

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica. 2016

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	17.3	25.3	3.4	8.4	1.2	4.0	21.9	37.7
CENTRO	14.9	23.4	2.7	9.0	1.2	5.0	18.7	37.3
SUD	18.3	20.8	5.1	9.6	2.5	6.1	25.9	36.5
ISOLE	13.8	18.2	3.6	6.4	1.4	3.1	18.8	27.7
ITALIA	16.7	23.9	3.7	8.6	1.6	4.5	22.1	37.0

Elaborazioni su dati Istat.

Considerando l'anno 2016 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle regioni del Sud con il 25.9%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Emilia Romagna (30.6%); al Centro, in Toscana (28.6%); al Sud, in Puglia (34.2%). Le differenze regionali possono dipendere in parte dal numero di casi in cui questa variabile non è riportata nel modello D12/Istat (che spesso corrisponde a “zero IVG precedenti”). Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare tutti i campi, anche nel caso di risposta “0” o “nessuno”.

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2016)	73.6	18.7	5.2	2.4	26.3
	(2015)	73.1	19.0	5.3	2.6	26.9
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	62.0	27.7	7.8	3.2	38.0
OLANDA	(2015)	64.6	23.9	7.9	4.4	35.2
SPAGNA	(2015)	62.4	24.8	8.2	4.6	37.5
SVEZIA	(2016)	56.3	n.r.	n.r.	n.r.	43.7
USA	(2013)	55.0	--- 36.2 ---		8.8	45.0

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è un'importante conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (specialmente se si esclude il contributo delle straniere). La spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste dalla legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della legge 194/78). Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/ Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge (art. 5).

Anche per il 2016 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.9%) degli altri servizi (Tab. 16). Le regioni in cui si osservano nel 2016 valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna (68.1%), Piemonte (63.1%), Umbria (60.2%) e PA di Trento (58.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e del personale.

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

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2016

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	48.0	61.5	24.7	16.1	25.5	20.8	1.9	1.6
CENTRO	45.8	51.2	16.8	17.3	27.1	22.8	10.3	8.7
SUD	26.1	37.1	27.4	19.7	43.6	39.5	2.9	3.7
ISOLE	20.4	32.5	21.6	12.9	55.3	52.8	2.7	1.7
ITALIA	38.2	54.5	23.7	16.7	34.4	25.2	3.8	3.7

Elaborazioni su dati Istat

Negli anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, specialmente a partire dalla metà degli anni '90. Prevalentemente questo andamento può essere determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. È confortante che le straniere, che per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile sono spesso nella stessa condizione delle italiane di 35 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2016

	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
2016	21.6	31.7	42.9	3.7

Nel 2016 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.6 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore uguale a quello del 2015 e leggermente più basso 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 1944 consultori familiari pubblici censiti nel 2016 (erano 1970 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 2016 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 17.8% dei casi rispetto al 16.7% del 2015, 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 (33.6%), in Piemonte (31.9%), nel Lazio (29.4%), in Emilia Romagna (24.0%) e in Toscana (22.6%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2016 risulta: 16.8% al Nord, 23.7% al Centro, 18.2% al Sud e 8.5% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2016 (Tab. 19) mostra che il 46.8% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (come lo scorso anno), il 13.1% a 11-12 settimane e il 5.3% dopo la 12esima settimana (valori leggermente superiori a quelli osservati nel 2015). La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentato negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41.8% delle IVG), 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: 5.3% nel 2016, 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, 15.8% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 11.9% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2016

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	47.0	43.0	32.5	37.5	13.5	16.2	7.0	3.4
CENTRO	48.7	41.6	33.2	40.6	12.2	15.4	5.9	2.3
SUD	52.9	41.9	32.4	41.4	9.0	14.6	5.6	2.2
ISOLE	43.6	39.7	36.8	39.9	12.6	17.4	7.0	2.9
ITALIA	48.6	42.4	33.1	38.9	11.9	15.8	6.4	2.9

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 con gli altri servizi. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano nella gran parte dei casi gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2016 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (2.9%) rispetto alle italiane (6.4%), per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetalì e di conseguente ricorso a un'IVG terapeutica. 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 2016, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5.2	Marche	5.3
Valle d'Aosta	6.4	Lazio	4.8
Lombardia	6.1	Abruzzo	4.4
Bolzano	7.3	Molise	1.1
Trento	5.6	Campania	6.0
Veneto	7.3	Puglia	4.6
Friuli Venezia Giulia	5.3	Basilicata	6.1
Liguria	4.2	Calabria	4.5
Emilia Romagna	4.8	Sicilia	5.5
Toscana	4.7	Sardegna	10.1
Umbria	2,0	ITALIA	5.3

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Sardegna, Veneto e nella PA di Bolzano. Alcune regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile: Sardegna (23.2%), Basilicata (18.8%), Umbria (14.6%) e Puglia (10.6%). Si sottolinea ancora una volta l'importanza da parte dei professionisti che operano nelle strutture di riportare tutte le informazioni richieste sui modelli D12/Istat e da parte dei referenti regionali di monitorare che questo avvenga.

Si ricorda che in ogni caso l'analisi si basa su distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare nella gran parte dei casi con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi tali aspetti.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Come negli anni passati, si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un ritardo al ricorso ai servizi, come avviene in generale per le donne di cittadinanza straniera, oppure al peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

La tabella seguente riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2016)	84926	8.0	5.3
	(2015)	87639	8.1	5.0
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2014)	15097	13.8	4.3
FINLANDIA	(2014)	10120	10.0	7.0
GERMANIA	(2016)	98721	6.8	2.9
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	185596	16.0	8.5
NORVEGIA	(2016)	13169	13.0	4.3
OLANDA	(2015)	30803	8.6	18.6
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10.3	4.5
SPAGNA	(2014)	94796	10.5	10.6
SVEZIA	(2016)	38000	20.8	6.4
SVIZZERA	(2016)	10256	6.3	5.0
USA	(2014)	926200	14.6	11.3

* 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, 65.3% nel 2015 e 66.3% nel 2016 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 12.4% nel 2016 rispetto a 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 (paragrafo 3.2) e al Mifepristone+prostaglandine come tecnica di intervento (paragrafo 3.7). 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 0.4% nel 2016 rispetto a 2.5% nel 2014 e 4.2% nel 2010).

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, 2016

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	Straniere
NORD	70.1	65.9	20.0	23.9	7.4	7.8	2.5	2.4
CENTRO	69.5	67.2	19.9	22.6	7.0	7.1	3.6	3.1
SUD	67.0	63.3	19.7	20.5	9.0	10.1	4.3	6.1
ISOLE	67.5	65.5	18.0	20.4	9.5	10.5	5.0	3.6
ITALIA	68.8	65.9	19.7	23.0	8.0	8.0	3.5	3.1

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 2016 in particolare in Valle d'Aosta (41.4% delle IVG), in Umbria (25.8%), in Calabria (21.6%) e in Veneto (21.2%).

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 2016 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, 1983-2016

	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
2011	92.1	7.9	0.0
2013	93.5	7.5	0.0
2014	94.2	5.8	0.0
2015	94.3	5.7	0.0
2016	94.5	5.5	0.0

La quasi totalità delle IVG (94.5% nel 2016) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati, in Puglia, in Sardegna nella PA di Trento, in Campania e nelle Marche è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura, superando il 10%.

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, 2016

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98.2	97.8	1.8	2.2
CENTRO	92.0	93.5	8.0	6.5
SUD	83.5	90.4	16.5	9.6
ISOLE	93.0	97.3	7.0	2.7
ITALIA	92.3	95.7	7.7	4.3

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) dal 2014 è stato richiesto alle regioni il dato differenziato che è stato riportato in tabella. In totale si tratta nel 2016 di 535 strutture e 614 stabilimenti di cui 371 effettuavano l'IVG (60,4% del totale); il numero di strutture nel 2015 risultavano leggermente superiori (un totale di 580 strutture e 648 stabilimenti di cui 385 effettuanti IVG) mentre era leggermente inferiore la proporzione di strutture effettuanti sul totale (59,4%). Negli anni precedenti si era osservata un trend in diminuzione anche di questa percentuale: 59,6% nel 2014, 60,0% nel 2013 e 64,0% nel 2012. Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2016 si va da un minimo di 24,1% in Campania, 25,0% nella PA di Bolzano e 33,3% in Molise a 100% in Valle d'Aosta e Liguria, 96,6% in Toscana, 92,3% in Umbria e 88,2% in Sardegna.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2016 permane elevato (64,5%) 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, 69,0% nel 2015. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 12,8% dei casi (in aumento rispetto al 2,0% del 2012, il 4,5% del 2013, l'8,0% del 2014 e il 10,1% nel 2015) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi nella PA di Bolzano e Molise a 50,2% in Veneto). In generale le regioni del Centro-Nord dichiarano un utilizzo maggiore della sedazione profonda mentre nel Sud e nelle isole è più diffusa l'anestesia generale.

Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5,7% del 2012 si è arrivati al 15,6% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. E' inoltre possibile che ancora alcune regioni o ASL non abbiano ancora utilizzato per il 2016 questa nuova classificazione indicata dall'Istat o non abbiano adattato i propri software di registrazione dei dati. Si raccomanda alle regioni e alle strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 3,9% 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. Ciò 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.

L'ampio uso dell'anestesia generale è ancora più evidente se non si considerano gli interventi effettuati con Mifepristone+prostaglandine, in cui l'anestesia non è necessaria: le

percentuali salgono a 76.6% per l'anestesia generale, 4.7% per l'anestesia locale e 15.1% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2016.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2016

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	68.0	74.4	2.9	3.5	3.7	3.2	20.6	16.4	25.3	18.9
CENTRO	64.4	65.5	9.6	14.6	0.4	0.5	19.1	25.7	25.6	19.4
SUD	83.0	86.2	3.0	5.3	0.7	0.5	5.5	6.1	13.3	8.0
ISOLE	82.9	88.6	0.4	0.4	1.4	1.9	5.9	4.6	15.2	9.1
ITALIA	73.8	74.6	3.8	6.3	1.9	2.1	13.9	16.7	20.5	17.0

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 2016 (Tab. 25), sebbene permane un 11.4% di interventi effettuati con raschiamento, in aumento rispetto al 2015 (9.3%) e tecnica a maggior rischio di complicanze. Questo incremento può essere in parte dovuto al contributo della Lombardia, regione dove questa metodica è abbastanza diffusa e che dopo 3 anni ha nuovamente fornito il dettaglio di questa variabile e ha quindi contribuito al valore nazionale. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2016

	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
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
2016*a	11.4	16.8	52.2	19.6

* 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 30% dei casi, come negli anni precedenti), in Friuli Venezia Giulia (24.0%), in Veneto (18.3%) e in Lombardia (16.7%), a fronte di valori contenuti in

diverse altre regioni (meno del 5% in Molise, Basilicata, Umbria, Marche, Piemonte e Campania). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurne il ricorso.

L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2016

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	12.5	11.1	22.7	23.9	40.5	46.5	1.6	0.9	19.7	16.2	2.9	1.4
CENTRO	8.7	9.5	12.8	16.2	53.5	57.6	0.7	0.5	20.3	13.4	3.9	2.7
SUD	7.6	11.8	6.2	4.3	71.4	76.0	1.5	0.4	11.5	6.6	1.7	0.8
ISOLE	21.1	18.7	19.4	18.8	42.8	52.2	2.8	1.5	10.3	6.8	3.7	2.0
ITALIA	11.4	11.1	15.8	19.3	52.0	53.2	1.6	0.8	16.4	13.9	2.9	1.8

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.

Da ormai più di 10 anni (2005) alcuni istituti in Italia hanno iniziato per l'interruzione della gravidanza l'utilizzo 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 tuttavia 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 edizioni 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'ISS 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 2016 tutte le regioni 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 2016 di questo metodo:

Anno	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	7855	8114	10257	11134	13255

% sul totale IVG	0.1	0.7	3.3	6.7	7.3	9.7	12.9	15.2	15.7
N. Regioni	2	5	18	20	20	20	21	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 (41.7% di tutte le IVG nel 2016), Piemonte (35.8%), Emilia Romagna (28.3%) e Toscana (23.7%), come riportato in tabella 25.

Queste percentuali aumentano se si considerano solo le IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione, con circa un intervento su 2 fatto con tale metodica (53.1%).

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/Istat relativi al 2016, l'85.9% 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).

Dalla raccolta dati ad hoc effettuata nel 2010-11 si era rilevato che, sebbene la gran parte delle regioni e delle strutture avessero adottato come regime di ricovero quello ordinario con l'ospedalizzazione della donna, molte di loro (76%) hanno richiesto la dimissione volontaria dopo la somministrazione di Mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura. Inoltre nel 96.9% dei casi non vi era stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si era presentata nel 5.3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non era stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questo metodo.

3.8 Durata della degenza

Nell'88.9% delle IVG del 2016 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 5.0% 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, 1983-2016

	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

2016	88.9	5.0	6.0
------	------	-----	-----

Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze, con percentuali maggiori di degenze di 2 o più giorni in Piemonte, Valle d'Aosta, Calabria e Sicilia e Puglia.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2015 e 2016 è illustrata nella tabella seguente, mostrando una diminuzione della degenza inferiore a 1 giorno e un aumento di quelle di un giorno o superiori a un giorno, in particolare al Sud, andamento opposto di quello osservato lo scorso anno. Si raccomanda le regioni di valutare questa variabile nel proprio territorio per evidenziare le strutture in cui la degenza è particolarmente alta per capirne le motivazioni.

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2015-2016

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
NORD	88.8	88.2	4.7	5.2	6.7	6.6
CENTRO	96.0	96.1	1.5	1.4	2.6	2.6
SUD	87.5	85.2	6.3	7.9	6.2	6.8
ISOLE	86.3	85.3	7.4	5.4	6.3	9.2
ITALIA	89.8	88.9	4.6	5.0	5.6	6.0

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2016 sono state registrate 6.0 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) valore inferiore a quello del 2015 (7.3 per 1000) e 2014 (7.4), in particolare della voce “altro” (che invece era aumentata in precedenza). Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale. Inoltre nel 2016 è stato segnalato un decesso avvenuto successivamente a IVG in Campania. Il Ministero della Salute ha inviato una commissione di esperti al fine di valutare la sussistenza del nesso causale e il caso è anche sotto esame da parte del Sistema di Sorveglianza della Mortalità Materna, coordinato dall’ISS. Si ricorda che purtroppo l’interruzione volontaria di gravidanza, come tutti gli interventi sanitari e il parto, non è esente da rischio di complicanze, fino al possibile decesso. Naturalmente molto dipende dalle condizioni in cui si verifica la procedura. Generalmente l’IVG effettuata in una struttura sanitaria da personale competente è una procedura sicura con un rischio di mortalità inferiore all’aborto spontaneo e al parto. Nel nostro Paese il numero di donne morte la cui causa è in qualche maniera collegabile all’IVG è molto basso e inferiore a quello indicato in letteratura.

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 stanno ancora aggiornando i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare questa ulteriore informazione in maniera completa per poter procedere ad un’analisi più articolata, a livello nazionale, su tutte le possibili complicanze.

OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2015 e 2016)

1. Andamento generale

Nella presente relazione si riportano i dati relativi all'obiezione di coscienza in riferimento agli anni 2015 e 2016 (in continuità con le precedenti relazioni in cui erano stati riportati i dati fino al 2014), forniti attraverso un monitoraggio ad hoc che integra i dati rilevati dal sistema di sorveglianza IVG.

Infatti, 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.

La tabella 28 – che si allega sia per l'anno 2015 che 2016 - mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. In entrambi gli anni si conferma la tendenza alla stabilizzazione delle quote di ginecologi 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, al 70.7% nel 2014, al 70.5% nel 2015 e al 70.9% nel 2016.

Tra gli anestesiisti 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, 48.4% nel 2014, 47.5% nel 2015 e 48.8% nel 2016. Per il personale non medico si è osservata nel 2015-6 una leggera diminuzione (42.3% nel 2015 e 44.0% nel 2016 rispetto a 45.8% nel 2014 e 46.5% del 2013) dopo l'incremento osservato dal 2005 (38.6%).

Si osservano notevoli variazioni tra regioni, come si evince dalle tabelle 28, sia per l'anno 2015 che 2016.

E' opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, "gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8." Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che "L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento" (art. 9 della Legge 194).

2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale

In continuità con quanto riportato nella precedente relazione al Parlamento, presentata il 7 dicembre 2016, anche quest'anno per monitorare la piena applicazione della Legge 194/78, 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 presenti nel territorio - in numero assoluto e 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, di cui si è dato conto anche nelle relazioni al Parlamento presentate nel 2014, nel 2015 e nel 2016.

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 all'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, riferito alle 44 settimane lavorative annuali. Un ulteriore approfondimento effettuato, a partire dallo scorso anno, è stata la valutazione anche dell'eventuale numero di non obiettori assegnati dalle amministrazioni stesse 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, nuovamente per gli anni 2015 e 2016 è stato concordato di stimare gli stessi parametri anche a livello sub-regionale (ASL/distretto e per il parametro 3 a livello di singola struttura di ricovero), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge il più possibile a livello locale 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 agli anni sia 2015 che 2016.

2.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

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

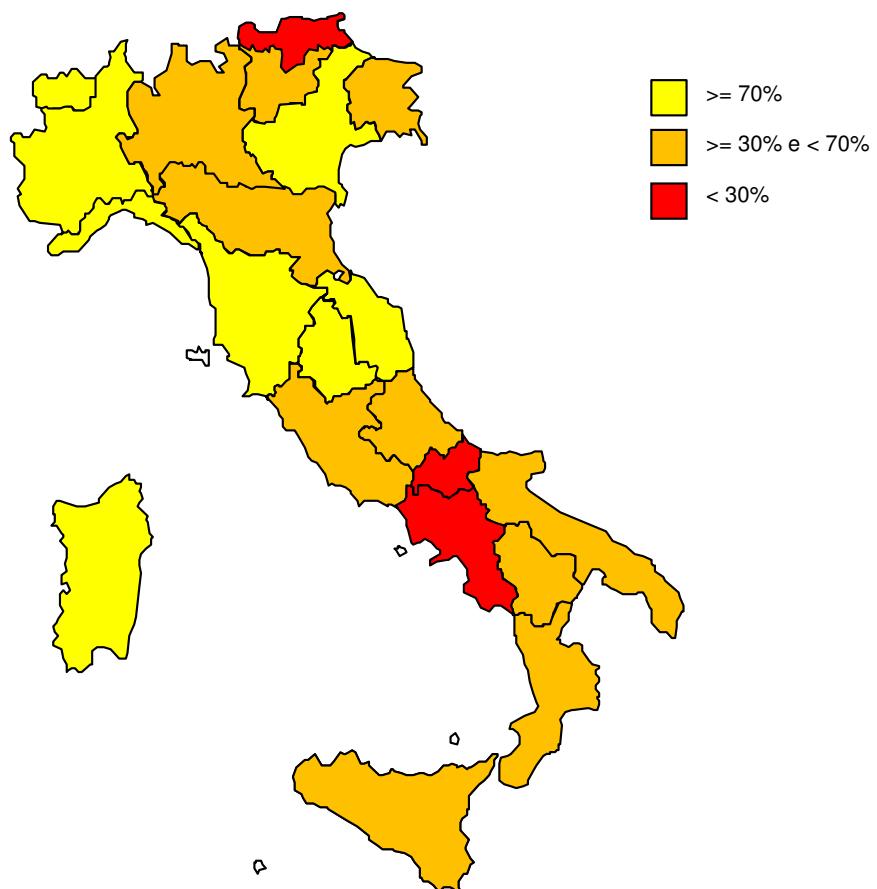
Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'Istat emerge che il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominati nei flussi informativi "stabilimenti") a livello nazionale nel 2015 risulta pari a 648 e nel 2016 è stato pari a 614, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2015 risulta pari a 385, cioè il 59.4% del totale (era il 59.6% nel 2014) mentre nel 2016 il numero di strutture che effettuano IVG è stato pari a 371, cioè il 60.4% del totale. Si è verificato cioè un lieve aumento percentuale di strutture disponibili.

Le tabelle che seguono mostrano il confronto, in valori assoluti, fra il totale degli stabilimenti con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione nell'anno 2015 e nell'anno 2016; i dati 2015 confermano quanto rilevato negli anni precedenti, e cioè 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 10 e 11. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Numero di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2015

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	46	35	76,1%	Marche	16	13	81,3%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	53	19	35,8%
Lombardia	97	63	64,9%	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	23	27,1%
Veneto	44	34	77,3%	Puglia	41	23	56,1%
Friuli V. Giulia	14	9	64,3%	Basilicata	5	3	60,0%
Liguria	15	13	86,7%	Calabria	15	10	66,7%
Emilia-Romagna	54	37	68,5%	Sicilia	60	29	48,3%
Toscana	32	28	87,5%	Sardegna	20	16	80,0%
Umbria	13	12	92,3%	Totale		648	385
							59,4%

Figura 10 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle sedi fisiche strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2015



Nel 2016 i casi con una copertura sotto il 30% sono solo due (P.A. Bolzano e Campania).

Numero di sedi fisiche (stabilimenti) con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2016

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	46	30	65,2%	Marche	17	14	82,4%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	41	20	48,8%
Lombardia	97	62	63,9%	Abruzzo	15	10	66,7%
P.A. Bolzano	8	2	25,0%	Molise	3	1	33,3%
P.A. Trento	8	4	50,0%	Campania	87	21	24,1%
Veneto	40	30	75,0%	Puglia	34	22	64,7%
Friuli V. Giulia	13	9	69,2%	Basilicata	5	4	80,0%
Liguria	13	13	100,0%	Calabria	15	7	46,7%
Emilia-Romagna	54	36	66,7%	Sicilia	58	30	51,7%
Toscana	29	28	96,6%	Sardegna	17	15	88,2%
Umbria	13	12	92,3%	Totale	614	371	60,4%

Figura 11 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2016

