

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

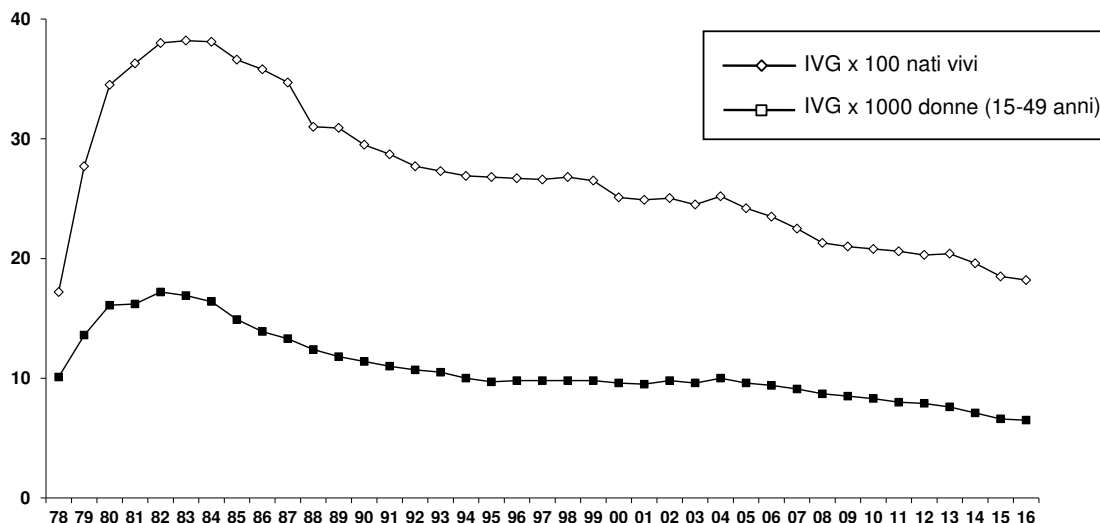
nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2016 sull'attuazione della Legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Quest'anno, per poter arrivare ad avere il dato definitivo relativo a tutto 2016 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a ottobre 2017. Presentiamo inoltre anche i risultati del monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza; dall'inizio del mio mandato questo ambito della legge 194 è oggetto di particolare attenzione e di un monitoraggio estremamente dettagliato e articolato, nel territorio, a livello sub-regionale, che richiede ogni anno una interrogazione ad hoc alle regioni. Quest'anno i dati del carico di IVG settimanali per ciascun ginecologo non obiettore sono stati raccolti e calcolati per ogni singola struttura di ricovero.

Infine, con l'avvicinarsi dei 40 anni dalla approvazione della legge 194, entrata in vigore il 22 maggio 1978, ho chiesto all'Istat di offrire una lettura di questo lungo periodo di applicazione della legge, contestualizzando la raccolta dati contenuta nelle relazioni annuali al Parlamento con i cambiamenti più significativi avvenuti nel Paese, considerando soprattutto le caratteristiche delle generazioni di donne che si sono succedute, seguendone il percorso di vita riproduttiva, che va dai 15 ai 49 anni. Lo studio dell'Istat, allegato alla presente relazione, consente di collocare i dati sulla legalizzazione dell'aborto all'interno delle dinamiche sociali e demografiche italiane degli ultimi quaranta anni e suggerisce chiavi di lettura, ipotesi interpretative e spunti di riflessione.

DATI DEFINITIVI 2016

- Prosegue l'andamento in diminuzione del fenomeno, anche se in entità minore rispetto al 2014 e, in particolare, 2015;
- Nel 2016 il numero di IVG riferito dalle regioni è stato pari a 84'926, con una diminuzione del 3.1% rispetto al 2015, anno in cui la riduzione delle IVG rispetto all'anno precedente è stata sensibilmente maggiore (-9.3%). Per il terzo anno di seguito il numero totale delle IVG è stato inferiore a 100'000, più che dimezzato rispetto ai 234'801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, per la prima volta il valore scende al di sotto di 60'000: la riduzione dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.7%, passando da 234'801 a 59'423 nel 2016.
- 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 6.5 per 1000 nel 2016, rispetto a 6.6 nel 2015, con una riduzione dell'1.7%. 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 2016 è risultato pari a 182.4, con un decremento pari a 1.4% rispetto al 2015, anno in cui questo valore è stato pari a 185.1. E' da considerare che in questi due anni i nati della popolazione presente sul territorio nazionale sono diminuiti di 7.910 unità.

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2016

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

Il ricorso all'IVG nel 2016 è diminuito in tutte le prime fasce di età, mentre è leggermente aumentato nelle donne dai 35 anni in su. I tassi di abortività più elevati restano fra le donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2016 il 46.5% delle donne italiane che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, mentre il 45.9% delle straniere aveva la licenza media. Il 47.4% delle italiane risultava occupata (in aumento rispetto al 2015, quando le occupate erano il 42.9%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 39.2%. Per le italiane la percentuale delle nubili (57.8%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (35.6%), mentre nelle straniere le percentuali sono molto più simili (46.8% le coniugate, 47.3% le nubili). Il 43.9% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli.

IVG di donne straniere

Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG fra le straniere si sono stabilizzate e negli ultimi 3 anni cominciano a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30.0% di tutte le IVG nel 2016 rispetto a 31.1% nel 2015. E' in diminuzione anche il loro tasso di abortività (15.7 per 1000 nel 2015 rispetto a 17.2 per 1000 nel 2014 e 40.7 nel 2003), permanendo comunque una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte (v. par.2.6).

Aborto fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2016 è risultato essere pari a 3.1 per 1000, valore identico a quello del 2015, ma in diminuzione rispetto agli anni precedenti (3.7 nel 2014, 4.4 nel 2012), con livelli più elevati nell'Italia centrale; i 2 596 interventi effettuati da minorenni sono pari al 3.0% di tutte le IVG (erano il 2.9% nel 2015). 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 26.4% (26.9% nel 2014), valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2016 sono 22.1% per le italiane e 37.0% per le straniere (erano 20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi (v. par. 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

La metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2016 (52.2% dei casi). È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2016 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 15.7% dei casi, rispetto al 15.2% del 2015 e al 12.9% del 2014. Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto fra le regioni.

Si riscontra una tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre le 12 settimane di gestazione: 5.3% nel 2016, 5.0% nel 2015, 4.7% nel 2014, rispetto al 3.8% nel 2012. Una percentuale che rimane comunque fra le più basse a livello internazionale. Le donne straniere vi ricorrono per il 2.9%, mentre le italiane per il 6.4%, probabilmente per il minore accesso delle straniere alle analisi prenatali.

Continua la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 17.8% dei casi rispetto al 16.7% dei casi nel 2015, l'11.6% del 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (33.6%), Piemonte (31.9%), Lazio (29.4%), Emilia Romagna (24.0%) e in Toscana (22.6%).

Anche per il 2016 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.9%) 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 66.3% nel 2016, era il 65.3% nel 2015 e il 59.6% nel 2011.

È diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 12.4% nel 2016 rispetto a 13.2% nel 2015 e 2014, e al 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Il 91.4% delle IVG viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'86.5% nella provincia di residenza, corrispondenti ad una bassa mobilità fra le regioni e 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 (anni 2015 e 2016)

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 rilevando i dati sull'obiezione di coscienza sia per il 2015 che per il 2016.

Si è ritenuto opportuno continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati dal 2013 e 2014, i cui risultati sono stati pubblicati nelle precedenti relazioni al Parlamento, e per il terzo parametro, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, si è scesi a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

In particolare, riguardo al **parametro 1 - offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili** - il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, a livello nazionale aggregando il dato comunicato dalle regioni al sistema di sorveglianza IVG, nel 2015 risulta pari a 648 e nel 2016 a 614, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2015 risulta pari a 385, cioè il 59.4% del totale e 371 (60.4% del totale) nel 2016, valore numericamente in diminuzione ma percentualmente in aumento rispetto all'anno precedente.

Nel 2016, il confronto fra il totale delle sedi fisiche di strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione mostra che solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), 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 2015 si conferma la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 18% delle nascite (era il 20% nel 2014), il numero di punti IVG è pari all'82% del numero di punti nascita (era il 74% nel 2014), di molto superiore rispetto a quello che sarebbe se si rispettassero le proporzioni fra IVG e nascite. Per il 2016 non è stato possibile calcolare questo parametro perché al momento in cui questa relazione va in stampa, i dati sui punti nascita effettivamente attivi non sono ancora consolidati.

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), nel 2015 si contano 3.4 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.2:1, cioè ogni 10 strutture in cui si fa IVG ce ne sono poco meno di 12 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 del **parametro 3 - carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore** – sono sostanzialmente stabili, sia per il 2015 che per il 2016. Considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.3 della Valle d'Aosta alle 8.1 del Molise nel 2015 che poi nel 2016 diventa 9.0, con una media nazionale di 1.3 IVG a settimana nel 2015 e 1.6 IVG a settimana nel 2016 (leggermente inferiori o uguali agli anni precedenti: 1.6 nel 2014 e 2013, 1.4 nel 2012).

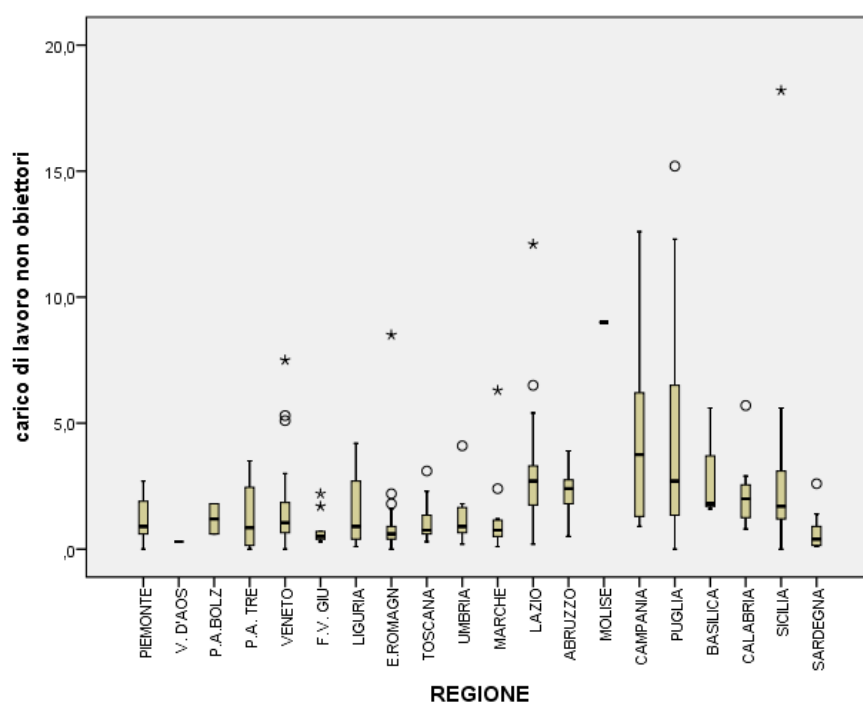
Per quest'anno il terzo parametro è stato valutato a livello di singola struttura ospedaliera, attraverso i dati rilevati con il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute.

Per il 2015, delle 336 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo 3 presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier cioè valori “anomali”).

Per il 2016, delle 356 strutture IVG per le quali le Regioni hanno fornito i dati, solo 5 presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier).

Si auspica che tale analisi di dettaglio per singola struttura venga effettuata dalle amministrazioni locali (regione o Asl/Distretto) per evidenziare eventuali problematiche e garantire un'appropriatezza organizzazione dei servizi.

Come mostra il seguente grafico box plot, la situazione nel 2016 è diversa da regione a regione, ma nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale. Gli outlier, cioè i valori “anomali” che si discostano molto dalla media regionale (indicati come punti isolati nel grafico con * e °), sono molto pochi e presenti solo in alcune regioni.



Dall'evoluzione storica dei dati, relativamente al parametro 3 considerato a livello nazionale, 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, che negli ultimi due anni risultano aumentati in numero assoluto.

Dai dati comunicati dalle regioni è emerso che, a livello nazionale, nel 2015 l'8% dei ginecologi non obiettori, pari a 98 ginecologi, e il 6.6% nel 2016, pari a 69 ginecologi, è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza.

I dati 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 (Puglia e Sicilia) 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 locale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto, anche nelle situazioni di maggiore scostamento dai valori medi, 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.

Consultori familiari

Anche per il 2015 e 2016 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati nel 2015 per l'85% dei consultori (come nel 2014), mentre per il 2016 solo per il 69%. In entrambi gli anni il dato della Campania è pervenuto in maniera parziale. 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, e tende a diminuire (29.7% vs 70.5% nel 2015 e 23.1% vs 70.9% nel 2016).

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).

Quaranta anni

La disponibilità di una serie storica di dati di applicazione della Legge 194/78, che copre quasi un quarantennio, consente di leggere il fenomeno dell'aborto volontario attraverso le generazioni delle donne che in questo arco di tempo lo hanno sperimentato almeno una volta nella loro vita. Si tratta di confrontare donne della stessa età che sono nate e vissute in periodi diversi: per esempio quando parliamo del comportamento delle quindicenni nei confronti dell'IVG, ci si riferisce alle donne che hanno effettuato un aborto volontario a quindici anni, paragonando le quindicenni nate

nel 1965 (primo anno in cui sono disponibili i dati della serie) con quelle nate negli anni successivi, fino al 2001 (ultimo anno in cui sono disponibili i dati della serie). Questo tipo di lettura “longitudinale” (cioè che legge i fenomeni considerandone i parametri caratteristici raccolti in un determinato momento e poi seguendone l’evoluzione nel tempo) è stata effettuata dall’Istat ed è allegata alla presente Relazione. Paragonare, ad esempio, le quindicenni nate in anni diversi significa confrontare generazioni diverse che l’Istat, nel suo Rapporto Annuale del 2016, ha raggruppato ed “etichettato” secondo il contesto storico di appartenenza: la generazione della Ricostruzione (persone nate fra il 1937 e il 1945), quella dell’Impegno (baby boom 1, 1946-1954), dell’Identità (baby boom 2, 1955-1965), della Transizione (1966-1980), del Millennio (1981-1995), delle Reti (1996-2015).

Nell’analisi delle generazioni, come per molti dei dati presentati in questa relazione, sono state estratte le donne con cittadinanza straniera, viste le profonde differenze rispetto alle donne italiane nei livelli di abortività e nei comportamenti riproduttivi.

L’analisi dell’abortività volontaria è corredata dai dati sull’uso e diffusione della contraccezione nel nostro Paese, insieme ai cambiamenti riguardanti matrimonio, convivenze, numero dei partner, autonomia delle donne in ambito economico e nelle scelte riproduttive.

Il quadro risultante è articolato e complesso. Di seguito sono indicate alcune fra le osservazioni principali, non certo esaustive dell’intero studio effettuato:

- l’aborto volontario, dopo una prima fase iniziale, è costantemente diminuito, anche secondo l’analisi generazionale, e non è mai stato un mezzo di controllo delle nascite;
- la separazione sempre più netta fra sessualità e procreazione aumenta il tempo che intercorre fra l’inizio della attività sessuale e la nascita del primo figlio: è questo un periodo in cui le gravidanze sono spesso indesiderate;
- sia per le donne italiane che per le straniere, nelle ultime generazioni sono le ventenni a mostrare un ricorso più elevato all’IVG;
- i tassi di abortività delle giovanissime (tra i 15 e i 20 anni) delle generazioni più recenti mostrano un andamento diverso rispetto a quello di altre fasce d’età: pur restando fra i valori più bassi dei Paesi occidentali, hanno avuto negli ultimi anni prima un aumento, seguito da una stabilizzazione e poi da una diminuzione, quest’ultima meno evidente nelle 15-16enni. Ciò potrebbe essere legato alla tendenza all’aumento nelle giovanissime del numero dei partner, che si ridimensiona con l’età, e all’inizio sempre più precoce dei rapporti sessuali. Al tempo stesso, tuttavia, si osserva in Italia, in questa fascia di età, una minore diffusione della contraccezione ormonale, rispetto ad altri Paesi europei con cui siamo soliti confrontarci (Svezia, Gran Bretagna, Francia), dove a un utilizzo nettamente maggiore della pillola contraccettiva corrisponde tuttavia un altrettanto maggiore tasso di abortività;
- dati recenti sulla contraccezione mostrano tra i giovani (15-24enni di entrambi i sessi) una diffusione sempre maggiore del profilattico, che ha la duplice funzione di minimizzare il rischio di gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili. Rispetto agli altri Paesi europei siamo ancora distanti dalla diffusione più massiccia della pillola contraccettiva, notoriamente più efficace del profilattico. Nonostante ciò fra le giovani italiane si osserva una percentuale bassa di gravidanze e una bassa abortività. Ciò può essere parzialmente spiegato dal fatto che i nostri giovani, rispetto ai paesi Nord Europei, restano più a lungo in famiglia, trovandosi a gestire anni di attività sessuale (non solo in età adolescenziale) continuando a vivere con i propri genitori. Questo fa sì che la frequenza dei rapporti sessuali e il numero dei partner, seppur in aumento rispetto alle generazioni precedenti, siano comunque inferiori rispetto ai coetanei di altri paesi europei;

- Il livello di istruzione è risultato fortemente associato al ricorso all'IVG: donne con titolo di studio più basso presentano valori di abortività più elevati in tutte le generazioni. L'*empowerment* delle donne rappresenta quindi uno strumento efficace per indirizzare le loro scelte riproduttive in maniera più consapevole.

Conclusioni

- ✓ dal 1983 l'IVG è in continua e progressiva diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali;
- ✓ un terzo delle IVG totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e nel 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: per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, sia su base regionale che considerando le singole strutture, pur in presenza di casi che si discostano dalla media, non emergono particolari criticità nei servizi di IVG.

In particolare, si osserva che le IVG vengono effettuate nel 60.4% delle strutture disponibili, con una copertura adeguata, tranne che in Campania e P.A. Bolzano (dati 2016). Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 18% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari all'82% 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 10 strutture in cui si fa una IVG, ce ne sono poco meno di 12 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. Questo stesso parametro, calcolato a livello di singola struttura, mostra che per il 2015, delle 336 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo 3 presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale. Per il 2016, le strutture IVG che hanno riportato il dato sono 356 e sono 5 quelle con carichi di lavoro di molto superiori alla media regionale. Anche in questi casi, si tratta comunque di un carico di IVG per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. Continuano ad essere rilevati i ginecologi non obiettori non assegnati ai servizi IVG - l'8% nel 2015, pari a 98 ginecologi, e il 6.6% nel 2016 pari a 69 ginecologi - 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 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;
- ✓ l'analisi dei quaranta anni di applicazione della legge 194, effettuata dall'Istat, conferma il calo costante dell'abortività in Italia, anche nell'analisi longitudinale delle generazioni. La diminuzione di donne in età fertile e il calo della loro fecondità, i cambiamenti importanti per la nuzialità, la condizione occupazionale delle donne e la loro maggiore autonomia nelle

scelte riproduttive, la separazione netta fra sessualità (sempre più precoce) e genitorialità (sempre più tardiva) che fa aumentare il periodo di tempo in cui si vuole evitare una gravidanza: all'interno di questi fattori, principalmente, è stata collocata la lettura dell'abortività volontaria in Italia, dalla quale emerge che non è mai diventata un mezzo di controllo delle nascite, nonostante gli importanti cambiamenti generazionali avvenuti. Le giovanissime (15-20 anni) delle generazioni più recenti sono l'unico gruppo per cui si è verificato un (lieve) aumento del ricorso all'IVG, fenomeno che sta comunque rientrando e che si presenta a livelli inferiori rispetto a molti Paesi occidentali. Lo stare a lungo in famiglia, in Italia, può rappresentare una sorta di "protezione" da quei comportamenti rischiosi che portano a concepimenti indesiderati;

- ✓ il quadro generale descritto dall'Istat è ricco, articolato e complesso: vogliamo offrirlo alla società italiana tutta, in allegato alla presente Relazione, come autorevole riferimento per le riflessioni che sicuramente si svilupperanno nei prossimi mesi, in occasione della ricorrenza dei quaranta anni di applicazione della legge stessa.

La presente Relazione sarà integralmente tradotta in inglese e resa disponibile alla comunità nazionale e internazionale sul sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Beatrice Lorenzin

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Nella presente relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi al 2016 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/Istat. 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, per poter arrivare ad avere il dato definitivo relativo a tutto 2016 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a ottobre 2017. Grazie all'ottimo lavoro svolto dai professionisti che si occupano di ciò a livello locale, dalle Regioni, dall'Istat e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza dell'ISS non è stato necessario, come negli anni passati, integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Alcuni referenti regionali hanno fatto tuttavia 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/Istat. In particolare si segnala la presenza di un elevato numero di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2016 provenienti dalla Lombardia e dalla Puglia.

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 auspici periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo, sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della Legge 194, sull'andamento

del fenomeno e per la messa a punto e la verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge 194 è molto esplicita a questo proposito. Nell'art. 16 afferma "Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla relazione del Ministro della salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro". Tuttavia, come già indicato in precedenti relazioni, le regioni denunciano la pratica impossibilità di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio dell'anno successivo). L'ISS concorda con tale affermazione, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione e 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 (da marzo 2015 a marzo 2016). Nel corso del progetto sono stati organizzati 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 L.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, nel febbraio del 2016, 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 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.

Infatti, ancora una volta, si ricorda l'importanza in un buon sistema di sorveglianza del ritorno tempestivo dell'informazione a livello locale, aspetto essenziale per il miglioramento della qualità dei dati da parte del territorio e prima attività utile per instaurare azioni di prevenzione e di miglioramento dei servizi. A tal fine si auspica che un numero sempre maggiore di regioni producano dei rapporti sull'IVG e svolgano riunioni con i professionisti coinvolti per discutere i dati prodotti e l'applicazione della Legge 194.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2016

Andamento generale del fenomeno

Per il 2016 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.

A differenza degli anni precedenti non 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).

In totale nel 2016 sono state notificate 84'926 IVG (Tab. 1), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, anche se in misura minore rispetto a quello osservato nel 2015 (-3.1% rispetto al dato del 2015 e un decremento del 63.8% 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 Campania, Lazio, PA di Trento e Valle d'Aosta. La distribuzione per trimestre mostra, come negli anni precedenti, valori più bassi nella seconda parte dell'anno.

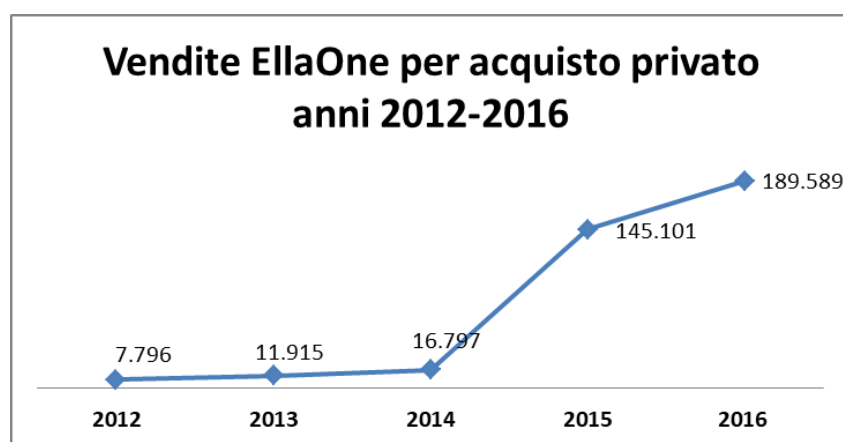
IVG per trimestre nel 2016 e confronti con il 2015

	N. IVG per trimestre (2016)				TOTALE 2016	TOTALE 2015	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	10978	10178	8949	9065	39170	39728	-1.4
Piemonte	1891	1716	1617	1581	6805	6917	-1.6
Valle d'Aosta	47	45	42	40	174	184	-5.4
Lombardia	3996	3678	3177	3260	14111	14304	-1.3
Bolzano	141	146	135	141	563	517	8.9
Trento	197	178	150	159	684	726	-5.8
Veneto	1397	1316	1167	1160	5040	5044	-0.1
Friuli Venezia Giulia	421	357	333	325	1436	1488	-3.5
Liguria	753	697	635	584	2669	2700	-1.1
Emilia Romagna	2135	2045	1693	1815	7688	7848	-2.0
ITALIA CENTRALE	5095	4721	4089	3958	17863	18770	-4.8
Toscana	1700	1553	1382	1275	5910	6100	-3.1
Umbria	346	351	291	315	1303	1365	-4.5
Marche	447	458	353	360	1618	1688	-4.1
Lazio	2602	2359	2063	2008	9032	9617	-6.1
ITALIA MERIDIONALE	5715	5411	4506	4203	19835	20746	-4.4
Abruzzo	458	461	455	420	1794	1866	-3.9
Molise	114	100	79	105	398	356	11.8
Campania	2287	2157	1667	1449	7560	8284	-8.7
Puglia	2167	1996	1682	1616	7461	7574	-1.5
Basilicata	157	143	140	124	564	557	1.3
Calabria	532	554	483	489	2058	2109	-2.4
ITALIA INSULARE	2286	2142	1912	1718	8058	8395	-4.0
Sicilia	1781	1625	1485	1306	6197	6457	-4.0
Sardegna	505	517	427	412	1861	1938	-4.0
ITALIA	24074	22452	19456	18944	84926	87639	-3.1

L'andamento di questi ultimi anni, come già presentato lo scorso anno, 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 maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo".

I dati AIFA delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne), in Figura 2, continuano a mostrare, 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), con un aumento anche nel 2016, ma più contenuto (189'589 confezioni).

Figura 2 – Vendite Ulipristal acetato (ellaOne) per acquisto privato - anni 2012-2016



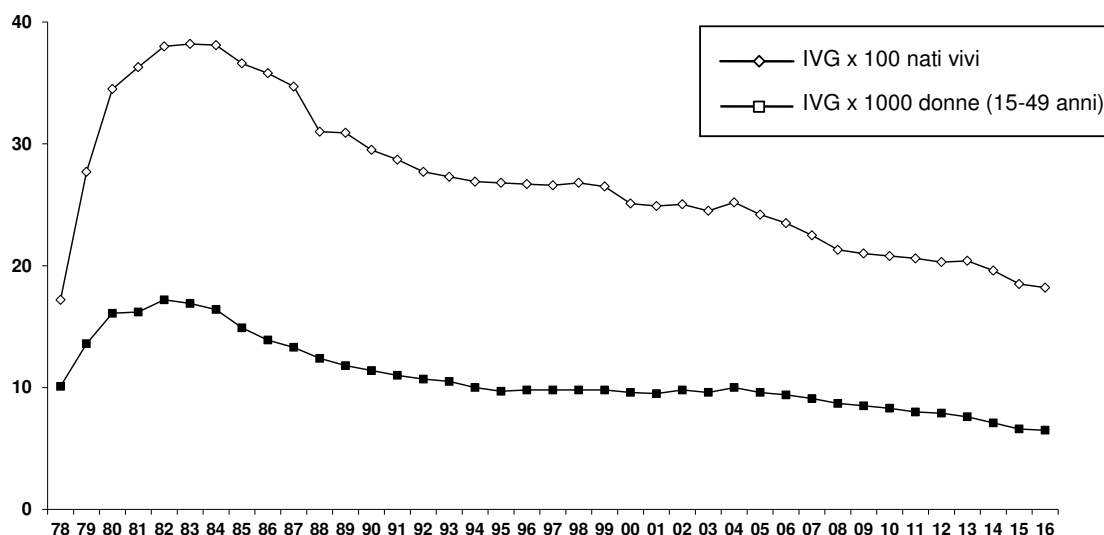
(Fonte dati anni 2012-2015: AIFA; Fonte dati anno 2016: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004)

Si segnala inoltre che, sempre nell'ambito della contraccezione d'emergenza, nel 2016 la determina AIFA del 1 febbraio 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) ha eliminato, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica del Levonorgestrel (Norlevo), noto come "pillola del giorno dopo", che nel 2016 ha registrato un dato di vendita pari a 214'532 confezioni (come rilevato dalla Fonte del Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004), in aumento rispetto al 2015 in cui, la stessa fonte, registrava 161'888 confezioni di Norvelo distribuite.

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 6.5 per 1000 nel 2016, con un decremento dell'1.7% rispetto al 2015 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e con una riduzione del 62.4% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 182.4 per 1000 nel 2016, con una riduzione dell'1.4% rispetto al 2015 e un decremento del 52.0% 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 3.

Figura 3 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2016

Il tasso di abortività si riduce a 6.2 per 1000 nel 2016 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 2956 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 3.1% rispetto al tasso per le residenti calcolato nella stessa maniera nel 2015 (6.4 per 1000). 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 2016 si è registrato un decremento delle IVG del 3.1% rispetto al 2015 (Tab. 4). Circa un terzo degli interventi (30.0%) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni (Tab. 12). Le IVG effettuate nel 2016 da cittadine italiane (59'423, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite dell'1.6% rispetto al 2015 (60'384). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti (sempre sui valori calcolati ridistribuendo i casi in cui non stata riportata la cittadinanza) è risultata maggiore: -6.4%.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2016 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2016

	1983	1991	2014	2015	2016	VARIAZIONE %	
						2016/2015	2016/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	39170	-1.4	-62.8
CENTRO	52423	34178	20259	18770	17863	-4.8	-65.9
SUD	57441	44353	23564	20746	19835	-4.4	-65.5
ISOLE	18682	14344	8829	8395	8058	-4.0	-56.9
ITALIA	233976	160494	96578	87639	84926	-3.1	-63.7

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) nel 2016 si hanno: nell'Italia Settentrionale 39'170 IVG con un decremento del 1.4% rispetto al 2015, nell'Italia Centrale 17863 IVG (-4.8%), nell'Italia Meridionale 19'835 IVG (-4.4%) e nell'Italia Insulare si sono avute 8'058 IVG (-4.0%).

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 avanzate 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).

Nel 2016 l'Istat, in collaborazione con l'ISS, ha messo a punto un nuovo modello di stima con informazioni più aggiornate e più recenti su vari aspetti, ad esempio struttura della popolazione in età fertile, tendenze della fecondità, contraccezione. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è stata considerata anche la contraccezione d'emergenza che proprio negli ultimi due anni (2015 e 2016) è stata oggetto di profonde modifiche nell'utilizzo e nella diffusione, a seguito delle recenti disposizioni dell'AIFA che ne hanno reso possibile l'acquisto senza ricetta medica per le donne maggiorenni. Questo aspetto ha fatto sì che le nuove stime effettuate presentino valori instabili, seppur compresi in un intervallo abbastanza ristretto che va dai 10.000 ai 13.000 casi. Una conferma della bassa entità del fenomeno viene anche dalle analisi condotte sulle complicità associabili a casi sospetti di aborti clandestini e sull'aborto spontaneo (vedi appendice). Sarà cura del Ministero (insieme con l'ISS e l'Istat) replicare la stima per gli anni a venire, affinando ulteriormente il modello con dati sempre più aggiornati e consolidati.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2016 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 6.5 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento dell'1.7% rispetto al 2015, anno in cui il tasso è stato pari a 6.6 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 6.2 per 1000 nel 2016.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2016 è riportato nella tabella seguente.

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2016

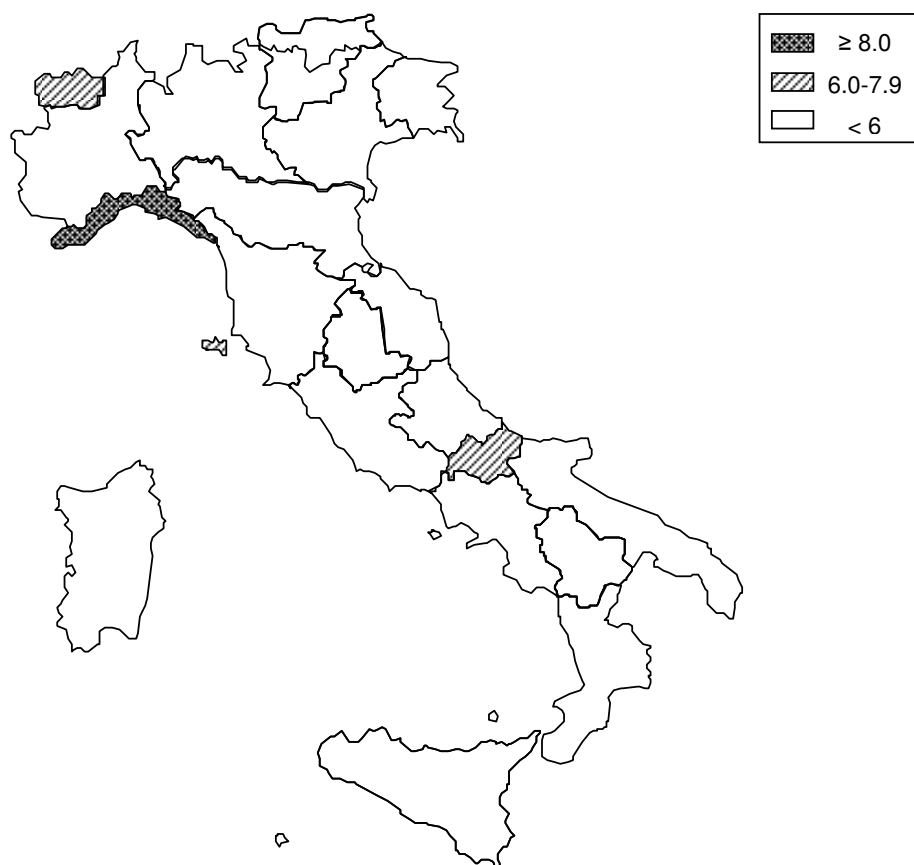
	1983	1991	2014	2015	2016	VARIAZIONE* %	
						2016/2015	2016/1983
NORD	16.8	10.6	7.3	6.7	6.7	0.2	-60.1
CENTRO	19.8	12.4	7.6	7.1	6.9	-3.4	-65.4
SUD	17.3	12.1	7.1	6.4	6.2	-2.8	-64.3
ISOLE	11.7	8.1	5.7	5.5	5.4	-2.4	-54.3

ITALIA	16.9	11.0	7.1	6.6	6.5	-1.7	-61.9
--------	------	------	-----	-----	-----	------	-------

* 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 4 presenta i valori regionali per il 2016. Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna 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.

Figura 4 – Tassi di abortività – Italia 2016



Nella figura 5 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2016 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia (-69.3% rispetto al 1982), nelle Marche (-67.7%), in Umbria (-67.4%), nel Lazio e in Emilia Romagna (-67.1%).