

3. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL' IVG

3.1 Certificazione

Anche per l'anno 1996 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (43.3%); nel 30.6% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio è stato coinvolto nel 24.5% dei casi (Tab.38). Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva nel Lazio (41.9%), in Emilia Romagna (35.5%), in Umbria (33.6%), in Lombardia (31.6%) ed in Piemonte (30.8).

IVG (%) PER LUOGO DI CERTIFICAZIONE, 1983-1996

	Medico fiducia	Servizio Ost. Gin	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
1996	43.3	30.6	24.5	1.6

Confrontando la tabella 38 con quella della distribuzione dei consultori familiari sul territorio (Tab. 39), può notarsi come le più alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza dei consultori nelle Regioni; ciò sta a significare che un maggior coinvolgimento del consultorio è in buona parte il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo quanto riferito dalle Regioni) sono risultati, nel 1996, 2329 (1.6 per 10000 donne di età 15-49 anni) e 175 privati. Rispetto ai dati del 1995 si registra una riduzione di 59 unità. Tale riduzione si osserva soprattutto in Emilia Romagna, Umbria e Abruzzi.

Questa riduzione è prevalentemente legata sia alla creazione o riorganizzazione dei distretti, presso i quali sono stati accentrati i consultori familiari e sono state quindi eliminate le sedi distaccate, che prima, impropriamente, influenzavano il numero dei consultori.

Va detto, comunque, che anche i dati del 1996 risultano comprensivi, in alcune Regioni, delle sedi distaccate e che alcuni consultori sono con organico non completo, soprattutto al Sud.

A tale proposito, sottolinea il volume dell'ISTAT *"Le normative regionali sui consultori familiari non forniscono indicazioni omogenee, soprattutto per quanto riguarda l'organico consultoriale. Pertanto, alle sedi fisiche non corrispondono risorse professionali omogenee sul territorio nazionale. Inoltre non è infrequente che l'organico sia non completo e non stabile e il turn-over non sia garantito, o ancora che il collegamento con gli istituti di cura pubblici o le case di cura convenzionate per la prenotazione non sia operativo"*.

Già in precedenti relazioni è stato riportato il documento del Comitato Operativo Materno Infantile, istituito presso il Centro Studi del Ministero della Sanità nel 1989, contenente le linee guida per la riqualificazione dei consultori familiari. In questo documento, tra l'altro, veniva raccomandato il seguente organico con il corrispondente orario settimanale: psicologo/a, 18 ore; ginecologo/a, 18 ore; pediatra, 18 ore; assistente sociale, 36 ore; ostetrica, 36 ore; assistente sanitaria, 36 ore;

vigilatrice d'infanzia o infermiera professionale specializzata in pediatria o infermiera professionale, 36 ore. Nello stesso documento veniva proposto un consultorio ogni 3000 donne in età feconda in aree rurali e uno ogni 6-8000 in aree urbane.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono ai vari servizi per la certificazione e le differenze per area geografica l'ISTAT afferma che *“Le nubili o già coniugate, le donne più giovani e le meno istruite ricorrono di più al consultorio familiare. Il ricorso al servizio ostetrico ginecologico non è associato a specifiche condizioni e aumenta nel corso degli anni a scapito del ricorso al medico di fiducia.*

Il quadro nazionale in realtà è la risultante di situazioni regionali molto diverse, a testimonianza non solo della diversa presenza dei servizi consultoriali ma, molto probabilmente, anche di una politica tendente a facilitare l'accesso al consultorio familiare...

Tenendo conto delle peculiarità regionali, la distribuzione delle Ivg per luogo di certificazione e specifiche condizioni è nettamente diversa nelle ripartizioni geografiche del Centro-Nord e del Sud... mentre nel Centro-Nord il ricorso al consultorio si attesta attorno al 25 - 30% (la percentuale aumenta al diminuire dell'età, dell'istruzione e per le non coniugate), al Sud si attesta attorno al 10%. E' interessante notare come al Centro-Nord il ricorso al servizio ostetrico ginecologico sia nell'ordine del 25% senza significative influenze dell'età, dello stato civile, dell'istruzione, al Sud sia superiore al 30%, aumenti con l'istruzione e sia maggiore per le nubili e le già coniugate.

Esperienze consolidate mettono in evidenza che condizione necessaria perché il ricorso al consultorio sia favorito è la possibilità che il consultorio stesso svolga la funzione di centro di prenotazione per l'intervento. Dove questo è stato applicato la certificazione rilasciata da questo servizio si è attestata oltre l'80%.

E' interessante osservare che in questa modalità operativa il ritorno al consultorio post-Ivg è stato superiore all'80% e nella maggior parte dei casi (oltre l'80%) si sono potuti effettuare uno o più colloqui sulla fisiologia della riproduzione e sui metodi per il controllo della fecondità, determinando una modificazione dei comportamenti.” (ISTAT, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia, 1997).

3.2 Urgenza

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge è avvenuto nel 1996 nel 8.9% dei casi (Tab.40). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (27.6%) ed in Emilia Romagna (26.3%).

In queste Regioni le percentuali di IVG effettuate oltre la decima settimana sono inferiori al dato di Regioni confrontabili, in particolare nella classe di età 15-19 anni (Tab. 16-36).

La distribuzione per aree geografiche è la seguente: 10.2% al Nord, 12.8% al Centro, 6.0% al Sud e 3.1% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG a seconda dell'epoca gestazionale mostra che il 47.8% degli interventi viene effettuato entro l'8ª settimana, il 38.4% tra le 9 e 10 settimane, il 12.5% in 11-12ª settimana di gestazione, e l'1.4% oltre la 12ª settimana (Tab.15).

La distribuzione degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 1996, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	1.4	Marche	1.4
V.Aosta	0	Lazio	1.0
Lombardia	1.8	Abruzzi	0.6
Bolzano	3.0	Molise	0.7
Trento	2.1	Campania	0.5
Veneto	3.0	Puglia	0.9
Friuli V.G.	2.5	Basilicata	0.1
Liguria	2.7	Calabria	0.4
Emilia Rom.	2.1	Sicilia	0.7
Toscana	1.6	Sardegna	2.5
Umbria	1.5		
		ITALIA	1.4

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni consiste nella diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le dodici settimane di gestazione.

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

ABORTI OLTRE LA 12 ^a SETTIMANA GESTAZIONALE IN ALCUNI PAESI				
PAESE	ANNO	N° aborti	Tasso abort.* (15-44 aa)	% aborti >12 sett.
ITALIA	(1983)	233976	18.5	0.9
	(1987)	191469	15.3	0.7
	(1991)	160494	12.5	0.9
	(1995)	139549	11.2	1.4
	(1996)	140398	11.3	1.4
CECOSLOVACCHIA	(1987)	156600	46.7	0.4
UNGHERIA	(1987)	84500	38.2	1.5
FRANCIA	(1986)	166800	13.9	1.8
DANIMARCA	(1987)	20800	18.3	2.5
SVEZIA	(1987)	34700	19.8	4.3
CANADA	(1987)	63600	10.2	11.5
INGHILTERRA E GALLES	(1987)	156200	14.2	13.0

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

Le tabelle 16-36 riportano la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna nelle diverse Regioni e Province Autonome mentre la tabella 37 riporta il dato nazionale. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG oltre la 10^a settimana. Ciò è confermato dall'analisi dell'ISTAT dove si afferma che *“all'aumentare dell'età aumenta la percentuale di Ivg effettuate entro la 10^a settimana gestazionale in tutte le regioni. Per esempio, nel periodo 1991-93, nel Veneto le percentuali di Ivg entro la 10^a settimana gestazionale sono state il 68% nella classe di età < 20 anni e l'83% in quella > 39 anni e nel Lazio il 74% e 89%; in*

Lombardia il 76% e l'89% e in Emilia Romagna l'82% e il 93%; in Toscana l'84% e il 93% e in Puglia il 91% e il 97%.

E' molto più accentuata l'influenza dell'istruzione per la precocità dell'intervento (entro l'ottava settimana gestazionale): tra il minimo e il massimo livello di istruzione si può avere uno scarto di circa 10 (o più) punti percentuali nella maggioranza delle regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia), nelle altre regioni lo scarto è di circa la metà. Anche la parità è associata con la precocità dell'intervento: all'aumentare della parità aumenta la percentuale di Ivg effettuate sia entro l'ottava che entro la decima settimana, in tutte le regioni. In entrambi i casi le condizioni considerate favoriscono una maggiore capacità di accesso tempestivo ai servizi." (ISTAT, L'interruzione volontaria di gravidanza, 1997).

3.4 Residenza

Nel 1996 il 92.2% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab.10). Di queste l'86.8% ha riguardato donne residenti nella provincia di intervento. Dai dati del 1996 si osserva una maggiore frequenza di immigrazione nelle stesse Regioni degli anni precedenti (Molise, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Marche, Basilicata). Dalla tabella 49 si evidenziano i flussi in uscita, come verrà illustrato successivamente.

È stato inoltre segnalato, da parte dei funzionari regionali, la presenza, via via crescente, di donne straniere, in prevalenza originarie dei paesi extracomunitari che ricorrono all'IVG nel nostro Paese. Dai dati ISTAT disponibili risulta che le IVG effettuate da donne residenti all'estero è passato, con un incremento costante, da 461 casi del 1980 a 2225 casi nel 1996, quest'ultimo valore corrisponde a circa il 2% del totale delle IVG. Le province nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale. Tale distribuzione territoriale è molto probabilmente derivante dalla presenza più elevata in alcune province di donne straniere piuttosto che all'offerta di servizi sul territorio. Inoltre dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Nel 1995 ci sono state 8802 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia e 9852 nel 1996. In queste 9852 cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 2225 residenti all'estero.

Come già sottolineato i dati sulla mobilità devono essere tenuti presenti per una corretta valutazione dei tassi di abortività per Regione.

I dati riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per Regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortività, da un punto di vista metodologico, questo non è corretto perché numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore è costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data Regione. Sarebbe più corretto utilizzare come numeratore le IVG ottenute dalle donne residenti.

A livello nazionale, poiché l'apporto delle donne non residenti in Italia non risulta molto elevato (2225 IVG), questa differenza di provenienza del numeratore e del denominatore nel calcolo del tasso e del rapporto di abortività non costituisce un grosso problema. Infatti il tasso di abortività calcolato utilizzando solo le IVG di donne residenti in Italia risulta pari a 9.4, rispetto a 9.8 calcolato su tutte le IVG effettuate nel Paese nel 1996.

È possibile nella presente relazione fare questa correzione anche a livello regionale per l'anno 1996, in quanto l'ISTAT ha fornito i dati per Regione di intervento e di residenza.

La tabella 49 mostra le correzioni che bisogna apportare per avere la stima di incidenza corretta per residenza della donna. Si nota come in Emilia Romagna, nella provincia di Trento, in Umbria ed in Molise, per avere il numero di IVG effettuate da donne residenti, è necessario apportare una correzione in meno tra il 10% e il 20% sui valori assoluti di IVG effettuate nella Regione da donne residenti ovunque. Viceversa in Valle d'Aosta, nella provincia di Bolzano e in Basilicata bisogna apportare correzioni, comprese tra il 10 e più del 100% dei valori, nel senso opposto.

In generale può osservarsi come le Regioni che presentano i valori più bassi per luogo di intervento tendano ad aumentare e viceversa, indicando una possibile migrazione verso Regioni con servizi quantitativamente e qualitativamente maggiori.

Dal volume dell'ISTAT si evidenzia che *“il confronto tra il luogo di residenza della donna che ricorre all'Ivg ed il luogo in cui questa effettua l'intervento fa registrare, in un numero non trascurabile di casi, una diversità. Ciò vuol dire che esiste un movimento migratorio “sanitario” di una certa consistenza legato all'interruzione volontaria di gravidanza... Tali migrazioni si caratterizzano soprattutto a livello provinciale più che regionale.*

Lo studio approfondito del fenomeno conduce alla distinzione tra spostamenti “fittizi”, “di comodo” e spostamenti che denotano una situazione di vero disagio. In alcuni casi, infatti, si tratta di donne che non sono emigrate per effettuare l'Ivg, ma erano già presenti nella provincia per motivi di studio o lavoro ed hanno mantenuto la residenza nella provincia di origine.

In altri casi lo spostamento verso una provincia piuttosto che un'altra è dovuto a motivi di vicinanza territoriale più che ad una preferenza legata ad una migliore offerta di servizi. E' molto importante tener conto di questo fattore soprattutto quando si registrano spostamenti oltre il confine regionale, che potrebbero indurre a conclusioni errate riguardo alla mancanza nella regione di una ricettività della domanda.

In altri casi ancora si individuano dei veri e propri luoghi “di fuga”, sia verso province della stessa regione sia verso province di altre regioni, ad indicare la mancanza di bacini di accoglienza per le donne che decidono di interrompere la gravidanza.

La carenza di informazioni a livello provinciale sull'offerta di servizi preposti all'Ivg non rende però sempre possibile comprendere, in maniera univoca, la reale motivazione all'origine della migrazione e formulare ipotesi riguardo il probabile squilibrio tra la domanda e l'offerta...

La maggiore propensione allo spostamento spetta alle nubili: tra loro, infatti, una su quattro emigra, mentre tra le coniugate tale proporzione è di una a sei. Anche il titolo di studio influisce sulla mobilità: le donne con una istruzione più elevata tendono in misura maggiore, rispetto a quelle con un titolo di studio basso, a scegliere una struttura situata al di fuori del proprio luogo di residenza per effettuare l'intervento.

Nell'analisi della condizione professionale emerge infine che tra le studentesse che effettuano una Ivg quasi una su tre non si trova al momento dell'intervento nella propria provincia di residenza; le casalinghe al contrario, presentano un'elevata stanzialità (83.2%).”

3.5 Luogo dell'intervento

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 43) mostra un leggero aumento della quota di interventi negli istituti di cura pubblici.

IVG (%) PER LUOGO DI INTERVENTO, 1983-96

	Ist. Pubb.	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
1996	89.9	9.4	0.7

La riduzione osservata, dopo il 1987, per l'ambulatorio è da mettere in relazione alla corretta registrazione sotto questa voce dei soli interventi effettuati in struttura esterna agli istituti di cura pubblici (definizione ISTAT).

In alcune Regioni, Sardegna e Puglia, e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano è ancora elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

3.6 Tempo di attesa fra certificazione ed intervento

L'informazione relativa ai tempi di attesa non è contenuta nel modello D 12 standard (ISTAT) ma è raccolta da molte Regioni, quale indicatore dell'efficienza dei servizi. Nel 1996, su 68278 IVG per le quali è disponibile questa informazione, il 74.6% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 7.3% dei casi, con alcune variazioni regionali, sono trascorse più di 3 settimane (Tab. 42).

3.7 Tipo di intervento

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

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO, 1983-96

	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
1996	15.0	27.9	55.8	1.4

Si nota, dopo una progressiva riduzione una situazione di stabilità dell'uso del raschiamento ed un aumento dell'isterosuzione. Considerando i dati per Regioni (Tab.45), valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria ed in Sardegna dove questa tecnica è ancora presente in più del 50% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale.

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO PER AREA GEOGRAFICA, 1996

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	7.4	41.9	48.9	1.8
CENTRO	7.0	28.6	62.2	2.2
SUD	22.5	11.9	65.0	0.6
ISOLE	32.7	17.0	49.6	0.7
ITALIA	15.0	27.9	55.8	1.4

È da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni ad hoc dei modelli D12/ISTAT.

Dal volume dell'ISTAT si evince che *"Per quanto riguarda le caratteristiche socio demografiche delle donne che possono essere associate all'uso di un particolare tipo di intervento, dall'analisi dei dati del 1986, 1991 e 1994 è risultato che il titolo di studio è negativamente associato al raschiamento, cioè questa tecnica è più frequente fra le donne con un titolo di studio basso. Un'associazione positiva si osserva, invece, con l'età della donna e con la parità, cioè donne di età più avanzata e quelle con figli presentano percentuali più alte di ricorso al raschiamento. Ad esempio nel 1994 si passa dal 16.5% di uso di raschiamento fra le donne di età 15-19 anni al 20.9% tra quelle di 40-44 anni. Nessuna associazione si osserva con lo stato civile, specie quando il dato viene aggiustato per età della donna."*

3.8 Tipo di anestesia impiegata

Nel 1996 l'anestesia generale è stata impiegata nell'82.1% delle IVG, mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 15.3% degli interventi, senza notevoli modificazioni rispetto al 1995 (Tab. 44). Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 1996, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) PER TIPO DI ANESTESIA PER AREA GEOGRAFICA, 1996

	Generale	Locale	Analgesia	Altro
NORD	85.0	11.4	2.6	0.3
CENTRO	66.2	31.7	0.2	0
SUD	86.2	12.1	1.4	0
ISOLE	92.6	6.1	1.0	0
ITALIA	82.1	15.3	1.6	0.2

Come già osservato nelle precedenti relazioni, permane la contraddizione fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale, anche tenendo conto che oltre l'85% delle IVG viene effettuato entro la 10ª settimana gestazionale.

Considerando le differenze esistenti non solo tra Regioni ma, soprattutto all'interno delle Regioni, tra ospedali, così come accade per il tipo di intervento e la durata della degenza, sarebbe opportuno procedere ad una omogenizzazione delle procedure adottate secondo gli standard raccomandati a livello internazionale, ciò al fine di una maggiore salvaguardia della salute della donna, oltre che di un risparmio di risorse.

"Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'Ivg per tipo di terapia antalgica" viene riportato nel volume dell'ISTAT "si osserva una maggiore percentuale di anestesia locale fra le laureate. Inoltre si evidenzia un'associazione positiva con l'età della donna e con il numero di figli, cioè donne di età più avanzata e con uno o più figli presentano percentuali più elevate di anestesia locale. Questo andamento è costante in tutte le aree geografiche...L'analisi multivariata sui dati nazionali 1991-93 conferma questi risultati, evidenziando come variabile più importante nel determinare la scelta dell'anestesia (di circa un fattore 5 rispetto alle variabili socio-demografiche) il luogo di intervento e quindi del personale che esegue l'Ivg."

3.9 Durata della degenza

Nel 1996 continua a ridursi la durata della degenza.

IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA, 1983-96

	giorni di degenza		
	< 1	1	>=2
1983	47.5	30.5	22.0
1987	67.4	21.2	11.5
1991	72.9	19.0	8.0
1993	74.8	19.2	6.0
1995	76.9	17.5	5.5
1996	78.5	15.8	5.7

Per grandi aree geografiche rispetto al 1995 la durata della degenza è stata la seguente:

IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA PER AREA GEOGRAFICA, 1995-96

	giorni di degenza					
	< 1		1		>=2	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
NORD	69.7	77.4	23.7	17.9	6.6	4.8
CENTRO	90.9	89.6	6.4	7.4	2.6	3.0
SUD	78.6	75.2	16.0	17.4	5.5	7.4
ISOLE	57.2	67.9	30.5	22.0	12.3	10.1
ITALIA	76.9	78.5	17.5	15.8	5.5	5.7

Nel 78.5% la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 15.8% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze tra Regione e Regione (Tab. 46), con valori particolarmente alti in Calabria e Sardegna.

3.10 Complicanze immediate dell'IVG

L'incidenza delle complicanze (Tab. 47) è pressoché simile a quella degli anni precedenti e sovrapponibile a quella di altri Paesi europei, con un valore totale di 3.6 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (2.0 per 1000).

“L'incidenza delle complicanze”, viene riportato nella monografia dell'ISTAT, “rappresenta un indicatore della qualità delle procedure di intervento (tipo di anestesia e di intervento) e pertanto merita una attenzione costante.

E' difficile effettuare confronti con l'esperienza internazionale in quanto uno dei fattori di rischio più importanti è costituito dalla settimana gestazionale in cui si effettua l'intervento, in quanto il rischio aumenta per settimane gestazionali più avanzate. Anche le procedure di intervento influenzano il rischio di complicanze, ovvero il rischio è maggiore in seguito al raschiamento e all'anestesia generale. Le legislazioni dei vari Paesi pongono dei limiti diversi per la settimana gestazionale entro cui è consentita l'Ivg e di conseguenza la distribuzione percentuale di questa variabile è molto diversa. Inoltre, negli altri Paesi industrializzati il ricorso al raschiamento ed all'anestesia generale è molto più limitato che in Italia. Infine è necessario tener conto che dai dati della rilevazione non è possibile conoscere le complicanze che insorgono successivamente alla dimissione.

Alla luce di quanto detto l'incidenza delle complicanze post-abortive in Italia risulta essere tra i livelli inferiori di quanto notificato in altri Paesi europei, in parte a causa delle diverse condizioni operative, in parte per una possibile sottostima dell'incidenza.

Non si osservano variazioni di incidenza delle complicanze in Italia negli anni, mentre esistono differenze regionali, probabilmente legate alla qualità della rilevazione. L'incidenza totale delle Ivg con complicanze oscilla intorno al 3 per mille.

La complicanza più frequente è l'emorragia (poco più del 2 per mille) mentre l'infezione, la perforazione, la lacerazione o altre implicazioni incidono ciascuna per poco più dello 0.5 per mille. L'incidenza delle complicanze non è influenzata dall'età e dal numero di figli, mentre è maggiore per l'anestesia locale e per l'istituto di cura pubblico. Come era prevedibile c'è un significativo aumento dell'incidenza delle complicanze con l'aumentare della settimana gestazionale, entro le dodici settimane. Oltre le dodici settimane l'incidenza di complicanze è circa dieci volte maggiore, rispetto al periodo precedente.

La maggiore incidenza delle complicanze per anestesia locale è in contrasto con risultati di studi controllati condotti in Italia ed all'estero e questo potrebbe legarsi al sopracitato problema della mancata rilevazione delle complicanze non immediate.”

3.11 Obiezione di coscienza

La tabella 48 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Non hanno fornito questa informazione Piemonte, Liguria, Marche, Molise e Campania. Dai dati disponibili risultano obiettori il 65.7% dei ginecologi, il 54.7% degli anestesisti ed il 58.3% del personale non medico.

Non è possibile effettuare confronti su scala nazionale con gli anni precedenti perché cambiano, di anno in anno, le Regioni notificanti e le informazioni non riguardano sempre l'intera Regione.

Analizzando i dati trasmessi dalle Regioni, le percentuali più alte di ginecologi obiettori, con valori superiori al 70% si osservano in Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e nella provincia di Bolzano, e le percentuali più basse in Val d'Aosta ed in Emilia Romagna.

Tra gli anestesisti le percentuali più alte, con valori superiori al 60% si hanno nel Lazio, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna e nella provincia di Bolzano, e quelle più basse in Emilia Romagna e Toscana. A fronte di questa situazione nel volume dell'ISTAT si conclude che *"In molte regioni, soprattutto del Centro - Nord, l'assenza di personale non obiettore è stata risolta con rapporti convenzionali, in altre, soprattutto del Sud, ha impedito l'attivazione del servizio per l'Ivg. Al Sud, con l'eccezione della Puglia, di fronte alla indisponibilità degli istituti di cura pubblici, non si è provveduto, in misura sufficiente, ad attivare convenzioni con le case di cura e ciò ha reso difficile l'applicazione della legge. E' probabile che questa sia una causa importante della persistenza dell'aborto clandestino e del ricorso all'Ivg in province o anche in regioni non di residenza, oltre che a tempi di attesa più lunghi."*

TABELLE E GRAFICI

TAB. 1

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA - 1996

REGIONE	IVG	NATI VIVI*	DONNE 15-49 ANNI**	ABORTIVITA'		TASSO DI FECONDITA'
				RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	
PIEMONTE	11339	32554	1034192	348.3	11.0	31.5
V. D'AOSTA	282	1068	28914	264.0	9.8	36.9
LOMBARDIA	20761	77985	2257307	266.2	9.2	34.5
BOLZANO	505	5397	113466	93.6	4.5	47.6
TRENTO	1034	4627	114233	223.5	9.1	40.5
VENETO	5933	39020	1126262	152.1	5.3	34.6
FRIULI V.G.	2280	9114	284717	250.2	8.0	32.0
LIGURIA	4060	11021	375870	368.4	10.8	29.3
EMILIA ROM.	10949	29434	931850	372.0	11.7	31.6
TOSCANA	9276	25745	839974	360.3	11.0	30.6
UMBRIA	2640	6601	193829	399.9	13.6	34.1
MARCHE	2584	11626	343614	222.3	7.5	33.8
LAZIO	15148	46822	1344044	323.5	11.3	34.8
ABRUZZI	2924	10810	311692	270.5	9.4	34.7
MOLISE	1091	2822	79730	386.6	13.7	35.4
CAMPANIA	13978	71105	1518355	196.6	9.2	46.8
PUGLIA	17222	43971	1075524	391.7	16.0	40.9
BASILICATA	775	5258	151708	147.4	5.1	34.7
CALABRIA	4390	20070	524884	218.7	8.4	38.2
SICILIA	10150	56657	1301658	179.1	7.8	43.5
SARDEGNA	3077	13933	443460	220.8	6.9	31.4
ITALIA	140398	525640	14395283	267.1	9.8	36.5

* NUMERO NATI VIVI NEL 1996 (BOLLETTINO MENSILE DI STATISTICA, ISTAT LUGLIO 1997)

** NUMERO DONNE 15-49 ANNI AL GENNAIO 1996 (POPOLAZIONE E MOVIMENTO ANAGRAFICO DEI COMUNI, ANNO 1996 - ISTAT 1997)

TAB. 2 RAPPORTI E TASSI DI ABORTIVITA', PERCENTUALI DI CAMBIAMENTO 1995 - 1996

REGIONE	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI			TASSO PER 1000 DONNE IN ETA' 15-49		
	1995	1996	VARIAZIONE %	1995	1996	VARIAZIONE %
PIEMONTE	344.9	348.3	1.0	10.6	11.0	3.8
V. D'AOSTA	257.6	264.0	2.5	8.8	9.8	11.4
LOMBARDIA	278.7	266.2	- 4.5	9.2	9.2	0
BOLZANO	81.1	93.6	15.4	3.7	4.5	21.6
TRENTO	241.0	223.5	- 7.3	9.6	9.1	- 5.2
VENETO	157.9	152.1	- 3.7	5.2	5.3	1.9
FRIULI V.G.	263.3	250.2	- 5.0	8.0	8.0	0
LIGURIA	357.9	368.4	2.9	10.2	10.8	5.9
EMILIA ROM.	373.6	372.0	- 0.4	11.4	11.7	2.6
TOSCANA	361.7	360.3	- 0.4	10.9	11.0	0.9
UMBRIA	393.8	399.9	1.5	13.3	13.6	2.3
MARCHE	213.2	222.3	4.3	7.3	7.5	2.7
LAZIO	318.1	323.5	1.7	11.1	11.3	1.8
ABRUZZI	267.1	270.5	1.3	9.3	9.4	1.1
MOLISE	394.2	386.6	- 1.9	14.4	13.7	- 4.9
CAMPANIA	194.2	196.6	1.2	9.2	9.2	0
PUGLIA	409.9	391.7	- 4.4	17.0	16.0	- 5.9
BASILICATA	158.3	147.4	- 6.9	5.6	5.1	- 8.9
CALABRIA	210.6	218.7	3.8	8.5	8.4	- 1.2
SICILIA	168.7	179.1	6.2	7.5	7.8	4.0
SARDEGNA	205.7	220.8	7.3	6.7	6.9	3.0
ITALIA	267.7	267.1	- 0.2	9.7	9.8	1.0

TAB. 3 ABORTIVITA' IN ITALIA PER AREA GEOGRAFICA - 1996

	I.V.G.	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 A
ITALIA SETTENTRIONALE	57143	271.8	9.1
ITALIA CENTRALE	29648	326.5	10.9
ITALIA MERIDIONALE	40380	262.1	11.0
ITALIA INSULARE	13227	187.4	7.6
ITALIA	140398	267.1	9.8

TAB. 4 NUMERO DI ABORTI E PERCENTUALI DI CAMBIAMENTO 1991, 1992, 1993, 1994, 1995 E 1996

REGIONE	N.ABORTI		VAR.	N.ABORTI		VAR.	N.ABORTI		VAR.	N.ABORTI		VAR.	N.ABORTI		VAR.
	1991	1992	%	1993	%		1994	%		1995	%		1996	%	
PIEMONTE	13629	12456	- 8.6	12010	- 3.6		11253	- 6.3		10964	- 2.6		11339	3.4	
V. D'AOSTA	332	370	11.4	336	- 9.2		286	-14.9		255	-10.8		282	10.6	
LOMBARDIA	24560	23664	- 3.6	23142	- 2.2		21548	- 6.9		20895	- 3.0		20761	- 0.6	
BOLZANO	515	492	- 4.5	479	- 2.6		403	-15.9		417	3.5		505	21.1	
TRENTO	1162	1098	- 5.5	1084	- 1.3		1077	- 0.6		1092	1.4		1034	- 5.3	
VENETO	6455	6242	- 3.3	6180	- 1.0		5678	- 8.1		5847	3.0		5933	1.5	
FRIULI V.G.	3142	2834	- 9.8	2702	- 4.7		2430	-10.1		2275	- 6.4		2280	0.2	
LIGURIA	4694	4504	- 3.8	4175	- 7.3		4137	- 0.9		3843	- 7.1		4060	5.6	
EMILIA ROM.	13130	12195	- 7.1	12000	- 1.6		11061	- 7.8		10598	- 4.2		10949	3.3	
TOSCANA	10769	10639	- 1.2	10235	- 3.8		10100	- 1.3		9161	- 9.3		9276	1.3	
UMBRIA	2910	2934	0.8	2705	- 7.8		2636	- 2.6		2572	- 2.4		2640	2.6	
MARCHE	2872	2822	- 1.7	2823	0		2544	- 9.9		2499	- 1.8		2584	3.4	
LAZIO	17627	17202	- 2.4	17363	0.9		15830	- 8.8		14950	- 5.6		15148	1.3	
ABRUZZI	3318	2990	- 9.9	2994	0.1		2942	- 1.7		2878	- 2.2		2924	1.6	
MOLISE	1249	1221	- 2.2	1228	0.6		1130	- 8.0		1144	1.2		1091	- 4.6	
CAMPANIA	13521	14942	10.5	13128	-12.1		13637	3.9		13962	2.4		13978	0.1	
PUGLIA	20464	19843	- 3.0	19304	- 2.7		17949	- 7.0		18207	1.4		17222	- 5.4	
BASILICATA	970	931	- 4.0	886	- 4.8		819	- 7.6		853	4.2		775	- 9.1	
CALABRIA	4831	4596	- 5.8	4521	- 1.6		4190	- 7.3		4422	5.5		4390	- 0.7	
SICILIA	10640	9483	-10.9	9982	5.3		9657	- 3.3		9745	0.9		10150	4.2	
SARDEGNA	3704	3808	2.8	3586	- 5.8		3350	- 6.6		2970	-11.3		3077	3.6	
ITALIA	160494	155266	- 3.3	150863	- 2.8		142657	- 5.6		139549	- 2.2		140398	0.6	