

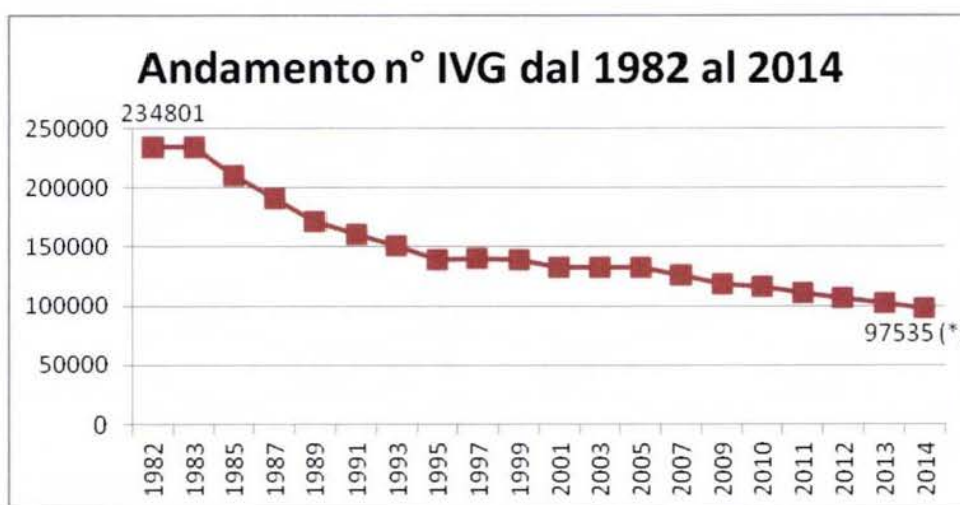
PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2013 e quelli preliminari per l'anno 2014 sull'attuazione della Legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

DATI PRELIMINARI 2014

- Prosegue l'andamento in diminuzione del fenomeno.
- Per la prima volta il numero di IVG è inferiore a 100'000: nel 2014 sono state notificate dalle Regioni 97'535 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102'760 casi), e un dimezzamento rispetto alle 234'801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.
- Gli altri indicatori confermano questo andamento: il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2014 è risultato pari a 7.2 per 1000, con un decremento del 5.9% rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati (vedi par.1.2).
- Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2014 è risultato pari a 198.2 per 1000 (dato provvisorio) con un decremento del 2.8% rispetto al 2013 (204.0 per 1000), e un decremento del 47.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).



* dato provvisorio

DATI DEFINITIVI 2013 – ANALISI

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

I tassi di abortività più elevati sono fra donne di età compresa tra i 20 e i 29 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2013 il 42.9% delle donne che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, e il 43.6% risultava occupata. La percentuale delle nubili (54.9%) era superiore a quella delle coniugate (38.2%) per le italiane, al contrario delle donne straniere (48.7% le coniugate, 44.9% le nubili). Il 39% delle donne che ha eseguito una IVG non aveva figli.

IVG di donne straniere

Nell'ultimo decennio soprattutto è aumentato il peso delle cittadine straniere, sia come conseguenza della loro maggiore presenza che del loro maggiore ricorso all'aborto rispetto alle donne italiane: 34.0% nel 2013 (nel 1995 era il 7%), con un tasso di abortività del 19.0 per 1000, corrispondente a una tendenza tre volte maggiore, in generale, e quattro volte per le più giovani (v. par.2.6). Il contributo delle donne straniere si è stabilizzato negli anni in termini percentuali ed è diminuito in valore assoluto (33'685 nel 2013 rispetto a 35'388 nel 2012 e 40'224 nel 2007).

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, la riduzione per le donne italiane dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 70.9%, passando da 234'801 a 68'382.

Aborti fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2013 è risultato essere pari a 4.1 per 1000 (nel 2012 era 4.4 per 1000), con livelli più elevati nell'Italia settentrionale e centrale; i 3339 interventi effettuati da minorenni sono il 3.2% di tutte le IVG. 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 2013 questo tasso di abortività è stato pari al 6.1 per 1000; nello stesso anno in Inghilterra e Galles 17.7, in Norvegia 10.1, in Spagna 12.2, in Olanda 7.5, nel 2012 in Svezia 18.8 e nel 2011 in Francia 15.2. Tassi minori si sono registrati solo in Svizzera, con 4.4 (2012) e in Germania con 4.8 (2013).

Aborti clandestini

Per quanto riguarda la quantificazione degli aborti clandestini nel Paese, l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato. Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000 casi, cifre che indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni.

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.8%, valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 20.9% per le italiane e 38.0% per le straniere (20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è la più bassa a livello internazionale (dati più dettagliati sono riportati nel par. 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

La metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2013 (59.0% dei casi), seguita dall'isterosuzione (16.6%). E' in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2013 il mifepristone seguito da prostaglandine è stato adoperato nel 9.7% dei casi, rispetto all'8.5% del 2012. Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto fra le regioni.

Si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre le 12 settimane di gestazione: 4.2% rispetto al 3.8% nel 2012, e 3.4% del 2011. Una percentuale che rimane comunque fra le più basse a livello internazionale, dove solo in Germania (2.7%) e in Danimarca (4.0%) si registrano valori inferiori (v. par. 3.3).

E' confermata la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 13.4% dei casi nel 2013, rispetto al 12.8% del 2012 e all'11.6% del 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Piemonte (24.1%), Toscana (23.5%), Emilia Romagna (19.6%), Lazio (16.5%), Puglia (16.3%) e Sardegna (15.1%).

Anche per il 2013 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (41.6%) degli altri servizi.

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: è il 62.3% nel 2013, era il 61.5% nel 2012 ed il 59.6% nel 2011.

E' diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane di attesa: 14.6% nel 2013, 15.5% nel 2012 e 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Il 90.8% delle IVG viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'87.1% nella provincia di residenza, percentuali in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del SSN. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

Offerta del servizio e obiezione di coscienza

E' continuata nel 2015 l'attività del "Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194", attivato presso il Ministero della Salute.

Si è convenuto di continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione del monitoraggio effettuato nel 2014, i cui risultati sono stati pubblicati nella relazione al Parlamento del 15 ottobre 2014, a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge anche localmente e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

In particolare, riguardo al **parametro 1**, offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, a livello nazionale, risulta pari a 632, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 379, corrispondente al 60% del totale (era il 64% nel 2012). 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.

Il **parametro 2**, offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita, rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78 contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Si conferma la situazione dell'anno precedente: 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, di molto superiore rispetto a quello che sarebbe se si rispettassero le proporzioni fra IVG e nascite.

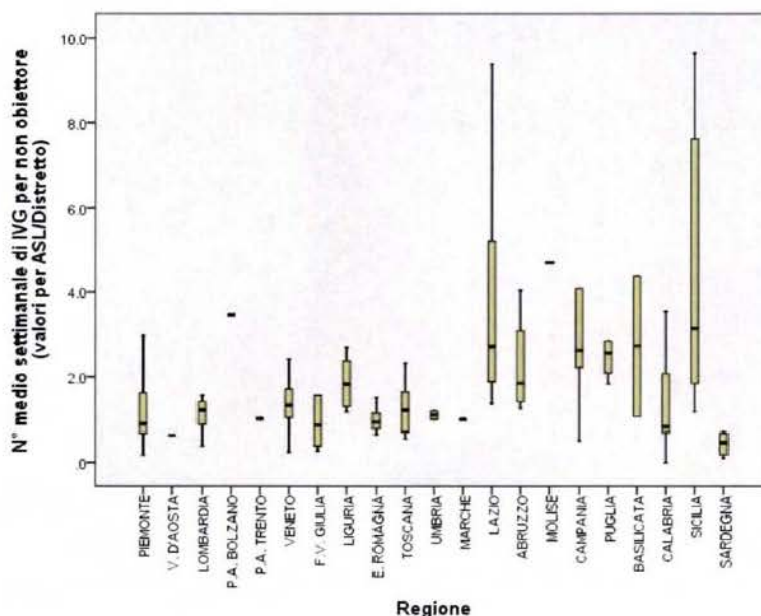
E' stato effettuato un confronto fra punti nascita e punti IVG non solo in valore assoluto, ma normalizzando rispetto alla popolazione femminile in età fertile: a livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.8 punti nascita, contro 2.8 punti IVG, con un rapporto di 1.4:1, cioè ogni 5 strutture in cui si fa IVG ce ne sono 7 in cui si partorisce.

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 adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

I dati 2013 del **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), indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.5 della Sardegna alle 4.7 del Molise, con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana (era 1.4 nel 2012 e 1.6 nel 2011).

Come convenuto al Tavolo di lavoro, per la prima volta questo terzo parametro è stato valutato a livello sub-regionale.

Come mostra il seguente grafico box plot, la situazione risulta diversa da regione a regione, ma nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale, ad eccezione di due regioni.



E anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore (Lazio e Sicilia), cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier), si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci. In particolare i valori più elevati, 9.6 e 9.4, sono rispettivamente in una Asl della Sicilia e in una del Lazio; tutti gli altri valori risultano inferiori.

Il numero di non obiettori risulta quindi congruo, anche a livello sub-regionale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG.

Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sono probabilmente da ricondursi a situazioni ancora più locali di quelle delle singole aziende sanitarie rilevate nella presente relazione, e probabilmente andrebbero ricondotte a singole strutture.

Inoltre, mettendo in relazione i dati regionali dei tempi di attesa e la relativa percentuale di ginecologi obiettori, valutandone la variazione dal 2006 al 2013, non emerge alcuna correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che variano non solo da regione e regione ma anche all'interno della stessa regione (dati più dettagliati sono riportati nel cap. 4).

Consultori familiari

Grazie al grande lavoro delle Regioni, il 79% dei consultori ha fornito dati su alcune attività svolte per l'IVG, registrando una maggiore adesione rispetto allo scorso anno.

In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere.

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 L.194/78).

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 esplicitata 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

- ✓ la prevenzione dell'IVG è obiettivo primario di sanità pubblica;
- ✓ dal 1983 l'IVG è in diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali;
- ✓ 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 e il tasso di abortività sono diminuiti negli ultimi anni;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni;
- ✓ riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi IVG, si conferma quanto osservato nella precedente relazione al Parlamento: su base regionale e, per la prima volta, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obietto, anche su base sub-regionale, non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 60% 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 5 strutture in cui si fa una IVG, ce ne sono 7 in cui si partorisce. Infine, considerando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obietto, considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obietto ne effettua 1.6 a settimana, un valore medio fra il minimo di 0.5 della Sardegna e il massimo di 4.7 del Molise. Questo stesso parametro, valutato a livello sub-regionale, mostra che anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore, cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro che si discostano molto dalla media regionale, si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci, cioè con un carico di IVG per ciascun non obietto che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. 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;
- ✓ al fine di consolidare la qualità dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza IVG utili a monitorare l'applicazione della L.194/78, il Ministero della Salute ha finanziato un progetto CCM della durata di 12 mesi, coordinato dal Centro Nazionale di

Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare, verranno esaminate insieme ai referenti regionali le criticità presenti a livello locale per quanto riguarda la raccolta dati e l'applicazione della L.194/78, e verranno realizzati incontri formativi per i referenti regionali sulle tecniche di controllo dei dati, sulla stima del bisogno a livello locale e sulle principali criticità emerse. Tale attività si svolgerà entro la prossima primavera, mentre la prima riunione organizzativa si è già svolta in data 21 maggio 2015, a Roma, presso il Ministero della Salute, e ha visto il coinvolgimento di tutte le regioni italiane e delle due province autonome di Trento e Bolzano.

- ✓ il Ministero invita le Regioni a continuare un approfondimento dettagliato dei dati, predisponendo anche una reportistica dedicata all'IVG nella propria regione, per individuare i bisogni del territorio, utilizzando possibilmente gli stessi parametri individuati nella presente relazione, 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 individuare eventuali criticità in maniera puntuale.

Beatrice Lorenzin

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Nel presente rapporto vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2013 e quelli preliminari per l'anno 2014 sull'attuazione della legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

Il monitoraggio avviene a partire 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.

Per il 2014 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 2013 si è passati dal preliminare di 102'644 IVG a 102'760 come dato definitivo).

Per il 2013, come accaduto per gli ultimi anni, sono stati rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12. In alcune regioni (Abruzzo, Campania, 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 e di casi rispetto al 2012. 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.

Sarà cura del Ministro della Salute, attesa l'importanza di questa raccolta dati, sollecitare tutte le Regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema italiano di Sorveglianza epidemiologica delle IVG che dispone e pubblica i dati in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi europei.

A tal fine le istituzioni centrali (ISS, Ministero della Salute e Istat) si sono sempre dimostrate disponibili ad aiutare gli uffici regionali a risolvere i problemi che si presentano, a suggerire procedure per una migliore raccolta dati a livello territoriale e a partecipare agli auspici periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo,

sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della Legge 194, sull'andamento del fenomeno e per la messa a punto e la verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge 194 è molto esplicita a questo proposito. Nell'art. 16 afferma "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". Tuttavia, come già indicato in precedenti relazioni, le Regioni denunciano la pratica impossibilità 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). L'ISS concorda con tale affermazione, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione e ci sono margini di miglioramento per la sua completezza di informazioni e tempistica.

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS che si propone di effettuare un incontro con i referenti regionali per valutare le problematiche presenti a livello locale e un corso di formazione sulle tecniche di controllo dei dati, sulla stima del bisogno a livello locale e sulle possibili soluzioni alle principali criticità emerse.

Tutte le Regioni hanno aderito e mandato alcune informazioni all'ISS. Il quadro emerso è abbastanza variegato. Molte Regioni hanno ormai informatizzato il flusso dei dati utilizzando strumenti locali o il software dato a disposizione gratuitamente dall'ISS. Poche Regioni svolgono degli incontri specifici sull'argomento e molti referenti si lamentano per il poco interesse da parte degli operatori nel compilare il modulo D12/Istat. Pochi referenti regionali conoscono nel dettaglio che cosa succede nelle strutture (esistenza di percorsi assistenziali, iniziative, formazione, ecc) e le eventuali criticità presenti.

A breve l'ISS con il Ministero della Salute e l'Istat proporrà alle Regioni incontri formativi/workshop per cercare di affrontare alcune delle criticità emerse.

DATI PRELIMINARI ANNO 2014

Tutte le Regioni, nell'ambito del Sistema di Sorveglianza sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), hanno inviato all'Istituto Superiore di Sanità e al Ministero della Sanità i valori totali, preliminari, degli interventi effettuati nel 2014. I dati si riferiscono alle regioni dove è stato effettuato l'intervento.

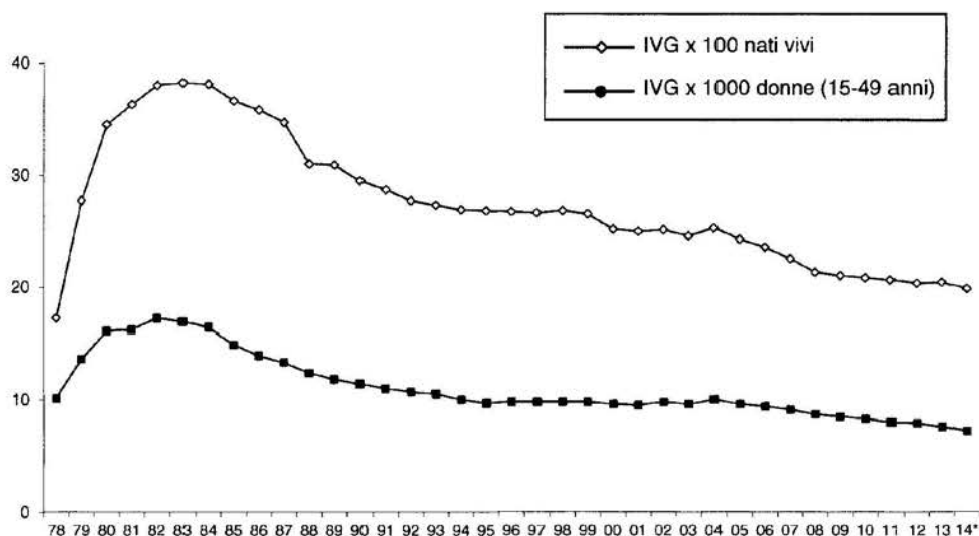
Il totale di IVG risulta essere pari a 97'535 (Tab. A), con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102'760 IVG) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982. Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Valle D'Aosta, Bolzano (sebbene si tratta di numeri molto piccoli), in Umbria 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. Nel corso del 2014 sono stati registrati due decessi di donne avvenuti successivamente a IVG: una IVG eseguita con metodo farmacologico e l'altra con metodo chirurgico. Al momento, i due casi sono in corso di approfondimento, circa la sussistenza del nesso causale, e i risultati verranno riportati nella prossima relazione relativa ai dati definitivi 2014.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 7.2 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 5.9% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e con una riduzione del 58.1% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi del 2014 forniti dall'Istat (492'121, valore di molto inferiore rispetto al 2013) ed è risultato pari a 198.2 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con una riduzione del 2.8% rispetto al 2013 (204.0 per 1000) e un decremento del 47.9% 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 1978-2014



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - Valori assoluti: dati 2014 e confronti con il 2013

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2014	TOTALE 2013	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	12163	11141	10141	10280	43725	46814	-6.6
Piemonte	2226	1982	1868	1780	7856	8452	-7.1
Valle d'Aosta	71	51	39	47	208	252	-17.5
Lombardia	4416	4024	3670	3802	15912	16778	-5.2
Bolzano	149	129	129	119	526	608	-13.5
Trento	225	200	166	167	758	801	-5.4
Veneto	1490	1390	1303	1292	5475	5909	-7.3
Friuli Venezia Giulia	447	433	360	369	1609	1744	-7.7
Liguria	825	746	650	687	2908	3109	-6.5
Emilia Romagna	2314	2186	1956	2017	8473	9161	-7.5
ITALIA CENTRALE	5732	5374	4820	4334	20260	21739	-6.8
Toscana	1794	1722	1563	1447	6526	6722	-2.9
Umbria	422	431	322	304	1479	1666	-11.2
Marche	482	488	457	413	1840	2050	-10.2
Lazio	3034	2733	2478	2170	10415	11301	-7.8
ITALIA MERIDIONALE	6923	6321	5963	5222	24429	24437	0.0
Abruzzo	622	550	509	470	2151	2314	-7.0
Molise	105	102	98	105	410	415	-1.2
Campania	3012	2597	2530	2120	10259	9974	2.9
Puglia	2329	2294	2068	1823	8514	8443	0.8
Basilicata	164	165	162	140	631	620	1.8
Calabria	691	613	596	564	2464	2671	-7.7
ITALIA INSULARE	2534	2391	2175	2021	9121	9770	-6.6
Sicilia	1999	1871	1711	1610	7191	7691	-6.5
Sardegna	535	520	464	411	1930	2079	-7.2
ITALIA	27352	25227	23099	21857	97535	102760	-5.1

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - Tassi di abortività: dati 2014 e confronti con il 2013

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2014	2013	
ITALIA SETTENTRIONALE	7.3	7.8	-6.9
Piemonte	8.4	9.1	-7.3
Valle d'Aosta	7.5	9.0	-17.1
Lombardia	7.3	7.7	-5.7
Bolzano	4.4	5.1	-13.6
Trento	6.4	6.8	-5.4
Veneto	5.1	5.4	-7.0
Friuli Venezia Giulia	6.3	6.8	-6.9
Liguria	9.2	9.9	-7.1
Emilia Romagna	8.8	9.6	-8.0
ITALIA CENTRALE	7.6	8.3	-9.3
Toscana	8.2	8.5	-3.6
Umbria	7.6	8.6	-11.2
Marche	5.5	6.1	-9.5
Lazio	7.7	8.8	-12.5
ITALIA MERIDIONALE	7.4	7.4	-0.4
Abruzzo	7.3	7.9	-7.8
Molise	6.0	6.0	-0.7
Campania	7.2	7.1	2.0
Puglia	9.0	8.9	1.0
Basilicata	4.9	4.7	2.5
Calabria	5.3	5.8	-7.9
ITALIA INSULARE	5.9	6.3	-7.2
Sicilia	6.1	6.6	-7.3
Sardegna	5.2	5.6	-6.8
ITALIA	7.2	7.6	-5.9