

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

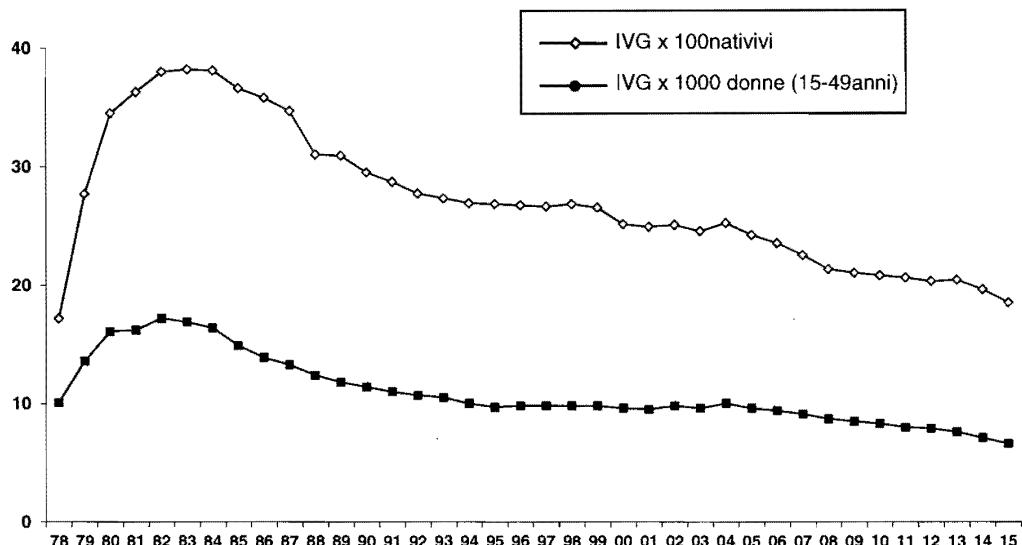
nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi agli anni 2014 e 2015 sull’attuazione della Legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Quest’anno, infatti, visto che già molte regioni a giugno 2016 disponevano dei dati definitivi del 2015 e che questi, insieme ai dati preliminari delle altre regioni, indicavano un notevole calo del fenomeno, si è deciso di prorogare di due mesi la raccolta dati per cercare di ottenere da tutte le regioni i dati definitivi delle IVG effettuate non solo nel 2014, ma anche nel 2015 (anno precedente a quello in corso). Grazie all’informazizzazione dei flussi in molte regioni, alle sanzioni amministrative introdotte dall’Istat per le strutture che effettuano IVG e non inviano i dati (Gazzetta Ufficiale - serie gen. - n. 242 del 15 ottobre 2016) e al grande lavoro svolto dai referenti regionali, è stato possibile ottenere tutti i dati definitivi e completi delle IVG del 2014 e 2015, tranne che per l’obiezione di coscienza dell’anno 2015. Dall’inizio del mio mandato questo ambito della legge 194 è oggetto di particolare attenzione e di un monitoraggio estremamente dettagliato e articolato, a livello sub-regionale, che richiede ogni anno una interrogazione ad hoc alle regioni; l’indagine è stata condotta per l’anno 2014 ma non è stato possibile anticiparla per l’anno 2015, come invece è stato fatto per il restante flusso dati, oramai consolidato.

DATI DEFINITIVI 2014 E 2015

- ✓ Prosegue l’andamento in diminuzione del fenomeno;
- ✓ Nel 2015 il numero di IVG è inferiore a 90.000, infatti sono state notificate dalle Regioni 87.639 IVG, una diminuzione del 9.3% rispetto al dato del 2014, pari a 96.578 (-6.0% rispetto al 2013, quando erano stati registrati 102.760 casi). Le IVG cioè si sono più che dimezzate rispetto alle 234.801 del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Il maggior decremento osservato nel 2015, in particolare tra il secondo e terzo trimestre, potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell’8 maggio 2015), che elimina, per le maggiorenne, l’obbligo di prescrizione medica dell’Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d’emergenza meglio noto come “pillola dei 5 giorni dopo”. I dati delle vendite dell’Ulipristal acetato (ellaOne) mostrano infatti un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7.796 confezioni nel 2012, 11.915 nel 2013, 16.796 nel 2014 e 145.101 nel 2015).
- ✓ Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (numero di IVG per 1000 donne tra 15 e 49 anni), che rappresenta l’indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all’IVG, è stato 6.6 per 1000 nel 2015 (-8.0% rispetto al 2014 e -61.2% rispetto al 1983), era 7.1 nel 2014. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (v. par.1.2).
- ✓ Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2015 è risultato pari a 185.1 per 1000 con un decremento del 5.7% rispetto al 2014, anno in cui questo valore è stato pari a 196.2 (da considerare che in questi due anni i nati sono diminuiti di 18.666 unità), e con un decremento del 51.5% rispetto al 1983 (quando era 381.7).

Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2015



DATI DEFINITIVI 2014 E 2015

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

I tassi di abortività più elevati sono fra donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2015 il 43.1% delle donne che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, e il 42.9% risultava occupata. Per le italiane la percentuale delle nubili (56.9%) era superiore a quella delle coniugate (36.4%), al contrario delle donne straniere (48.3% le coniugate, 45.2% le nubili). Il 44.8% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, la riduzione per le donne italiane dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.3%, passando da 234.801 a 60.384 nel 2015.

IVG di donne straniere

Nel tempo 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: 31.1% nel 2015, 33.0% nel 2014 (rispetto al 7% nel 1995), con un tasso di abortività nel 2014 (ultimo anno per cui è disponibili la stima della popolazione straniera) del 17.2 per 1000, in diminuzione rispetto al 2013, quando era 19.0, e corrispondente a un rischio tre volte maggiore, in generale (v. par.2.6). Il contributo delle donne straniere quindi, dopo un aumento importante si è stabilizzato negli anni e comincia a mostrare una tendenza alla diminuzione, sia in termini percentuali che in valore assoluto (27.168 nel 2015, 31.028 nel 2014, rispetto a 35.388 nel 2012 e 40.224 nel 2007).

Aborti fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2015 è risultato essere pari a 3.1 per 1000 (3.7 nel 2014, 4.4 nel 2012), con livelli più elevati nell'Italia centrale; i 2.853 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2.9% 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 (v. par. 2.1).

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.9% nel 2015 (27.3% nel 2014), valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2015 sono 21.6% per le italiane e 38.3% per le straniere (20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quanto riscontrato in altri Paesi (v. par. 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

La metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2015 (55.6% dei casi), seguita dall'isterosuzione (17.0%). È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2015 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 15.2% dei casi rispetto al 12.9% del 2014 e al 9.7% del 2013. 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: 5.0% nel 2015, 4.7% nel 2014, rispetto al 3.8% nel 2012, e 3.4% del 2011. Una percentuale che rimane comunque fra le più basse a livello internazionale.

È confermata la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 16.7% dei casi nel 2015, nel 14.7% nel 2014, 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 Puglia (32.1%), Piemonte (30.0%), Toscana (23.1%), Emilia Romagna (22.5%), Lazio (24.2%) e Marche (17.4%).

Anche per il 2015 e per il 2014 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.3% e 41.9%, rispettivamente) 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 65.3% nel 2015, 64.8% nel 2014, era il 62.3% nel 2013 e il 59.6% nel 2011.

È diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 13.2% nel 2015 e 2014, era il 14.6% nel 2013 e il 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Il 92.2% delle IVG nel 2015 (91.9% nel 2014) viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'87.9% nella provincia di residenza, percentuali in aumento rispetto al 2013 (90.8% e 87.1% rispettivamente), corrispondenti ad una bassa mobilità fra le regioni e comunque in diminuzione negli anni, 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 (2014)

È proseguita l'attività del “Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194”, attivato presso il Ministero della Salute il 18 luglio 2013.

Si è ritenuto opportuno continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati dal 2013, i cui risultati sono stati pubblicati nelle precedenti relazioni al Parlamento, anche a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata e diffusa applicazione della legge, e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

In particolare, riguardo al **parametro1**, 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, nel 2014 risulta pari a 654 mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 390, corrispondente al 59.6% (era il 60% nel 2013). 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 tre casi (P.A.Bolzano, Molise e Campania), di cui due regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è adeguata.

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.

Per il 2014 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.

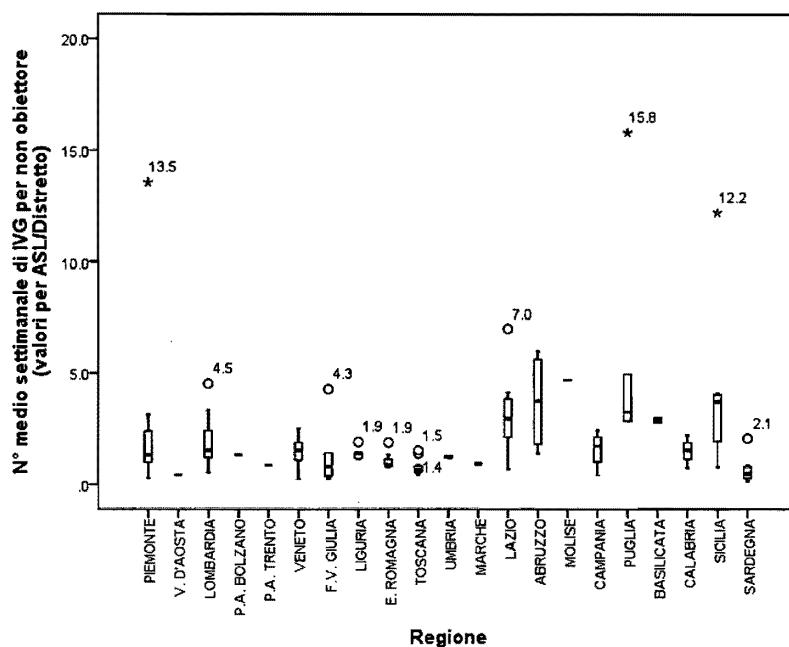
Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita: a livello nazionale, ogni 100 000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.7 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.3:1, 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 2014 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 0.4 della Valle d'Aosta alle 4.7 del Molise, con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana (1.6 nel 2013, 1.4 nel 2012, 1.6 nel 2011).

Come convenuto al Tavolo di lavoro, anche per quest'anno il 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.



Su 140 Asl, solo tre presentano valori molto distanti dalla media regionale, cioè valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier). Si tratta di una Asl della Puglia, dove si raggiungono 15.8 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.5), una del Piemonte, con 13.5 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 1.7) e della Sicilia, con 12.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 3.8). Tutti gli altri valori risultano molto inferiori (una Asl del Lazio ha 7.0 IVG settimanali, e le altre hanno tutte valori minori, prossimi alle medie regionali).

Il valore del parametro 3 rilevato dal monitoraggio a livello di singola ASL, ricondotto a livello nazionale, è perfettamente sovrapponibile a quello calcolato dai dati aggregati regionali: in entrambi i casi risulta che in Italia, in media, ciascun ginecologo non obiettore ha effettuato 1.6 aborti a settimana su 44 settimane lavorative. Dall'evoluzione storica dei dati si vede come questo carico di lavoro si sia dimezzato dal 1983, anno in cui corrispondeva a 3.3 IVG settimanali: un risultato dovuto complessivamente al più che dimezzamento delle IVG in trent'anni rispetto alla quasi costanza del numero dei non obiettori.

Dai dati comunicati dalle regioni (tranne Liguria, Lazio e Sicilia che non hanno fornito questa informazione) è emerso che a livello nazionale l'11% dei ginecologi non obiettori è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza. Si tratta di una quota rilevata in 46 strutture di undici regioni: Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Sardegna.

Questo approfondimento ha consentito di mettere a fuoco ancora una volta la grande disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. I dati raccolti per singola struttura ospedaliera suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi una parte dei non obiettori viene assegnata ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale in coerenza con le richieste). Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. Si noti che delle tre regioni in cui si

segnalano forti scostamenti del carico di lavoro medio regionale, per ciascun ginecologo non obiettore, due (Piemonte e Puglia) dispongono anche di personale non obiettore non assegnato ai servizi IVG.

Allo stesso tempo i medesimi dati, sempre relativamente alle singole strutture, hanno consentito di evidenziare quelle situazioni in cui le aziende sanitarie hanno risolto situazioni potenzialmente critiche.

Il numero di non obiettori, nonostante quelli non assegnati al servizio IVG, 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 presumibilmente 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 2014, 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, l'85% dei consultori (era il 79% nel 2013) 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 (15% rispetto al 70.7%).

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 Legge 194/78).

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, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e tasso di abortività;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni; la mobilità fra le regioni e province è in linea con quella di altri servizi del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi IVG, si conferma quanto osservato nelle precedenti relazioni al Parlamento: su base regionale e, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, anche su base

sub-regionale, non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 59.6% delle strutture disponibili, con una copertura adeguata, tranne che in Campania, Molise e P.A. Bolzano. 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, valutando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1.6 a settimana, un valore medio fra il minimo di 0.4 della Val d'Aosta e il massimo di 4.7 del Molise. Questo stesso parametro, calcolato 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 carico di IVG per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. In undici regioni italiane una quota di non obiettori, corrispondente all'11% a livello nazionale, non è assegnata ai servizi IVG, probabilmente perché, in gran parte di questi casi, il numero dei non obiettori viene ritenuto superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi;

- ✓ Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere sembra 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 continuare un approfondimento dettagliato dei dati, predisponendo anche una reportistica dedicata all'IVG nella propria regione, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole nella situazione geografica, demografica, sociale e nell'organizzazione sanitaria regionale; quando possibile, sarebbe opportuno utilizzare 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, per segnalare buone pratiche 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 agli anni 2014 e 2015 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.

Quest'anno, visto che già molte regioni a giugno 2016 disponevano dei dati definitivi del 2015 e che questi, insieme ai dati preliminari delle altre regioni, indicavano un notevole calo del fenomeno, in accordo con il Ministero della Salute si è deciso di prorogare di due mesi la raccolta dati per cercare di ottenere da tutte le regioni i dati definitivi delle IVG effettuate non solo nel 2014 ma anche nel 2015 (anno precedente a quello in corso). Grazie all'informatizzazione dei flussi in molte regioni, alle sanzioni amministrative introdotte dall'Istat per le strutture che effettuano IVG e non inviano i dati (Gazzetta Ufficiale - serie gen. - n. 242 del 15 ottobre 2016) e al grande lavoro svolto dai referenti regionali, è stato possibile ottenere tutti i dati definitivi e completi delle IVG del 2014 e 2015. In alcuni casi (Lombardia, Campania e Sicilia per il 2014 e solo Sicilia per il 2015), come accaduto nel passato, 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 2013. Alcuni referenti regionali hanno fatto presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG. In alcuni casi sono inoltre stati rilevati alcuni problemi nella completezza delle informazioni raccolte con i modelli D12.

Tutte le Regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) sono sollecitate 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 auspicati 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 che ci siano 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 della durata di un anno che si è svolto da marzo 2015 a marzo 2016. Nel corso del progetto si sono svolti incontri tra l'ISS, il Ministero della Salute e i referenti regionali del Sistema di sorveglianza IVG e del Tavolo Tecnico per la piena applicazione della Legge 194/78 ed è stata svolta un'indagine per valutare le problematiche presenti a livello locale.

Tutte le Regioni hanno aderito e mandato alcune informazioni all'ISS. Molte Regioni hanno ormai informatizzato il flusso dei dati utilizzando strumenti locali o il software fornito gratuitamente dall'ISS. Sono emerse sia criticità che buone pratiche a livello regionale, con notevoli differenze e peculiarità talvolta anche all'interno dei territori regionali. Per questo motivo appare di grande importanza che le regioni producano, oltre ai dati da comunicare a Ministero e ISS ai fini della Relazione al Parlamento prevista dalla Legge 194/78, anche report locali, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole nella situazione geografica, demografica, sociale e nell'organizzazione sanitaria regionale, spesso profondamente diverse fra le regioni e talvolta anche all'interno delle regioni stesse (ad esempio aree metropolitane e province, oppure zone caratterizzate da immigrazione con gruppi etnici specifici e molto diversi fra loro).

Infine è stato realizzato un corso di formazione accreditato per i referenti regionali in cui sono state presentate dall'ISS e dall'Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati illustrati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati (analisi dei modelli D12 e loro confronto con le SDO) e sull'applicazione della Legge 194, anche attraverso soluzioni trovate in alcune regioni. Al corso hanno partecipato 30 referenti regionali di 17 regioni ed il materiale prodotto, incluso un fac-simile di rapporto che le Regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati, è stato messo a disposizione dei referenti di tutte le Regioni.

Per i motivi sopra ricordati, si auspica che un numero sempre maggiore di regioni produca dei rapporti regionali sull'IVG e svolga riunioni con i professionisti coinvolti per discutere i dati prodotti e l'applicazione della Legge 194.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2014 E 2015

Andamento generale del fenomeno

Per il 2014 e il 2015 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. I dati, come negli anni precedenti, si riferiscono alle Regioni dove è stato effettuato l'intervento, indipendentemente dal luogo di residenza della donna.

Per avere i dati completi del 2014 di 3 regioni (Lombardia, Campania, Sicilia) e del 2015 solamente per Sicilia (68 casi) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12 Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Lo scorso anno per i dati 2013 questa integrazione era stata necessaria per 3 regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia) e per un numero maggiore di casi.

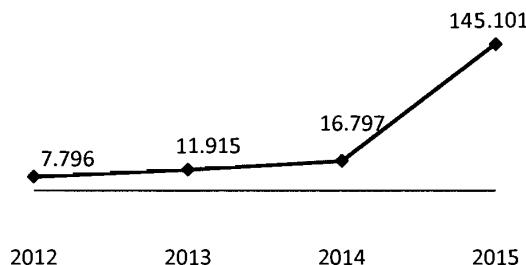
In totale nel 2014 sono state notificate 96.578 IVG e 87.639 nel 2015 (Tab. 1), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, particolarmente evidente nel 2015 (-9.3% rispetto al dato del 2014 e un decremento del 62.7% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia, 234.801 casi). Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Abruzzo, Molise, Calabria e Piemonte e in generale nel secondo semestre del 2015. Quest'ultimo aspetto, che merita sicuramente delle maggiori riflessioni e approfondimenti, potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015), che elimina, per le maggiorenne, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo".

IVG per trimestre nel 2015 e confronti con il 2014

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2015	TOTALE 2014	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	11347	10383	9042	8956	39728	43916	-9.5
Piemonte	1981	1800	1538	1598	6917	7856	-12.0
Valle d'Aosta	48	61	42	33	184	208	-11.5
Lombardia	4137	3776	3301	3090	14304	15991	-10.5
Bolzano	144	125	118	130	517	526	-1.7
Trento	194	179	176	177	726	758	-4.2
Veneto	1415	1333	1129	1167	5044	5472	-7.8
Friuli Venezia Giulia	431	377	340	340	1488	1609	-7.5
Liguria	758	683	608	651	2700	3023	-10.7
Emilia Romagna	2239	2049	1790	1770	7848	8473	-7.4
ITALIA CENTRALE	5336	4947	4446	4041	18770	20259	-7.3
Toscana	1659	1636	1403	1402	6100	6526	-6.5
Umbria	384	351	310	320	1365	1479	-7.7
Marche	474	430	428	356	1688	1839	-8.2
Lazio	2819	2530	2305	1963	9617	10415	-7.7
ITALIA MERIDIONALE	6066	5715	4899	4066	20746	23564	-12.0
Abruzzo	548	516	430	372	1866	2209	-15.5
Molise	104	94	77	81	356	413	-13.8
Campania	2423	2268	1966	1627	8284	9369	-11.6
Puglia	2186	2115	1834	1439	7574	8514	-11.0
Basilicata	171	131	123	132	557	631	-11.7
Calabria	634	591	469	415	2109	2428	-13.1
ITALIA INSULARE	2342	2393	1922	1738	8395	8839	-5.0
Sicilia	1824	1830	1459	1344	6457	6916	-6.6
Sardegna	518	563	463	394	1938	1923	0.8
ITALIA	25091	23438	20309	18801	87639	96578	-9.3

I dati AIFA delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne) mostrano infatti un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7.796 confezioni nel 2012, 11.915 nel 2013, 16.797 nel 2014 e 145.101 nel 2015).

Figura 1 – Vendite Ulipristal acetato (ellaOne) per acquisto privato - anni 2012-2015 (dati AIFA)



Approfondendo il dato trimestrale delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne) per l'anno 2015 rispetto al 2014 si rileva che l'incremento delle vendite cresce in maniera significativa a partire dal secondo trimestre 2015 in cui è più che quintuplicato rispetto al 2014 (24.733 vs 3.729) e continua ad aumentare in maniera molto rapida nel terzo trimestre del 2015 (53.016 vs 4.001) per poi rallentare nel quarto trimestre 2015 (61.755 vs 4.991).

Vendite trimestrali per acquisto privato di Ulipristal acetato (ellaOne) anno 2015 vs 2014

Trimestre	2015	2014	VAR. %
I (gennaio-marzo)	5597	4076	+37.3
II (aprile-giugno)	24733	3729	+563.3
III (luglio-settembre)	53016	4001	+1225.1
IV (ottobre-dicembre)	61755	4991	+1137.3
TOTALE	145101	16797	+763.9

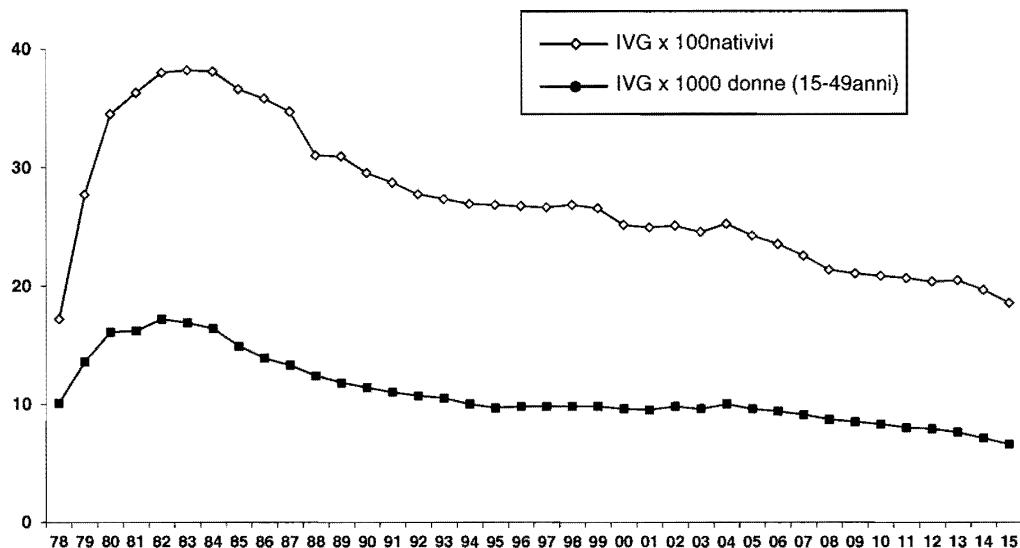
(Fonte: AIFA)

Anche i due indicatori dell'abortività (tasso e rapporto) confermano l'andamento in diminuzione. Infatti il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia) è risultato pari a 7.1 per 1000 nel 2014 e 6.6 per 1000 nel 2015, con un decremento dell'8.0% tra i due anni (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e con una riduzione del 61.5% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 196.2 per 1000 nel 2014 e 185.1 per 1000 nel 2015, con una riduzione del 5.7% tra i due anni e un decremento del 51.3% 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 2.

Figura 2 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2015



Il tasso di abortività si riduce a 6.9 per 1000 nel 2014 e 6.4 nel 2015 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 2366 (per il 2014) e le 2564 (per il 2015) relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso), calcolate avendo anche ridistribuito le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna, con una riduzione del 6.8% nel 2014 rispetto al tasso per le residenti calcolato nella stessa maniera nel 2013 (7.4 per 1000), e del 7.2% nel 2015 rispetto al 2014. Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982.

1.1. Valori assoluti

Nel 2014 si è registrato un decremento delle IVG del 6.0% rispetto al 2013 e nel 2015 un -9.3% rispetto al 2014 (Tab. 4). Circa un terzo degli interventi (33.0% nel 2014 e 31.1% nel 2015) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni (tab.12). Le IVG effettuate nel 2015 da cittadine italiane (60.384, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite del 7.1% rispetto al 2014 (65.021 casi). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti è risultata maggiore: -13.6%.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2015 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2015

	1983	1991	2014	2015	VARIAZIONE %	
					2015/2014	2015/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	-9.5	-62.3
CENTRO	52423	34178	20259	18770	-7.3	-64.2
SUD	57441	44353	23564	20746	-12.0	-63.9
ISOLE	18682	14344	8829	8395	-4.9	-55.1
ITALIA	233976	160494	96578	87639	-9.3	-62.5

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) nel 2015 si hanno: nell'Italia Settentrionale 39'728 IVG con un decremento del 9.5% rispetto al 2014, nell'Italia Centrale 18'770 IVG (-7.3%), nell'Italia Meridionale 20'746 IVG (-12.0%) e nell'Italia Insulare si sono avute 8'395 IVG (-4.9%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina 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 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 avanzata e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi). Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000. 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, per quanto in questo caso gli aspetti critici da un punto di vista metodologico sono 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).

1.2. Tasso di abortività

Nel 2015 il tasso di abortività raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 6.6 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento del 8.0% rispetto al 2014, anno in cui il tasso è stato pari a 7.1 per 1000 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 6.9 per 1000 nel 2014 e 6.4 per 1000 nel 2015.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2015 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2015

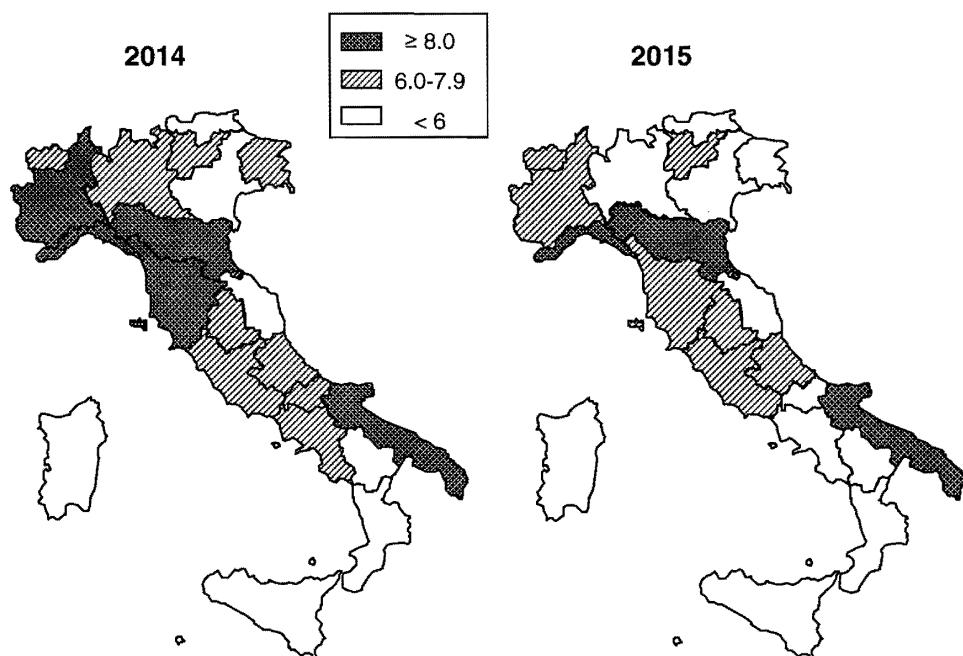
	1983	1991	2014	2015	VARIAZIONE* %	
					2015/2014	2015/1983
NORD	16.8	10.6	7.3	6.7	-8.5	-60.1
CENTRO	19.8	12.4	7.6	7.1	-6.1	-64.1
SUD	17.3	12.1	7.1	6.4	-10.6	-63.3
ISOLE	11.7	8.1	5.7	5.5	-3.7	-53.2
ITALIA	16.9	11.0	7.1	6.6	-8.0	-61.2

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

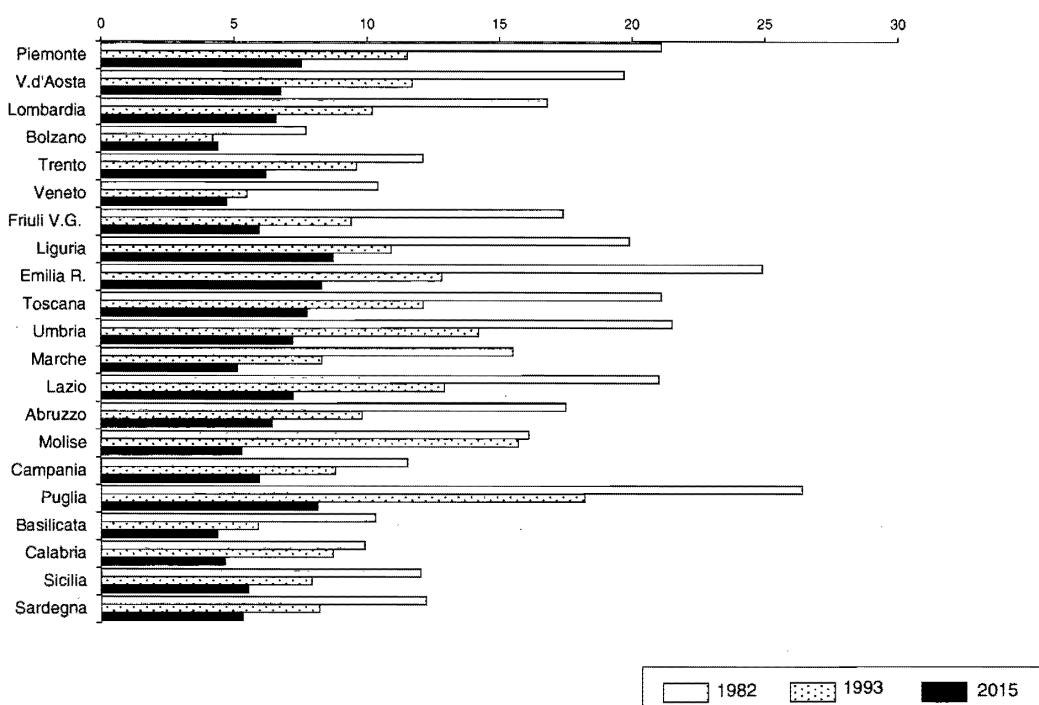
Nella tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la figura 3 presenta i valori regionali per il 2014 e 2015. Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo elevato di queste donne al fenomeno dell'IVG; per tale motivo e per le eventuali differenze tra donne italiane e straniere in questo rapporto, come già da alcuni anni, i dati sono stati in alcuni casi analizzati suddividendoli per cittadinanza della donna. Nella figura 4 è riportato il confronto dei

tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2015 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia (-69.2% rispetto al 1982), in Molise (-67.2%), nelle Marche (-66.9%), in Emilia Romagna (-66.7%) e in Umbria (-66.5%).

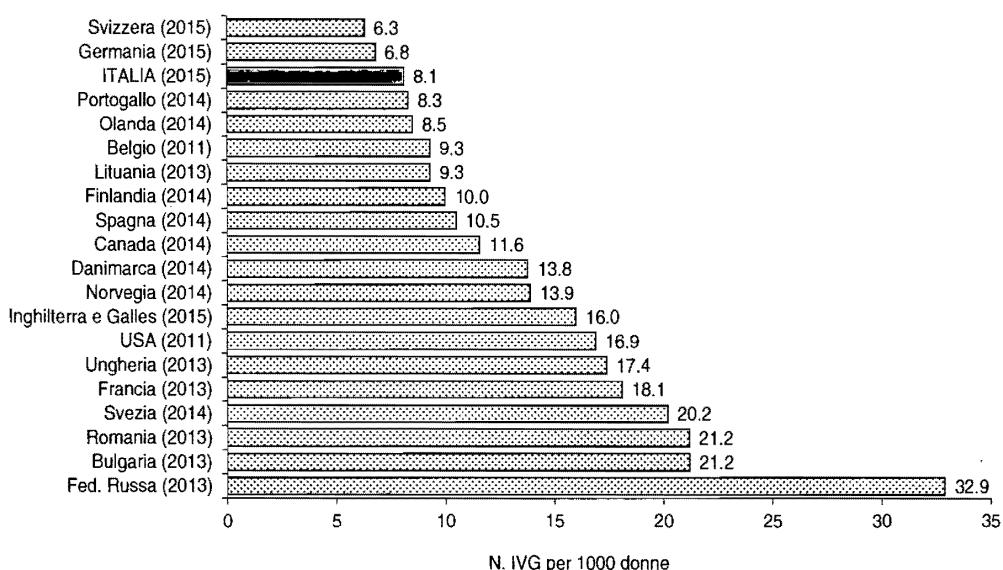
Figura 3 – Tassi di abortività – Italia 2014 e 2015



* Da notare che gli intervalli utilizzati nella classificazione dei tassi possono cambiare negli anni

Figura 4 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2015

Per un confronto internazionale sono riportati in figura 5 il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore ed è risultato 8.1 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

Figura 5 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2011-2015

1.3. Rapporto di abortività

Nel 2015 si sono avute 185.1 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento, pari a 5.7%, rispetto al 2014, anno in cui questo valore è stato pari a 196.2 per 1000 (Tab. 2). È da tener conto che tra questi 2 anni i nati sono diminuiti di 18'666 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2015, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2015

	1983	1991	2014	2015	VARIAZIONE %	
					2015/2014	2015/1983
NORD	484.2	327.1	194.6	182.7	-6.1	-62.3
CENTRO	515.2	356.1	214.0	211.4	-1.2	-59.0
SUD	283.8	253.0	202.6	182.9	-9.7	-35.6
ISOLE	205.3	176.1	159.3	156.3	-1.9	-23.9
ITALIA	381.7	286.9	196.2	185.1	-5.7	-51.5

Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati, entrambe condizionate dall'aumentata presenza delle cittadine straniere in Italia. Nell'interpretazione dei dati bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività regionali.

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

I diversi andamenti, prevalentemente in diminuzione, dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, negli ultimi 15-20 anni si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, donne che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore. Questo spiega almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età sia nelle evoluzioni delle distribuzioni percentuali. È necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli anni. In particolare va evitato l'errore tecnico di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione, in quanto la valutazione della tendenza può essere effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (Fonti: Alan Guttmacher Institute 2014, <https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>; Svizzera: Statistique des Interruptions de grossesse 2015 - Office federal de la statistiques; Spagna: Interrupcion Voluntaria del Embarazo - Datos definitivos correspondientes al año 2014 - Sanidad - Ministerio De Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad; Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrot for 2014 - (Abortregisteret) Folkehelseinstituttet; Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2015 – Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales – National