

**Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali)
Italia 1989-2009**

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2009	2010
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.3	26.9	26.9	27.0	27.2
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.6	44.7	44.7	44.7

(* 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.)

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che il leggero aumento osservato negli ultimi anni, dopo una stabilizzazione è da imputare al sempre maggior contributo delle cittadine straniere che, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (38.0% rispetto a 21.6%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2010

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.2	25.3	3.1	8.3	1.1	4.3	20.4	37.9
CENTRO	14.6	23.9	3.1	9.1	1.1	5.7	18.8	38.7
SUD	18.7	23.0	5.6	10.6	3.0	6.5	27.3	40.1
ISOLE	11.9	18.2	2.6	6.3	1.2	4.9	15.7	29.4
ITALIA	16.2	24.4	3.8	8.7	1.6	4.9	21.6	38.0

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2010 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 27.3%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Piemonte (30.7%); al Centro, in Toscana (28.7%); al Sud, in Puglia (35.0%).

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano è comunque tra i più bassi a livello internazionale.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2010)	72.8	19.0	5.4	1.7	26.1
	(2009)	73.0	18.9	5.3	2.7	26.9
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
FINLANDIA	(2010)	62.5	24.0	8.2	5.4	37.6
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	66.0	26.0	6.0	2.0	34.0
OLANDA	(2010)	67.2	22.6	6.7	3.2	33.1
SPAGNA	(2010)	65.2	23.8	6.7	3.6	33.8
SVEZIA	(2010)	59.8	25.5	9.5	5.2	40.2
UNGHERIA	(2006)	50.3	26.6	11.8	11.2	49.7
USA	(2004)	53.4	26.8	<-- 19.8 -->	46.6	

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

3. Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Impropriamente si è sempre usato il termine certificazione, dalla dizione del modello D12, per il documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia. Nel documento (Art.5 della legge 194/78) si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni. 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.

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, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Si rilascia un certificato anche in caso di interruzione di gravidanza oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2010 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (40.4%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Piemonte (64.4%), in Emilia Romagna (61.1%), in Umbria (52.3%), in Toscana (50.9%) e nel Lazio (46.7%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

Dalla tabella seguente si identificano notevoli differenze per area geografica e per cittadinanza:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2010

	Certificazione						
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane
NORD	43.5	60.1	29.4	17.3	25.5	21.1	1.6 1.4
CENTRO	44.6	52.8	22.7	15.6	25.4	25.5	7.2 6.2
SUD	20.3	26.7	37.0	27.7	40.5	43.8	2.2 1.7
ISOLE	14.0	25.3	29.7	21.2	54.8	52.7	1.4 0.9
ITALIA	33.9	53.3	30.3	18.1	32.9	25.9	2.9 2.6

Elaborazioni su dati Istat

Da poco meno di un decennio si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente 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 dove è spesso presente il mediatore culturale.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2010

	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
2008	27.4	32.4	38.2	1.9
2009	27.5	31.2	39.4	1.9
2010	26.0	30.9	40.4	2.6

Il maggior ricorso al consultorio familiare e il suo ruolo nella prevenzione dell'IVG possono essere favoriti dalla piena integrazione, nel modello dipartimentale (come raccomandato dal POMI e dalle leggi di riferimento), dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

Nel 2010 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore stabile dal 2006, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2204 consultori familiari censiti nel 2010 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud, 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 per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta.

3.2 Urgenza

Nel 2010 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 9.7% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte e superiori all'11% si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (18.8%), in Emilia Romagna (15.1%) e in Campania (11.3%) e da quest'anno anche in Sardegna (12.2%) e in Piemonte (11.3%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 9.5% al Nord, 12.7% al Centro, 9.0% al Sud e 5.1% nelle Isole. Non si registrano significative variazioni negli ultimi anni.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione (Tab. 19) mostra il 40.4% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 15.6% a 11-12 settimane e il 3.4% dopo la 12esima settimana, con un leggero aumento rispetto al 2009 degli interventi precoci (<9 settimane) e oltre le 12 settimane. L'aumento della percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali può essere in parte dovuto all'incremento dell'utilizzo come tecnica abortiva del Mifepristone e prostaglandine, che viene utilizzata prevalentemente a epoca gestazionale precoce.

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, 20.5% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 12.9% tra quelle delle italiane.

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. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10^a 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.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2010

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	38.7	32.1	39.6	44.0	15.9	21.9	5.8	2.0
CENTRO	39.3	26.9	42.0	47.8	14.1	21.3	4.6	1.3
SUD	58.7	47.3	31.3	39.5	8.1	12.7	1.8	0.5
ISOLE	37.0	34.2	47.3	50.6	12.2	14.3	3.5	0.9
ITALIA	44.4	33.2	38.5	44.7	12.9	20.5	4.2	1.6

Elaborazioni su dati Istat

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. Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2010 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane, per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetalì. 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 Regioni, nel 2010, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	3.6	Marche	4.8
V. Aosta	3.5	Lazio	3.5
Lombardia	3.9	Abruzzo	1.7
Bolzano	8.9	Molise	1.6
Trento	3.7	Campania	0.5
Veneto	6.2	Puglia	2.1
Friuli V.G.	6.2	Basilicata	5.9
Liguria	3.7	Calabria	2.9
Emilia Romagna	3.6	Sicilia	2.3
Toscana	2.8	Sardegna	6.4
Umbria	1.7	ITALIA	3.4

Si ricorda che in ogni caso si tratta di distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare 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 seguente tabella riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2010)	115981	9.9	3.4
	(2009)	118579	10.1	2.9
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	13.0	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2010)	110431	7.1	2.3
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	189574	17.5	8.9
NORVEGIA	(2010)	15735	16.1	4.2
OLANDA	(2010)	28000	8.7	17.2
REPUBBLICA CECA	(2010)	23998	9.5	3.7
SPAGNA	(2010)	113031	11.5	11.5
SVEZIA	(2010)	37693	20.9	6.4
SVIZZERA	(2010)	10641	6.8	4.0
USA	(2008)	1212350	19.6	12.9

* 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.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un effetto raro di ritardo di 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 volute, interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

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. Nel 2010 è leggermente inferiore la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (59.1%, Tab. 21), rispetto al 2009 (59.3%), ed è aumentata la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane: 16.7% nel 2010 rispetto a 15.8% nel 2009. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2010

	Tempi di attesa					
	≤14		15-21		22-28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	60.4	57.7	24.5	25.8	10.7	11.7
CENTRO	58.2	56.0	25.8	26.6	12.0	12.6
SUD	72.3	70.1	19.3	19.1	6.3	8.1
ISOLE	61.1	52.9	21.9	24.6	11.9	14.6
ITALIA	63.5	58.4	23.0	25.2	9.8	11.6
					3.7	4.8

Elaborazioni su dati Istat

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Tuttavia bisogna considerare che i tempi di attesa possono risultare brevi se 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 2010 la distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2009

	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
2008	91.9	8.1	0.0
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0

Nella provincia autonoma di Trento, in Puglia e in Sardegna è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

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, 2010

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.0	97.6	3.0	2.4
CENTRO	96.6	99.6	3.4	0.4
SUD	70.7	83.9	29.3	16.1
ISOLE	85.5	91.6	14.5	8.4
ITALIA	88.2	96.4	11.8	3.6

Elaborazioni su dati Istat

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2010 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, potrebbe essere registrata sotto la voce "anestesia generale" (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 7.8% degli interventi, con una leggera diminuzione rispetto al 2009. Si è osservato anche un aumento del numero di IVG senza anestesia (3.3% rispetto a 1.3% del 2009) dovuto probabilmente all'aumento delle IVG effettuate con Mifepristone, metodica che non prevede l'uso di anestesia.

Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2010, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per cittadinanza e area geografica:

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2010

	Generale		Locale		Analgesia	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	93.7	92.9	4.5	5.5	1.8	1.6
CENTRO	83.6	79.1	16.1	20.7	0.3	0.1
SUD	92.7	89.5	6.6	10.2	0.7	0.3
ISOLE	96.1	94.3	2.1	2.8	1.8	2.9
ITALIA	91.6	89.0	7.2	9.9	1.2	1.1

Elaborazioni su dati Istat

Con l'eccezione delle Marche, c'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. 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 Guideline n.7*. London, RCOG Press; 2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2003 l'OMS ha licenziato 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, per la minore richiesta di analisi pre-IVG, per il minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2010 (Tab. 25), sebbene permane un 11.4% di interventi effettuati con raschiamento, tecnica a maggior rischio di complicanze. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2010

	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
2008*	12.0	22.8	63.0	2.3
2009*	12.6	21.5	63.4	2.4
2010**	11.4	20.3	62.9	5.4

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce Altro, le modalità RU486 (3.8%) e Altro farmaco (1.3%)

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 20% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale, sia per la cittadinanza italiana che per quella

straniera. Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, queste Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurne il ricorso. L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2010

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	10.4	9.9	23.8	26.9	56.3	58.3	9.5	4.8
CENTRO	11.0	6.2	10.2	15.4	75.6	77.2	3.2	1.1
SUD	11.7	17.9	11.7	10.2	74.1	70.7	2.6	1.2
ISOLE	25.0	21.8	11.2	11.1	61.3	66.1	2.5	1.0
ITALIA	12.4	10.3	16.3	21.6	65.8	64.8	5.5	3.3

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. Si rimanda alla relazione presentata nel 2003 per un approfondimento delle problematiche relative al tipo di intervento.

Dal 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 da diversi anni 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. Fino al 2009 questo farmaco non era in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del mifepristone si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat 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. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 3404 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 portale del Ministero della Salute nell'area tematica *Salute delle donne*, alla sezione *Interruzione Volontaria di Gravidanza*.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 1° semestre del 2011 di questo metodo.

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (I sem)
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	3404*
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20

* Mancano i dati del secondo trimestre 2011 della Liguria e della Campania

Nelle due tabelle successive sono presentati il numero di IVG effettuate con RU486 nel 2010 nel 1° semestre 2011 per regione e il numero di presidi che hanno utilizzato questo metodo.

IVG effettuate con RU 486 nel 2010 e I° semestre 2011

REGIONI	2010				2011		
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	TOTALE
Piemonte	*	203	241	283	309	320	1356
Valle d'Aosta	*	1	17	23	24	19	84
Lombardia	*	91	95	65	75	118	444
Bolzano	*	7	0	1	0	5	13
Trento	*	2	8	13	10	11	44
Veneto	0	19	27	56	75	93	270
Friuli Venezia Giulia	0	0	22	14	11	14	61
Liguria	0	29	120	153	183	N.D.	485
Emilia Romagna	327	332	310	397	466	439	2271
Toscana	*	115	162	139	174	170	760
Umbria	0	0	0	6	1	8	15
Marche	*	2	0	0	0	0	2
Lazio	0	0	0	9		131	140
Abruzzo	0	0	0	0	2	15	17
Molise	*	16	26	13	21	19	95
Campania	0	22	67	108	198	N.D.	395
Puglia	*	61	31	106	141	204	543
Basilicata	*	18	9	9	10	17	63
Calabria	0	0	0	0	4	5	9
Sicilia	0	10	33	14	53	46	156
Sardegna	0	0	0	4	6	7	17
TOTALE	327	928	1168	1413	1763	1641	7240

* Dati compresi nel II trimestre

N° Presidi in cui è stato utilizzato RU486 per trimestre nel 2010 e I° semestre 2011

Regione	2010				2011	
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim
Piemonte	*	9	8	11	11	10
Valle D'aosta	*	1	1	1	1	1
Lombardia	*	20	13	19	19	19
Bolzano	*	2	2	2	0	2
Trento	*	1	1	1	1	1
Veneto	0	6	7	9	13	14
Friuli Venezia Giulia	0	0	3	3	3	3
Liguria	0	7	7	7	7	N.D.
Emilia Romagna	13	13	15	20	21	20
Toscana	*	11	13	13	11	14
Umbria	0	0	0	1	1	1
Marche	*	2	0	0	0	0
Lazio	0	0	0	1	1	1
Abruzzo	0	0	0	0	1	1
Molise	*	1	1	1	1	1
Campania	0	1	1	2	2	N.D.
Puglia	*	3	3	5	7	7
Basilicata	*	1	1	1	1	1
Calabria	0	0	0	0	1	2
Sicilia	0	1	2	2	7	4
Sardegna	0	0	0	1	1	1
TOTALE	13	79	78	100	110	110

* Dati compresi nel II trimestre

Questi dati evidenziano che in Italia, con il passare degli anni, è aumentato il ricorso al mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare dal quando è stata autorizzata la sua commercializzazione (luglio 2009). Nel 2010, dai dati riferiti dalle Regioni, 3836 IVG sono state effettuate con questo metodo e 3404 nel primo trimestre del 2011 (che fa supporre a un totale di circa 7000 casi per tutto il 2011). Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture.

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ne hanno fatto ricorso, anche se in generale 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 in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). 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 92.0 % dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura.

3.8 Durata della degenza

Nel 92.1% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4.9% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte, valori risultati pari a 93.6% e 3.9% nel 2009. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Valle D'Aosta, Bolzano, Veneto, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2010

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1991	72.9	19.0	8.0
2000	83.1	12.2	4.7
2004	90.0	6.2	3.7
2007	91.2	6.2	2.6
2008	92.6	4.8	2.7
2009	93.6	3.9	2.5
2010	92.1	4.9	2.9

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2009 è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2009-2010

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
NORD	94.6	92.8	3.0	4.1	2.3	3.1
CENTRO	95.3	93.9	2.2	3.7	2.1	2.3
SUD	91.3	89.1	1.7	9.0	1.6	1.9
ISOLE	89.8	92.0	3.4	1.5	6.2	6.5
ITALIA	93.6	92.1	4.8	4.9	2.5	2.9

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2010 sono state registrate 4.2 complicanze per 1000 IVG senza distinzione sulle procedure. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Non si osservano sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti e analizzando il dato per cittadinanza.

3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Nel 2010 si evince una stabilizzazione generale dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesiisti, 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 anestesiisti, 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: 85.7% in Molise, 85.2% in Basilicata, 83.9% in Campania, 81.3% a Bolzano e 80.6% in Sicilia. Anche per gli anestesiisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di più di 75% in Molise e 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 e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 86.9% in Sicilia e 79.4% in Calabria.

TABELLE

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2009-2010
Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2000-2010
Tabella 5 - IVG ed età
Tabella 6 - IVG per classi di età
Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
Tabella 8 - IVG e stato civile
Tabella 9 - IVG e titolo di studio
Tabella 10 - IVG e occupazione
Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
Tabella 12 - IVG e cittadinanza
Tabella 13 - IVG e nati vivi
Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
Tabella 18 - IVG ed urgenza
Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
Tabella 26 - IVG e durata della degenza
Tabella 27 - IVG e complicanze
Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale
Tabella 29 - Valori, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
Tabella 30 - Valori assoluti
Tabella 31 - Tassi di abortività
Tabella 32 - Rapporti di abortività

Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza, 2010

REGIONE	IVG	NATI VIVI *	DONNE 15-49 ANNI **	ABORTIVITÀ		
				RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	TASSO DI FECONDITÀ
ITALIA SETTENTRIONALE						
Piemonte	5311	254913	6196009	209.1	8.6	41.1
	9670	37473	976729	258.1	9.9	38.4
Valle d'Aosta	242	1157	28676	209.2	8.4	40.3
Lombardia	18959	96134	2242421	197.2	8.5	42.9
Bolzano	606	4922	119720	123.1	5.1	41.1
Trento	909	5362	119984	169.5	7.6	44.7
Veneto	6728	47039	1129148	143.0	6.0	41.7
Friuli Venezia Giulia	1970	9469	265193	208.0	7.4	35.7
Liguria	3455	11739	334156	294.3	10.3	35.1
Emilia Romagna	10772	41618	979982	258.8	11.0	42.5
ITALIA CENTRALE						
Toscana	24828	107777	2724022	230.4	9.1	39.6
	7665	31795	823980	241.1	9.3	38.6
Umbria	1884	7472	201876	252.1	9.3	37.0
Marche	2409	13718	349577	175.6	6.9	39.2
Lazio	12870	54792	1348589	234.9	9.5	40.6
ITALIA MERIDIONALE						
Abruzzo	27732	131881	3459859	210.3	8.0	38.1
	2462	11485	310106	214.4	7.9	37.0
Molise	575	2484	73117	231.5	7.9	34.0
Campania	11181	59126	1461476	189.1	7.7	40.5
Puglia	9711	35939	986941	270.2	9.8	36.4
Basilicata	688	4548	139091	151.3	4.9	32.7
Calabria	3115	18299	489128	170.2	6.4	37.4
ITALIA INSULARE						
Sicilia	10110	62234	1619919	162.5	6.2	38.4
	7795	48608	1220079	160.4	6.4	39.8
Sardegna	2315	13626	399840	169.9	5.8	34.1
ITALIA	115981	556805	13999809	208.3	8.3	39.8

* numero nati vivi nel 2010 (dati forniti brevi manu dall'Istat)

** numero donne 15-49 anni al gennaio 2010 (dati forniti brevi manu dall'Istat)

Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento, 2009-2010

REGIONE	RAPPORTO PER 1000 NATIVIVI		VARIAZIONE %	TASSO PER 1000 DONNE IN ETÀ 15-49	
	2009	2010		2009	2010
ITALIA SETTENTRIONALE					
Piemonte	207,5	209,1	0,8	8,7	8,6
Valle d'Aosta	246,5	258,1	4,7	9,7	9,9
Lombardia	176,6	209,2	18,5	7,6	8,4
Bolzano	199,7	197,2	-1,2	8,8	8,5
Trento	117,8	123,1	4,6	4,8	5,1
Veneto	204,8	169,5	-17,2	9,0	7,6
Friuli Venezia Giulia	142,9	143,0	0,1	6,0	6,0
Liguria	215,3	208,0	-3,4	7,8	7,4
Emilia Romagna	265,7	294,3	10,8	9,6	10,3
Toscana	256,3	258,8	1,0	11,1	11,0
Umbria	235,4	230,4	-2,1	9,4	9,1
Marche	245,7	241,1	-1,9	9,5	9,3
Lazio	253,7	252,1	-0,6	9,5	9,3
ITALIA CENTRALE					
Abruzzo	171,6	175,6	2,3	6,9	6,9
Molise	243,6	234,9	-3,6	9,9	9,5
ITALIA MERIDIONALE					
Campania	215,9	210,3	-2,6	8,3	8,0
Puglia	221,8	214,4	-3,3	8,1	7,9
Basilicata	286,6	231,5	-19,2	9,0	7,9
Calabria	200,6	189,1	-5,7	8,3	7,7
Sicilia	267,9	270,2	0,9	9,7	9,8
Sardegna	150,6	151,3	0,5	5,0	4,9
ITALIA INSULARE	164,3	162,5	-1,1	6,3	6,2
ITALIA	210,0	208,3	-0,8	8,5	8,3

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

-1,3

2,4

11,8

-3,6

5,9

-16,0

-1,2

-4,5

7,9

-1,3

-2,7

-2,3

-2,1

-0,7

-3,4

0,9

-1,7

-12,8

-7,8

1,8

-1,1

-1,7

1,0

Tabella 3 - *IVG in Italia per area geografica, 2010*

	IVG	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI
ITALIA SETTENTRIONALE	53311	209.1	8.6
ITALIA CENTRALE	24828	230.4	9.1
ITALIA MERIDIONALE	27732	210.3	8.0
ITALIA INSULARE	10110	162.5	6.2
ITALIA	115981	208.3	8.3

TABELLA 4 - Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 2000 - 2010