017 e 91,4% nel 2016). Delle IVG effettuate da donne residenti in Regione nel 2019, l'86,7% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento (valore leggermente inferiore rispetto a quello del 2018 e 2017). Percentuali più elevate del 20% di mobilità intra-regionale sono riportate nel 2019 in Calabria, Molise, Campania, Sardegna, Abruzzo e Marche. Dalla tabella si osserva, inoltre, una percentuale di immigrazione da altre Regioni maggiore o uguale al 10% in Valle D'Aosta al Nord, in Umbria al Centro e in Molise e Basilicata al Sud, come negli anni precedenti. Tuttavia è necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella Regione considerata che vanno ad abortire in altre Regioni) per avere un quadro completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: nel 2019 presenta un flusso in entrata pari al 24,3% ma ha anche, come è riportato in tabella 29, un consistente flusso in uscita verso altre Regioni, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è più elevato di quello per Regione di intervento: 4,58 per 1.000 rispetto a 4,18. Il tasso di abortività calcolato per le donne residenti descrive più correttamente il rischio di abortività per Regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto (per Regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per Regione di intervento). Dalla tabella 29 risulta evidente che in alcune Regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto mentre in altre la sottostimano. Questi dati sono utili per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese, con il conseguente flusso emigratorio verso altre Regioni. Le Regioni devono rivolgersi all'Istat per ottenere il dato sulle donne residenti nel proprio territorio che effettuano l'IVG in altre Regioni e valutare con attenzione queste migrazioni.

Occorre sempre tenere presente che alcuni spostamenti possono rispondere a criteri di convenienza per vicinanza dei servizi (per esempio donne che vivono ai confini tra due Regioni) o rappresentare migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università). L'altra limitazione nell'utilizzo dei dati per Regione di residenza è la difficoltà di ottenere in tempi rapidi e utili per la relazione del Ministro della Salute l'informazione completa da tutte le Regioni.

Va infine segnalata la presenza crescente di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei Paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all'IVG in Italia perché nella gran parte dei casi attualmente domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è aumentato negli anni, passando da 461 casi del 1980 a 2.443 casi nel 1997 a 3.651 nel 2000. Negli ultimi anni si è registrata una flessione: da 3.328 nel 2013 e 2.564 nel 2014 a 2.085 nel 2018 (valori calcolati aggiungendo la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommando i contributi delle singole Regioni). Nel 2019 si conferma la diminuzione delle residenti all'estero (1.626 IVG, calcolato sempre aggiungendo la quota parte attribuibile dei

non rilevati per Regione). Le Regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione immigrata.

2.6 Cittadinanza

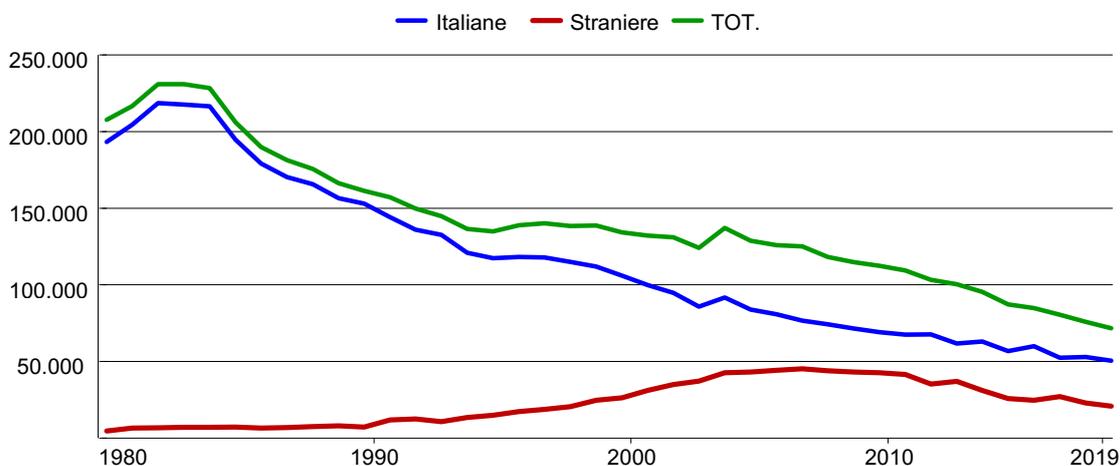
La raccolta sull'informazione sulla cittadinanza delle donne che effettuano IVG in Italia è iniziata in maniera sistematica dal 1995. In quell'anno si sono registrate 8.967 cittadine straniere che avevano effettuato una IVG in Italia. Questo valore è aumentato negli anni a causa dell'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese, raggiungendo un massimo nel 2007 con 40.224 IVG relative a donne con cittadinanza non italiana. Da allora si è osservata una stabilizzazione del numero di IVG e successivamente un leggero decremento. Nel 2019, in base ai dati riferiti dalle Regioni, le IVG effettuate da cittadine straniere sono 20.907; ridistribuendo, Regione per Regione, i casi per i quali la variabile non è stata rilevata, il numero assoluto risulta pari a 21.259. I dati dettagliati per Regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2019, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124.448 nel 1998, a 113.656 nel 2000, 94.095 nel 2005, 76.948 nel 2010, 68.382 nel 2013, 60.384 nel 2015, 56.243 nel 2017, 53.264 nel 2018 e 51.948 nel 2019, avendo ridistribuito per gli ultimi dieci anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo quasi trascurabile delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'IVG in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata pari al 77,8%, passando da 234.801 a 51.948 IVG.

Nel 2019 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 29,2% del dato nazionale, in leggera diminuzione rispetto a quello del 2018 e del 2017 (30,3%) e a quello degli anni precedenti (30,0% nel 2016, 31,1% nel 2015 e 33,0% nel 2014). In generale la popolazione immigrata, soprattutto presente nelle Regioni del Centro-Nord dell'Italia, aumenta il numero di IVG e il tasso di abortività, specialmente nelle Regioni dove risiedono o sono domiciliate la maggior parte delle donne di cittadinanza non italiana.

Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita delle donne in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (figura 17). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza, mostrando una continua diminuzione del numero di IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle straniere fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni.

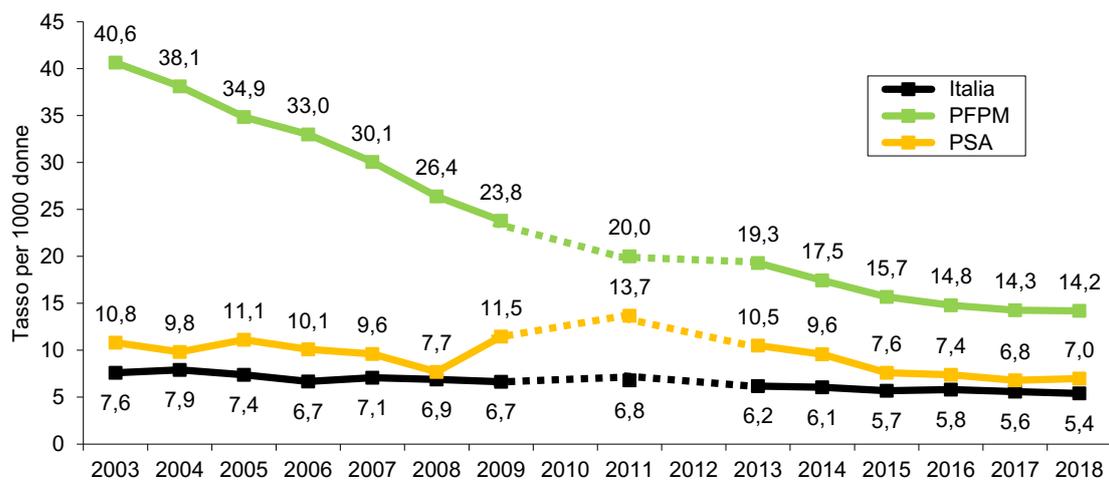
Figura 17 – Numero di IVG per Paese di nascita - anni 1980-2019



Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più completo delle variazioni per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2018 dei tassi di abortività per le donne residenti, straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti per cittadinanza, 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 per le donne provenienti dalle aree più povere del mondo (PFPM), anche se negli ultimi anni si osserva una stabilizzazione, come illustrato nella figura 18. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 18 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza - anni 2003-2018



Fonte: Istat

¹ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

È interessante rilevare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono a diminuire nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM erano 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2016, 2017 e 2018 tale rapporto risulta uguale a 2,6. Per le donne PSA si tratta di numeri molto piccoli e quindi i valori dei tassi di abortività sono poco stabili e a rischio di forti oscillazioni.

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

La disponibilità 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 2018 forniti dall'Istat, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

Tassi di abortività per 1.000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2018

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	3,4	9,4
20-24	7,2	25,5
25-29	7,5	21,4
30-34	7,8	18,6
35-39	6,9	14,1
40-44	3,3	6,8
45-49	0,3	0,6
15-49 standardizzato	5,4	14,0

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività 2-3 volte più elevati delle italiane. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le straniere (con un tasso 3,5 volte superiore a quello delle italiane), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra quelle di 25-29 anni e 30-34 (7,8 per 1.000).

Da studi condotti negli anni dall'ISS e altri enti di ricerca, emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere non sembra dipendere da una scelta di utilizzare l'IVG come metodo per il controllo della propria fecondità quanto da una loro scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita che possono condizionare le loro scelte procreative e limitano le possibilità di accedere e usufruire dei servizi sanitari (Rapporto Istituzionale 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere a evitare gravidanze indesiderate è emersa in più recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istituzionali 11/12 e 12/39). Tali studi indicano quanto sia importante offrire un *counselling* sulla procreazione responsabile in occasione del percorso nascita per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali in puerperio. La raccomandazione di offrire tale *counselling* a tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni Ottanta (Rapporto Istituzionale 91/25) ed è ampiamente raccomandata dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto dedicato alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che si è concluso a dicembre 2012. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella

prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di donne immigrate. Hanno aderito le Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento. Nell'ambito del progetto è stato organizzato un corso di formazione a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avevano il compito, come formatori, di svolgere formazione a livello locale con l'ausilio di materiale didattico appositamente predisposto sotto forma di un DVD. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari coinvolti, oltre l'86% delle direzioni delle aziende partecipanti ha formalizzato 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 cervico-carcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende, che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre, hanno rilevato miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile e un aumento di circa il 15-20% delle donne che tornavano ai consultori familiari per il controllo post-IVG. Sono stati inoltre prodotti diversi materiali di comunicazione, con il coinvolgimento delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato. I materiali sono stati tradotti in 8 lingue e sono disponibili sul sito del Ministero della Salute.

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

2.7 Anamnesi ostetrica

La conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere l'andamento dei dati nel tempo.

Per queste informazioni va rilevato un potenziale problema di qualità dei dati nella compilazione del modello D12 in cui, per le donne senza nati vivi, aborti spontanei o volontari, i compilatori invece di riportare il valore zero per queste variabili, talvolta non compilano affatto i campi corrispondenti alla storia riproduttiva. A livello regionale e centrale in questi casi l'informazione è registrata come non rilevata oppure bisogna fare un apposito lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati, la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra Regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati che, nel caso siano di entità non trascurabile (>5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva. Si raccomanda pertanto agli operatori addetti di compilare e registrare anche questa parte del modello D12/Istat e ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture laddove il dato mancante risultasse >5%.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di nati vivi può influenzare l'orientamento e 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 2019 il 60,0% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio, percentuale identica a quella del 2018 e leggermente inferiore a quella osservata nel 2017 (60,9%) e 2016 (60,6%). Il 37,0% delle IVG è stato effettuato 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 in seguito all'evoluzione nel tempo dei tassi specifici di IVG per una variabile (in questo caso numero di nati vivi) si determini una modifica della distribuzione percentuale delle IVG per quella variabile (parità). In questo caso la minore riduzione del tasso specifico per parità 0 rispetto a quella del tasso specifico ≥ 1 , osservata nel passato, ha contribuito all'aumento della percentuale di IVG per parità 0. Va inoltre tenuto in considerazione che negli anni le coppie con 2 o più figli nella popolazione generale sono diminuite.

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2019, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica - anno 2019

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	49,3	26,3	22,6	25,4	21,3	31,3	6,8	17,0
CENTRO	53,2	30,8	20,8	25,4	20,0	30,3	6,0	13,5
SUD	37,3	21,0	20,9	27,5	28,7	34,0	13,1	17,5
ISOLE	37,2	25,0	21,6	26,4	26,7	29,1	14,4	19,5
ITALIA	45,5	26,8	21,7	25,7	23,7	31,2	9,2	16,3

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato una IVG nel 2019 la proporzione di quelle con uno o più nati vivi era diversa per area geografica e pari al 50,7% al Nord, a 46,8% al Centro, 62,7% al Sud e 62,8% nelle Isole. Le percentuali corrispondenti per le straniere differiscono in maniera meno marcata per area geografica, rispettivamente: 73,7%, 69,2%, 79,0% e 75,0%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è in parte dipendente dalla maggiore fecondità osservata tra le donne straniere rispetto alle italiane.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che l'informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12/Istat dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia variabile "figli" per il confronto con gli anni precedenti. Fino agli anni 2000 si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli che effettuano una IVG, seguita da una stabilizzazione nel tempo.

IVG (%) per parità - anni 1983-2019

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24,6	22,0	31,5	13,6	8,3
1987	29,3	19,6	31,6	13,0	6,6
1991	35,1	19,5	29,3	11,4	4,8
1995	39,0	19,9	27,4	9,9	3,7
2004*	42,4	22,8	25,2	7,4	2,2
2007*	42,0	23,1	25,3	7,4	2,2
2009*	41,0	23,5	25,6	7,6	2,3
2011*	40,3	23,9	25,6	7,9	2,3
2015*	39,4	23,4	26,4	8,2	2,5
2016*	39,4	23,7	26,2	8,3	2,4
2017*	39,1	23,7	26,1	8,5	2,6
2018*	40,0	23,0	26,0	8,5	2,6
2019*	40,0	22,9	25,9	8,6	2,7

* *Nati vivi*

Il confronto con altri Paesi, presentato nella seguente tabella, mostra per l'Italia percentuali leggermente superiori delle percentuali di IVG delle donne che hanno figli.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2019) *	40,0	60,1
GERMANIA	(2018)	46,6	53,4
INGHILTERRA E GALLES	(2019)	45,0	55,0
OLANDA	(2017)	47,5	52,5
SPAGNA	(2018)	46,1	53,9
SVIZZERA	(2014)	51,0	49,0
REPUBBLICA CECA	(2016)	35,2	64,8
USA	(2018)	40,7	59,3

* *Nati vivi***2.7.2 Aborti spontanei precedenti**

Nel 2019, l'85,5% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (tabella 14). Questo valore è simile a quello osservato nel 2018 (85,8%), come si può osservare nella tabella seguente. Va segnalato che, a parte le Regioni per le quali è stato necessario integrare i dati rilevati dal sistema di sorveglianza con le SDO, nel 2019, come nel 2018, Puglia e Liguria presentano un numero abbastanza elevato di dati mancanti per questa variabile.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti - anni 1983-2019

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81,1	13,1	3,8	1,2	0,9
1987	86,1	10,4	2,5	0,6	0,4
1991	87,9	9,4	2,0	0,5	0,3
1995	88,8	8,8	1,8	0,4	0,2
2000	89,4	8,4	1,7	0,3	0,2
2004	88,8	8,6	1,9	0,5	0,3
2007	89,0	8,7	1,7	0,4	0,2
2009	88,1	9,3	1,8	0,4	0,3
2011	87,4	9,9	2,0	0,5	0,2
2015	86,5	10,5	2,2	0,5	0,3
2016	85,9	11,2	2,2	0,5	0,2
2017	86,0	11,1	2,2	0,5	0,2
2018	85,8	11,3	2,2	0,5	0,2
2019	85,5	11,4	2,3	0,6	0,2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2019 (tabella 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 - anni 1983-2019

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18,0	4,5	1,4	1,0	24,9
1987	20,4	6,2	2,1	1,4	30,0
1991	18,9	5,6	1,8	1,2	27,5
1995	17,8	5,1	1,6	1,0	25,5
2000	17,1	5,1	1,6	0,9	24,9
2004	17,6	5,1	1,6	1,1	25,4
2007	18,5	5,5	1,7	1,2	26,9
2009	18,9	5,3	1,6	1,1	27,0
2011	18,8	5,3	1,6	1,1	26,8
2015	19,0	5,3	1,6	1,0	26,9
2016	18,7	5,2	1,5	0,9	26,4
2017	18,3	5,1	1,4	0,9	25,7
2018	18,5	4,8	1,3	0,9	25,5
2019	18,2	4,9	1,4	0,7	25,2

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG. Se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, dopo 40 anni dalla legalizzazione dell'aborto volontario, la percentuale di aborti ripetuti sarebbe stata quasi il doppio rispetto a quelli osservati. La stima delle IVG attese è stata calcolata utilizzando modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare

del tempo dalla legalizzazione mantenendo costante il rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato rispetto a quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) in Italia – anni 1989-2019

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2002	2006	2010	2016	2018	2019
osservati	30,0	28,9	27,6	26,3	24,8	24,5	24,3	26,9	27,2	26,4	25,5	25,2
attesi *	36,9	38,3	40,5	42,0	43,0	43,8	44,5	44,6	44,7	44,8	44,8	44,8

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

C'è inoltre da tener presente che dagli anni '90 in Italia è aumentata l'immigrazione e di conseguenza, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, è cresciuto anche il contributo delle donne straniere. Poiché tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di abortire nuovamente, più elevato rispetto alle italiane, se si considerassero solo le donne italiane, l'andamento in riduzione rispetto al dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne che hanno fatto una IVG nel 2019, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori rispetto a quelli delle cittadine italiane (34,2% rispetto a 21,3%), anche se in diminuzione nel tempo (nel 2017 per le straniere il valore era pari a 36,0%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16,1	23,7	3,4	7,2	1,2	3,2	20,7	34,1
CENTRO	15,3	23,8	3,2	8,1	1,0	3,5	19,4	35,5
SUD	16,9	20,4	4,7	7,6	2,4	4,6	23,9	32,6
ISOLE	15,3	19,7	4,2	7,2	1,5	3,7	21,1	30,5
ITALIA	16,1	23,2	3,8	7,5	1,5	3,4	21,3	34,2

Elaborazioni su dati Istat

Per l'anno 2019 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza di IVG ripetute si ha costantemente nelle Regioni del Sud, che segnalano il 23,9% del totale del fenomeno. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si osserva in Liguria (30,4%); al Centro, in Toscana (28,8%); al Sud, in Puglia (31,7%). Il numero di casi in cui questa variabile è mancante nel modello D12/Istat (che spesso corrisponde a “zero IVG precedenti”) potrebbe influenzare le differenze regionali. Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare e registrare tutti i campi, anche nel caso di risposta “0” o “nessuno”.

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano per gli aborti ripetuti rimane il più basso a livello internazionale, tra i Paesi che riportano questo dato nelle loro statistiche.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2019)	74,8	18,2	4,9	1,4	24,5
	(2018)	74,5	18,5	4,8	1,3	24,6
	(2006)	73,0	18,6	5,5	3,0	27,1
INGHILTERRA E GALLES	(2019)	60,0	29,0	8,0	3,0	40,0
OLANDA	(2018)	64,6	25,4	6,7	3,4	35,5
SPAGNA	(2018)	63,2	23,7	8,4	4,5	36,6
SVEZIA	(2018)	54,8	26,0	---	19,2---	45,2
USA	(2018)	59,9	23,9	9,9	6,4	40,2

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

3. Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste dalla legge per l'iter pre-IVG, il medico redige un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, con il quale si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la stessa, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (art.5, L. 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'articolo 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 familiare o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge (art. 5).

Anche per il 2019 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (44,2%) degli altri servizi (tabella 16). Le Regioni che nel 2019 riportano valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: PA di Trento (73,2%), Emilia Romagna (70,8%), Piemonte (65,9%), Marche (64,3%) e Umbria (60,2%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare dove la maggioranza dei documenti viene rilasciata dal servizio ostetrico-ginecologico, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi consultoriali e incompletezza del personale.

Le differenze per area geografica si confermano anche esaminando il dato per cittadinanza e si conferma anche nel 2019 un maggior ricorso ai consultori da parte delle straniere rispetto alle italiane:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	52,6	63,2	22,0	15,0	23,9	20,4	1,6	1,5
CENTRO	43,0	46,5	14,4	17,3	37,1	30,6	5,4	5,6
SUD	27,1	35,0	27,7	20,2	43,2	43,1	2,0	1,7
ISOLE	18,0	28,8	16,7	13,1	63,1	56,6	2,1	1,5
ITALIA	39,7	54,8	21,5	16,0	36,3	26,7	2,5	2,5

Elaborazioni su dati Istat

Dal 1983 al 2019 i consultori familiari hanno raddoppiato la frequenza di rilascio della documentazione con un incremento costante, passando dal 24,2% al 44,2% come descritto nella tabella a seguire. Questo andamento sembra essere attribuibile prevalentemente al 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 spesso dotato della figura del mediatore culturale. È confortante che le straniere, che per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile sono spesso nella stessa condizione delle italiane di 35-40 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

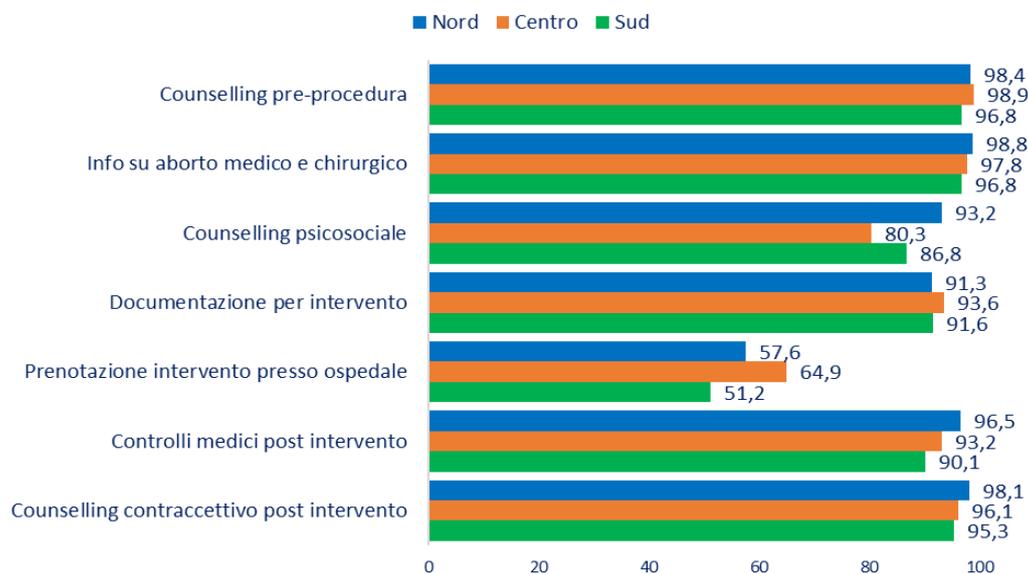
riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro di prevenzione svolto da questi servizi. Questa attività rappresenta una ulteriore ragione a sostegno del potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI e dei LEA, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato - anni 1983-2019

	Medico di fiducia	Servizio Ost. Ginec.	Consultorio familiare	Altro
1983	52,9	21,4	24,2	1,4
1987	52,4	25,7	20,0	1,9
1991	47,8	29,1	21,4	1,7
1995	45,5	29,1	23,5	1,9
1999	38,6	31,0	28,7	1,7
2000	36,0	32,2	30,1	1,7
2004	32,2	30,8	35,1	1,8
2007	27,7	33,0	37,2	2,2
2009	27,5	31,2	39,4	1,9
2010	26,0	30,9	40,4	2,6
2011	25,3	30,5	40,7	3,4
2012	24,3	30,5	42,0	3,1
2013	22,9	32,3	41,6	3,1
2014	21,7	33,0	41,9	3,4
2015	21,4	33,0	42,3	3,3
2016	21,6	31,7	42,9	3,7
2017	21,0	31,3	43,6	4,0
2018	20,8	31,4	44,1	3,8
2019	19,9	33,4	44,2	2,5

L'importante ruolo del consultorio familiare nella prevenzione delle gravidanze indesiderate e il supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza è stato evidenziato anche dall'indagine promossa dal Ministero della Salute (CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS (https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/sintesi-risultati-28_11_19.pdf). All'indagine hanno partecipato tutte le Regioni e la PA di Trento per un totale di 1.557 consultori familiari. Nella figura 19 sono riportate le principali attività offerte dai consultori familiari alle donne che accedono al percorso IVG.

Figura 19 – Attività offerte (%) dai consultori familiari alle donne che accedono al percorso IVG per area geografica

Come si può osservare, quasi tutti i consultori familiari offrono il counseling prima della procedura e forniscono informazioni sulla tecnica di intervento, senza differenze per area geografica. Non tutti riescono ad offrire un counseling psicosociale, specie al Centro-Sud, probabilmente per carenza di personale. Più del 90% garantisce il documento e il certificato necessari per prenotare l'intervento ma solo poco più della metà è in grado di fare la prenotazione dell'intervento presso un ospedale o clinica, indicatore di uno scarso collegamento e integrazione tra strutture. Uno studio coordinato dell'ISS ha dimostrato che quando il consultorio familiare garantisce la prenotazione quasi il 100% delle donne sceglie questa struttura per le procedure prima dell'IVG e la gran parte vi ritorna per il controllo post intervento. I controlli medici e il counseling contraccettivo post-IVG sono offerti dalla quasi totalità dei consultori familiari senza differenze per area geografica.

Nel 2019 in Italia risultavano 0,6 consultori familiari pubblici ogni 20.000 abitanti (tabella 17), valore uguale a quello degli ultimi 5 anni ma in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti. La legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti e, nonostante nel Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI siano riportati nel dettaglio organico e orari di lavoro raccomandati, purtroppo i 1.945 consultori familiari pubblici censiti nel 2019 (erano 1.890 nel 2018, 1.853 nel 2017 e 1.944 nel 2016) rispondono solo in parte a tali raccomandazioni e raramente sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche organizzative e operative raccomandate dal POMI. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la mancata integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla insufficiente presenza dei consultori familiari sul territorio, compromettono il ruolo di questo servizio strategico per la prevenzione del fenomeno e la promozione della salute sessuale e riproduttiva. Si tratta infatti di presidi unici per quanto attiene alla esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'equipe professionale che, grazie alla capacità di identificare i determinanti di natura psico-sociale, possono sostenere la donna e/o la coppia nell'effettuare una scelta consapevole anche in caso di riconsiderazione delle motivazioni alla base della scelta, accompagnarla nel percorso IVG e sostenerla nell'evitare gravidanze indesiderate.

3.2 Urgenza

Nel 2019 il ricorso al 3° comma dell'articolo 5 della legge n. 194 del 1978 è avvenuto nel 23,5% dei casi (tabella 18) rispetto al 21,3% del 2018, 19,2% del 2017, al 16,7% del 2015, al 13,4% del 2013 e all'11,6% del 2011. Questo aumento negli anni può essere un indicatore di liste di attesa e carenza di servizi disponibili per l'effettuazione dell'IVG o di necessità di ricorso all'urgenza per poter svolgere l'intervento con il Mifepristone e prostaglandine entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione fino al 12 agosto 2020 quando il Ministero della Salute, con la circolare di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine", ha esteso il suo utilizzo a 63 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (45,1%), nel Lazio (43,3%), in Piemonte (42,5%), in Toscana (31,9%), in Emilia-Romagna (28,4%) e in Abruzzo (28,3%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2019 risulta: 20,0% al Nord, 34,6% al Centro, 28,2% al Sud e 8,1% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2019 (tabella 19) mostra che il 53,5% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 50,9% del 2018), l'11,41% a 11-12 settimane e il 5,4% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentata negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41,8% delle IVG), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica per effettuare l'IVG, del Mifepristone e prostaglandine, che viene usata a epoca gestazionale precoce. Nel 2019 si è riscontrata anche una diminuzione della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione, in controtendenza rispetto agli ultimi anni: 5,4% nel 2019, 5,6% nel 2018 e 2017, 5,3% nel 2016, 5,0% nel 2015, 4,7% nel 2014 rispetto a 4,2% nel 2013 e 3,8% nel 2012.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 14,4% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 10,2% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	52,3	47,4	28,3	33,2	12,3	15,6	7,1	3,8
CENTRO	57,7	49,1	26,0	34,3	10,2	13,8	6,1	2,8
SUD	63,5	54,8	25,8	33,6	6,0	9,1	4,7	2,5
ISOLE	46,1	46,7	34,6	37,5	11,9	12,0	7,4	3,8
ITALIA	55,5	48,5	27,9	33,7	10,2	14,4	6,3	3,4

Elaborazioni su dati Istat

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione con gli altri servizi. Va tuttavia tenuto presente che alcune strutture non effettuano IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la decima o oltre i primi 90 giorni) e questo potrebbe avere un peso

nelle distribuzioni osservate. L'epoca gestazionale ha un particolare interesse clinico perché le complicanze dell'IVG 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 per lo più gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per minore conoscenza e per i costi non trascurabili (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2019 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (3,4%) rispetto alle italiane (6,3%), per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata e a una maggior propensione ad avere gravidanze prima dei 30 anni, quindi a minor rischio di malformazioni fetali e di conseguente ricorso a un'IVG terapeutica. Si sottolinea anche la variabilità per Regione che potrebbe essere riconducibile a una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni in alcune Regioni, come descritto nella tabella a seguire.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regione, nel 2019, è riportata nella tabella seguente.

IVG oltre la dodicesima settimana gestazionale nelle Regioni italiane – anno 2019

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5,4	Marche	5,2
Valle d'Aosta	3,3	Lazio	5,4
Lombardia	5,9	Abruzzo	5,5
Bolzano	7,4	Molise	1,4
Trento	5,6	Campania	2,3
Veneto	7,7	Puglia	6,8
Friuli Venezia Giulia	5,5	Basilicata	2,6
Liguria	5,3	Calabria	3,9
Emilia Romagna	5,1	Sicilia	6,8
Toscana	4,4	Sardegna	7,2
Umbria	4,6		
		ITALIA	5,4

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Veneto, nella PA di Bolzano Sardegna, Puglia e in Sicilia. Alcune Regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile. Si sottolinea ancora una volta l'importanza da parte dei professionisti che operano nelle strutture di riportare e registrare tutte le informazioni richieste dalla legge n. 194 del 1978 sui modelli D12/Istat e da parte dei referenti regionali di monitorare che questo avvenga e di individuare le strutture presso le quali questa omissione è più frequente.

Si ricorda che in ogni caso l'analisi si basa su distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si tratta di gravidanze perlopiù 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 sfavorevoli di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre le prime tendono a ridursi nel tempo grazie alla maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, le seconde tendono ad aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale e all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra Regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi questi aspetti.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Come negli anni passati, si osserva tra le giovani una percentuale più elevata

di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un ritardo al ricorso ai servizi, come avviene in generale per le donne di cittadinanza straniera, oppure al peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole. Nel tempo queste differenze della settimana gestazionale per età presentano una diminuzione.

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

IVG oltre la 12a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2019)	73207	7,1	5,4
	(2018)	76328	6,5	5,6
	(2006)	131018	11,1	2,9
GERMANIA	(2017)	101209	7,3	2,7
INGHILTERRA E GALLES	(2019)	207384	18,0	9,0
NORVEGIA	(2017)	12733	12,4	4,2
OLANDA	(2016)	30144	8,5	18,4
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10,3	4,5
SPAGNA	(2016)	93131	10,3	7,0
SVEZIA	(2019)	36151	19,0	6,8
SVIZZERA	(2019)	9447	6,7	45,0
USA	(2017)	862320	13,5	11,7

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

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

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Negli ultimi anni è aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: da 59,6% nel 2011 a 62,3% nel 2013, 65,3% nel 2015, 68,8% nel 2017, 70,2% nel 2018 e 72,6% nel 2019 (tabella 21). Corrispondentemente è diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: da 15,7% nel 2011 a 14,6% nel 2013, 13,2% nel 2015, 10,9% nel 2017, 10,8% nel 2018 e 9,9% nel 2019. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza (paragrafo 3.2) e al Mifepristone + prostaglandine come tecnica di intervento (paragrafo 3.7). C'è anche da segnalare che per questa variabile si nota negli ultimi anni un miglioramento della qualità del flusso, con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (2,7% nel 2019 rispetto a 4,2% nel 2010).

La tabella a seguire descrive il tempo di attesa rispetto alla cittadinanza della donna e all'area geografica dove è stato effettuato l'intervento.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	71,0	68,4	17,0	19,1	6,7	7,0	5,3	5,4
CENTRO	78,7	74,8	14,1	16,3	4,9	6,2	2,4	2,8
SUD	77,4	73,6	14,3	16,0	4,5	5,2	3,8	5,3
ISOLE	68,1	69,9	19,7	18,9	8,1	7,6	4,1	3,6
ITALIA	73,9	70,5	16,0	18,1	5,9	6,7	4,2	4,7

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. Nel 2019 si sono riscontrati valori elevati di tempi di attesa, superiori a 3 settimane, in Veneto (21,3%), Valle D'Aosta (18,1%), Calabria (17,6%) e Umbria (17,1%).

Va infine considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi anche nel caso in cui la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale avanzata quando risulta urgente ridurre l'attesa per effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2019 la distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (tabella 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento - anni 1983-2019

	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87,6	9,7	2,7
1987	82,7	12,6	4,6
1991	87,3	11,6	1,0
1995	88,3	10,9	0,7
2000	90,6	9,1	0,3
2004	91,2	8,8	0,0
2007	91,6	8,4	0,0
2011	92,1	7,9	0,0
2013	93,5	7,5	0,0
2014	94,2	5,8	0,0
2015	94,3	5,7	0,0
2016	94,5	5,5	0,0
2017	95,6	4,4	0,0
2018	95,2	4,8	0,0
2019	95,3	4,7	0,0

La quasi totalità delle IVG (95,3% nel 2019) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati,

in Puglia, in Sardegna, in Campania e nelle Marche è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura, superando il 10%.

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

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	99,1	98,9	0,9	1,1
CENTRO	96,6	96,9	3,4	3,1
SUD	84,5	92,7	15,5	7,3
ISOLE	94,3	96,5	5,7	3,5
ITALIA	94,1	97,7	5,9	2,3

Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da qualche anno viene anche riportata in questa relazione una tabella, con i dati riferiti dalle Regioni, sul numero di stabilimenti con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e stabilimenti che effettuano l'IVG (tabella 23bis). In totale sono stati notificati 564 stabilimenti dei quali 356 hanno effettuato IVG (63,1% del totale). Nel 2018 il numero totale di stabilimenti era leggermente inferiore (558) ma era superiore nel 2017, 2016 e 2015 (592, 614 e 648 stabilimenti rispettivamente). Anche il numero e la proporzione di stabilimenti che effettuavano IVG sul totale nel 2019 sono risultati leggermente inferiori rispetto ai due anni precedenti (64,9% nel 2018 e 64,5% nel 2017). Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2019 si va da un minimo di 26,4% in Campania e 28,6% nella PA di Bolzano al 100% in Valle d'Aosta, e 91,7% in Umbria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Come indicato in tabella 24, nel 2019 permane elevato (44,8%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione, specie in questo ultimo anno: 80,1% nel 2012, 76,6% nel 2013, 73,0% nel 2014, 69,0% nel 2015, 64,5% nel 2016, 59,0% nel 2017 e 52,8% nel 2018. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile. La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 23,9% dei casi (in aumento rispetto al 2,0% del 2012, il 4,5% del 2013, l'8,0% del 2014, il 10,1% nel 2015, il 12,8% nel 2016, il 16,6% del 2017 e il 19,2% del 2018) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi in Molise a 58,3% in Veneto). In generale le Regioni del Centro-Nord dichiarano un utilizzo maggiore della sedazione profonda, mentre nel Sud e nelle Isole è più diffusa l'anestesia generale.

Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5,7% del 2012 si è arrivati a 23,9% dei casi nel 2019. Questo incremento può essere ricondotto principalmente all'aumento del Mifepristone per l'IVG medica.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 2,4 % degli interventi (6,6% nel 2012), in diminuzione e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Infatti, nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline n.7. London: RCOG Press; 2011) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione (come nella gran parte dei casi in Italia) non è necessario

il ricorso all'anestesia generale e quella locale è preferibile. Nel 2012 l'OMS ha licenziato la seconda edizione delle linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi per la salute della donna. Peraltro all'anestesia locale si associa una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. Ciò non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza. Le Regioni dovrebbero promuovere corsi di formazione su tale procedura in modo da favorirne un maggiore utilizzo.

L'ampio uso dell'anestesia generale è ancora più evidente se non si considerano gli interventi effettuati con Mifepristone + prostaglandine per i quali l'anestesia non è necessaria: nel 2019 le percentuali salgono a 58,2% per l'anestesia generale, 2,9% per l'anestesia locale e 31,1% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2019.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	41,7	45,1	2,4	1,9	4,4	3,7	24,7	28,8	26,8	20,4
CENTRO	38,1	43,0	5,5	6,5	1,4	0,9	16,7	20,7	38,4	28,9
SUD	50,0	57,1	0,5	0,9	2,3	1,1	21,6	22,6	25,6	18,2
ISOLE	50,7	51,6	0,3	0,8	1,8	1,3	29,8	31,5	17,4	14,9
ITALIA	44,3	46,2	2,2	2,9	2,9	2,7	22,9	26,3	27,6	22,0

Elaborazioni su dati Istat.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare quella che utilizza le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2019 (tabella 25), sebbene permanga un 10,9% di interventi effettuati con raschiamento, in diminuzione rispetto al 2017 e 2016 ma in aumento rispetto agli anni 2013-2015. L'incremento osservato dopo il 2015 può essere in parte dovuto al contributo della Lombardia, Regione dove questa metodica è abbastanza diffusa e che solo dal 2016 ha nuovamente fornito il dettaglio di questa variabile e ha quindi contribuito al valore nazionale.

Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro.

IVG (%) per tipo di intervento - anni 1983-2019

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24,5	46,7	28,3	0,6
1987	17,8	37,9	43,7	0,5
1991	15,8	33,4	50,2	0,6
1995	14,9	24,8	57,5	2,8
2000*	15,6	19,5	63,6	1,3
2004*	13,3	20,2	64,9	1,6
2007*	11,2	22,9	63,3	2,5
2009*	12,6	21,5	63,4	2,4
2010* ^a	11,4	20,3	62,9	5,4
2011* ^a	11,4	19,8	59,6	9,1
2012* ^a	11,7	19,6	58,0	10,7
2013** ^a	9,9	16,6	59,0	14,5
2014** ^a	9,1	17,8	57,0	16,2
2015** ^a	9,3	17,0	55,6	18,2
2016 ^a	11,4	16,8	52,2	19,6
2017 ^a	11,6	16,0	50,5	22,0
2018 ^a	10,8	16,6	47,0	25,7
2019 ^a	10,9	16,7	43,7	28,8

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati - ** esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce "Altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in alcune Regioni meridionali e insulari (soprattutto in Sardegna e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata nel 35,7% e 27,7% dei casi rispettivamente, come negli anni precedenti), in Valle D'Aosta (26,0%), in Friuli Venezia Giulia (24,1%), in Calabria (22,1%) e in Lombardia (18,0%), a fronte di valori contenuti in diverse altre Regioni (meno del 5% in Molise, Basilicata, Umbria, Campania, Puglia, Piemonte e PA di Trento). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre l'uso.

L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella tabella seguente.

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica - anno 2019

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone + Prostag.		Farmacol. + Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	11,3	12,6	20,7	23,6	35,2	39,1	2,2	1,4	28,1	21,8	2,5	1,5
CENTRO	9,8	8,4	17,7	20,0	35,1	44,2	1,2	0,6	33,8	25,4	2,4	1,4
SUD	7,0	11,5	6,4	8,1	59,7	61,9	1,0	0,8	23,9	16,5	2,0	1,2
ISOLE	17,1	16,5	10,8	11,6	52,0	55,8	3,1	3,5	12,9	10,3	4,1	2,3
ITALIA	10,5	11,7	15,1	20,6	43,8	43,4	1,8	1,2	26,3	21,6	2,5	1,5

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.

In Italia dal 2005 alcuni istituti hanno iniziato a utilizzare Mifepristone (RU486) e prostaglandine (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico) per l'IVG, così come avvenuto 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 edizioni 2010-12 non permettevano un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute decise di iniziare una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute chiese la collaborazione dell'ISS per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni inviarono il dato da cui è emerso che la metodica era stata usata nel 2010 in 3.836 casi (3,3% del totale delle IVG per il 2010) e in 7.432 casi nel 2011 (6,7%). Nel 2010 tutte le Regioni, tranne Abruzzo e Calabria, avevano utilizzato questa metodica e nel 2011 tutte ad eccezione delle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute *“Interruzione Volontaria di Gravidanza con Mifepristone e prostaglandine. Anni 2010 – 2011”* disponibile sul portale del Ministero della Salute.

Per il 2019 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportata nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in “Solo Mifepristone”, “Mifepristone + prostaglandine”, e “Sola Prostaglandina”. Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e prostaglandine e l'utilizzo esteso ormai in tutte le Regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2019 di questo metodo.

IVG con RU486 in Italia – anni 2005-2019

Anno	2005	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	8114	10257	11134	13255	14267	15750	17799
% sul totale IVG	0,1	0,7	3,3	6,7	9,7	12,9	15,2	15,7	17,8	20,8	24,9
N. Regioni	2	5	18	20	20	21	21	21	21	21	21

Il ricorso all'aborto medico varia molto per Regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture che lo offrono. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Piemonte (45,6% di tutte le IVG nel 2019), Liguria (44,2%), Emilia Romagna (41,1%), Puglia (40,3%) e Toscana (37,2%), come riportato in tabella 25.

Queste percentuali aumentano se si considerano solo le IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione (epoca gestazionale massima in cui si raccomanda di usare questa metodica in Italia), con un intervento su 2 fatto con tale metodica.

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno fatto ricorso a questo metodo, anche se in generale sono donne meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili, rispetto a tutte le altre che hanno abortito con altra metodica. Dai dati del modello D12/Istat relativi al 2019, il 95,8% delle IVG effettuate con Mifepristone + prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia fino al 2020 (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009).

Dalla raccolta dati ad hoc effettuata nel 2010-11 si era rilevato che, sebbene la gran parte delle Regioni e delle strutture avessero adottato come regime di ricovero quello ordinario con l'ospedalizzazione della donna, molte di loro (76%) avevano 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. Nel 95% dei casi le donne erano tornate al controllo nella stessa struttura. Inoltre nel 96,9% dei casi non vi era stata alcuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si era presentata nel 5,3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92,9% dei casi non era stata riscontrata alcuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questa metodica.

Nel 2019, utilizzando i dati Istat, è stato possibile rivalutare l'entità delle complicanze in caso di utilizzo del Mifepristone + prostaglandine. Nel 94,5% dei casi non sono state riportate complicanze immediate (percentuale simili a quella del 2018 e del 2010-11) sia nel 2019 che nel 2018 solo nel 2,4% dei casi è stato necessario ricorrere all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina per terminare l'intervento, indicando un miglioramento nell'effettuazione della procedura.

Con la circolare di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine", pubblicata dal Ministero della Salute il 12 agosto 2020, sono cambiate le modalità di esecuzione dell'aborto farmacologico con questa metodica in Italia. A seguito di tale circolare l'aborto farmacologico non deve più essere effettuato entro la settimana di gestazione, bensì fino a 63 giorni, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale. Inoltre la procedura non richiede più l'ospedalizzazione e può essere eseguita in day hospital o presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i consultori familiari. Parallelamente l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha emanato la Determina n. 865 "Modifica delle modalità di impiego del Medicinale Mifegyne a base di Mifepristone (RU486)" che consente l'uso del Mifegyne, in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, fino al 63mo giorno di età gestazionale e rimuove il vincolo che imponeva il ricovero "dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento". Pertanto, la modalità di somministrazione del Mifepristone attualmente prevede:

- fino al 49° giorno di amenorrea il Mifepristone è assunto in un'unica dose orale seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine: Misoprostolo per via orale, oppure Gemeprost per via vaginale;
- tra il 50° e il 63° giorno di amenorrea il Mifepristone è assunto in un'unica dose orale seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine Gemeprost per via vaginale.

3.8 Durata della degenza

Nell'88,9% delle IVG del 2019 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4,0% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (tabella 26). Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore, come evidenziato dalla tabella seguente.

IVG (%) per durata della degenza - anni 1983-2019

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47,5	30,5	22,0
1991	72,9	19,0	8,0
2000	83,1	12,2	4,7
2004	90,0	6,2	3,7
2007	91,2	6,2	2,6
2008	92,6	4,8	2,7
2009	93,6	3,9	2,5
2010	92,1	4,9	2,9
2011	90,3	5,8	3,9
2012	89,9	5,7	4,3
2013	88,6	6,5	4,8
2014	87,6	5,9	6,6
2015	89,8	4,6	5,6
2016	88,9	5,0	6,0
2017	90,1	3,8	6,1
2018	88,5	4,8	6,7
2019	88,9	4,0	7,1

Confrontando i dati delle varie Regioni vengono confermate nette differenze, con percentuali maggiori di degenze di 2 o più giorni in Piemonte, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2018 e 2019 è illustrata nella tabella seguente, mostrando una diminuzione della degenza inferiore a 1 giorno e un aumento di quelle di un giorno o più al Sud del Paese, andamento opposto di quello osservato nel 2017-18. Si raccomanda le Regioni interessate di valutare questa variabile nel proprio territorio per evidenziare le strutture in cui la degenza è maggiore di 1 giorno e per capirne le motivazioni.

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica - anni 2018-2019

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
NORD	84,9	87,2	6,5	5,0	8,6	7,9
CENTRO	95,7	95,4	1,8	1,4	2,4	3,3
SUD	91,6	89,6	2,8	2,6	5,6	7,9
ISOLE	82,6	81,8	7,7	8,2	9,7	10,0
ITALIA	88,5	88,9	4,8	4,0	6,7	7,1

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2019 sono state registrate 6,0 complicanze per 1.000 IVG (tabella 27) rispetto al 5,6 del 2018 e al 6,0 e 7,3 per 1.000, rispettivamente del 2016 e 2017. L'emorragia è la complicanza più frequente (2,7 per 1.000) con valori elevati e meritevoli di attenzione in Basilicata (6,3 per 1.000) e Liguria (8,8 per 1.000). A fronte di una forte variabilità per Regione, non si osservano differenze per cittadinanza. Nel nostro Paese il numero di morti materne la cui causa è in

qualche maniera collegabile all'IVG è molto basso e inferiore a quello indicato in letteratura per tale causa.

Dal 2015 il modello D12/Istat permette di registrare più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto. Non è ancora possibile riportare questo dato in tabella perché alcune Regioni stanno ancora aggiornando i loro sistemi di raccolta dati a tal fine. Per un totale di 592 IVG è stata riportato il mancato/incompleto aborto (0,7% di tutte le IVG).

4. Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza

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

Infatti, i dati relativi all'obiezione di coscienza non sono attualmente inseriti nei modelli D12 Istat per la rilevazione delle IVG, ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza ISS attraverso il questionario trimestrale nel quale ciascuna Regione indica il numero complessivo delle unità di personale interessato obiettore (con il dettaglio per categoria professionale: medici, anestesisti, professioni sanitarie non mediche) e non obiettore (con analogo dettaglio per categoria professionale). La richiesta si riferisce a tutto il personale operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e/o ginecologia, anche se le Regioni non sempre forniscono il dato in questa forma.

Il Ministero della Salute, al fine di approfondire quale sia l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla disponibilità di accesso al servizio IVG da parte delle donne e rispetto al carico di lavoro degli operatori sanitari non obiettori, effettua un monitoraggio ad hoc, acquisendo dalle Regioni i dati di dettaglio a livello di singola struttura ospedaliera, e calcola uno specifico indicatore che rappresenta il carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore che effettua l'IVG.

La tabella 28 - *Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG* presenta i dati relativi a ciascuna Regione, in valore assoluto e percentuale, relativi al personale obiettore per categoria professionale. Nel 2019, la quota di obiezione di coscienza risulta elevata, specialmente tra i ginecologi (67% rispetto al 69% dell'anno precedente).

Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari a 43,5%, in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (46,3%). Ancora inferiore, rispetto ai medici e agli anestesisti, è la proporzione di personale non medico che ha presentato obiezione nel 2019: 37,6%.

Per tutte e tre le categorie professionali i dati rilevati dal Sistema di Sorveglianza evidenziano una significativa variabilità per area geografica e per Regione.

Si sottolinea che, secondo quanto indicato nell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978, “gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 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 sono affidati alle Regioni.

Inoltre, 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 specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento” (art. 9, L. 194/78).

4.1 Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale

Per monitorare la piena applicazione della legge n. 194 del 1978, in relazione all'obiezione di coscienza esercitata secondo quanto stabilito dall'articolo 9 della legge stessa, sono stati calcolati due parametri relativi all'offerta del servizio IVG, sia in termini di strutture presenti nel territorio – in numero assoluto e in rapporto alla popolazione femminile in età fertile – sia rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto all'accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, è stato utilizzato quale indicatore il carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore, calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture, riferito a 44 settimane lavorative annuali (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei).

Come condiviso con i rappresentanti di tutte le Regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della legge n. 194 del 1978 istituito presso il Ministero della Salute, è stato concordato di calcolare i seguenti parametri al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale e, per il parametro 2, anche a livello di singola struttura di ricovero.

Si illustrano quindi nel dettaglio i due parametri, che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali, calcolati con riferimento all'anno 2019:

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.*

PARAMETRO 1: Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili

Dall'analisi dei dati pervenuti dalle Regioni attraverso il monitoraggio ad hoc effettuato dal Ministero della Salute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'Istat emerge che a livello nazionale, nel 2019, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominati nei flussi informativi "stabilimenti") risulta pari a 564 (erano 558 nel 2018), mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2019 risulta pari a 356, cioè il 63,1% del totale (era il 64,9% nel 2018 e il 64,5% nel 2017).

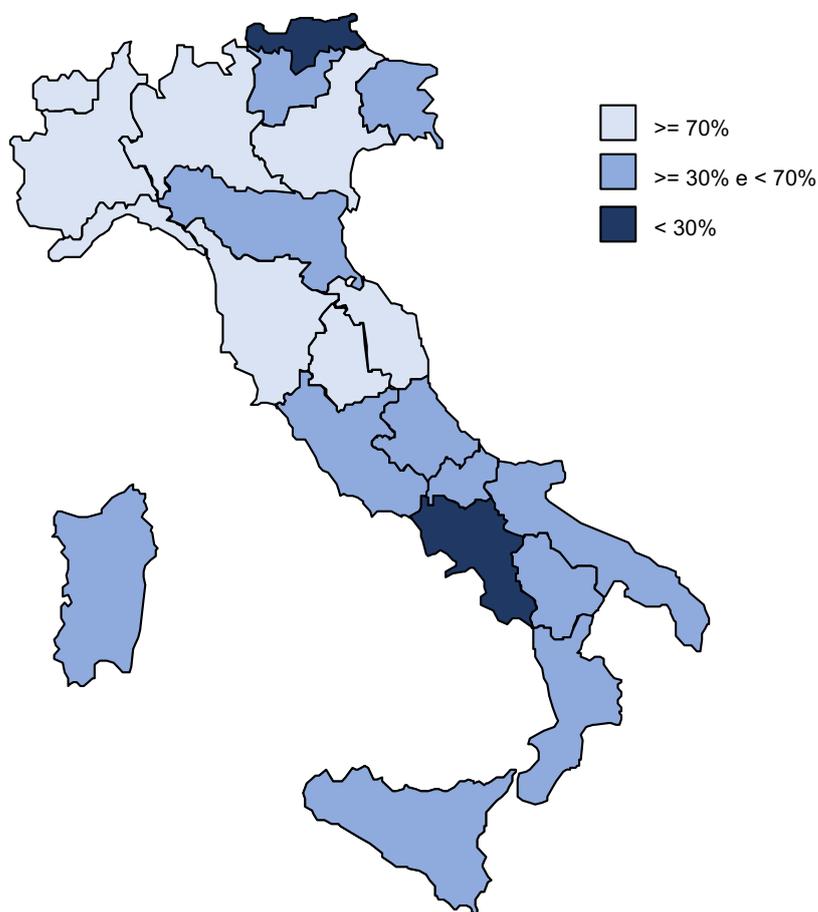
La tabella relativa all'*Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili* mostra il confronto, in valori assoluti, tra il totale degli stabilimenti con reparto di ginecologia e/o ostetricia e i punti IVG per ogni Regione nell'anno 2019; i dati confermano quanto rilevato negli anni precedenti, e cioè che solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) si rileva un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture ospedaliere censite, come evidenziato anche nella figura 20. In 8 Regioni la percentuale di punti IVG risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e P.A. il valore è compreso tra il 30% e il 70%.

Inoltre, per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della legge n. 194 del 1978, nel quadro nazionale dell'organizzazione dei servizi del SSN riferiti alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 2,9 punti IVG, con variazioni notevoli a livello regionale: il valore più basso si registra in Campania, con 1,5 punti IVG per 100.000 donne in età fertile, il valore più alto, pari a 6,3, si registra in Umbria.

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 adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate.

Figura 20 - Percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano IVG – anno 2019



Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili - anno 2019

Regione	Stabilimenti* con reparto di ostetricia e/o ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Percentuale stabilimenti in cui si pratica IVG	Stabilimenti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49)
Piemonte	33	26	78,8%	3,1
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	4,0
Lombardia	74	56	75,7%	2,7
P.A. Bolzano	7	2	28,5%	1,8
P.A. Trento	5	3	60,0%	2,7
Veneto	36	31	86,1%	3,1
Friuli V. Giulia	14	9	64,3%	3,9
Liguria	15	13	86,7%	4,6
Emilia-Romagna	53	34	64,2%	3,8
Toscana	31	27	87,1%	3,7
Umbria	12	11	91,7%	6,3
Marche	14	12	85,7%	3,9
Lazio	39	23	59,0%	1,9
Abruzzo	15	8	53,3%	3,0
Molise	3	1	33,3%	1,6
Campania	72	19	26,4%	1,5
Puglia	33	21	63,3%	2,5
Basilicata	7	4	57,1%	3,5
Calabria	18	9	50,0%	2,2
Sicilia	60	32	53,3%	3,0
Sardegna	22	14	63,6%	4,3
ITALIA	564	356	63,1%	2,9

* Sono state escluse le seguenti strutture: Policlinici universitari privati, IRCCS privati, IRCCS fondazione, Ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'articolo 1, ultimo comma, della Legge 132/1968 (enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera), Case di cura private non accreditate, Istituti qualificati presidio della U.S.L., Enti di ricerca e Strutture Private accreditate per le quali le Regioni abbiano esplicitamente dichiarato di non essere autorizzate ad effettuare IVG.

PARAMETRO 2: Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore

Dai dati 2019 relativi al numero di IVG effettuate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva, come mostra la tabella seguente, che il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore, basato sulla rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero, è variato di poco rispetto agli anni precedenti.

Considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore è in media a livello nazionale pari a 1,1 IVG a settimana, dato in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti.

A livello regionale il valore più basso si registra in Valle d'Aosta, con una media di 0,5 IVG settimanali per ginecologo non obiettore. Il dato più alto si registra in Molise, con 6,6 IVG settimanali in media.

Parametro 2: Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore (considerando 44 settimane lavorative all'anno) - anni 2016-2019 e valore massimo per singola struttura IVG nel 2019

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore				Valore massimo per singola struttura IVG 2019
	2016	2017	2018	2019	
Piemonte	1,3	1,1	1,1	1,1	2,2
Valle D'Aosta	0,3	0,2	0,3	0,5	0,5
Lombardia	N.P.	1,2	1,1	1,1	6,5
P.A. Bolzano	1,2	2,3	2,4	1,5	2,8
P.A. Trento	0,8	0,7	0,9	0,8	2,9
Veneto	1,2	1,2	1,2	1,1	4,7
Friuli Venezia Giulia	0,6	0,5	0,5	0,5	1,0
Liguria	1,3	1,0	1,0	0,8	3,5
Emilia-Romagna	0,7	0,7	0,8	0,7	6,0
Toscana	1,0	0,9	0,8	0,8	2,4
Umbria	1,1	1,1	0,8	0,8	1,3
Marche	0,8	0,9	0,8	0,9	2,5
Lazio	2,6	2,4	2,0	2,1	8,0
Abruzzo	2,4	2,1	1,7	1,9	11,9
Molise	9,0	8,6	3,8	6,6	6,6
Campania	1,4 (*)	3,6	N.P.	2,6	10,9
Puglia	3,0	2,7	2,0	2,6	12,3
Basilicata	2,5	3,1	1,5	1,3	2,3
Calabria	1,9	1,7	1,6	1,4	7,6
Sicilia	1,7	1,9	1,2	1,9	17,7
Sardegna	0,6	0,5	0,4	0,6	1,3
ITALIA	1,6	1,2	1,2	1,1	

Fonti dati: Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194 del 1978; numerosità delle IVG per singolo presidio ospedaliero rilevata dalla piattaforma web Istat "GINO++"

(*) dato pervenuto in maniera parziale

Il rapporto tra ginecologi non obiettori e IVG effettuate, quindi, appare abbastanza stabile a livello nazionale negli ultimi anni; eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale.

L'analisi del carico di lavoro settimanale attribuibile ad ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero nel 2019 evidenzia 4 Regioni in cui sono presenti strutture con un carico di lavoro superiore alle 9 IVG a settimana (11,9 in Abruzzo; 10,9 in Campania; 12,3 in Puglia e 17,7 in Sicilia), come si osserva nella tabella precedente.

Inoltre, si segnala che alcune strutture hanno dichiarato di aver effettuato IVG pur non avendo in organico ginecologi non obiettori, dimostrando la capacità organizzativa regionale di assicurare il servizio attraverso una mobilità del personale non obiettore presente in altre strutture, dando applicazione alla legge n. 194 del 1978, quando all'articolo 9 dispone che: "Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La Regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

Va anche ricordato che la concentrazione per determinate prestazioni sanitarie, tra cui l'IVG, in alcune strutture può essere il risultato di una programmazione delle amministrazioni, nell'ambito della riorganizzazione delle reti dei servizi sanitari. Un monitoraggio dettagliato come quello proposto nella presente Relazione è comunque un supporto fondamentale per verificare effettivamente l'offerta del servizio e i carichi di lavoro dei ginecologi non obiettori ed è stato proposto ai referenti regionali per una buona programmazione dei servizi.

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

5. Attività dei consultori familiari per l'IVG

L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nell'anno 2019 è stata effettuata attraverso il monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare attività IVG corrispondono al 69,2% del totale dei consultori familiari.

È stato richiesto alle Regioni, come negli anni precedenti, di fornire, per ciascun consultorio familiare del proprio territorio, i dati relativi al numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla legge n. 194 del 1978, di certificati rilasciati e di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

Dai dati raccolti, emerge, come negli anni passati, un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (44.553 colloqui vs 31.505 certificati rilasciati), ciò potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna *“a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza specialmente quando la richiesta di interruzione di gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante”* (art. 5, L.194/78).

Per quanto riguarda i controlli post IVG risulta un numero minore rispetto a quello dei certificati rilasciati, in parte ciò è dovuto al fatto che il colloquio post IVG viene registrato, in molti consultori familiari, nei flussi informativi come generica visita di controllo e quindi alcune Regioni hanno fornito un dato parziale. Tuttavia ciò è anche un segnale che è necessario ancora puntare su una migliore integrazione ospedale-territorio. Negli ospedali in cui si sono effettuate le IVG è efficace il suggerimento per un colloquio post-IVG in consultorio familiare, più adeguato rispetto alle strutture ospedaliere a effettuare azioni di sostegno e *counselling* personalizzato e costante nel tempo. La consulenza post-IVG è una buona occasione di promozione per una procreazione responsabile, pertanto è importante promuoverla e implementarla ulteriormente.

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2019

REGIONE	Consultori familiari che hanno inviato i dati (*)	Colloqui IVG	Certificati IVG	Controlli post IVG	TOTALE IVG Anno 2019
Piemonte	115	4143	4019	1952	6114
Valle d'Aosta	4	N.D.	N.D.	N.D.	151
Lombardia	106	5115	4606	2274	12367
P.A. Bolzano	3	38	15	10	517
P.A. Trento	11	677	519	534	626
Veneto	99	3442	2245	786	4351
Friuli Venezia Giulia	35	1909	543	663	1330
Liguria	39	909	911	567	2244
Emilia Romagna	174	7987	4120	1712	6512
Toscana	113	2871	2447	1281	5262
Umbria	48	229	199	66	898
Marche	21	1028	1061	779	1389
Lazio	120	7118	3235	1194	7736
Abruzzo	44	761	272	74	1517
Molise	3	10	5	20	288
Campania	95	2801	2535	836	6617
Puglia	128	2496	2215	1148	6158
Basilicata	18	115	92	44	522
Calabria	41	620	537	223	1727
Sicilia	183	1954	1645	625	5281
Sardegna	46	330	283	154	1595
ITALIA	1.446	44.553	31.505	14.942	73.201

Fonte dati: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei consultori familiari, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194 del 1978.

() incluse le sedi secondarie*

TABELLE 2019

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento 2018-2019
Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
Tabella 4 - Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 2007-2019
Tabella 5 - IVG ed età
Tabella 6 - IVG per classi di età
Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di età e Regione
Tabella 8 - IVG e stato civile
Tabella 9 - IVG e titolo di studio
Tabella 10 - IVG e occupazione
Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
Tabella 12 - IVG e cittadinanza
Tabella 13 - IVG e nati vivi
Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
Tabella 16 - IVG e luogo di rilascio documento o certificazione
Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
Tabella 18 - IVG ed urgenza
Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e per età della donna
Tabella 21 - Tempi di attesa tra certificazione ed intervento
Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
Tabella 23bis - Stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia che effettuano IVG
Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
Tabella 26 - IVG e durata della degenza
Tabella 27 - IVG e complicanze
Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG
Tabella 29 - Valori assoluti, tassi e rapporti di abortività per Regione di intervento e per Regione di residenza
Tabella 30 - Valori assoluti
Tabella 31 - Tassi di abortività
Tabella 32 - Rapporti di abortività

PAGINA BIANCA



180370155230