

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2011, l'87.4% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore, simile a quello rilevato nell'ultimo decennio, conferma l'assestamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2011

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2008	88.5	9.3	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2011 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2011

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2008	18.8	5.4	1.7	1.0	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto, dopo quasi 30 anni dalla legalizzazione, una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2011

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2010	2011
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	27.2	26.8
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.)

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

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che le cittadine straniere, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (37.9% rispetto a 21.0%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2011

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.0	25.2	3.1	8.3	1.1	4.0	20.2	37.5
CENTRO	14.1	25.2	2.8	9.0	1.0	4.9	17.9	39.1
SUD	17.1	22.9	5.0	9.5	2.8	7.1	24.9	39.5
ISOLE	14.9	20.9	3.3	7.4	1.4	6.0	19.6	34.3
ITALIA	15.8	24.7	3.6	8.5	1.6	4.7	21.0	37.9

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2011 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 24.9%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Piemonte (30.5%); al Centro, in Toscana (28.5%); al Sud, in Puglia (31.8%).

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano è comune 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	(2011)	73.2	18.8	5.3	1.6	1.1
	(2010)	72.8	19.0	5.4	1.7	26.1
	(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	(2011)	64.0	27.0	7.0	2.0	36.0
OLANDA	(2011)	65.2	24.2	7.2	3.4	34.8
SPAGNA	(2011)	64.3	24.2	7.6	3.9	35.7
SVEZIA	(2011)	58.7	25.7	9.9	5.6	41.2
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 importante conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (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, in cui si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della legge 194/78). Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5.

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 2011 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (40.7%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Piemonte (65.5%), in Emilia Romagna (64.1%), in Umbria (52.8%), nella PA di Trento (48.7%) e in Toscana (48.4%). 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, 2011

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	44.8	61.5	29.5	17.0	24.2	20.0	1.5	1.5
CENTRO	44.0	53.5	23.1	16.5	26.8	24.9	6.1	5.2
SUD	19.6	28.0	34.1	24.0	40.5	43.5	5.8	4.5
ISOLE	14.4	24.3	26.1	20.3	56.9	53.7	2.6	1.7
ITALIA	33.9	54.2	29.2	17.8	33.1	25.3	3.8	2.8

Elaborazioni su dati Istat

Da diversi anni 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. È confortante che le straniere, che sembrano essere per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e

riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), con particolare riferimento alla mediazione culturale e a modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2011

	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
2011	25.3	30.5	40.7	3.4

Nel 2011 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20'000 abitanti (Tab. 17), valore stabile dal 2006, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2110 consultori familiari censiti nel 2011 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 2011 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nell'11.6% dei casi rispetto al 9.7% del 2010 e 9.2% nel 2009 (Tab. 18). Questo aumento negli anni può essere un indicatore di problemi di liste di attesa, di servizi disponibili per l'effettuazione dell'IVG o di necessità di ricorso all'urgenza per poter svolgere l'intervento con la RU486 entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al 13% si sono osservate in Toscana (21.0%), in Piemonte (17.0%), in Emilia Romagna (16.3%), Lazio (14.9%) e Puglia (13.7%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 11.3% al Nord, 15.3% al Centro, 11.1% al Sud e 5.4% nelle Isole.

3.3. Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2011 (Tab. 19) mostra il 41.8% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 15.1% a 11-12 settimane e il 3.4% dopo la 12esima settimana, con un ulteriore aumento rispetto agli anni

precedenti degli interventi precoci (<9 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, 19,5% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 12,8% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2011

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	41.3	34.3	37.7	43.4	15.2	20.4	5.8	2.0
CENTRO	39.3	29.9	40.9	46.8	15.0	21.4	4.8	1.9
SUD	57.7	47.1	32.2	39.3	8.2	13.0	1.9	0.6
ISOLE	40.1	35.0	44.1	49.7	12.0	14.3	3.8	1.0
ITALIA	45.6	34.6	37.4	44.1	12.8	19.5	4.3	1.8

Elaborazioni su dati Istat

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione. 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 sulle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano, nella gran parte dei casi, gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili. Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2011 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 fetali. 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 2011, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	3.3	Marche	4.4
V. Aosta	5.7	Lazio	4.0
Lombardia	4.1	Abruzzo	1.7
Bolzano	7.8	Molise	2.4
Trento	5.2	Campania	1.8
Veneto	6.7	Puglia	2.3
Friuli V.G.	6.4	Basilicata	3.6
Liguria	3.1	Calabria	3.6
Emilia Romagna	3.2	Sicilia	2.6
Toscana	3.3	Sardegna	7.0
Umbria	2.1		
		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 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 interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

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

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2011)	111415	9.4	3.4
	(2010)	115981	9.9	3.4
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	13.0	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2011)	106800	7.2	2.6
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	189574	17.5	8.9
NORVEGIA	(2011)	15343	15.5	4.1
OLANDA	(2011)	27728	8.7	19.7
REPUBBLICA CECA	(2011)	24055	9.6	3.6
SPAGNA	(2011)	118359	11.4	10.2
SVEZIA	(2011)	37696	20.8	6.6
SVIZZERA	(2011)	11079	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.

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 2011 è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (59.6%, Tab. 21), rispetto al 2010 (59.1%), ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 15.7% nel 2011 rispetto a 16.7% nel 2010. Questi dati potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2011

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	60.1	56.4	25.0	27.7	10.5	11.4	4.4	4.5
CENTRO	55.5	52.5	26.4	28.2	13.4	13.9	4.7	5.4
SUD	70.4	66.1	19.3	20.2	7.3	8.9	3.0	4.8
ISOLE	61.8	57.0	22.9	25.6	11.1	12.5	4.2	4.9
ITALIA	62.4	56.5	23.4	26.9	10.2	11.8	4.0	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. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati in Veneto (28.8% delle IVG), nella PA di Trento (27.6%), in Umbria (26.7%), nel Lazio (23.5%) e in Calabria (23.1%). 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 2011 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, 1983-2011

	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
2011	92.1	7.9	0.0

La quasi totalità delle IVG (92.1% nel 2011) viene effettuata negli Istituti pubblici. Come negli anni passati, nella PA 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, 2011

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.3	97.7	2.7	2.3
CENTRO	97.4	99.9	2.6	0.1
SUD	74.4	84.4	25.6	15.6
ISOLE	87.1	92.1	12.9	7.6
ITALIA	89.5	96.5	10.5	3.5

Elaborazioni su dati Istat

3.6. Tipo di anestesia impiegata

Nel 2011 permane elevato (82.1%) 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. Si è osservata una diminuzione delle IVG in anestesia generale (erano 86.5% dei casi nel 2010) e un aumento del numero di IVG senza anestesia (7.0% nel 2011, rispetto a 3.3% nel 2010 e 1.3% del 2009) dovuto probabilmente all'aumento delle IVG effettuate con Mifepristone, metodica che non prevede l'uso di anestesia.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2011

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2011

	Generale		Locale		Analgesia		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	80.4	84.9	3.6	4.0	2.4	2.1	13.7	9.0
CENTRO	77.9	75.9	13.4	19.2	1.4	1.5	7.3	3.4
SUD	83.1	82.1	10.0	14.0	0.4	0.3	6.5	3.6
ISOLE	90.7	91.6	2.2	3.4	2.9	4.3	4.2	0.6
ITALIA	81.8	82.6	7.2	8.9	1.7	1.8	9.3	6.7

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 le linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" (la seconda edizione è del 2012) che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per i 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 2011 (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, 1983-2011

	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* ^a	11.4	20.3	62.9	5.4
2011* ^a	11.4	19.8	59.6	9.1

* 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 (7.3%) Farmacologico (0.6%) e Altro farmaco (1.2%)

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, come nel 2010), 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 ridurre il ricorso. L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2011

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	11.5	11.2	22.3	25.1	52.3	55.6	13.9	8.1
CENTRO	4.9	3.5	23.0	31.6	61.3	60.2	10.9	4.8
SUD	10.0	12.8	10.7	11.7	72.6	72.1	6.7	3.4
ISOLE	22.3	19.1	12.5	12.6	59.4	66.7	5.8	1.5
ITALIA	11.7	10.6	17.4	23.8	60.6	58.9	10.3	6.7

Elaborazioni su dati Istat

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

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 raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) e da altre

Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non permettono un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso di iniziare una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute 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 7432 casi nel 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. Anni 2010 – 2011" disponibile sul portale del Ministero della Salute.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2011 di questo metodo:

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	7432
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20

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

IVG effettuate in Italia con Mifepristone+prostaglandine nel 2010 e 2011

Regione	2010					2011					2010-2011
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	TOTALE	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	TOTALE	TOTALE
Piemonte	*	203	241	283	727	309	320	276	368	1273	2000
Val d'Aosta	*	1	17	23	41	24	19	9	13	65	106
Lombardia	*	91	95	65	251	75	118	73	97	363	614
Bolzano	*	7	0	1	8	0	5	1	2	8	16
Trento	*	2	8	13	23	10	11	7	4	32	55
Veneto	0	19	27	56	102	75	93	63	101	332	434
Friuli V. G.	0	0	22	14	36	11	14	16	23	64	100
Liguria	0	29	120	153	302	183	167	181	197	728	1030
Emilia Rom.	327	332	310	397	1366	466	439	386	426	1717	3083
Toscana	*	115	162	139	416	174	170	148	206	698	1114
Umbria	0	0	0	6	6	1	8	**	9	18	24
Marche	*	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Lazio	0	0	0	9	9	*	140	99	113	352	361
Abruzzo	0	0	0	0	0	2	15	12	4	33	33
Molise	*	16	26	13	55	21	19	17	9	66	121
Campania	0	22	67	108	197	198	187	113	142	640	837
Puglia	*	61	31	106	198	141	204	142	186	673	871
Basilicata	*	18	9	9	36	10	17	8	7	42	78
Calabria	0	0	0	0	0	4	5	18	28	55	55
Sicilia	0	10	33	14	57	53	46	54	22	175	232
Sardegna	0	0	0	4	4	0	0	49	49	98	102
TOTALE	327	928	1168	1413	3836	1757	1997	1672	2006	7432	11268

* Dati compresi nel II trimestre

**Dati compresi nel IV trimestre

N° Presidi in cui è stata utilizzata RU 486. Italia, 2010-2011

Regione	2010				2011			
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
Piemonte	*	9	8	11	11	10	10	13
Valle d'Aosta	*	1	1	1	1	1	1	1
Lombardia	*	1	1	1	29	29	29	29
Bolzano	*	2	2	2	0	2	2	2
Trento	*	1	1	1	1	1	1	1
Veneto	0	6	7	9	13	14	9	12
Friuli Venezia Giulia	0	0	2	2	3	3	3	3
Liguria	0	0	0	0	9	9	9	9
Emilia Romagna	13	13	15	20	21	20	21	20
Toscana	*	11	13	13	11	14	14	13
Umbria	0	0	0	1	1	1	0	2
Marche	*	1	0	0	0	0	0	0
Lazio	0	0	0	1	3	3	3	3
Abruzzo	0	0	0	0	1	1	1	1
Molise	*	1	1	1	1	1	1	1
Campania	0	1	1	2	2	2	2	2
Puglia	*	3	3	5	7	7	7	6
Basilicata	*	1	1	1	1	1	1	1
Calabria	0	0	0	0	1	2	2	2
Sicilia	0	1	2	2	7	4	6	2
Sardegna	0	0	0	1	0	0	2	2
TOTALE	13	52	58	74	123	125	124	125

* 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 da 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 7432 nel 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 (76%) hanno richiesto la dimissione volontaria dopo la somministrazione di Mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura.

Nel 96.9% 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 si è presentata nel 5.3 % dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questo metodo.

3.8. Durata della degenza

Nel 90.3% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 5.8% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte, valori risultati pari a 92.1% e 4.9% nel 2010. Negli ultimi due anni si è osservata una diminuzione delle IVG con degenza inferiore alle

24 ore. Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Valle d'Aosta, Molise, Veneto, Piemonte e PA di Trento. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2011

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1991	72.9	19.0	8.0
2000	83.1	12.2	4.7
2004	90.0	6.2	3.7
2007	91.2	6.2	2.6
2008	92.6	4.8	2.7
2009	93.6	3.9	2.5
2010	92.1	4.9	2.9
2011	90.3	5.8	3.9

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2010 è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2010-2011

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
NORD	92.8	90.2	4.1	5.6	3.1	4.2
CENTRO	93.9	94.4	3.7	2.4	2.3	3.3
SUD	89.1	86.4	9.0	10.2	1.9	3.4
ISOLE	92.0	91.6	1.5	3.3	6.5	5.1
ITALIA	92.1	90.3	4.9	5.8	2.9	3.9

3.9. Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2011 sono state registrate 4.2 complicanze per 1000 IVG senza distinzione sulle procedure (stesso valore del 2010). 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

I dati relativi all'obiezione di coscienza (d'ora in poi odc) non sono inseriti nei modelli D12 Istat (che si riferiscono alle donne che effettuano le IVG) ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza alle Regioni. La richiesta si riferisce a tutto il personale (con contratto a termine indeterminato o non) operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia.

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Dopo un aumento degli ultimi anni, nel 2011 si evince una stabilizzazione della percentuale degli obiettori di coscienza che, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati (più di due su tre). Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% di ginecologi obiettori 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 e nel 2011.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010 e 47.5% nel 2011. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 43.1% nel 2011.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud: 88.4% in Campania, 87.9% in Molise, 85.2% in Basilicata, 84.6% in Sicilia, 83.8% in Abruzzo, 81.8% nella PA di Bolzano e 80.7% nel Lazio. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 78.1% in Sicilia, 74.5% in Molise, 72.8% in Calabria, 72.4% nel Lazio e 71.4% in Campania). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 85.3% in Molise e 81.4% in Sicilia.

Fin dai primi anni di attuazione della Legge 194 il personale sanitario ha esercitato in percentuali elevate il diritto all'odc, come mostra la seguente tabella che confronta i dati relativi ai ginecologi negli anni 1983, 1992, 2001, 2011, divisi per regione.

Confronto percentuale dell' Obiezione di Coscienza tra i Ginecologi, 1983, 1992, 2001, 2011

REGIONE	1983	1992	2001	2011
Piemonte	nr	nr	62.3	65.7
Valle d'Aosta	44.4	20.0	16.7	15.4
Lombardia	59.3	64.9	62.3	63.6
Bolzano	78.3	81.8	80.0	81.8
Trento	59.3	58.1	46.7	58.3
Veneto	66.4	74.9	80.2	77.9
Friuli Ven. Giulia	55.4	55.2	65.9	59.1
Liguria	63.9	62.5	51.5	65.4
Emilia Romagna	36.6	41.9	35.7	51.9
Toscana	51.0	50.7	55.9	65.8
Umbria	76.7	75.2	67.2	69.0
Marche	62.2*	63.2**	78.4	67.2
Lazio	65.1	66.1**	77.7	80.7
Abruzzo	71.8	75.4	79.2	83.8
Molise	75.7	73.8	72.1	87.9
Campania	47.7	61.9	78.8	88.4***
Puglia	71.0*	78.6	79.5	69.7
Basilicata	78.6	79.3	93.8	85.2
Calabria	51.2	73.7	66.3	68.3
Sicilia	64.0	nr	71.6	84.6
Sardegna	60.0	66.4	54.9	56.5
ITALIA	59.1	62.2	66.6	69.3

* Dato che si riferisce al 1982

** Dato che si riferisce al 1993

*** Dato che si riferisce a 12 strutture su 26

Dal 1983 al 2011 la percentuale dei ginecologi obiettori è passata dal 59.1% al 69.3%, con un aumento assoluto di 10.2 punti percentuali (pari a un aumento percentuale del 17.3%). Nello stesso periodo le IVG sono passate da 233.976, nel 1983, a 111.415 nel 2011, con una diminuzione del 52.4%.

Una stima della variazione negli anni degli interventi di IVG a carico del personale non obiettore mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente ogni anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana, ipotizzando 44 settimane lavorative in un anno, valore utilizzato come standard nei

progetti di ricerca europei) a 73.9 IVG nel 2011 (pari a 1.7 IVG a settimana, sempre in 44 settimane lavorative in un anno), come mostra la seguente tabella:

ANNI	N. IVG	N. Ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ciascun ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ciascun ginecologo non obiettore
1983	233976	1607	145.6	3.3
1992	155266	1415	109.7	2.5
2001	132234	1913	69.1	1.6
2011	111415	1546	72.1	1.6

Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'odc è quindi sempre stato congruo al numero degli interventi di IVG complessivo e risulta tale anche nel 2011 relativamente ad ogni singola regione, come si evince dalla seguente tabella (sempre ipotizzando 44 settimane lavorative):

Regioni	2011			
	IVG	Ginecologi non ob.	IVG/ginec. non ob.	IVG/sett per gin. non ob
ITALIA SETTENTRIONALE	51093	876	58.3	1.3
Piemonte	9267	143	64.8	1.5
Valle d'Aosta	261	11	23.7	0.5
Lombardia	18264	323	56.5	1.3
Bolzano	586	6	97.7	2.2
Trento	916	15	61.1	1.4
Veneto	6394	81	78.9	1.8
Friuli Venezia G.	1854	52	35.7	0.8
Liguria	3337	44	75.8	1.7
Emilia Romagna	10214	201	50.8	1.2
ITALIA CENTRALE	23674	264	89.7	2.0
Toscana	7479	116	64.5	1.5
Umbria	1803	35	51.5	1.2
Marche	2313	45	51.4	1.2
Lazio	12079	68	177.6	4.0
ITALIA MERIDIONALE	26446	255	103.7	2.4
Abruzzo	2481	17	145.9	3.3
Molise	457	4	114.3	2.6
Campania	10592	63*	168.1	3.8
Puglia	9409	120	78.4	1.8
Basilicata	581	12	48.4	1.1
Calabria	2926	39	75.0	1.7
ITALIA INSULARE	10202	151	67.6	1.5
Sicilia	7912	60	131.9	3.0
Sardegna	2290	91	25.2	0.6
ITALIA	111415	1546*	72.1	1.6

* I dati relativi alla regione Campania fanno riferimento all'anno 2010 (83.9% di obiettori) in quanto i dati sugli obiettori del 2011 sono stati comunicati da solo 12 strutture su 26

ERRATA CORRIGE pagina 42**della RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)**

- ✓ *DATI PRELIMINARI 2012*
- ✓ *DATI DEFINITIVI 2011*

La 1° tabella a pagina 42 si sostituisce con la seguente tabella

ANNI	N. IVG	N. Ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ciascun ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ciascun ginecologo non obiettore
1983	233976	1607	145.6	3.3
1992	155266	1415	109.7	2.5
2001	132234	1913	69.1	1.6
2011	111415	1507	73.9	1.7

Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sono probabilmente da ricondursi a una distribuzione non adeguata degli operatori fra le strutture sanitarie, all'interno di ciascuna regione. A tale proposito si ricorda che l'art.9 della Legge 194/78 dispone che: *“Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale”*.

Per avere un quadro più dettagliato e preciso della situazione dell'obiezione di coscienza il Ministero della Salute ha attivato un “Tavolo tecnico” a cui sono stati invitati gli Assessori regionali, allo scopo di avviare un monitoraggio riguardante le singole strutture ospedaliere e i consultori, per individuare eventuali criticità nell'applicazione dell'anzidetta Legge in riferimento agli aspetti sopra menzionati. Una prima proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali; i risultati di tale monitoraggio saranno presentati nella prossima relazione al Parlamento.