

almeno un figlio e il 36.7% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente). Si tratta di un esempio evidente di come si modifica una distribuzione percentuale per modalità di parità quando nel tempo è diversa l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) di ciascun tasso specifico di abortività per parità: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2013, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2013

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	46.7	29.0	23.7	29.1	22.7	29.1	6.9	12.9
CENTRO	52.0	31.9	21.5	29.0	20.3	27.8	6.2	11.4
SUD	36.8	22.5	19.0	33.1	30.7	29.5	13.5	14.9
ISOLE	37.0	24.6	21.8	32.4	27.8	28.9	13.4	14.0
ITALIA	44.0	28.8	21.8	29.7	25.0	28.8	9.3	12.8

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2013 avevano uno o più nati vivi il 53.2% al Nord, il 47.7% al Centro, il 61.4% al Sud e il 62.2% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 70.6%, 67.4%, 74.2% e 73.7%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che l'informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12 dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia "figli" per il confronto con gli anni precedenti. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli fino agli anni 2000, seguita da una stabilizzazione.

IVG (%) per parità, 1983-2013

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
1987	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
1991	35.1	19.5	29.3	11.4	4.8
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2007*	42.0	23.1	25.3	7.4	2.2
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	2.3
2012*	39.7	24.0	25.9	8.1	2.3
2013*	39.0	24.3	26.2	8.1	2.4

* Nati vivi

Il confronto con altri Paesi, presentato nella seguente tabella, mostra per l'Italia percentuali simili agli altri Paesi.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2013) *	39.0	61.0
	(2012) *	39.7	60.3
GERMANIA	(2013)	39.4	60.6
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	47.0	53.0
OLANDA	(2013)	48.3	51.7
SPAGNA	(2013)	45.1	54.9
SVEZIA	(2011)	52.4	47.6
USA	(2011)	39.1	61.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2013, l'86.5% 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, 1983-2013

	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
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
2012	87.0	10.2	2.1	0.5	0.2
2013	86.5	10.6	2.1	0.5	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2013 (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, 1983-2013

	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
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
2012	18.6	5.3	1.6	1.1	26.6
2013	19.0	5.2	1.6	1.0	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 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 1989-2013

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.9	26.9	27.2	26.6	26.8
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.7	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 (38.0% rispetto a 20.9%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2013

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.4	25.6	2.9	8.	1.1	4.1	20.5	37.7
CENTRO	15.4	24.8	2.9	8.7	1.0	5.2	19.3	38.7
SUD	16.7	22.6	4.7	10.5	2.4	6.2	23.8	39.3
ISOLE	14.4	20.5	3.1	8.7	1.3	5.2	18.9	34.4
ITALIA	16.1	24.8	3.4	8.5	1.4	4.7	20.9	38.0

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2013 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle regioni del Sud con il 23.8%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Liguria (31.7%); al Centro, in Toscana (30.7%); al Sud, in Puglia (31.6%).

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2013)	73.2	19.0	5.2	2.6	26.8
	(2012)	73.4	18.6	5.3	2.7	26.6
	(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	(2013)	63.0	27.0	8.0	3.0	37.0
OLANDA	(2013)	65.0	23.9	7.3	3.8	35.0
SPAGNA	(2013)	62.8	24.9	8.0	4.3	37.2
SVEZIA	(2011)	58.7	25.7	9.9	5.6	41.2
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

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste per legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un 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. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo 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 o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2013 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (41.6%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Emilia Romagna (67.3%), in Piemonte (66.2%), nella PA di Trento (56.8%) e in Umbria (53.3%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e del personale.

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

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2013

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	47.4	62.2	25.9	16.2	25.1	20.2	1.6	1.4
CENTRO	42.1	52.2	21.0	16.5	28.2	23.9	8.6	7.4
SUD	21.5	27.0	32.3	23.6	44.1	46.8	2.1	2.6
ISOLE	19.4	29.4	21.6	14.1	56.2	54.2	2.7	2.2
ITALIA	36.0	54.0	26.2	17.1	34.5	25.9	3.3	3.0

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 sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile spesso 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 POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un 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, 1983-2013

	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
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
2012	24.3	30.5	42.0	3.1
2013	22.9	32.3	41.6	3.1

Nel 2013 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore stabile dal 2006, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2061 consultori familiari censiti nel 2013 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni 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, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare che l'evento si verifichi nuovamente.

3.2 Urgenza

Nel 2013 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 13.4% dei casi rispetto al 12.8% del 2012 e all'11.6% del 2011 (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 il Mifepristone e prostaglandine entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al 13% si sono osservate, come negli anni passati, in Piemonte (24.1%), in Toscana (23.5%), in Emilia Romagna (19.6%), nel Lazio (16.5%), in Puglia (16.3%) e in Sardegna (15.1%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 14.1% al Nord, 17.3% al Centro, 11.5% al Sud e 6.1% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2013 (Tab. 19) mostra il 43.6% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 14.5% a 11-12 settimane e il 4.2% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane

gestazionali è aumentato rispetto a quella del 2012 (41.8%), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica abortiva, del Mifepristone e prostaglandine, che viene usata a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 4.2% rispetto a 3.8% nel 2012 e 3.4% nel 2011.

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, 18.3% 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, 2013

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	44.3	37.4	35.3	41.8	14.2	18.2	6.2	2.6
CENTRO	41.5	31.0	39.2	46.8	13.9	20.6	5.4	1.6
SUD	57.0	48.2	30.8	36.3	8.7	14.3	3.6	1.2
ISOLE	36.3	37.7	42.5	43.2	15.5	17.4	5.7	1.7
ITALIA	46.2	37.1	35.7	42.5	12.8	18.3	5.3	2.1

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 10a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

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 (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2013 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 regione, nel 2013, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	4.3	Marche	5.3
Valle d'Aosta	3.3	Lazio	4.4
Lombardia	4.5	Abruzzo	2.5
Bolzano	8.2	Molise	2.4
Trento	4.4	Campania	2.5
Veneto	6.5	Puglia	3.0
Friuli Venezia Giulia	6.2	Basilicata	7.6
Liguria	3.8	Calabria	3.9
Emilia Romagna	3.9	Sicilia	4.4
Toscana	2.9	Sardegna	8.8
Umbria	2.5		
		ITALIA	4.2

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. Come negli anni passati, si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un ritardo al 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	(2013)	102760	9.0	4.2
	(2012)	107192	9.6	3.8
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	14.7	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2013)	102802	7.0	2.7
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	185331	15.9	8.0
NORVEGIA	(2013)	14773	14.7	4.2
OLANDA	(2013)	30601	8.5	18.8
REPUBBLICA CECA	(2012)	23032	9.3	4.2
SPAGNA	(2013)	108690	11.7	9.9
SVEZIA	(2013)	36600	20.3	6.8
SVIZZERA	(2013)	10137	6.5	4.7
USA	(2011)	1060000	16.9	11.0

* 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. Negli ultimi anni è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: 59.6% nel 2011, 61.5% nel 2012 e 62.3 nel 2013 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 15.7% nel 2011, 15.5% nel 2012 e 14.6% nel 2013. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza e al Mifepristone+prostaglandine. C'è però da segnalare che alcune regioni (Abruzzo, Puglia e Campania) hanno un numero di non rilevati per questa variabile superiore al 10%.

Il tempo di attesa rispetto alla cittadinanza della donna e area geografica dove l'intervento è stato effettuato è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2013

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	63.5	60.8	22.6	25.2	10.0	9.9	4.0	4.0
CENTRO	59.0	54.1	25.0	28.0	11.7	12.9	4.3	5.0
SUD	70.3	69.1	19.0	18.5	7.0	8.3	3.7	4.0
ISOLE	60.9	53.7	22.2	26.7	10.8	14.1	6.1	5.4
ITALIA	64.0	59.7	22.1	25.2	9.7	10.7	4.2	4.3

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 (25.7% delle IVG), in Umbria (25.6%), in Calabria (22.0%) e in Sicilia (19.7%).

Va infine considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi anche nel caso in cui 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 2013 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, 1983-2013

	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
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0
2011	92.1	7.9	0.0
2012	92.5	7.5	0.0
2013	93.5	7.5	0.0

La quasi totalità delle IVG (93.5% nel 2013) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati, nella PA di Trento, in Puglia, in Sardegna e in Campania 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, 2013

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.7	97.8	2.3	2.2
CENTRO	98.0	99.9	2.0	0.1
SUD	84.8	88.1	15.2	11.9
ISOLE	87.7	94.7	12.3	5.3
ITALIA	93.1	97.0	6.9	3.0

Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da due anni viene anche riportata in questa relazione una tabella con i dati riferiti dalle Regioni sul numero di strutture con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e strutture che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). In totale si tratta nel 2013 di 632 strutture di cui 379 effettuano l'IVG (60.0%). Questi valori erano rispettivamente 630 e 403 (64.0%) nel 2012, indicando una diminuzione nel numero e nella percentuale di strutture che effettuano IVG. Esiste una grande variabilità a livello territoriale: si va da un minimo del 22.2% nella PA di Bolzano, 25.0% in Molise e 32.9% in Campania a 100% in Valle d'Aosta e Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2013 permane elevato (76.6%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene in diminuzione rispetto al 2012 (80.1%). Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a se stante per questa variabile (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 4.5% dei casi (in aumento rispetto al 2.0% del 2012) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi in Lombardia e Molise a 27.7% in Veneto). Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5.7% del 2012 si è arrivati al 10.9% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. E' inoltre possibile che alcune Regioni non abbiano ancora utilizzato per il 2013 questa nuova classificazione indicata dall'Istat o non abbiano adattato i propri software di registrazione dei dati. Nei prossimi anni sarà possibile avere un quadro più completo di questa variabile. Nel frattempo si raccomanda le Regioni e le strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 5.6% degli interventi (6.6% nel 2012), in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Infatti, 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 (come nella gran parte dei casi in Italia) l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2012 l'OMS ha licenziato la seconda edizione delle linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi per la salute della donna. Peraltro all'anestesia locale si associa una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. La qual cosa non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2013.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2013

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	74.9	78.9	3.3	3.7	2.1	2.1	3.3	3.7	19.7	15.2
CENTRO	74.5	76.2	13.3	18.2	0.4	0.2	4.7	4.6	11.8	5.4
SUD	82.1	85.0	3.8	6.9	0.6	0.5	2.4	2.4	13.5	7.6
ISOLE	90.3	94.0	0.7	0.6	1.4	1.1	2.3	1.2	7.6	4.3
ITALIA	78.6	79.7	5.1	7.5	1.3	1.4	3.2	3.6	15.0	11.4

Elaborazioni su dati Istat

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2013 (Tab. 25), sebbene permane un 9.9% 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, 1983-2013

	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
2012** ^a	11.7	19.6	58.0	10.7
2013** ^a	9.9	16.6	59.0	14.5

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati - ** esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati
^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce "Altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in alcune regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 30% dei casi, come negli anni precedenti), a fronte di valori contenuti in diverse altre regioni (meno del 2% in Puglia, Umbria, Basilicata e Campania). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le 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, 2013

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	12.0	10.3	24.3	26.7	45.8	51.2	17.9	11.7
CENTRO	9.9	6.7	13.6	19.5	65.6	69.0	10.9	4.8
SUD	5.8	9.1	10.4	12.5	68.2	69.3	15.5	9.0
ISOLE	18.6	16.5	10.9	8.8	59.2	69.0	11.3	5.7
ITALIA	10.7	9.6	16.8	22.4	57.4	58.7	15.1	9.4

Elaborazioni su dati Istat

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

In Italia 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 permettevano 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 (6.7%). 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.

Per il 2013 tutte le Regioni, tranne la Lombardia, sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportata nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone+prostaglandine", "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento dell'uso del Mifepristone e prostaglandine (pari al 9.7% di tutte le IVG nel 2013, come riportato in Tab. 25), utilizzato in tutte le regioni tranne le Marche.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2013 di questo metodo:

n° IVG con metodo farmacologico e n° di regioni in cui sono stata effettuate dati dal 2005 al 2013

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	7432	7855	8114
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20	20	20

Il ricorso all'aborto medico 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 (30.5%), Valle d'Aosta (27.0%), Piemonte (23.3%) e Emilia Romagna (21.8%).

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno fatto ricorso a questo metodo, 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 con altra metodica. Dai dati del modello D12 relativi al 2013 il 92.0% delle IVG effettuate con Mifepristone+prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come

indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). Dall'analisi effettuata ad hoc nel 2010-11 questo dato era pari al 98.7% delle IVG.

Dalla stessa raccolta dati si era rilevato che, sebbene la gran parte delle Regioni e delle strutture avessero adottato come regime di ricovero quello ordinario con l'ospedalizzazione della donna, molte di loro (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. Inoltre nel 96.9% dei casi non vi era stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si era presentata nel 5.3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non era 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

Nell'88.6% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 6.5% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (Tab. 26). Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2013

	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
2012	89.9	5.7	4.3
2013	88.6	6.5	4.8

Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze, con degenze più lunghe in Puglia, Valle d'Aosta, Piemonte e Liguria.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2012 è illustrata nella tabella seguente, mostrando un netto calo della degenza inferiore a 1 giorno e un aumento di quella di un giorno nel sud e una diminuzione della degenza di un giorno al nord:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2012-2013

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
NORD	88.4	90.4	7.0	4.0	4.5	5.6
CENTRO	95.9	95.7	1.4	2.1	2.7	2.2
SUD	86.9	77.6	8.2	16.8	4.9	5.6
ISOLE	90.4	89.9	3.4	3.8	6.1	6.3
ITALIA	89.9	88.6	5.7	6.5	4.3	4.9

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2013 sono state registrate 6.9 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) , con una leggera diminuzione delle emorragie e infezioni ed un aumento della voce "altro" rispetto al 2012. Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale.

Dal 2013 il modello D12/Istat permette di registrare più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto. Tuttavia, molte Regioni non hanno ancora aggiornato i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare l'informazione in maniera completa e non è quindi possibile analizzare i risultati. Si raccomanda le Regioni di procedere alle modifiche necessarie nel più breve tempo possibile.

3.10 Obiezione di coscienza

I dati relativi all'obiezione di coscienza 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 operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia, anche se le Regioni non sempre forniscono il dato in questa forma.

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Nel 2013 si evincono valori elevati di obiezione di coscienza, specie tra i ginecologi (70.0%, cioè più di due su tre) con una tendenza alla stabilizzazione, dopo un notevole aumento negli anni. Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012 e al 70.0% nel 2013.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012 e 49.3% nel 2013. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 46.5% nel 2013.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti in 8 regioni, principalmente al sud: 93.3% in Molise, 92.9% nella PA di Bolzano, 90.2% in Basilicata, 87.6% in Sicilia, 86.1% in Puglia, 81.8% in Campania, 80.7% nel Lazio e in Abruzzo. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 79.2% in Sicilia, 77.2% in Calabria, 76.7% in Molise e 71.6% nel Lazio). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 89.9% in Molise e 85.2% in Sicilia.

E' opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, "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." Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento" (art. 9 della Legge 194).

4. Risultati monitoraggio ad hoc su IVG e obiezione di coscienza

Per monitorare l'applicazione della Legge 194/78, anche in relazione all'obiezione di coscienza, esercitata secondo quanto stabilito dall'art.9 della legge stessa, sono stati stimati tre parametri relativi all'offerta del servizio IVG, sia in termini di strutture disponibili presenti nel territorio - sia in numero assoluto che in rapporto alla popolazione femminile in età fertile - che rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato, considerando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore. Si tratta degli stessi parametri già utilizzati per effettuare il monitoraggio ad hoc nazionale, condotto su base regionale, su alcuni aspetti dell'applicazione della Legge 194, di cui si è dato conto nella relazione al Parlamento dello scorso anno, presentata il 15 ottobre 2014.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario possa avere rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, è stato ritenuto un valido indicatore il carico di lavoro medio settimanale per IVG per ogni ginecologo non obiettore calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture, rapportato alle 44 settimane lavorative annuali.

I risultati ottenuti dal monitoraggio dello scorso anno e pubblicati nella precedente relazione al Parlamento sono stati condivisi con i rappresentanti di tutte le regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194 istituito presso il Ministero della Salute, che hanno concordato di stimare gli stessi parametri anche 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.

Si illustrano quindi nel dettaglio i tre parametri:

- ✓ **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 IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.*

che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali, calcolati con riferimento all'anno 2013.

4.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili

Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'ISTAT emerge che nel 2013 il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia a livello nazionale era pari a 632 (erano 630 l'anno precedente), mentre il numero di quelle che effettuano le IVG era pari a 379, cioè il 60% del totale (erano 403 e il 64% nel 2012).

La tabella che segue mostra il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione; dai dati emerge che solo in due casi, relativamente a regioni molto piccole (P.A. Bolzano e Molise), abbiamo un numero di

punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nella figura 8. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Numero di strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2013

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	47	31	66.0%	Marche	15	12	80.0%
Valle d'Aosta	1	1	100.0%	Lazio	45	23	51.1%
Lombardia	96	63	65.6%	Abruzzo	12	9	75.0%
P.A. Bolzano	9	2	22.2%	Molise	4	1	25.0%
P.A. Trento	9	5	55.6%	Campania	79	26	32.9%
Veneto	45	22	48.9%	Puglia	41	21	51.2%
Friuli V. Giulia	15	10	66.7%	Basilicata	7	3	42.9%
Liguria	11	11	100.0%	Calabria	16	11	68.8%
Emilia-Romagna	52	39	75.0%	Sicilia	66	33	50.0%
Toscana	29	28	96.6%	Sardegna	20	16	80.0%
Umbria	13	12	92.3%	Totale	632	379	60.0%

Figura 8 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2013

