



Ministero della Salute

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA
(LEGGE 194/78)

DATI DEFINITIVI 2018

Indice

PRESENTAZIONE	1
SISTEMA DI RACCOLTA DATI	11
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2018	14
Andamento generale del fenomeno	14
1.1 Valori assoluti	18
1.2 Tasso di abortività	19
1.3 Rapporto di abortività	22
Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	23
2.1 Classi di età	23
2.2 Stato civile	27
2.3 Titolo di studio	28
2.4 Occupazione	29
2.5 Residenza	30
2.6 Cittadinanza	31
2.7 Anamnesi ostetrica	34
2.7.1 Numero di nati vivi	34
2.7.2 Aborti spontanei precedenti	36
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	37
Modalità di svolgimento dell'IVG	39
3.1 Documentazione e certificazione	39
3.2 Urgenza	41
3.3 Epoca gestazionale	41
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento	44
3.5 Luogo dell'intervento	45
3.6 Tipo di anestesia impiegata	46
3.7 Tipo di intervento	47
3.8 Durata della degenza	49
3.9 Complicanze immediate dell'IVG	50
OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2018)	52
1. Andamento generale	52
2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale	53
PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili	53
PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita	55
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 obietttore	56
3. Attività dei consultori familiari per l'IVG	58
TABELLE 2018	60

PRESENTAZIONE

Nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2018 sull'attuazione della Legge 194 del 22 maggio 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

I dati presentati vengono raccolti grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), che è attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome. 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, poi raccolti e trasmessi dalle Regioni.

In tutti questi anni, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la presente Relazione annuale al Parlamento, dare risposte a quesiti specifici ed indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno consentito l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute, per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento e per valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione realizzati. Per tale motivo è stato inserito tra i sistemi di sorveglianza a rilevanza nazionale previsti dal DPCM del 3 marzo 2017 (GU 109 del 12/05/2017).

A partire dall'anno 2018, il monitoraggio e le modalità di acquisizione da parte dell'Istat dei dati delle indagini sulla salute riproduttiva, inclusa anche l'indagine sulle IVG, sono variate: l'Istat ha infatti predisposto un'unica piattaforma web tramite la quale vengono raccolte le informazioni e svolte le varie attività. Da parte delle Regioni, delle Asl e delle strutture è ora possibile registrare o caricare i dati, aggiornare la lista delle strutture e le relative informazioni anagrafiche, effettuare monitoraggi dei dati caricati, attraverso una piattaforma web centralizzata. Il passaggio della modalità di rilevazione dei dati su questa piattaforma sta avvenendo in maniera graduale e anche il 2019 è stato un anno di transizione. Per questo motivo, per ottenere il dato definitivo relativo al 2018 è stato necessario prorogare ulteriormente la raccolta dati e il loro controllo fino al mese di dicembre 2019.

I dati rilevati dai modelli D12 dell'Istat sono anche confrontati con quelli del flusso informativo delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO). Grazie al miglioramento della raccolta dati negli anni, è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di Sorveglianza delle IVG, basato sui modelli D12/Istat, con i dati provenienti dalle SDO, per un numero molto esiguo di casi (322), confermando la qualità della rilevazione del Sistema di Sorveglianza.

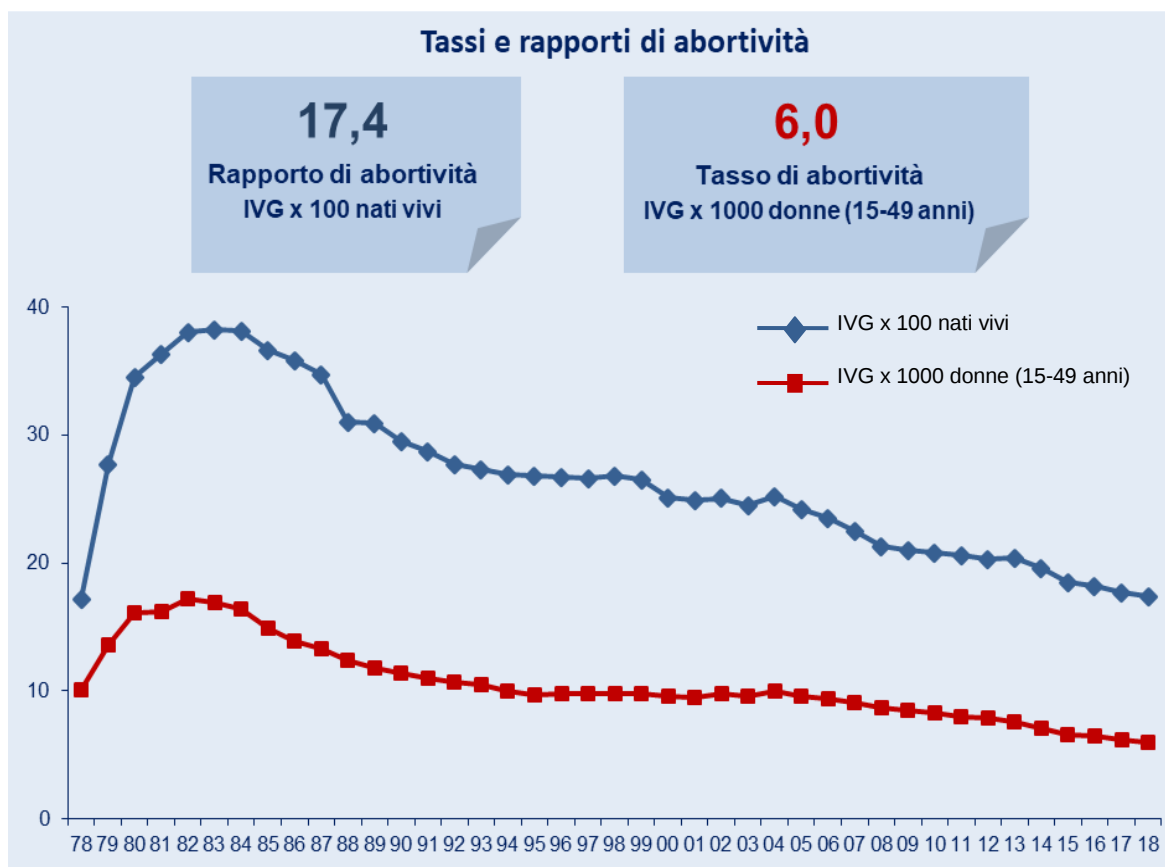
Il nostro Paese dispone e pubblica dati su questo fenomeno in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi Europei.

DATI DEFINITIVI 2018

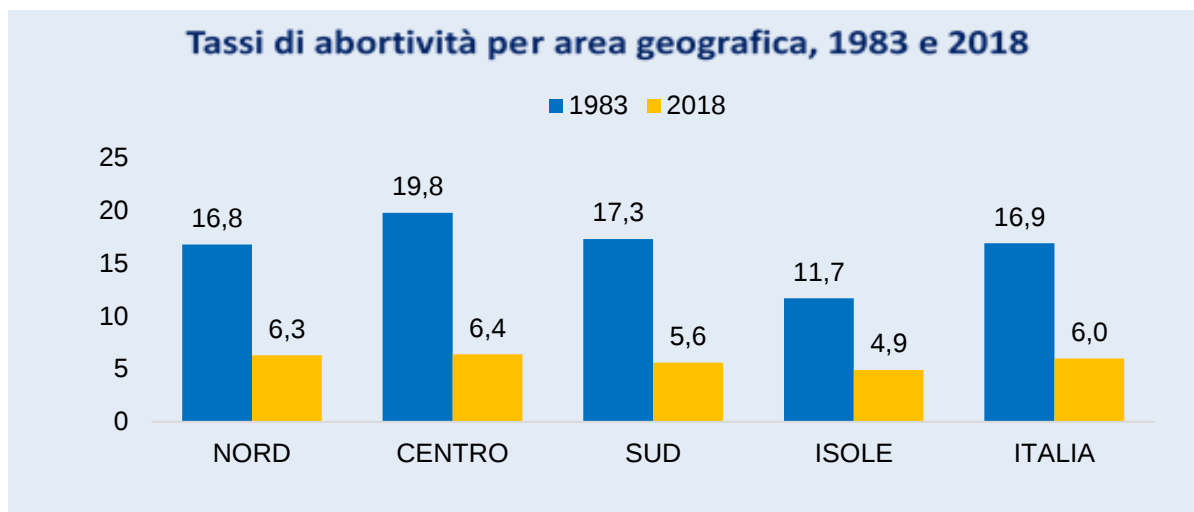
- In totale nel 2018 sono state notificate 76.328 IVG, confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-5,5% rispetto al 2017) a partire dal 1983. Questo è il quinto anno in cui è stato notificato un totale di IVG inferiore a 100mila casi; il numero delle IVG è più che dimezzato rispetto ai 234.801 casi del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.
- Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più

accurato per una corretta tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 6,0 per 1.000 nel 2018, con una riduzione del 4,0% rispetto al 2017 e del 65,1% rispetto al 1982. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (paragrafo 1.2).

- Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 173,8 IVG per 1000 nati vivi nel 2018 (17,4 per 100 nati vivi), con un decremento dell'1,9% rispetto al 2017 e del 54,3% rispetto al 1982. La lettura dei dati relativi al rapporto di abortività nel tempo deve tener conto del persistente calo della natalità in Italia. In particolare, dal 2017 al 2018 i nati della popolazione presente sul territorio nazionale sono diminuiti di 16.698 unità.

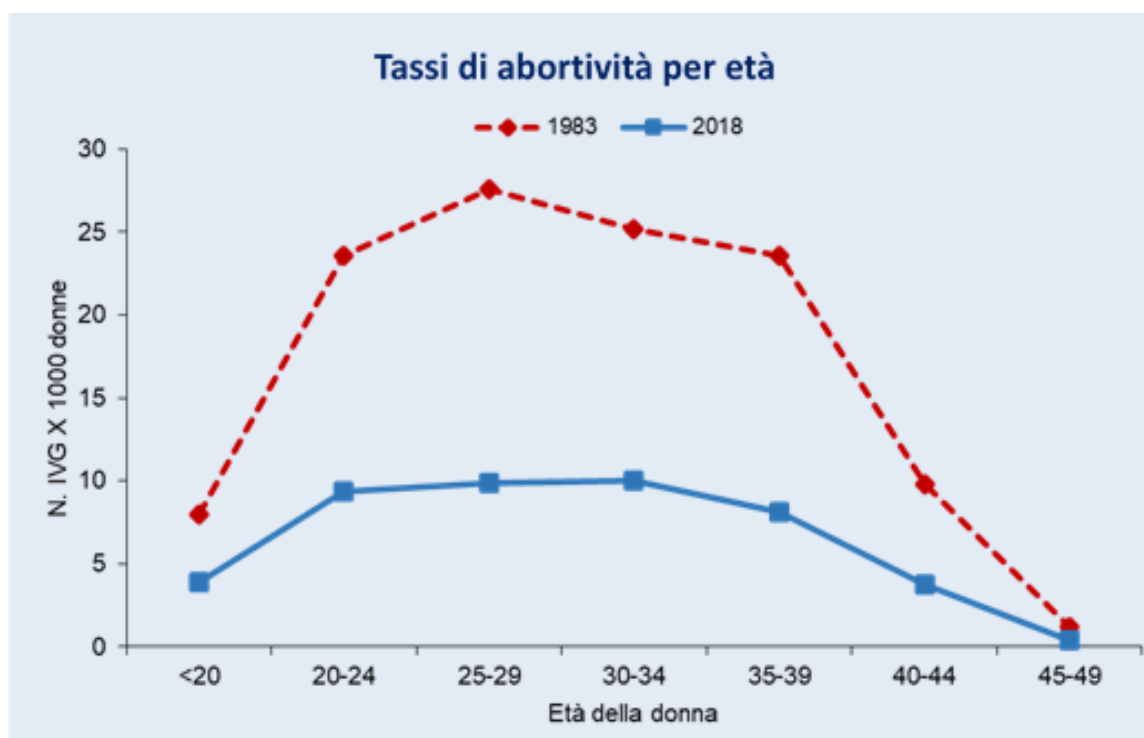


- L'IVG è diminuita in tutte le aree geografiche; diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Umbria, Molise, Sardegna, Puglia, PA di Trento e Valle D'Aosta, mentre Marche, Friuli Venezia Giulia e PA di Bolzano mostrano un lieve aumento di interventi e di tassi di abortività.



Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

Il ricorso all'IVG nel 2018 è diminuito in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime, e 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 2018 il 47,5% delle donne italiane che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, mentre il 44,7% delle straniere aveva la licenza media. Il 48,6% delle italiane risultava occupata (in aumento rispetto al 2017, quando le occupate erano il 46,9%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 38,2%, dato anche questo in aumento rispetto all'anno precedente. Per le italiane la percentuale delle nubili (61,3%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (32,4%), mentre per le straniere le percentuali nei due gruppi sono molto più simili (47,5% le coniugate, 47,3% le nubili). Il 45,3% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli.



IVG di donne straniere

Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Se nel 2018 rappresentano il 30,3% di tutte le IVG, valore identico a quello del 2017 ma inferiore al 33,0% del 2014, il tasso di abortività delle donne straniere continua a diminuire con un andamento costante (14,1 per 1000 nel 2017 rispetto a 15,5 nel 2016, 15,7 nel 2015 e 17,2 nel 2014). Le cittadine straniere permangono, 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 (paragrafo 2.6).

Aborto fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2018 è risultato essere pari a 2,4 per 1000, valore inferiore a quello del 2017, confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (4,8 nel 2005, 4,4 nel 2012, 2,7 nel 2017), con livelli più elevati nell'Italia centrale.

I 2.001 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2,6% di tutte le IVG (erano il 2,8% nel 2017). 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 (paragrafo 2.1).

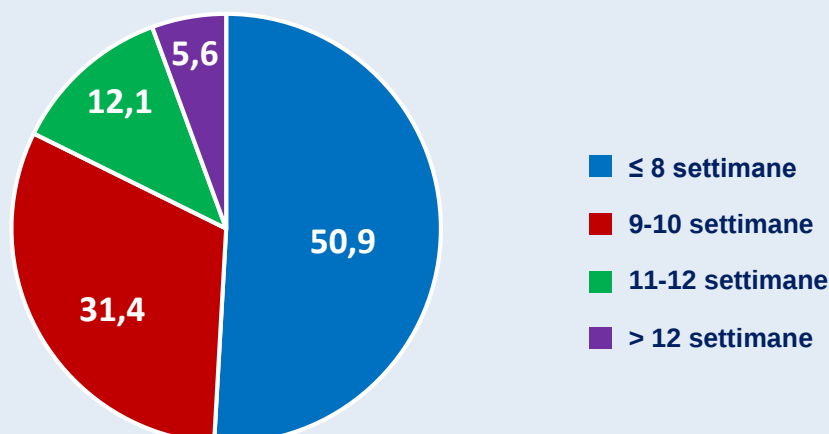
Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata nel 2018 pari al 25,5% (25,7% nel 2017). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2018 sono 21,4% per le italiane e 34,8% per le straniere (erano 21,3% e 36,0% rispettivamente, nel 2017), confermando il maggior ricorso all'IVG tra le cittadine straniere. In totale la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi (paragrafo 2.7.3).

Epoca gestazionale e modalità di svolgimento dell'IVG

Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 50,9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 48,9% del 2017 e al 41,8% del 2012), il 12,1% a 11-12 settimane e il 5,6% dopo la 12esima settimana. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5,6% nel 2018 e 2017, rispetto a 5,0% nel 2015 e 3,8% nel 2012.

Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale - 2018

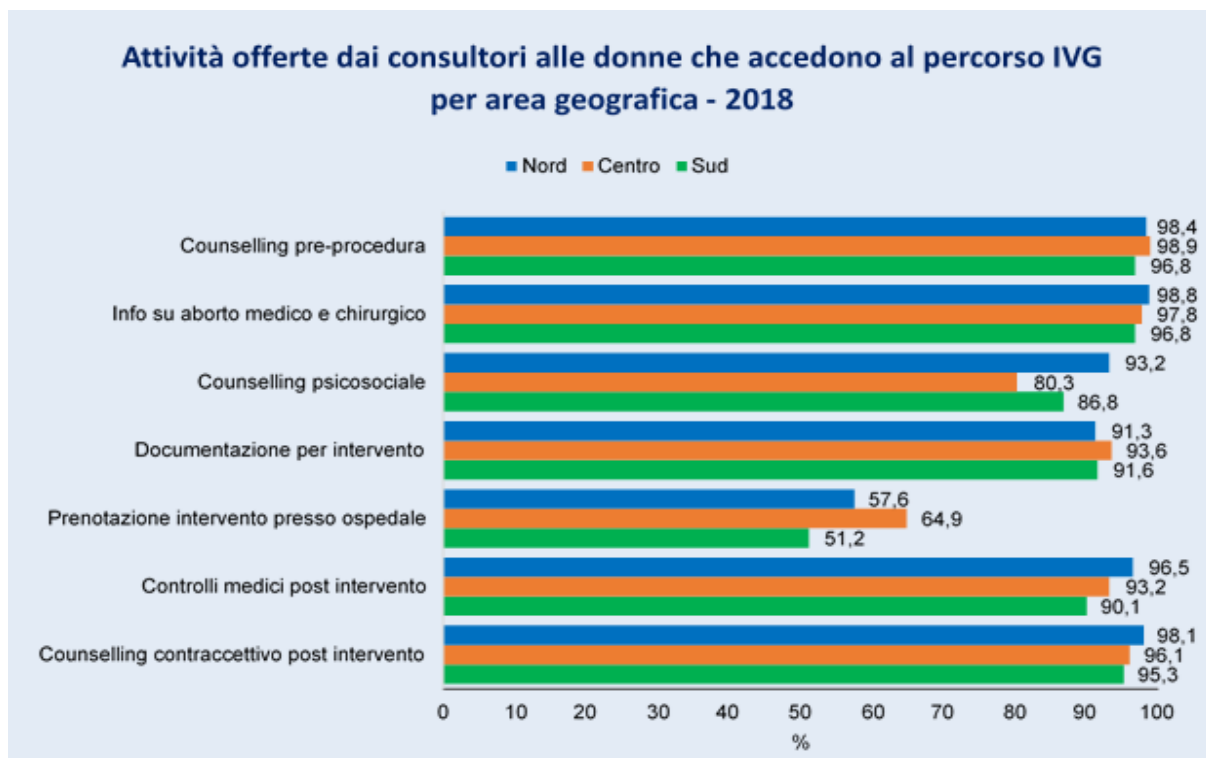


Continua la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 21,3% delle IVG nel 2018, rispetto al 19,2% nel 2017, al 16,7% dei casi nel 2015 e all'11,6% nel 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (42,7%), Piemonte (39,5%), Lazio (39,1%), Abruzzo (29,1%), Emilia Romagna (27,3%) e Toscana (26,1%).

Anche per il 2018 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio del documento/certificazione necessari alla richiesta di IVG (44,1%), rispetto agli altri servizi.

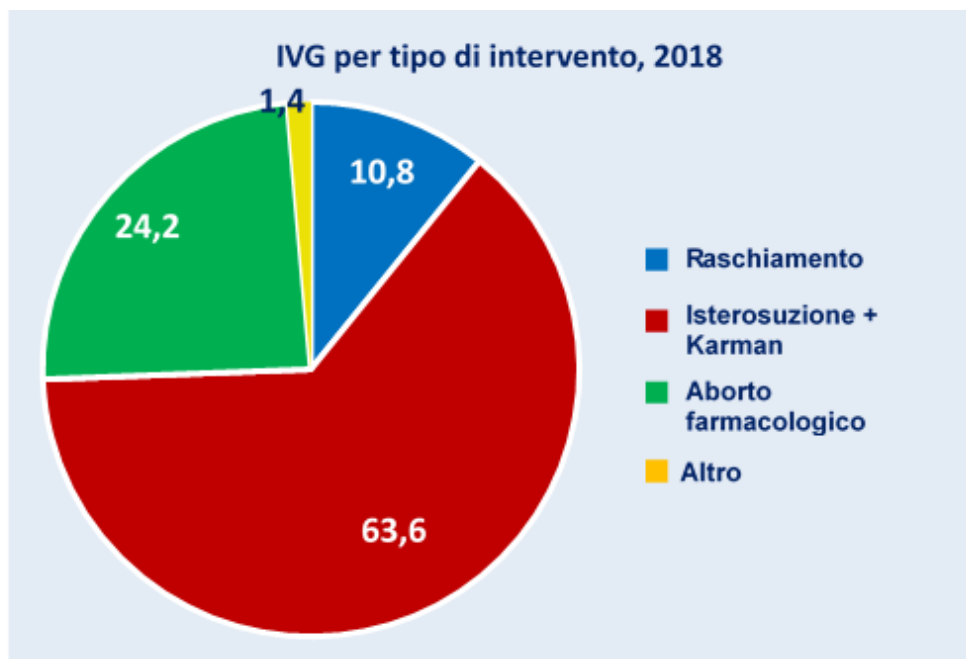


Come evidenziato in una recente indagine promossa dal Ministero della Salute (CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS, il consultorio non offre solo questo servizio ma svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal counselling prima della procedura ai controlli medici e il counselling contraccettivo post-IVG, anche se non in maniera uniforme sul territorio.



Permane elevato (52,8%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene in diminuzione negli anni, e molto basso quello all'anestesia locale (3,0%). È aumentato negli anni il numero di interventi effettuati senza anestesia (21,3% rispetto a 17,9% nel 2016 e 5,7% del 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico.

L'isterosuzione, ed in particolare con le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2018 (63,6%), sebbene permanga un 10,8% di interventi effettuati con raschiamento. È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2018 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 20,8% dei casi, rispetto al 17,8% del 2017 e al 12,9% del 2014. Per il 2018 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportato nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone+prostaglandine" e "Sola Prostaglandina", che nel suo insieme è stato pari al 24,2% del totale delle IVG. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni.



Nell'88,5% delle IVG del 2018 (rispetto al 90,1% del 2017) la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4,8% dei casi (3,8% nel 2017) la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore, tuttavia si rileva una variabilità regionale forse imputabile alle modalità di ricovero in relazione ai protocolli terapeutici applicati.

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 leggermente aumentata: 70,2% nel 2018 rispetto a 68,8% nel 2017, 65,3% nel 2015 e 59,6% nel 2011.

Contemporaneamente nel tempo è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa, anche se il valore del 2018 è quasi identico a quello del 2017: 10,8% nel 2018 e 10,9% nel 2017 rispetto a 12,4% nel 2016, 13,2% nel 2015 e 2014 e al 15,7% nel 2011.

Mobilità regionale

Nel 2018 il 92,3% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di cui l'87,0% nella Provincia di residenza, valori simili al 2017 e 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

Nel 2018 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 69% dei ginecologi, il 46,3% degli anestesisti e il 42,2% del personale non medico, valori in leggero

aumento rispetto a quelli riportati per il 2017 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie.

Per capire quale impatto tali percentuali abbiano sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, si è ritenuto opportuno continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati negli anni precedenti, a partire dal 2013; in particolare il terzo parametro, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, è stato rilevato 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.

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/o ginecologia, nel 2018, risulta pari a 558, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG risulta pari a 362, cioè il 64.9% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti IVG risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e P.A. il valore medio dell'indicatore è pari al 58%. Si conferma, anche per l'anno 2018, l'adeguata copertura della rete di offerta.

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.

Delle 558 strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, censite a livello nazionale nel 2018, 418 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dati Cedap 2017 - Monitoraggio del Comitato Percorso Nascita Nazionale a maggio 2019), pari al 74,9 % del totale.

I nati vivi in Italia nel 2018 sono stati 439.747 (fonte ISTAT); nello stesso anno le IVG sono state 76.328, con un rapporto di 5,8:1 (l'anno precedente era 5,7:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1,1:1 come per l'anno precedente.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3,0 punti nascita, contro 2,9 punti IVG.

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.

Parametro 3 - carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore. La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2018 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore, è variato di poco rispetto agli anni precedenti; in generale si registra per quasi tutte le Regioni un dato stabile o in leggera diminuzione, fatta eccezione per Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e di Trento ed Emilia Romagna, in cui si rileva un lieve aumento.

L'analisi del carico di lavoro settimanale medio di ciascun ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero evidenzia solo 2 Regioni dove si registra un carico di lavoro superiore alle 9 IVG a settimana (14,6 in Puglia e 9,5 in Calabria).

Consultori familiari

L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nell'anno 2018 è stata effettuata in base ai dati raccolti per il 79% dei consultori. È stato richiesto, come negli anni precedenti, 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).

Dai dati raccolti emerge, come negli anni passati, un numero di colloqui IVG superiore al

numero di certificati rilasciati (44.222 colloqui vs 31.234 certificati rilasciati), ciò 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).

L'importante ruolo del consultorio nella prevenzione dell'IVG e il supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza è stato evidenziato anche dalla recente indagine promossa dal Ministero della Salute (Progetto CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS. Nel capitolo relativo alla Modalità di svolgimento dell'IVG della presente Relazione sono riportate le principali evidenze emerse dal progetto CCM in merito alle attività offerte dai Consultori per l'IVG.

Conclusioni

- ✓ in Italia l'IVG è in continua e progressiva diminuzione dal 1983 e il ricorso a tale intervento (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, sebbene le cittadine straniere rimangano una popolazione a maggior rischio di ricorso all'IVG. A tal proposito è importante offrire loro, in occasioni di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare in occasione del percorso nascita, un *counselling* sulla procreazione responsabile per promuovere una contraccezione informata ed efficace;
- ✓ l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza, Levonorgestrel (Norlevo) - pillola del giorno dopo e Ulipistral acetato (ellaOne) - pillola dei 5 giorni dopo, ha inciso positivamente sulla riduzione delle IVG. Per tali farmaci, per i quali è stato abolito l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni, è indispensabile una corretta informazione alle donne per evitarne un uso inappropriato;
- ✓ il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie per quanto riguarda l'IVG, come negli auspici della Legge 194/78. Queste strutture svolgono un ruolo importante nel supportare la donna che vi fa ricorso nel momento in cui decide di interrompere la gravidanza. Un'attenta valutazione va fatta sul loro numero a livello locale, sul loro organico ed organizzazione affinché possano continuare a svolgere il loro ruolo;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni, e si registra un aumento delle interruzioni nelle prime 8 settimane di gestazione, probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo della tecnica farmacologica (Mifepristone+prostaglandine), che viene usata in epoca gestazionale precoce;
- ✓ la mobilità fra le Regioni e Province Autonome è in linea con quella di altri servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ la tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che suggerisce la necessità di un approfondimento da parte degli organi regionali, anche attraverso un confronto interregionale, per capirne le motivazioni e uniformare i protocolli terapeutici, al fine di assicurare un'offerta efficiente e di qualità;
- ✓ l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti conferma che la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese è in costante diminuzione, ormai anche tra le cittadine straniere, spiegabile presumibilmente con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della Legge;

- ✓ l'analisi dei dati sull'obiezione di coscienza evidenzia valori elevati per tutte le categorie professionali sanitarie, in particolare tra i ginecologi (69%). Sebbene l'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembri evidenziare particolari criticità nei servizi di IVG, a livello regionale o di singole strutture, le Regioni devono assicurare che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della Legge, garantendo il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e assicurando l'accesso ai servizi IVG, minimizzando l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto;
- ✓ è indispensabile rafforzare e potenziare i consultori familiari, servizi di prossimità che grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale riescono a identificare i determinanti di natura sociale e a sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, aiutarla nel percorso IVG e ad evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

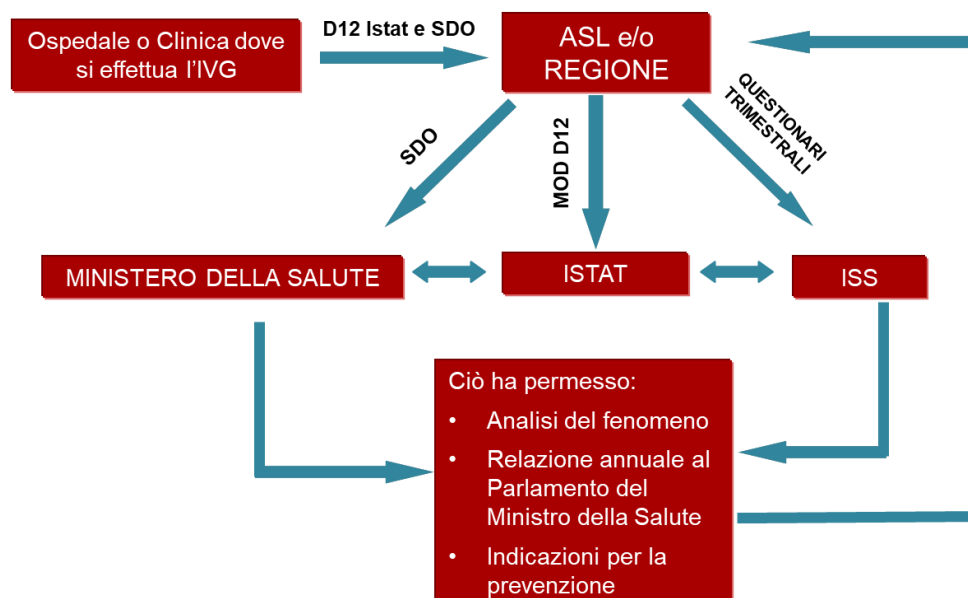
Roberto Speranza

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Dal 1980 (1 anno e mezzo dopo l'approvazione della legge 194 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza) è attivo in Italia il Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome. In tutti questi anni 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 (art. 16 della legge), 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. Per queste sue caratteristiche è stato identificato tra i sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale nel DPCM del 2017 (GU 109 del 12/05/2017).

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 che eseguono l'IVG 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 (Fig.1).

Figura 1 – Flusso dei dati del Sistema di Sorveglianza dell'IVG – Italia 1980-2018



A partire dall'anno 2018 le modalità di acquisizione da parte dell'Istat dei dati delle indagini sulla salute riproduttiva (quindi anche quella sulle IVG) sono variate: l'Istat ha infatti

predisposto un'unica piattaforma web (GINO++) tramite la quale vengono raccolte le informazioni e svolte le varie attività. Da parte delle Regioni, Asl e strutture è ora possibile registrare o caricare i dati, aggiornare la lista delle strutture e le relative informazioni anagrafiche, effettuare monitoraggi dei dati caricati, tutto in un unico ambiente. Il passaggio dai vecchi sistemi a questa piattaforma sta avvenendo in maniera graduale e anche il 2019 sarà un anno di transizione per poter arrivare, si spera nel 2020, al completo utilizzo del nuovo strumento. Già dal 2020 sarà possibile per le Regioni scaricare da GINO++ il questionario trimestrale dell'ISS. Al fine di poter controllare i dati e avere un quadro del fenomeno a livello locale, le Regioni dovrebbero periodicamente scaricare il questionario e, dopo averlo controllato, inviarlo all'ISS per l'ulteriore controllo di congruità da parte dell'ISS e la predisposizione delle tabelle per la Relazione al Parlamento del Ministro della Salute.

Anche quest'anno, per poter arrivare ad avere il dato definitivo relativo a tutto il 2018 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a dicembre 2019. 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 è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per soli 322 interventi. 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 numero più elevato di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2018 provenienti da Lombardia, Toscana, Lazio, Campania e 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, a suggerire procedure per una migliore raccolta dati a livello territoriale e a partecipare agli auspicati periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo, sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della Legge 194, sull'andamento del fenomeno e per la messa a punto e la verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge 194 è molto esplicita a questo proposito. Nell'art. 16 afferma "Le Regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla relazione del Ministro della salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro". Tuttavia, come già indicato in precedenti Relazioni, le Regioni denunciano l'impossibilità nella pratica 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 su tale difficoltà, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende attualmente impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione a livello locale e che ci siano margini di miglioramento per garantire la completezza delle informazioni e il rispetto della tempistica.

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge, nel 2015-16 il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS da cui 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). L'ISS, con l'Istat e il Ministero della Salute, ha prodotto un fac-simile di rapporto che le Regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati. A conclusione del progetto, nel febbraio del 2016, è stato realizzato un corso di formazione accreditato per i referenti regionali in cui sono state presentate dall'ISS e dall'Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati illustrati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati e sull'applicazione della Legge 194, anche attraverso soluzioni trovate in alcune Regioni.

Infine, ancora una volta, si sottolinea 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 i succitati rapporti locali sull'IVG e svolgano riunioni con i professionisti coinvolti per discutere i dati prodotti e l'applicazione della Legge 194 al fine di superare le criticità che emergono.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2018

Andamento generale del fenomeno

Nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi alle IVG effettuate in Italia nel 2018. I dati, come negli anni precedenti, si riferiscono alle Regioni dove è stato effettuato l'intervento, indipendentemente dal luogo di residenza della donna.

Grazie al miglioramento della raccolta dati, è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12/Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) per un numero molto esiguo di casi (322).

In totale nel 2018 sono state notificate 76.328 IVG (Tab. 1), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, in misura leggermente maggiore rispetto a quello osservato nel 2017 (-5,5% rispetto al dato del 2017 e -67,5% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia pari a 234.801 casi). Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Umbria, Molise, Sardegna e Puglia, mentre la PA di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e le Marche presentano un lieve aumento di interventi. Come negli anni precedenti, valori più bassi si osservano nel III e IV trimestre.

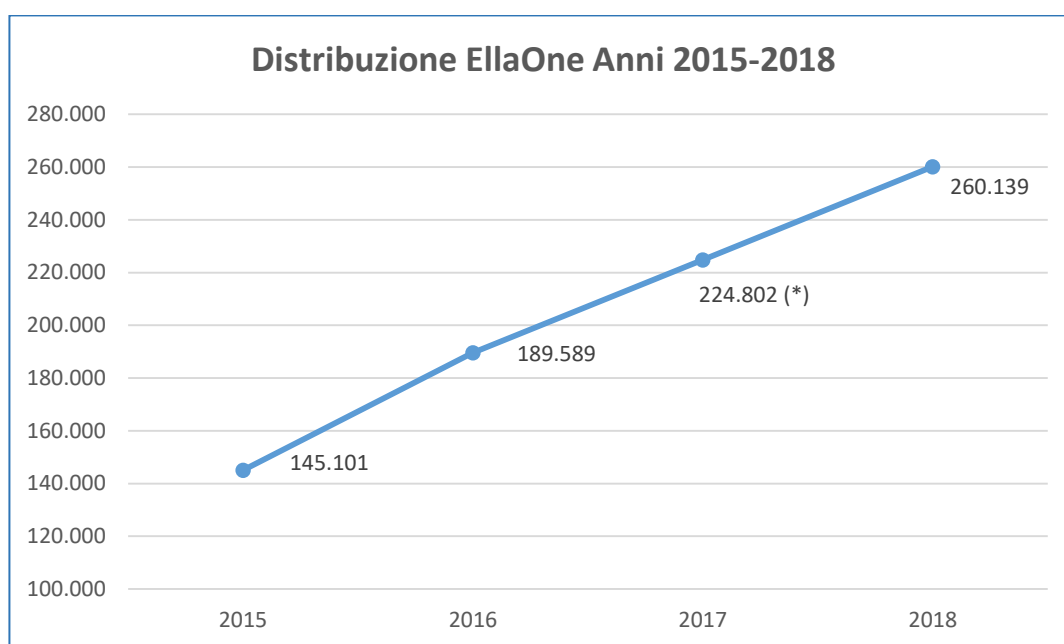
IVG per trimestre nel 2018 e confronti con il 2017

	N. IVG per trimestre (2018)				TOTALE 2018	TOTALE 2017	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	10026	9501	8137	8075	35739	37386	-4,4
Piemonte	1734	1770	1402	1485	6391	6622	-3,5
Valle d'Aosta	36	42	35	32	145	161	-9,9
Lombardia	3639	3381	2991	2904	12915	13742	-6,0
Bolzano	156	139	110	119	524	516	1,6
Trento	179	167	150	140	636	703	-9,5
Veneto	1306	1247	1063	1003	4619	4752	-2,8
Friuli Venezia Giulia	400	369	305	304	1378	1361	1,2
Liguria	616	580	552	509	2257	2399	-5,9
Emilia Romagna	1960	1806	1529	1579	6874	7130	-3,6
ITALIA CENTRALE	4688	4390	3720	3406	16204	16970	-4,5
Toscana	1463	1492	1223	1159	5337	5627	-5,2
Umbria	311	293	230	209	1043	1173	-11,1
Marche	429	395	357	356	1537	1504	2,2
Lazio	2485	2210	1910	1682	8287	8666	-4,4
ITALIA MERIDIONALE	4732	4890	3995	3704	17321	18714	-7,4
Abruzzo	417	441	342	333	1533	1634	-6,2
Molise	98	93	75	72	338	380	-11,1
Campania	1729	1958	1569	1440	6696	7070	-5,3
Puglia	1846	1729	1456	1323	6354	7085	-10,3
Basilicata	132	156	110	115	513	554	-7,4
Calabria	510	513	443	421	1887	1991	-5,2
ITALIA INSULARE	2043	1887	1671	1463	7064	7663	-7,8
Sicilia	1556	1482	1271	1141	5450	5847	-6,8
Sardegna	487	405	400	322	1614	1816	-11,1
ITALIA	21489	20668	17523	16648	76328	80733	-5,5

Come già presentato negli ultimi 3 anni, il recente andamento dell'IVG potrebbe essere almeno in parte influenzato dalle determinazioni AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) e del 1 febbraio 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) che hanno eliminato per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo", e del Levonorgestrel (Norlevo), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola del giorno dopo".

I dati della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne), forniti dal sistema di Tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, che rappresentano una proxy del consumo, nel 2018 continuano a mostrare un andamento crescente (figura 2). Come mostrato nel grafico, i dati registrati negli ultimi 4 anni risultano: 145.101 confezioni nel 2015, 189.589 nel 2016, 224.802 nel 2017 e 260.139 nel 2018.

Figura 2 – Distribuzione Ulipristal acetato (EllaOne) Anni 2015-2018



Fonte dati Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004. Consegne effettuate ai destinatari finali (regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

() Dati consolidati rispetto alla precedente edizione della Relazione sull'attuazione della Legge 194/78*

Approfondendo il dato trimestrale della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne) si rileva che il significativo incremento registrato a partire dal secondo trimestre 2015, a seguito della delibera AIFA che ha eliminato l'obbligo della ricetta per le maggiorenni, è continuato in maniera più rilevante nella seconda metà del 2015, poi è proseguito nel corso del 2016, del 2017 e del 2018, negli ultimi due anni tuttavia in maniera meno significativa.

Distribuzione trimestrale di Ulipristal acetato (ellaOne) Anni 2015-2018

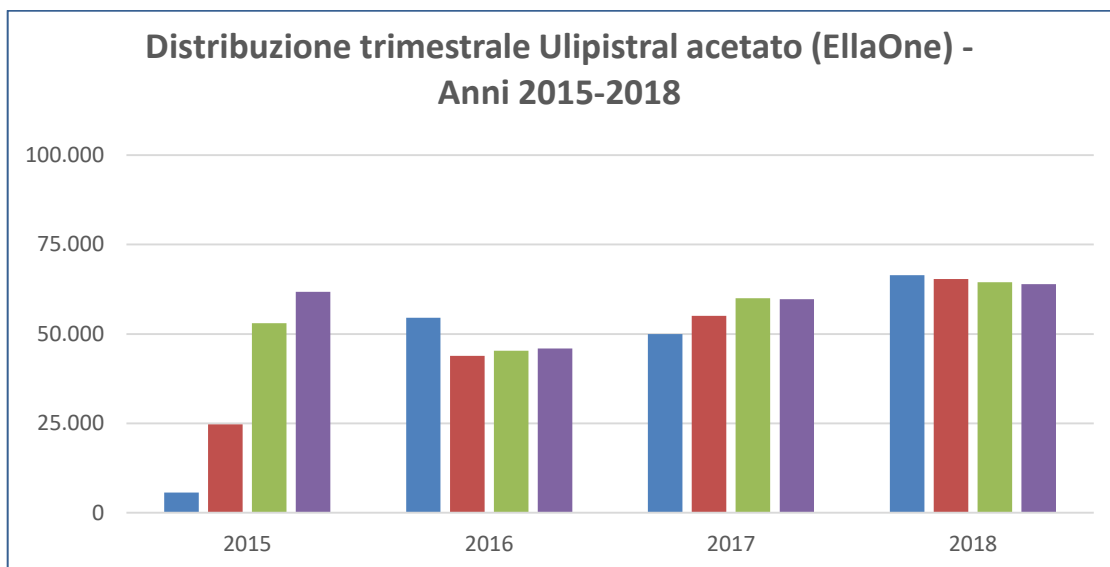
Trimestre	2015	2016	2017	2018
I (gennaio-marzo)	5.597	54.485	49.968	66.426
II (aprile-giugno)	24.733	43.905	55.060	65.367
III (luglio-settembre)	53.016	45.302	60.014 (*)	64.428
IV (ottobre-dicembre)	61.755	45.897	59.760	63.918
TOTALE	145.101	189.589	224.802	260.139

Fonte dati: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004).

Consegne effettuate ai destinatari finali (regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

(*) Dati consolidati rispetto alla precedente edizione della Relazione sull'attuazione della Legge 194/78

Figura 3 - Distribuzione Ulipristal acetato (EllaOne) Anni 2015-2018

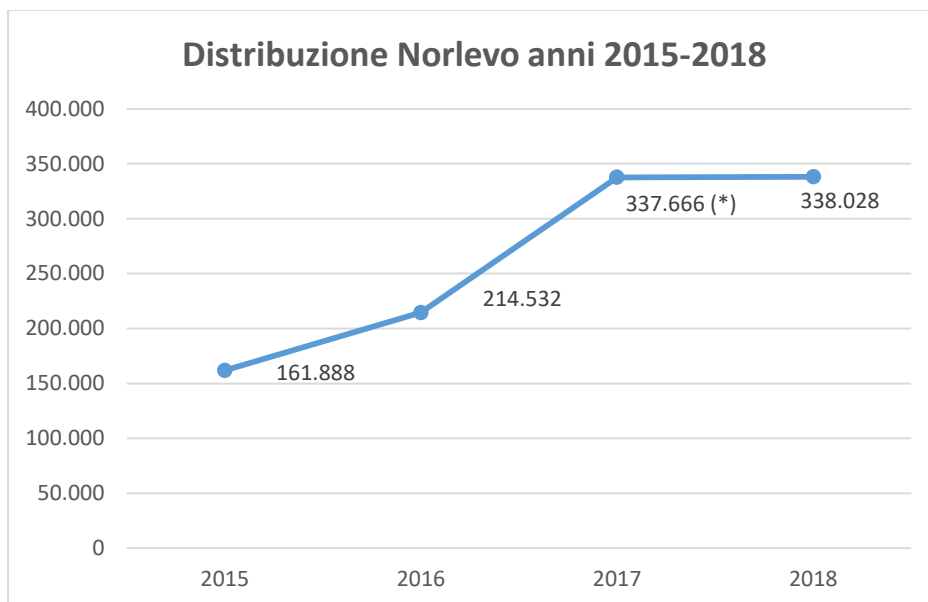


Fonte dati: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004)

Consegne effettuate ai destinatari finali (regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

Analizzando il dato annuale della distribuzione del Levonorgestrel (Norlevo), nel quadriennio 2015-2018, si osserva anche per questo contraccettivo di emergenza (figura 4) un progressivo aumento in relazione agli effetti della suddetta delibera AIFA, con una certa stabilizzazione nel 2018.

Figura 4 - Distribuzione Levonorgestrel (Norlevo) anni 2015-2018



Fonte dati: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco (DM 15 luglio 2004)

Consegne effettuate ai destinatari finali (regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

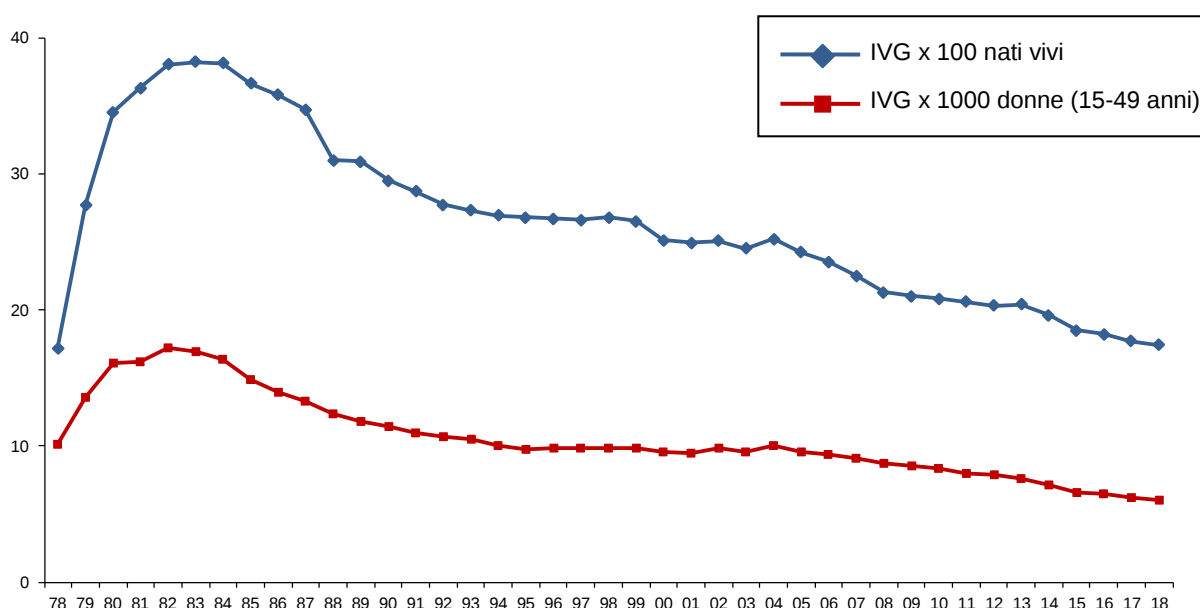
() Dati consolidati rispetto alla precedente edizione della Relazione sull'attuazione della Legge 194/78*

Anche i due indicatori utilizzati per descrivere l'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 6,0 per 1000 nel 2018 (Tab. 2), con un decremento del 4,0% rispetto al 2017 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e con una riduzione del 65,1% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 173,8 per 1000 nel 2018, con una riduzione del 1,9% rispetto al 2017 e del 54,3% rispetto al 1982.

L'andamento negli anni dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 nati vivi invece che 1000 per permettere di inserirlo nello stesso grafico) è illustrato in Figura 5.

Figura 5 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2018



Considerando le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 2.085 relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso) e ridistribuendo le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna, il tasso di abortività si riduce a 5,8 per 1000 nel 2018 con una riduzione del 3,3% rispetto al tasso per le sole donne residenti calcolato nella stessa maniera nel 2017 (6,0 per 1000). Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente, in questo caso 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 a partire dal 1982.

1.1 Valori assoluti

Nel 2018 si è registrato un decremento delle IVG pari al 5,5% rispetto al 2017 (Tab. 4). Come ormai si osserva da diversi anni, circa un terzo degli interventi (30,3%) ha riguardato cittadine straniere (Tab. 12). Le IVG effettuate nel 2018 da cittadine italiane (53.264, compresa la quota stimata di cittadine italiane dei dati non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 5,3% rispetto al 2017 (56.243). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti (sempre sui valori calcolati ridistribuendo i casi in cui non è stata riportata la cittadinanza) è risultata leggermente superiore (-5,8%).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2018 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2018

	1983	1991	2014	2015	2016	2017	2018	VARIAZIONE %	
								2018/2017	2018/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	39170	37386	35739	-4,4	-66,1
CENTRO	52423	34178	20259	18770	17863	16970	16204	-4,5	-69,1
SUD	57441	44353	23564	20746	19835	18714	17321	-7,4	-69,8
ISOLE	18682	14344	8829	8395	8058	7663	7064	-7,8	-62,2
ITALIA	233976	160494	96578	87639	84926	80733	76328	-5,5	-67,4

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) nel 2018 si hanno: nell'Italia Settentrionale 35.739 IVG con un decremento del 4,4% rispetto al 2017, nell'Italia Centrale 16.204 IVG (-4,5%), nell'Italia Meridionale 17.321 IVG (-7,4%) e nell'Italia Insulare 7.064 IVG (-7,8%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina, dal 1983 l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato delle stime basate su modelli matematici utilizzati a livello internazionale. L'ultima si riferisce al 2012 che, pur tenendo conto dei limiti del modello legati principalmente alle modifiche avvenute nel Paese per quanto riguarda la composizione della popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e i comportamenti riproduttivi (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzata e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi), ha stimato un numero di aborti clandestini per le donne italiane 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 siano ancora più rilevanti. Le stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni 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 nel 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. I dettagli di queste stime sono stati riportati nella relazione del Ministro della Salute relativa ai dati del 2016.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2018 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 6,0 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento del 4,0% rispetto al 2017, anno in cui il tasso è stato pari a 6,2 per 1000 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto riferimento al tasso di abortività effettivo, stimato escludendo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 5,8 per 1000 nel 2018.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2018 è riportato nella tabella seguente.

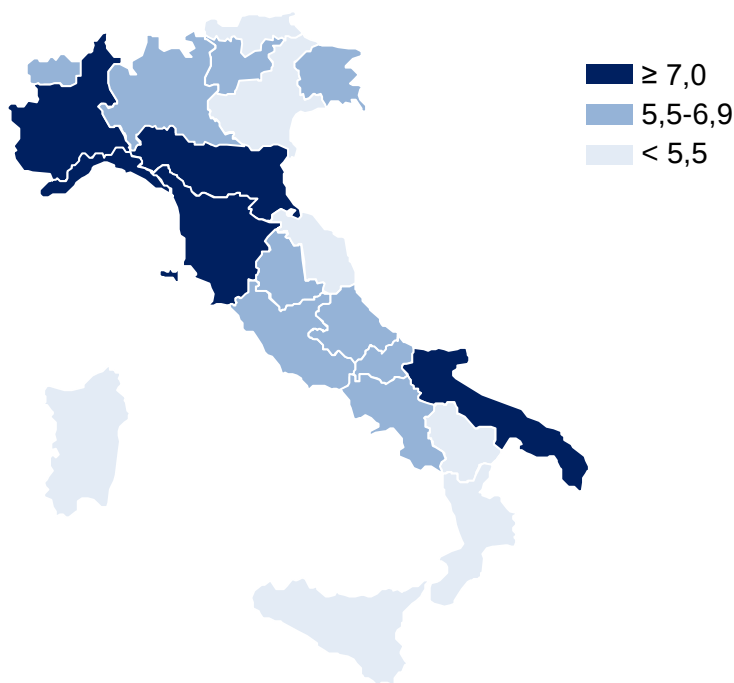
Tassi di abortività per area geografica, 1983-2018

	1983	1991	2014	2015	2016	2017	2018	VARIAZIONE* %	
								2018/2017	2018/1983
NORD	16,8	10,6	7,3	6,7	6,7	6,5	6,3	-3,1	-62,5
CENTRO	19,8	12,4	7,6	7,1	6,9	6,6	6,4	-2,9	-67,6
SUD	17,3	12,1	7,1	6,4	6,2	5,9	5,6	-5,7	-67,7
ISOLE	11,7	8,1	5,7	5,5	5,4	5,2	4,9	-6,0	-58,3
ITALIA	16,9	11,0	7,1	6,6	6,5	6,2	6,0	-4,0	-64,6

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

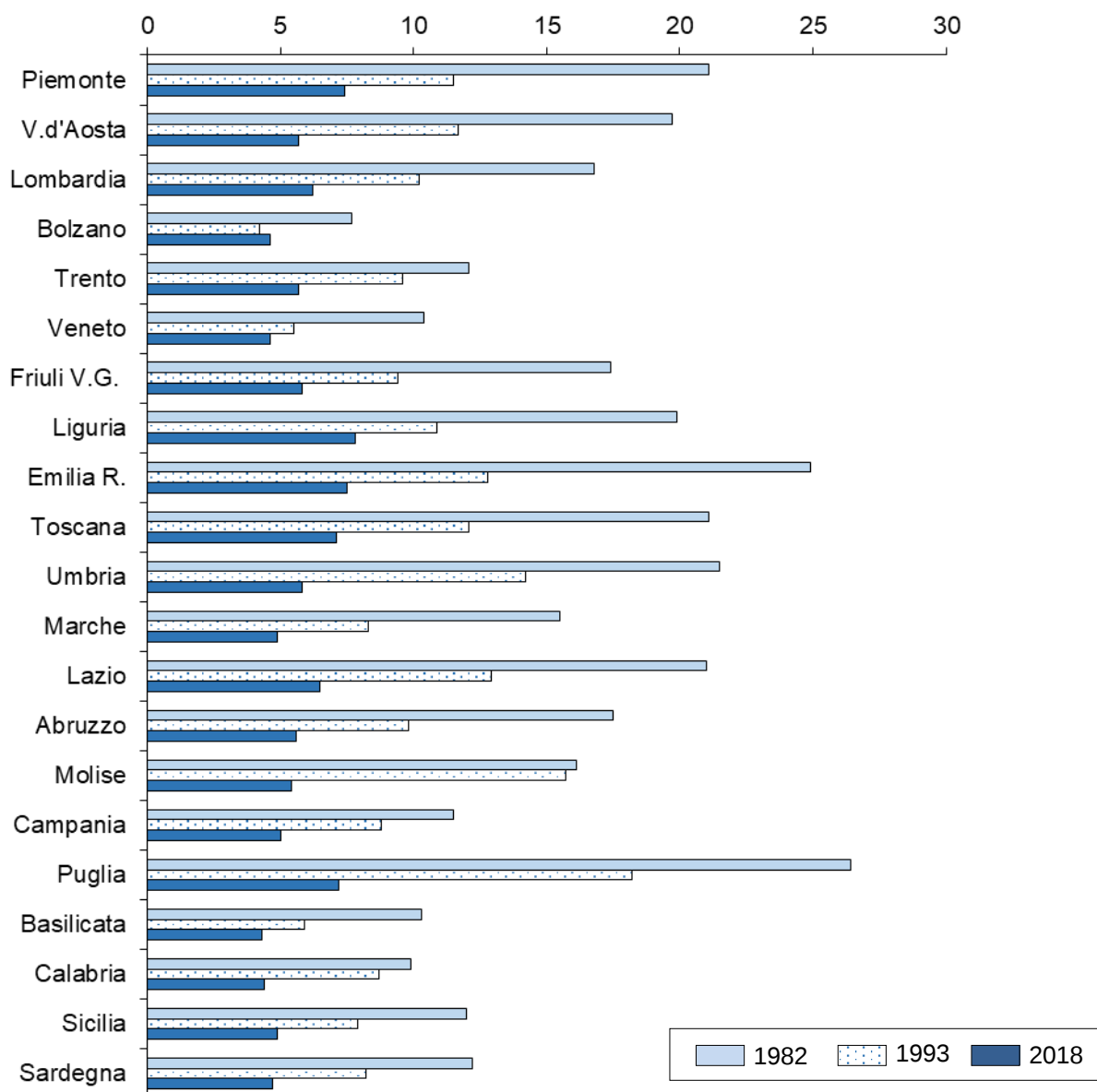
Nella Tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la Figura 6 presenta i valori regionali per il 2018. Nei confronti nel tempo e tra Regioni bisogna considerare le differenze nella 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 diversi anni, i dati sono in alcuni casi analizzati suddivisi per cittadinanza della donna.

Figura 6 – Tassi di abortività – Italia 2018



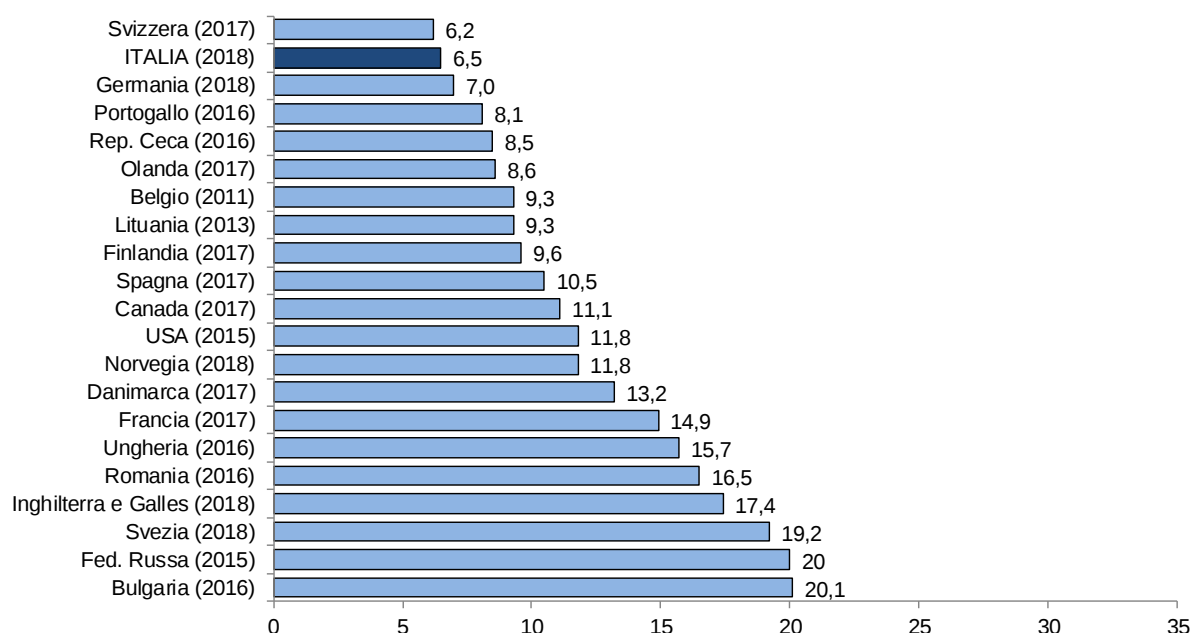
Il confronto dei tassi di abortività per ciascuna Regione negli anni 1982, 1993 e 2018 è riportato in Figura 7. Si osserva una generale diminuzione, più evidente in Umbria (-73,0% rispetto al 1982), Puglia (-72,8%), Valle D'Aosta (-71,1%) e Emilia Romagna (-69,8%).

Figura 7 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2018



Per un confronto internazionale sono riportati in Figura 8 il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è generalmente calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore ed è risultato 6,5 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale.

Figura 8 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2013-2018



Fonte: Statistiques nationales.

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2018 si sono avute 173,8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento, pari a 1,9%, rispetto al 2017, anno in cui questo valore è stato pari a 177,1 per 1000 (Tab. 2). Occorre sottolineare che tra questi due anni i nati della popolazione presente sono diminuiti di 16.698 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2018, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2018

	1983	1991	2014	2015	2016	2017	2018	VARIAZIONE* %	
								2018/2017	2018/1983
NORD	484,2	327,1	194,6	182,7	184,2	180,8	179,2	-2,7	-63,0
CENTRO	515,2	356,1	214,0	211,4	199,9	194,6	192,0	-4,0	-62,7
SUD	283,8	253,0	202,6	182,9	177,6	169,1	163,4	-8,0	-42,4
ISOLE	205,3	176,1	159,3	156,3	155,4	149,6	143,1	-7,9	-30,3
ITALIA	381,7	286,9	196,2	185,1	182,4	177,1	173,8	-4,7	-54,5

* variazione percentuale calcolata sui rapporti arrotondati a due cifre decimali

Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati, entrambe condizionate dalla presenza in Italia delle cittadine straniere, che tendono ad avere tassi di fecondità più elevati. Nell'interpretazione dei dati bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti in cui la loro presenza era minore.

Nella tabella 2 sono state anche riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività a livello regionale.

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

Al fine di interpretare meglio il fenomeno dell'IVG e attuare azioni di prevenzione, è utile analizzare i dati raccolti sulle caratteristiche delle donne che ne fanno ricorso. Nell'esaminare le relative tabelle bisogna considerare che i diversi andamenti, prevalentemente in diminuzione, dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche determinano una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo delle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, negli ultimi 15-20 anni è andato crescendo il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che presentano caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto volontario tre volte maggiore. Questo spiega almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età, sia negli andamenti delle distribuzioni percentuali. Nei confronti temporali è importante tenere sempre presenti tali elementi. In particolare occorre evitare l'errore tecnico di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione. La valutazione della tendenza può essere infatti effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri Paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (Fonti utilizzate: Svizzera: Statistique des Interruptions de grossesse 2017 - Office federal de la statistiques (FSO); Belgio: EUROPEAN DATA-Abort Report; Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo - Datos definitivos correspondientes al año 2017 - Sanidad - Ministerio de Sanidad; Danimarca e Finlandia: Induced abortions in the Nordic countries 2017 - National Institute for Health and Welfare - Helsinki; Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2018 - National Statistics - June 2019; Olanda: Jaarrapportage 2017 - Utrecht, januari 2019 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Germania: Gesundheit - Schwangerschaftsabbrüche 2018 - Statistisches Bundesamt, (Destatis), 2019; Svezia: Statistics on induced abortions 2017 - Sveriges officiella statistik - Socialstyrelsen. Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrot for 2018 - Folkehelseinstituttet (FHI); Repubblica Ceca: Potraty 2016 health statistics - ÚZIS CR 2018; Romania: Historical abortion statistics; Russia: Historical abortion statistics; Francia: Les interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; Canada: Statistics - Abortion in Canada, January 30, 2019; Database Eurostat; USA: Abortion Surveillance - United States, 2013 - Surveillance Summaries November 25, 2016 - CDC; U.S. Abortion Statistics - Facts and figures relating to the frequency of abortion in the United States - Alan Guttmacher Institute 2014, <https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età nel 2018 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con un leggero aumento di quelle relative alle classi di età 30-34 anni rispetto al 2017, che si confermano la classe con la percentuale più elevata. Come già indicato, per una migliore interpretazione del fenomeno è meglio utilizzare i tassi quando sono disponibili. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età delle relative popolazioni residenti. Infatti, poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti (con valori generalmente più elevati nelle classi 20-34 anni), eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero

il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7, si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono generalmente trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile tra Regioni non sono molto diverse.

Un'altra distorsione può essere causata dall'utilizzare come numeratore del tasso di abortività le IVG effettuate nella Regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre Regioni o all'estero) e al denominatore solo le donne in età feconda residenti in Regione. Tuttavia è anche vero che alcune donne mantengono la residenza in una Regione seppure domiciliate in altre (ad esempio nel caso di studentesse o di lavoro temporaneo), mascherando una falsa migrazione. Attualmente per le Regioni è tuttavia impossibile fornire, in tempi rapidi, tutti i dati che si riferiscono alle donne residenti che fanno l'intervento fuori Regione e si perderebbero nel calcolo le IVG effettuate da donne non residenti in Italia.

Tuttavia, grazie alla collaborazione con l'Istat è stato possibile calcolare i tassi e i rapporti per Regione di residenza con i dati a loro pervenuti (che sono leggermente inferiori al totale pervenuto all'ISS e i cui tassi non includono le donne non residenti in Italia). Come si può osservare da questi dati, riportati in tabella 29, anche in questo caso le variazioni rispetto ai valori calcolati per la Regione dove avviene l'IVG non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi (in particolare Toscana, Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna, dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Basilicata e Molise, le cui donne residenti si recano in gran numero in altre Regioni per effettuare l'IVG per cui il tasso è più elevato in caso di loro inclusione).

Per tutti questi motivi nell'analisi presentata in questa relazione, come negli anni precedenti, viene utilizzato il tasso grezzo per Regione di intervento.

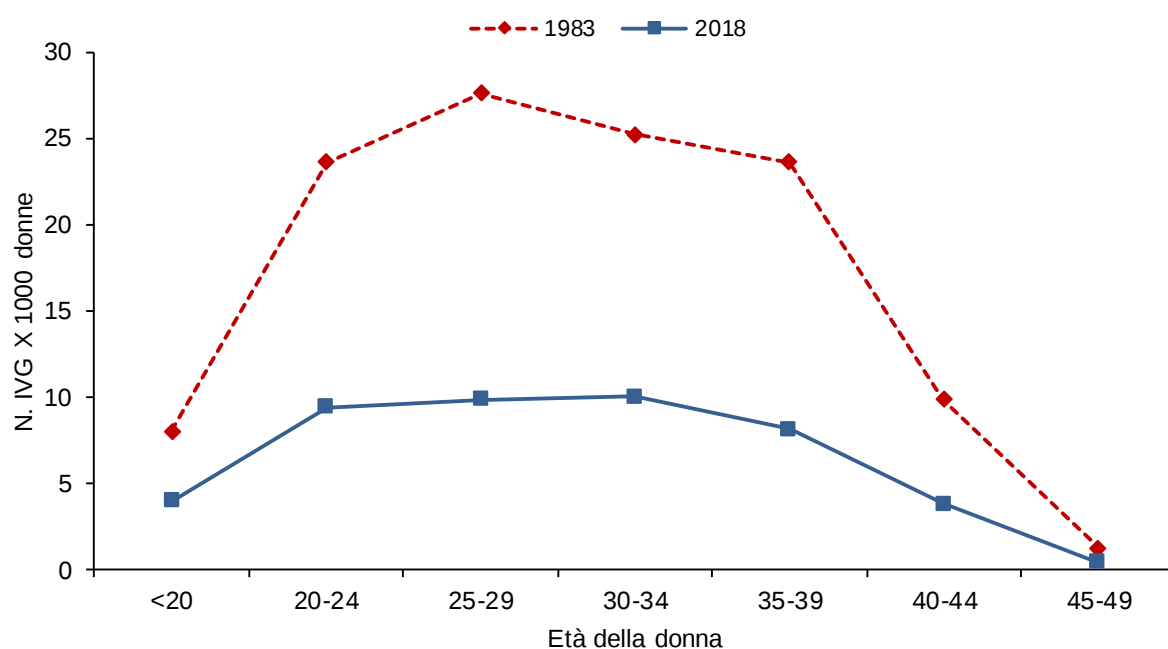
Facendo un confronto tra il 1983 e il 2018 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

Tassi di abortività per età, 1983-2018									
Classi di età	Anni							VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2017	2018/1983
< 20	8,0	5,5	5,2	4,7	4,6	4,3	3,9	-8,8	-51,0
20-24	23,6	13,4	11,0	10,2	10,0	9,8	9,4	-4,5	-60,3
25-29	27,6	15,7	12,0	11,1	10,8	10,4	9,8	-5,8	-64,4
30-34	25,2	17,1	11,3	10,5	10,3	10,1	10,0	-1,0	-60,4
35-39	23,6	15,1	9,3	8,6	8,7	8,5	8,1	-4,1	-65,6
40-44	9,8	7,2	4,2	3,9	3,9	3,8	3,8	-1,1	-61,7
45-49	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	2,9	-70,0

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

Nel 2018, rispetto al 2017, si è osservato un decremento dei tassi di abortività in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime (meno di 20 anni), tranne che per le donne 45-49 i cui valori però sono molto bassi. Il confronto nel tempo conferma la diminuzione dei valori dei tassi di abortività per tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate tra il 1983 e il 2018 per le donne con meno di 20 anni (-51,0%) e tra 20-24 anni (-60,3%). Questo andamento è in parte dovuto al maggior contributo delle cittadine straniere in queste classi di età, sia per presenza che per livelli di abortività (Figura 9).

Figura 9 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2018



L'analisi per ripartizione geografica e regionale (Tab. 7) evidenzia tassi più elevati tra le 20-24enni nel nord-centro Italia e tra le 30-34enni al sud. Anche in questo caso il dato è influenzato dal differente effetto del contributo delle straniere, in quanto la loro presenza non è omogenea su tutto il territorio nazionale.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella di diversi Paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano nella classe 20-24 anni, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni rispetto a quelli delle classi più giovani.

Tassi di abortività per età. Confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2018)	3,9	9,4	9,8	10,0	8,1	3,8
	(2017)	4,3	9,8	10,4	10,1	8,5	3,8
	(2000)	7,2	14,7	14,1	12,9	11,0	5,1
	(1990)	5,6	13,8	16,5	18,0	15,6	7,6
FRANCIA	(2017)	17,3	26,7	25,9	21,3	15,3	6,0
GERMANIA	(2018)	4,0	9,0	9,6	9,2	6,9	2,9
INGHILTERRA E GALLES	(2018)	14,4	29,2	25,7	19,9	---9,2---	
NORVEGIA	(2018)	5,5	16,9	17,6	16,1	11,2	4,2
OLANDA	(2017)	5,1	12,6	14,1	12,9	9,4	3,6
REPUBBLICA Ceca	(2016)	5,7	12,1	12,9	12,5	10,5	5,4
SPAGNA	(2017)	8,8	17,4	15,7	12,6	8,9	3,5
SVEZIA	(2018)	10,7	26,0	26,9	23,9	17,3	8,1
SVIZZERA	(2017)	3,3	7,9	8,3	7,9	6,3	2,8
USA	(2015)	7,2	19,9	17,9	11,6	7,0	2,5
DANIMARCA	(2017)	8,1	18,9	19,0	15,8	11,9	5,1
FINLANDIA	(2017)	7,5	14,7	12,9	10,7	7,7	3,2

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2018 è risultato essere pari a 2,4 per 1000 (Tab. 5), valore molto inferiore a quello delle maggiorenni (6,2 per 1000). Anche in valore assoluto e percentuale il contributo delle minorenni al fenomeno è molto basso: 2.001 IVG in totale, pari al 2,6% di tutte le IVG.

Nella tabella seguente si riporta l'andamento dal 2000 al 2018 del numero delle IVG effettuate in Italia riguardanti donne di età inferiore ai 18 anni italiane e straniere, la percentuale sul totale delle IVG effettuate e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2018

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2,7	4,1
2001	3565	227	2,7	4,1
2002	3446	306	2,9	4,7
2003	3556	428	2,8	4,5
2004	3840	526	3,0	5,0
2005	3441	605	3,0	4,8
2006	3512	608	3,2	4,9
2007	3463	637	3,3	4,8
2008	3451	624	3,4	4,8
2009	3127	592	3,2	4,4
2010	3091	626	3,3	4,5
2011	3008	586	3,4	4,5
2012	2761	588	3,3	4,4
2013	2616	527	3,2	4,1
2014	2383	472	3,2	3,7
2015	2164	357	2,9	3,1
2016	2155	345	3,0	3,1
2017	1872	309	2,8	2,7
2018	1928	340	2,6	2,4

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2018 si osserva un leggero aumento rispetto al 2017 del numero assoluto di IVG sia per le minori italiane che per quelle straniere, anche se i valori sono inferiori rispetto agli anni precedenti. L'incremento osservato nei primi anni del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro Paese. A partire dal 2005 si osserva una stabilizzazione e dal 2015 l'inizio di un trend in diminuzione, come per il contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tab. 12).

In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (2,6% di tutte le IVG nel 2018 rispetto al 2,8% nel 2017), con un tasso di abortività nel 2018 pari a 2,4 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenni (6,2 per 1000). A livello regionale i tassi più elevati si osservano in Liguria (4,0 per 1000) e Puglia (3,3), Regioni che presentano anche i più alti tassi tra le maggiorenni (Tab. 5).

Nel confronto con i dati disponibili a livello internazionale si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale e l'USA, in linea con la loro moderata attività sessuale e con l'uso estensivo del profilattico riscontrati in alcuni recenti studi (De Rose A., Dalla Zuanna G. (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino,

2013; Pizzi E., Andreozzi S., Battilomo S. Spinelli A. (ed). Studio Nazionale Fertilità. Rapporto Istisan (in corso di stampa); Nardone P. *et al.* Le abitudini sessuali degli adolescenti in Italia e le differenze socio-culturali: i dati della sorveglianza HBSC 2017/18. Atti del XLIII Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Catania 23-25 ottobre 2019).

Come negli anni precedenti, l'assenso per l'intervento in caso di ragazze minorenni è stato rilasciato prevalentemente dai genitori (79,6%, Tab. 22) con alcune differenze tra Regioni che potrebbero anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che sono in diminuzione negli anni ma che, nel 2018, sono particolarmente elevati in Toscana e Umbria. Si ricorda alle strutture e alle Regioni di raccogliere e riportare tutte le informazioni nel flusso dati, specie quelle che per legge non possono mancare.

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio dalla legalizzazione in cui prevaleva nettamente la percentuale di coniugate, si è osservata negli ultimi anni una tendenza prima alla parificazione della distribuzione percentuale tra questa condizione e quella di nubili e successivamente a un superamento delle nubili a partire dal 2014-15. Nel 2018 la distribuzione percentuale per stato civile mostra un 36,8% di coniugate e un 57,2% di nubili (Tabella 8). Questa modifica è in parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto a quella tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo dato è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20,5 per 1000 nel 1981 a 9,3 nel 1994, 8,1 nel 2004 e 6,6 nel 2011) e una contenuta riduzione, seguita da un aumento e successiva diminuzione, tra le nubili negli stessi anni (da 11,5 per 1000, a 8,7, a 10,1 e a 8,3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l'importante contributo al fenomeno IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, insieme alla differenza che si osserva a livello di popolazione tra le italiane, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica/regioni osservate nel 2018 (Tab. 8). Sono di seguito riportate le distribuzioni per stato civile e cittadinanza nelle quattro ripartizioni geografiche.

IVG (%) per stato civile. cittadinanza e area geografica, 2018

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	27,4	48,6	6,5	5,3	66,1	46,1
CENTRO	25,6	46,3	5,6	4,8	68,8	48,9
SUD	42,1	45,6	6,7	6,2	51,2	48,2
ISOLE	38,1	42,4	6,1	4,0	55,8	53,6
ITALIA	32,4	47,5	6,3	5,2	61,3	47,3

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

La tabella evidenzia tra le italiane delle notevoli differenze tra Nord-Centro (dove la percentuale di nubili è più elevata) e Sud-isole; tra le straniere queste differenze sono meno presenti e in generale la percentuale di coniugate tra queste donne è superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud e Isole i valori sono molto simili.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono generalmente inferiori rispetto a quelli dell'Europa occidentale, anche se le differenze si riducono nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

IVG (%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2018)	36,8	63,2
	(2017)	38,1	61,9
	(2000)	50,0	50,0
	(1990)	62,5	37,5
GERMANIA	(2018)	38,3	61,7
INGHILTERRA E GALLES	(2018)	16,0	83,0
REPUBBLICA CECA	(2016)	31,5	66,9
SVIZZERA	(2014)	30,0	70,0
USA	(2015)	14,3	85,7

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. In Tab. 9 è riportata la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2018 in base al titolo di studio. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (44,2%), come osservato negli anni precedenti.

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione femminile generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione, con una riduzione maggiore del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore (come discusso ampiamente nella relazione presentata nel 2003): i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre l'altro fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione (più straniera al Nord e Centro Italia) e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2018, come nei precedenti anni, presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2018

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1,3	8,6	30,0	45,8	50,9	36,9	17,8	8,7
CENTRO	6,7	12,4	27,8	41,6	48,5	38,5	17,0	7,5
SUD	3,1	17,8	39,3	43,2	45,8	32,7	11,7	6,3
ISOLE	3,8	20,1	49,0	51,3	37,9	23,5	9,3	5,1
ITALIA	3,1	11,0	34,3	44,7	47,5	36,2	15,0	8,0

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, in collaborazione con l'Istat è stata condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2011.

Nel trentennio il tasso di abortività è diminuito tra le donne con il diploma di scuola superiore o laurea (da 14 per 1000 nel 1981 a 6 per 1000 nel 2011), mentre è rimasto costante tra quelle con diploma di scuola media inferiore dal 1991 dopo un'iniziale diminuzione. Il tasso delle donne con titolo di studio basso non si è modificato nel tempo anzi, nell'ultimo anno per cui è disponibile il dato, mostra valori in aumento, come si osserva nella tabella seguente (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio. Donne di 20-49 anni, Italia 1981-2011

Titolo di studio	1981	1991	2001	2011
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
Diploma e Laurea	14	9	7	6

Queste variazioni possono essere spiegate dal fatto che le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e modificato i loro comportamenti relativi al controllo della fecondità. C'è anche da considerare che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere che, come verrà presentato di seguito, hanno livelli di abortività più elevati. Questi dati sottolineano la necessità di interventi di prevenzione specifici per questi gruppi di donne.

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 45,6% delle donne che hanno abortito nel 2018 risulta occupata, il 20,9% casalinga e il 10,2% studentessa. Dopo 4 anni di diminuzione della percentuale delle occupate e aumento di quella delle disoccupate (arrivate da 18,8% nel 2012 a 21,1% nel 2015), dal 2016 si è osservato un aumento delle occupate (da 42,9% nel 2015, a 44,0% nel 2016, 44,1% nel 2017 e 45,6% nel 2018) sebbene sia stabile la percentuale di disoccupate (21,0% nel 2018), probabilmente valori influenzati dalle variazioni nella popolazione femminile generale.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile nella popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

IVG (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica, 2018

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	62,4	41,0	17,4	28,9	8,3	24,2	11,9	5,9
CENTRO	49,7	37,2	22,1	31,0	11,5	24,2	16,7	7,6
SUD	35,1	29,3	19,4	27,7	33,5	38,4	12,0	4,6
ISOLE	30,2	24,6	21,9	35,4	36,9	35,7	11,1	4,3
ITALIA	48,6	38,2	19,4	29,6	19,2	26,2	12,8	6,1

Elaborazioni su dati Istat.

Anche in questo caso si è effettuato con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia un minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe. Infatti dal 1981 al 2009 i tassi sono passati da 19,0 a 10,3 IVG per 1000 tra le casalinghe e da 15,2 a 7,0 per le occupate (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

2.5 Residenza

Nella grande maggioranza dei casi le IVG effettuate in ciascuna Regione riguardano donne residenti nella Regione di intervento: nel 2018 questo ha riguardato il 92,3% delle IVG (Tab. 11), valore leggermente superiore a quello del 2017 (92,1%) e del 2016 (91,4%). Delle IVG effettuate da donne residenti in Regione nel 2018, come lo scorso anno, l'87,0% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Percentuali più elevate del 20% di mobilità intra-regionale sono riportate nel 2018 in Calabria, Molise, Campania, Marche e Abruzzo. Dalla tabella si osserva inoltre una percentuale di immigrazione da altre Regioni maggiore o uguale al 10% nella Provincia Autonoma di Trento e in Friuli Venezia Giulia al Nord, in Umbria al Centro e in Molise e Basilicata al Sud, come negli anni precedenti. Tuttavia è necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella Regione considerata che vanno ad abortire in altre Regioni) per avere un quadro più completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: nel 2018 presenta un flusso in entrata pari al 19,1% (98 IVG) ma ha anche, come è riportato in tabella 29, un consistente flusso in uscita simile (91 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è più elevato di quello per Regione di intervento: 5,06 per 1000 rispetto a 4,30. Il tasso di abortività calcolato per le donne residenti descrive più correttamente il rischio di abortività per Regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto (per Regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per Regione di intervento). Dalla tabella 29 risulta evidente che in alcune Regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese, con il conseguente flusso emigratorio verso altre Regioni. Le Regioni devono rivolgersi all'Istat per ottenere il dato sulle donne residenti nel proprio territorio che effettuano l'IVG in altre Regioni.

In questa valutazione c'è comunque da tener sempre presente che possono esistere spostamenti di convenienza per vicinanza dei servizi (donne che vivono ai confini tra due regioni) o migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università).

Va infine segnalata la presenza crescente di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei Paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese perché nella gran parte dei casi attualmente domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è aumentato negli anni da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000, con una flessione negli ultimi anni: da 3328 nel 2013 e 2564 nel 2014 a 2484 nel 2017 (valori calcolati avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i contributi delle singole Regioni). Nel 2018 si conferma la diminuzione delle residenti all'estero (2085 IVG, calcolato sempre avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati per Regione). Le Regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione immigrata.

2.6 Cittadinanza

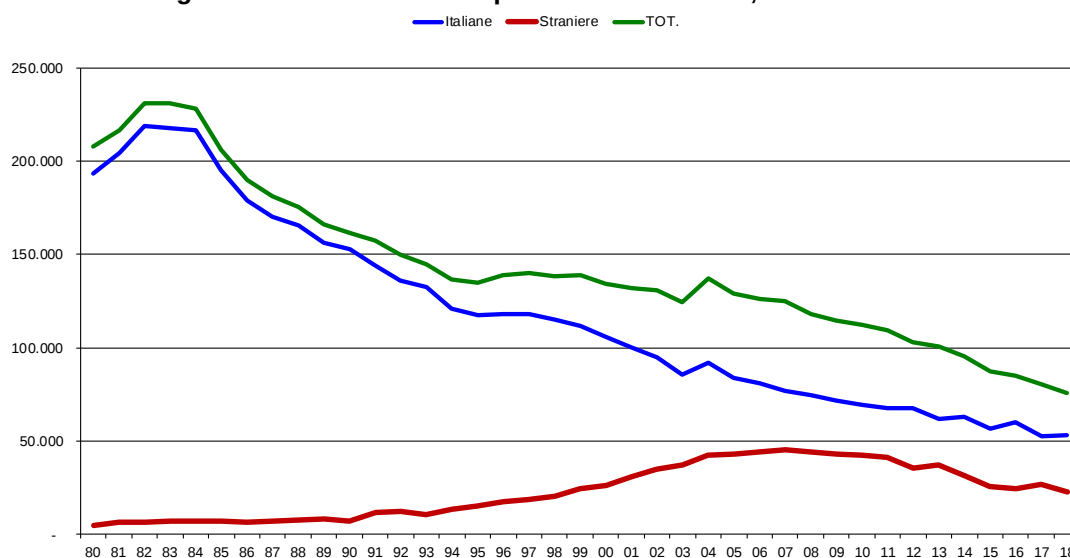
La raccolta sull'informazione sulla cittadinanza delle donne che effettuano IVG in Italia è iniziata in maniera sistematica dal 1995. In quell'anno ci sono state 8.967 donne cittadine straniere che avevano effettuato una IVG in Italia. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo un massimo nel 2007 (40.224 IVG relative a donne con cittadinanza non italiana). Da allora si è osservata una stabilizzazione del numero e successivamente un leggero decremento. Nel 2018, dai dati riferiti dalle Regioni, il valore risulta essere 22.965 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, Regione per Regione, il valore risulta pari a 23.064. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2018, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124.448 nel 1998, a 113.656 nel 2000, 94.095 nel 2005, 76.948 nel 2010, 68.382 nel 2013, 60.384 nel 2015, 59.423 nel 2016, 56.243 nel 2017 e 53.264 nel 2018, avendo ridistribuito in maniera proporzionale per gli ultimi dieci anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'IVG in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata da 234.801 IVG a 53.264, con un decremento percentuale del 77,3%, cioè più di un dimezzamento.

Nel 2018 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 30,3% del dato nazionale, valore identico a quello del 2017, simile a quello del 2016 (30,0%) e in diminuzione rispetto agli anni precedenti (31,1% nel 2015 e 33,0% nel 2014). In generale la popolazione immigrata è soprattutto presente nelle Regioni del Centro Nord dell'Italia e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività, specie in queste Regioni. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 10). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione del numero di IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni.

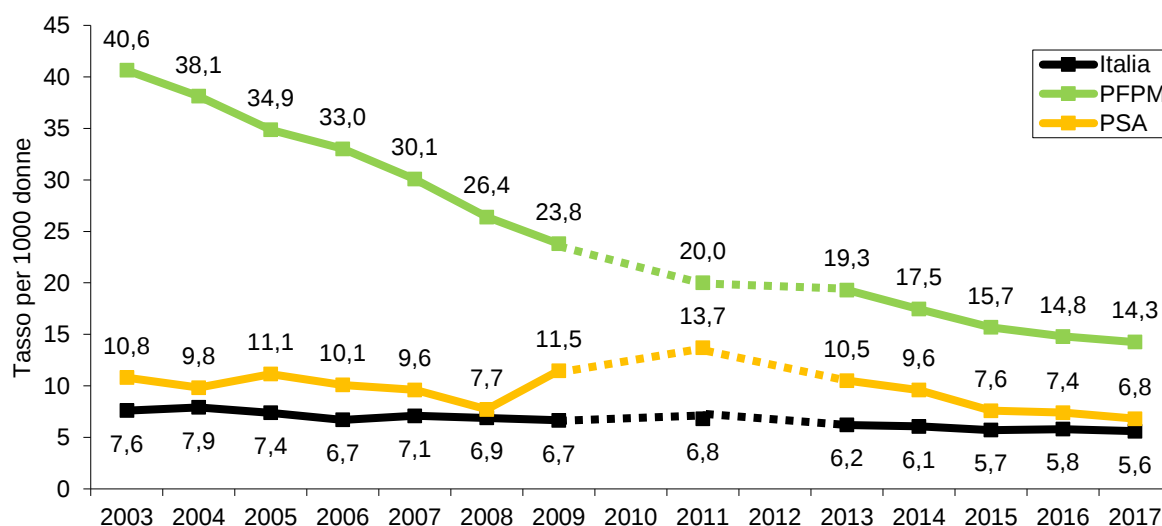
Figura 10 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2018



Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2017 dei tassi di abortività per le donne residenti straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti di cittadinanza (donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria - PFPM¹, da Paesi a Sviluppo Avanzato - PSA - e donne con cittadinanza italiana) si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 11 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, Italia 2003-2017



Fonte: ISTAT

¹ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

È interessante rilevare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono a diminuire nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM erano 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2016 e 2017 tale rapporto risulta uguale a 2,6. Per le donne PSA si tratta di numeri molto piccoli e quindi i valori dei tassi di abortività sono poco stabili e a rischio di forti oscillazioni.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2017 forniti dall'Istat, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2017

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	3,6	10,0
20-24	7,5	25,3
25-29	8,0	21,2
30-34	7,9	18,9
35-39	7,2	15,2
40-44	3,4	6,7
45-49	0,3	0,6
15-49 standardizzato	5,8	14,1

Fonte: Istat.

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le straniere (con un tasso 3,4 volte superiore a quello delle italiane), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra quelle di 25-29 anni (8,0 per 1000) e 30-34 (7,9).

Da studi condotti negli anni dall'ISS e da altri enti emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere può dipendere da una loro scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita, e non da una scelta di utilizzare l'IVG come metodo per il controllo della propria fecondità (Rapporto ISTISAN 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere a evitare gravidanze indesiderate è emersa in più recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia importante offrire un *counselling* sulla procreazione responsabile in occasione del percorso nascita per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di offrire tale *counselling* a tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni Ottanta (ISS. Rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamente indicata nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto dedicato alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che si è concluso a dicembre 2012. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di donne immigrate. Vi hanno

aderito le seguenti Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento. Nel suo ambito è stato organizzato un corso di formazione a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avevano il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel lavoro è stato fornito loro del materiale didattico sotto forma di un DVD prodotto nell'ambito del progetto. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi coinvolti, oltre l'86% delle aziende partecipanti ha formalizzato, da parte delle proprie direzioni, il documento programmatico inerente i dettagli della sperimentazione dei percorsi organizzativi da realizzare nella loro realtà locale e quasi il 92% ha consegnato la relazione finale sulle azioni svolte ed i risultati raggiunti. In generale si sono osservati miglioramenti nelle aree di intervento che, oltre al percorso IVG, hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervicocarcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende, che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre, hanno osservato dei miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile e incrementi di circa il 15-20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG. Infine sono stati prodotti diversi materiali di comunicazione, con il coinvolgimento anche delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue e disponibili sul sito del Ministero della Salute.

I decrementi osservati recentemente nei tassi di abortività tra le donne immigrate sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

2.7 Anamnesi ostetrica

La conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno e la sua evoluzione nel tempo.

Va rilevato un potenziale problema di qualità dei dati nella compilazione del modello D12/Istat in cui, nel caso di donne senza nati vivi o nati morti, aborti spontanei o volontari precedenti, talvolta non vengono compilati i campi corrispondenti alla storia riproduttiva invece di riportare il corretto valore zero. A livello regionale e centrale in questi casi l'informazione è registrata erroneamente come non rilevata oppure bisogna fare un apposito lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati, la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi e/o nati morti, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra Regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati che, nel caso siano di entità non trascurabile (>5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare e registrare anche questa parte del modello D12/Istat e ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture dove ciò si verifica con una certa entità.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli già nati può essere un altro fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna. Nel 2018 il 60,0% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio, percentuale leggermente inferiore a quella osservata nel 2017 (60,9%) e 2016 (60,6%)

e il 37,0% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente).

IVG (%) per parità, 1983-2018

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24,6	22,0	31,5	13,6	8,3
1987	29,3	19,6	31,6	13,0	6,6
1991	35,1	19,5	29,3	11,4	4,8
1995	39,0	19,9	27,4	9,9	3,7
2004*	42,4	22,8	25,2	7,4	2,2
2007*	42,0	23,1	25,3	7,4	2,2
2009*	41,0	23,5	25,6	7,6	2,3
2011*	40,3	23,9	25,6	7,9	2,3
2015*	39,4	23,4	26,4	8,2	2,5
2016*	39,4	23,7	26,2	8,3	2,4
2017*	39,1	23,7	26,1	8,5	2,6
2018*	40,0	23,0	26,0	8,5	2,6

* Nati vivi

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che l'informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12/Istat dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile “nati vivi” può essere usata alla stessa stregua della vecchia variabile “figli” per il confronto con gli anni precedenti. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli fino agli anni 2000, seguita da una stabilizzazione.

Anche in questo caso bisogna considerare che il confronto nel tempo della distribuzione percentuale è determinato dalla diversa l'evoluzione dei tassi di abortività di ciascuna categoria (in questo caso la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1) e dall'evoluzione della parità nella popolazione generale (negli anni sono diminuite le coppie con 2 o più figli).

Il confronto con altri Paesi, presentato nella seguente tabella, mostra per l'Italia percentuali analoghe.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2018) *	40,0	60,0
GERMANIA	(2018)	40,0	60,0
INGHILTERRA E GALLES	(2018)	44,0	56,0
OLANDA	(2017)	47,5	52,5
SPAGNA	(2017)	45,7	53,3
SVIZZERA	(2014)	51,0	49,0
REPUBBLICA CECA	(2016)	35,2	64,8
USA	(2015)	40,7	59,3

* Nati vivi

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2018, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2018

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	49,9	27,8	22,7	26,2	20,7	30,6	6,7	15,4
CENTRO	52,6	30,4	21,1	25,1	20,0	32,0	6,2	12,4
SUD	36,8	21,4	20,4	28,1	29,9	33,7	13,0	16,8
ISOLE	36,5	27,7	21,8	27,7	26,4	27,2	15,3	17,5
ITALIA	45,3	27,7	21,6	26,2	23,8	31,1	9,3	14,9

Elaborazioni su dati Istat.

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2018 la proporzione di quelle con uno o più nati vivi è risultata pari a 50,1% al Nord, 47,4% al Centro, 63,2% al Sud e 63,5% nelle Isole, evidenziando notevoli differenze per area geografica. Le percentuali corrispondenti per le straniere differiscono in maniera meno marcata per area geografica, rispettivamente: 72,2%, 69,6%, 78,6% e 72,3%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2018, l'85,8% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è simile a quello osservato nel 2017 (86,0%) e non si rilevano variazioni nell'andamento del fenomeno, come si può osservare nella tabella seguente. C'è da segnalare che 2 Regioni nel 2018 presentano un numero abbastanza elevato di casi con assenza di informazioni per questa variabile: Puglia e Liguria.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2018

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81,1	13,1	3,8	1,2	0,9
1987	86,1	10,4	2,5	0,6	0,4
1991	87,9	9,4	2,0	0,5	0,3
1995	88,8	8,8	1,8	0,4	0,2
2000	89,4	8,4	1,7	0,3	0,2
2004	88,8	8,6	1,9	0,5	0,3
2007	89,0	8,7	1,7	0,4	0,2
2009	88,1	9,3	1,8	0,4	0,3
2011	87,4	9,9	2,0	0,5	0,2
2015	86,5	10,5	2,2	0,5	0,3
2016	85,9	11,2	2,2	0,5	0,2
2017	86,0	11,1	2,2	0,5	0,2
2018	85,8	11,3	2,2	0,5	0,2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2018 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2018

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18,0	4,5	1,4	1,0	24,9
1987	20,4	6,2	2,1	1,4	30,0
1991	18,9	5,6	1,8	1,2	27,5
1995	17,8	5,1	1,6	1,0	25,5
2000	17,1	5,1	1,6	0,9	24,9
2004	17,6	5,1	1,6	1,1	25,4
2007	18,5	5,5	1,7	1,2	26,9
2009	18,9	5,3	1,6	1,1	27,0
2011	18,8	5,3	1,6	1,1	26,8
2015	19,0	5,3	1,6	1,0	26,9
2016	18,7	5,2	1,5	0,9	26,4
2017	18,3	5,1	1,4	0,9	25,7
2018	18,5	4,8	1,3	0,9	25,5

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto, dopo 40 anni dalla legalizzazione, una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e mantenendo costante il rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato rispetto a quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2018

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2002	2006	2010	2016	2017	2018
osservati	30,0	28,9	27,6	26,3	24,8	24,5	24,3	26,9	27,2	26,4	25,7	25,5
attesi *	36,9	38,3	40,5	42,0	43,0	43,8	44,5	44,6	44,7	44,8	44,8	44,8

* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R. Spinelli A. Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338.

C'è inoltre da tener presente che dagli anni '90 è aumentata l'immigrazione nel nostro Paese e di conseguenza il contributo delle immigrate al fenomeno dell'IVG, come già riportato nel capitolo sulla cittadinanza. Poiché tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane, se si considerassero solo le donne italiane, tale andamento di riduzione e di differenza con il dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne che hanno fatto un'IVG nel 2018, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (34,8% rispetto a 21,4%), anche se in diminuzione nel tempo (lo scorso anno per le straniere il valore era pari a 36,0%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2018

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	Straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16,4	24,2	3,0	7,7	1,1	3,4	20,6	35,2
CENTRO	14,1	23,0	3,1	8,3	1,1	3,6	18,3	34,9
SUD	18,8	22,5	4,9	7,0	2,2	5,5	26,0	35,1
ISOLE	14,6	18,0	3,0	6,7	1,5	3,2	19,1	27,9
ITALIA	16,4	23,5	3,6	7,7	1,5	3,6	21,4	34,8

Elaborazioni su dati Istat.

Per l'anno 2018 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza di IVG ripetute si ha nelle Regioni del Sud, come sempre, con il 26,0% di tutte le IVG. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Liguria (33,9%); al Centro, in Toscana (27,6%); al Sud, in Puglia (34,0%). 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 e registrare 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 per gli aborti ripetuti rimane il più basso a livello internazionale, per i Paesi che riportano questo dato nelle loro statistiche.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2018)	74,5	18,5	4,8	1,3	24,6
	(2017)	74,3	18,3	5,1	2,3	25,7
	(2006)	73,0	18,6	5,5	3,0	27,1
INGHILTERRA E GALLES	(2018)	61,0	n,r,	n,r,	n,r,	39,0
OLANDA	(2017)	65,2	23,0	7,4	4,4	34,8
SPAGNA	(2017)	62,8	24,4	8,2	4,6	37,2
SVEZIA	(2018)	54,8	26,0	---19,2---		45,2
USA	(2015)	56,3	n,r,	n,r,	n,r,	43,7

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, con il quale si attestano lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la stessa, 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 2018 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (44,1%) degli altri servizi (Tab. 16). Le Regioni in cui si osservano nel 2018 valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna (69,8%), PA di Trento (66,4%), Piemonte (64,3%), Marche (60,9%) e Umbria (57,7%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e della carenza di personale.

Le differenze per area geografica si confermano anche quando questo aspetto viene esaminato per cittadinanza; inoltre si osserva un maggior ricorso ai consultori da parte delle straniere rispetto alle italiane:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2018

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	50,7	62,3	22,8	16,0	24,5	20,0	2,0	1,6
CENTRO	43,2	47,9	14,6	17,0	33,0	26,3	9,2	8,8
SUD	27,8	38,5	29,0	22,6	39,5	34,6	3,7	4,2
ISOLE	19,5	28,3	17,6	13,1	61,3	57,8	1,7	0,8
ITALIA	39,3	55,0	22,4	16,8	34,5	24,7	3,8	3,5

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 con presenza, spesso, di mediatore culturale. È confortante rilevare che le straniere, che per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile sono spesso nella stessa condizione delle italiane di 35-40 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. Ciò rappresenta un'ulteriore motivazione 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.

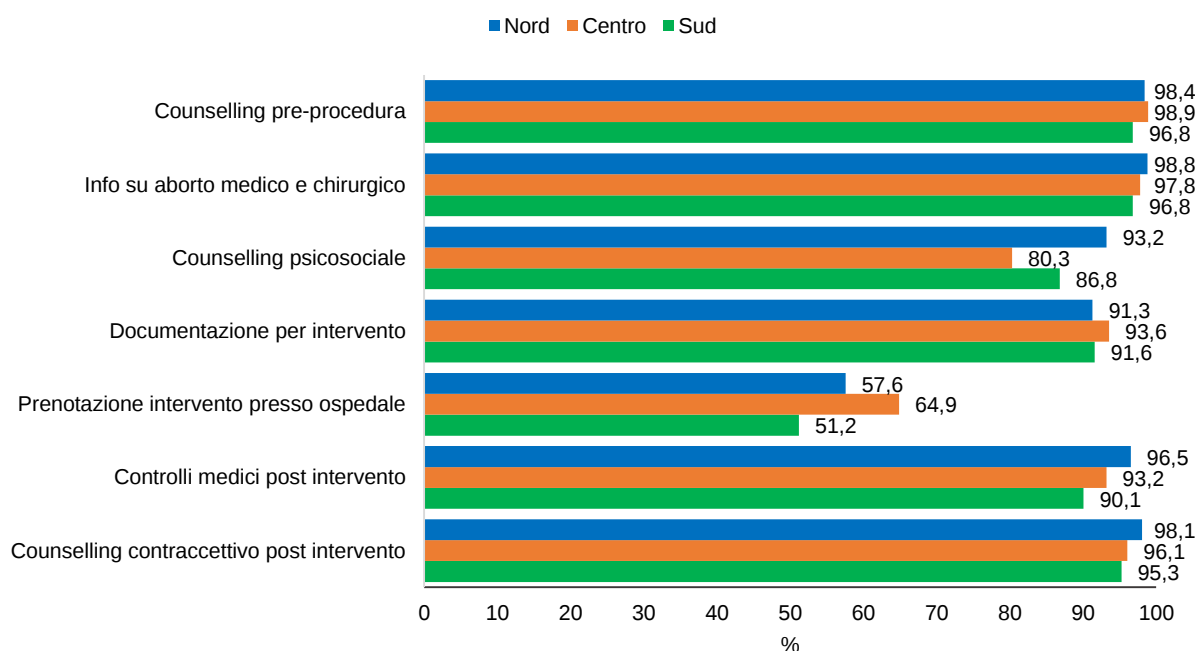
La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2018

	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
2017	21,0	31,3	43,6	4,0
2018	20,8	31,4	44,1	3,8

L'importante ruolo del consultorio nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza è stato evidenziato anche dalla recente indagine promossa dal Ministero della Salute (CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS. All'indagine hanno partecipato tutte le Regioni e la PA di Trento per un totale di 1557 consultori. Nella figura seguente sono riportati i principali risultati sulle attività offerte per l'IVG.

Figura 12 – Attività offerte dai consultori alle donne che accedono al percorso IVG per area geografica



Come si può osservare, quasi tutti i consultori svolgono attività di *counselling* prima della procedura e forniscono informazioni sulla tecnica di intervento, senza differenze per area geografica. Non tutti però riescono ad offrire un *counselling* psicosociale, specie al centro-sud, probabilmente per carenza di personale. Più del 90% fornisce il documento e il certificato necessari per prenotare l'intervento ma solo poco più della metà è in grado di fare la prenotazione, indicazione di un non buon collegamento tra le strutture. Si ricorda, come evidenziato da uno studio dell'ISS, che se il consultorio può garantire la prenotazione, quasi il 100% delle donne si rivolge a questa struttura per le procedure preliminari all'IVG e la gran parte ritorna in consultorio per il controllo successivo. Al momento la gran maggioranza dei consultori offre i controlli medici e il *counselling* contraccettivo post-IVG.

Nel 2018 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0,6 per 20.000 abitanti (Tab. 17), valore uguale a quello degli ultimi 4 anni e leggermente più basso di quello degli anni precedenti, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI (documento ministeriale ancora in vigore) sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 1890 consultori familiari pubblici censiti nel 2018 (erano 1853 nel 2017 e 1944 nel 2016) 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 che, grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'equipe professionale, è in grado di identificare i determinanti di natura sociale e di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, e di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare gravidanze indesiderate e successive IVG.

3.2 Urgenza

Nel 2018 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 21,3% dei casi (Tab. 18) rispetto al 19,2% del 2017, al 16,7% del 2015, al 13,4% del 2013 e all'11,6% del 2011. Questo aumento negli anni può essere un indicatore di problemi di liste di attesa, di carenza 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 (42,7%), in Piemonte (39,5%), nel Lazio (39,1%), in Abruzzo (29,1%), in Emilia Romagna (27,3%) e in Toscana (26,1%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2018 risulta: 19,1% al Nord, 29,8% al Centro, 22,9% al Sud e 9,4% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2018 (Tab. 19) mostra che il 50,9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 48,9% del 2017), il 12,1% a 11-12 settimane e il 5,6% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentata negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41,8% delle IVG), incremento probabilmente, almeno in parte, dovuto all'aumento dell'utilizzo del Mifepristone e prostaglandine, tecnica che viene usata in epoca gestazionale precoce. Inoltre si

riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5,6% nel 2018 e 2017, 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, 15,2% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 10,7% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2018

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	49,6	45,5	29,9	34,9	13,1	15,9	7,4	3,6
CENTRO	53,6	43,9	29,3	38,4	10,7	15,0	6,4	2,6
SUD	61,8	53,1	26,9	32,8	6,6	11,2	4,6	2,8
ISOLE	46,0	40,5	34,8	41,8	11,7	15,5	7,5	2,3
ITALIA	53,3	45,7	29,5	35,8	10,7	15,2	6,5	3,3

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 decima 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 2018 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (3,3%) rispetto alle italiane (6,5%), per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata e a una maggior propensione ad avere gravidanze prima dei 30 anni, quindi a minor rischio di malformazioni fetali 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 2018, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5,8	Marche	5,4
Valle d'Aosta	4,1	Lazio	5,2
Lombardia	6,3	Abruzzo	5,7
Bolzano	7,8	Molise	2,1
Trento	5,3	Campania	2,3
Veneto	7,8	Puglia	6,1
Friuli Venezia Giulia	7,3	Basilicata	4,8
Liguria	5,1	Calabria	6,2
Emilia Romagna	4,9	Sicilia	6,3
Toscana	5,0	Sardegna	8,1
Umbria	4,0		
		ITALIA	5,6

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Sardegna, Veneto, nella PA di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia. Alcune Regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile: Sardegna (18,5%), Puglia (16,3%), Basilicata (15,0%) e Liguria (8,8%). Si sottolinea ancora una volta l'importanza da parte dei professionisti che operano nelle strutture di riportare e registrare tutte le informazioni richieste dalla legge 194 sui modelli D12/Istat e da parte dei referenti regionali di monitorare che questo avvenga, individuando le strutture presso le quali questa omissione è più frequente.

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. Nel tempo queste differenze della settimana gestazionale per età stanno diminuendo.

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

IVG oltre la 12a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2018)	76328	6,5	5,6
	(2017)	80733	7,5	5,6
	(2006)	131018	11,1	2,9
GERMANIA	(2017)	101209	7,3	2,7
INGHILTERRA E GALLES	(2017)	189859	16,5	10,0
NORVEGIA	(2017)	12733	12,4	4,2
OLANDA	(2016)	30144	8,5	18,4
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10,3	4,5
SPAGNA	(2016)	93131	10,3	7,0
SVEZIA	(2017)	37000	20,0	6,4
SVIZZERA	(2017)	10015	6,2	5,0
USA	(2015)	638169	11,8	8,9

* 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: da 59,6% nel 2011 a 62,3% nel 2013, 65,3% nel 2015, 68,8% nel 2017 e 70,2% nel 2018 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 10,8% nel 2018 rispetto a 15,7% nel 2011, 14,6% nel 2013, 13,2% nel 2015 e 10,9% nel 2017. 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 (2,3% nel 2018 rispetto a 2,5% nel 2014 e 4,2% nel 2010). Tuttavia nel 2018 questa mancanza del dato ha raggiunto il 15,7% dei casi in Campania.

Il tempo di attesa rispetto alla cittadinanza della donna e all'area geografica dove l'intervento è stato effettuato è riportato nella tabella seguente.

IVG (%) per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2018

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	69,6	68,3	19,8	21,4	7,7	7,9	2,9	2,4
CENTRO	75,6	71,4	15,8	18,1	5,9	7,7	2,7	2,7
SUD	76,3	72,7	15,4	16,8	5,7	6,4	2,5	4,2
ISOLE	68,7	64,5	17,7	21,9	9,3	8,5	4,3	5,1
ITALIA	72,6	69,4	17,5	20,1	7,0	7,7	2,9	2,8

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 2018 in particolare in Umbria (23,7% delle IVG), Veneto (20,6%) e Calabria (17,4%).

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 2018 la distribuzione degli interventi per tipologia di struttura (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2018

	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
2017	95,6	4,4	0,0
2018	95,2	4,8	0,0

La quasi totalità delle IVG (95,2% nel 2018) 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, in Campania, nella PA di Trento e nelle Marche la percentuale di interventi effettuati in casa di cura è superiore della media nazionale, 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, 2018

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98,5	98,3	1,5	1,7
CENTRO	99,1	98,6	0,9	1,4
SUD	87,5	93,0	12,5	7,0
ISOLE	95,1	95,8	4,9	4,2
ITALIA	95,2	97,7	4,8	2,3

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 stabilimenti con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e stabilimenti che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). In totale sono stati notificati 558 stabilimenti di cui 362 effettuatori l'IVG (64,9% del totale). Nei tre anni precedenti il numero di stabilimenti era superiore (592 nel 2017, 614 nel 2016 e 648 nel 2015) ma era leggermente inferiore la proporzione di stabilimenti effettuatori sul totale di quelli che potenzialmente potrebbero farlo (59,4% nel 2015, 60,4% nel 2016 e 64,5% nel 2017). Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2018 si va da un minimo di 27,5% in Campania e 28,6% nella PA di Bolzano a 100% in Valle d'Aosta, 96,6% in Toscana e 93,3% in Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Come indicato in Tab. 24, nel 2018 permane elevato (52,8%) 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, 64,5% nel 2016 e 59,0% nel 2017. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile. La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 19,2% dei casi (in aumento rispetto al 2,0% del 2012, il 4,5% del 2013, l'8,0% del 2014, il 10,1% nel 2015, il 12,8% nel 2016 e il 16,6% del 2017) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi in Molise a 51,3% 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 a 21,3% dei casi nel 2018. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento del ricorso al Mifepristone+prostaglandine come tecnica per l'IVG.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 3,0% degli interventi (6,6% nel 2012), tendenza in diminuzione e 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: nel 2018 le percentuali salgono a 68,6% per l'anestesia generale, 3,6% per l'anestesia locale e 24,9% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2018.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2018

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	45,3	49,2	2,6	2,6	4,1	3,0	23,1	25,3	24,9	20,0
CENTRO	46,0	51,4	5,8	7,7	1,1	0,5	15,9	21,1	31,3	19,3
SUD	65,7	65,9	1,3	2,5	1,7	0,6	9,3	12,7	22,1	18,3
ISOLE	61,1	62,9	0,4	1,0	1,7	1,2	21,2	22,8	15,5	12,1
ITALIA	52,9	52,0	2,6	3,7	2,6	2,1	17,6	22,9	24,3	19,3

Elaborazioni su dati Istat.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare con le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2018 (Tab. 25), sebbene permane un 10,8% di interventi effettuati con raschiamento, in diminuzione rispetto al 2017 e 2016 ma in aumento rispetto agli anni precedenti. L'incremento osservato dopo il 2015 può essere in parte dovuto al contributo della Lombardia, Regione dove questa metodica è abbastanza diffusa e che solo dal 2016 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, 1983-2018

	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
2017 ^a	11,6	16,0	50,5	22,0
2018 ^a	10,8	16,6	47,0	25,7

* 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 e insulari (soprattutto in Sardegna e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata nel 37,8% e 27,5% dei casi rispettivamente, come negli anni precedenti), in Friuli Venezia Giulia (25,0%), in Valle D'Aosta (24,1%), in Calabria (21,3%) e in Lombardia (16,1%), a fronte di valori contenuti in diverse altre Regioni (meno del 5% in Molise, Basilicata, Umbria, Campania, Puglia e PA di Trento). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso.

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

(%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2018

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	10,5	11,2	21,6	21,9	38,3	44,2	1,9	1,3	25,2	20,0	1,2	0,7
CENTRO	12,5	11,7	14,6	17,6	39,7	51,5	1,2	0,5	29,0	17,3	1,2	0,3
SUD	6,9	10,9	7,5	6,2	62,1	64,3	3,4	3,3	17,9	14,1	1,9	1,1
ISOLE	17,8	16,4	13,7	13,3	50,5	57,5	3,2	2,1	10,5	8,0	3,1	2,1
ITALIA	10,7	11,5	15,4	18,9	46,6	48,6	2,4	1,4	22,3	18,2	1,6	0,7

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 (a partire dal 2005) alcuni istituti in Italia hanno iniziato ad utilizzare come tecnica per l'intervento il metodo 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. L'uso però è stato però indicato entro la settimana settimana di gestazione e con ricovero presso la struttura, a differenza di altri Paesi.

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 risultarono 3836 IVG nel 2010 (3,3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 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. Dal monitoraggio non emersero particolari criticità. 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 2018 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, così 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 presente in tutte le Regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2018 di questo metodo:

Anno	2005	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	8114	10257	11134	13255	14267	15750
% sul totale IVG	0,1	0,7	3,3	6,7	9,7	12,9	15,2	15,7	17,8	20,8
N. Regioni	2	5	18	20	20	21	21	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 che lo effettuano. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Piemonte (44,1% di tutte le IVG nel 2018), Liguria (38,0%), Emilia Romagna (36,9%), Toscana (29,3%) e Puglia (27,8%), come riportato in tabella 25.

Queste percentuali aumentano se si considerano solo le IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione (epoca gestazionale massima in cui si raccomanda di usare questa metodica in Italia), con un intervento su 2 fatto con tale metodica.

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 2018, l'88,5% delle IVG effettuate con Mifepristone+prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009).

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, molte donne (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. Comunque nel 95% dei casi queste 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 con isterosuzione o per 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.

Nel 2018, utilizzando i dati Istat, è stato possibile rivalutare l'entità delle complicanze in caso di utilizzo del Mifepristone+prostaglandine. Nel 96,5% dei casi non sono state riportate complicanze immediate (percentuale simili a quella del 2010-11), e solo nel 2,4% dei casi è stato necessario ricorrere all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina per terminare l'intervento, indicando un miglioramento negli anni dell'effettuazione della procedura.

3.8 Durata della degenza

Nell'88,5% delle IVG del 2018 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4,8% 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, come evidenziato dalla tabella seguente.

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2018

	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
2017	90,1	3,8	6,1
2018	88,5	4,8	6,7

Confrontando i dati delle varie Regioni vengono confermate nette differenze, con percentuali maggiori di degenze di 2 o più giorni in Piemonte, Abruzzo, Sicilia e Sardegna.

La variazione della durata della degenza tra 2017 e 2018 nelle quattro aree geografiche è illustrata nella tabella seguente, mostrando una diminuzione della degenza inferiore a un 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 alle Regioni di analizzare 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, 2017-2018

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
NORD	88,3	84,9	4,7	6,5	7,2	8,6
CENTRO	95,9	95,7	1,4	1,8	2,7	2,4
SUD	91,1	91,6	3,4	2,8	5,5	5,6
ISOLE	83,8	82,6	5,8	7,7	10,5	9,7
ITALIA	90,1	88,5	3,8	4,8	6,2	6,7

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2018 sono state registrate 5,6 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) valore identico a quello del 2017 e inferiore a quello del 2016 e 2015 (6,0 e 7,3 per 1000, rispettivamente), in particolare della voce “altro” (che invece era aumentata in precedenza). L'emorragia è la complicanza più frequente (2,5 per 1000). Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale. Nel 2018 dal Sistema di sorveglianza sull'IVG (che raccoglie solo le complicanze rilevate durante il ricovero) e da quello sulla Mortalità Materna non sono state riportate morti collegate a questo intervento. Nel nostro Paese il numero di donne

morte la cui causa è in qualche maniera collegabile all'IVG, da quando è in vigore la legge 194, è molto basso e inferiore a quello indicato in letteratura per tale causa.

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. Sebbene alcune Regioni stanno ancora aggiornando i loro sistemi di raccolta dati a tal fine, nel 2018 questa complicanza è stata riportata per 554 IVG (0,7% di tutte le IVG).

OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2018)

1. Andamento generale

Ad integrazione dei dati rilevati dal sistema di sorveglianza IVG, in continuità con le Relazioni presentate al Parlamento negli ultimi anni, si riportano i dati sull'offerta del servizio IVG e sull'obiezione di coscienza, raccolti attraverso un monitoraggio ad hoc avviato a partire dal 2013.

Infatti, i dati relativi all'obiezione di coscienza non sono inseriti nei modelli D12 Istat per la rilevazione delle IVG ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza ISS attraverso il questionario trimestrale nel quale ciascuna Regione indica il numero complessivo delle unità di personale interessato obiettore (con il dettaglio per categoria professionale: medici, anestesisti, professioni sanitarie non mediche) e non obiettore (con analogo dettaglio per categoria professionale). La richiesta si riferisce a tutto il personale operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e/o ginecologia, anche se le Regioni non sempre forniscono il dato in questa forma.

Il Ministero della Salute, al fine di approfondire quale sia l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla disponibilità di accesso al servizio IVG da parte delle donne e rispetto al carico di lavoro degli operatori sanitari non obiettori, effettua un monitoraggio ad hoc, acquisendo dalle Regioni i dati di dettaglio a livello di singola struttura ospedaliera, e calcola uno specifico indicatore che rappresenta il carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore che effettua l'IVG.

La Tabella 28 - *Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG* presenta i dati relativi a ciascuna Regione, in valore assoluto e percentuale, relativi al personale obiettore per categorie professionali. Nel 2018, la quota di obiezione di coscienza risulta elevata, specialmente tra i ginecologi (69,0% rispetto al 68,4% dell'anno precedente).

Tra gli anestesisti la percentuale di obiettori è più bassa, con un valore nazionale pari a 46,3%, in lieve aumento rispetto all'anno precedente (45,6%). Ancora inferiore, rispetto ai medici e agli anestesisti, è la proporzione di personale non medico che ha presentato obiezione nel 2018: 42,2%.

Per tutte e tre le categorie professionali i dati rilevati dal Sistema di Sorveglianza evidenziano una significativa variabilità per area geografica e per Regione.

Si sottolinea 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.

Inoltre, 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 specificamente 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 nelle precedenti Relazioni al Parlamento, 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 – sia rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato, considerando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore.

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, in continuità con gli ultimi tre anni, è stata la valutazione anche dell'eventuale numero di non obiettori assegnati dalle amministrazioni stesse a servizi non di IVG.

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, è stato concordato di stimare i seguenti parametri al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale (solo per il parametro 3 a livello di singola struttura di ricovero).

Si illustrano quindi nel dettaglio i tre parametri:

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita;*
- ✓ **parametro 3:** *Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.*

che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali, calcolati con riferimento all'anno 2018.

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 2018, risulta pari a 558 (erano 591 nel 2017), mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2018 risulta pari a 362, cioè il 64,9% del totale (era il 64,5% nel 2017 e il 60,4% nel 2016). Si è verificato, quindi, un lieve aumento percentuale di strutture disponibili, questo sicuramente anche a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione al DM 70/2015.

Le tabelle che seguono mostrano il confronto, in valori assoluti, fra il totale degli stabilimenti con reparto di ginecologia e/o ostetricia e i punti IVG per ogni Regione nell'anno 2018; i dati

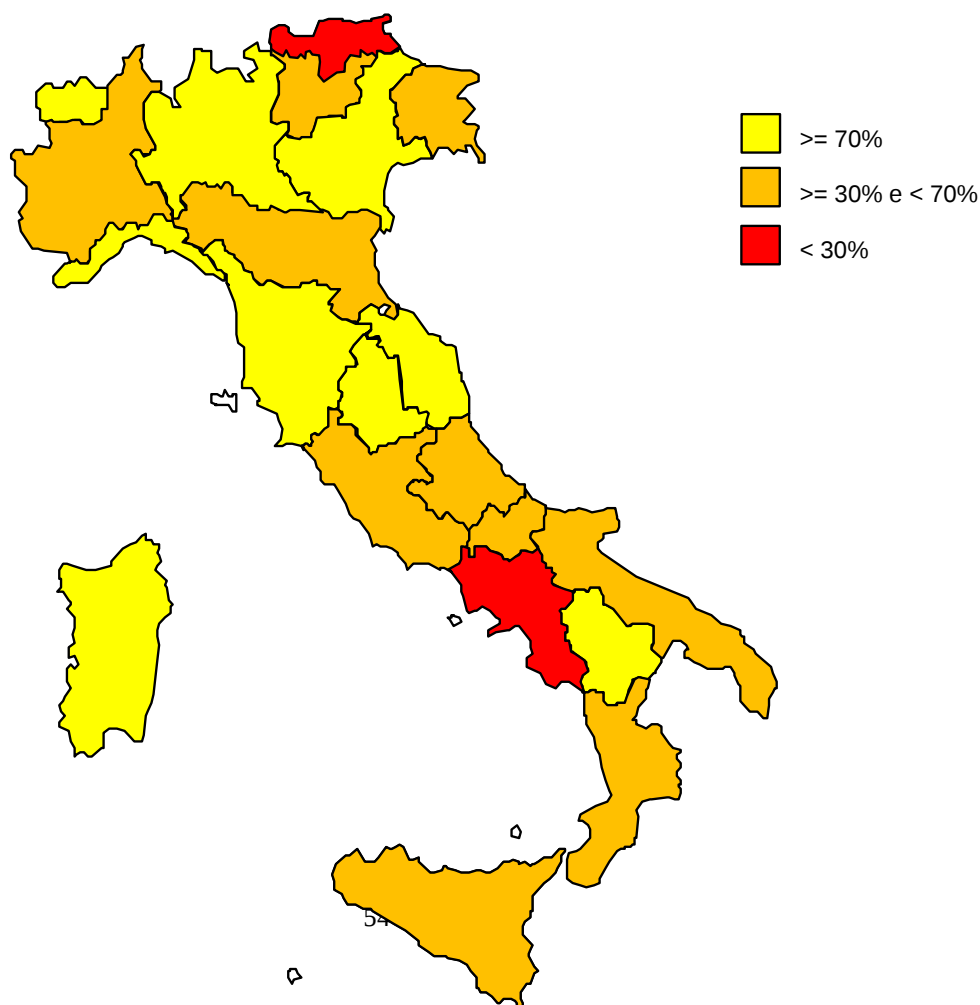
confermano quanto rilevato negli anni precedenti, e cioè che solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) si rileva un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nella Figura 13. In 9 Regioni la percentuale di punti IVG risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e P.A. il valore medio dell'indicatore è pari al 58%. Si conferma, anche per l'anno 2018, l'adeguata copertura della rete di offerta.

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 2018

Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	41	27	65,8%	Marche	14	12	85,7%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	41	21	51,2%
Lombardia	65	61	93,8%	Abruzzo	15	9	60,0%
P.A. Bolzano	7	2	28,5%	Molise	3	1	33,3%
P.A. Trento	7	4	57,1%	Campania	69	19	27,5%
Veneto	42	33	78,5%	Puglia	31	20	64,5%
Friuli V. Giulia	14	9	64,2%	Basilicata	5	4	80,0%
Liguria	15	14	93,3%	Calabria	14	8	57,1%
Emilia-Romagna	52	32	61,5%	Sicilia	58	30	51,7%
Toscana	29	28	96,5%	Sardegna	21	15	71,4%
Umbria	14	12	85,7%	Italia	558	362	64,9%

Fonte dati: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei Consulteri, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della L. 194/78.

Figura 13 - Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2018



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 dei servizi del SSN riferiti 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 558 strutture nazionali con reparto di ostetricia e/o ginecologia, censite nel 2018, 418 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dati Cedap 2017 – Monitoraggio del Comitato Percorso Nascita Nazionale a maggio 2019), pari al 74,9% del totale.

I nati vivi in Italia nel 2018 sono stati 439.747 (fonte ISTAT); nello stesso anno le IVG sono state 76.328, con un rapporto di 5,8:1 (l'anno precedente era 5,7:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1,1:1, come per l'anno precedente.

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 per l'anno 2018.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3,0 punti nascita, contro 2,9 punti IVG.

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.

Numero dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), Anno 2018

Regione	n° di punti nascita per 100.000 donne in età fertile	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100.000 donne in età fertile	Regione	n° di punti nascita per 100.000 donne in età fertile	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100.000 donne in età fertile i
Piemonte	3,3	3,2	Marche	3,9	3,9
Valle d'Aosta	4,0	4,0	Lazio	2,2	1,7
Lombardia	2,8	2,9	Abruzzo	3,4	3,4
P.A. Bolzano	4,4	1,8	Molise	4,9	1,6
P.A. Trento	3,6	3,6	Campania	1,4	1,4
Veneto	3,5	3,3	Puglia	3,0	2,3
Friuli Venezia Giulia	4,3	3,9	Basilicata	4,3	3,4
Liguria	3,9	4,9	Calabria	3,1	1,9
Emilia-Romagna	3,0	3,5	Sicilia	4,2	2,8
Toscana	3,1	3,8	Sardegna	4,2	4,5
Umbria	4,5	6,8	Italia	3,0	2,9

Fonte dati per i Punti Nascita: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei Consulteri, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della L. 194/78.

Scendendo nel dettaglio, in circa la metà delle Regioni il numero di punti IVG è maggiore o

uguale rispetto a quello dei punti nascita (Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. di Trento, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Campania, Sardegna).

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 è 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.

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 2018 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 effettuata dal Ministero, è variato di poco rispetto agli anni precedenti; in generale si registra per quasi tutte le Regioni un dato stabile o in leggera diminuzione, fatta eccezione per Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e di Trento e Emilia Romagna, in cui si rileva un lieve aumento.

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 3,8 del Molise, con una media nazionale di 1,2 IVG a settimana, dato stabile rispetto all'anno precedente.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2015-18 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) e valori massimi per singola struttura IVG – anno 2018 – Dati calcolati attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore				
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Valore massimo per singola struttura IVG
Piemonte	1,3	1,3	1,1	1,1	2,3
Valle D'Aosta	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Lombardia	2,7	n.d.	1,2	1,1	8,3
P.A. Bolzano	1,1	1,2	2,3	2,4	8,4
P.A. Trento	0,8	0,8	0,7	0,9	1,6
Veneto	1,2	1,2	1,2	1,2	5,9
Friuli Venezia Giulia	0,6	0,6	0,5	0,5	1,8
Liguria	1,2	1,3	1,0	1,0	3,4
Emilia-Romagna	0,8	0,7	0,7	0,8	7,9
Toscana	1,0	1,0	0,9	0,8	3,5
Umbria	1,0	1,1	1,1	0,8	4,8
Marche	0,8	0,8	0,9	0,8	2,8
Lazio	3,8	2,6	2,4	2,0	6,9
Abruzzo	2,4	2,4	2,1	1,7	3,0
Molise	8,1	9,0	8,6	3,8	3,9
Campania	0,0 (**)	1,4 (**)	3,6	NP	NP
Puglia	3,0	3,0	2,7	2,0	14,6
Basilicata	2,5	2,5	3,1	1,5	2,0
Calabria	1,9	1,9	1,7	1,6	9,5
Sicilia	2,1	1,7	1,9	1,2	6,3
Sardegna	0,6	0,6	0,5	0,4	1,3
ITALIA	1,3	1,6	1,2	1,2	

Fonti dati: Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della L. 194/78; numerosità delle IVG per singolo presidio ospedaliero rilevata dalla piattaforma web ISTAT "Gino++"
 (**) dato pervenuto in maniera parziale

Il rapporto tra non obiettori e IVG effettuate, quindi, appare abbastanza stabile a livello nazionale negli ultimi anni; eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale.

L'analisi del carico di lavoro settimanale attribuibile ad ogni ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero nel 2018, evidenzia solo 2 Regioni dove si registra un carico di lavoro superiore alle 9 IVG a settimana (14,6 in Puglia e 9,5 in Calabria), come si osserva nella precedente tabella.

Inoltre si segnala che alcune strutture hanno dichiarato di 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".

In continuità con quanto già fatto a partire dal 2014, anche per il 2018, inoltre, è stato chiesto alle Regioni se ci fossero ginecologi non obiettori non assegnati al servizio IVG. Per le Regioni che hanno inviato tali informazioni emerge che il 15% dei ginecologi non obiettori nel 2018, è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza. Si tratta di una quota rilevata in 175 strutture di undici Regioni: Piemonte, P.A. Bolzano, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Molise, Puglia, Basilicata, 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. 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.

Va anche ricordato che la concentrazione di alcune prestazioni sanitarie, come ad esempio l'IVG, in alcune strutture potrebbe essere il risultato di una programmazione delle amministrazioni, nell'ambito della riorganizzazione delle reti dei servizi sanitari. 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 ed è stato proposto ai referenti regionali per una buona programmazione dei servizi.

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

3. Attività dei consultori familiari per l'IVG

Anche per il 2018 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati per il 79% dei consultori. E' stato richiesto, come gli anni precedenti, 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).

Dai dati raccolti, come negli anni passati emerge un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (44.222 colloqui vs 31.234 certificati rilasciati), ciò 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).

Per quanto riguarda i controlli post IVG risulta un numero minore rispetto a quello dei certificati rilasciati, in parte ciò è dovuto al fatto che il colloquio post IVG viene registrato, in molti consultori, nei flussi informativi come generica visita di controllo e quindi alcune Regioni hanno fornito un dato parziale. Tuttavia ciò è anche un segnale che è necessario ancora puntare su una migliore integrazione ospedale-territorio. 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 è importante promuoverla e implementarla ulteriormente.

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - Anno 2018

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati (*)	Colloqui IVG	Certificati IVG	Controlli post IVG	TOTALE IVG Anno 2018
Piemonte	125	5.015	4.648	2.081	6.391
Valle d'Aosta	4	-	13	-	145
Lombardia	196	4.939	4.453	1.932	12.915
P.A. Bolzano	3	40	14	8	524
P.A. Trento	11	633	473	395	636
Veneto	104	3.148	2.304	761	4.619
Friuli Ven. Giulia	35	1.978	528	620	1.378
Liguria	40	816	884	110	2.257
Emilia Romagna	263	9.031	4.281	2.053	6.874
Toscana	116	3.570	2.715	1.514	5.337
Umbria	47	889	728	250	1.043
Marche	27	1.484	1.304	672	1.537
Lazio	127	5.842	3.511	1.470	8.287
Abruzzo	55	552	298	91	1.533
Molise	1	34	34	22	338
Campania	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	6.696
Puglia	139	2.743	2.166	1.081	6.354
Basilicata	32	450	332	152	513
Calabria	61	795	642	284	1.887
Sicilia	189	1.917	1.595	658	5.450
Sardegna	59	346	311	126	1.614
ITALIA	1.634	44.222	31.234	14.280	76.328

Fonte dati: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei Consultori, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della L. 194/78.

(*) incluse le sedi secondarie

L'importante ruolo del consultorio nella prevenzione dell'IVG e il supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza è stato evidenziato anche dalla recente indagine promossa dal Ministero della Salute (CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS. Nel capitolo relativo alla Modalità di svolgimento dell'IVG della presente Relazione sono riportate le principali evidenze emerse dal progetto CCM in merito alle attività offerte dai Consultori per l'IVG.

TABELLE 2018

Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
Tabella 2 – Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento 2017 - 2018
Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
Tabella 4 – Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 2007 - 2018
Tabella 5 - IVG ed età
Tabella 6 - IVG per classi di età
Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di 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 rilascio documento o 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 per età della donna
Tabella 21 – Tempi di attesa tra certificazione ed intervento
Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
Tabella 23bis - Stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia o solo 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
Tabella 29 – Valori assoluti, tassi e rapporti di abortività per Regione di intervento e per Regione di residenza
Tabella 30 - Valori assoluti
Tabella 31 - Tassi di abortività
Tabella 32 - Rapporti di abortività