

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

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

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2017 forniti dall'Istat, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2017

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	3,6	10,0
20-24	7,5	25,3
25-29	8,0	21,2
30-34	7,9	18,9
35-39	7,2	15,2
40-44	3,4	6,7
45-49	0,3	0,6
15-49 standardizzato	5,8	14,1

Fonte: Istat.

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le straniere (con un tasso 3,4 volte superiore a quello delle italiane), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra quelle di 25-29 anni (8,0 per 1000) e 30-34 (7,9).

Da studi condotti negli anni dall'ISS e da altri enti emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere può dipendere da una loro scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita, e non da una scelta di utilizzare l'IVG come metodo per il controllo della propria fecondità (Rapporto ISTISAN 06/17).

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

aderito le seguenti Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento. Nel suo ambito è stato organizzato un corso di formazione a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avevano il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel lavoro è stato fornito loro del materiale didattico sotto forma di un DVD prodotto nell'ambito del progetto. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi coinvolti, oltre l'86% delle aziende partecipanti ha formalizzato, da parte delle proprie direzioni, il documento programmatico inerente i dettagli della sperimentazione dei percorsi organizzativi da realizzare nella loro realtà locale e quasi il 92% ha consegnato la relazione finale sulle azioni svolte ed i risultati raggiunti. In generale si sono osservati miglioramenti nelle aree di intervento che, oltre al percorso IVG, hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervicocarcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende, che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre, hanno osservato dei miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile e incrementi di circa il 15-20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG. Infine sono stati prodotti diversi materiali di comunicazione, con il coinvolgimento anche delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue e disponibili sul sito del Ministero della Salute.

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

2.7 Anamnesi ostetrica

La conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno e la sua evoluzione nel tempo.

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

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli già nati può essere un altro fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna. Nel 2018 il 60,0% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio, percentuale leggermente inferiore a quella osservata nel 2017 (60,9%) e 2016 (60,6%)

e il 37,0% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente).

IVG (%) per parità, 1983-2018

	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

* Nati vivi

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

Anche in questo caso bisogna considerare che il confronto nel tempo della distribuzione percentuale è determinato dalla diversa l'evoluzione dei tassi di abortività di ciascuna categoria (in questo caso la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1) e dall'evoluzione della parità nella popolazione generale (negli anni sono diminuite le coppie con 2 o più figli).

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

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2018) *	40,0	60,0
GERMANIA	(2018)	40,0	60,0
INGHILTERRA E GALLES	(2018)	44,0	56,0
OLANDA	(2017)	47,5	52,5
SPAGNA	(2017)	45,7	53,3
SVIZZERA	(2014)	51,0	49,0
REPUBBLICA CECA	(2016)	35,2	64,8
USA	(2015)	40,7	59,3

* Nati vivi

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2018, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2018

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	49,9	27,8	22,7	26,2	20,7	30,6	6,7	15,4
CENTRO	52,6	30,4	21,1	25,1	20,0	32,0	6,2	12,4
SUD	36,8	21,4	20,4	28,1	29,9	33,7	13,0	16,8
ISOLE	36,5	27,7	21,8	27,7	26,4	27,2	15,3	17,5
ITALIA	45,3	27,7	21,6	26,2	23,8	31,1	9,3	14,9

Elaborazioni su dati Istat.

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2018 la proporzione di quelle con uno o più nati vivi è risultata pari a 50,1% al Nord, 47,4% al Centro, 63,2% al Sud e 63,5% nelle Isole, evidenziando notevoli differenze per area geografica. Le percentuali corrispondenti per le straniere differiscono in maniera meno marcata per area geografica, rispettivamente: 72,2%, 69,6%, 78,6% e 72,3%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2018, l'85,8% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è simile a quello osservato nel 2017 (86,0%) e non si rilevano variazioni nell'andamento del fenomeno, come si può osservare nella tabella seguente. C'è da segnalare che 2 Regioni nel 2018 presentano un numero abbastanza elevato di casi con assenza di informazioni per questa variabile: Puglia e Liguria.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2018

	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

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2018 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2018

	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

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto, dopo 40 anni dalla legalizzazione, una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e mantenendo costante il rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato rispetto a quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2018

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2002	2006	2010	2016	2017	2018
osservati	30,0	28,9	27,6	26,3	24,8	24,5	24,3	26,9	27,2	26,4	25,7	25,5
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

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

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

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne che hanno fatto un'IVG nel 2018, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (34,8% rispetto a 21,4%), anche se in diminuzione nel tempo (lo scorso anno per le straniere il valore era pari a 36,0%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2018

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	Straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16,4	24,2	3,0	7,7	1,1	3,4	20,6	35,2
CENTRO	14,1	23,0	3,1	8,3	1,1	3,6	18,3	34,9
SUD	18,8	22,5	4,9	7,0	2,2	5,5	26,0	35,1
ISOLE	14,6	18,0	3,0	6,7	1,5	3,2	19,1	27,9
ITALIA	16,4	23,5	3,6	7,7	1,5	3,6	21,4	34,8

Elaborazioni su dati Istat.

Per l'anno 2018 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza di IVG ripetute si ha nelle Regioni del Sud, come sempre, con il 26,0% di tutte le IVG. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Liguria (33,9%); al Centro, in Toscana (27,6%); al Sud, in Puglia (34,0%). Le differenze regionali possono dipendere in parte dal numero di casi in cui questa variabile non è riportata nel modello D12/Istat (che spesso corrisponde a “zero IVG precedenti”). Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare e registrare tutti i campi, anche nel caso di risposta “0” o “nessuno”.

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2018)	74,5	18,5	4,8	1,3	24,6
	(2017)	74,3	18,3	5,1	2,3	25,7
	(2006)	73,0	18,6	5,5	3,0	27,1
INGHILTERRA E GALLES	(2018)	61,0	n,r,	n,r,	n,r,	39,0
OLANDA	(2017)	65,2	23,0	7,4	4,4	34,8
SPAGNA	(2017)	62,8	24,4	8,2	4,6	37,2
SVEZIA	(2018)	54,8	26,0	---19,2---		45,2
USA	(2015)	56,3	n,r,	n,r,	n,r,	43,7

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

Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

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

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

Anche per il 2018 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (44,1%) degli altri servizi (Tab. 16). Le Regioni in cui si osservano nel 2018 valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna (69,8%), PA di Trento (66,4%), Piemonte (64,3%), Marche (60,9%) e Umbria (57,7%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e della carenza di personale.

Le differenze per area geografica si confermano anche quando questo aspetto viene esaminato per cittadinanza; inoltre si osserva un maggior ricorso ai consultori da parte delle straniere rispetto alle italiane:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2018

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	50,7	62,3	22,8	16,0	24,5	20,0	2,0	1,6
CENTRO	43,2	47,9	14,6	17,0	33,0	26,3	9,2	8,8
SUD	27,8	38,5	29,0	22,6	39,5	34,6	3,7	4,2
ISOLE	19,5	28,3	17,6	13,1	61,3	57,8	1,7	0,8
ITALIA	39,3	55,0	22,4	16,8	34,5	24,7	3,8	3,5

Elaborazioni su dati Istat

Negli anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, specialmente a partire dalla metà degli anni '90. Prevalentemente questo andamento può essere determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio in quanto a più bassa soglia di accesso e con presenza, spesso, di mediatore culturale. È confortante rilevare 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 svolto da questi servizi. Ciò rappresenta un'ulteriore motivazione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con

particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

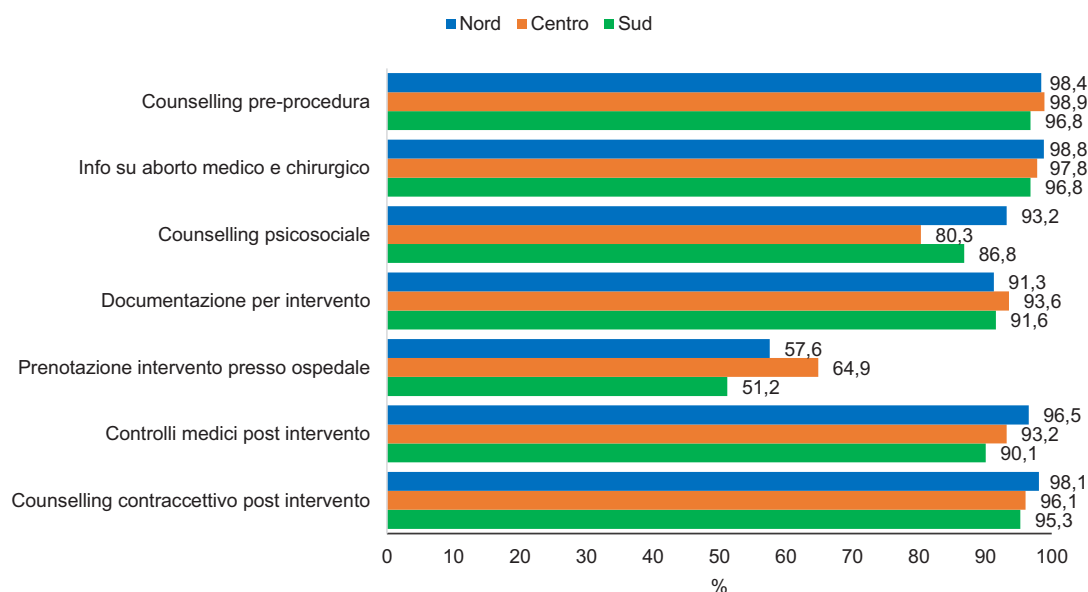
La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2018

	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

L'importante ruolo del consultorio nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza è stato evidenziato anche dalla recente indagine promossa dal Ministero della Salute (CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS. All'indagine hanno partecipato tutte le Regioni e la PA di Trento per un totale di 1557 consultori. Nella figura seguente sono riportati i principali risultati sulle attività offerte per l'IVG.

Figura 12 – Attività offerte dai consultori alle donne che accedono al percorso IVG per area geografica



Come si può osservare, quasi tutti i consultori svolgono attività di *counselling* prima della procedura e forniscono informazioni sulla tecnica di intervento, senza differenze per area geografica. Non tutti però riescono ad offrire un *counselling* psicosociale, specie al centro-sud, probabilmente per carenza di personale. Più del 90% fornisce il documento e il certificato necessari per prenotare l'intervento ma solo poco più della metà è in grado di fare la prenotazione, indicazione di un non buon collegamento tra le strutture. Si ricorda, come evidenziato da uno studio dell'ISS, che se il consultorio può garantire la prenotazione, quasi il 100% delle donne si rivolge a questa struttura per le procedure preliminari all'IVG e la gran parte ritorna in consultorio per il controllo successivo. Al momento la gran maggioranza dei consultori offre i controlli medici e il *counselling* contraccettivo post-IVG.

Nel 2018 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0,6 per 20.000 abitanti (Tab. 17), valore uguale a quello degli ultimi 4 anni e leggermente più basso di quello degli anni precedenti, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI (documento ministeriale ancora in vigore) sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 1890 consultori familiari pubblici censiti nel 2018 (erano 1853 nel 2017 e 1944 nel 2016) rispondono solo in parte a tali raccomandazioni e ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, riducono il ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa che, grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'equipe professionale, è in grado di identificare i determinanti di natura sociale e di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, e di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare gravidanze indesiderate e successive IVG.

3.2 Urgenza

Nel 2018 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 21,3% dei casi (Tab. 18) rispetto al 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 problemi di liste di attesa, di 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). Percentuali più alte e superiori al valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (42,7%), in Piemonte (39,5%), nel Lazio (39,1%), in Abruzzo (29,1%), in Emilia Romagna (27,3%) e in Toscana (26,1%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2018 risulta: 19,1% al Nord, 29,8% al Centro, 22,9% al Sud e 9,4% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2018 (Tab. 19) mostra che il 50,9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 48,9% del 2017), il 12,1% a 11-12 settimane e il 5,6% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentata negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41,8% delle IVG), incremento probabilmente, almeno in parte, dovuto all'aumento dell'utilizzo del Mifepristone e prostaglandine, tecnica che viene usata in epoca gestazionale precoce. Inoltre si

riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5,6% nel 2018 e 2017, 5,3% nel 2016, 5,0% nel 2015, 4,7 nel 2014 rispetto a 4,2% nel 2013 e 3,8% nel 2012.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 15,2% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 10,7% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2018

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	49,6	45,5	29,9	34,9	13,1	15,9	7,4	3,6
CENTRO	53,6	43,9	29,3	38,4	10,7	15,0	6,4	2,6
SUD	61,8	53,1	26,9	32,8	6,6	11,2	4,6	2,8
ISOLE	46,0	40,5	34,8	41,8	11,7	15,5	7,5	2,3
ITALIA	53,3	45,7	29,5	35,8	10,7	15,2	6,5	3,3

Elaborazioni su dati Istat.

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione con gli altri servizi. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la decima o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano nella gran parte dei casi gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2018 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (3,3%) rispetto alle italiane (6,5%), per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata e a una maggior propensione ad avere gravidanze prima dei 30 anni, quindi a minor rischio di malformazioni fetali e di conseguente ricorso a un'IVG terapeutica. Si sottolinea anche la diversità per area geografica che potrebbe essere giustificata da una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni nel Nord e Centro Italia.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regione, nel 2018, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5,8	Marche	5,4
Valle d'Aosta	4,1	Lazio	5,2
Lombardia	6,3	Abruzzo	5,7
Bolzano	7,8	Molise	2,1
Trento	5,3	Campania	2,3
Veneto	7,8	Puglia	6,1
Friuli Venezia Giulia	7,3	Basilicata	4,8
Liguria	5,1	Calabria	6,2
Emilia Romagna	4,9	Sicilia	6,3
Toscana	5,0	Sardegna	8,1
Umbria	4,0		
		ITALIA	5,6

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Sardegna, Veneto, nella PA di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia. Alcune Regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile: Sardegna (18,5%), Puglia (16,3%), Basilicata (15,0%) e Liguria (8,8%). 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 194 sui modelli D12/Istat 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 ha a che fare nella gran parte dei casi con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra Regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi tali aspetti.

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

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

IVG oltre la 12a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2018)	76328	6,5	5,6
	(2017)	80733	7,5	5,6
	(2006)	131018	11,1	2,9
GERMANIA	(2017)	101209	7,3	2,7
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	189859	16,5	10,0
NORVEGIA	(2017)	12733	12,4	4,2
OLANDA	(2016)	30144	8,5	18,4
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10,3	4,5
SPAGNA	(2016)	93131	10,3	7,0
SVEZIA	(2017)	37000	20,0	6,4
SVIZZERA	(2017)	10015	6,2	5,0
USA	(2015)	638169	11,8	8,9

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

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

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Negli ultimi anni è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: da 59,6% nel 2011 a 62,3% nel 2013, 65,3% nel 2015, 68,8% nel 2017 e 70,2% nel 2018 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 10,8% nel 2018 rispetto a 15,7% nel 2011, 14,6% nel 2013, 13,2% nel 2015 e 10,9% nel 2017. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza (paragrafo 3.2) e al Mifepristone+prostaglandine come tecnica di intervento (paragrafo 3.7). C'è anche da segnalare che per questa variabile si nota negli ultimi anni un miglioramento della qualità del flusso, con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (2,3% nel 2018 rispetto a 2,5% nel 2014 e 4,2% nel 2010). Tuttavia nel 2018 questa mancanza del dato ha raggiunto il 15,7% dei casi in Campania.

Il tempo di attesa rispetto alla cittadinanza della donna e all'area geografica dove l'intervento è stato effettuato è riportato nella tabella seguente.

IVG (%) per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2018

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	69,6	68,3	19,8	21,4	7,7	7,9	2,9	2,4
CENTRO	75,6	71,4	15,8	18,1	5,9	7,7	2,7	2,7
SUD	76,3	72,7	15,4	16,8	5,7	6,4	2,5	4,2
ISOLE	68,7	64,5	17,7	21,9	9,3	8,5	4,3	5,1
ITALIA	72,6	69,4	17,5	20,1	7,0	7,7	2,9	2,8

Elaborazioni su dati Istat.

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della

legge. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati nel 2018 in particolare in Umbria (23,7% delle IVG), Veneto (20,6%) e Calabria (17,4%).

Va infine considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi anche nel caso in cui la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale abbastanza avanzata, al fine di effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2018 la distribuzione degli interventi per tipologia di struttura (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2018

	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

La quasi totalità delle IVG (95,2% nel 2018) 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, nella PA di Trento e nelle Marche la percentuale di interventi effettuati in casa di cura è superiore della media nazionale, superando il 10%.

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

IVG (%) per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2018

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98,5	98,3	1,5	1,7
CENTRO	99,1	98,6	0,9	1,4
SUD	87,5	93,0	12,5	7,0
ISOLE	95,1	95,8	4,9	4,2
ITALIA	95,2	97,7	4,8	2,3

Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da qualche anno viene anche riportata in questa relazione una tabella, con i dati riferiti dalle Regioni, sul

numero di stabilimenti con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e stabilimenti che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). In totale sono stati notificati 558 stabilimenti di cui 362 effettuant l'IVG (64,9% del totale). Nei tre anni precedenti il numero di stabilimenti era superiore (592 nel 2017, 614 nel 2016 e 648 nel 2015) ma era leggermente inferiore la proporzione di stabilimenti effettuant sul totale di quelli che potenzialmente potrebbero farlo (59,4% nel 2015, 60,4% nel 2016 e 64,5% nel 2017). Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2018 si va da un minimo di 27,5% in Campania e 28,6% nella PA di Bolzano a 100% in Valle d'Aosta, 96,6% in Toscana e 93,3% in Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Come indicato in Tab. 24, nel 2018 permane elevato (52,8%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione: 80,1% nel 2012, 76,6% nel 2013, 73,0% nel 2014, 69,0% nel 2015, 64,5% nel 2016 e 59,0% nel 2017. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile. La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 19,2% 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 e il 16,6% del 2017) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi in Molise a 51,3% 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 21,3% dei casi nel 2018. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento del ricorso al Mifepristone+prostaglandine come tecnica per l'IVG.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 3,0% degli interventi (6,6% nel 2012), tendenza 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 e la sua diffusione.

L'ampio uso dell'anestesia generale è ancora più evidente se non si considerano gli interventi effettuati con Mifepristone+prostaglandine, in cui l'anestesia non è necessaria: nel 2018 le percentuali salgono a 68,6% per l'anestesia generale, 3,6% per l'anestesia locale e 24,9% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2018.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2018

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	45,3	49,2	2,6	2,6	4,1	3,0	23,1	25,3	24,9	20,0
CENTRO	46,0	51,4	5,8	7,7	1,1	0,5	15,9	21,1	31,3	19,3
SUD	65,7	65,9	1,3	2,5	1,7	0,6	9,3	12,7	22,1	18,3
ISOLE	61,1	62,9	0,4	1,0	1,7	1,2	21,2	22,8	15,5	12,1
ITALIA	52,9	52,0	2,6	3,7	2,6	2,1	17,6	22,9	24,3	19,3

Elaborazioni su dati Istat.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare con le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2018 (Tab. 25), sebbene permane un 10,8% di interventi effettuati con raschiamento, in diminuzione rispetto al 2017 e 2016 ma in aumento rispetto agli anni precedenti. 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, 1983-2018

	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

* 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 37,8% e 27,5% dei casi rispettivamente, come negli anni precedenti), in Friuli Venezia Giulia (25,0%), in Valle D'Aosta (24,1%), in Calabria (21,3%) e in Lombardia (16,1%), a fronte di valori contenuti in diverse altre Regioni (meno del 5% in Molise, Basilicata, Umbria, Campania, Puglia e PA di Trento). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso.

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

(%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2018

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	10,5	11,2	21,6	21,9	38,3	44,2	1,9	1,3	25,2	20,0	1,2	0,7
CENTRO	12,5	11,7	14,6	17,6	39,7	51,5	1,2	0,5	29,0	17,3	1,2	0,3
SUD	6,9	10,9	7,5	6,2	62,1	64,3	3,4	3,3	17,9	14,1	1,9	1,1
ISOLE	17,8	16,4	13,7	13,3	50,5	57,5	3,2	2,1	10,5	8,0	3,1	2,1
ITALIA	10,7	11,5	15,4	18,9	46,6	48,6	2,4	1,4	22,3	18,2	1,6	0,7

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 modelli D12/Istat.

Da ormai più di 10 anni (a partire dal 2005) alcuni istituti in Italia hanno iniziato ad utilizzare come tecnica per l'intervento il metodo farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) e da altre Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era tuttavia in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. L'uso però è stato però indicato entro la settima settimana di gestazione e con ricovero presso la struttura, a differenza di altri Paesi.

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 risultarono 3836 IVG nel 2010 (3,3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 nel 2011 (6,7%). L'uso era avvenuto nel 2010 in tutte le Regioni, tranne Abruzzo e Calabria, e nel 2011 non era stato utilizzato solo nelle Marche. Dal monitoraggio non emersero particolari criticità. 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 2018 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, così come riportata nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone+prostaglandine" e "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e prostaglandine e l'utilizzo ormai presente in tutte le Regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2018 di questo metodo:

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