

ATTI PARLAMENTARI

XVIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXXVII
n. 4

RELAZIONE

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

(Dati definitivi - Anno 2020)

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

Presentata dal Ministro della salute

(SPERANZA)

Trasmessa alla Presidenza l'8 giugno 2022

PAGINA BIANCA

Indice

PRESENTAZIONE	2
SISTEMA DI RACCOLTA DATI	11
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2020	14
1. Andamento generale	16
1.1 Valori assoluti	18
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	26
2.1 Classi di età	27
2.2 Stato civile	30
2.3 Titolo di studio	31
2.4 Occupazione	32
2.5 Residenza	33
2.6 Cittadinanza	34
2.7 Anamnesi ostetrica	37
2.7.1 Numero di nati vivi	37
2.7.2 Aborti spontanei precedenti	39
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	40
3. Modalità di svolgimento dell'IVG	42
3.1 Documentazione e certificazione	42
3.2 Urgenza	45
3.3 Epoca gestazionale	46
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento	48
3.5 Luogo dell'intervento	49
3.6 Tipo di anestesia impiegata	50
3.7 Tipo di intervento	51
3.8 Durata della degenza	54
3.9 Complicanze immediate dell'IVG	55
4. Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza	56
5. Attività dei consultori familiari per l'IVG	63
APPENDICE	65
TABELLE 2020	69

PRESENTAZIONE

Nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi e dettagliati 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 di prevenzione 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. n.109 del 12/05/2017).

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 con l'obiettivo di garantire le prestazioni (effettuazione dell'IVG solo in alcune strutture, percorso separato per le donne COVID-19 positive richiedenti IVG, etc.). I risultati di questa rilevazione sono stati riportati nella precedente Relazione trasmessa al Parlamento in data 30 luglio 2021.

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 e 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 metodo farmacologico è oggetto di valutazione attraverso i dati raccolti annualmente dal Sistema di Sorveglianza IVG.

A ottobre 2020 e a luglio 2021, l'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato due rilevazioni ad hoc per comprendere come le Regioni avessero gestito l'organizzazione delle novità introdotte dalla circolare Ministeriale.

DATI DEFINITIVI 2020

In totale nel 2020 sono state notificate 66.413 IVG, confermando il continuo andamento in diminuzione (-9,3% rispetto al 2019) registrato a partire dal 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia (234.801 casi) (paragrafo 1.1).

Il **tasso di abortività** (Numero di IVG per 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 5,4 per 1.000 nel 2020 (-6,7% rispetto al 2019). Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (paragrafo 1.2).

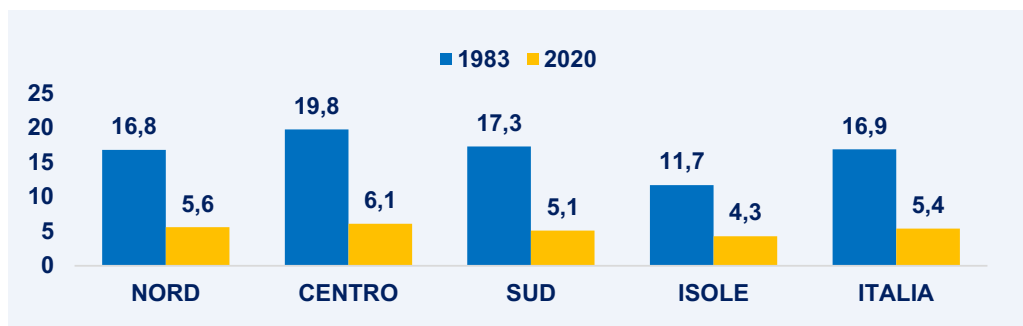
Il **rapporto di abortività** (Numero di IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 16,6 per 1.000 nel 2020 (corrispondente a 16,6 per 100 nati vivi) con una riduzione del 4,9% rispetto al 2019 (quando era pari a 174,5 IVG per 1.000 nati vivi) (paragrafo 1.3).

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



Nel 2020 il numero di IVG è diminuito in tutte le aree geografiche del Paese, specie nell'Italia Meridionale e insulare. Rispetto al 2019, le Regioni in cui si è osservata una maggiore riduzione nel numero assoluto di IVG sono Valle d'Aosta, Basilicata, Sicilia, Puglia, Lombardia e Sardegna.

Figura 2 – Tassi di abortività per area geografica – anni 1983 e 2020



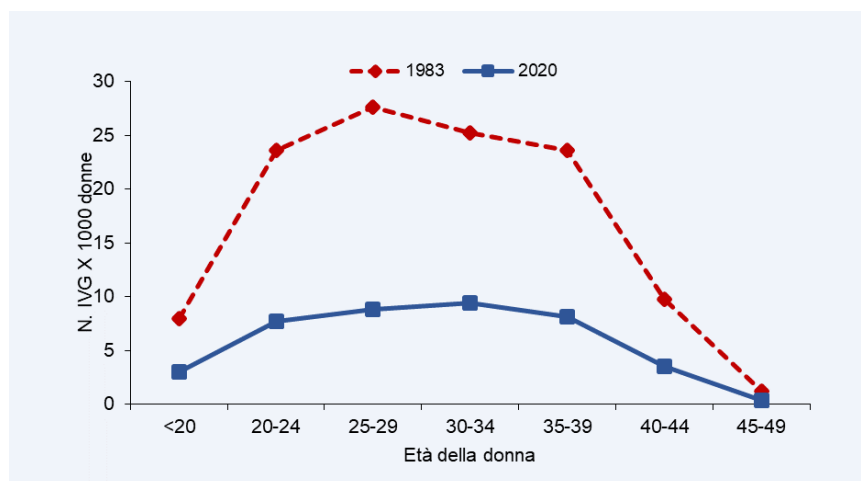
La riduzione del numero di IVG osservata negli ultimi anni potrebbe essere in parte riconducibile all'aumento delle vendite dei contraccettivi di emergenza a seguito delle tre determinazioni AIFA che hanno eliminato l'obbligo di prescrizione medica per l'Ulipristal acetato (ellaOne), noto come "pillola dei 5 giorni dopo" (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) e per il Levonorgestrel (Norlevo), noto come "pillola del giorno dopo" (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) per le donne maggiorenni. La terza determinazione AIFA ha eliminato l'obbligo di prescrizione per l'Ulipristal acetato anche per le minorenni (G.U. n.251 del 10 ottobre 2020) (paragrafo 1.4).

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

IVG per classe di età: Il ricorso all'IVG nel 2020 è diminuito in tutte le classi di età rispetto al 2019; 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 (paragrafo 2.1).

IVG fra le minorenni: Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2020 è risultato essere pari a 1,9 per 1.000 donne, valore inferiore a quello del 2019 (2,3 per 1.000 donne), confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (quando era pari a 5,0 per 1.000 donne), con livelli più elevati nell'Italia insulare. I 1.602 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2,4% di tutte le IVG, dato in diminuzione rispetto al 2019, quando erano il 2,6% del totale. 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).

Figura 3 – Tassi di abortività per età – anni 1983 e 2020



IVG per stato civile: La percentuale di donne nubili si mantiene stabile rispetto al 2019 (58%). La maggiore prevalenza delle IVG, registrata negli ultimi anni, tra le nubili rispetto alle coniugate è in parte ascrivibile alla diminuzione della quota di coniugate nella popolazione generale. La ripartizione per stato civile delle donne che hanno eseguito IVG evidenzia che per le italiane la percentuale delle nubili (63,1%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (31,1%); mentre per le straniere le percentuali nei due gruppi sono molto più simili (49,1% le coniugate, 45,4% le nubili) (paragrafo 2.2).

IVG per titolo di studio: Tra le donne che hanno eseguito IVG nel 2020, per le italiane prevale la percentuale di donne in possesso di licenza media superiore (49,3%); per le straniere prevale la percentuale di donne in possesso di licenza media (43,0%) (paragrafo 2.3).

IVG per stato occupazionale: Tra le donne che hanno eseguito IVG nel 2020, il 49,9% delle italiane risulta occupata (in lieve diminuzione rispetto al 2019, quando le occupate erano il 50,2%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 38,3% (dato anche questo in diminuzione rispetto al 39,2% dell'anno precedente) (paragrafo 2.4).

Mobilità regionale: Nel 2020 il 93,5% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'87,1% è stato effettuato nella Provincia di residenza, valori simili al 2019 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 (paragrafo 2.5).

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 2020 le IVG effettuate da donne straniere rappresentano il 28,5% di tutte le IVG (valore inferiore al 29,2% rilevato nel 2019). Il tasso di abortività delle donne straniere mostra una tendenza alla diminuzione: è risultato pari a 12,0 per 1.000 donne nel 2020, mentre era pari a 17,2 per 1.000 donne 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).

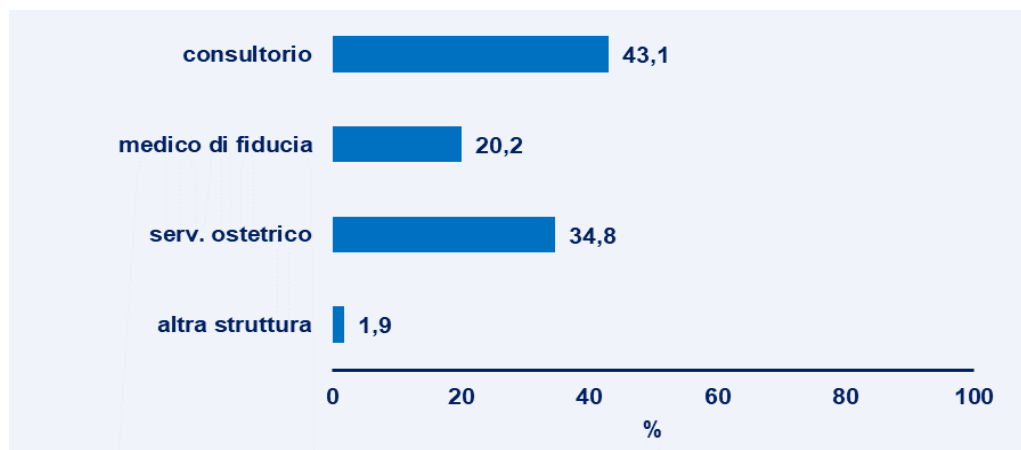
IVG per numero di nati vivi: Il 45,0% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli, per le donne straniere tale percentuale è pari al 25,3%; dati in diminuzione rispetto al 2019, quando erano pari al 45,5% per le donne italiane e 26,8% per le donne straniere (paragrafo 2.7.1).

IVG ripetute: La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire e, nel 2020, è risultata pari al 24,5% (25,2% nel 2019). 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, plausibilmente grazie al maggiore e più efficace ricorso ai metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge n. 194/78. Analizzando i dati per cittadinanza, nel 2020 si conferma che la percentuale di donne che ha effettuato precedenti IVG è maggiore tra le straniere (32,7%) rispetto alle italiane (21,2%). Il confronto con altri Paesi che nelle loro statistiche rilevano il dato riferito agli aborti ripetuti mostra che tale indicatore per l'Italia rimane tra i più bassi a livello internazionale (paragrafo 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

Rilascio della certificazione: Anche per il 2020 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio della certificazione necessaria alla richiesta di IVG (43,1%), rispetto agli altri servizi (paragrafo 3.1).

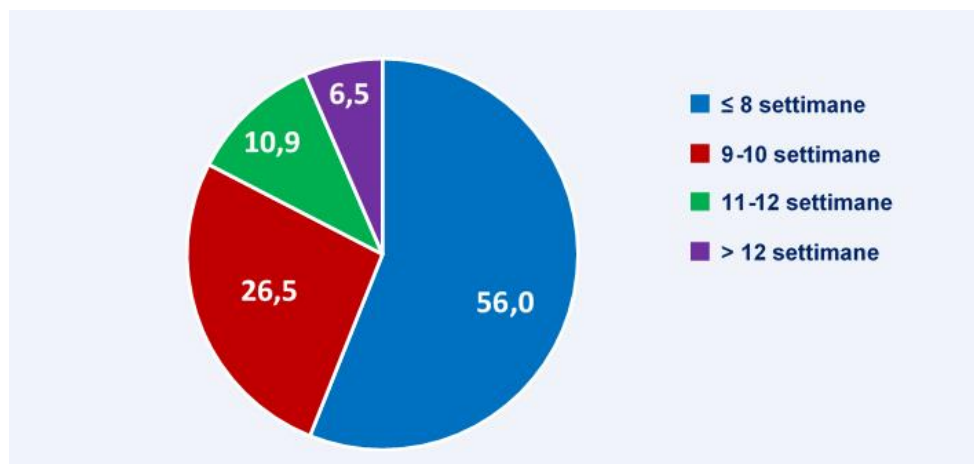
Figura 4 – Distribuzione percentuale delle IVG per luogo della certificazione – anno 2020



Procedura d'urgenza: Nel 2020 si osserva un incremento del ricorso alla procedura d'urgenza come già rilevato negli anni precedenti: il ricorso a tale procedura è avvenuto nel 25,0% delle IVG nel 2020 (nel 2019 la percentuale era pari al 23,5%). Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (45,9%), Lazio (45,8%), Piemonte (45,5%), Toscana (33,5%) ed Emilia-Romagna (30,9%) (paragrafo 3.2).

Epoca gestazionale: Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 56,0% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 53,5% del 2019), il 26,5% a 9-10 settimane, il 10,9% a 11-12 settimane e il 6,5% dopo la dodicesima settimana, quest'ultimo dato è in aumento rispetto al 2019, quando era pari al 5,4% (paragrafo 3.3).

Figura 5 – Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale – anno 2020



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: 74,3% nel 2020 rispetto a 72,6% nel 2019. Contemporaneamente è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane dal rilascio della certificazione (9,8% nel 2020) (paragrafo 3.4).

Tipo di anestesia impiegata: Nel 2020 il trend in diminuzione del ricorso all'anestesia generale ha subito un'accelerazione (37,7% nel 2020 rispetto al 44,8% del 2019). La percentuale di interventi effettuati senza anestesia continua ad aumentare nel tempo (29,3% nel 2020, rispetto al 23,9% nel 2019 e al 5,7% nel 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico (paragrafo 3.6).

Tipo di intervento: L'isterosuzione, ed in particolare quella che utilizza la tecnica di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2020 (55,8%); permane un 8,6% di interventi effettuati con raschiamento, con una forte variabilità per Regione: nessun caso in Molise contro il 30,4% in Sardegna.

Prosegue l'aumento del ricorso all'aborto farmacologico: nel 2020 il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 31,9% dei casi, rispetto al 24,9% del 2019 e al 20,8% del 2018. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni: si passa dall'1,9% del Molise a oltre il 50% in Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna e Basilicata. Per il 2020 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" (1,8%), "Mifepristone + prostaglandine" (31,9%) e "Sole prostaglandine" (1,4%), che nel suo insieme è stato pari al 35,1% del totale delle IVG (paragrafo 3.7).

A seguito della pubblicazione della Circolare di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine" del 12 agosto 2020, si è osservato un aumento della percentuale di IVG effettuate con metodo farmacologico. A partire dal mese di settembre 2020 tutte le Regioni, tranne il Molise, hanno eseguito IVG farmacologiche durante l'ottava e nona settimana di gestazione nel rispetto delle nuove linee di indirizzo. Nell'ultimo trimestre del 2020 le IVG farmacologiche sono state il 42,0% del totale (Figura 8).

Figura 6 – Numero IVG totali e mediante Mifepristone e prostaglandine – anni 2009-2020

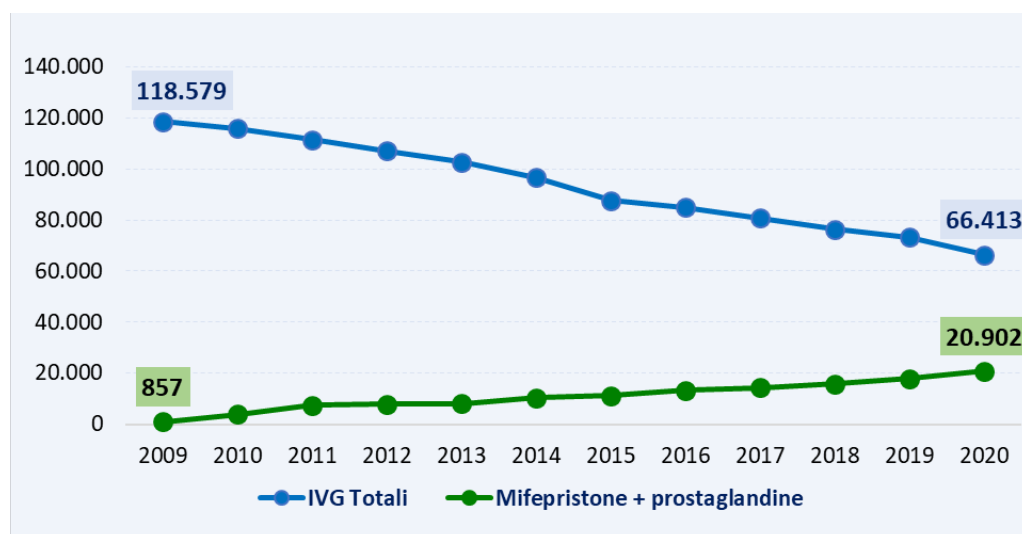
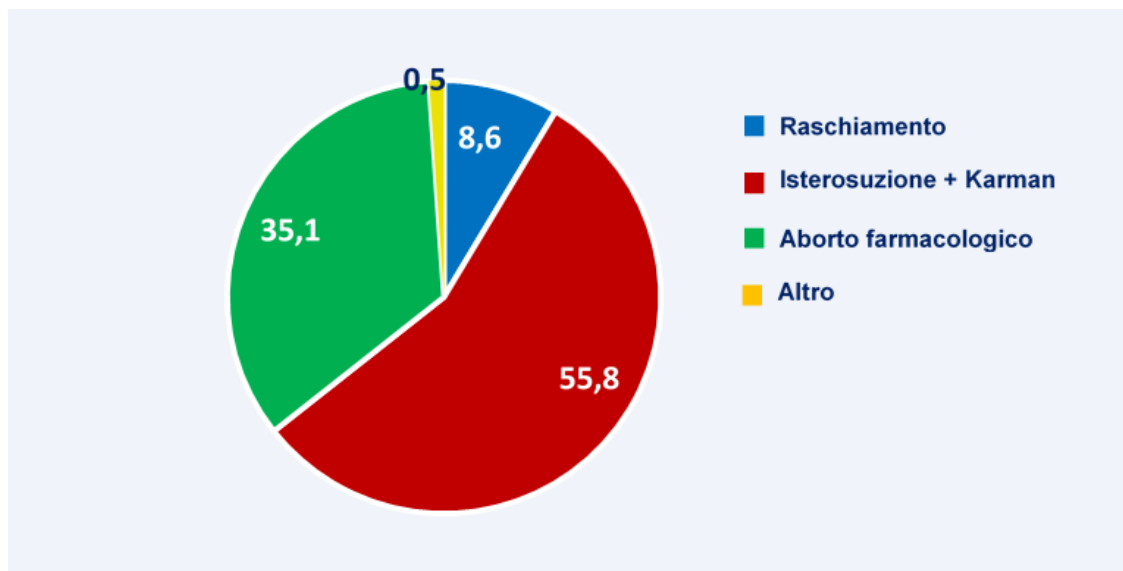
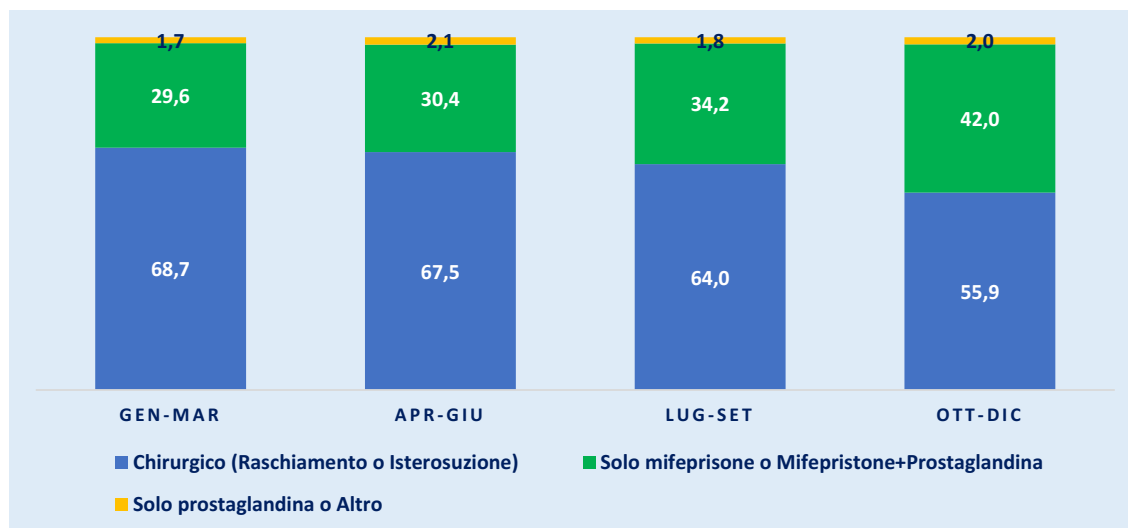


Figura 7 – Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento – anno 2020**Figura 8 – Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento per trimestre – anno 2020**

Durata della degenza: Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore: nel 2020 sono state l'88,1% delle IVG (88,9% nel 2019) e nel 4,3% dei casi (4,0% nel 2019) la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Si rileva una variabilità regionale presumibilmente imputabile alle modalità di ricovero in relazione ai protocolli terapeutici applicati (paragrafo 3.8).

Offerta del servizio e obiezione di coscienza

Nel 2020 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 64,6% dei ginecologi, valore in leggera diminuzione rispetto al 2019, il 44,6% degli anestesisti e il 36,2% del personale non medico. Si osservano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie (Capitolo 4).

Per approfondire la valutazione dell'impatto dell'obiezione di coscienza 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 3, 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: percentuale di stabilimenti con reparto di ostetricia e/o ginecologia in cui si pratica IVG. Il numero totale di sedi ospedaliere (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2020, risulta pari a 560, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG risulta pari a 357, cioè il 63,8% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) il numero di punti IVG è inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti IVG risulta superiore al 70%.

Parametro 2 - Offerta del servizio IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile: punti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49 anni). A livello nazionale sono presenti 2,9 punti IVG ogni 100.000 donne in età fertile. Si conferma, anche per il 2020, l'adeguata copertura della rete di offerta.

Parametro 3 - 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 2020 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore è variato di poco rispetto agli anni precedenti. Le Regioni in cui si osserva un carico di lavoro più alto per i ginecologi non obiettori sono Molise (2,9 IVG medie settimanali), Puglia (2,0) e Campania (1,9).

Consultori familiari

L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nell'anno 2020 è stata effettuata attraverso un monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare counselling per l'IVG e di rilasciare certificati nel 2020 corrispondono al 69,9% 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. 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

La positiva azione di supporto alla donna *“a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza”* (art. 5, L.194/78) emerge, come negli anni passati, dal numero di colloqui IVG che è superiore al numero di certificati rilasciati (45.533 colloqui vs. 30.522 certificati).

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;
- ✓ nonostante la diminuzione delle IVG nelle donne straniere, si conferma il loro maggior rischio di abortività volontaria rispetto alle donne italiane. Pertanto si conferma la necessità di promuovere una contraccezione informata ed efficace alle donne straniere che accedono al Servizio Sanitario Nazionale, in particolare al percorso nascita;
- ✓ 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 per evitarne un uso inappropriato;
- ✓ i tempi di attesa per l'intervento risultano in generale in diminuzione, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni. Si registra un aumento delle IVG entro le prime 8 settimane di gestazione, verosimilmente a seguito dell'aumentato uso della tecnica farmacologica (Mifepristone + prostaglandine) 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 confronti interregionali, per identificare le criticità e uniformare i protocolli terapeutici alla luce delle buone pratiche, con l'obiettivo di assicurare un'offerta assistenziale e organizzativa di qualità;
- ✓ l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti conferma che la tendenza al ricorso all'IVG 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;
- ✓ permane elevato il numero di obiettori di coscienza per tutte le categorie professionali sanitarie, in particolare per i ginecologi (64,6%). L'organizzazione dei servizi IVG deve essere tale che vi sia un numero di figure professionali sufficiente da garantire alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della legge n. 194/78. Questo dovrebbe essere garantito dalle Regioni, per tutelare il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e l'accesso ai servizi IVG e minimizzare l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto;
- ✓ il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie anche per quanto riguarda il percorso IVG, come negli auspici della legge n. 194/78. Grazie alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale e sua capacità di identificare i determinanti di natura sociale oltre che sanitaria dei bisogni di salute della popolazione, i consultori offrono alla donna un sostegno nell'intero percorso IVG, promuovendo scelte consapevoli e facilitando la prevenzione di future gravidanze indesiderate.

Roberto Speranza

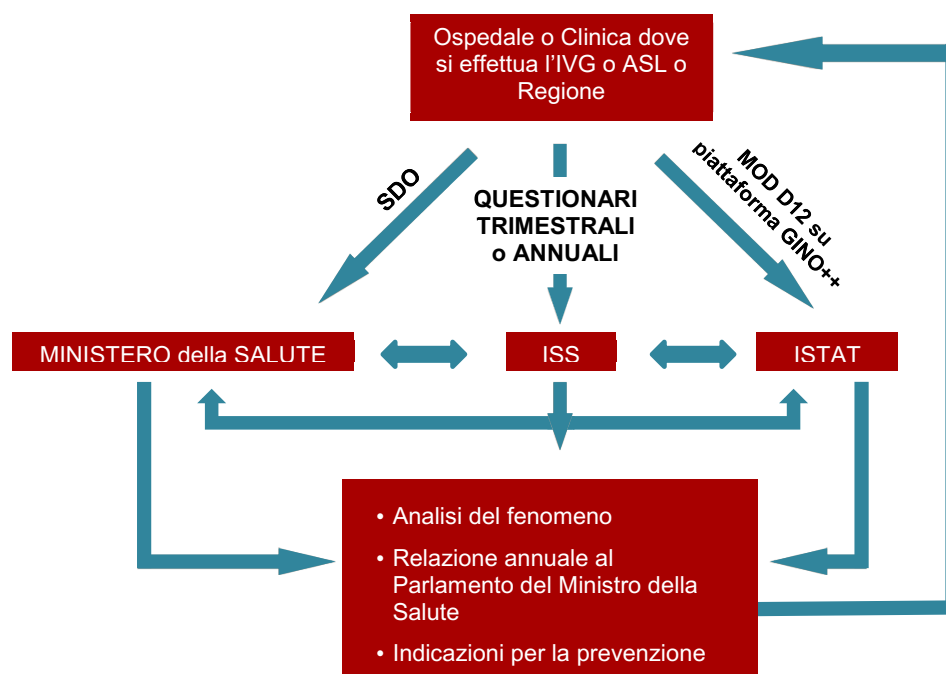
SISTEMA DI RACCOLTA DATI

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. 194/78. 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. n.109 del 12/05/2017).

Il monitoraggio avviene a partire dai questionari dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui viene eseguito l'intervento. Il questionario 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 rilevata. A livello centrale l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati in costante contatto con le Regioni; successivamente, in collaborazione con l'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 (compresa 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 2020 è stato un anno di transizione in cui è stato necessario verificare i dati acquisiti con il nuovo strumento.

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 9).

Figura 9 – 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 al 2020 è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a novembre 2021. Nonostante il lavoro svolto dai referenti 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 652 interventi del 2020. In alcuni casi sono stati inoltre 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 2020 provenienti da Piemonte, 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 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 problemi, 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. 194/78, sull'andamento del fenomeno e la messa a punto e verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge n. 194/78 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 l'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). Si 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 ci siano margini di miglioramento per garantire la completezza delle informazioni e il rispetto della tempistica a livello locale.

Si ritiene utile sottolineare nuovamente l'importanza 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 dell'IVG e di miglioramento dei servizi. A tal fine si auspica che un numero sempre maggiore di Regioni produca rapporti locali sull'IVG e svolga riunioni annuali con i professionisti coinvolti per discutere i dati, l'applicazione della legge n. 194/78 e risolvere eventuali criticità.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2020

L'anno 2020 è stato segnato dalla pandemia da SARS-CoV-2 e anche i servizi e il personale impegnati nello svolgimento delle IVG sono stati coinvolti dall'emergenza. Le Linee guida per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19 (inviate dal Ministero della Salute alle Regioni, con circolare del 30 marzo 2020) hanno incluso l'IVG tra le prestazioni indifferibili in ambito ginecologico, dando 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 degli interventi, ma anche sulla raccolta dei dati, che ha subito forti ritardi nella registrazione dei casi. I controlli sulla piattaforma GINO++ relativi ai dati 2020 per struttura hanno evidenziato differenze non giustificate dai referenti regionali rendendo indispensabile integrare il dato pervenuto con una stima del dato mancante curata dall'ISS e dall'Istat in cinque Regioni (Piemonte, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia).

L'indagine ISS sulle criticità organizzative dei servizi IVG durante la pandemia

Le criticità organizzative incontrate dalle Regioni durante la pandemia sono state descritte grazie a una rilevazione ad hoc predisposta, nel maggio 2020, dall'Istituto Superiore di Sanità, con l'obiettivo di valutare l'impatto del COVID-19 sull'esecuzione delle IVG. Le 21 Regioni hanno partecipato riferendo che, a seguito alla pandemia, tutti i servizi hanno riorganizzato le attività prevedendo un percorso separato per le donne COVID-19 positive richiedenti IVG: in 7 Regioni nel rispetto di indicazioni regionali, nelle altre grazie ad autonoma riorganizzazione interna dei servizi.

Oltre la metà delle Regioni ha dichiarato che nessuna struttura ha segnalato problemi. In alcuni casi è stata indicata dalle Regioni l'autonoma decisione di alcune strutture di ridurre il numero di interventi settimanali (in 4 Regioni), di sospendere le procedure di IVG farmacologica (in 4 Regioni) e chirurgica (in 2 Regioni). Un terzo dei referenti regionali ha segnalato problemi relativi all'inserimento dei dati.

L'indagine ISS sull'applicazione delle linee di indirizzo Ministeriali sull'aborto farmacologico

Il 12 agosto 2020, a seguito di un parere del Consiglio Superiore di Sanità e di una determina dell'Agenzia Italiana del Farmaco, 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 state modificate 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, in Italia l'aborto farmacologico non deve più essere effettuato solo entro la settima settimana di gestazione, bensì entro 9 settimane compiute di età gestazionale, ovvero entro 63 giorni di gravidanza. Inoltre, la procedura non richiede più l'ospedalizzazione ma 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.

A ottobre 2020 l'ISS ha avviato una rilevazione ad hoc, coinvolgendo tutti i referenti regionali del Sistema di Sorveglianza, per comprendere come le Regioni avessero diffuso queste informazioni presso i servizi e se si stessero organizzando per la loro applicazione. Tutte le Regioni hanno risposto dichiarando che le nuove Linee di indirizzo ministeriali erano state

trasmesse a tutte le strutture con servizio IVG, tranne la Calabria dove si era deciso di attendere la definizione locale di percorsi per la loro applicazione.

Solo la Regione Toscana aveva emanato delle indicazioni per avviare l'utilizzo del Mifepristone e prostaglandine in ambulatori extra-ospedalieri, collegati con una struttura ospedaliera, a partire dal 16 novembre 2020. Altre 13 Regioni hanno riferito di avere intenzione di iniziare a offrire l'aborto farmacologico in sedi extra ospedaliere nel 2021: 4 solo in Consultorio, 2 solo in ambulatorio e 7 in entrambe le strutture. Altre 3 Regioni stavano ancora valutando come organizzarsi.

In una successiva rilevazione con i referenti regionali del sistema di sorveglianza ISS avvenuta nel 2021, è emerso che, oltre la Toscana, anche il Lazio aveva iniziato l'utilizzo di Mifepristone e prostaglandine in strutture extra-ospedaliere. Le Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Sicilia, Sardegna e la P.A. di Bolzano confermavano di volerlo attivare nel 2021. In Piemonte, Umbria e Sardegna la struttura dove eseguire le IVG non era stata ancora individuata mentre nelle Marche era in corso di valutazione; in Emilia-Romagna e nella P.A. di Bolzano era prevista la somministrazione in Consultorio e in Sicilia negli ambulatori pubblici collegati all'ospedale. Valle d'Aosta, Lombardia, Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Calabria non prevedevano la somministrazione di RU486 in strutture extra-ospedaliere nel 2021.

Il monitoraggio continuo ed approfondito delle IVG farmacologiche sarà oggetto di valutazione nel corso dell'anno 2022 attraverso i dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza IVG.

1. Andamento generale

A causa della pandemia da COVID-19 alcune strutture e Regioni hanno avuto difficoltà ad inserire i dati delle IVG effettuate nel 2020 sulla piattaforma web GINO++ dell'Istat e a fornire all'ISS il questionario con i dati aggregati. Per avere un quadro completo del fenomeno per il 2020, 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 nel Lazio (394 IVG), Toscana (108), Sicilia (60), Campania (51) e Piemonte (12).

In totale, nel 2020 sono state notificate 66.413 IVG (Tabella 1), confermando la continua diminuzione del ricorso all'IVG (-9,3% rispetto al dato del 2019 e -71,7% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234.801 casi). Diminuzioni percentuali maggiori si osservano nell'Italia meridionale e insulare e riduzioni particolarmente elevate in Valle d'Aosta e Basilicata. Il numero di IVG rilevate nel secondo trimestre del 2020 risulta particolarmente basso rispetto agli anni precedenti, verosimilmente a causa della pandemia da COVID-19. Come negli anni precedenti, nel terzo e quarto trimestre dell'anno si osservano valori più bassi.

IVG per trimestre – anno 2020 e confronti con il 2019

	N. IVG per trimestre (2020)				TOTALE 2020	TOTALE 2019	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	9.318	7.194	7.076	7.437	31.025	34.217	-9,3
Piemonte	1.709	1.319	1.260	1.349	5.637	6.119	-7,9
Valle d'Aosta	38	24	25	29	116	151	-23,2
Lombardia	3.219	2.508	2.456	2.537	10.720	12.367	-13,3
Bolzano	145	135	126	126	532	517	-2,9
Trento	148	124	141	146	559	626	-10,7
Veneto	1.222	996	898	1.013	4.129	4.351	-5,1
Friuli Venezia Giulia	344	297	305	305	1.251	1.330	-5,9
Liguria	661	444	480	471	2.056	2.244	-8,4
Emilia Romagna	1.832	1.347	1.385	1.461	6.025	6.512	-7,5
ITALIA CENTRALE	4.344	3.328	3.514	3.332	14.518	15.288	-5,0
Toscana	1.496	1.096	1.141	1.164	4.897	5.264	-7,0
Umbria	217	192	266	149	824	899	-8,3
Marche	398	321	325	307	1.351	1.389	-2,7
Lazio	2.233	1.719	1.782	1.712	7.446	7.736	-3,7
ITALIA MERIDIONALE	4.662	3.626	3.513	3.158	14.959	16.833	-11,1
Abruzzo	386	346	328	298	1.358	1.517	-10,5
Molise	80	60	57	61	258	288	-10,4
Campania	1.842	1.466	1.408	1.227	5.943	6.617	-10,2
Puglia	1.615	1.305	1.276	1.129	5.325	6.162	-13,6
Basilicata	133	90	94	113	430	522	-17,6
Calabria	606	359	350	330	1.645	1.727	-4,7
ITALIA INSULARE	1.749	1.452	1.415	1.295	5.911	6.869	-13,9
Sicilia	1.316	1.104	1.100	998	4.518	5.281	-14,4
Sardegna	433	348	315	297	1.393	1.588	-12,3
ITALIA	20.073	15.600	15.518	15.222	66.413	73.207	-9,3

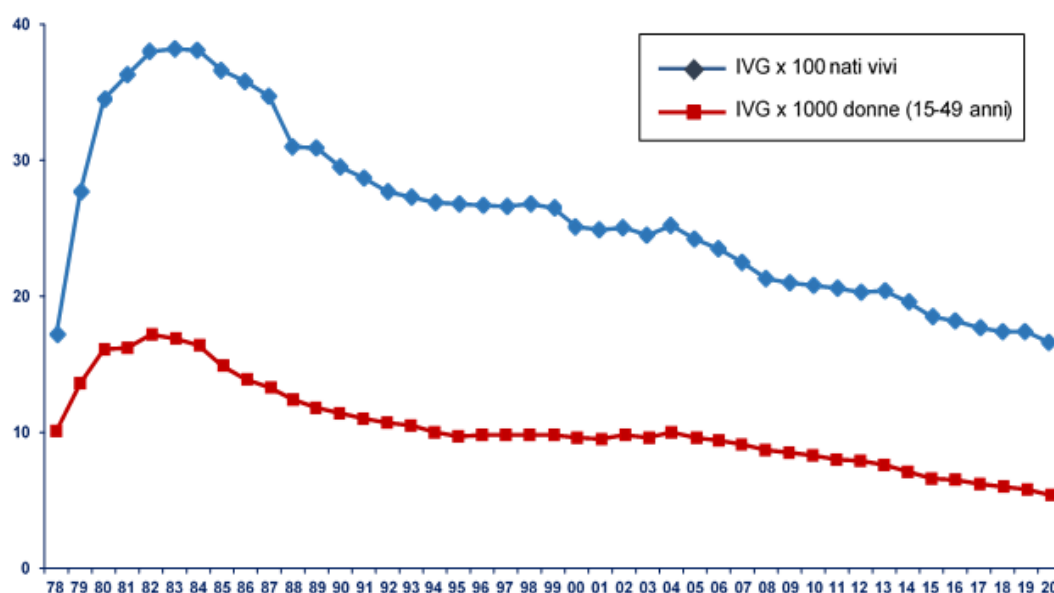
I due indicatori utilizzati a livello internazionale per descrivere il fenomeno dell'abortività volontaria sono il tasso e il rapporto di abortività.

Il tasso di abortività (N. IVG per 1.000 donne di 15-49 anni residenti in Italia), conferma l'andamento in diminuzione risultato pari a 5,4 per 1.000 nel 2020 (Tabella 2), con un decremento del 6,7% rispetto al 2019 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e del 68,5% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 165,9 per 1.000 nel 2020 rispetto a 174,5 per 1.000 nel 2019, registrando una sostanziale diminuzione (56,4%) rispetto al 1982.

La Figura 10 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 10 – Tassi e Rapporti di abortività in Italia – anni 1978-2020



Poiché il tasso di abortività utilizza come denominatore le donne di 15-49 anni residenti, si è proceduto a ricalcolare il tasso, escludendo dal numeratore le 1.163 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 2020 ha prodotto un tasso di abortività pari a 5,3 IVG per 1.000 donne in età riproduttiva residenti in Italia. Rispetto allo stesso indicatore stimato nel 2019 (5,7 per 1.000), si rileva una riduzione del 7,0%.

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 2020 si è registrato un decremento delle IVG pari al 9,3% rispetto al 2019 (Tabella 4). Come ormai si osserva da diversi anni, quasi un terzo degli interventi (28,5%) ha riguardato cittadine straniere (Tabella 12). Le IVG effettuate nel 2020 da cittadine italiane (47.505, compresa la quota stimata di cittadine italiane dei dati non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite dell'8,5% rispetto al 2019 (51.948). 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 (-11,1%). L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2020 è riportato nella seguente tabella.

N° IVG per area geografica – anni 1983-2020

	1983	1991	2015	2016	2018	2019	2020	VARIAZIONE %	
								2020/2019	2020/1983
NORD	105.430	67.619	39.728	39.170	35.739	34.217	31.025	-9,3	-70,6
CENTRO	52.423	34.178	18.770	17.863	16.204	15.288	14.518	-5,0	-72,3
SUD	57.441	44.353	20.746	19.835	17.321	16.833	14.959	-11,1	-74,0
ISOLE	18.682	14.344	8.395	8.058	7.064	6.869	5.911	-13,9	-68,4
ITALIA	233.976	160.494	87.639	84.926	76.328	73.207	66.413	-9,3	-71,6

Per area geografica (Tabelle 1, 3 e 4) nel 2020 sono state notificate: 31.025 IVG nell'Italia Settentrionale con un decremento del 9,3% rispetto al 2019, 14.518 IVG (-5,0%) nell'Italia Centrale, 14.959 IVG (-11,1%) nell'Italia Meridionale e 5.911 IVG (-13,9%) in quella Insulare.

La considerevole riduzione delle IVG rilevata negli ultimi anni si inserisce nel trend registrato a partire dal 1983, anno rispetto al quale nel 2020 si registra una riduzione pari al 71,6% sull'intero territorio nazionale. Si tratta di un dato meritevole di attenzione che conferma come, secondo gli auspici della legge n. 194/78, le donne italiane abbiano saputo prevenire quasi due terzi dell'abortività volontaria che caratterizzava l'Italia alla fine degli anni '70. Un successo in termini di salute pubblica ascrivibile, prevalentemente, all'accesso alla contraccezione che ha favorito un migliore controllo della fecondità da parte delle donne in età riproduttiva, comprese quelle di cittadinanza straniera che nell'ultimo anno hanno registrato una riduzione del numero di IVG maggiore (-11,1%) rispetto a quella rilevata tra le italiane (-8,5%). I dati sulla contraccezione, presentati nell'Allegato della Relazione del 2016, relativi all'ultima indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, condotta dall'Istat tra il 2013 e il 2015, descrivono un'analisi generazionale del fenomeno IVG in relazione al contesto socio-demografico. L'indagine è il più recente riferimento nazionale per studiare i comportamenti contraccettivi in Italia. Sulla base degli ultimi dati disponibili per la popolazione generale il tasso di prevalenza d'uso di qualunque metodo contraccettivo è risultato analogo a quello dei Paesi dell'Europa del Sud e della Germania, e l'indicatore sull'uso di metodi moderni vede l'Italia nella parte bassa della graduatoria europea a causa della persistente diffusione di metodi tradizionali come il coito interrotto. Nel mancato ricorso alla contraccezione, a parità di altre caratteristiche, incidono il titolo di studio, il territorio e la cittadinanza delle donne. Gli autori segnalano un maggior ricorso a metodi moderni (soprattutto pillola e preservativo) che potrebbero aver contribuito a ridurre le gravidanze indesiderate anche se i livelli non sono ancora tali da poter parlare di compimento della "rivoluzione contraccettiva", intesa come transizione verso una diffusione estesa di metodi moderni ed efficaci¹.

¹ Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2016. Allegato: elaborazione Istat "verso i 40 anni dalla legge sull'aborto ...".

Nell'ambito della Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children, coordinata dall'ISS e dalle Università di Padova, Siena e Torino, il campione di ragazzi di 15 anni di età ha risposto a domande relative all'uso della contraccezione². Tra gli intervistati che avevano già avuto un rapporto sessuale completo, circa il 70% ha dichiarato di utilizzare il preservativo, il 44,3% il coito interrotto e l'11,3% la pillola anticoncezionale. Lo Studio Nazionale Fertilità³, promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS nel 2017-2018, ha intervistato un campione rappresentativo a livello nazionale di oltre 16.000 studenti di 16-17 anni e un campione opportunistico di quasi 14.000 giovani universitari. Rispetto all'indagine ISS del 2010 è rimasta stabile la quota del 10% di adolescenti che ha riferito di non utilizzare alcun contraccettivo mentre è salita al 77% la percentuale di quelli che fanno uso del profilattico. Il 95% degli studenti universitari ha dichiarato di usare metodi anticoncezionali in occasione dei rapporti sessuali, più spesso metodi efficaci come profilattico (71,2%) e pillola (45,8%), anche se il 24% degli intervistati ha dichiarato di ricorrere al coito interrotto. Negli ultimi 4 anni il maggiore ricorso alla prevenzione delle gravidanze indesiderate attraverso la contraccezione potrebbe essere stato in parte sostenuto anche dall'aumento delle vendite della contraccezione di emergenza a seguito delle determinazioni AIFA che hanno eliminato l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne) sia per le maggiorenni nel 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) che per le minorenni nel 2020 (G.U. n.251 del 10 ottobre 2020). e del Levonorgestrel (Norlevo) nel 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) (Paragrafo 1.4).

Il fenomeno dell'abortività clandestina è stato oggetto di studio fin dal 1983 quando l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato le prime 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 erano stimati pari a 15.000 e una notevole diminuzione rispetto agli anni '80-'90 (100.000 casi stimati nel 1983, 72.000 nel 1990 e 43.500 nel 1995).

Nel 2016 l'Istat, in collaborazione con l'ISS, ha effettuato nuove stime del fenomeno dell'abortività clandestina tramite un modello matematico che ha utilizzato 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 considerata anche l'impatto del maggiore utilizzo della contraccezione d'emergenza che proprio nel 2015 e 2016 ha subito un incremento delle vendite a seguito delle disposizioni dell'AIFA. Questo ultimo aspetto ha fatto sì che le nuove stime presentino valori instabili, seppur compresi in un intervallo abbastanza ristretto compreso tra 10.000 e 13.000 aborti clandestini. Un ulteriore dato a sostegno della bassa entità del fenomeno emerge dalle analisi condotte sulle complicanze associabili a casi sospetti di aborti clandestini utilizzando il flusso delle SDO e dall'andamento dell'aborto spontaneo. I dettagli di queste stime sono disponibili nella relazione del Ministro della Salute relativa ai dati del 2016.

² 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 Sanita* 2020; 56 (4): 522-530.

³ Rapporto ISTISAN 20/35 - Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini. A cura di Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Silvia Andreozzi, Serena Battilomo.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2020 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 5,4 IVG per 1.000 donne in età 15-49 anni (Tabella 1), con un decremento del 6,7% rispetto al 2019, anno in cui il tasso era pari a 5,8 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 2020 risulta pari a 5,7 per 1.000. L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2020 è riportato nella tabella seguente.

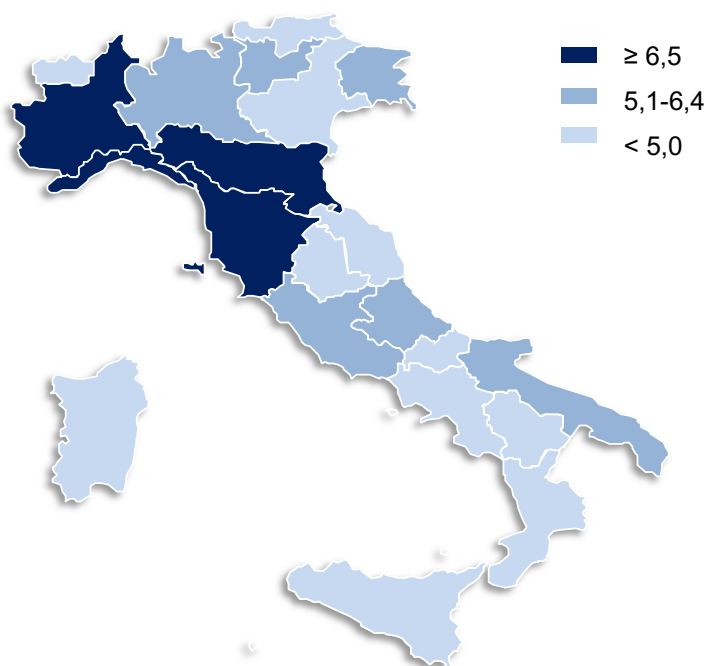
Tassi di abortività per area geografica – anni 1983-2020

	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	2020	VARIAZIONE* %	
									2020/2019	2020/1983
NORD	16,8	10,6	7,3	6,7	6,7	6,3	6,1	5,6	-7,7	-66,4
CENTRO	19,8	12,4	7,6	7,1	6,9	6,4	6,2	6,0	-1,9	-69,5
SUD	17,3	12,1	7,1	6,4	6,2	5,6	5,5	5,1	-8,2	-70,7
ISOLE	11,7	8,1	5,7	5,5	5,4	4,9	4,8	4,3	-10,5	-63,0
ITALIA	16,9	11,0	7,1	6,6	6,5	6,0	5,8	5,4	-6,7	-67,8

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

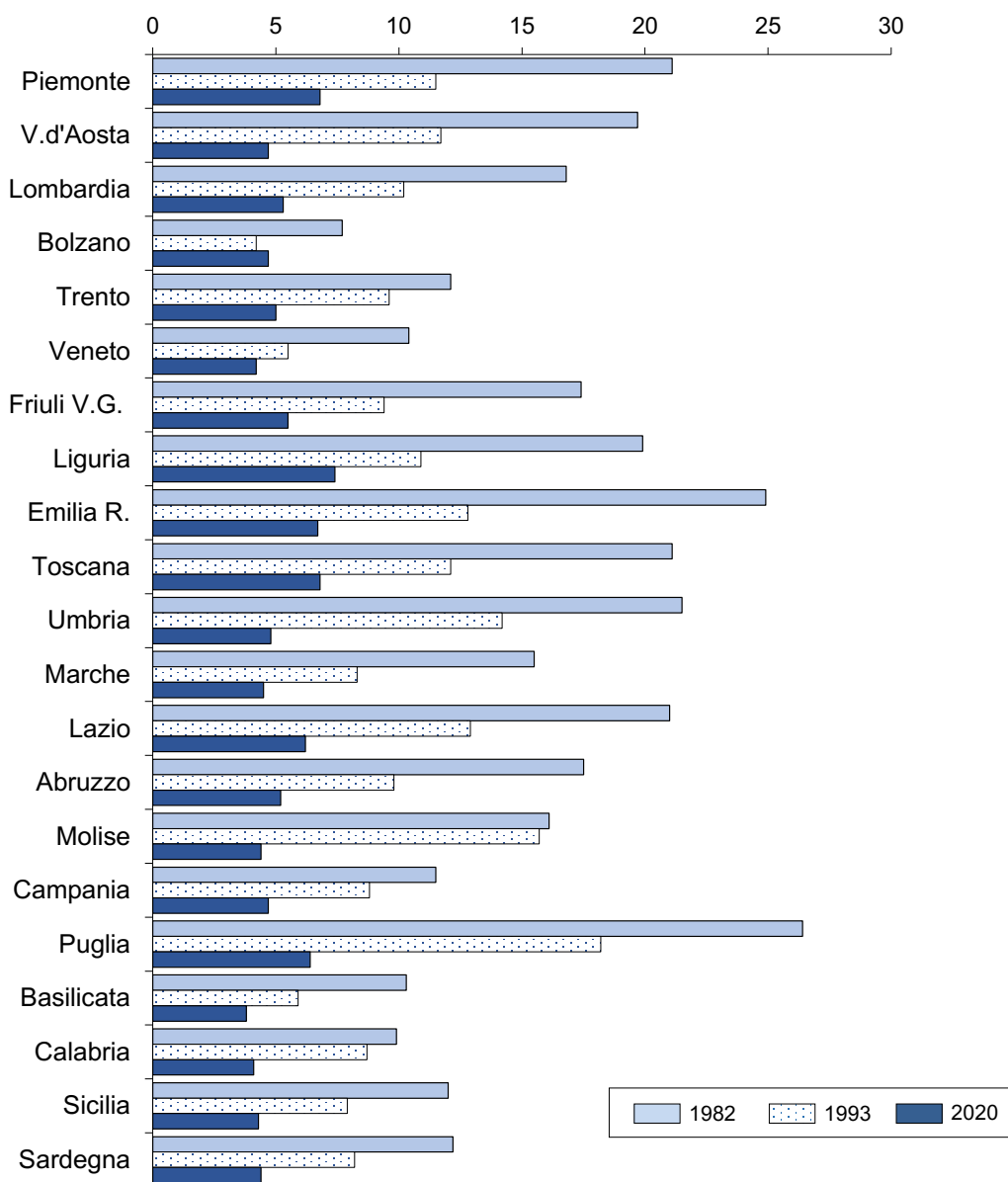
Nella Tabella 2 sono descritte le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per Regione di intervento), mentre la Figura 11 presenta i valori regionali per il 2020. Considerato il contributo importante delle donne straniere al fenomeno dell'IVG 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 11 – Tassi di abortività in Italia – anno 2020



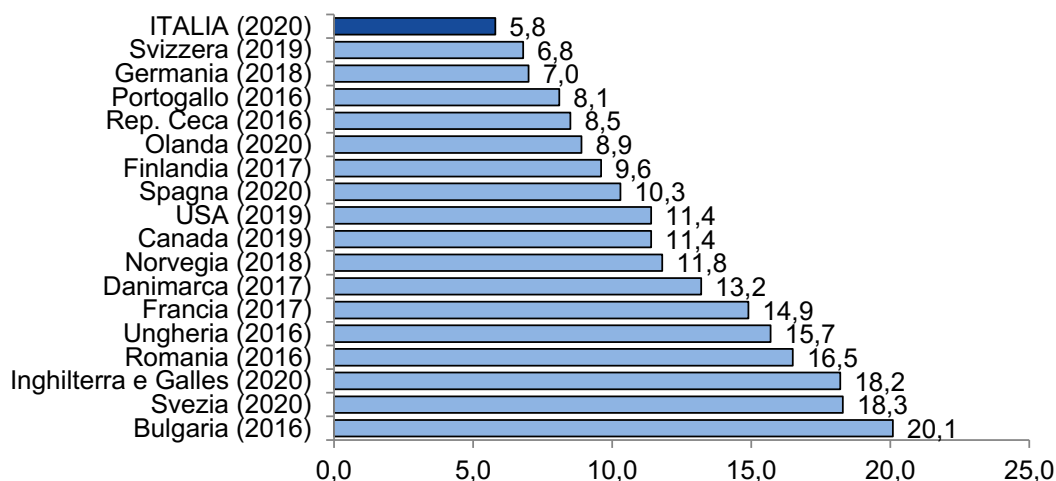
In Figura 12 è riportato il confronto dei tassi di abortività per ciascuna Regione negli anni 1982, 1993 e 2020. Rispetto al 1982, si osserva una generale considerevole diminuzione, in particolare in Umbria (-77,7%), Valle d'Aosta (-76,1%), Puglia (-75,8%), Emilia-Romagna (-73,1%), Molise (-72,7%), Marche (-71,0%), Lazio (-70,5%) e Abruzzo (-70,3%).

Figura 12 – Tassi di abortività per Regione – anni 1982, 1993 e 2020



Per un confronto internazionale, sono riportati in Figura 13 il tasso di abortività italiano e i dati più recenti disponibili per altri Paesi ad avanzato sviluppo economico. 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 risultato pari a 5,8 per 1.000, il valore più basso tra quelli presi in esame.

Figura 13 - Tassi di abortività per 1.000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi – anni 2016-2020



Fonte: Statistiche nazionali riportate all'inizio del Capitolo 2

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2020 si sono registrate 165,9 IVG per 1.000 nati vivi (Tabella 1), con un decremento pari al 4,9% rispetto al 2019, anno in cui il rapporto era pari a 174,5 per 1.000 (Tabella 2). Occorre sottolineare che il rapporto di abortività è un indicatore correlato all'andamento della natalità e pertanto risente della diminuzione dei nati della popolazione presente che è stata pari a 17.653 unità tra il 2019 e il 2020. L'andamento del rapporto di abortività dal 1983 al 2020 per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente.

Rapporti di abortività per area geografica – anni 1983-2020

	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	2020	VARIAZIONE* %	
									2020/2019	2020/1983
NORD	484,2	327,1	194,6	182,7	184,2	179,2	178,1	167,9	-5,7	-65,3
CENTRO	515,2	356,1	214,0	211,4	199,9	192,0	196,6	201,0	2,3	-61,0
SUD	283,8	253,0	202,6	182,9	177,6	163,4	164,7	152,3	-7,5	-46,3
ISOLE	205,3	176,1	159,3	156,3	155,4	143,1	145,1	131,1	-9,6	-36,1
ITALIA	381,7	286,9	196,2	185,1	182,4	173,8	174,5	165,9	-4,9	-56,5

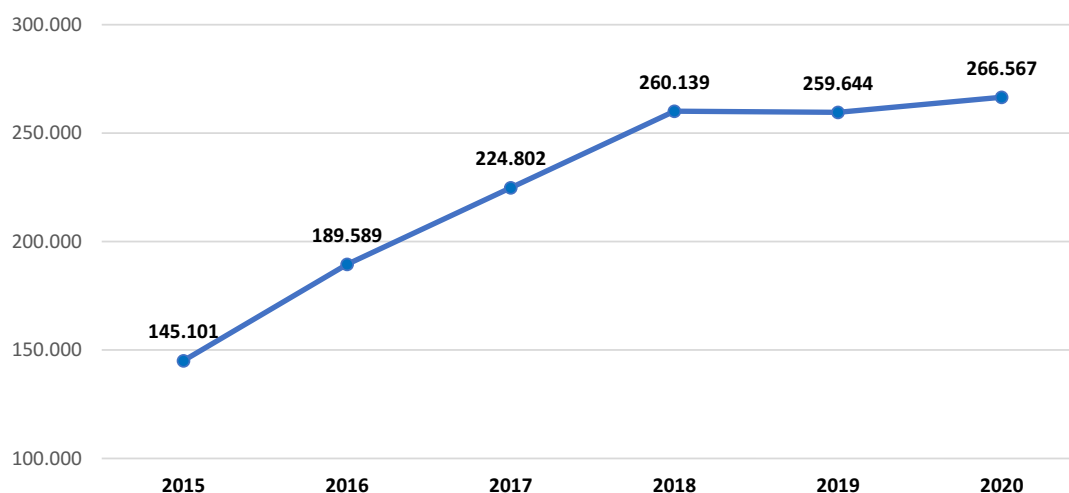
* variazione percentuale calcolata sui rapporti arrotondati a due cifre decimali.

Le variazioni dei rapporti di abortività in funzione delle variazioni del numero di IVG e di quello dei nati, risentono anche della presenza 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. In seguito il dato si è stabilizzato (Figura 14).

Figura 14 – Distribuzione Ulipristal acetato (ellaOne) – anni 2015-2020



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

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

Approfondendo il dato trimestrale (Figura 15) della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne), si rileva un 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. La determina AIFA del 10 ottobre 2020 (G.U. n.251 del 10 ottobre 2020) ha eliminato l'obbligo di prescrizione per l'Ulipristal acetato anche per le minorenni.

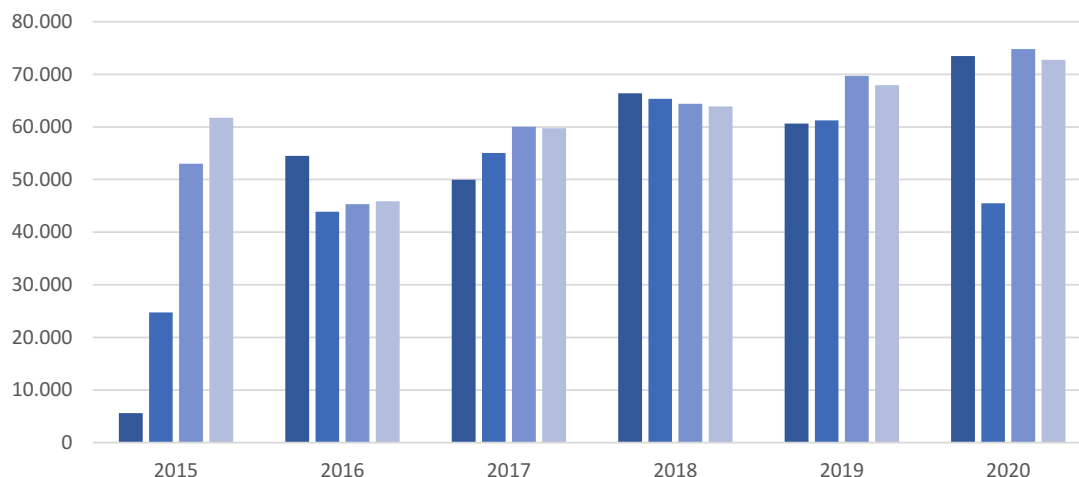
Nel secondo trimestre dell'anno 2020, nei primi mesi di pandemia da Covid-19 e di lockdown nazionale, si è registrato un calo della distribuzione dell'Ulipristal acetato, che è tornata a livelli superiori dal terzo trimestre dello stesso anno.

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

Trimestre	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I (gennaio-marzo)	5.597	54.485	49.968	66.426	60.668	73.498
II (aprile-giugno)	24.733	43.905	55.060	65.367	61.263	45.466
III (luglio-settembre)	53.016	45.302	60.014	64.428	69.739	74.829
IV (ottobre-dicembre)	61.755	45.897	59.760	63.918	67.974	72.774
Totale	145.101	189.589	224.802	260.139	259.644	266.567

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

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

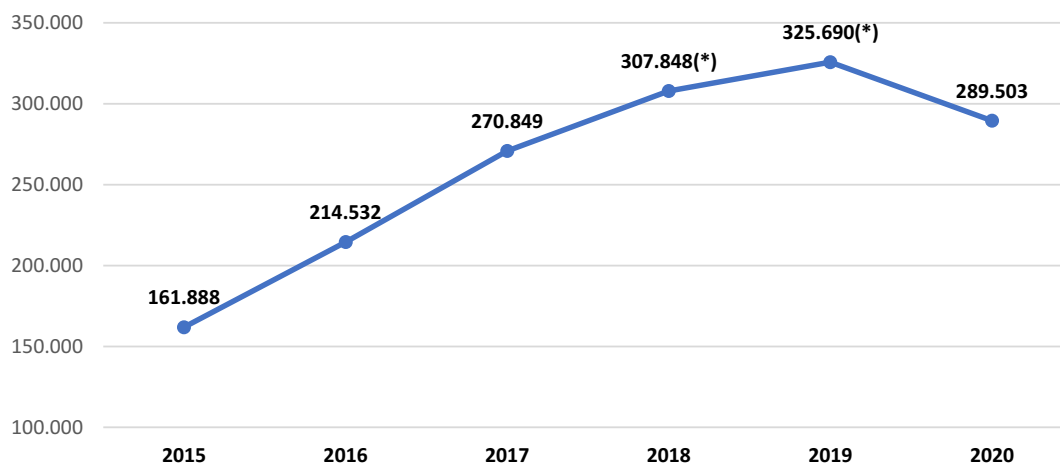
Figura 15 - Distribuzione trimestrale di Ulipristal acetato (ellaOne) – anni 2015-2020

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

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

Analizzando il dato annuale della distribuzione del Levonorgestrel (Norlevo) tra il 2015 e il 2020, si osserva anche per questo contraccettivo di emergenza (Figura 16) un progressivo aumento fino al 2019, in relazione agli effetti della determina AIFA del 1° febbraio 2016, che ha eliminato l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni.

Per l'anno 2020 si registra una riduzione della distribuzione, conseguente alla pandemia da Covid-19, in quanto tale riduzione è concentrata nel secondo e nel quarto trimestre del 2020, periodi di maggiore diffusione del virus. La Figura 17 rappresenta la distribuzione trimestrale del Levonorgestrel (Norlevo) in Italia tra il 2018 e il 2020.

Figura 16 - Distribuzione Levonorgestrel (Norlevo) – anni 2015-2020

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

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

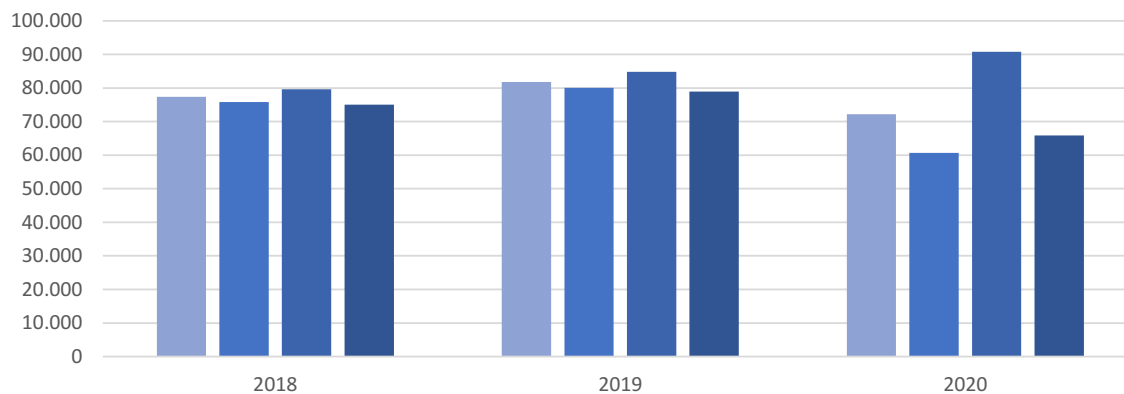
(*) Dati consolidati rispetto alla precedente edizione della Relazione sull'attuazione della legge n. 194/1978

Distribuzione trimestrale di Levonorgestrel (Norlevo) – anni 2018-2020

Trimestre	2018	2019	2020
I (gennaio-marzo)	77.354	81.812	72.203
II (aprile-giugno)	75.838	80.099	60.647
III (luglio-settembre)	79.588	84.806	90.823
IV (ottobre-dicembre)	75.068	78.973	65.830
Totale	307.848	325.690	289.503

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

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

Figura 17 - Distribuzione trimestrale di Levonorgestrel (Norlevo) - anni 2018-2020

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

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

L'analisi delle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'aborto volontario aiuta ad approfondire la conoscenza del fenomeno, con l'obiettivo di promuoverne la prevenzione. La valutazione dell'andamento delle IVG dovrebbe essere realizzata considerando il tasso specifico di abortività che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione. Tuttavia, dal momento che per alcune caratteristiche non si dispone del dato a livello di popolazione e quindi non è possibile calcolare i tassi, il fenomeno viene descritto tramite le distribuzioni percentuali. Gli aspetti che nel tempo hanno avuto un effetto sull'andamento delle IVG includono la progressiva diminuzione dei tassi di abortività specifici per alcune condizioni socio-demografiche e le diverse caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere rispetto alle italiane. Ciò ha avuto un impatto considerevole nell'andamento del fenomeno visto il peso del loro contributo, stimato pari a quasi un terzo del totale delle IVG, nonostante la recente stabilizzazione osservata. Le cittadine straniere presentano una tendenza al ricorso all'aborto volontario tre volte maggiore delle italiane, ma anche differente per età. 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.

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 stati utilizzati i dati più aggiornati disponibili.

Fonti:

Inghilterra: Inghilterra <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2020>; Abortion statistics 2020: data tables.
Francia: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>; <https://abort-report.eu/france/#ar3>.
USA: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7009a1.htm>.
Svizzera: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.gnpdetail.2021-0242.html>.
Spagna: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla1; <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>.
Norvegia: <https://www.fhi.no/en/hn/health-registries/registry-of-pregnancy-termination/induced-abortion-in-norway/>.
Germania: https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Abortions/_node.html; <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Abortions/Tables/legal-statement.html;jsessionid=9C3CDD77519DA2B48BA4F36E06D96CE4.live732>.
Repubblica Ceca; Potraty 2019 <https://www.uzis.cz/res/f/008355/potraty2019.pdf>. Svezia: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-6-6806.pdf>; <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-5-7373.pdf>; www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/aborter.
Canada: Statistics - Abortion in Canada, March 28, 2021; <https://www.arcc-cdac.ca/wp-content/uploads/2020/07/statistics-abortion-in-canada.pdf>.
Danimarca e Finlandia: <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion>; <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion-in-the-nordic-countries>.
Romania: <https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html>;
Ungheria: <https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/>;
Bulgaria: <https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/>;
Olanda: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/documenten/rapporten/2021/11/30/jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap-wafz>

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età nel 2020 (Tabella 6) non si discosta di molto da quella rilevata negli ultimi anni, con un aumento percentuale degli interventi nella classe di età 35-39 anni e una diminuzione per le classi di età 20-24 e 40-44 rispetto al 2019. Anche nel 2020 la percentuale più elevata si è osservata per le donne di età 30-34 (23,0%). Come già indicato, per una migliore interpretazione del fenomeno 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 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 nel calcolo si perderebbero 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. Le maggiori differenze tra tasso per Regione di intervento e Regione di residenza si rilevano in Calabria, Friuli-Venezia Giulia e Toscana che registrano rispettivamente un -26,14%, -14,47% e -11,44% di differenza tra i due tassi (ad indicare un accesso di donne residenti in altre regioni) e in Molise e Basilicata dove il tasso di abortività per Regione di intervento dovrebbe aumentare del 21,71% e dell'11,19% per essere pari al tasso per Regione di residenza (indicazione di un ricorso a strutture di altre regioni da parte delle residenti).

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 2020 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età.

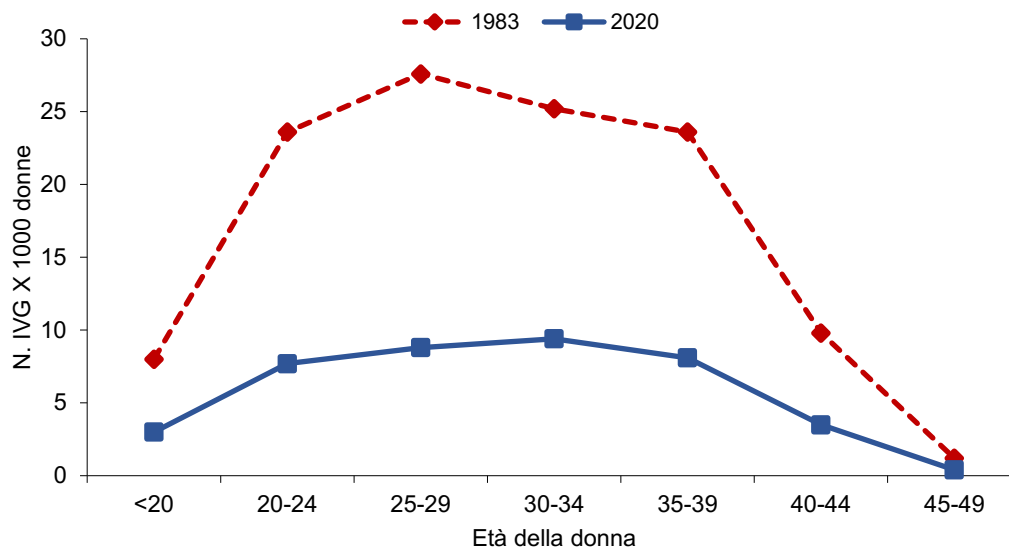
Tassi di abortività per età – anni 1983-2020

Classi di età	Anni								VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2020/2019	2020/1983
< 20	8,0	5,5	5,2	4,7	4,6	3,9	3,7	3,0	-18,3	-62,1
20-24	23,6	13,4	11,0	10,2	10,0	9,4	8,8	7,7	-12,0	-67,3
25-29	27,6	15,7	12,0	11,1	10,8	9,8	9,6	8,8	-8,4	-68,1
30-34	25,2	17,1	11,3	10,5	10,3	10,0	9,8	9,4	-3,6	-62,6
35-39	23,6	15,1	9,3	8,6	8,7	8,1	8,2	8,1	-2,1	-65,8
40-44	9,8	7,2	4,2	3,9	3,9	3,8	3,6	3,5	-3,3	-64,5
45-49	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,0	-70,8

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Nel 2020, rispetto al 2019, si è osservato un decremento dei tassi di abortività in tutte le classi di età, in particolare tra le donne più giovani. 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 2020 per le donne con meno di 20 anni (-62,1%), anche se molto marcata nel 2020 (-18,3%), con un appiattimento della curva, come illustrato nella Figura 18.

Figura 18 – Tassi di abortività per classi di età in Italia – anni 1983 e 2020



L'analisi dei tassi di abortività per classi di età e per Regione (Tabella 7) evidenzia tassi generalmente più elevati nel Nord-Centro Italia rispetto al Sud, con una tendenza a valori maggiori tra le giovani al Nord-Centro. Anche in questo caso il dato è almeno in parte influenzato dal differente effetto del contributo delle straniere, legato alla loro disomogenea presenza sul territorio nazionale, inferiore al Sud rispetto al Nord del Paese.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella di altri Paesi occidentali ad avanzato sviluppo economico. In questi ultimi, infatti, si osservano valori più elevati nelle classi delle donne più giovani (<25 anni).

Tassi di abortività per età: confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2020)	3,0	7,7	8,8	9,4	8,1	3,5
	(2019)	3,7	8,8	9,6	9,8	8,2	3,6
	(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	(2020)	20,5	25,7	27,1	23,4	17,0	7,3
GERMANIA	(2018)	4,0	9,0	9,6	9,2	6,9	2,9
INGHILTERRA E GALLES	(2020)	12,9	29,8	26,3	21,9	14,6	5,7
NORVEGIA	(2020)	4,4	13,6	15,3	14,5	11,1	4,4
REPUBBLICA CECA	(2019)	6,2	17,4	22,6	23,0	18,3	9,0
SPAGNA	(2020)	7,4	15,8	15,4	13,4	9,6	4,0
SVEZIA	(2020)	8,9	21,8	25,0	23,4	17,6	8,0
USA	(2019)	5,8	18,1	17,8	12,3	7,0	2,6
FINLANDIA	(2019)	10,7	24,0	23,7	20,7	14,9	5,2

Nel 2020 continua la diminuzione del ricorso all'IVG da parte delle minorenni che presentano un tasso pari a 1,9 per 1.000 (Tabella 5), valore molto più basso rispetto a quello delle maggiorenni (5,7 per 1.000). Anche in percentuale il contributo delle minorenni è molto contenuto: 1.602 IVG in totale, pari al 2,4% di tutte le IVG.

Nella tabella seguente si riporta l'andamento dal 2000 al 2020 del numero delle IVG effettuate da donne, italiane e straniere, di età inferiore ai 18 anni, la percentuale sul totale delle IVG effettuate e il rispettivo tasso di abortività.

IVG tra le minorenni – anni 2000-2020

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3.596	181	2,7	4,1
2001	3.565	227	2,7	4,1
2002	3.446	306	2,9	4,7
2003	3.556	428	2,8	4,5
2004	3.840	526	3,0	5,0
2005	3.441	605	3,0	4,8
2006	3.512	608	3,2	4,9
2007	3.463	637	3,3	4,8
2008	3.451	624	3,4	4,8
2009	3.127	592	3,2	4,4
2010	3.091	626	3,3	4,5
2011	3.008	586	3,4	4,5
2012	2.761	588	3,3	4,4
2013	2.616	527	3,2	4,1
2014	2.383	472	3,2	3,7
2015	2.164	357	2,9	3,1
2016	2.155	345	3,0	3,1
2017	1.872	309	2,8	2,7
2018	1.928	340	2,6	2,4
2019	1.678	215	2,6	2,3
2020	1.343	166	2,4	1,9

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2020 si è osservata una notevole diminuzione del numero assoluto di IVG sia per le minori italiane sia per quelle straniere rispetto al 2019. L'incremento osservato nei primi anni Duemila 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 a partire dal 2015 una diminuzione, in analogia al contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tabella 12).

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 del profilattico riscontrati in alcuni recenti studi italiani (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 Istisan 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).

La Tabella 22 descrive l'assenso all'IVG rilasciato per le minorenni. Quello rilasciato dai genitori risulta in ulteriore crescita (82,4%, rispetto al 77,8% del 2019) con alcune differenze tra Regioni che potrebbero dipendere anche dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che sono particolarmente elevati in Abruzzo e Calabria. A tal proposito si ricorda 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 dell'aborto, quando prevaleva nettamente la percentuale di IVG effettuate da donne coniugate, negli anni si è osservata una tendenza che ha portato prima alla parificazione della distribuzione percentuale tra coniugate e nubili e, dal 2014-15, a una prevalenza delle nubili rispetto alle coniugate. Nel 2020 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 maggiore riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate rispetto a quella rilevata 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 dal 1981 al 2019, 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; 6,6 nel 2011 e 4,8 nel 2019) e una contenuta riduzione, seguita da un aumento e successiva diminuzione, tra le nubili negli stessi anni (da 11,5 per 1.000 nel 1981 a 8,7 nel 1994; 10,1 nel 2004; 8,3 nel 2011 e 6,1 nel 2019). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l'importante contributo al fenomeno IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella delle 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 2020 (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 2020

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	25,3	50,0	6,0	5,5	68,7	44,5
CENTRO	27,2	48,1	4,5	5,0	68,3	46,9
SUD	40,9	47,1	6,0	7,1	53,1	45,8
ISOLE	36,7	46,9	6,6	3,7	56,7	49,4
ITALIA	31,1	49,1	5,8	5,4	63,1	45,4

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, come negli anni precedenti, è superiore a quella osservata tra le italiane.

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	(2020)	36,3	63,6
	(2019)	36,3	63,8
	(2000)	50,0	50,0
	(1990)	62,5	37,5
GERMANIA	(2020)	38,3	61,7
INGHILTERRA E GALLES	(2020)	17,0	84,0
REPUBBLICA CECA	(2019)	35,8	64,2
USA	(2019)	14,5	85,5

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione socio-economica. La Tabella 9 descrive la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2020 in base al titolo di studio. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (46,2%), in analogia a quanto rilevato nel 2019 (43,9%) e 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. I due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre il secondo fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Come evidenziato dalla tabella seguente, nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza esistono differenze 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 2020, come nei precedenti anni, presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1,2	7,2	27,9	44,0	52,3	38,8	18,6	10,0
CENTRO	4,7	9,7	22,3	38,2	51,7	42,4	21,2	9,7
SUD	2,0	15,0	37,5	43,7	46,6	33,7	13,9	7,6
ISOLE	2,7	13,2	47,5	53,6	39,8	26,0	10,0	7,2
ITALIA	2,3	8,8	31,5	43,0	49,3	38,6	16,9	9,5

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, a partire dal 1991 è rimasto stabile tra quelle con diploma di scuola media inferiore. Il tasso delle donne con titolo di studio basso non si è modificato nel tempo, anzi nell'ultimo anno per il quale 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).

Queste variazioni possono essere spiegate dal fatto che le donne con istruzione più elevata sono quelle che hanno maggiormente 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 che vivono più spesso condizioni di svantaggio socio-economico.

2.4 Occupazione

La Tabella 10 riporta la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 46,5% delle donne che hanno abortito nel 2020 risulta avere un'occupazione, il 20,1% è casalinga e il 9,3% 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 al 2019 si è registrato un aumento delle occupate (da 42,9% nel 2015, a 44,1% nel 2017, 45,6% nel 2018, 46,9% nel 2019). Nell'ultimo anno è invece aumentata la percentuale di disoccupate (22,3%). Si tratta di valori che possono essere influenzati dalle variazioni dell'occupazione nella popolazione femminile generale che nel 2020 ha risentito del calo dell'occupazione femminile legato alla pandemia da COVID-19.

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 2020

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	61,7	40,7	19,9	30,0	7,5	24,5	10,9	4,7
CENTRO	52,4	39,0	20,2	29,2	11,7	25,0	15,7	6,8
SUD	36,8	27,3	21,1	30,2	31,6	38,4	10,6	4,1
ISOLE	30,9	25,0	25,1	31,2	33,1	38,3	10,9	5,5
ITALIA	49,9	38,3	20,9	29,9	17,5	26,6	11,8	5,2

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 2020 questa caratteristica ha riguardato il 93,5% delle IVG (Tabella 11), valore leggermente superiore a quello del 2019 (92,7%) e degli anni precedenti (92,3% nel 2018, 92,1% nel 2017 e 91,4% nel 2016). Delle IVG effettuate da donne residenti in Regione nel 2020, l'87,1% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento (valore leggermente inferiore rispetto a quello del 2019 e 2018). Percentuali più elevate del 20% di mobilità intra-regionale sono riportate nel 2020 in Campania, Molise, Calabria e Abruzzo. Dalla tabella si osserva, inoltre, una percentuale di immigrazione da altre Regioni pari o maggiore del 10% in Umbria al Centro e in Molise e Basilicata al Sud, come negli anni precedenti. Tuttavia, per avere un quadro completo del fenomeno migratorio è necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella Regione considerata che vanno ad abortire in altre Regioni). L'esempio delle Regioni Basilicata e Molise è paradigmatico: nel 2020 presentano un flusso in entrata pari rispettivamente al 18,0% e 15,1% ma hanno anche, come riportato in Tabella 29, un consistente flusso in uscita verso altre Regioni, tanto che il tasso di abortività per residenti in entrambe le Regioni è più elevato di quello per Regione di intervento: 4,22 per 1.000 rispetto a 3,80 in Basilicata e 5,31 rispetto a 4,36 in Molise. 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 possono 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 l'informazione completa da tutte le Regioni in tempi rapidi e compatibili con la preparazione della relazione del Ministro della Salute.

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, 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 2020 si conferma la diminuzione delle residenti all'estero (1.192 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.

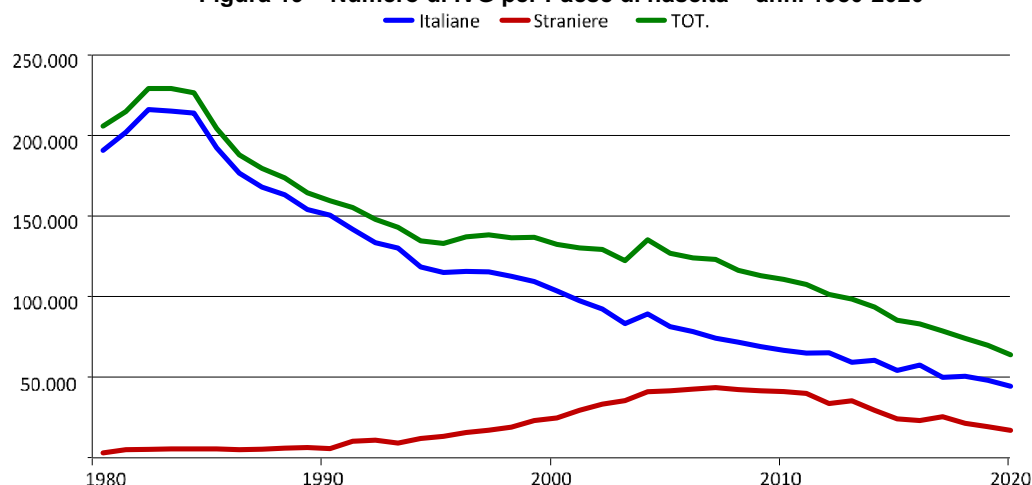
2.6 Cittadinanza

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 2020, in base ai dati riferiti dalle Regioni, le IVG effettuate da cittadine straniere sono 18.632; ridistribuendo, Regione per Regione, i casi per i quali la variabile non è stata rilevata, il numero assoluto risulta pari a 18.902. I dati dettagliati per Regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2020, 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, 51.948 nel 2019 e 47.505 nel 2020, 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 degli aborti volontari tra le donne italiane è stata pari al 79,8% passando dalle iniziali 234.801 alle attuali 47.505 IVG.

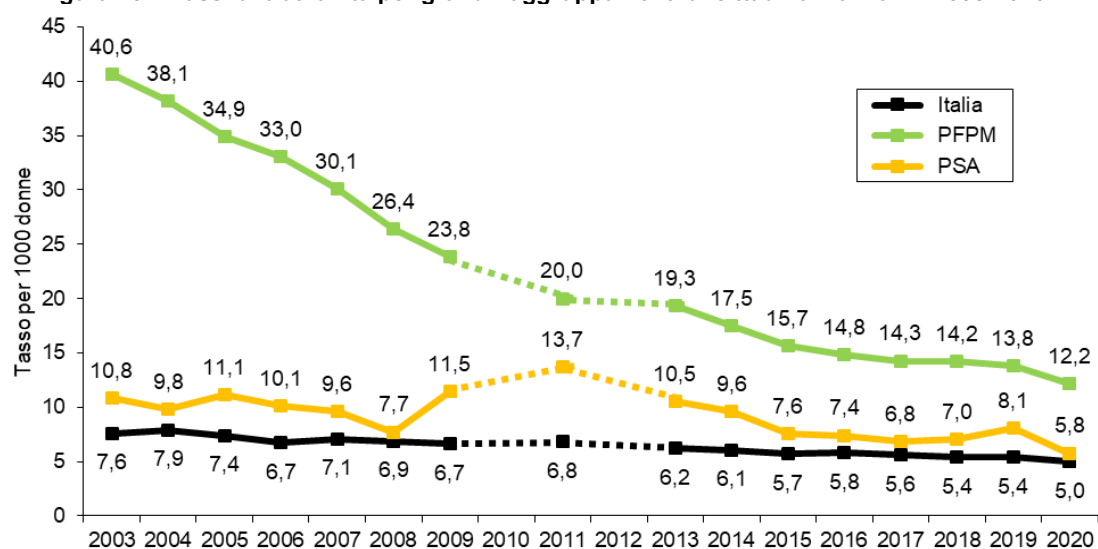
Nel 2020 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 28,5% del dato nazionale, in leggera diminuzione rispetto a quello del 2019 (29,2%) e del 2018 (30,3%) e a quello degli anni precedenti (30,3% nel 2017, 30,0% nel 2016, 31,1% nel 2015 e 33,0% nel 2014). In generale la popolazione immigrata, presente soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord, determina un aumento del numero assoluto di IVG e del tasso di abortività proprio 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 l'informazione relativa al Paese di nascita delle donne in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 19). 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 19 – Numero di IVG per Paese di nascita – anni 1980-2020

Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2019 dei tassi di abortività per le donne residenti, straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti per cittadinanza (donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria - PFPM⁴, 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), come illustrato nella Figura 20. 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 20 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza – anni 2003-2020

Fonte: Istat.

⁴ 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 tra le donne straniere e le 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 2020 tale rapporto è sceso a 2,4. 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 2020 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 2020

Età	Cittadinanza		Rapporto Straniere/Italiane
	Italiane	Straniere	
15-19	2,7	5,4	2,0
20-24	6,2	18,1	2,9
25-29	6,9	19,4	2,8
30-34	7,4	17,4	2,3
35-39	6,8	13,9	2,0
40-44	3,1	6,0	1,9
45-49	0,3	0,5	1,7
15-49 standardizzato	5,0	12,0	2,4

Fonte: Istat.

Per le classi di età più giovani, le straniere hanno tassi di abortività 2-3 volte più elevati delle italiane. La classe di età con il tasso più alto tra le straniere è quella relativa alle donne di 25-29 anni (19,4), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra le donne di 30-34 anni.

Da studi condotti 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 limitare le possibilità di accedere e usufruire dei servizi sanitari (Rapporto Istisan 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere a evitare gravidanze indesiderate è emersa in più recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano 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 Istisan 91/25) ed ampiamente raccomandata dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Durante gli anni 2010-2014, il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato due progetti dedicati alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere con 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 favorire 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. Nelle Regioni partecipanti ai progetti si è potuto osservare miglioramenti delle modalità di accesso e fruizione dei servizi sanitari e

sociosanitari per le popolazioni straniere, miglioramenti nelle aree prioritarie di intervento dei Consultori familiari che, oltre al percorso IVG, hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervico-carcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Tutto ciò è stato realizzato attraverso azioni di sistema mirate a sviluppare nelle ASL, sedi di attuazione del progetto, un modello organizzativo con funzioni di coordinamento ed elemento propulsore per interventi trasversali interaziendali ed extra aziendali ed operante negli ambiti: Assistenza di base, Prevenzione, Assistenza Materno – Infantile e Integrazione medicina di base, territoriale ed ospedaliera. Alcune aziende che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre hanno rilevato miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione e alla procreazione responsabile e un aumento di circa il 15-20% delle donne che tornavano ai Consultori per il controllo post-IVG. Sono stati inoltre prodotti diversi materiali di comunicazione tradotti in 8 lingue con il coinvolgimento delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, per la tutela della maternità e per la prevenzione dell'abbandono del neonato.

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 e l'evoluzione del fenomeno nel tempo.

Per queste informazioni fino al 2019 era presente un problema di qualità dei dati perché i compilatori del questionario, in caso di donne senza nati vivi, aborti spontanei e volontari, invece di riportare il valore zero per ciascuna variabile, talvolta non compilavano affatto i campi corrispondenti alla storia riproduttiva.

Con il nuovo sistema di acquisizione tramite GINO++ non è più possibile non compilare queste variabili e il sistema forza l'inserimento del valore 99 previa conferma obbligatoria da parte dell'operatore che inserisce il dato.

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 2020 il 60,6% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio, percentuale leggermente superiore a quella del 2019 e 2018 (60,1%) e leggermente inferiore a quella osservata nel 2017 (60,9%). Il 38,0% 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 2020, si ottiene il seguente quadro.

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica – anno 2020

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	50,0	25,0	22,1	25,8	21,0	31,7	6,9	17,5
CENTRO	51,5	28,4	21,4	23,9	21,1	32,5	6,0	15,2
SUD	36,0	20,8	20,7	25,8	29,8	35,3	13,4	18,1
ISOLE	36,0	21,1	21,6	24,3	27,1	33,0	15,3	21,5
ITALIA	45,0	25,3	21,5	25,3	24,1	32,3	9,4	17,1

Elaborazioni su dati Istat.

Tra le donne italiane che hanno effettuato una IVG nel 2020 la proporzione di quelle con uno o più nati vivi era diversa per area geografica e pari al 50,0% al Nord, a 48,5% al Centro, 64,0% al Sud e 64,0% nelle Isole. Le percentuali corrispondenti per le straniere differiscono in maniera meno marcata per area geografica, rispettivamente: 75,0%, 71,6%, 79,2% e 78,9%. 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 questionario 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 1983-2020

	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
2020*	39,3	22,6	26,4	8,8	2,8

* Nati vivi

In Italia, le percentuali di donne senza figli tra quelle che hanno eseguito una IVG sono simili o leggermente inferiori a quelle riportate dai Paesi inclusi nella tabella a seguire.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2020) *	39,3	60,7
GERMANIA	(2020)	40,7	59,3
INGHILTERRA E GALLES	(2020)	42,0	58,0
OLANDA	(2020)	46,3	53,7
SPAGNA	(2018)	46,1	53,9
REPUBBLICA CECA	(2019)	35,1	64,9
USA	(2019)	40,2	59,7

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2020, l'84,9% 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 2019 (85,5%), 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 2020 si è ridotta la quota di dati mancanti per questa variabile (Tabella 13) rispetto agli anni precedenti.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti – anni 1983-2020

	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
2020	84,9	11,9	2,4	0,5	0,3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2020 (Tabella 15) descrivono una lieve diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti dopo un periodo di sostanziale stabilità osservato dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti – anni 1983-2020

	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
2020	17,9	4,6	1,3	0,7	24,5

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 quella osservata. 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) – anni 1989-2020

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2002	2006	2010	2016	2018	2019	2020
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	24,5
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	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 immigrate al fenomeno dell'IVG. 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 2020, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori rispetto a quelli delle cittadine italiane (32,7% rispetto a 21,2%), 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 2020

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	Straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16,0	22,8	3,4	6,6	1,2	3,2	20,5	32,6
CENTRO	14,9	22,5	3,0	7,3	1,1	3,7	19,1	33,4
SUD	17,2	19,9	4,7	8,6	2,1	4,7	24,1	33,1
ISOLE	16,0	17,6	3,3	6,7	1,2	3,5	20,5	27,7
ITALIA	16,1	22,2	3,7	7,0	1,4	3,5	21,2	32,7

Elaborazioni su dati Istat.

Nel 2020 la più alta frequenza di IVG ripetute tra le cittadine italiane riguarda le Regioni del Sud, che segnalano il 24,1% del totale del fenomeno. Considerando tutte le donne (Tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si osserva in Liguria (30,0%); al Centro, in Toscana (25,9%); al Sud, in Puglia (31,1%). Il numero di casi in cui questa variabile è mancante nel questionario (che spesso corrisponde a “zero IVG precedenti”) potrebbe influenzare le differenze regionali. Ancora una volta si sollecita la compilazione e la registrazione di tutti i campi, anche nel caso di risposta “0” o “nessuno”.

Un confronto con gli altri Paesi che descrivono questo dato, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano per gli aborti ripetuti rimane il più basso a livello internazionale, insieme a quello della Repubblica Ceca.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2020)	75,5	17,9	4,6	2,0	24,5
	(2019)	74,8	18,2	4,9	2,1	25,2
	(2006)	73,0	18,6	5,5	3,0	27,1
INGHILTERRA E GALLES	(2020)	58,0	30,0	9,0	3,0	42,0
OLANDA	(2020)	65,4	23,5	6,9	3,7	34,1
SPAGNA	(2018)	63,2	23,7	8,4	4,5	36,6
SVEZIA	(2018)	54,8	26,0	---19,2---		45,2
USA	(2019)	58,2	23,8	10,5	7,5	41,8
REPUBBLICA CECA	(2019)	78,0	16,9	3,9	1,7	22,0

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, alla quale viene rilasciata una copia, con il quale si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta 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 questionario Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo quando il medico del Consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, oppure in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge (art. 5, L. 194/78).

Anche per il 2020 i Consultori familiari hanno rilasciato complessivamente più documenti e certificazioni (43,1%) degli altri servizi (Tabella 16). Le Regioni che nel 2020 riportano valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più attivo del Consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: P.A. di Trento (74,6%), Emilia-Romagna (72,9%), Piemonte (64,4%), Umbria (65,5%) e Marche (64,3%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale (27,6%) ed insulare (21,3%) dove la maggioranza dei documenti viene rilasciata dal servizio ostetrico-ginecologico (rispettivamente 43,9% e 57,9%).

Le differenze per area geografica si confermano anche esaminando il dato per cittadinanza e si conferma anche nel 2020 un maggior ricorso ai Consultori da parte delle straniere rispetto alle italiane in tutte le aree geografiche del Paese.

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	51,1	60,4	21,8	15,4	25,4	22,3	1,8	1,8
CENTRO	41,3	47,2	14,2	16,5	41,9	33,6	2,5	2,7
SUD	26,6	33,8	27,4	23,6	44,4	40,9	1,6	1,7
ISOLE	19,9	31,3	19,2	16,8	59,0	50,3	1,9	1,6
ITALIA	39,0	53,2	21,5	16,6	37,5	28,2	1,9	2,0

Elaborazioni su dati Istat

Dal 1983 al 2020 i Consultori familiari hanno raddoppiato la frequenza di rilascio della documentazione con un incremento costante, passando dal 24,2% al 43,1% 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 osservare 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, dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e dei LEA, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

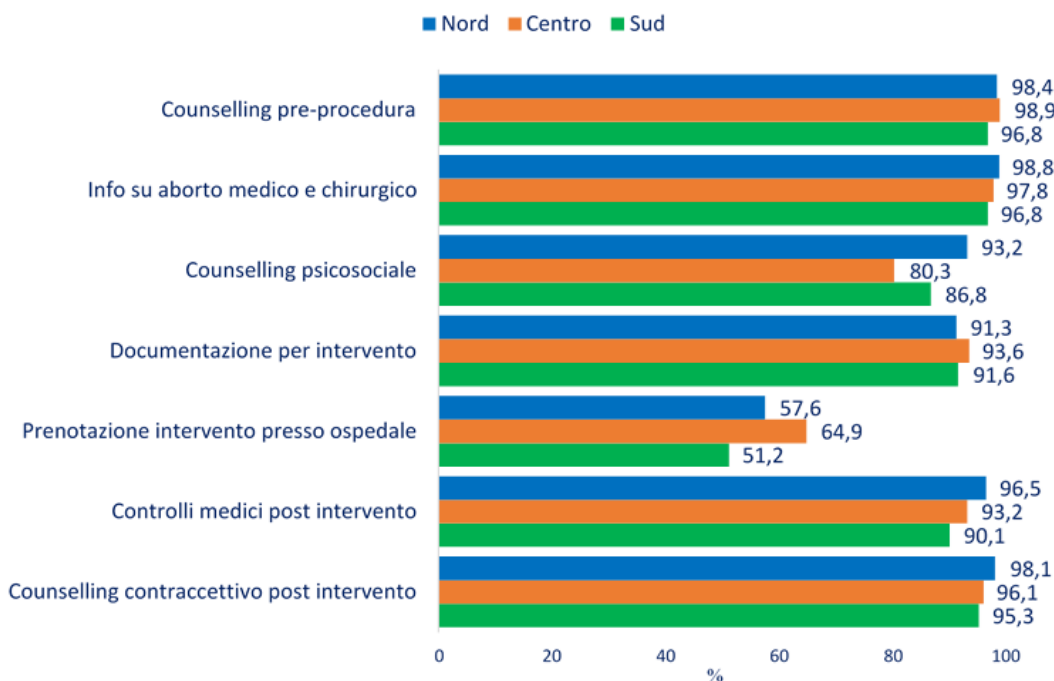
La tabella seguente mostra l'andamento del luogo di rilascio del documento o certificato nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato – anni 1983-2020

	Medico di fiducia	Servizio Ost. Ginec.	Consultorio	Altro
1983	52,9	21,4	24,2	1,4
1987	52,4	25,7	20,0	1,9
1991	47,8	29,1	21,4	1,7
1995	45,5	29,1	23,5	1,9
1999	38,6	31,0	28,7	1,7
2000	36,0	32,2	30,1	1,7
2004	32,2	30,8	35,1	1,8
2007	27,7	33,0	37,2	2,2
2009	27,5	31,2	39,4	1,9
2010	26,0	30,9	40,4	2,6
2011	25,3	30,5	40,7	3,4
2012	24,3	30,5	42,0	3,1
2013	22,9	32,3	41,6	3,1
2014	21,7	33,0	41,9	3,4
2015	21,4	33,0	42,3	3,3
2016	21,6	31,7	42,9	3,7
2017	21,0	31,3	43,6	4,0
2018	20,8	31,4	44,1	3,8
2019	19,9	33,4	44,2	2,5
2020	20,2	34,8	43,1	1,9

L'importante ruolo del Consultorio nella prevenzione dell'IVG 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 P.A. di Trento per un totale di 1.557 Consultori. Nella Figura 21 sono riportate le principali attività che i Consultori riferiscono di offrire alle donne che accedono al percorso IVG. Questa attività rappresenta una ulteriore ragione a sostegno del potenziamento e riqualificazione dei Consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e dei LEA, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, e secondo quanto previsto nell'ambito del Piano Nazionale per l'Equità nella Salute, concentrato sulle Regioni del Meridione e finanziato con fondi europei.

Figura 21 – Attività offerte alle donne che accedono al percorso IVG per area geografica (%)

Come si può osservare, quasi tutti i Consultori offrono il *counselling* prima della procedura e forniscono informazioni sulla tecnica di intervento, senza differenze per area geografica. Non tutti riescono ad offrire un *counselling* 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 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 *counselling* contraccettivo post-IVG sono offerti dalla quasi totalità dei consultori senza differenze per area geografica.

Nel 2020 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 1.925 Consultori familiari pubblici censiti nel 2020 (erano 1.945 nel 2019, 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 sul territorio, compromettono il ruolo di questo servizio strategico per la prevenzione del fenomeno IVG e la promozione della salute sessuale e riproduttiva. Si tratta infatti di presidi unici per quanto attiene all'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 2020 il ricorso al 3° comma dell'articolo 5 della legge n. 194/78 è avvenuto nel 25,0% dei casi (Tabella 18) rispetto al 23,5% del 2019, 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). Il 2020 è stato inoltre l'anno della pandemia che, come descritto nel paragrafo "L'indagine ISS sulle criticità organizzative dei servizi IVG durante la pandemia" (cfr. pag. 14) ha avuto un impatto negativo sull'attività di alcuni servizi IVG. Nonostante oltre la metà delle Regioni abbia dichiarato che nessuna struttura ha segnalato problemi, alcune strutture hanno deciso in autonomia di ridurre il numero di interventi settimanali in base a quanto riferito da Regioni, sospendere le procedure di IVG farmacologica in 4 Regioni e chirurgica in 2 Regioni. Percentuali più alte e superiori al valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (45,9%), in Piemonte (45,5%), nel Lazio (45,8%), in Toscana (33,5%), e in Emilia-Romagna (30,9%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2020 risulta pari al 21,3% al Nord, 37,5% al Centro, 11,8% al Sud e 11,8% nelle Isole.

La tabella a seguire descrive l'urgenza dell'intervento in funzione dell'età gestazionale distinta entro e oltre i 90 giorni, della presenza o meno di malformazioni e del tipo di intervento distinto in chirurgico o farmacologico. La variabile sull'urgenza risulta non compilata in un numero esiguo di casi (percentuali comprese tra lo 0,5% e il 4,9%). L'intervento in urgenza è stato segnalato nel 21,8% delle IVG effettuate entro i 90 giorni e nel 71,3% di quelle effettuate oltre i 90 giorni; nel 71,5% delle IVG eseguite in presenza di malformazioni e nell'11,4% in loro assenza. Come descritto in tabella la percentuale di interventi eseguiti in urgenza è oltre 3 volte più frequente in caso di aborto farmacologico rispetto a quanto segnalato in caso di aborto chirurgico. La differenza sembra ascrivibile al tempo limite oltre il quale non è possibile somministrare i farmaci per l'IVG farmacologica, pari a 7 settimane fino ad agosto 2020 e a 9 settimane dopo questa data. Una verifica della percentuale di IVG farmacologiche eseguite in urgenza rispettivamente da gennaio ad agosto e da settembre a dicembre 2020, ha evidenziato una riduzione degli interventi eseguiti in urgenza che sono scesi dal 44,7% entro agosto al 37,2% nei mesi successivi dell'anno.

IVG urgenti (%) per età gestazionale, presenza di malformazioni e tipo di intervento – anno 2020

	Età gestazionale		Presenza di malformazioni		Tipo di intervento	
	Primi 90gg	Oltre 90gg	Si	No	Chirurgico (1,2,3)	Farmacologico (4,5,6)
URGENTE	21,8	71,3	71,5	11,4	13,82	44,8
NON URGENTE	78,2	28,7	28,5	88,6	86,2	55,2
N.R.	3,9	4,9	4,6	0,5	4,6	4,7

1 Raschiamento, 2 Metodo di Karman, 3 Altre forme di isterosuzione, 4 Somministrazione di solo mifepristone, 5 Somministrazione di mifepristone e di prostaglandina, 6 Somministrazione di sola prostaglandina

Elaborazioni su dati Istat.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione nel 2020 (Tabella 19) mostra che il 56,0% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane (rispetto al 53,5% del 2019), il 10,9% tra 11 e 12 settimane e il 6,5% 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). Tale aumento sembra in parte attribuibile all'aumento del ricorso all'aborto farmacologico che deve essere praticato a un'epoca gestazionale precoce. Nel 2020 si è riscontrato un lieve aumento (6,5%) della percentuale di IVG eseguite oltre 12 settimane di gestazione rispetto ai dati degli anni precedenti 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, seppur entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 13,5% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 10,0% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	55,7	51,7	24,7	29,5	11,6	14,6	7,9	4,2
CENTRO	59,4	53,7	23,2	30,1	9,7	12,6	7,7	3,5
SUD	63,2	56,2	23,8	31,4	6,8	9,5	6,1	3,0
ISOLE	45,2	43,7	34,1	38,3	11,5	13,0	9,2	5,0
ITALIA	57,3	52,3	25,2	30,2	10,0	13,5	7,6	4,0

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 coinvolti nel percorso IVG. Va tuttavia tenuto presente che alcune strutture non effettuano IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10ma od 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 2020 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (4,0%) rispetto alle italiane (7,6%), per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata e per la loro maggior propensione ad avere gravidanze prima dei 30 anni, quindi a minor rischio di malformazioni fetali che potrebbero indurre la richiesta di un aborto terapeutico. Si sottolinea anche la variabilità regionale 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 che riporta la percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regione nel 2020.

IVG (%) oltre la dodicesima settimana per Regione – anno 2020

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	6,2	Marche	6,8
Valle d'Aosta	3,4	Lazio	6,8
Lombardia	6,8	Abruzzo	6,3
Bolzano	6,6	Molise	2,0
Trento	7,8	Campania	5,2
Veneto	7,7	Puglia	6,5
Friuli Venezia Giulia	7,9	Basilicata	6,3
Liguria	6,0	Calabria	5,2
Emilia Romagna	5,5	Sicilia	8,7
Toscana	5,8	Sardegna	8,4
Umbria	4,6		
		ITALIA	6,5

Elaborazioni su dati Istat.

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Sicilia, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, nella P.A. di Trento e in Veneto. 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. 194/78 sul questionario e da parte dei referenti regionali di monitorare che questo avvenga individuando 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 relative alla 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 dodicesima settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2020)	66.413	5,8	6,5
	(2019)	73.207	7,1	5,4
	(2006)	131.018	11,1	2,9
GERMANIA	(2020)	99.948	nd	2,9
INGHILTERRA E GALLES	(2020)	209.917	18,2	6,0
NORVEGIA	(2020)	11.081	9,2**	4,5
OLANDA	(2020)	31.364	8,9	14,9
REPUBBLICA CECA	(2019)	31.797	13,5**	5,1
SVEZIA	(2020)	34.596	18,3	6,4
SVIZZERA	(2020)	10.906	6,8	5,0

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

** tasso di abortività 15-49 anni.

nd = non disponibile

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

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, è stata inserita nel questionario a partire dal 2000. Negli ultimi anni è costantemente 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, 72,6% nel 2019 e 74,3% nel 2020 (Tabella 21). Corrispondentemente è diminuita la percentuale di IVG effettuate 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, 9,9% nel 2019 e 9,8% nel 2020. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza (paragrafo 3.2) e all'introduzione del 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 (2,0% nel 2020 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 2020

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	73,2	70,2	15,1	16,7	6,2	7,0	5,6	6,1
CENTRO	81,1	75,5	12,7	16,1	4,1	5,9	2,1	2,5
SUD	80,8	77,2	12,9	15,3	4,1	5,2	2,2	2,3
ISOLE	68,4	67,3	19,1	18,8	8,0	9,7	4,5	4,2
ITALIA	76,3	72,1	14,5	16,5	5,4	6,6	3,9	4,8

Elaborazioni su dati Istat.

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Nel 2020 si sono riscontrate percentuali elevate di tempi di attesa superiori a 3 settimane

in Valle D'Aosta (19,3%), Lombardia (17,6%) Veneto (20,3%). In Calabria il 13,8% delle IVG si è verificato dopo un tempo di attesa superiore ai 28 giorni.

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

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2020 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 1983-2020

	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
2020	95,2	4,8	0,0

La quasi totalità delle IVG (95,2% nel 2020) 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% (Tabella 23). La Regione Toscana ha eseguito 24 IVG (0,04% di tutte le IVG nazionali) presso ambulatori pubblici, in ottemperanza alle nuove linee di indirizzo del Ministero della Salute.

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 2020

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98,7	98,4	1,3	1,6
CENTRO	97,3	96,6	2,7	3,4
SUD	86,3	92,7	13,7	7,3
ISOLE	92,2	93,0	7,8	7,0
ITALIA	94,3	97,2	5,7	2,8

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 560 stabilimenti dei quali 357 hanno effettuato IVG (63,8% del totale). Nel 2019 il numero totale di stabilimenti era leggermente superiore (564) e più alta 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 2020 (63,8%) sono risultati leggermente superiori rispetto al 2019 (63,1% nel 2019) e inferiori rispetto agli anni precedenti (64,9% nel 2018 e 64,5% nel 2017). Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2020 si va da un minimo di 27,9% in Campania e 28,6% nella P.A. di Bolzano al 100% in Valle d'Aosta e 92,9% nelle Marche.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Come indicato in Tabella 24, nel 2020 permane elevato (37,7%) 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, 52,8% nel 2018 e 44,8% nel 2019. Dal 2012 è stata introdotta nel questionario la voce "Sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile. La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 24,0% 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, il 19,2% del 2018 e il 23,9% del 2019) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi in Molise e Valle d'Aosta 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 29,3% dei casi nel 2020. Questo incremento può essere ricondotto principalmente all'aumento dell'aborto farmacologico.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 2,6% 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 2020 le percentuali salgono a 54,4% per l'anestesia generale, 3,6% per l'anestesia locale e 34,8% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2020.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	Straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	35,0	39,6	2,5	2,7	5,8	4,8	24,2	27,0	32,5	25,9
CENTRO	27,5	30,8	4,5	7,2	0,8	0,8	18,0	22,2	49,2	39,0
SUD	44,1	49,3	0,8	1,6	1,5	0,7	23,3	23,4	30,3	24,9
ISOLE	46,2	49,1	0,3	0,4	3,1	3,4	30,6	28,5	19,8	18,7
ITALIA	37,3	38,8	2,2	3,6	3,3	3,3	23,4	25,5	33,8	28,8

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 2020 (Tabella 25), sebbene permanga un 8,6% di interventi effettuati con raschiamento, in diminuzione rispetto al periodo 2016-2019 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 1983-2020

	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
2020 ^a	8,6	14,9	40,8	35,6

* 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 30,3% e 21,1% dei casi rispettivamente, come negli anni precedenti), in Lombardia (15,7%), in Calabria (12,8%), in Veneto e Toscana (12,6% e 12,7%) e in Friuli-

Venezia Giulia (11,5%), a fronte di valori contenuti in diverse altre Regioni (meno del 5% nella P.A. di Trento, in Molise, Puglia, Basilicata, Campania, nella P.A. di Bolzano, in Valle d'Aosta, nel Lazio e in Umbria). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurne l'uso.

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

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica – anno 2020

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	9,9	11,0	17,8	20,3	32,5	36,8	2,0	1,5	35,1	28,7	2,8	1,7
CENTRO	6,6	7,4	16,3	18,8	31,4	39,8	1,1	0,7	42,0	31,5	2,6	1,7
SUD	4,4	8,7	6,3	7,5	56,1	57,7	1,2	1,3	29,9	23,5	2,1	1,3
ISOLE	13,4	13,2	10,2	13,1	53,1	53,6	3,8	2,5	15,4	15,4	4,1	2,1
ITALIA	8,1	10,0	13,5	18,3	41,0	40,4	1,8	1,3	32,9	28,3	2,7	1,7

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 dati 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) 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 2020 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportato nel questionario 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 delle prostaglandine e il loro esteso utilizzo ormai in tutte le Regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2020 dell'aborto farmacologico.

IVG effettuate con metodo farmacologico – anni 2005-2020

Anno	2005	2009	2010	2011	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020
N. di IVG farmacologiche*	132	857	3.836	7.432	8.114	10.257	13.255	14.267	15.750	17.799	20.902
% sul totale IVG	0,1	0,7	3,3	6,7	9,7	12,9	15,7	17,8	20,8	24,9	31,9
N. Regioni	2	5	18	20	20	21	21	21	21	21	21

*Mifepristone e prostaglandine

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 in particolare in Basilicata (52,5% di tutte le IVG nel 2020), Liguria (54,8%), Piemonte (51,6%), Emilia-Romagna (50,8%), P.A. di Trento (45,8%), Toscana (44,8%), Calabria (41,2%) e Lazio (40,7%), come riportato in Tabella 25.

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 relativi al 2019 risulta che il 95,8% delle IVG effettuate con Mifepristone + prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come da normativa vigente in Italia fino ad agosto 2020 (Supplemento ordinario della G.U. 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 all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina per terminare l'intervento 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.

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 in Italia. 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 presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i Consultori o in day hospital. 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'88,1% delle IVG del 2020 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4,3% 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 1983-2020

	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
2020	88,1	4,3	7,6

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

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2019 e 2020 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 2019-2020

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
NORD	87,2	86,6	5,0	5,5	7,9	7,9
CENTRO	95,4	94,8	1,4	1,7	3,3	3,6
SUD	89,6	88,5	2,6	2,8	7,9	8,7
ISOLE	81,8	79,1	8,2	7,7	10,0	13,3
ITALIA	88,9	88,1	4,0	4,3	7,1	7,6

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2020 sono state registrate 7,6 complicanze per 1.000 IVG (Tabella 27) rispetto a 6,0 per 1.000 del 2019, al 5,6 del 2018, al 7,3 del 2017 e al 6,0 del 2016. L'emorragia è la complicanza più frequente (3,3 per 1.000) con valori elevati e meritevoli di attenzione in Valle d'Aosta (26,3 per 1.000), P.A. Trento (10,7 per 1.000) e Liguria (10,3 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 è possibile indicare nel questionario più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto. Il mancato/incompleto aborto è stato segnalato in 720 IVG (1,1% di tutte le IVG).

Le analisi delle complicanze associate alle IVG farmacologiche (somministrazione di solo mifepristone, di mifepristone e prostaglandina, di sola prostaglandina) sono descritte nella tabella a seguire. Il 95,8% delle IVG con metodo farmacologico non è risultato associato ad alcuna complicanza. In linea con i dati della letteratura internazionale il mancato/incompleto aborto seguito dalla necessità di una revisione chirurgica della cavità uterina è stato rilevato nel 2,9% dei casi. Le complicazioni emorragiche sono state pari a 4,1 per 1.000 IVG (pari a 0,4%) e quelle infettive a 1 per 1.000 (pari allo 0,1% come riportato nella tabella a seguire). Nell'1,9% dei casi l'informazione risulta essere mancante.

Prendendo in esame le IVG chirurgiche eseguite mediante isterosuzione, Karman e raschiamento non è stata rilevata alcuna complicanza nel 99,5% dei casi. Il mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico è stato segnalato nello 0,2% dei casi, l'emorragia in 3 casi ogni 1.000 IVG (pari a 0,3%) e sono stati segnalati 7 casi di infezione. Il dato è mancante per l'1,6% degli interventi.

Complicanze (%) associate alle IVG effettuate con metodo farmacologico e chirurgico – anno 2020

Complicanze	Farmacologico (item 4 5 6)	Chirurgico (item 1 2 3)
Nessuna	95,8	99,5
Emorragia	0,4	0,3
Infezione	0,1	0,0
Decesso	0,0	0,0
Mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico	2,9	0,2
Altra	0,9	0,1
N.R.	1,9	1,6

1 Raschiamento, 2 Metodo di Karman, 3 Altre forme di isterosuzione, 4 Somministrazione di solo mifepristone, 5 Somministrazione di mifepristone e di prostaglandina, 6 Somministrazione di sola prostaglandina

Elaborazioni su dati Istat

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.

Il Sistema di Sorveglianza ISS raccoglie annualmente i dati regionali aggregati relativi all'obiezione di coscienza, chiedendo a ciascuna Regione di indicare il numero complessivo delle unità di personale obiettore operante negli istituti di cura con reparto di ostetricia e/o ginecologia per categoria professionale (medici, anestesisti, professioni sanitarie non mediche) e non obiettore, con analogo dettaglio per categoria professionale.

A sua volta, 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, per valutare 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 di ciascuna Regione, in valore assoluto e percentuale, relativi al personale obiettore per categoria professionale. Nel 2020, la quota di obiezione di coscienza risulta elevata, specialmente tra i ginecologi: 64,6% rispetto al 67,0% dell'anno precedente.

Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari a 44,6% (43,5% nel 2019). Ancora inferiore, rispetto ai medici e agli anestesisti, è la percentuale di personale non medico che ha presentato obiezione nel 2020, pari al 36,2% (37,6% nel 2019).

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. 194/78, *“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”*.

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).

Con i rappresentanti di tutte le Regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della legge n. 194/78 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, 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.

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili: percentuale di stabilimenti con reparto di ostetricia e/o ginecologia in cui si pratica IVG;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile: punti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49 anni);*
- ✓ **parametro 3:** *Offerta del servizio IVG e diritto all'obiezione di coscienza degli operatori: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.*

Il parametro 3 è calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture, in rapporto a 44 settimane lavorative annuali (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei). Il parametro è calcolato sia a livello regionale sia a livello di singola struttura, per individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

PARAMETRO 1: *Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili: percentuale di stabilimenti con reparto di ostetricia e/o ginecologia in cui si pratica IVG*

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 2020, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominate nei flussi informativi "stabilimenti") risulta pari a 560 (erano 564 nel 2019), mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2020 risulta pari a 357, cioè il 63,8% del totale (erano 356 nel 2019, pari al 63,1% del totale).

La tabella relativa all'*Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili* mostra il confronto tra il totale degli stabilimenti con reparto di ginecologia e/o ostetricia e i punti IVG per ogni Regione nell'anno 2020; 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 22. In 9 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%.

PARAMETRO 2: *Offerta del servizio IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile: punti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49 anni)*

Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della legge n. 194/78, 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: i valori più bassi si registrano in Campania (1,5 punti IVG per 100.000 donne in età fertile), Molise (1,7) e P.A. di Bolzano (1,8), mentre il valore più alto, pari a 5,8 punti IVG per 100.000 donne in età fertile, si registra in Umbria.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG sia quello rapportato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare adeguata rispetto al numero delle IVG effettuate.

Offerta del servizio IVG in termini di strutture disponibili – anno 2020

Regione	Stabilimenti* con reparto di ostetricia e/o ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Percentuale di stabilimenti in cui si pratica IVG (Par.1)	Stabilimenti IVG per 100.000 donne in età fertile (15-49) (Par.2)
Piemonte	34	27	79,4%	3,2
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	4,1
Lombardia	75	54	72,0%	2,6
P.A. Bolzano	7	2	28,6%	1,8
P.A. Trento	6	3	50,0%	2,7
Veneto	37	32	86,5%	3,3
Friuli-Venezia Giulia	14	9	64,3%	3,9
Liguria	16	14	87,5%	5,1
Emilia-Romagna	50	34	68,0%	3,8
Toscana	36	27	75,0%	3,7
Umbria	12	10	83,3%	5,8
Marche	14	13	92,9%	4,3
Lazio	40	23	57,5%	1,9
Abruzzo	15	9	60,0%	3,5
Molise	3	1	33,3%	1,7
Campania	68	19	27,9%	1,5
Puglia	31	22	71,0%	2,6
Basilicata	7	4	57,1%	3,5
Calabria	15	8	53,3%	2,0
Sicilia	57	31	54,4%	3,0
Sardegna	22	14	63,6%	4,4
ITALIA	560	357	63,8%	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.

Figura 22 - Percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano IVG (Parametro 1) – anno 2020

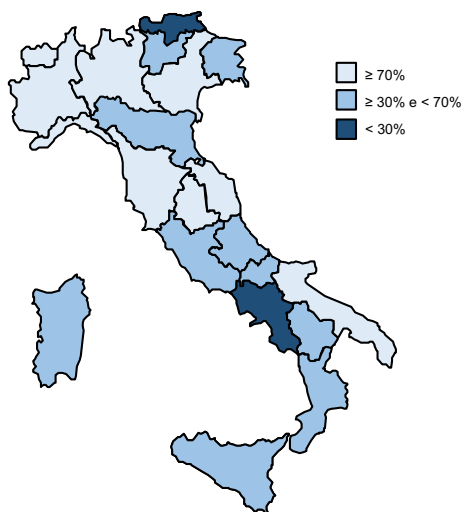
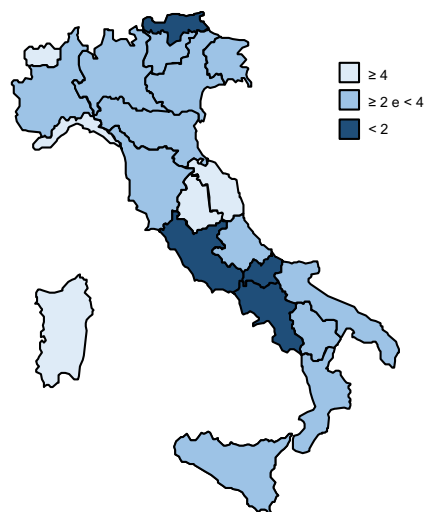


Figura 23 – Stabilimenti IVG per 100.000 donne in età 15-49 anni (Parametro 2) – anno 2020



PARAMETRO 3: 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 del 2020 relativi al numero di IVG effettuate e al numero di ginecologi non obiettori, si rileva, come mostra la tabella seguente, che il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore 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 1,0 IVG a settimana, dato in leggera diminuzione.

A livello regionale il valore più basso si registra in Valle d'Aosta, con una media di 0,3 IVG settimanali per ginecologo non obiettore. Il dato più alto si registra in Molise, con 2,9 IVG settimanali in media.

Eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale.

Parametro 3: Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – anni 2016-2020 e valore massimo per singola struttura IVG nel 2020

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore					Valore massimo per singola struttura IVG 2020
	2016	2017	2018	2019	2020	
Piemonte	1,3	1,1	1,1	1,1	1,0	5,9
Valle D'Aosta	0,3	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3
Lombardia	N.P.	1,2	1,1	1,1	0,8	5,6
P.A. Bolzano	1,2	2,3	2,4	1,5	1,1	1,4
P.A. Trento	0,8	0,7	0,9	0,8	0,5	0,8
Veneto	1,2	1,2	1,2	1,1	0,8	5,5
Friuli-Venezia Giulia	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
Liguria	1,3	1,0	1,0	0,8	1,0	2,6
Emilia-Romagna	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	5,2
Toscana	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	2,3
Umbria	1,1	1,1	0,8	0,8	0,8	3,2
Marche	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8	2,2
Lazio	2,6	2,4	2,0	2,1	1,4	7,3
Abruzzo	2,4	2,1	1,7	1,9	1,5	9,7
Molise	9,0	8,6	3,8	6,6	2,9	2,9
Campania	1,4 (*)	3,6	N.P.	2,6	1,9	9,9
Puglia	3,0	2,7	2,0	2,6	2,0	8,5
Basilicata	2,5	3,1	1,5	1,3	1,2	3,1
Calabria	1,9	1,7	1,6	1,4	1,1	5,7
Sicilia	1,7	1,9	1,2	1,9	1,5	16,1
Sardegna	0,6	0,5	0,4	0,6	0,4	1,2
ITALIA	1,6	1,2	1,2	1,1	1,0	

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. 194/78; numerosità delle IVG per singolo presidio ospedaliero rilevata dalla piattaforma web Istat "GINO++"

(*) dato pervenuto in maniera parziale

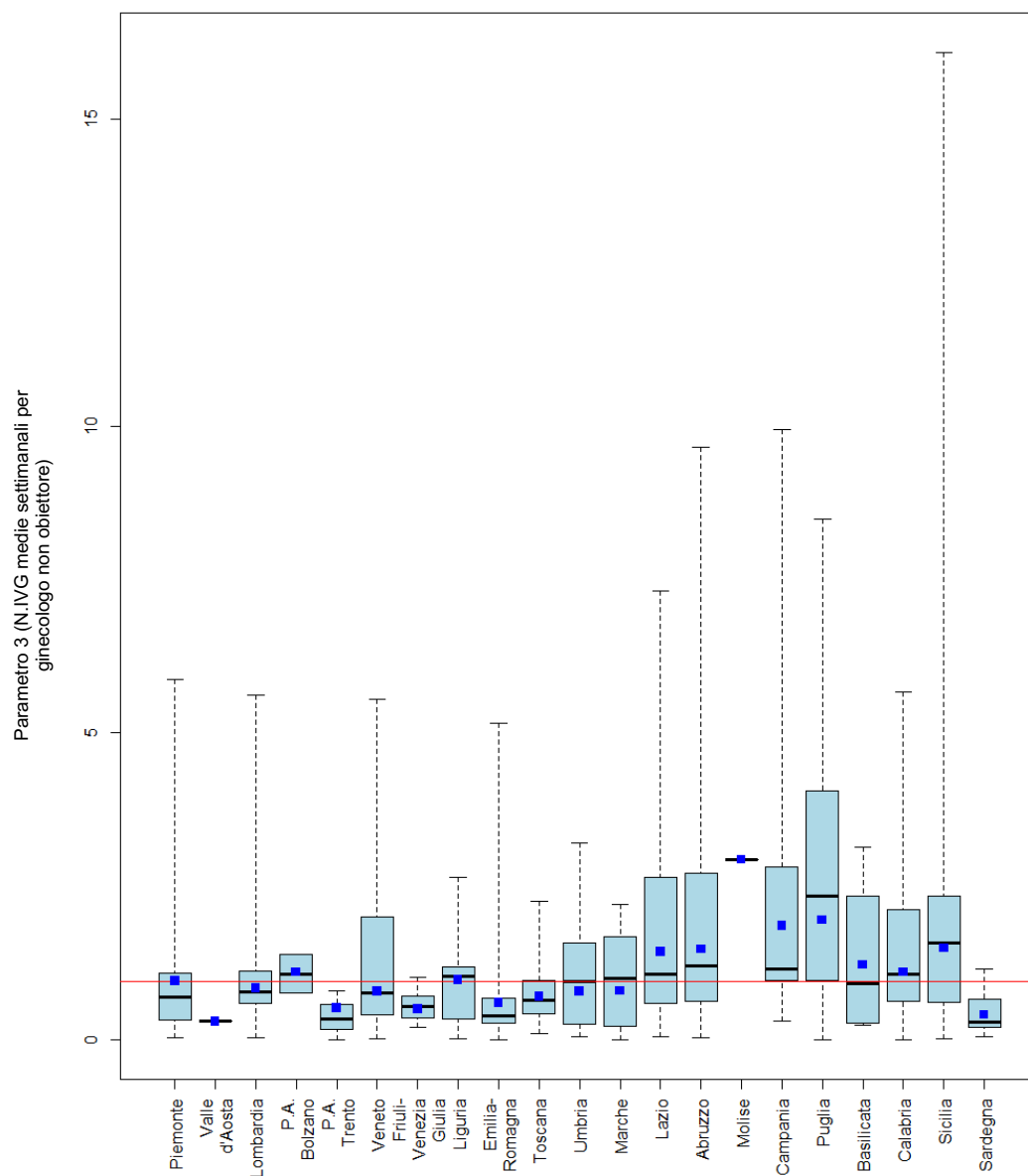
La Figura 24 rappresenta, tramite dei *box-plot*, la distribuzione per Regione dei punti IVG rispetto al parametro 3. Per ogni Regione sono riportati:

- valore massimo e minimo del parametro 3;
- primo e terzo quartile, che sono gli estremi del *box*;
- mediana (segmento nero);
- media regionale (quadrato blu).

La retta rossa rappresenta la media nazionale del parametro 3.

Nella figura si può osservare in quali Regioni sono presenti delle strutture con un carico di lavoro settimanale per i ginecologi non obiettori più alto della media nazionale. In generale si rilevano delle criticità più diffuse nelle Regioni del Centro-Sud del paese.

Figura 24 – Parametro 3 (carico di lavoro settimanale dei ginecologi non obiettori) nei punti IVG per Regione – anno 2020



L'analisi del carico di lavoro settimanale attribuibile ad ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero nel 2020 evidenzia 3 Regioni in cui sono presenti strutture con un carico di lavoro superiore alle 9 IVG a settimana (9,7 in Abruzzo; 9,9 in Campania e 16,1 in Sicilia), come si osserva nella tabella precedente.

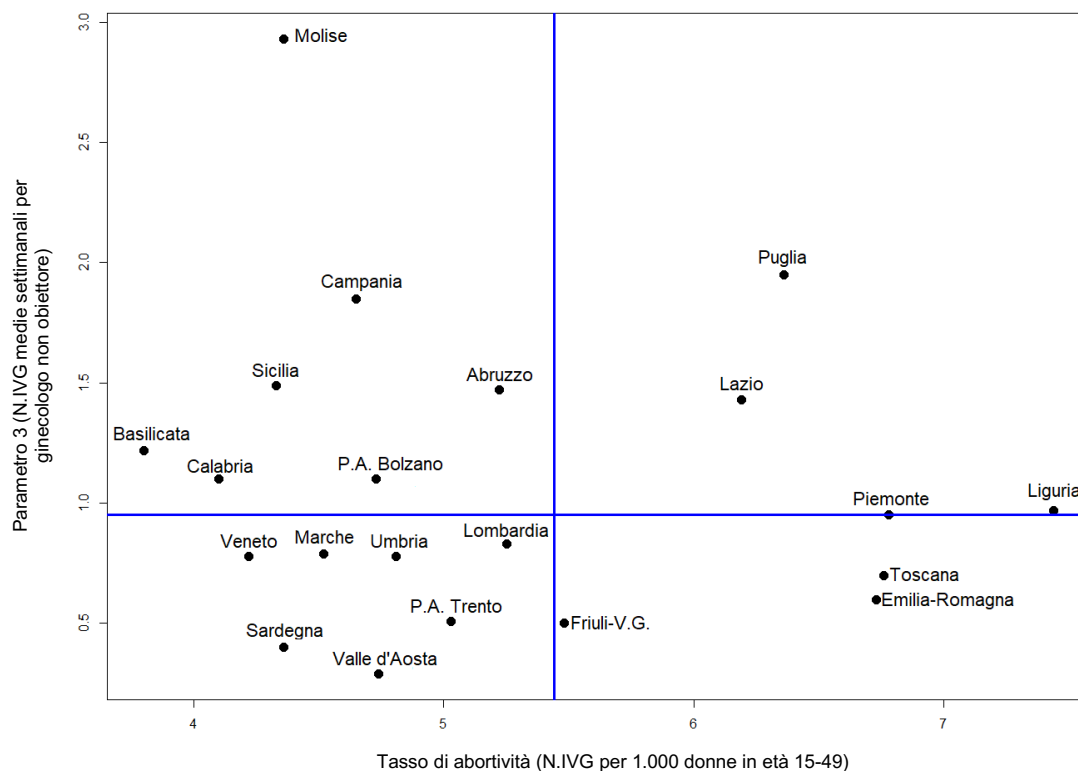
Per un'analisi territoriale più approfondita, in Appendice sono presenti dei grafici a dispersione che, per singola Regione, rappresentano la distribuzione dei punti IVG rispetto al numero di IVG eseguite e al parametro 3.

La Figura 25 rappresenta, sotto forma di grafico a dispersione, la distribuzione delle Regioni rispetto a due caratteristiche: l'asse delle ascisse rappresenta il tasso di abortività (numero di IVG per 1.000 donne in età 15-49) e l'asse delle ordinate rappresenta il parametro 3 (carico di lavoro settimanale medio per ginecologo non obiettore). Le due rette blu rappresentano i valori medi nazionali di entrambi i parametri: 5,4 per il tasso di abortività e 0,95 per il parametro 3.

Si osserva che, tra le Regioni con un tasso di abortività più alto della media nazionale, in alcune il carico di lavoro dei ginecologi non obiettori è inferiore o in linea con il valore medio nazionale (Piemonte, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Emilia-Romagna), mentre in Puglia e nel Lazio il numero medio di IVG per ginecologo non obiettore è maggiore.

Per quanto riguarda le Regioni con un tasso di abortività inferiore alla media nazionale, in alcune di queste si riscontra comunque un carico di lavoro medio settimanale per i ginecologi non obiettori superiore alla media (Molise, Campania, Sicilia, Abruzzo, Basilicata, Calabria, P.A. Bolzano), mentre in Veneto, Marche, Umbria, Lombardia, P.A. Trento, Sardegna, Valle d'Aosta il carico di lavoro è inferiore alla media.

Figura 25 – Parametro 3 (carico di lavoro settimanale dei ginecologi non obiettori) rispetto al tasso di abortività (numero IVG per 1.000 donne in età 15-49) per Regione – anno 2020



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. 194/78, 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 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.

5. Attività dei consultori familiari per l'IVG

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 nel 2020 è stata effettuata attraverso un monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare *counselling* per l'IVG e di rilasciare certificati sono 1.448 e corrispondono al 69,9% del totale dei consultori familiari, come si evince dalla tabella successiva e dalla Tabella 17 – *N. Consultori Familiari funzionanti*.

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. 194/78, 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 (45.533 colloqui vs 30.522 certificati rilasciati), ciò potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna *“a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza”* (art. 5, L. 194/78).

Per quanto riguarda i controlli post IVG risulta un numero minore rispetto a quello dei certificati rilasciati; in parte ciò è dovuto al fatto che in molti consultori familiari il colloquio post IVG viene registrato 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. È necessario che gli ospedali indirizzino le donne che si sono sottoposte a IVG a 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 2020

REGIONE	Consultori familiari* che effettuano counselling IVG	Colloqui IVG	Certificati IVG	Controlli post IVG	TOTALE IVG
Piemonte	106	3.517	3.625	1702	5.637
Valle d'Aosta	4	0	4	0	116
Lombardia	113	5.322	4.524	2410	10.720
P.A. Bolzano	3	27	9	9	532
P.A. Trento	10	525	441	285	559
Veneto	97	3.036	2.144	774	4.129
Friuli Venezia Giulia	24	877	510	320	1.251
Liguria	35	789	855	142	2.056
Emilia Romagna	166	7.474	4.013	1901	6.025
Toscana	116	2.749	2.135	1258	4.897
Umbria	48	666	594	205	824
Marche	20	1.304	1.189	770	1.351
Lazio	116	12.168	4.225	1441	7.446
Abruzzo	38	411	255	88	1.358
Molise	4	60	7	26	258
Campania	113	1.746	1.774	627	5.943
Puglia	122	1.936	1.635	834	5.325
Basilicata	18	346	260	139	430
Calabria	56	673	607	212	1.645
Sicilia	184	1.623	1.477	360	4.518
Sardegna	55	284	239	147	1.393
ITALIA	1.448	45.533	30.522	13.650	66.413

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. 194/78.

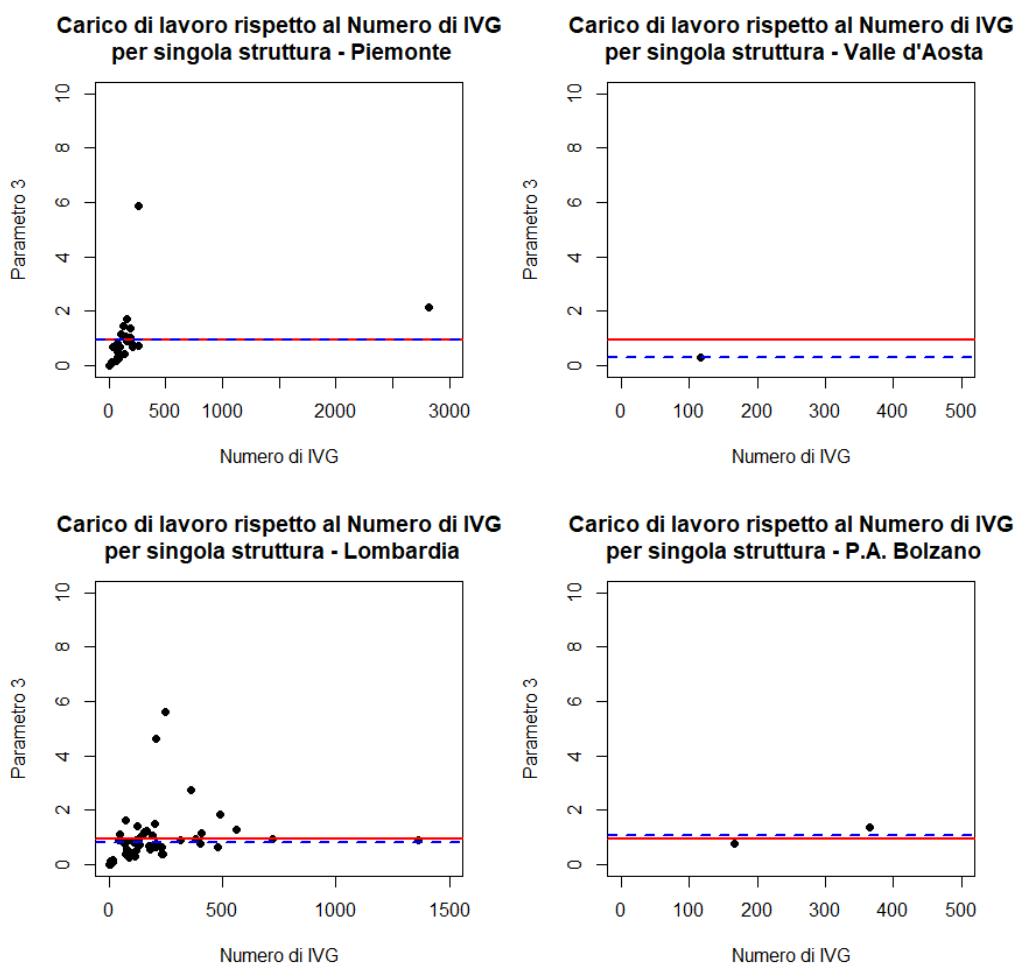
*includere le sedi secondarie

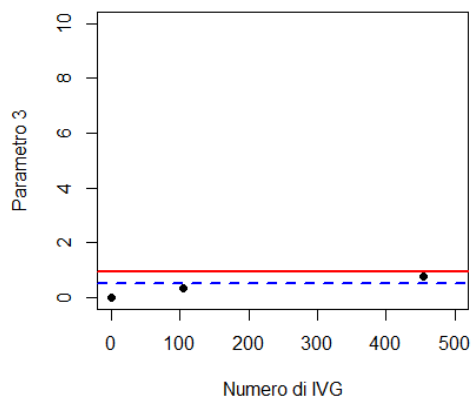
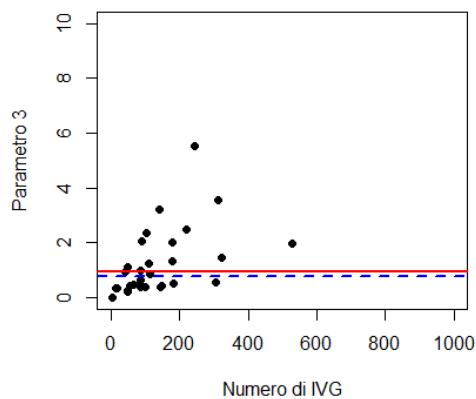
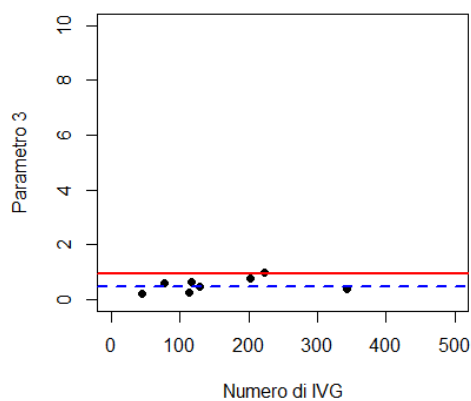
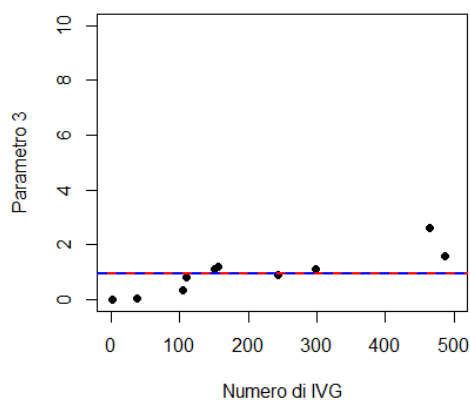
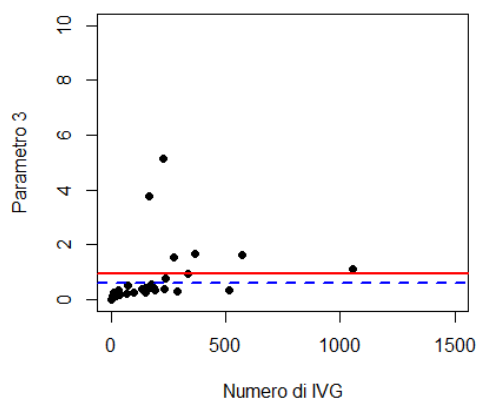
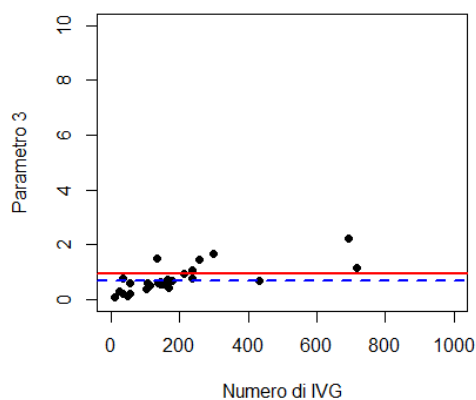
APPENDICE

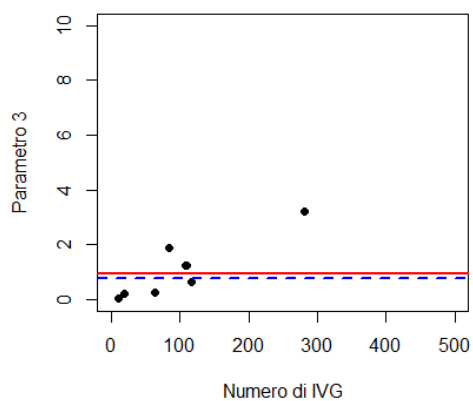
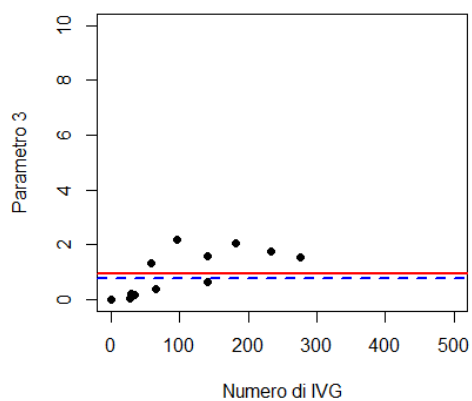
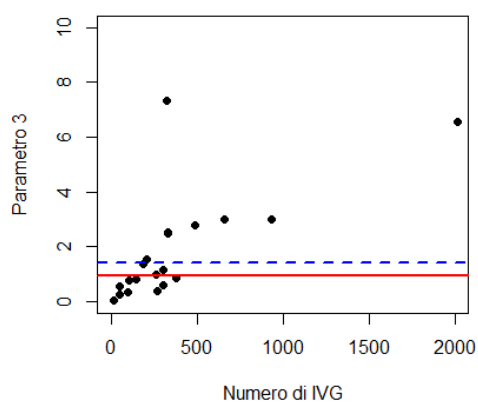
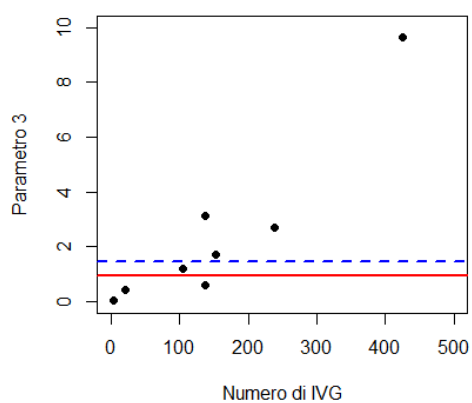
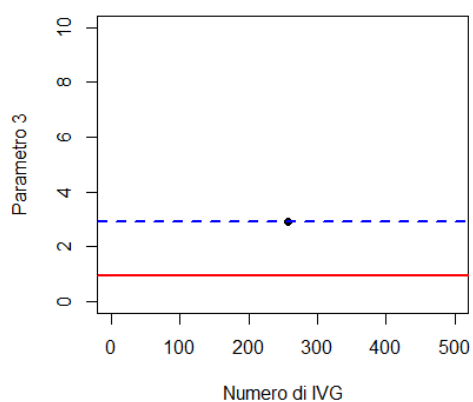
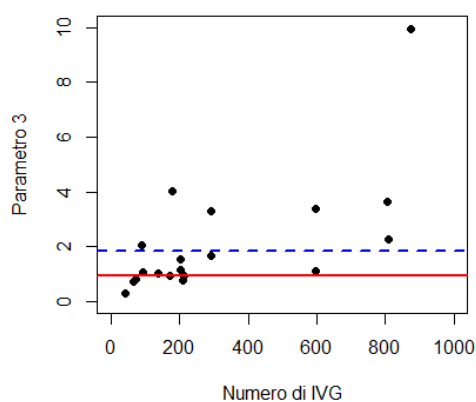
Nei seguenti grafici a dispersione sono riportati i punti IVG separatamente per Regione, rispetto a due dimensioni:

- L'asse delle ascisse rappresenta il numero di IVG effettuate nel 2020 nelle strutture;
- L'asse delle ordinate rappresenta il parametro 3 (cfr. Capitolo 4), ovvero il carico di lavoro medio settimanale dei ginecologi non obiettori della struttura.

La retta rossa continua rappresenta la media nazionale del parametro 3 (0,95 IVG medie settimanali per ginecologo non obiettore). La retta blu tratteggiata rappresenta la media regionale del parametro 3.



**Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - P.A. Trento****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Veneto****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Friuli-Venezia Giulia****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Liguria****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Emilia-Romagna****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Toscana**

**Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Umbria****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Marche****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Lazio****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Abruzzo****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Molise****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Campania**

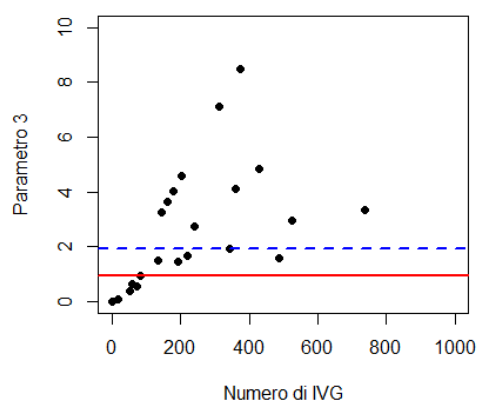
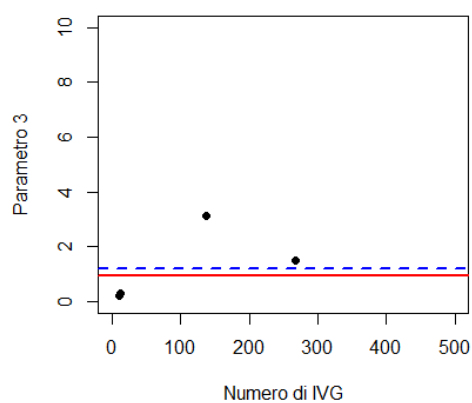
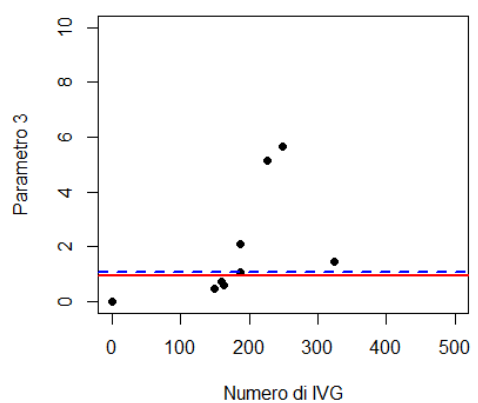
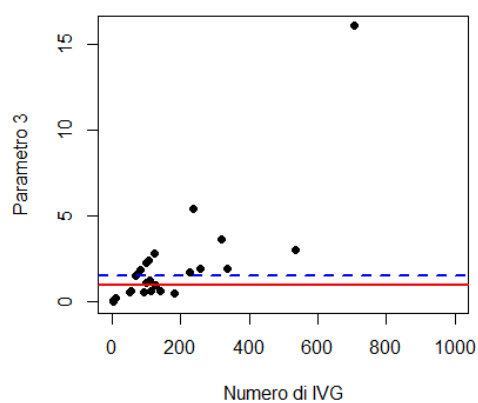
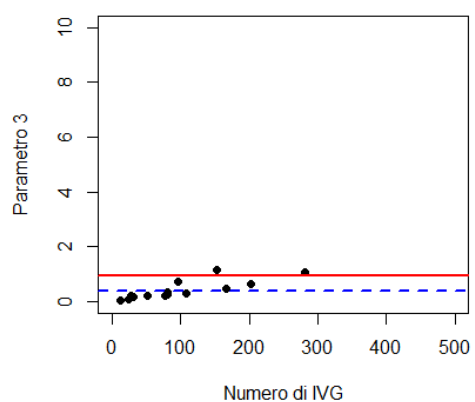
**Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Puglia****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Basilicata****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Calabria****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Sicilia****Carico di lavoro rispetto al Numero di IVG
per singola struttura - Sardegna**

TABELLE 2020

Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento 2019-2020
Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
Tabella 4 - Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 2007-2020
Tabella 5 - IVG ed età
Tabella 6 - IVG per classi di età
Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di età e per 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 – anni 1982-2020
Tabella 31 - Tassi di abortività – anni 1982-2020
Tabella 32 - Rapporti di abortività – anni 1982-2020