

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2015

	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
2014	21.7	33.0	41.9	3.4
2015	21.4	33.0	42.3	3.3

Nel 2015 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.6 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore leggermente più basso di quello del 2014 (0.7) e di quello degli anni precedenti, 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 1970 consultori familiari pubblici censiti nel 2015 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 2015 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della Legge 194/78 è avvenuto nel 16.7% dei casi rispetto al 14.7% del 2014, al 13.4% del 2013 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 valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (32.1%), in Piemonte (30.0%), nel Lazio (24.2%), in Toscana (23.1%), in Emilia Romagna (22.5%) e nelle Marche (17.4%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 15.8% al Nord, 21.8% al Centro, 17.3% al Sud e 8.2% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2015 (Tab. 19) mostra che il 46.8% degli interventi è stato effettuato in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 12.9% a 11-12 settimane e il 5.0% dopo la 12esima settimana (nel 2014 questi valori sono risultati essere 45.7%, 13.6% e 4.7% rispettivamente). La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentato negli ultimi anni (41.8% nel 2012 e 43.6% del 2013), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica per effettuare l'IVG, 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: 5.0% nel 2015, 4.7 nel 2014 rispetto a 4.2% nel 2013 e 3.8% nel 2012.

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, 16.4% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 11.7% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2015

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	46.7	41.9	33.1	38.7	13.1	16.4	7.1	3.1
CENTRO	46.2	38.1	35.2	41.5	13.0	17.9	5.6	2.5
SUD	53.9	46.6	32.9	39.2	8.1	12.5	5.1	1.6
ISOLE	42.9	38.8	37.5	41.6	13.2	17.4	6.4	2.1
ITALIA	48.1	41.4	33.9	39.6	11.7	16.4	6.1	2.7

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 complicità 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 2015, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5.3	Marche	5.0
Valle d'Aosta	2.6	Lazio	4.6
Lombardia	5.6	Abruzzo	3.9
Bolzano	8.3	Molise	0.3
Trento	6.4	Campania	3.9
Veneto	6.9	Puglia	4.8
Friuli Venezia Giulia	6.4	Basilicata	5.5
Liguria	4.9	Calabria	5.6
Emilia Romagna	4.6	Sicilia	5.0
Toscana	4.2	Sardegna	7.9
Umbria	3.0		
		ITALIA	5.0

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 12ª settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2015)	87639	8.1	5.0
	(2014)	96578	8.8	4.7
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2014)	15097	13.8	4.3
FINLANDIA	(2013)	10120	10.4	7.0
GERMANIA	(2015)	99237	6.8	2.8
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	185824	16.0	9.0
NORVEGIA	(2014)	14061	13.9	3.9
OLANDA	(2014)	30361	8.5	18.4
REPUBBLICA CECA	(2013)	22714	9.2	3.9
SPAGNA	(2014)	94796	10.5	10.6
SVEZIA	(2014)	36629	20.2	6.7
SVIZZERA	(2015)	10255	6.4	5.0
USA	(2011)	1060000	16.9	11.2

* 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, 62.3% nel 2013, 64.8% nel 2014 e 65.3% nel 2015 (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, 14.6% nel 2013, 13.2% nel 2014 e nel 2015. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza e al Mifepristone+prostaglandine. C'è anche da segnalare che per questa variabile si nota negli ultimi anni un miglioramento della qualità del flusso, con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (solo 0.9% nel 2015 e 2.5% nel 2014).

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, 2015

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	67.0	65.7	21.4	23.0	8.2	8.2	3.4	3.1
CENTRO	64.5	60.8	24.2	25.0	8.4	9.5	2.9	4.6
SUD	68.0	67.4	20.2	20.1	8.3	9.1	3.6	3.4
ISOLE	65.6	61.3	20.1	23.0	9.5	11.2	4.8	4.6
ITALIA	66.6	64.5	21.5	23.2	8.4	8.8	3.5	3.6

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 nel 2015, come negli anni precedenti, in Calabria (24.8% delle IVG), in Umbria (24.3%), in Veneto (23.8%) e in Valle d'Aosta (23.5%).

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 2015 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, 1983-2015

	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
2014	94.2	5.8	0.0
2015	94.3	5.7	0.0

La quasi totalità delle IVG (94.3% nel 2015) 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, 2015

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98.0	98.0	2.0	2.0
CENTRO	97.8	98.5	2.2	1.5
SUD	87.1	91.9	12.9	8.1
ISOLE	93.0	96.5	7.0	3.5
ITALIA	94.4	97.3	5.6	2.7

Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da qualche anno 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). Essendo stata evidenziata la necessità di differenziare fra strutture e stabilimenti (cioè sedi dove si effettuano degli interventi di ostetricia e ginecologia ma non necessariamente con reparti) per il 2014 e 2015 è stato richiesto alle regioni il dato differenziato che è stato riportato in tabella. In totale si tratta nel 2014 di 579 strutture e 654 stabilimenti di cui 390 effettuano l'IVG (59.6%); nel 2015 risultano un totale di 580 strutture e 648 stabilimenti di cui 385 effettuanti IVG (59.4%). Le percentuali degli stabilimenti effettuanti IVG erano 60.0 nel 2013 e 64.0% nel 2012, indicando una diminuzione nel numero e nella percentuale di strutture

che effettuano IVG. Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2015 si va da un minimo del 22.2% nella PA di Bolzano, 25.0% in Molise e 27.1% in Campania a 100% in Valle d'Aosta e 92.3 in Umbria, 87.5 in Toscana e 86.7 in Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2015 permane elevato (69.0%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione: 80.1% nel 2012, 76.6% nel 2013, 73.0% nel 2014. 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 10.1% dei casi (in aumento rispetto al 2.0% del 2012, il 4.5% del 2013 e l'8.0% del 2014) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi nella PA di Bolzano e Molise a 39.6% in Veneto). Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5.7% del 2012 si è arrivati al 12.6% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. È inoltre possibile che ancora alcune Regioni o ASL non abbiano ancora utilizzato per il 2015 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 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 4.5% 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 Clinical Guideline n.7. London: RCOG Press; 2011) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione (come nella gran parte dei casi in Italia) non è necessario il ricorso all'anestesia generale e quella locale è preferibile. 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 qualcosa non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza. Le Regioni dovrebbero promuovere corsi di formazione su tale procedura e la sua diffusione.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2015.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2015

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	69.2	73.4	3.2	3.4	3.9	3.6	7.7	7.5	23.8	19.7
CENTRO	68.0	69.8	11.4	15.2	0.6	0.6	16.5	23.2	20.1	14.4
SUD	83.8	86.0	3.6	6.4	0.7	0.8	6.8	5.7	11.9	6.7
ISOLE	85.6	90.1	0.5	0.2	2.0	0.8	2.0	0.7	11.9	8.9
ITALIA	75.1	75.0	4.5	6.1	2.1	2.5	8.3	10.3	18.3	16.4

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 2015 (Tab. 25), sebbene permane un 9.3% 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, 1983-2015

	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
2014 ^{** a}	9.1	17.8	57.0	16.2
2015 ^{** a}	9.3	17.0	55.6	18.2

* 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 e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 35% dei casi, come negli anni precedenti), a fronte di valori contenuti in diverse altre regioni (meno del 2% in Molise, Basilicata, Puglia e Umbria). 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, 2015

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	11.8	10.7	23.4	24.5	43.4	49.8	3.3	1.8	16.5	12.5	1.7	0.8
CENTRO	7.3	5.8	17.3	25.4	56.3	56.5	0.9	0.7	16.4	10.8	1.7	0.8
SUD	8.0	10.9	9.4	9.7	70.7	73.0	1.1	0.5	9.4	5.3	1.4	0.5
ISOLE	20.0	17.4	11.6	9.4	54.4	63.6	2.1	1.3	8.9	7.3	3.1	0.9
ITALIA	10.7	9.8	16.9	22.3	54.9	54.8	2.0	1.3	13.6	11.0	1.8	0.8

Elaborazioni su dati Istat

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

Dal 2005 alcuni istituti in Italia hanno iniziato l'utilizzo per l'interruzione della gravidanza dell'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine (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 decise 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 chiese la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni inviarono il dato da cui è risultato che questa metodica era 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 era avvenuto nel 2010 in tutte le regioni, tranne Abruzzo e Calabria, e nel 2011 non era 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 2015 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", e "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e prostaglandine e l'utilizzo ormai in tutte le regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2015 di questo metodo:

Anno	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	7855	8114	10257	11134
% sul totale IVG	0.1	0.7	3.3	6.7	7.3	9.7	12.9	15.2
N. Regioni	2	5	18	20	20	20	21	21

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 (40.3% di tutte le IVG nel 2015), Piemonte (32.5%), Emilia Romagna (25.8%) e Toscana (20.1%), come riportato in tabella 25.

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 2015 il 93.5% 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'89.8% delle IVG del 2015 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4.6% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (Tab. 26). Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2015

	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
2014	87.6	5.9	6.6
2015	89.8	4.6	5.6

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

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2014 e 2015 è illustrata nella tabella seguente, mostrando un netto aumento della degenza inferiore a 1 giorno e un calo di quella di un giorno nel sud e una stabilità nelle altre aree.

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2014-2015

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
NORD	88.5	88.8	4.1	4.7	7.4	6.7
CENTRO	95.5	96.0	2.0	1.5	2.5	2.6
SUD	79.0	87.5	13.1	6.3	7.9	6.2
ISOLE	86.7	86.3	5.4	7.4	7.8	6.3
ITALIA	87.6	89.8	5.9	4.6	6.6	5.6

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2015 sono state registrate 7.3 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) e 7.4 per 1000 nel 2014, con un aumento delle emorragie e infezioni ed una diminuzione della voce “altro” rispetto al 2013. Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale.

Dal 2015 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 ancora possibile analizzare i risultati in questa forma. Si raccomanda alle Regioni di procedere alle modifiche necessarie nel più breve tempo possibile.

Nel 2014 sono stati segnalati due decessi avvenuti successivamente a IVG: uno in Campania e uno in Piemonte. Fino ai due eventi registrati nel 2014, dalla entrata in vigore della Legge 194/78, non risultano segnalazioni di decessi collegabili alle IVG.

Nel caso della Campania, dall'informativa della regione emerge che la donna, all'ottava settimana di gravidanza, si era recata in una struttura autorizzata della regione per effettuare una IVG mediante trattamento chirurgico, secondo le procedure previste dalla legge. Come riportato dal referente aziendale del rischio clinico, la donna viene condotta in sala operatoria previa applicazione di prostaglandine, ma “per la insufficiente dilatazione del collo uterino, la procedura non viene completata”. La paziente viene ulteriormente stimolata con prostaglandine e sottoposta “ad ecografia che evidenzia avvenuta IVG ma senza espulsione dell'embrione. La paziente viene invitata ad un ricovero prolungato ma alle ore 19.00 la paziente abbandona spontaneamente il reparto”. Dopo due giorni la paziente ritorna al Pronto Soccorso con dolori addominali e febbre a 39°, viene ricoverata in Ostetricia e Ginecologia, dove viene sottoposta ad esami ematochimici, ecografia pelvica, Rx addome e TAC addome.” La signora viene sottoposta a diversi trattamenti farmacologici e anche ad isterectomia subtotale. Nonostante i trattamenti farmacologici e chirurgici a cui viene sottoposta va incontro a due arresti cardiaci con peggioramento del quadro clinico fino al decesso nelle 24 ore successive al ricovero.

Per quanto riguarda invece il decesso in Piemonte, si tratta di una donna sottoposta a IVG mediante trattamento farmacologico con mifepristone (RU486) e misoprostol.

A seguito del decesso della signora la procura di Torino ha avviato indagini a riguardo, che hanno comportato una consulenza tecnico legale sulle cause di morte. La signora viene ricoverata e trattata con mifepristone secondo protocollo. Dopo qualche ora “esce contro il parere dei sanitari”. Si ricovera nuovamente dopo due giorni e sottoposta a trattamento con prostaglandine secondo protocollo. In attesa dell'espulsione la signora “accusava una improvvisa crisi cardio respiratoria cui seguiva il decesso nonostante le manovre rianimatorie”, in serata.

Sia gli esami istologici che l'esame colturale sul sangue mostrano una infezione da streptococco betaemolitico di gruppo A, con conseguente miocardite, e condizione di shock settico.

“Per venire alla valutazione del caso relativo alla (omissis) ed alla possibile sussistenza di profili di responsabilità in capo ai sanitari che l'hanno avuta in cura, non vi sono dubbi sul fatto che l'interruzione di gravidanza farmacologica è avvenuta secondo il protocollo utilizzato presso l'ospedale (omissis) e che gli esami tossicologici hanno escluso un accidentale sovradosaggio di farmaci o l'assunzione di sostanze esogene che possano avere determinato causalmente il decesso. La comparsa dell'arresto cardio-respiratorio è avvenuta in modo improvviso e non preceduto da sintomi in qualche modo premonitori, come, peraltro, è tipico degli scompensi cardiaci dovuti alla miocardite. Ritengo, in sintesi, che la progressione della

infezione da streptococco beta emolitico e l'interessamento del cuore e del polmone siano stati probabilmente facilitati dall'assunzione di mifepristone, tuttavia si tratta di un evento avverso assai raro ma che, soprattutto, non è in alcun modo prevedibile. Non è quindi possibile ipotizzare profili colposi in capo ai sanitari che hanno avuto in cura la (omissis) presso l'ospedale (omissis)".

OBIEZIONE DI COSCIENZA E OFFERTA DEL SERVIZIO IVG (dati 2014)

1. Andamento generale

Nella presente relazione si riportano i dati relativi all'obiezione di coscienza in riferimento al solo 2014, anno per cui sono disponibili i dati dettagliati delle regioni relativamente ai parametri che consentono un monitoraggio specifico e articolato.

I dati relativi alla numerosità in termini assoluti del numero di obiettori e non obiettori 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 – solo relativamente all'anno 2014 - mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Nel 2014 si conferma la tendenza alla stabilizzazione delle quote di obiettori e non obiettori, dopo un notevole aumento negli anni: 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, al 70.0% nel 2013 e al 70.7% nel 2014.

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, 49.3% nel 2013 e 48.4% nel 2014. Per il personale non medico si è osservata nel 2014 una leggera diminuzione (45.8% nel 2014 rispetto a 46.5% del 2013) dopo l'incremento osservato dal 2005 (38.6%).

Si osservano notevoli variazioni tra regioni, come si evince dalla tabella 28.

È 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).

2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale

In continuità con quanto riportato nella più recente relazione al Parlamento, presentata il 26 ottobre 2015, anche quest'anno 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 anche nelle relazioni al Parlamento presentate nel 2014 e nel 2015.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può 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 di 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. Un ulteriore approfondimento effettuato quest'anno è stata la valutazione anche dell'eventuale numero di non obiettori assegnati a servizi non di IVG, proprio per garantire che l'indicatore scelto fosse aderente alla realtà.

Come condiviso con i rappresentanti di tutte le regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della Legge 194 istituito presso il Ministero della Salute, anche quest'anno è stato 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 2014.

2.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

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

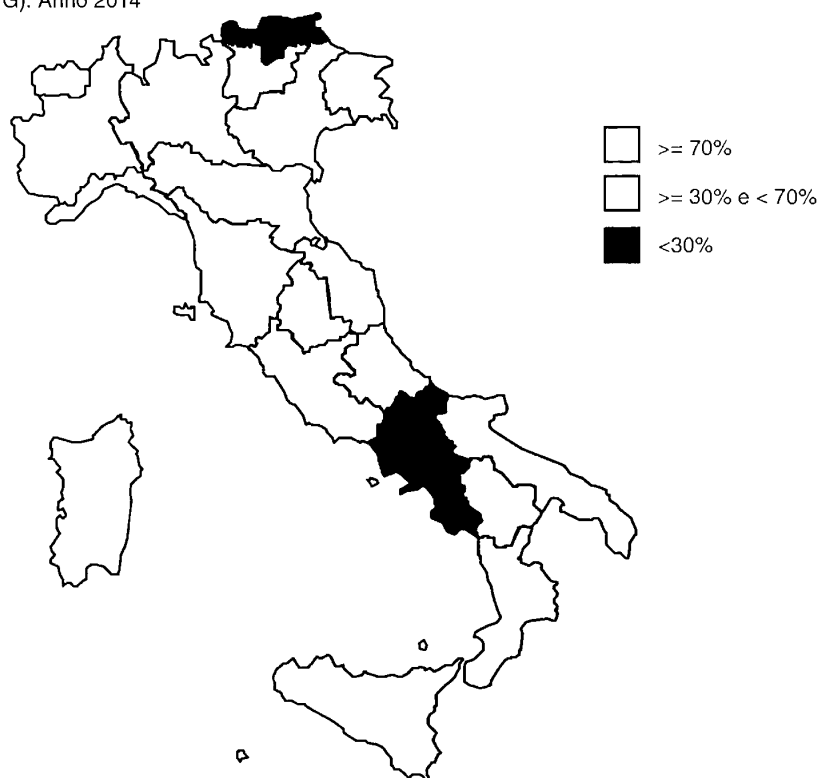
Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'ISTAT emerge che nel 2014 il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominati nei flussi informativi "stabilimenti") a livello nazionale è pari a 654, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 390, cioè il 59,6% del totale (era il 60% nel 2013).

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 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, come evidenziato anche nella figura 9. Per il resto la copertura è più che soddisfacente. Si segnalano alcune variazioni tra il 2013 e il 2014: in Piemonte e in Veneto la copertura è aumentata, si è ridotta invece in Campania e Abruzzo.

Numero di strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (sedi fisiche-stabilimenti) e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2014

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	46	33	71.7%	Marche	14	14	100.0%
Valle d'Aosta	1	1	100.0%	Lazio	52	21	40.4%
Lombardia	99	63	63.6%	Abruzzo	16	9	56.3%
P.A. Bolzano	9	2	22.2%	Molise	4	1	25.0%
P.A. Trento	8	5	62.5%	Campania	85	25	29.4%
Veneto	46	34	73.9%	Puglia	42	22	52.4%
Friuli V. Giulia	15	10	66.7%	Basilicata	6	3	50.0%
Liguria	15	15	100.0%	Calabria	18	11	61.1%
Emilia-Romagna	52	38	73.1%	Sicilia	61	29	47.5%
Toscana	32	28	87.5%	Sardegna	20	14	70.0%
Umbria	13	12	92.3%	Totale	654	390	59.6%

Figura 9 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2014



PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita

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

Delle 654 strutture nazionali censite, 500 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato Cedap 2014), pari al 76,4% del totale (era l'81% l'anno precedente).

I nati vivi in Italia nel 2014 sono stati 492'127 (dato ISTAT riferito a popolazione presente); nello stesso anno le IVG sono state 96'578, con un rapporto di 5.1:1 (l'anno precedente era 4.9:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1 (anche questo come l'anno precedente).

Si conferma, quindi, 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.

Nella Tabella seguente viene riportato il confronto fra punti nascita e punti IVG, non in valore assoluto, ma normalizzati rispetto alla popolazione femminile in età fertile.

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 l'IVG, ce ne sono circa 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.

Tasso dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), Anno 2014

Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni	Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni
Piemonte	3.2	3.6	Marche	4.3	4.3
Valle d'Aosta	3.7	3.7	Lazio	2.8	1.6
Lombardia	3.2	2.9	Abruzzo	4.1	3.1
P.A. Bolzano	5.9	1.7	Molise	4.4	1.5
P.A. Trento	5.1	4.2	Campania	4.8	1.8
Veneto	3.7	3.2	Puglia	3.5	2.4
Friuli Venezia Giulia	4.4	4.0	Basilicata	4.7	2.4
Liguria	3.6	4.8	Calabria	3.3	2.4
Emilia-Romagna	3.1	4.0	Sicilia	4.8	2.5
Toscana	3.2	3.6	Sardegna	4.7	3.8
Umbria	5.8	6.3	Totale	3.7	2.9

(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte Cedap 2014)

Scendendo nel dettaglio, in alcune Regioni c'è un numero maggiore o uguale di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Campania, ogni 4.8 punti nascita ci sono 1.8 punti IVG, e in Sicilia, dove ogni 4.8 punti nascita, ci sono 2.5 punti IVG), comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG. In questi due casi, comunque, si è in presenza di regioni in cui è prevista una riduzione dei punti nascita a seguito di una riorganizzazione: una volta a regime, il rapporto fra punti nascita e IVG sarà più simile a quello delle altre regioni.

È importante ricordare, infatti, che un obiettivo della politica sanitaria italiana, secondo l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, è quello della messa in sicurezza dei punti nascita, che prevede una riorganizzazione degli stessi con la chiusura di quelli in cui si effettuano meno di 500 parti l'anno. L'obiettivo di ridurre i punti nascita è finalizzato a concentrare i parti in strutture più adeguate, con requisiti strutturali, tecnologici e di dotazione di personale in numero adeguato e con più esperienza, in grado così di garantire una maggiore sicurezza dell'evento nascita per una piena tutela della salute della donna e del bambino.

Secondo tale approccio sarebbe opportuno monitorare, per quanto riguarda le IVG, i punti che ne effettuano poche, analogamente a quanto accade per i punti nascita. Tale considerazione vale ancor di più per le IVG tardive, quelle dopo il primo trimestre di gravidanza, casi in cui l'intervento andrebbe eseguito solo nelle strutture con un reparto di terapia intensiva neonatale, considerando la necessità di assistere l'eventuale nato vivo, a seguito di IVG tardiva.

Preso atto che la numerosità delle strutture è più che adeguata alle IVG effettuate in Italia, si approfondisce di seguito il rapporto tra IVG e operatori sanitari non obiettori.

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.

Dai dati relativi al numero di IVG effettuate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva, come mostra la tabella seguente, che il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore non è variato rispetto a quello del 2013, basato sulla rilevazione ad hoc su base regionale avviata dal Ministero, e conferma il dato riportato nella tab.28 (che corrisponde a 1408 ginecologi non obiettori, ciascuno dei quali, delle 96758 IVG globali in 44 settimane lavorative, ne effettua 1.6 a settimana), basato sul dato aggregato regionale del Sistema di Sorveglianza.