

## PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2012 e quelli preliminari per l'anno 2013 sull'attuazione della legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

### Modalità raccolta dati

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 dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati 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, su quelli che effettuano l'intervento e sulle sue modalità di esecuzione. 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.

Dalla sua attivazione nel 1980, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e fornire 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 realizzati.

Anche per il 2012, come accaduto per gli ultimi anni, sono stati rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12. In alcune Regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia) per ottenere il quadro definitivo è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'integrazione quest'anno, grazie al lavoro svolto dalle Regioni e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza, ha riguardato un numero inferiore di regioni ma un numero di casi superiore rispetto al 2011 (in particolare a carico della Campania e dell'Abruzzo). Molti referenti regionali hanno fatto presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG.

Per il 2013 i dati riportati sono ancora preliminari ma, come si è osservato negli anni passati, tali valori non si discostano molto da quelli definitivi, risultando generalmente inferiori di poco più dell'1% (ad esempio per il 2012 si è passati dal preliminare di 105'968 IVG a 107'192 come dato definitivo).

In qualità di Ministro della Salute, sottolineo l'importanza di questa raccolta dati, e sollecito quindi tutte le Regioni e le realtà locali (ASL e strutture) ad 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 delle istituzioni centrali (ISS, Ministero della

Salute e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

La legge 194 è molto chiara a questo proposito. L'art. 16 così recita "Le Regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla relazione del Ministro della Salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro".

Sarà mia cura attivare una opportuna azione congiunta tra Ministero, ISS e ISTAT nei confronti delle Regioni, delle Aziende Sanitarie e delle strutture finalizzata a superare quei problemi segnalati dal Sistema di Sorveglianza nella compilazione e trasmissione dei Modelli ISTAT D12.

Si ribadisce, tuttavia, come già indicato in precedenti documenti, la pratica impossibilità da parte delle Regioni di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio dell'anno successivo). Si ricorda, comunque, che l'Italia dispone e pubblica i dati sull'IVG in maniera più completa e tempestiva di molti altri Paesi europei.

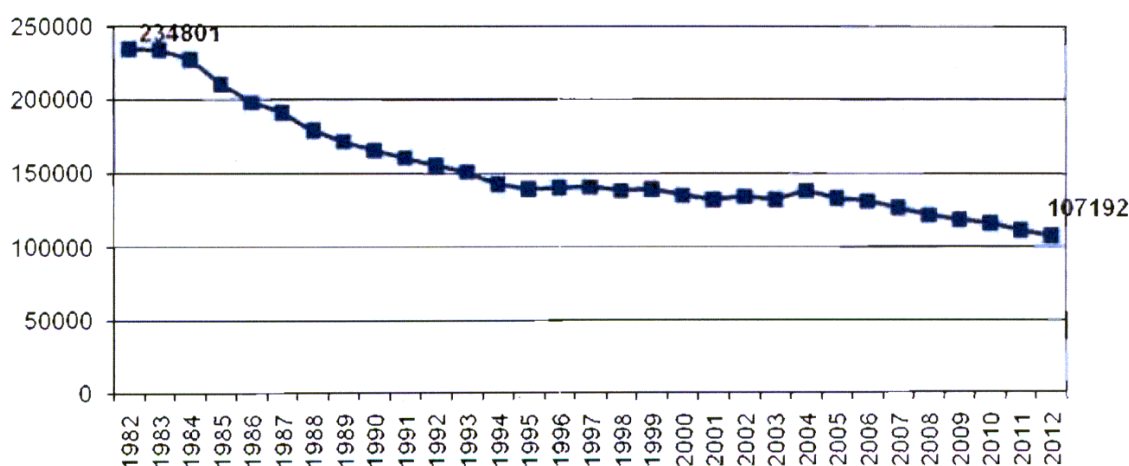
### Dati preliminari 2013

Nel 2013 sono state notificate dalle Regioni 102'644 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 4.2% rispetto al dato definitivo del 2012 (107'192 casi) e un decremento del 56.3% 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 l'000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2013 è risultato pari a 7.6 per 1'000, con un decremento del 3.7% rispetto al 2012 (7.9 per 1000) e un decremento del 55.8% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Occorre sottolineare che il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

Prosegue quindi l'andamento in diminuzione del fenomeno, dopo un iniziale aumento dal 1978 al 1983 per l'emersione dell'aborto dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220 e i 500 mila aborti l'anno.

### Andamento n° IVG dal 1982 al 2012



Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2013 è risultato pari a 203.8 per 1000 (dato provvisorio) con un incremento dello 0.3% rispetto al 2012 (203.1 per 1'000) e un decremento del 46.6% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

Il piccolo incremento è dovuto al fatto che questo rapporto stima l'abortività rispetto ai nati vivi che nel 2013, secondo i dati provvisori forniti dall'ISTAT, sono diminuiti di molto rispetto al 2012 (503.745 vs 527.770).

In altre parole, l'abortività diminuisce se si considera il numero assoluto di aborti e in riferimento al numero di donne in età fertile, ma aumenta lievemente se si prende a riferimento il numero di nati, il cui calo è molto più consistente nel tempo rispetto alla riduzione delle IVG.

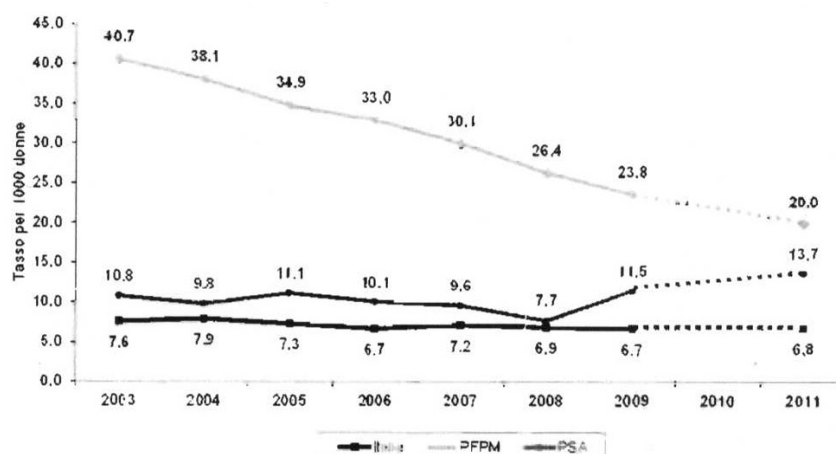
### **Dati definitivi 2012 – analisi**

#### **IVG di donne straniere**

L'analisi delle caratteristiche delle donne che hanno effettuato una IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2012, evidenzia come un terzo del fenomeno sia attribuibile a donne con cittadinanza estera (34.0% del totale delle IVG). Tale contributo è andato crescendo negli anni, in particolare dagli anni '90 (nel 1995 tale percentuale era pari al 7%) anche se negli ultimi due anni si è osservata una stabilizzazione di tale percentuale e una diminuzione del numero assoluto di IVG. I valori assoluti delle IVG delle cittadine straniere sono riportati nel par. 2.6, e vanno da 8967 del 1995 a 35.388 nel 2012. Il loro contributo ha influito 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 (i cui valori assoluti vanno da 124.448 nel 1998 a 71.199 nel 2012, come riportato nel par.2.6), e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione, risulta per il 2012 una riduzione del numero di IVG del 3.1% rispetto al 2011 e del 45.5% rispetto al 1996, (riduzione maggiore di quella che si osserva se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia).

Sulla base delle ultime stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009, fornite dall'ISTAT, è stato possibile 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)<sup>1</sup>, 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 2011 il tasso per le italiane è risultato pari a 6.8 per 1000 per le cittadine italiane di età 15-49 anni, a 13.7 per 1000 fra le cittadine di PSA e a 20.0 per 1000 fra quelle di PFPM (valore pari a 40.7 nel 2003), indicando che, nonostante la diminuzione negli anni, ancora quest'ultimo gruppo di donne ha livelli di abortività molto più elevati delle italiane (come mostrato nel grafico di seguito che anticipa la figura 7 a pagina 26).

<sup>1</sup> I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania: tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

**Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2011**

La maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi dettagliata delle caratteristiche delle donne che effettuano un'IVG. Infatti le cittadine straniere presentano un tasso di abortività, diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, per tutte le classi di età (v. par. 2.6) con 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.

Tuttavia occorre segnalare che i dati dettagliati sulle donne straniere, specie quelli socio-demografici, vanno valutati con cautela perché possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a problemi di comprensione della lingua italiana.

**Aborti clandestini**

Per quanto riguarda la quantificazione degli aborti clandestini nel Paese, quest'anno l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato, pur tenendo conto dei suoi limiti legati principalmente alla mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi e alle modifiche avvenute nel nostro Paese per quanto riguarda la popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e la riproduzione (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzate). Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000 casi. Per la prima volta si è effettuata una stima anche per le donne straniere che è risultata compresa tra 3'000 e 5'000 aborti clandestini, con aspetti critici da un punto di vista metodologico in questa popolazione ancora più rilevanti. Queste stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni, almeno per quanto riguarda le italiane (15'000 erano gli aborti clandestini stimati per le italiane nel 2005), e una notevole diminuzione rispetto agli anni 80-90 (100'000 erano i casi stimati per il 1983, 72'000 nel 1990 e 43'500 nel 1995).

**Aborti ripetuti**

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.6%, valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 20.8% per le italiane e 37.7% per le straniere (21.0% e 37.5%, rispettivamente, nel 2011). È da tener presente che per le italiane il valore è meno della metà di quanto ci si dovrebbe attendere (45%) 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. Questo dato conferma quindi la riduzione dell'incidenza dell'IVG nel nostro Paese, quale effetto anche di una corretta politica di prevenzione. Infatti la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia risulta tra le più basse a livello internazionale. Dati più dettagliati, incluso il confronto con quelli internazionali, sono riportati nel par. 2.7.3

#### Aborti fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività nel 2012 è risultato pari a 4.4 per 1000 (nel 2010-11 era 4.5), con livelli 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. Ad esempio nel paragone con i più recenti valori di altri paesi (paragrafo 2.1) per le donne con meno di venti anni si osserva quanto segue: in Italia nel 2012 il tasso di abortività è stato pari al 6.3 per 1000; nello stesso anno in Germania è stato il 7.9, in Inghilterra e Galles 18.0, in Norvegia 11.4, in Romania 16.5, in Spagna 12.9, in Svezia 18.8. Tassi minori si sono registrati solo in Svizzera, con il 4.4 per mille.

#### Promozione delle conoscenze

I dati del Sistema di Sorveglianza confermano che la promozione delle conoscenze, delle competenze e della consapevolezza delle donne e delle coppie è l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del ricorso all'aborto volontario.

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 Consulenti Familiari. Le attività di informazione e counselling necessarie per il raggiungimento di questo obiettivo sono più difficili e impegnative in caso di donne in condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso. La riduzione dei tassi di abortività osservata recentemente anche tra le donne immigrate sembra indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consulenti familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

#### Metodiche IVG

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

La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali nel 2012 (41.8%) è stazionaria rispetto a quella del 2011, dopo l'aumento osservato negli anni passati in parte dovuto all'incremento dell'utilizzo, come tecnica abortiva, del Mifepristone e prostaglandine, che viene utilizzata prevalentemente a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra un leggero aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 3.8% rispetto a 3.4% nel 2011. Come negli anni precedenti, la quasi totalità degli interventi è avvenuta in day hospital con degenze inferiori ad 1 giorno (89.9% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (77.6%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

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). Dal 2009 questo farmaco è in commercio in Italia.

I dati del 2012, riferiti dalle Regioni o dedotti dal file Istat relativo ai modelli D12, mostrano un valore leggermente superiore rispetto al 2011: 7855 casi (pari all'8.5% di tutte le IVG), rispetto ai 7432 casi nel 2011 (6.7%). Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture.

Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (25.2% di tutte le IVG), Valle d'Aosta (24.0%), Piemonte (19.0%) e Emilia Romagna (18.5%). Il dettaglio di questa metodica è illustrato nel paragrafo 3.7

#### Tempi di attesa

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata rispetto a quella riscontrata nel 2011 (61.5% rispetto a 59.6%) ed è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane di attesa (15.5% nel 2012 rispetto al 15.7% nel 2011), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

#### Offerta del servizio e Obiezione di coscienza

Il 18 luglio 2013 - facendo seguito agli impegni assunti dal Ministro della Salute, nel dibattito dell'11 giugno 2013 presso la Camera dei Deputati su alcune mozioni inerenti l'applicazione della Legge n.194/78 - è stato attivato presso il Ministero della Salute un "Tavolo tecnico" a cui sono stati invitati a partecipare tutti gli Assessori regionali e l'Istituto Superiore di Sanità. Tale Tavolo ha avviato un monitoraggio sulle attività di IVG e sull'obiezione di coscienza a livello di singola struttura di ricovero e nei consultori familiari, per individuare eventuali criticità nell'applicazione della legge. Le Regioni hanno inviato i dati richiesti, sebbene in ritardo e con alcune carenze di tipo qualitativo.

Per sintetizzare i dati del monitoraggio rilevati sulle singole strutture di ricovero sono stati identificati tre parametri che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali:

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita;*
- ✓ **parametro 3:** *Offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori (carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore).*

Il dettaglio dei risultati del monitoraggio è illustrato nel cap.4.

In particolare, riguardo al **parametro 1**, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia a livello nazionale risulta pari a 630, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 403 (64% del totale). Il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione mostra che solo in due casi, relativamente a regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Riguardo al **parametro 2**, per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Delle 630 strutture nazionali censite, 543 sono punti nascita, pari all'86% del totale.

I nati in Italia nel 2012 sono stati 527'770; nello stesso anno le IVG sono state 107'192, con un rapporto di 4.9:1, mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1.

In altre parole, mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore cioè a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite.

E' stato effettuato un confronto fra punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma normalizzando rispetto alla popolazione femminile in età fertile: a livello nazionale, ogni

100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 4 punti nascita, contro 3 punti IVG, con un rapporto di 1,3:1.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che sufficiente, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

Scendendo nel dettaglio, in molte Regioni c'è un numero maggiore di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria), il che è addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Riguardo al **parametro 3**, dai dati relativi al numero di IVG effettuate nelle strutture monitorate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva che il carico di lavoro settimanale di ogni ginecologo non obiettore viene sostanzialmente confermato rispetto a quanto già indicato nell'ultima relazione al Parlamento, dove i dati erano stati raccolti su base aggregata regionale e non per singola struttura. Il monitoraggio ad hoc effettuato sulle singole strutture conferma, quindi, la bontà del dato aggregato regionale, già comunicato negli anni passati.

Entrando nel merito, i dati relativi al 2012 confermano il trend del 2011: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle D'Aosta alle 4.2 del Lazio, con una media nazionale di 1.4 IVG a settimana.

Si conferma, quindi, quanto già osservato nella scorsa relazione al Parlamento, relativa all'applicazione della legge 194/78 – dati anno 2011: il numero di non obiettori è congruo rispetto alle IVG effettuate, e il numero degli obiettori di coscienza non impedisce ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG sono dovuti eventualmente ad una inadeguata organizzazione territoriale, che attualmente, dopo questo monitoraggio, sarà più facile individuare.

A fronte di ciò, nell'ultima riunione tenutasi il 3 luglio 2014 presso la sede del Ministero della Salute con i rappresentanti delle Regioni, le stesse Regioni sono state invitate a procedere a un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare, ciascuna per il proprio ambito, i bisogni del territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri descritti nel monitoraggio al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, e per distinguere meglio le cause di eventuali criticità.

### Consultori familiari

Il monitoraggio prevedeva una scheda specifica per i consultori familiari. I risultati sono stati riportati dettagliatamente nel cap.4.

Si tratta della prima iniziativa capillare di monitoraggio in questo senso dall'approvazione della legge 194/78: anche per questo motivo la raccolta dati si è rivelata particolarmente problematica, considerando soprattutto la grande difformità territoriale dell'organizzazione dei consultori stessi, che mutano spesso di numero a causa di accorpamenti e distinzioni fra sedi principali e distaccate, la cui differenziazione spesso non è chiara e risponde a criteri diversi fra le diverse regioni.

Come si può vedere nel cap.4, la copertura dei dati e l'obiezione di coscienza nei consultori sono differenti fra regione e regione: considerando le regioni con più del 90% dei consultori censiti, si va da un minimo del 2% di obiettori in Umbria a un massimo del 67.0% in Sicilia, passando per valori intermedi comunque decisamente minori rispetto a quelli delle strutture ospedaliere delle stesse regioni. Ad es. nel Lazio gli obiettori nei Consultori Familiari sono il 9.4% e in Puglia il 13.9%, mentre in Piemonte il 21.2% degli obiettori riguarda il 65% dei consultori.

In generale è ancora relativamente basso il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione (42.0% nel 2012), specialmente al Sud e Isole, nonostante il suo importante ruolo sia ben descritto negli articoli 2 e 3 della Legge 194. C'è però da osservare che il ricorso a tale struttura è in aumento, principalmente per il maggior ricorso ad essa da

parte delle donne straniere (54.5% rispetto a 35.8% relativo alle italiane). Le cittadine straniere utilizzano più frequentemente questo servizio in quanto a bassa soglia di accesso e perché in alcune sedi è disponibile la mediazione culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato nel 2012 dalle Regioni è stato 2152 e 130 quello dei consultori privati (rispettivamente 2110 e 131 nel 2011); pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel periodo 2006-2011, 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 talvolta vengono comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Si conferma, dunque, la necessità di una maggiore valorizzazione dei Consultori Familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una loro effettiva 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 (Rapporti Istisan 03/4, 11/12 e 39/12).

### Prevenzione

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi *l'estrema ratio* e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicata in tre diverse modalità, come già indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000.

Prima tra tutti con programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificata, come quella consultoriale, 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. Va sottolineato che i consultori familiari sono 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.

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 nel 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.



Conclusioni

- si sottolinea che la prevenzione dell'IVG è obiettivo primario di sanità pubblica;
- si conferma la tendenza storica alla diminuzione dell'IVG in Italia, che diventa ancor più evidente se si incorporano i dati relativi alle donne italiane rispetto a quelli delle straniere;
- il lieve aumento del solo parametro del rapporto di abortività, registrato nei dati preliminari relativi al 2013, confrontato con quello del 2012, è legato al notevole calo delle nascite registrato nel 2013; la preoccupante denatalità del nostro paese si mostra sempre più evidentemente come l'emergenza primaria da affrontare anche, ma certamente non solo, dal punto di vista sanitario;
- si sottolinea come il tasso di abortività in Italia sia fra i più bassi tra i paesi occidentali; particolarmente basso è quello relativo alle minorenni e agli aborti ripetuti;
- rimane elevato il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, a carico delle quali si registra un terzo delle IVG totali in Italia: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che si sta stabilizzando come percentuale, mentre il numero assoluto è diminuito negli ultimi due anni;
- in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni;
- il primo monitoraggio capillare sui punti IVG e l'obiezione di coscienza, effettuato su tutto il territorio dall'approvazione della L.194/78, conferma quanto osservato nella precedente relazione al parlamento: su base regionale non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 64% delle strutture disponibili, con una copertura soddisfacente, tranne che in due regioni molto piccole. Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè, a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 3 strutture in cui si fa IVG, ce ne sono 4 in cui si partorisce. Infine, considerando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, ipotizzando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1.4 a settimana, un valore medio fra un minimo di 0.4 (Valle d'Aosta) e 4.2 (Lazio). Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere risulta quindi congruo rispetto alle IVG effettuate. Il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere;
- il Ministero invita le Regioni a procedere a un dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio per individuare i bisogni del territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri individuati per il monitoraggio al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, e per distinguere meglio le cause di eventuali criticità.

Beatrice Lorenzin

## DATI PRELIMINARI ANNO 2013

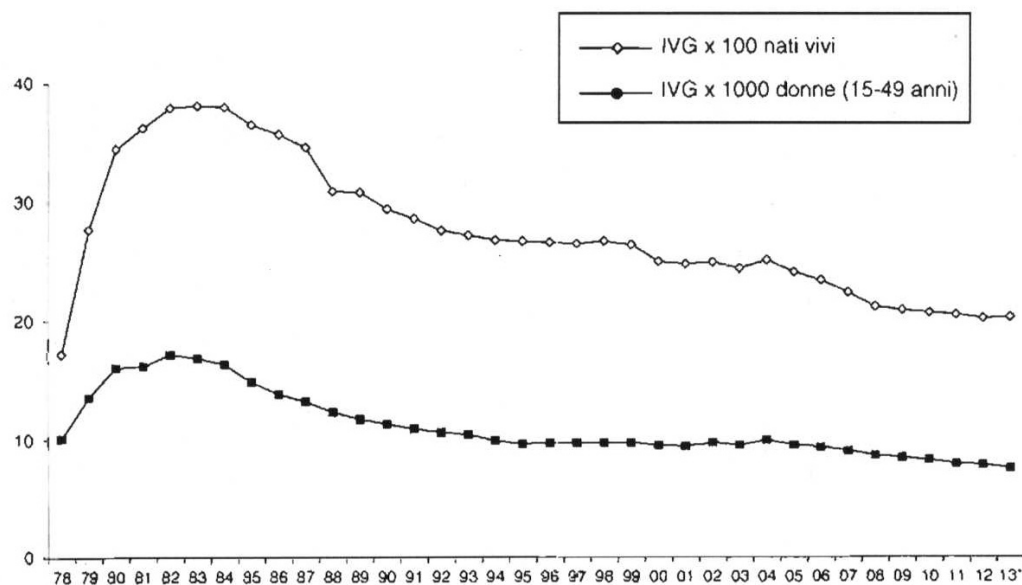
Per l'anno 2013, nell'ambito del Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), tutte le Regioni hanno inviato all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero della Sanità i valori totali, preliminari, degli interventi effettuati. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 102'644 (Tab. A), con un decremento del 4.2% rispetto al dato definitivo del 2012 (107'192 IVG) e un decremento del 56.3% rispetto al 1982. Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Molise e a Trento (sebbene si tratta di numeri molto piccoli), in Puglia, Sardegna e Marche. Si ricorda comunque che questi dati possono essere ancora incompleti e saranno controllati, ed eventualmente integrati, con quelli provenienti dai modelli D12/Istat e dalle 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 7.6 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 3.7% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2012 (7.9 per 1000) e con una riduzione del 55.8% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (503'745, valore di molto inferiore rispetto al 2012) del 2013, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 203.8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un incremento dello 0.3% rispetto al 2012 (203.1 per 1000) e un decremento del 46.6% rispetto al 1982.

L'andamento negli anni dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 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 1978-2013



\* dato provvisorio

**Tabella A**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2013 - Valori assoluti: dati 2013 e confronti con il 2012

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2013	TOTALE 2012	VAR. %
	I	II	III	IV			
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>12921</b>	<b>12232</b>	<b>10703</b>	<b>10772</b>	<b>46628</b>	<b>48468</b>	<b>-3.8</b>
Piemonte	2429	2114	1953	1919	8415	8848	-4.9
Valle d'Aosta	66	62	67	57	252	246	2.4
Lombardia	4600	4464	3728	3888	16680	17133	-2.6
Bolzano	155	166	149	138	608	523	16.3
Trento	246	207	169	176	798	874	-8.7
Veneto	1619	1600	1353	1293	5865	6127	-4.3
Friuli Venezia Giulia	485	452	394	409	1740	1828	-4.8
Liguria	833	788	746	742	3109	3184	-2.4
Emilia Romagna	2488	2379	2144	2150	9161	9705	-5.6
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>6183</b>	<b>5725</b>	<b>5103</b>	<b>4726</b>	<b>21737</b>	<b>22912</b>	<b>-5.1</b>
Toscana	1917	1752	1559	1494	6722	7121	-5.6
Umbria	497	399	389	377	1662	1747	-4.9
Marche	588	557	427	480	2052	2189	-6.3
Lazio	3181	3017	2728	2375	11301	11855	-4.7
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>6512</b>	<b>6521</b>	<b>5886</b>	<b>5517</b>	<b>24436</b>	<b>25749</b>	<b>-5.1</b>
Abruzzo	664	629	532	489	2314	2399	-3.5
Molise	115	114	84	103	416	461	-9.8
Campania	2746	2572	2306	2433	10057	10441	-3.7
Puglia	2074	2360	2135	1789	8358	9010	-7.2
Basilicata	146	164	167	143	620	610	1.6
Calabria	767	682	662	560	2671	2828	-5.6
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>2699</b>	<b>2610</b>	<b>2437</b>	<b>2097</b>	<b>9843</b>	<b>10063</b>	<b>-2.2</b>
Sicilia	2111	2037	1935	1690	7773	7832	-0.8
Sardegna	588	573	502	407	2070	2231	-7.2
<b>ITALIA</b>	<b>28315</b>	<b>27088</b>	<b>24129</b>	<b>23112</b>	<b>102644</b>	<b>107192</b>	<b>-4.2</b>

**Tabella B****Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2013 - Tassi di abortività: dati 2013 vs 2012**

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2013	2012	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>7.8</b>	<b>8.1</b>	<b>-3.4</b>
Piemonte	9.0	9.4	-4.4
Valle d'Aosta	9.0	8.8	2.4
Lombardia	7.7	7.9	-2.4
Bolzano	5.1	4.4	16.1
Trento	6.7	7.4	-9.0
Veneto	5.4	5.6	-3.8
Friuli Venezia Giulia	6.8	7.1	-4.1
Liguria	9.9	10.0	-1.0
Emilia Romagna	9.6	10.2	-5.4
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>8.3</b>	<b>8.8</b>	<b>-4.8</b>
Toscana	8.5	8.9	-5.3
Umbria	8.6	9.0	-4.6
Marche	6.1	6.4	-5.8
Lazio	8.8	9.2	-4.3
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>7.4</b>	<b>7.7</b>	<b>-4.2</b>
Abruzzo	7.9	8.1	-3.1
Molise	6.0	6.6	-8.8
Campania	7.2	7.4	-2.8
Puglia	8.8	9.4	-6.3
Basilicata	4.7	4.6	3.3
Calabria	5.8	6.1	-4.5
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>6.4</b>	<b>6.4</b>	<b>-1.0</b>
Sicilia	6.6	6.6	0.3
Sardegna	5.6	5.9	-5.9
<b>ITALIA</b>	<b>7.6</b>	<b>7.9</b>	<b>-3.7</b>