

Signor Presidente, Onorevoli Senatori e Deputati,

nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2011 e i dati definitivi relativi all'anno 2010 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (di seguito, IVG). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

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

In questi anni il Sistema di Sorveglianza ha reso possibile seguire l'evoluzione del fenomeno dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e 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 applicati.

E' merito delle Regioni e dei Referenti regionali aver collaborato alla rilevazione, anche se per il 2010-2011 si sono osservati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12 in alcune Regioni (soprattutto Campania e Sicilia ma anche Abruzzo, Marche e Basilicata) per le quali è stato necessario integrare il dato con le informazioni raccolte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

L'importanza della rilevazione è dunque notevole e spetta alle Regioni adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG (come risulta dal confronto con altri Paesi), anche utilizzando a tal fine la consulenza tecnica messa a disposizione dalle istituzioni centrali (ISS, Ministero e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

Si ribadisce, inoltre, come già osservato per le precedenti annualità, la pratica impossibilità da parte delle Regioni di recuperare, controllare ed elaborare nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio) tutte le informazioni da inviare agli Organi centrali per la predisposizione della relazione ministeriale. Tuttavia, si evidenzia anche che l'Italia dispone e pubblica i dati sull'IVG in maniera più completa e tempestiva di molti altri Paesi europei.

La raccolta e la diffusione dei dati, di cui dà conto la presente relazione trova, com'è noto, la sua previsione nella legge n. 194 del 1978. E, se è indubbio che tale legge può essere considerata come la normativa fondamentale ed essenziale per ogni questione che riguardi l'interruzione volontaria della gravidanza, è tuttavia altrettanto vero come questa legge non possa essere considerata isolatamente ma – almeno e soprattutto per quanto concerne la sua

ratio ispiratrice e il suo complessivo contenuto sostanziale – anche in relazione a due atti che l'hanno preceduta.

Il primo, costituito dalla legge n. 405 del 1975 che, disciplinando i consultori familiari, espressamente indica, tra le loro finalità, quella di fornire “assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile”; “la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e da singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti”; “la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento”; “la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci adatti a ciascun caso”. Il consultorio, quindi, viene a costituire un autentico snodo non solo medico, ma anche “sociale” diffuso sul territorio, in cui trovare un punto di riferimento gratuito e aperto a tutti per ogni questione attinente (anche, ma non solo) alla propria vita procreativa.

Il secondo, costituito dalla sentenza n. 27 del 1975 della Corte costituzionale che, pronunciandosi sulla materia (era vigente la legislazione che sanzionava penalmente l'interruzione volontaria della gravidanza), la inquadra nel sistema costituzionale, individuando principi poi recepiti nella legge n. 194 e consolidatisi nella giurisprudenza successiva. Il diritto della donna in gravidanza e il diritto alla vita del concepito sono entrambi compresi, in linea generale, nella tutela costituzionale della protezione della maternità (articolo 31). La tutela del concepito e quella della madre trovano poi, altresì, separato e ulteriore fondamento in ulteriori disposizioni costituzionali: l'autonoma tutela del concepito, riconducibile all'articolo 2 che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo; quella della madre, nell'articolo 32 quale norma che ne tutela la propria salute psico-fisica. Inoltre, costituisce “obbligo del legislatore predisporre le cautele necessarie per impedire che l'aborto venga procurato senza seri accertamenti sulla realtà e gravità del danno o pericolo che potrebbe derivare alla madre dal proseguire della gestazione: e perciò la liceità dell'aborto deve essere ancorata ad una previa valutazione della sussistenza delle condizioni atte a giustificarla”.

Sulla base di tali precedenti è possibile comprendere meglio la portata della legge n. 194, là dove affianca al “diritto alla procreazione cosciente e responsabile”, “il valore sociale della maternità” e la tutela de “la vita umana fin dal suo inizio”, nella prospettiva, anzitutto, di fornire le più ampie forme di assistenza in quel particolare contesto nel quale viene a trovarsi la donna dinanzi all'ipotesi di interruzione della gravidanza.

In tale prospettiva, merita di essere ricordato e valorizzato il documento sull' “aiuto alle donne in gravidanza e depressione *post-partum*” approvato in seduta plenaria dal Comitato nazionale di bioetica nel 2005, nel quale è ben presente l'assunto di principio secondo cui lo stato di gravidanza rappresenta una condizione che esige forme specifiche di aiuto in favore della donna, dato il valore umano della gestazione e l'impegno che esso richiede alla gestante. Il documento precisa che “l'aiuto alla donna in gravidanza esige profili di intervento diversi e complementari, che coinvolgono dimensioni educative, psicologiche, sanitarie e sociali”.

L'esperienza applicativa della legge n. 194 pone in evidenza come, dopo un iniziale aumento per la completa emersione dell'aborto dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220 e i 500 mila aborti l'anno, si sia potuta osservare una costante diminuzione dell'IVG nel nostro Paese.

Nel 2011 sono state effettuate 109.538 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 5,6% rispetto al dato definitivo del 2010 (115.981 casi) e un decremento del 53,3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234.801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2011 è risultato pari a 7,8 per 1.000, con un decremento del 5,3% rispetto al 2010 (8,3 per 1.000) e un decremento del 54,7% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000). Il valore italiano è tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2010 è risultato pari a 4,5 per 1.000 (4,4 per 1.000 nel 2009), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 202,5 per 1.000 con un decremento del 2,8% rispetto al 2010 (208,3 per 1.000) e un decremento del 46,7% rispetto al 1982 (380,2 per 1.000).

L'analisi delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2010, conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2010 il 34,2% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato è pari a 130.546 nel 1996, 124.448 nel 1998, 113.656 nel 2000, 106.918 nel 2001, 104.403 nel 2002, 99.081 nel 2003, 101.392 nel 2004, 94.095 nel 2005, 90.587 nel 2006, 86.014 nel 2007, 81.756 nel 2008, 79.535 nel 2009, 76.948 nel 2010 con una riduzione del 3,3% rispetto al 2009 e del 41,31% rispetto al 1996, riduzioni maggiori di quelle che si osservano se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia.

Dalla fine del 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Ciò ha permesso di calcolare i tassi di abortività per le sole cittadine italiane e per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti dalle aree più povere del mondo (PFPM). Nel 2009 il tasso per le italiane è risultato pari a 6,9 per 1.000 per le cittadine italiane di età 15-49 anni, a 7,7 per 1.000 nelle cittadine di PSA e a 26,4 per 1.000 in quelle di PFPM, indicando che, nonostante la diminuzione negli anni, ancora quest'ultimo gruppo di donne ha livelli di abortività molto più elevati delle italiane.

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle donne straniere (un terzo di tutto il fenomeno nel 2010), nella presente relazione, grazie alla collaborazione con l'Istat, vengono riportate, per le variabili significative, le distribuzioni di frequenza per cittadinanza italiana e straniera, al fine di una più accurata descrizione del fenomeno.

Tuttavia, occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana e quindi vanno valutati con cautela.

In generale, nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

La maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, l'aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto al costante incremento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante.

Va, però, segnalato che negli ultimi 4 anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40'000 casi. Per approfondire la tematica, nel 2004 l'ISS ha condotto

un'indagine (i risultati sono stati pubblicati nel Rapporto ISTISAN 06/17) che mette bene in evidenza come anche per le straniere il ricorso all'aborto rappresenta nella maggioranza dei casi una *extrema ratio*, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per la procreazione responsabile, anche a causa delle scarse conoscenze generali sulla fisiologia della riproduzione e quelle specifiche riguardo l'impiego corretto di tali metodi. Le donne straniere presentano un quadro di conoscenze (scarse), di attitudini (buone) e di competenze pratiche (scarse) simile a quello riscontrato tra le donne italiane in analoghe indagini condotte dall'ISS nel 1982-83, cioè poco dopo l'introduzione della legge sull'IVG. Si conferma, quindi, che la promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie è l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del fenomeno. L'attività di *counselling* necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo è più impegnativa nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso. I decrementi osservati recentemente anche 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.

Tuttavia, come si accennava, permane un maggior ricorso all'IVG da parte di queste donne rispetto alle italiane.

Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi. Ancora oggi, invece, barriere sociali, giuridiche, burocratico-amministrative, linguistiche, culturali ostacolano l'accesso e la fruibilità dei servizi e la loro offerta, oltre ad essere estremamente eterogenea, è spesso non "su misura" per questa popolazione. Si registrano ancora lacune formative ed informative sui bisogni di salute ed una scarsa flessibilità dei servizi e degli operatori ad adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza. In particolare, nella popolazione che abbiamo visto essere a maggior rischio di aborto, l'accesso ai servizi rappresenta spesso una criticità da affrontare e risolvere, in particolare puntando sulle potenzialità dei Consultori familiari, come peraltro sottolineato nella legge 194/78 e nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, in quanto servizi che si sono dimostrati nel tempo quelli a più diretto accesso e per questo motivo più utilizzati.

L'ultima stima del numero di aborti clandestini è quella riferita nella relazione dell'anno 2008, su dati 2005, pari a 15.000 casi, la maggior parte dei quali si riferivano all'Italia meridionale. Tale dato riguarda solo le donne italiane, non essendo possibile calcolarlo in modo affidabile per le donne straniere.

La stima di tale fenomeno, riferita all'anno 1983 era pari a circa 100.000 casi.

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 27,2%, valore simile a quello del 2006, 2007, 2008 e 2009 (27%). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 21,6% per le italiane e 38,0% per le straniere (21,9% e 38,2%, rispettivamente, nel 2009). È da tener presente che per le italiane il valore è costante da alcuni anni, e meno della metà di quanto ci si dovrebbe attendere (50%) nell'ipotesi di costanza, a trent'anni dalla legalizzazione dell'aborto, dei comportamenti riproduttivi e del rischio di gravidanza indesiderata, come stimato con modelli matematici dall'ISS. Anche questo dato conferma quindi la riduzione dell'incidenza dell'IVG nel nostro Paese. Inoltre la percentuale di aborti ripetuti riscontrato in Italia è tra le più basse a livello internazionale.

Un dato che è stato comunicato da alcune Regioni (ad esempio Campania, Molise e Basilicata) è la riduzione del numero di servizi che effettuano interruzione volontaria di gravidanza. A tal proposito, fermo restando l'autonomia organizzativa delle Regioni, si richiama al rispetto dell'art.9 della legge 194 che prevede in capo alla Regione il controllo e la garanzia dell'attuazione delle procedure.

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

La quasi totalità degli interventi ormai avviene in *day hospital* con degenze inferiori ad 1 giorno (92,1% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la

tecnica più utilizzata (83,2%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (86,5%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda D12/Istat, verrebbe registrata da alcuni operatori sotto la voce "anestesia generale" o sotto la voce "altro" (ad esempio nel Veneto). Risulta evidente che il ricorso all'anestesia generale non appare giustificato, soprattutto se si tiene conto che l'81,1% delle IVG viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Inoltre, un appropriato uso dell'anestesia locale, non necessitando questa degli esami diagnostici richiesti per l'anestesia generale e della presenza dell'anestesista, comporterebbe minor rischi per la salute della donna insieme ad una non trascurabile riduzione dei costi economici.

In tal senso, l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche è raccomandata.

Quanto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2010 del 3,4%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2,6%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0,8%, invariata rispetto agli ultimi anni.

Dall'anno 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico, in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente in altri Paesi e come indicato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali. Dal 2009 questo farmaco è in commercio in Italia. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non sarebbero stati disponibili fino al 2012 per il monitoraggio di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso di attivare, per un periodo temporaneo, una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati.

Dai dati trasmessi dalle Regioni risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3.836 casi (3,3% del totale delle IVG per il 2010) e 3.404 casi nel 1° semestre del 2011. L'uso è avvenuto nel 2010 in tutte le Regioni tranne Abruzzo e Calabria e nel 2011 non è stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute *"Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine: dati anno 2010 – I semestre 2011"* che verrà reso disponibile sul sito web del Ministero della Salute, nell'area tematica *Salute delle donne*, alla sezione *Interruzione Volontaria di Gravidanza*.

Questi dati mostrano che in Italia, è aumentato negli anni il ricorso al mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare da quando ne è stata autorizzata la commercializzazione (luglio 2009). Il ricorso all'aborto medico varia molto per Regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi sia per il numero di strutture interessate.

Non si sono evidenziate grandi differenze circa le caratteristiche socio-demografiche delle donne che vi hanno fatto ricorso, anche se in generale esse sono meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili rispetto a tutte le altre che hanno abortito nello stesso periodo. Nel 98,7% queste IVG sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato dalla regolamentazione italiana. Molte donne hanno richiesto la dimissione contro parere dopo la somministrazione di mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura.

Nel 96,1% dei casi non vi è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina nelle donne che avevano avviato la procedura dell'IVG farmacologica si è presentata nel 5,9 % dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92% dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è leggermente inferiore a quella riscontrata nel 2009 (59,1% nel 2010, rispetto al 59,3%) ed è aumentata la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16,7% nel 2010, rispetto al 15,8% nel 2009), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Nel 2010 si evince una stabilizzazione generale del fenomeno dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. Infatti, a livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58,7% del 2005, al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008, al 70,7% nel 2009 e al 69,3% nel 2010; per gli anestesisti, negli stessi anni, dal 45,7% al 50,8%. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38,6% nel 2005 al 44,7% nel 2010. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano principalmente al sud: 85,2% in Basilicata, 83,9% in Campania, 85,7% in Molise, 80,6% in Sicilia, come pure a Bolzano con l'81%. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di più di 75% in Molise e in Campania e 78,1% in Sicilia) e i più bassi in Toscana (27,7%) e in Valle d'Aosta (26,3%). Per il personale non medico i valori sono più bassi, con un massimo di 86,9% in Sicilia e 79,4% in Calabria.

In materia di obiezione di coscienza è da segnalare che il Comitato nazionale per la bioetica ha recentemente formulato un parere, nel quale ha riconosciuto che l'obiezione di coscienza è un diritto fondamentale della persona, costituzionalmente tutelato, e ha altresì affermato che la tutela dell'obiezione di coscienza "non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio di diritti riconosciuti per legge". Al riguardo il CNB, affinché l'obiezione di coscienza venga esercitata in modo sostenibile, raccomanda che la legge preveda, accanto alla tutela dell'obiezione di coscienza, "misure adeguate a garantire l'erogazione dei servizi", che la disciplina sia tale "da non discriminare né gli obiettori né i non obiettori e quindi non far gravare sugli uni o sugli altri, in via esclusiva, servizi particolarmente gravosi o poco qualificanti", nonché "la predisposizione di un'organizzazione delle mansioni e del reclutamento (...) che può prevedere forme di mobilità del personale e di reclutamento differenziato atti a equilibrare, sulla base dei dati disponibili, il numero degli obiettori e dei non obiettori". A queste considerazioni si aggiunga inoltre che può essere attentamente valutata l'opportunità di un coinvolgimento del personale obiettore di coscienza in attività di prevenzione dell'aborto, in maniera coerente con le convinzioni di coscienza manifestate.

Il ricorso al Consultorio familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (40,4%), specialmente al Sud e Isole, anche se in aumento, in gran parte per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (53,3% rispetto a 33,9% relativo alle italiane). Le cittadine straniere ricorrono più facilmente al Consultorio familiare in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza in alcune sedi della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato recentemente dalle Regioni, è stato 2.204 e 149 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel periodo 2006-2009, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20.000 abitanti). Come si può osservare da diversi anni, il loro numero è in continuo mutamento (generalmente in decremento) in considerazione del fatto che vengono talvolta comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Per un approfondimento sulla organizzazione e attività dei Consultori pubblici si rinvia al rapporto pubblicato sul portale del Ministero all'indirizzo:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf

Da tale rapporto si evince che nel tempo i consultori familiari non sono stati, nella maggior parte dei casi, potenziati né adeguatamente valorizzati. In diversi casi l'interesse intorno al loro operato è stato scarso ed ha avuto come conseguenza il mancato adeguamento delle risorse, della rete dei servizi, degli organici, delle sedi.

Si conferma, dunque, la necessità di una maggiore valorizzazione dei Consultori familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'ISS, riguardanti il

percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio e migliori esiti in seguito alle loro attività, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita (Rapporto Istisan 03/4 e Rapporto Istisan 11/12).

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi una *extrema ratio* e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicita in tre diverse modalità, come già indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile emanato nell'anno 2000 ed in diverse occasioni nella presentazione di precedenti edizioni di questa Relazione al Parlamento sull'attuazione della legge.

Anzitutto, i programmi di promozione della procreazione responsabile adottati nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali. A questo proposito un'indagine condotta dall'ISS nell'anno 2009 su 2.978 puerpere ha mostrato che solo la metà di esse aveva ricevuto informazioni sulla procreazione responsabile durante il percorso nascita, dato simile a quello trovato in indagini precedenti. A fronte di una buona attitudine all'uso dei contraccettivi (il 69% delle straniere ha dichiarato di volerli usare alla ripresa dei rapporti), un terzo dice di aver bisogno di un consiglio per la scelta. L'importanza del colloquio con l'operatore è evidenziato anche dal fatto che il 20% dice che non userà metodi anticoncezionali perché non li conosce o ne ha paura (Rapporto Istisan 11/12).

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificata, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità, in applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, di implementare misure necessarie per il loro superamento, sostenendo le maternità difficili, e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità.

Circa quest'ultimo istituto normativo, la Corte costituzionale ne ha ben chiarito con la sentenza n. 425 del 2005 le finalità e le potenzialità, affermando: "La norma impugnata mira evidentemente a tutelare la gestante che – in situazioni particolarmente difficili dal punto di vista personale, economico o sociale – abbia deciso di non tenere con sé il bambino, offrendole la possibilità di partorire in una struttura sanitaria appropriata e di mantenere al contempo l'anonimato nella conseguente dichiarazione di nascita: e in tal modo intende – da un lato – assicurare che il parto avvenga in condizioni ottimali, sia per la madre che per il figlio, e – dall'altro – distogliere la donna da decisioni irreparabili, per quest'ultimo ben più gravi".

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

Si ribadisce quindi la necessità di una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui ritornare per il controllo post-IVG e per il *counselling* per la procreazione responsabile.

Circa le iniziative di prevenzione, è opportuno ricordare che il Ministero della Salute nell'anno 2010 ha promosso e finanziato, nell'ambito del programma CCM, un progetto sulla "Prevenzione delle IVG tra le donne straniere", che costituiscono il gruppo a maggior rischio di ricorrere all'IVG, come già in precedenza evidenziato. Il progetto, la cui conclusione è prevista entro la fine del 2012, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", e a cui hanno aderito 10 Regioni, si pone come obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate. Ad oggi è stato predisposto il pacchetto

formativo ed è stata conclusa la formazione dei “formatori” delle Regioni partecipanti al progetto con il fine di attivare una capillare formazione a cascata; è stato prodotto tutto il materiale utile alla comunicazione ed informazione che è stato quindi distribuito alle Regioni partecipanti affinché provvedano ad un suo appropriato utilizzo. Sono in fase di implementazione tutta una serie di attività per facilitare l’accesso ai servizi e prevenire gravidanze indesiderate.

Si è recentemente concluso anche il progetto “ *Analisi anatomo-clinica dei quadri malformativi fetali associati all’interruzione volontaria della gravidanza dopo il 90° giorno di gestazione*”, finanziato dal Ministero della salute e sviluppato e coordinato dall’Università degli Studi di Milano, nel quale è stata analizzata, in una popolazione campione di dimensioni (1.554 casi) e caratteristiche mai raccolta in Italia tratta da diverse aree del territorio nazionale, la corrispondenza diagnostica tra riscontri ecografici ed autoptici (riscontro diagnostico sul feto) delle patologie malformative alla base dell’interruzione volontaria di gravidanza dopo il 90° giorno di gravidanza. E’ stato preso in considerazione un campione di strutture ove, oltre alla presenza del servizio che effettuava l’IVG oltre i 90 giorni di gestazione fossero contemporaneamente presenti centri di anatomia patologica specializzati in autopsie fetoplacentari. Il risultato è stato di una importante corrispondenza tra quanto evidenziato all’esame ecografico e quanto poi osservato al riscontro diagnostico autoptico. La relazione finale del progetto è presente in versione integrale sul sito del CCM all’indirizzo:

http://www.ccm-network.it/studio-su-malformazioni-fetali-associate-a-ivg-dopo-90-giorni-di-gestazione_2012

In conclusione, i dati evidenziano che nel nostro Paese prosegue la tendenza alla diminuzione del numero di IVG e quindi del tasso di abortività e che nella grande maggioranza dei casi il ricorso a questo intervento rappresenta l’ultima scelta, essendo stati tentati prima metodi per evitare gravidanze indesiderate. La riduzione percentuale di aborti ripetuti è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, poiché, se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, si sarebbero avute attualmente percentuali doppie rispetto a quelle osservate. La sostanziale riduzione dell’aborto clandestino e l’eliminazione della mortalità e morbilità materna ad esso associata si accompagnano con la riduzione dell’IVG, ottenuta anche grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all’aborto, secondo gli auspici della legge. La promozione della procreazione responsabile costituisce la modalità più importante per la prevenzione dell’aborto. Per conseguire tale obiettivo, è importante potenziare la rete dei consultori familiari, che costituiscono i servizi di gran lunga più competenti nell’attivazione di reti di sostegno per la maternità, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e con il privato sociale. Specifica attenzione dovrà anche essere posta verso i gruppi di donne straniere a maggior rischio di ricorso all’IVG con specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi.

Renato Balduzzi

DATI PRELIMINARI ANNO 2011

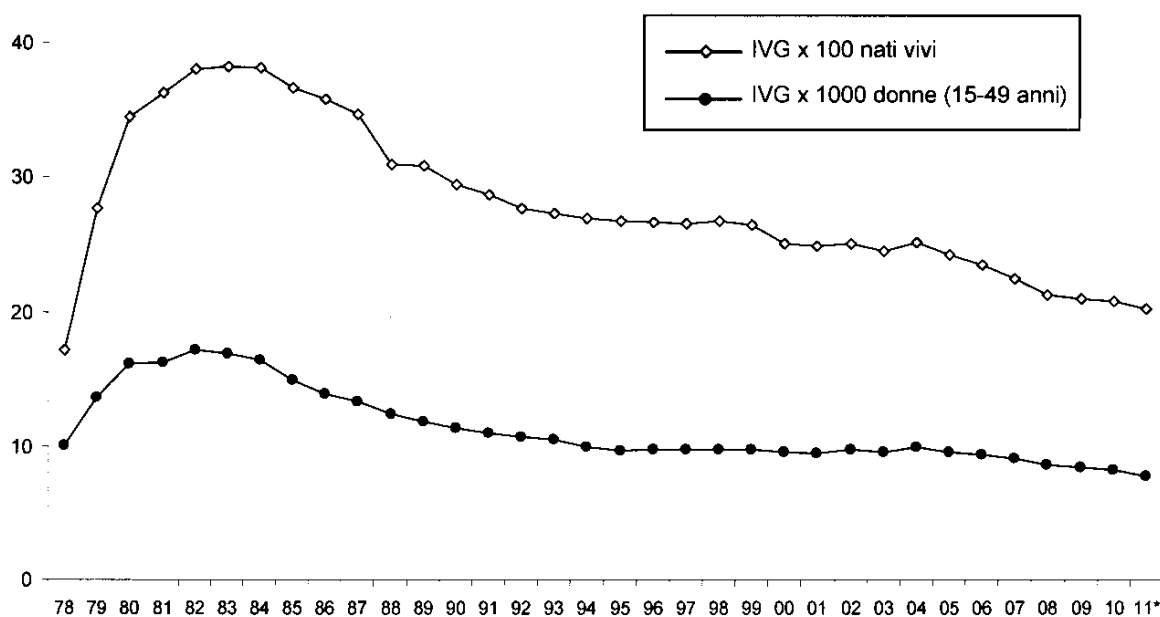
Per l'anno 2011 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 109'538 (Tab. A), con un decremento del 5.6% rispetto al dato definitivo del 2010 (115'981 IVG) e un decremento del 53.3% rispetto al 1982. Diminuzioni particolarmente elevate si osservano in Molise, Campania, Basilicata, che hanno riferito la chiusura di alcuni servizi che effettuano IVG. Si ricorda comunque che questi dati saranno controllati, ed eventualmente integrati, con le Schede di Dimissione Ospedaliera non appena saranno disponibili.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 7.8 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 5.3% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2010 (8.3 per 1000) e con una riduzione del 54.7% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (540'910) del 2011, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 202.5 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 2.8% rispetto al 2010 (208.3 per 1000) e un decremento del 46.7% rispetto al 1982.

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

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2011



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2011 - Valori assoluti: dati 2011 e confronti con il 2010

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2011	TOTALE 2010	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	13859	13582	12033	11675	51149	53311	-4.1
Piemonte	2503	2410	2449	2218	9580	9670	-0.9
Valle d'Aosta	72	69	58	62	261	242	7.9
Lombardia	5065	5001	4026	4001	18093	18959	-4.6
Bolzano	163	156	127	140	586	606	-3.3
Trento	258	204	216	191	869	909	-4.4
Veneto	1682	1729	1481	1463	6355	6728	-5.5
Friuli Venezia Giulia	478	460	445	471	1854	1970	-5.9
Liguria	865	855	837	780	3337	3455	-3.4
Emilia Romagna	2773	2698	2394	2349	10214	10772	-5.2
ITALIA CENTRALE	6490	6239	5619	5291	23639	24828	-4.8
Toscana	2081	1968	1700	1730	7479	7665	-2.4
Umbria	486	470	409	436	1801	1884	-4.4
Marche	621	589	557	513	2280	2409	-5.4
Lazio	3302	3212	2953	2612	12079	12870	-6.1
ITALIA MERIDIONALE	6842	6615	5751	5526	24734	27732	-10.8
Abruzzo	594	656	532	640	2422	2462	-1.6
Molise	126	117	108	106	457	575	-20.5
Campania	2568	2503	2124	2027	9222	11181	-17.5
Puglia	2617	2414	2153	1939	9123	9711	-6.1
Basilicata	148	154	142	140	584	688	-15.1
Calabria	789	771	692	674	2926	3115	-6.1
ITALIA INSULARE	2676	2635	2427	2278	10016	10110	-0.9
Sicilia	2076	2085	1899	1852	7912	7795	1.5
Sardegna	600	550	528	426	2104	2315	-9.1
ITALIA	29867	29071	25830	24770	109538	115981	-5.6

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2011 - Tassi di abortività: dati 2011 e confronti con il 2010

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		
	2011	2010	VAR. %
ITALIA SETTENTRIONALE	8.3	8.6	-4.1
Piemonte	9.9	9.9	-0.4
Valle d'Aosta	9.2	8.4	8.5
Lombardia	8.0	8.5	-4.9
Bolzano	4.9	5.1	-3.3
Trento	7.2	7.6	-4.6
Veneto	5.6	6.0	-5.3
Friuli Venezia Giulia	7.0	7.4	-5.3
Liguria	10.0	10.3	-3.0
Emilia Romagna	10.4	11.0	-5.5
ITALIA CENTRALE	8.7	9.1	-4.7
Toscana	9.1	9.3	-2.3
Umbria	8.9	9.3	-4.5
Marche	6.5	6.9	-5.1
Lazio	9.0	9.5	-6.1
ITALIA MERIDIONALE	7.2	8.0	-10.2
Abruzzo	7.9	7.9	-1.0
Molise	6.3	7.9	-19.7
Campania	6.3	7.7	-17.1
Puglia	9.3	9.8	-5.3
Basilicata	4.3	4.9	-13.8
Calabria	6.0	6.4	-5.3
ITALIA INSULARE	6.2	6.2	-0.1
Sicilia	6.5	6.4	2.2
Sardegna	5.3	5.8	-8.0
ITALIA	7.8	8.3	-5.3

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2011 - Rapporti di abortività: dati 2011 e confronti con il 2010

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2011	2010	
ITALIA SETTENTRIONALE	206.6	209.1	-1.2
Piemonte	257.9	258.1	0.0
Valle d'Aosta	225.6	209.2	7.9
Lombardia	194.1	197.2	-1.6
Bolzano	119.3	123.1	-3.1
Trento	166.9	169.5	-1.6
Veneto	139.8	143.0	-2.3
Friuli Venezia Giulia	203.4	208.0	-2.3
Liguria	292.5	294.3	-0.6
Emilia Romagna	255.5	258.8	-1.3
ITALIA CENTRALE	224.7	230.4	-2.4
Toscana	244.3	241.1	1.4
Umbria	269.4	252.1	6.9
Marche	168.3	175.6	-4.2
Lazio	222.3	234.9	-5.4
ITALIA MERIDIONALE	193.6	210.3	-7.9
Abruzzo	215.8	214.4	0.7
Molise	194.6	231.5	-15.9
Campania	161.4	189.1	-14.6
Puglia	260.3	270.2	-3.7
Basilicata	131.3	151.3	-13.2
Calabria	166.5	170.2	-2.2
ITALIA INSULARE	165.9	162.5	2.1
Sicilia	167.2	160.4	4.2
Sardegna	161.3	169.9	-5.0
ITALIA	202.5	208.3	-2.8