

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 648 strutture nazionali con reparto di ostetricia e ginecologia, censite nel 2015 (614 nel 2016), 450 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato al 1 gennaio 2016 da fonte Cedap rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale), pari al 73.3% del totale (era 76.4% nel 2014).

I nati vivi in Italia nel 2015 sono stati 476'933 (fonte Cedap); nello stesso anno le IVG sono state 87'639, con un rapporto di 5.4:1 (l'anno precedente era 5.1:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1 (come negli anni precedenti).

Si accentua, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 18% rispetto al numero delle nascite, il numero di punti IVG è pari all' 82% di quello dei 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, sia per l'anno 2015 che per il 2016.

A livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), 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 l'IVG, ce ne sono un po' meno di 12 in cui si partorisce. Ci avviciniamo a un rapporto di 1:1 fra punti IVG e punti nascita, nonostante le IVG siano il 18% delle nascite.

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 2015

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	2,9	3,5	Marche	4,3	4,3
Valle d'Aosta	3,7	3,7	Lazio	2,5	1,9
Lombardia	3,1	3,1	Abruzzo	4,1	3,1
P.A. Bolzano	5,1	1,7	Molise	5,9	1,5
P.A. Trento	5,1	4,3	Campania (**)	3,1	1,1
Veneto	3,6	3,1	Puglia	4,6	2,8
Friuli Venezia Giulia	3,8	3,4	Basilicata	3,9	2,4
Liguria	3,6	3,2	Calabria	3,3	2,2
Emilia-Romagna	1,2	1,6	Sicilia	4,7	2,4
Toscana	3,2	3,6	Sardegna	4,7	4,4
Umbria	5,3	6,3	Totale	3,4	2,9

(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte: Ministero della Salute - Cedap 2015 rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale)

(**) dato pervenuto in maniera parziale

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.

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, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Sicilia, dove ogni 4.0 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.

È importante ricordare 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, basato sulla rilevazione ad hoc su base regionale avviata dal Ministero, sia nel 2015 che nel 2016 è variato di poco rispetto a quello rilevato nel 2014; in generale si registra quasi per tutte le regioni una leggera diminuzione (anche in relazione alla riduzione del numero di IVG), unica eccezione in Molise dove il carico di lavoro è raddoppiato (poiché i ginecologi non obiettori sono passati da 2 ad 1), che comunque si attesta a 9 IVG settimanali.

Entrando nel merito dei dati, sia quelli relativi al 2015 che al 2016, a livello aggregato regionale, indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei), 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, dati leggermente inferiori o uguali sia al 2014 che al 2013.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2012-16 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore				
	dato 2012 - rilevazione ad hoc per regione	dato 2013 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2014 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2015 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2016 - rilevazione ad hoc per struttura
Piemonte	1.3	1.7	1.7	1.3	1.3
Valle D'Aosta	0.4	0.6	0.4	0.3	0.3
Lombardia	1.4	1.4	1.7	2,7	n.d.
P.A. Bolzano	1.5	3.5	1.3	1.1	1.2
P.A. Trento	1.2	1.0	0.9	0.8	0.8
Veneto	1.3	1.1	1.5	1.2	1.2
Friuli Venezia Giulia	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6
Liguria	1.4	2.0	1.3	1.2	1.3
Emilia-Romagna	-	1.0	1.0	0.8	0.7
Toscana	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Umbria	0.9	1.1	1.2	1.0	1.1
Marche	0.8	1.0	0.9	0.8	0.8
Lazio	4.2	3.4	3.2	3.8	2.6
Abruzzo	2.8	1.9	3.0	2.4	2.4
Molise	-	4.7	4.7	8.1	9.0
Campania	3.3	3,5 (*)	2.3 (**)	0,0 (**)	1,4 (**)
Puglia	2.4	3.1	3.5	3.0	3.0
Basilicata	2.8	2.0	2.9	2.5	2.5
Calabria	2.2	1.6	2.2	1.9	1.9
Sicilia	0.7	4.0	3.8	2.1	1.7
Sardegna	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6
TOTALE	1.4	1.6	1.6	1.3	1.6

(*) dato calcolato su base aggregata regionale in quanto non pervenuto per ASL

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Si conferma, quindi, quanto già osservato nelle scorse relazioni al Parlamento, relativamente all'applicazione della Legge 194/78: il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Quindi gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale.

Una stima della variazione negli anni del numero medio degli interventi di IVG a carico del personale non obiettore, calcolata sulla base del dato aggregato regionale fornito dal Sistema di sorveglianza IVG dell'ISS, mostra che dal 1983 al 2016 le IVG eseguite mediamente all'anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana) a 57.3 IVG nel 2016 (pari a 1.3 IVG a settimana), come mostra la seguente tabella.

Evoluzione storica dal 1983 al 2016 degli interventi di IVG, del numero di ginecologi non obiettori e del carico di lavoro per IVG a livello nazionale (dato desunto dal dato aggregato regionale fornito dal sistema di sorveglianza IVG)

anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ogni ginecologo non obiettore
1983	233'976	1'607	145.6	3.3
1992	155'266	1'415	109.7	2.5
2001	132'234	1'913	69.1	1.6
2011	111'415	1'507	73.9	1.6
2013	102'760	1'490	69.0	1.6
2014	96'578	1'408	68.6	1.6
2015	87'639	1'480	59.2	1.3
2016	84'926	1'481	57.3	1.3 (*)

(*) La differenza fra la media 1.6 della tabella precedente e 1.3 di questa è dovuta al fatto che quest'ultima è calcolata a partire dal dato aggregato regionale fornito dalle regione all'ISS attraverso il sistema di sorveglianza IVG, mentre 1.6 della tabella precedente è calcolato sui dati forniti dalle regioni sulle singole strutture di ricovero, attraverso il monitoraggio ad hoc, dati che per alcune regioni (Lombardia, Campania) sono mancanti e non completi determinando quindi una base di calcolo differente.

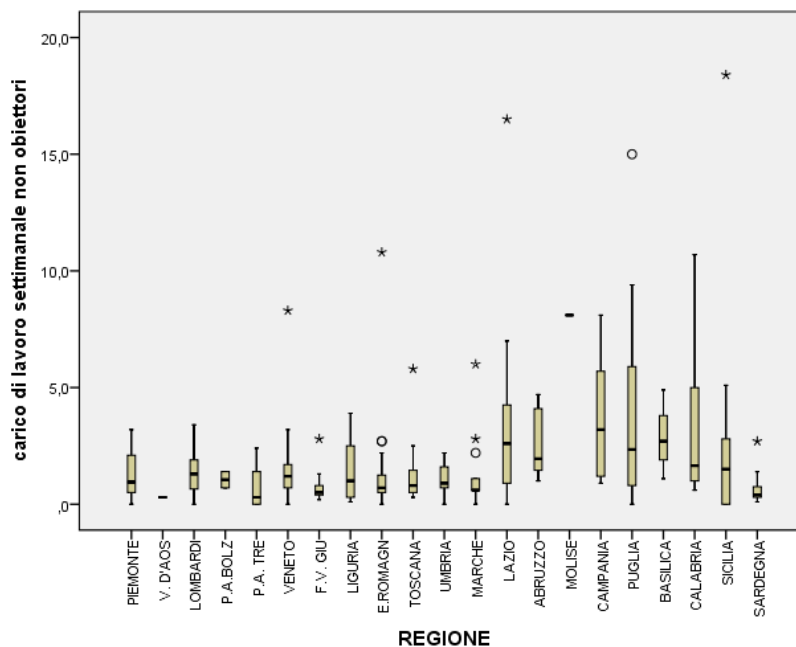
Si nota un aumento in numero assoluto dei ginecologi non obiettori, negli ultimi due anni, e una sostanziale stabilità del numero dei non obiettori nel corso dei quasi 40 anni di applicazione della legge, a fronte di un più che dimezzamento delle IVG. Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza è quindi sempre stato congruo al numero degli interventi di IVG complessivo.

Quest'anno, anche in considerazione della riorganizzazione territoriale delle ASL, il dato relativo al terzo parametro, cioè il carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore, è stato valutato a livello ancora più di dettaglio, rispetto a quanto riportato nella relazione dell'anno precedente, è stato cioè calcolato in riferimento alle singole strutture di ricovero. La situazione, per l'anno 2015 e 2016, è riassunta nei seguenti grafici box plot (figura 12 e 13) e nelle relative tabelle dei dati che mostrano i valori medi e massimi registrati rispettivamente a livello regionale e a livello di singola struttura.

Il grafico box plot, o diagramma a scatola e baffi, è una rappresentazione grafica utilizzata per descrivere la distribuzione di una variabile, simmetrica o asimmetrica che sia, tramite semplici indici di dispersione e di posizione (minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile, massimo). Più le linee e i rettangoli sono lunghi, maggiore è la variabilità.

Come è evidente anche graficamente per quanto riguarda il carico di lavoro settimanale per IVG di ogni ginecologo non obiettore, la situazione è diversa da regione a regione, ma comunque 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 *, per valori con più di 3 differenze interquartili dai valori estremi, e °, per valori da 1.5 a 3 differenze interquartili dai valori estremi), sono molto pochi e presenti solo in alcune regioni.

Figura 12 Grafico box plot del carico di lavoro settimanale medio per IVG per regione per ginecologo non obiettore (valori per singola struttura di ricovero). Anno 2015.

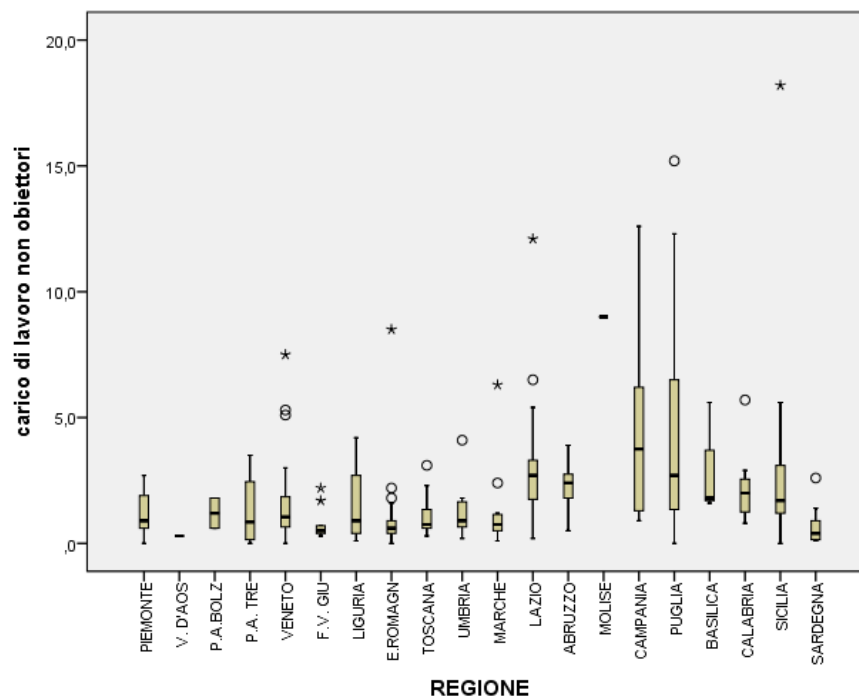


Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2015

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
PIEMONTE	1.3	3.2
V. D'AOSTA	0.3	0.3
LOMBARDIA	1.3	3.4
P.A. BOLZANO	1.0	1.4
P.A. TRENTO	0.8	2.4
VENETO	1.4	8.3
F.V. GIULIA	0.8	2.8
LIGURIA	1.3	3.9
E. ROMAGNA	1.2	10.8
TOSCANA	1.1	5.8
UMBRIA	1.1	2.2
MARCHE	1.3	6.0
LAZIO	3.3	16.5
ABRUZZO	2.6	4.7
MOLISE	8.1	8.1
CAMPANIA (*)	3.5	8.1
PUGLIA	3.6	15.0
BASILICATA	2.9	4.9
CALABRIA	3.3	10.7
SICILIA	2.1	18.4
SARDEGNA	0.7	2.7

(*) dato pervenuto in maniera parziale

Figura 13 Grafico box plot del carico di lavoro settimanale medio per IVG per regione per ginecologo non obiettore (valori per singola struttura di ricovero). Anno 2016.



Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2016

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
PIEMONTE	1.2	2.7
V. D'AOSTA	0.3	0.3
LOMBARDIA	1.2	1.8
P.A. BOLZANO	n.d.	n.d.
P.A. TRENTINO	1.3	3.5
VENETO	1.6	7.5
F.V. GIULIA	0.8	2.3
LIGURIA	1.5	4.2
E. ROMAGNA	1.0	8.5
TOSCANA	1.0	3.1
UMBRIA	1.3	4.1
MARCHE	1.3	6.3
LAZIO	3.2	12.1
ABRUZZO	2.3	3.9
MOLISE	9.0	9.0
CAMPANIA (*)	12.6	4.0
PUGLIA	4.2	15.2
BASILICATA	3.0	5.6
CALABRIA	2.3	5.7
SICILIA	2.8	18.2
SARDEGNA	0.7	2.6

(*) dato pervenuto in maniera parziale

Per il 2015, delle 336 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo tre presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier) e superiori alle 11 IVG settimanali: una in Sicilia, con 18.4 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 2.1); una nel Lazio, con 16.5 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.3) e una in Puglia, con 15.0 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.6). Altre 7 strutture, distribuite in diverse regioni, registrano un carico di lavoro per ginecologo non obiettore tra i 7 e gli 11 interventi IVG settimanali, tutti gli altri valori risultano molto inferiori, prossimi alle medie regionali.

Per il 2016, delle 356 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo cinque presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier) e superiori alle 9 IVG settimanali: una in Sicilia, con 18.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 2.1); due in Puglia, di cui una con un carico di lavoro medio settimanale per i ginecologi non obiettori di 15.2 IVG a settimana e l'altra dove è di 12.3 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.6); una in Campania, con un carico di lavoro settimanale per IVG pari a 12.6; una nel Lazio, con una media 12.1 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.3).

Va notato che anche nei pochi casi di maggiore scostamento dalla media regionale, si tratta di un numero di interventi che non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere altre attività oltre le IVG.

Inoltre si segnala che ben 14 strutture, delle 336 rilevate nel 2015 e 75 strutture, delle 356 rilevate nel 2016, risultano aver effettuato IVG pur non avendo in organico ginecologi non obiettori, dimostrando la capacità organizzativa regionale di assicurare il servizio attraverso una mobilità del personale non obiettore presente in altre strutture, dando applicazione alla legge 194, quando all'art.9 dispone che: "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. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

Al fine di considerare gli operatori in relazione al tempo di lavoro effettivo presso la struttura ed escludere la possibilità di contare più volte uno stesso operatore presente in strutture diverse, anche per l'anno 2015 e 2016, il monitoraggio ha previsto la rilevazione dei ginecologi non obiettori anche in termini di FTE (Full Time Equivalent) dove l'unità di misura FTE corrisponde al numero di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno. Il valore in FTE pari ad 1 equivale ad una persona che lavora a tempo pieno, un lavoratore part-time al 50% corrisponde a 0.5 FTE. Tuttavia, per entrambi gli anni, si conferma che il carico di lavoro settimanale rilevato rispetto al numero di ginecologi non obiettori in termini di unità di personale non risulta sostanzialmente diverso da quello rilevato in termini di FTE, come già rilevato negli anni precedenti.

In continuità con quanto già fatto per il 2014, anche per il 2015 e il 2016, inoltre, sempre per garantire che i valori medi fossero rappresentativi della situazione reale è stato chiesto alle regioni se ci fossero ginecologi non obiettori non assegnati al servizio IVG. Dai dati comunicati dalle regioni è emerso che a livello nazionale l'8% dei ginecologi non obiettori nel 2015, 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. Si tratta di una quota rilevata nel 2015 in 53 strutture di undici regioni: Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna. Nel 2016, invece, la presenza di ginecologi non obiettori assegnati ad altri servizi e non a quello IVG è stato rilevato in 38 strutture di nove regioni: Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna.

Questo approfondimento ha consentito di mettere a fuoco ancora una volta la disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. I dati raccolti per singola struttura ospedaliera suggeriscono che, nella maggior parte delle strutture in cui i non obiettori non sono assegnati ai servizi IVG, la disponibilità di personale non obiettore sembra superiore alle necessità: in altre parole in questi casi il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi parte di questo personale viene assegnato dalle stesse amministrazioni locali ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale adeguatamente rispetto alle richieste senza effettuare trasferimenti permanenti fra le strutture stesse, ma limitati alle giornate dedicate alle IVG). 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.

Va anche ricordato che la concentrazione di alcune prestazioni sanitarie, come ad esempio l'IVG, in alcune strutture potrebbe essere non una difformità non voluta, ma il risultato di una programmazione delle amministrazioni, volta ad accorpate i servizi nel territorio stesso. Un monitoraggio dettagliato come quello proposto nella presente relazione è comunque un supporto fondamentale per verificare effettivamente l'offerta del servizio e i carichi di lavoro dei ginecologi non obiettori che è stato proposto ai referenti regionali per una buona programmazione dei servizi.

Relativamente ai tempi di attesa sulla base dei dati disponibili si vede come in alcune regioni all'aumentare degli obiettori di coscienza diminuiscano i tempi di attesa delle donne, e, viceversa, in altre regioni al diminuire del numero di obiettori aumentino i tempi di attesa, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, quindi non c'è correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che, naturalmente, variano da regione a regione (e probabilmente anche all'interno della stessa regione).

Ricordiamo che, già ad oggi, è possibile per l'organizzazione sanitaria regionale attuare sia forme di mobilità del personale sia forme di reclutamento differenziato.

3. Attività dei consultori familiari per l'IVG

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 non risulta pervenuto il dato della Campania.

Oltre alle informazioni sul numero di ginecologi in servizio, obiettori e non, rilevate sia in valore assoluto che in termini di Full Time Equivalent, è stato richiesto, come gli anni precedenti, anche il numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

La raccolta dati è particolarmente difficoltosa, considerando anche la grande difformità territoriale dell'organizzazione dei consultori stessi, che mutano spesso di numero a causa di accorpamenti e distinzioni fra sedi principali e distaccate, la cui differenziazione spesso non è chiara e risponde a criteri diversi fra le diverse regioni. La raccolta è stata ulteriormente complicata nel 2016 dalla riorganizzazione territoriale effettuata in molte regioni (accorpamenti di ASL o creazione di aziende uniche). Inoltre è emerso che molte sedi di consultorio familiare sono servizi per l'età evolutiva o dedicati agli screening dei tumori femminili pertanto non svolgono attività connesse al servizio IVG. Anche questo ambito di rilevazione conferma la grande variabilità tra le Regioni, in questo caso nel ricorso al consultorio per le attività collegate all'IVG.

Le differenze che si osservano in parte sono dovute al fatto che la rilevazione, anche se migliorata, non ha una copertura completa in tutte le Regioni; è necessario inoltre tenere conto delle diverse modalità organizzative a livello locale, nel rapporto tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri, nella presa in carico della donna che vi si rivolge per una IVG.

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 L.194/78).

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2015

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consultori	n° ginec. (in FTE)	% obiet.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTAL E IVG Anno 2014
Piemonte	145	72%	139.7	11%	5974	4781	2064	6917
Valle d'Aosta	9	60%	1.8	36%	nd	nd	nd	184
Lombardia	241	100%	334.5	38%	10616	9036	9328	14304
P.A. Bolzano	4	10%	6.1	2%	38	17	15	517
P.A. Trento	12	100%	3.5	4%	644	435	290	726
Veneto	102	45%	56.7	34%	4079	2442	980	5044
Friuli Ven. Giulia	24	71%	15.6	5%	4712	1102	1092	1488
Liguria	52	90%	85.0	34%	1396	1261	182	2700
Emilia Romagna	172	60%	117.6	27%	10009	4848	2067	7848
Toscana	159	75%	49.1	25%	4066	2965	1626	6100
Umbria	37	77%	30.1	17%	1038	987	296	1365
Marche	59	82%	15.2	28%	1236	1107	600	1688
Lazio	136	80%	60.5	8%	7684	5010	2123	9617
Abruzzo	41	72%	14.0	16%	477	232	68	1866
Molise	5	83%	8.0	88%	205	35	52	356
Campania (*)	39	25%	36.9	1%	2149	1481	321	8284
Puglia	132	90%	61.2	13%	2712	2288	1281	7574
Basilicata	21	57%	22.0	50%	146	253	200	557
Calabria (*)	2	3%	0.5	0%	11	8	5	2109
Sicilia	183	98%	153.7	46%	2696	2240	1116	6457
Sardegna	56	76%	47.6	29%	509	387	110	1938
TOTALE	1631	69%	1258,2	29%	60397	40915	23816	87639

(*) rilevazione parziale

Si osserva inoltre che l'attività effettuata per quanto riguarda i controlli post IVG è minore rispetto a quella dei colloqui e anche dei certificati rilasciati, segno che è necessario ancora puntare su una migliore integrazione ospedale-territorio. Tuttavia in Lombardia i colloqui post IVG sono maggiori dei certificati rilasciati, un dato che potrebbe indicare che spesso negli ospedali in cui si sono effettuate le IVG è efficace il suggerimento per un colloquio post-IVG in consultorio, più adeguato rispetto alle strutture ospedaliere a effettuare azioni di sostegno e *counselling* personalizzato e costante, nel tempo. La consulenza post-IVG è una buona occasione di promozione per una procreazione responsabile, pertanto sarebbe importante promuoverla e implementarla ulteriormente.

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2016

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consultori	n° ginec. (in FTE)	% obiet.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTAL E IVG Anno 2014
Piemonte	143	71%	144.4	8%	6233	4883	1990	6805
Valle d'Aosta	9	60%	1.8	36%	nd	nd	nd	174
Lombardia	196	100%	nd	nd	9175	7479	7779	14111
P.A. Bolzano	4	10%	6.1	2%	23	12	3	563
P.A. Trento	12	100%	3.5	0%	573	422	269	684
Veneto	104	45%	68.5	27%	4580	2502	878	5040
Friuli Ven. Giulia	25	74%	15.6	5%	2818	599	608	1436
Liguria	49	84%	71.0	42%	1296	1267	168	2669
Emilia Romagna	178	63%	118.6	22%	10344	4645	2159	7688
Toscana	158	77%	45.3	24%	4014	3133	1733	5910
Umbria	36	77%	31.2	11%	1055	944	365	1303
Marche	40	56%	17.7	25%	1170	1069	649	1618
Lazio	132	78%	60.1	9%	7675	4818	2191	9032
Abruzzo	42	74%	16.8	19%	664	315	104	1794
Molise	6	100%	8.0	88%	244	47	63	398
Campania (*)	13	8%	5.2	3%	502	341	158	7560
Puglia	130	89%	61.2	14%	2871	2317	1189	7461
Basilicata	21	57%	22.0	32%	211	325	284	564
Calabria	57	83%	85.0	1%	920	893	363	2058
Sicilia	181	97%	140.8	50%	2860	1966	1005	6197
Sardegna	58	78%	44.8	31%	398	316	108	1861
TOTALE	1581	69%	967.4	23%	57626	38293	22066	84926

(*) rilevazione parziale

TABELLE 2016

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2015 - 2016
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2003 - 2016
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 23bis - Strutture/stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale 2015 e 2016
- Tabella 29 - Valori, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività

APPENDICE



STIMA ABORTI CLANDESTINI

Su richiesta del Ministero della Salute e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istat ha provveduto ad effettuare una stima delle interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) clandestine tramite l'analisi di diverse metodologie e loro applicazione (laddove possibile e pertinente alla realtà italiana).

Queste sono state le tecniche analizzate:

1. Metodo delle nascite evitate
2. Analisi dell'abortività spontanea
3. Utilizzo delle Schede di dimissione ospedaliera

1. METODO DELLE NASCITE EVITATE

Obiettivo:

Determinare l'ammontare delle nascite attese applicando alla popolazione femminile italiana dei tassi di fecondità naturale. Da questo ammontare teorico vanno sottratte le nascite "evitate" dovute essenzialmente ai seguenti fattori (di seguito descritti nel dettaglio):

- sterilità
- infertilità
- allattamento
- attività sessuale
- utilizzo di contraccettivi
- aborti spontanei
- interruzioni volontarie di gravidanza

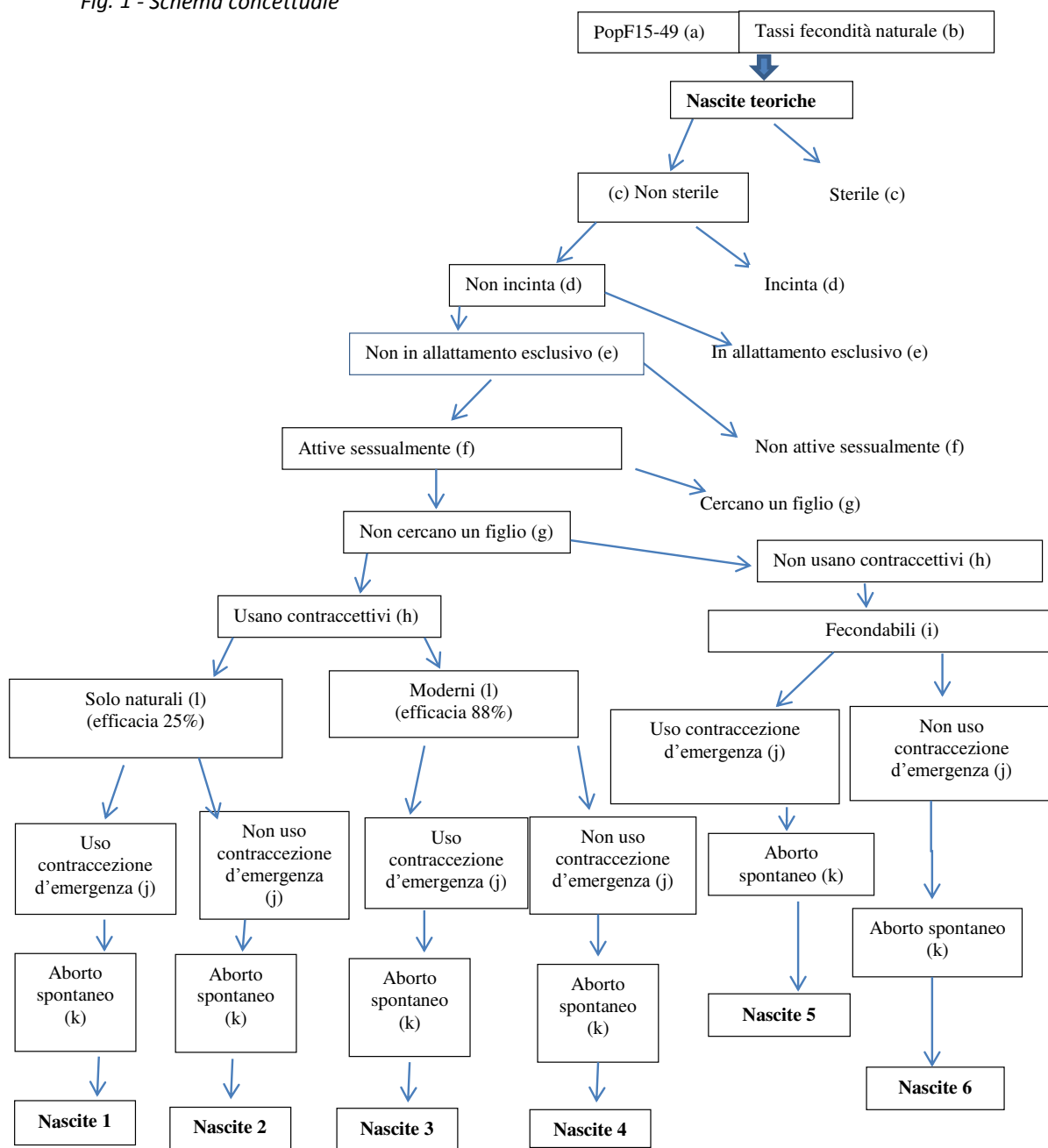
L'eventuale differenza positiva tra il numero di nascite attese e il numero di nascite registrate fornisce un'indicazione sulle nascite "mancate" dovute ad un ricorso clandestino dell'IVG.

Metodi

È stato ripreso lo schema concettuale utilizzato dall'ISS [1] al quale sono stati applicati i necessari aggiornamenti dovuti essenzialmente a due fattori: 1) cambiamenti comportamentali delle donne in ambito di salute riproduttiva; 2) disponibilità di dati più completi e più recenti.

La Figura 1 e le relative note esplicative mostrano i passaggi concettuali (e anche operativi) effettuati per il calcolo delle nascite attese. Sono stati utilizzati dati di tre anni: 2014, 2015 e 2106. Laddove possibile sono state distinte le classi di età: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49.

Fig. 1 - Schema concettuale



$$\text{Nascite attese} = \sum_{i=1,6} \text{Nascite}_i$$

$$\text{IVG clandestine} = \text{Nascite attese} - \text{Nascite registrate} - \text{IVG registrate}$$

Note:

- (a) Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. E' stata calcolata la popolazione femminile media di 15-49 anni [2].
- (b) Si riferiscono a popolazioni che non operano un controllo deliberato della fecondità [3].
- (c) Una quota di donne risulta fisiologicamente sterile [4,5,6,7] e va eliminata dal contingente. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (d) Le donne incinte nell'anno t vanno eliminate dal contingente. Queste hanno presumibilmente partorito tra settembre dello stesso anno t e agosto dell'anno t+1. Sono stati quindi presi i dati mensili sulle nascite dall'indagine Bilancio mensile [2]. Mancando l'informazione sull'età, i totali sono stati distribuiti secondo i pesi percentuali delle classi di età dell'indagine Iscritti in anagrafe per nascita [2].
- (e) Una quota di donne che allattano nell'anno t va eliminata dal contingente, poiché l'allattamento esclusivo al seno induce sterilità [8]. Sono stati utilizzati i dati sull'allattamento al seno dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013 [9]. Le donne che potrebbero essere in allattamento nell'anno t sono quelle che hanno partorito durante l'anno t, più quelle che hanno partorito tra settembre e dicembre dell'anno t-1 (considerando 4 mesi di durata media). Poiché le nascite dei mesi settembre-dicembre dell'anno t sono state già eliminate con le donne incinte (punto d), si considerano le nascite del periodo tra settembre t-1 e agosto dell'anno t.
- (f) Le donne che dichiarano di non aver avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi vanno eliminate dal contingente [10,11,12]. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (g) Le donne che cercano un figlio vanno eliminate dal contingente. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine sulla Salute 2012-2013.
- (h) Il contingente si divide in base all'utilizzo o meno di contraccettivi [12,13,14,15]. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (i) Non tutte le donne che hanno rapporti sessuali non protetti per 12 mesi riescono ad avere una gravidanza: viene quindi applicato un indice di fecondabilità [6,16,17]. Una coppia che dopo un anno di rapporti regolari e non protetti non riesce a concepire è in genere considerata infertile [7].
- (j) I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013 che non si riferiscono agli ultimi 12 mesi, bensì nell'arco di tutta la vita (*ever use*). Sono stati quindi aggiustati analizzando vari studi internazionali [18,19,20]. Sono stati utilizzati i dati forniti dall'AIFA e dal Ministero della Salute sulle vendite della pillola del giorno dopo Norlevo e della pillola dei cinque giorni dopo EllaOne per gli anni 2014-2016. [21,22].
- (k) Non tutte le gravidanze iniziate giungono a termine. Circa il 15-20% delle gravidanze clinicamente evidenti esita in aborto spontaneo e la percentuale è maggiore (anche fino al 40%) se si considerano tutte le gravidanze, anche quelle non diagnosticate [23,24,25,26].
- (l) I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine sulla Salute 2012-2013 [10,11,26].

Riferimenti bibliografici:

- [1] ISS (1983), *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - 1983*, ISTISAN 85/5.
- [2] <http://demo.istat.it/>
- [3] The American College of Obstetrician&Gynecologists (2014), Female Age-Related Fertility Decline, Committee Opinion, 589/2014, March. Fig.1 Pag.2.
<https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co589.pdf?dmc=1&ts=20171016T1317384400>
- [4] Leridon H. (2008) "A new estimate of permanent sterility by age: Sterility defined as the inability to conceive", *Population Studies*, 62(1), 15-24.
<http://www.tandfonline.com/toc/rpst20/62/1?nav=toCList#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5ib20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDgwLzAwMzI0NzIwNzAxODA0MjA3QEBAMQ==>