



*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 PRELIMINARI 2012*
- ✓ *DATI DEFINITIVI 2011*

**Roma, 13 settembre 2013**

## **Indice**

PRESENTAZIONE .....	1
DATI PRELIMINARI ANNO 2012.....	9
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2011 .....	13
<b>1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO .....</b>	<b>13</b>
1.1.Valori assoluti .....	13
1.2.Tasso di abortività.....	14
1.3.Rapporto di abortività .....	16
<b>2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG .....</b>	<b>17</b>
2.1.Classi di età.....	17
2.2.Stato civile .....	20
2.3.Titolo di studio.....	21
2.4 Occupazione.....	22
2.5.Residenza .....	23
2.6.Cittadinanza .....	23
2.7.Anamnesi ostetrica.....	27
2.7.1 Numero di nati vivi .....	27
2.7.2 Aborti spontanei precedenti .....	29
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti .....	29
<b>3. MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'IVG .....</b>	<b>31</b>
3.1.Documentazione e certificazione.....	31
3.2.Urgenza .....	32
3.3.Epoca gestazionale.....	32
3.4.Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento .....	34
3.5.Luogo dell'intervento .....	35
3.6.Tipo di anestesia impiegata.....	36
3.7.Tipo di intervento.....	37
3.8.Durata della degenza.....	39
3.9.Complicanze immediate dell'IVG.....	40
3.10.Obiezione di coscienza .....	40
TABELLE .....	44

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2011 e quelli preliminari per l'anno 2012 sull'attuazione della legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, nell'esecuzione dell'IVG e sulle sue modalità di esecuzione. Le Regioni provvedono a raccogliere queste informazioni dalle strutture e ad analizzarle per rispondere ad un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS e dal Ministero, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni; quindi, con la collaborazione dell'Istat, procede all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia.

Dalla sua attivazione nel 1980, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e fornire indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno permesso l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute e per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento. Lo stesso Sistema di Sorveglianza ha consentito di verificare le ipotesi formulate per il ricorso all'IVG e l'efficacia dei programmi di prevenzione, quando realizzati.

Anche per il 2011, come accaduto per gli ultimi anni, sono stati rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12. In alcune Regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'integrazione quest'anno, grazie al lavoro svolto dalle Regioni e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza, ha riguardato un numero inferiore di casi rispetto al 2010. Molti referenti regionali hanno fatto presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG.

In qualità di Ministro della Salute, sottolineo l'importanza di questa raccolta dati e sollecito, quindi, tutte le Regioni e le realtà locali (ASL e strutture) ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema di Sorveglianza epidemiologica sulle IVG (come risulta dal confronto con altri paesi), anche utilizzando a tal fine la consulenza tecnica messa a disposizione delle istituzioni centrali (ISS, Ministero della Salute e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

La legge 194 è molto chiara a questo proposito. L'art. 16 così recita "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".

Sarà mia cura attivare un'opportuna azione congiunta tra Ministero e ISTAT nei confronti delle Regioni, delle Aziende Sanitarie e delle strutture finalizzata a superare quei problemi segnalati dal Sistema di Sorveglianza nella compilazione e trasmissione dei Modelli ISTAT D12.

Si ribadisce, tuttavia, come già indicato in precedenti documenti, la pratica impossibilità da parte delle Regioni 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). Si ricorda, comunque, che l'Italia dispone e pubblica i dati sull'IVG in maniera più completa e tempestiva di molti altri Paesi europei.

Per quanto riguarda l'andamento del fenomeno, dopo un iniziale aumento dal 1978 al 1983 per l'emersione dell'aborto dalla clandestinità, la cui entità prima della legalizzazione era stimata tra i 220 e i 500 mila aborti l'anno, nel nostro Paese si è osservata una costante diminuzione dell'IVG. Nel 2012 sono state effettuate 105'968 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 4.9% rispetto al dato definitivo del 2011 (111'415 casi) e un decremento del 54.9% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2012 è risultato pari a 7.8 per 1000, con un decremento dell'1.8% rispetto al 2011 (8.0 per 1000) e un decremento del 54.7% rispetto al 1982 (17.2 per 1000). Il valore italiano è tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

Dal 1983 il tasso di abortività è diminuito in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Tra le minorenni, nel 2011 è risultato pari a 4.5 per 1000 (stesso valore del 2010), con livelli più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. 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. Ad esempio, dal paragone con i più recenti valori pubblicati da altri paesi (paragrafo 2.2.1) si osserva per le donne con meno di venti anni: in Italia nel 2011 il tasso di abortività è stato pari al 6.4 per 1000 (era il 7.2 nel 2008); nello stesso anno in Inghilterra e Galles è stato il 20 per 1000, in Svezia il 19.8 per 1000, in Spagna il 13.7; in Francia nel 2009 era il 15.2; negli USA nel 2010 era il 19.8.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) in Italia nel 2012 è risultato pari a 200.8 per 1000 con un decremento del 2.5% rispetto al 2011 (206.0 per 1000) e un decremento del 47.2% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

L'analisi delle caratteristiche delle donne che hanno effettuato un'IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2011, mostra che ormai un terzo del fenomeno è costituito da donne con cittadinanza estera (34.3% del totale delle IVG). Tale contributo è andato crescendo negli anni, in particolare dagli anni '90 (nel 1995 tale percentuale era pari al 7%). Ultimamente si è osservata una stabilizzazione di tale percentuale. Questo aumento del contributo delle straniere ha influito sull'andamento generale dell'IVG in Italia, determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005, 90'587 nel 2006, 86'014 nel 2007, 81'756 nel 2008, 79'535 nel 2009, 76'948 nel 2010 e 73'468 nel 2011 con una riduzione del 4.5% rispetto al 2010 e del 43.7% rispetto al 1996, riduzioni maggiori di quelle che si osservano se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia.

A fine 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Ciò ha permesso di calcolare i tassi di abortività per le sole cittadine italiane e per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria<sup>1</sup>, da Paesi a Sviluppo Avanzato 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

---

<sup>1</sup> 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.

quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM). Nel 2009 il tasso per le italiane è risultato pari a 6.7 per 1000 per le cittadine italiane di età 15-49 anni, a 11.5 per 1000 nelle cittadine di Paesi a Sviluppo Avanzato e a 23.8 per 1000 in quelle di Paesi a Forte Pressione Migratoria, (valore pari a 40.7 nel 2003), indicando che, nonostante la diminuzione negli anni, ancora quest'ultimo gruppo di donne ha livelli di abortività molto più elevati delle italiane.

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle donne straniere, nella presente relazione, al fine di una più accurata descrizione del fenomeno vengono riportate, per le variabili significative, le distribuzioni di frequenza distinte per cittadinanza italiana e straniera, grazie alla collaborazione con l'Istat. Tuttavia occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, vanno valutati con cautela perchè possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana.

In generale, nel corso degli anni, le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate.

La maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane (riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale), l'aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto al costante incremento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante. Va però segnalato che negli ultimi 5 anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40'000 casi. Per approfondire la tematica del ricorso all'IVG tra le donne straniere, come già segnalato nella Relazione dello scorso anno, nel 2004 l'ISS ha condotto un'indagine (i risultati sono stati pubblicati nel rapporto ISTISAN 06/17) che evidenzia come, anche per le straniere, il ricorso all'aborto rappresenta nella maggioranza dei casi una estrema ratio, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per evitare la gravidanza. Le donne intervistate hanno, a fronte di una buona attitudine alla procreazione responsabile, scarse conoscenze sulla fisiologia della riproduzione e spesso non possiedono le competenze necessarie per l'impiego corretto degli anticoncezionali.

Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del fenomeno. L'attività di informazione e counselling necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo sono più difficili e impegnative in donne in condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso. Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi. A questo proposito, il Ministero della Salute/CCM nel 2010 ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", e a cui hanno aderito 10 regioni, ha sperimentato un percorso formativo a cascata per i professionisti coinvolti nella prevenzione dell'IVG, un tipo di approccio e di organizzazione dei servizi che ne favorisca l'accesso e il coinvolgimento delle donne (in particolar modo quelle straniere) secondo le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile e la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate. Il progetto ha prodotto risultati incoraggianti, ad esempio 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.

Per quanto riguarda la quantificazione degli aborti clandestini nel Paese, nel 2008 l'ISS ha provveduto a fornire una stima aggiornata degli aborti clandestini, dopo gli ultimi calcoli effettuati per il 2001. La stima, pari a 15'000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia meridionale, è relativa all'anno 2005 (ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso). Si ricorda che questo dato riguarda solo le donne italiane, in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100'000 casi nel 1983).

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.8%, valore simile a quello rilevato negli anni 2007-2010. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 21.0% per le italiane e 37.9% per le straniere (21.6% e 38.0%, rispettivamente, nel 2010). È da tener presente che per le italiane il valore è costante da alcuni anni ed è meno della metà di quanto ci si dovrebbe attendere (45%) nell'ipotesi di costanza, a trent'anni dalla legalizzazione dell'aborto, dei comportamenti riproduttivi e del rischio di gravidanza indesiderata, come stimato con modelli matematici dall'ISS. Questo dato conferma quindi la riduzione dell'incidenza dell'IVG nel nostro Paese. Inoltre la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è tra le più basse a livello internazionale; per un approfondimento di questo particolare aspetto si rimanda al paragrafo dedicato (2.7.3).

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito delle lievi variazioni.

E' aumentata la percentuale di interventi effettuati entro le 8 settimane di gestazione (41.8% nel 2011), probabilmente grazie alla diffusione dell'utilizzo come tecnica abortiva del Mifepristone e prostaglandine. Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2011 del 3.4%. In particolare, la percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2.6% e quella dopo 21 settimane dello 0.8%, senza variazioni rispetto agli ultimi anni. Anche in questo caso l'Italia ha la percentuale più bassa a livello internazionale con l'eccezione della Germania, che nel 2011 ha avuto il 2.6% delle IVG dopo la 12° settimana, mentre in Olanda nel 2011 le IVG dopo questa soglia sono state il 19.7%, in Spagna il 10.2%, negli USA il 12.9%, in Svezia il 6.6% e in Inghilterra e Galles l'8.9% (quest'ultimo dato è riferito al 2010).

La quasi totalità degli interventi avviene in day hospital con degenze inferiori ad 1 giorno (90.3% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (79.4%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico). Questo farmaco è in commercio in Italia dal 2009. Fino a tale data per questa procedura abortiva non ci sono state rilevazioni sistematiche e i dati relativi al suo utilizzo sono stati forniti dalle regioni solo su base volontaria.

Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non permettevano un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso 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 ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 casi nel 2011 (7.3% del totale). L'uso è avvenuto nel 2010 in tutte le regioni tranne Abruzzo e Calabria e nel 2011 non è stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute "Interruzione Volontaria di Gravidanza con Mifepristone e prostaglandine. Anni

2010 – 2011” disponibile sul portale del Ministero della Salute ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1938\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1938_allegato.pdf)).

Questi dati evidenziano che in Italia, con il passare degli anni, è aumentato il ricorso al Mifepristone e prostaglandine per l’IVG, in particolare da quando è stata autorizzata la sua commercializzazione. Il ricorso all’aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture.

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ne hanno fatto ricorso, 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 nello stesso periodo. Nel 98.7% queste IVG sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). Nel 96.9% dei casi non vi è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l’intervento all’isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si è presentata nel 5.3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quelli rilevati in altri Paesi e riportati in letteratura.

Il ricorso all’anestesia generale per espletare l’intervento permane elevato (82.1%) nel nostro Paese e solo in parte appare riconducibile all’utilizzo della analgesia profonda che, a causa dell’indisponibilità di uno specifico codice sulla scheda D12/Istat, viene registrata da alcuni operatori (ad esempio nel Veneto), sotto la voce “anestesia generale” o sotto la voce “altro”. Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto che l’81.4% delle IVG è stato effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale che nell’aborto chirurgico raccomandano l’impiego dell’anestesia locale per minori rischi per la salute della donna, minor richiesta di analisi pre-IVG, minor impegno di personale ed infrastrutture e di conseguenza minori costi. In tal senso, l’attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche è raccomandata.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è leggermente aumentata rispetto a quella riscontrata nel 2010 (59.6% rispetto a 59.1%) ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (15.7% nel 2011, rispetto al 16.7% nel 2010), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra regioni.

Dopo un aumento negli anni, nel 2011 si evince una tendenza alla stabilizzazione della percentuale degli obiettori di coscienza che, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati (più di due su tre). Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009 e al 69.3% nel 2010 e nel 2011. Il dato comunicato dalle Regioni si riferisce a tutto il personale (con contratto a termine indeterminato o non) operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia. Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010 e 47.5% nel 2011. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 43.1% nel 2011.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all’80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud: 88.4% in Campania, 87.9% in Molise, 85.2% in Basilicata, 84.6% in Sicilia, 83.8% in Abruzzo, 81.8% nella PA di Bolzano e 80.7% nel Lazio. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 78.1% in Sicilia, 74.5% in Molise, 72.8% in Calabria, 72.4% nel Lazio e 71.4% in Campania). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 85.3% in Molise e 81.4% in Sicilia.

A questo proposito si sottolinea che, fin dai primi anni di attuazione della Legge 194, il personale sanitario ha esercitato in percentuali elevate il diritto all’esercizio dell’obiezione di coscienza: i ginecologi in particolare si sono dichiarati obiettori per il 59.1% nel 1983 e questa

percentuale ha raggiunto il 69.3% nel 2011, con un aumento assoluto di 10.2 punti percentuale (pari ad un aumento percentuale del 17.3%), mentre negli stessi anni il numero di IVG ha subito una diminuzione percentuale del 52.4%.

Una stima della variazione negli anni degli interventi di IVG a carico dei ginecologi non obiettori mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente ogni anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana, ipotizzando 44 settimane lavorative annuali, valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei) a 73.9 IVG nel 2011 (pari a 1.7 IVG a settimana, sempre in 44 settimane lavorative in un anno).

Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza sembra quindi congruo al numero complessivo degli interventi di IVG, e risulta tale anche nel 2011, relativamente ad ogni singola regione, come si può evincere dal par. 3.10 della presente relazione.

Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sarebbero da ricondursi a una distribuzione non adeguata degli operatori fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione. A tale proposito si ricorda che l'art. 9 della legge 194/78 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".

L'11 giugno 2013 ho partecipato, in rappresentanza del governo, al dibattito presso la Camera dei Deputati su alcune mozioni con oggetto l'applicazione della Legge n.194/78, e al termine del quale ne sono state approvate alcune riguardanti il rispetto di tale legge su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento all'attività dei consultori e all'esercizio del diritto dell'obiezione di coscienza in relazione all'accesso ai percorsi di IVG. Facendo seguito agli impegni assunti in quell'occasione, è stato attivato presso il Ministero della Salute un "Tavolo tecnico" a cui sono stati invitati gli Assessori regionali, allo scopo di avviare un monitoraggio riguardante le singole strutture ospedaliere e i consultori, per individuare eventuali criticità nell'applicazione dell'anzidetta legge, in riferimento agli aspetti sopra menzionati. Una prima proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali; i risultati di tale monitoraggio saranno presentati nella prossima relazione al Parlamento.

Un altro punto critico dell'applicazione della Legge 194 è l'ancora basso ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione (40.7% nel 2011), specialmente al Sud e Isole, anche se in aumento, principalmente per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (54.2% rispetto a 33.9% relativo alle italiane). Le cittadine straniere ricorrono più facilmente al Consultorio Familiare in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza in alcune sedi della mediatrice culturale. L'importante ruolo dei consultori familiari è ben descritto negli articoli 2 e 3 della Legge.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato nel 2011 dalle Regioni è stato 2110 e 131 quelli privati (rispettivamente 2204 e 149 nel 2010); pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel periodo 2006-2010, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti). Come si può osservare da diversi anni il loro numero è in continuo mutamento (generalmente in decremento) in considerazione del fatto che vengono talvolta comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Nel corso del 2008, in seno al Tavolo materno-infantile presente presso il Coordinamento regionale della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni, con la diretta partecipazione delle Regioni e dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato predisposto un questionario ad hoc per una rilevazione dell'attività dei Consultori Familiari. Nel 2010 si è completata la raccolta dei dati e l'analisi finale dei dati pervenuti. L'ISS ha collaborato con il competente Ufficio del Ministero alla predisposizione di un rapporto nazionale sulla base dei

dati raccolti che è disponibile sul sito del Ministero della Salute ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1406\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf)). Dal rapporto si evince che nel tempo i consultori familiari non sono stati, nella maggior parte dei casi, né potenziati né adeguatamente valorizzati. In diversi casi l'interesse intorno al loro operato è stato scarso ed ha avuto come conseguenza il mancato adeguamento delle risorse, della rete dei servizi, degli organici, delle sedi.

Si conferma, dunque, la necessità di una maggiore valorizzazione dei Consultori familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'ISS, riguardanti il percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio e migliori esiti in seguito alle loro attività, con particolare riferimento ai corsi di accompagnamento alla nascita (Rapporti Istituzionali 03/4, 11/12 e 39/12).

Alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi l'estrema ratio e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicitata in tre diverse modalità, come già indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile del 2000.

Primo tra tutti i programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificata, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità, in applicazione degli articoli 2 e 5 della Legge 194/1978, di implementare misure necessarie per il loro superamento, sostenendo le maternità difficili, e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità. Va sottolineato che i consultori familiari sono i servizi di gran lunga più competenti nell'attivazione di reti di sostegno per la maternità, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e con il privato sociale.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'IVG, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto.

Si ribadisce, quindi, la necessità di una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui ritornare per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

#### In conclusione

- si sottolinea che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica;
- si conferma la tendenza storica alla diminuzione dell'IVG in Italia, che diventa ancor più evidente se si scorporano i dati relativi alle donne italiane rispetto a quelli delle straniere;

- rimane elevato il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, a carico delle quali si registra un terzo delle IVG totali in Italia: un contributo che è andato crescendo negli anni e che si sta stabilizzando. Anche tra queste donne si inizia ad osservare una tendenza alla diminuzione al ricorso all'IVG. C'è da sottolineare che rispetto al ricorso all'aborto le donne straniere seguono comportamenti differenti per nazionalità e cultura di provenienza, anche a causa dei diversi approcci ed accessi alla procreazione responsabile e all'IVG nei paesi di origine;
- si sottolinea come il tasso di abortività in Italia sia fra i più bassi tra i paesi occidentali; particolarmente basso è quello relativo alle minorenni, la percentuale di aborti ripetuti e di quelli effettuati dopo novanta giorni di gravidanza;
- si configura in questo ambito una specifica situazione italiana: il panorama dei comportamenti relativi alla procreazione responsabile e all'IVG in Italia presenta sostanziali differenze da quelli di altri paesi occidentali e in particolare europei, nei quali l'aborto è stato legalizzato. Siamo in un paese a bassa natalità ma anche a basso ricorso all'IVG – quindi l'aborto non è usato come metodo contraccettivo – e insieme un paese con limitata diffusione della contraccezione chimica. Altri paesi (es. Francia, Gran Bretagna, Svezia) hanno tassi di abortività più elevati a fronte di una contraccezione chimica più diffusa. In generale, il tasso di abortività sembra collegarsi non solo ai classici fattori di prevenzione (educazione sessuale scolastica, educazione alla procreazione responsabile, diffusione dei metodi anticoncezionali), ma anche a fattori culturali più ampi;
- si osserva come l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza abbia riguardato elevate percentuali di ginecologi fin dall'inizio dell'applicazione della Legge 194, con un aumento percentuale del 17.3% in trenta anni, a fronte di un dimezzamento delle IVG nello stesso periodo. I numeri complessivi del personale non obiettore appaiono congrui al numero complessivo degli interventi di IVG. Eventuali difficoltà nell'accesso ai percorsi IVG sembrano quindi dovute a una distribuzione inadeguata del personale fra le strutture sanitarie all'interno di ciascuna regione. In collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute ha avviato un monitoraggio a livello di singole strutture ospedaliere e consultori per verificare meglio le criticità e vigilare, attraverso le Regioni, affinché vi sia una piena applicazione della Legge su tutto il territorio nazionale, in particolare garantendo l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza dei singoli operatori sanitari che ne facciano richiesta e, al tempo stesso, il pieno accesso ai percorsi di IVG, come previsto dalla Legge, per le donne che scelgano di farvi ricorso.

Beatrice Lorenzin

## DATI PRELIMINARI ANNO 2012

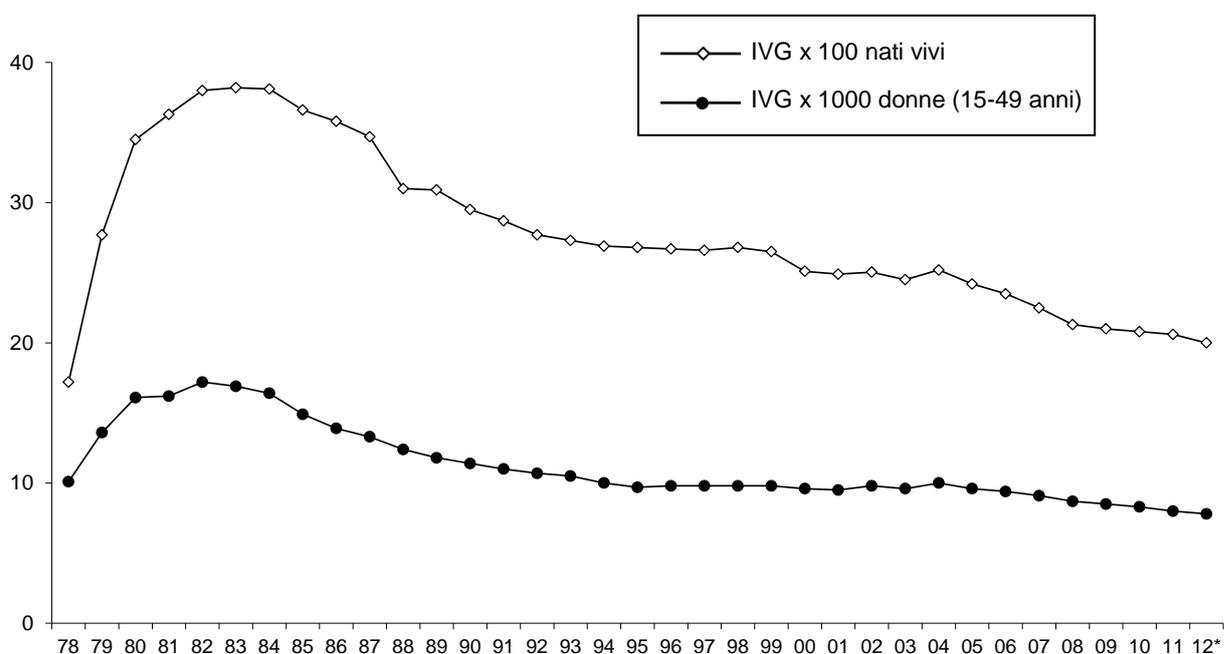
Per l'anno 2012 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 105'968 (Tab. A), con un decremento del 4.9% rispetto al dato definitivo del 2011 (111'415 IVG) e un decremento del 54.9% rispetto al 1982. Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano nella PA di Bolzano (sebbene si tratta di numeri molto piccoli), in Abruzzo, Campania e Puglia. Si ricorda comunque che questi dati possono essere ancora incompleti e saranno controllati, ed eventualmente integrati, con le Schede di Dimissione Ospedaliera non appena saranno disponibili.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 7.8 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 1.8% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2011 (8.0 per 1000) e con una riduzione del 54.7% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (527'779) del 2012, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 200.8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 2.5% rispetto al 2011 (206.0 per 1000) e un decremento del 47.2% 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 1.

**Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2012**



\* dato provvisorio

**Tabella A**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2012 - Valori assoluti: dati 2012 e confronti con il 2011

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2012	TOTALE 2011	VAR. %
	I	II	III	IV			
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>13753</b>	<b>12937</b>	<b>10803</b>	<b>10872</b>	<b>48365</b>	<b>51093</b>	<b>-5.3</b>
Piemonte	2497	2348	2014	1989	8848	9267	-4.5
Valle d'Aosta	72	53	46	74	245	261	-6.1
Lombardia	4997	4634	3739	3763	17133	18264	-6.2
Bolzano	147	155	112	109	523	586	-10.8
Trento	260	225	189	194	868	916	-5.2
Veneto	1641	1646	1385	1376	6048	6394	-5.4
Friuli Venezia Giulia	494	476	421	430	1821	1854	-1.8
Liguria	912	832	708	726	3178	3337	-4.8
Emilia Romagna	2733	2568	2189	2211	9701	10214	-5.0
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>6657</b>	<b>6135</b>	<b>5137</b>	<b>4947</b>	<b>22876</b>	<b>23674</b>	<b>-3.4</b>
Toscana	2079	1939	1560	1543	7121	7479	-4.8
Umbria	527	481	377	362	1747	1803	-3.1
Marche	643	595	466	479	2183	2313	-5.6
Lazio	3408	3120	2734	2563	11825	12079	-2.1
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>7131</b>	<b>6865</b>	<b>5525</b>	<b>5217</b>	<b>24738</b>	<b>26446</b>	<b>-6.5</b>
Abruzzo	596	608	520	505	2229	2481	-10.2
Molise	128	100	103	125	456	457	-0.2
Campania	2815	2749	2107	1934	9605	10592	-9.3
Puglia	2615	2479	2027	1889	9010	9409	-4.2
Basilicata	163	159	144	144	610	581	5.0
Calabria	814	770	624	620	2828	2926	-3.3
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>2806</b>	<b>2778</b>	<b>2255</b>	<b>2150</b>	<b>9989</b>	<b>10202</b>	<b>-2.1</b>
Sicilia	2205	2193	1777	1657	7832	7912	-1.0
Sardegna	601	585	478	493	2157	2290	-5.8
<b>ITALIA</b>	<b>30347</b>	<b>28715</b>	<b>23720</b>	<b>23186</b>	<b>105968</b>	<b>111415</b>	<b>-4.9</b>

**Tabella B**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2012 - Tassi di abortività: dati 2012 e confronti con il 2011

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2012	2011	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>8.1</b>	<b>8.2</b>	<b>-2.3</b>
Piemonte	9.4	9.5	-1.1
Valle d'Aosta	8.8	9.2	-4.1
Lombardia	7.9	8.1	-3.1
Bolzano	4.4	4.9	-9.6
Trento	7.4	7.6	-3.4
Veneto	5.5	5.7	-2.5
Friuli Venezia Giulia	7.0	7.0	0.0
Liguria	9.9	10.0	-0.8
Emilia Romagna	10.2	10.4	-2.2
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>8.7</b>	<b>8.7</b>	<b>0.6</b>
Toscana	8.9	9.1	-1.6
Umbria	9.0	8.9	1.0
Marche	6.4	6.6	-3.0
Lazio	9.2	9.0	2.6
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>7.4</b>	<b>7.7</b>	<b>-3.7</b>
Abruzzo	7.6	8.1	-6.2
Molise	6.5	6.3	3.3
Campania	6.8	7.3	-6.9
Puglia	9.4	9.6	-2.1
Basilicata	4.6	4.2	8.3
Calabria	6.1	6.0	0.8
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>6.4</b>	<b>6.4</b>	<b>0.7</b>
Sicilia	6.6	6.5	1.3
Sardegna	5.7	5.8	-1.6
<b>ITALIA</b>	<b>7.8</b>	<b>8.0</b>	<b>-1.8</b>

**Tabella C**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2012 - Rapporti di abortività: dati 2012 e confronti con il 2011

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2012	2011	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>199.5</b>	<b>206.4</b>	<b>-3.3</b>
Piemonte	240.2	249.5	-3.7
Valle d'Aosta	222.5	225.6	-1.4
Lombardia	189.4	196.0	-3.4
Bolzano	103.6	119.3	-13.2
Trento	171.1	175.9	-2.7
Veneto	137.0	140.6	-2.6
Friuli Venezia Giulia	202.2	203.4	-0.6
Liguria	276.6	292.5	-5.4
Emilia Romagna	247.5	255.5	-3.1
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>223.3</b>	<b>225.1</b>	<b>-0.8</b>
Toscana	234.3	244.3	-4.1
Umbria	271.3	269.7	0.6
Marche	170.4	170.7	-0.2
Lazio	223.9	222.3	0.7
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>199.1</b>	<b>207.0</b>	<b>-3.8</b>
Abruzzo	200.6	221.0	-9.2
Molise	201.8	194.6	3.7
Campania	173.7	185.4	-6.3
Puglia	264.9	268.5	-1.3
Basilicata	138.1	130.6	5.7
Calabria	164.5	166.5	-1.2
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>170.3</b>	<b>169.0</b>	<b>0.8</b>
Sicilia	169.1	167.2	1.2
Sardegna	174.7	175.6	-0.5
<b>ITALIA</b>	<b>200.8</b>	<b>206.0</b>	<b>-2.5</b>

# DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2011

## 1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO

Per il 2011 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le regioni. Come accaduto lo scorso anno, per avere i dati completi di 5 regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12 Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'integrazione quest'anno, grazie al lavoro svolto dalle Regioni e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza, ha riguardato un numero inferiore di casi rispetto al 2010.

In totale nel 2011 sono state notificate 111'415 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 8.0 IVG per 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 206.0 IVG per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 7.7 per 1000 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 3823 relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso), calcolate avendo anche ridistribuito le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna. Tenendo conto che nel 2010 le IVG di donne non residenti ammontavano a 4234 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile per ciascuna regione), il tasso di abortività risultava 8.0 con una variazione percentuale rispetto al 2011 pari a -3.8%. Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione e la variazione rispetto al 2010 (208.3) risulta pari a -1.1%.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per regione di intervento dal 1982 e la figura 1 riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 fornisce, invece, il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2011.

Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo crescente di queste donne al fenomeno dell'IVG; per tale motivo in questa relazione i dati sono stati in alcuni casi analizzati considerando la cittadinanza della donna (italiana o straniera).

### 1.1. Valori assoluti

Nel 2011 si è registrato un decremento delle IVG del 3.9% rispetto al 2010. Ormai più di un terzo degli interventi (34.3% nel 2011) riguarda cittadine straniere (nel 2010 la percentuale era pari a 34.2%). Le IVG effettuate nel 2011 da cittadine italiane (73'468, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite del 4.5% rispetto al 2010 (da tener conto che la popolazione in età feconda è diminuita di 38'164 unità).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2011 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2011

	1983	1991	2010	2011	VARIAZIONE %	
					2011/2010	2011/1983
NORD	105430	67619	53311	51093	-4.2	-51.5
CENTRO	52423	34178	24828	23674	-4.6	-54.8
SUD	57441	44353	27732	26446	-4.6	-54.0
ISOLE	18682	14344	10110	10202	0.9	-45.4
ITALIA	233976	160494	115981	111415	-3.9	-52.4

Per aree geografiche (Tab. 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 51'093 IVG con un decremento del 4.2% rispetto al 2010, nell'Italia Centrale 23'674 IVG con un decremento del 4.6%, nell'Italia Meridionale 26'446 IVG con un decremento del 4.6% e nell'Italia Insulare 10'202 IVG con un incremento dello 0.9%.

Per quanto riguarda l'abortività clandestina, come già detto nella parte iniziale, pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, nel 2008 è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima ottenuta di 15'000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia Meridionale, riguarda solo le donne italiane in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100'000 casi nel 1983).

## 1.2. Tasso di abortività

Nel 2011, 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 8.0 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 3.6% rispetto al 2010 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 7.7 per 1000, con un decremento del 3.8% rispetto all'equivalente valore per il 2010, pari a 8.0 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2011 è il seguente:

**Tassi di abortività per area geografica, 1983-2011**

	1983	1991	2010	2011	VARIAZIONE* %	
					2011/2010	2011/1983
NORD	16.8	10.6	8.6	8.2	-4.2	-51.0
CENTRO	19.8	12.4	9.1	8.7	-4.6	-56.1
SUD	17.3	12.1	8.0	7.7	-4.0	-55.5
ISOLE	11.7	8.1	6.2	6.4	1.8	-45.8
ITALIA	16.9	11.0	8.3	8.0	-3.6	-52.8

\* 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 2 presenta i valori regionali per il 2011. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2011 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana ed Emilia Romagna.

Figura 2 – Tassi di abortività – 2011

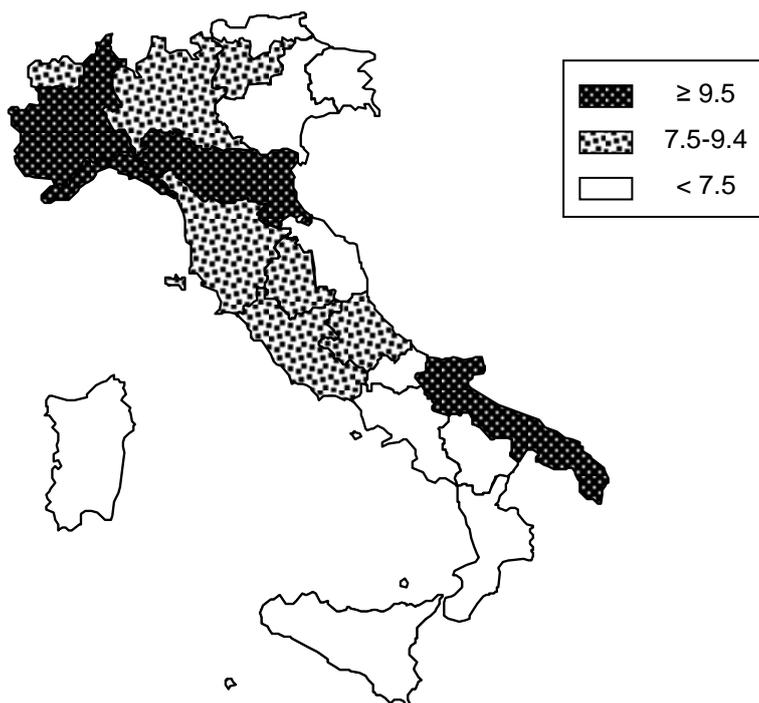
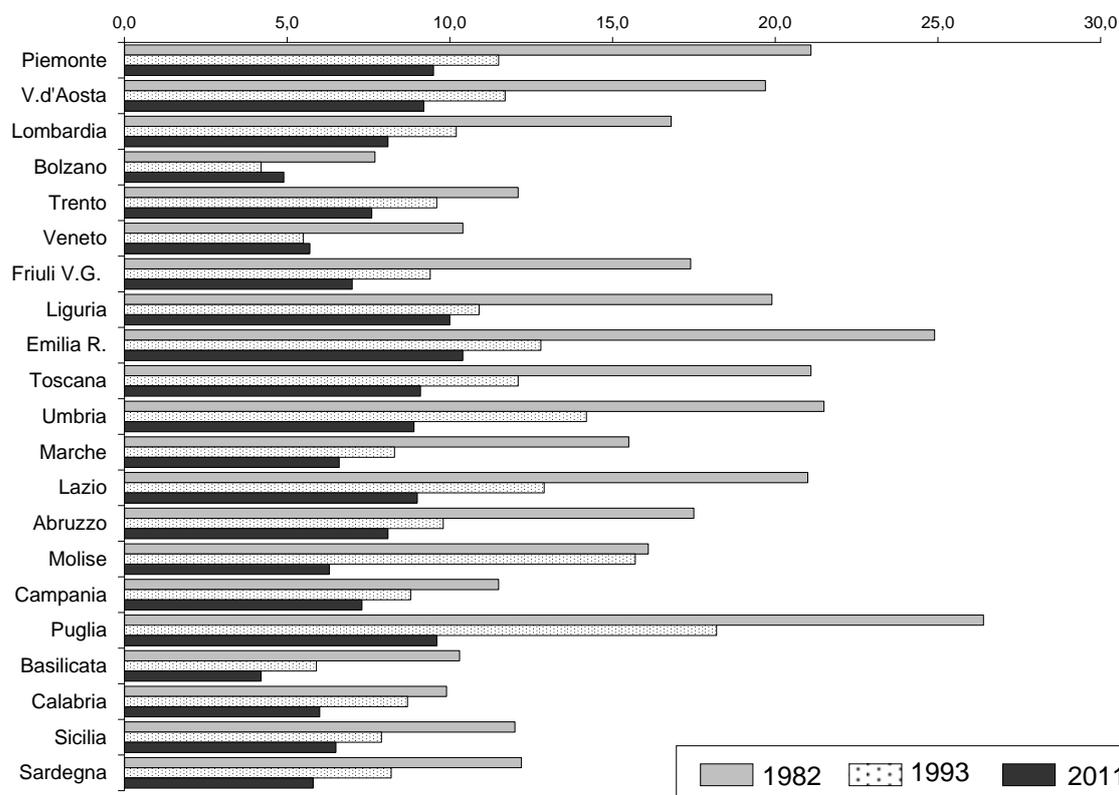
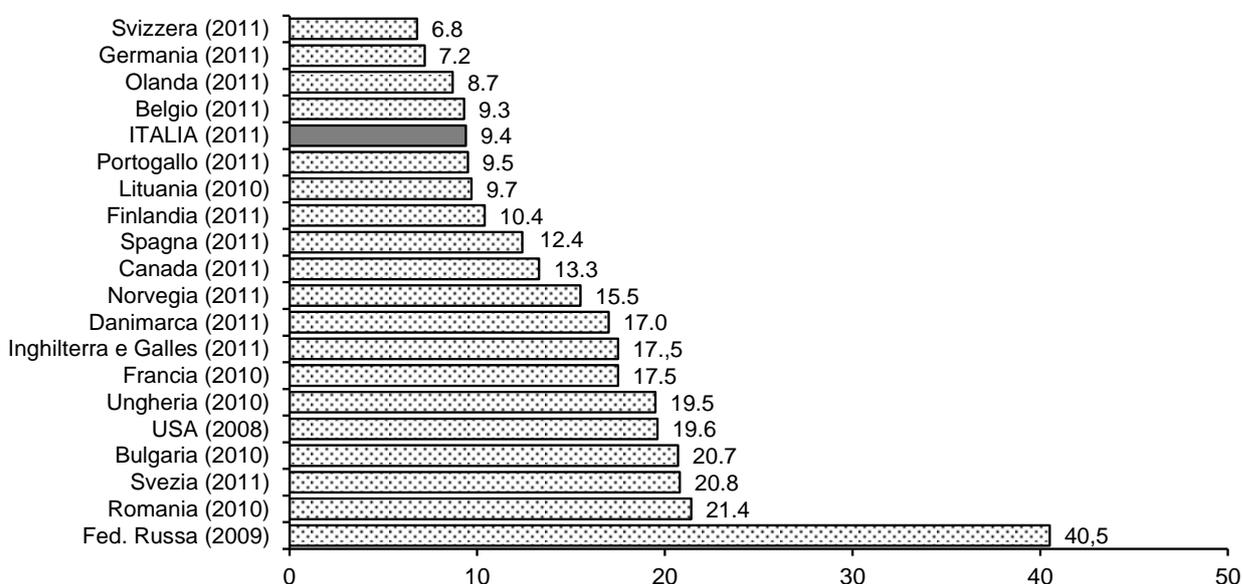


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2011



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 4 il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore, ed è risultato 9.4 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

**Figura 4 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2008-2011**



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2011

### 1.3. Rapporto di abortività

Nel 2011 si sono avute 206.0 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento dell'1.1% rispetto al 2010 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2011, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

#### Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2011

	1983	1991	2010	2011	VARIAZIONE %	
					2011/2010	2011/1983
NORD	484.2	327.1	209.1	206.4	-1.3	-57.4
CENTRO	515.2	356.1	230.4	225.1	-2.3	-56.3
SUD	283.8	253.0	210.3	207.0	-1.6	-27.1
ISOLE	205.3	176.1	162.5	169.0	4.0	-17.7
ITALIA	381.7	286.9	208.3	206.0	-1.1	-46.0

Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati, entrambe condizionate dall'aumentata presenza delle cittadine straniere. Nell'interpretazione dei dati bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività regionali.

## 2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

I diversi trend in diminuzione dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, nell'ultimo decennio si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore, in generale, e oltre quattro volte per le più giovani. Questo spiega sia l'aumento del tasso di abortività per le donne di età inferiore a 25 anni, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. Quindi è necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli anni. In particolare va evitato 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, in quanto la valutazione della tendenza può essere 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: Sveriges Officiella Statistik: Aborter 2011; Zdravotnickà statistika: potraty 2011; Office Fédéral de la Statistique OFS: Actualites OFS. Statistiques des interruptions de grossesse 2010; Department of Health, Government Statistical Service. Abortion Statistics, England and Wales: 2011. Statistical Bulletin, May 2011; THL/SVT Tilastorapportit/FOS Statistikkrapport/OFS Statistical report 32/2011; Folkehelseinstituttet: Rapport om svangerskapsavburudd for 2012; The Alan Guttmacher Institute, Latest statistics, disponibile all'indirizzo: <http://www.guttmacher.org>; Johnstons archive, disponibile all'indirizzo: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>; Aldersrelaterede og generel abortkvotienter samt antal aborter 1974-2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.sexogsamfund.dk>; Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013; Interruption Voluntaria del Embarazo, Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

### 2.1. Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2011 (Tab. 6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella degli ultimi anni. 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, 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 trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile a livello regionale non sono molto diverse.

Probabilmente la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'utilizzare al numeratore di questo indicatore le IVG effettuate nella regione (quindi anche da donne provenienti da altre regioni) e al denominatore le donne in età feconda residenti in regione (alcune delle quali potrebbero essere andate ad abortire altrove). Inoltre i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età e in alcuni casi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in diversa regione da quella di residenza e ciò riguarda le classi di età più giovani.

I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati provvisori dell'Istat, sono riportati in tabella 29. Le variazioni rispetto ai valori calcolati per la regione dove avviene l'IVG non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi (Trento e Emilia Romagna, dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Molise e Basilicata, le cui donne residenti in gran numero si recano in altre regioni per effettuare l'IVG e il cui tasso sarebbe più elevato se queste fossero incluse). C'è da considerare che questi dati sono ancora provvisori, con un certo numero di IVG non ancora notificate e con Regioni che non riescono a fornire i dati completi relativi alla residenza della donna entro i tempi utili per la stesura della Relazione del Ministro della Salute.

Per tali 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 2011 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

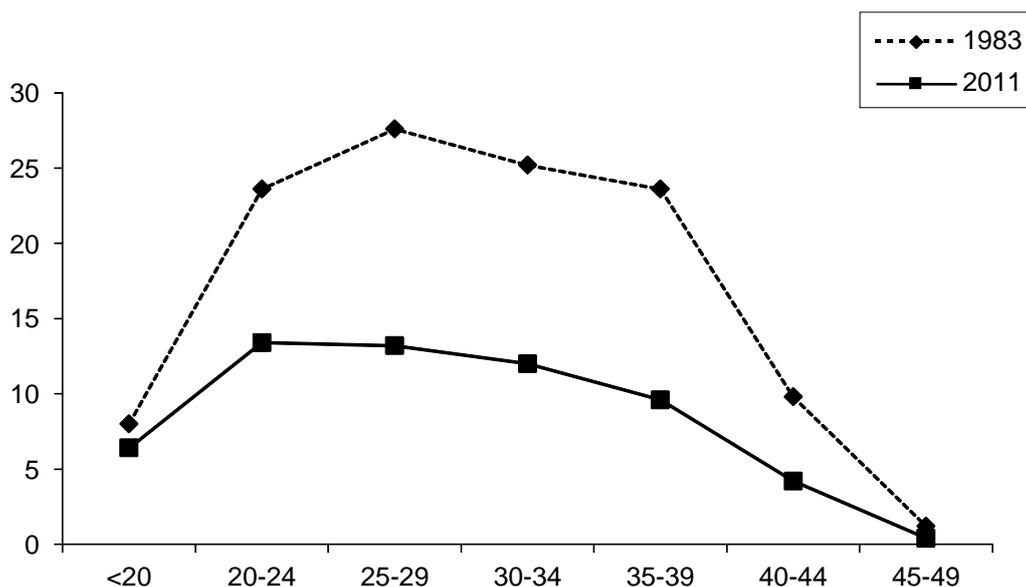
#### Tassi di abortività per età, 1983-2011

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2010	2011	2011/2010	2011/1983
< 20	8.0	5.5	6.7	6.4	-3.5	-19.6
20-24	23.6	13.4	14.0	13.4	-3.8	-43.0
25-29	27.6	15.7	13.6	13.2	-2.9	-52.2
30-34	25.2	17.1	12.3	12.0	-2.0	-52.3
35-39	23.6	15.1	9.9	9.6	-3.0	-59.2
40-44	9.8	7.2	4.4	4.2	-3.4	-57.0
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	-6.8	-65.6

\* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni e tra 20-24 anni, andamento in parte dovuto al maggior contributo in queste classi di età delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortività (Fig. 5). Anche nel 2011 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2010 in tutte le classi di età.

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2011



L'analisi per ripartizione geografica riflette anche il 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 degli altri paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano al di sotto dei 25 anni, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni. Come mostrato nella tabella seguente tali differenze si vanno riducendo nel corso degli anni.

#### Tassi di abortività per età, confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2011)	6.4	13.4	13.2	12.0	9.6	4.2
	(2010)	6.7	14.0	13.6	12.3	9.9	4.4
	(2004)	7.9	16.4	15.8	13.8	10.9	5.0
	(1997)	6.7	13.5	13.9	13.7	12.3	5.8
DANIMARCA	(2010)	15.0	25.6	19.5	17.1	13.0	5.3
FINLANDIA	(2010)	12.1	17.0	13.0	9.8	7.7	3.0
FRANCIA	(2009)	15.2	26.7	23.4	18.8	13.6	5.8
GERMANIA	(2008)	5.0	11.5	10.5	8.9	6.0	2.3
INGHILTERRA E GALLES	(2011)	20.0	30.0	23.0	17.0	10.0	4.0
NORVEGIA	(2011)	12.7	27.6	22.8	16.6	11.3	4.4
OLANDA	(2011)	13.8	25.7	21.8	17.1	14.0	6.8
REPUBBLICA CECA	(2011)	7.1	13.3	13.5	13.6	11.8	5.5
ROMANIA	(2010)	16.5	27.2	28.4	26.9	19.9	7.4
SPAGNA	(2011)	13.7	21.3	17.7	13.4	9.2	3.8
SVEZIA	(2011)	19.8	33.1	26.5	21.6	16.8	8.3
SVIZZERA	(2010)	4.5	10.7	9.6	8.3	5.8	2.5
USA	(2010)	19.8	39.9	28.6	17.1	9.5	3.2

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2011 è risultato essere pari a 4.5 per 1000 (Tab. 5), valore simile a quello degli anni precedenti. Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG 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 dal 2000 al 2011.

#### IVG tra le minorenni, 2000-2011

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

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2011 si può osservare una leggera diminuzione nel numero sia per le italiane che per le straniere. 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 è osservata una stabilizzazione, 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 (3.4% di tutte le IVG nel 2011) con un tasso inferiore a 5.0 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenni (8.2 per 1000).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani sotto i venti anni in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale, 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).

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 74.2% dei casi dai genitori e nel 25.3% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Le fluttuazioni delle percentuali tra le Regioni possono anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati).

## 2.2. Stato civile

Rispetto al primo decennio di legalizzazione in cui prevaleva nettamente il contributo della condizione di coniugata, si è osservata negli ultimi anni una tendenza alla parificazione della distribuzione percentuale tra le due condizioni, confermata nel 2011 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (49.8% rispetto a 43.4%) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto alla più modesta riduzione tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2010, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.7 nel 2010) e una minor diminuzione seguita da un aumento e successiva diminuzione tra le nubili negli stessi anni (da 11.5, a 8.7, a 10.1 e 8.4).

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche il sempre più importante contributo delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, anche se solo in parte, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2011, che confermano la ancora persistente maggiore prevalenza di coniugate nelle regioni meridionali/insulari, rispetto a quelle centro-settentrionali (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, 2011

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	34.2	49.9	8.4	6.2	57.4	43.8
CENTRO	32.3	47.0	8.0	6.1	59.7	46.9
SUD	51.8	53.0	4.9	6.3	43.3	40.7
ISOLE	45.1	46.7	6.2	7.0	48.7	46.3
ITALIA	40.2	49.4	7.0	6.3	52.8	44.3

Elaborazioni su dati Istat - \*separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2011 la percentuale di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane in tutte le aree geografiche.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono inferiori di quelli dell'Europa occidentale, anche se c'è un avvicinamento nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

#### IVG(%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2011)	43.4	56.6
	(2010)	43.8	56.2
	(2004)	46.8	53.2
	(1997)	54.4	45.6
GERMANIA	(2011)	38.7	61.3
INGHILTERRA E GALLES	(2011)	16.0	84.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2011)	37.4	61.2
SPAGNA	(2010)	23.6	75.6
SVIZZERA	(2010)	31.4	68.5
UNGHERIA	(2006)	37.9	62.1
USA	(2008)	14.8	85.2

### 2.3. Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne per titolo di studio che hanno effettuato l'IVG nel 2011 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (43.5%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione 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.

Inoltre, 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 e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2011 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

#### IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2011

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1.8	9.7	38.0	48.9	48.5	35.6	11.7	5.8
CENTRO	1.6	9.5	34.4	45.9	50.7	38.5	13.2	6.1
SUD	5.3	18.3	46.8	46.4	41.0	31.3	6.9	4.0
ISOLE	5.1	18.5	50.2	52.5	38.5	25.6	6.2	3.5
ITALIA	3.2	11.1	41.4	47.9	45.5	35.4	9.9	5.6

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, insieme con l'Istat si è condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2010. 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 2010), 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 ultimamente 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**

<b>Titolo di studio</b>	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>	<b>2010</b>
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	15
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 i loro comportamenti sul 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.

## 2.4. Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 45.9% delle donne che hanno abortito nel 2011 risulta occupata, il 24.6% casalinga, il 10.4% studentessa.

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 della 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, 2011**

	<b>Occupata</b>		<b>Disoccupata o in cerca di prima occupazione</b>		<b>Casalinga</b>		<b>Studentessa o altra condizione</b>	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	62.4	44.7	14.6	25.9	11.5	24.2	11.4	5.2
CENTRO	54.6	45.3	13.0	20.7	15.7	28.3	16.7	5.7
SUD	28.6	33.9	14.4	25.8	39.5	32.8	17.5	7.6
ISOLE	28.5	40.1	18.2	25.6	39.3	31.3	14.1	3.0
ITALIA	47.3	43.4	14.6	24.6	23.5	26.5	14.5	5.5

Elaborazioni su dati Istat

Anche in questo caso si è effettuata con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una 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

Nel 2011 l'89.3% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'86.5% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre regioni maggiore o uguale al 10%, nella Provincia Autonoma di Trento al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise, Puglia e Basilicata al Sud. 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 2011 presenta un flusso in entrata pari al 10.9% ma ha anche un consistente flusso in uscita (297 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è molto più elevato di quello per Regione di intervento (6.35 per 1000 rispetto a 4.18), come è riportato in tabella 29, in cui sono posti a confronto i due indicatori. Da tale tabella si ha una più corretta informazione dei tassi di abortività per regione in quanto si tiene conto della mobilità in entrata e in uscita.

Infatti, nella Tabella 29, utilizzando i dati provvisori Istat, vengono riportate le IVG effettuate in ogni singola regione e quelle effettuate da donne residenti nella stessa regione (che hanno abortito nella propria regione di residenza o in altra regione). Quest'ultimo valore permette di calcolare il tasso di abortività per regione di residenza che più correttamente descrive 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 risulta evidente che in alcune regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Queste ultime sono quelle in cui si registrano maggiori difficoltà nell'applicazione della legge, con il conseguente flusso emigratorio verso 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). L'altra limitazione nell'utilizzo dei dati per regione di residenza è l'impossibilità di ottenere in tempi rapidi e utili per la relazione del Ministro della Salute l'informazione completa da tutte le regioni.

Va infine segnalata la presenza, via via 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 da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000 e 3823 nel 2011 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i contributi delle singole regioni). 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

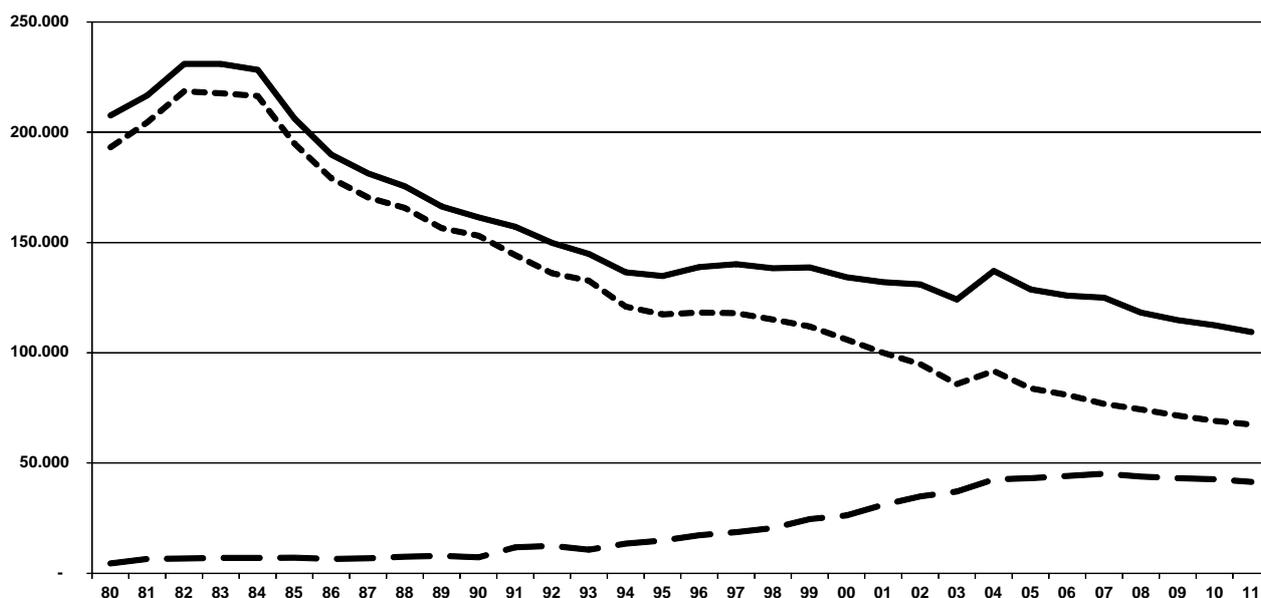
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9'850 nel 1996, 11'978 nel 1997, 13'904 nel 1998, 18'915 nel 1999, 21'477 nel 2000, 25'316 nel 2001, 29'703 nel 2002, 33'097 nel 2003, 36'731 nel 2004, 37'973 nel 2005, 39'436 nel 2006, 40'224 nel 2007, 38'843 nel 2008, 38'309 nel 2009, 38'331 nel 2010 e 37'489 nel 2011. A partire dal 2007 si è osservata quindi una stabilizzazione del numero di IVG delle cittadine straniere, con una recente flessione. Tra le 37'489 IVG effettuate da cittadine straniere nel 2011 sono comunque comprese le suddette 3823 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2011, 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, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005, 90'587 nel 2006, 86'014 nel 2007, 81'753 nel 2008, 79'535 nel 2009, 76'948 nel 2010 e 73'468 nel 2011, avendo incorporato per gli ultimi sette anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza del fenomeno), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 73'468, con un decremento percentuale del 68.7%.

Nel 2011 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 34.3% del dato nazionale. La popolazione immigrata è soprattutto presente nelle regioni del Centro Nord e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività. 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 6). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione delle IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere, con una tendenza alla stabilità e una leggera flessione negli ultimi anni.

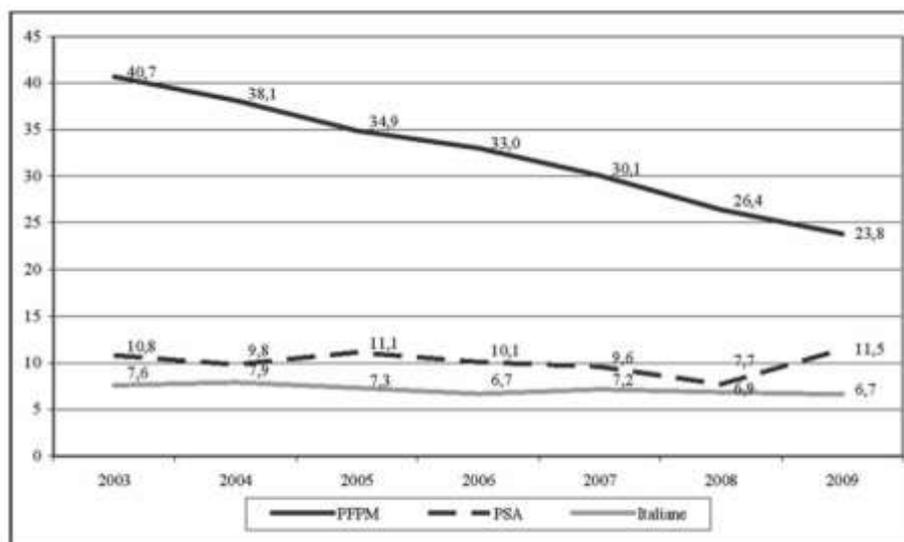
**Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2011**



Elaborazioni su dati Istat

A fine 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Ciò ha permesso di calcolare anche i tassi di abortività per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), 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 aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente.

**Figura 7 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2009**



Fonte: Istat

È interessante osservare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFFM sono 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2009 tale rapporto risulta uguale a 3.6. Per le donne PSA i valori quasi si equivalgono a quelli delle italiane.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFFM 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 2009, 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 2009**

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

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 3-4 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni, sia per le italiane che per le straniere. Con riferimento a questa classe di età i tassi delle straniere arrivano a quasi il 45 per 1.000: 4.6 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3.7).

Si ricorda che in un'indagine multicentrica del 2004 sul ricorso all'IVG tra le donne straniere, coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio (Rapporto ISTISAN 06/17), è risultato che in generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è scadente: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione

responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

Le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane. Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico o da un servizio IVG. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

Lo studio evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di counselling sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. E' necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il counselling sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test e in occasione di assistenza al percorso nascita, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane.

A seguito di questi risultati e dell'aumento del contributo delle donne straniere al fenomeno dell'IVG, nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. 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. Hanno aderito le Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, attraverso la partecipazione degli operatori consultoriali ed ospedalieri di 34 Aziende sanitarie e 9 Aziende ospedaliere. Nel suo ambito è stato organizzato un corso a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avranno il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel loro 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 per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue, con il coinvolgimento delle comunità di donne straniere.

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

Come già si è accennato nei paragrafi precedenti, 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 per il possibile errore compiuto da chi compila il modello D12 di non inserire alcun valore per le voci corrispondenti alla storia riproduttiva quando è in tutto o in parte negativa (zero nati vivi, aborti spontanei e aborti volontari) invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si è costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente. 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, 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. Nei dati 2011 un caso a parte sono i dati dell'Abruzzo, della Campania, della Puglia, della Basilicata, della Sicilia e della Sardegna, dove non si tratta di informazione non rilevata ma di schede recuperate attraverso le SDO. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare anche questa parte del modello D12 e ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture dove ciò si verifica.

### 2.7.1 Numero di nati vivi

Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli presenti 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 2011. Il 59.7% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 35.8% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente). Si tratta di un esempio evidente di come si modifica una distribuzione percentuale per modalità di parità quando nel tempo è diversa l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) di ciascun tasso specifico di abortività per parità: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità  $\geq 1$ . Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2010, si ottiene il seguente quadro:

**IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2011**

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	47.2	30.6	23.5	29.7	22.7	27.8	6.6	11.9
CENTRO	54.5	34.7	19.9	29.5	19.8	25.3	5.7	10.5
SUD	38.0	25.5	17.6	32.8	30.6	28.3	13.8	13.4
ISOLE	37.5	26.5	21.2	32.8	27.4	26.5	13.9	14.2
ITALIA	44.9	30.9	20.8	30.1	25.0	27.1	9.3	11.8

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2011 avevano uno o più nati vivi il 52.8% al Nord, il 45.5% al Centro, il 62.0% al Sud e il 62.5% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 69.4%, 65.3%, 74.5% e 73.5%. 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.

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 dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia "figli" per il confronto con gli anni precedenti. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli. Questo andamento è in parte dovuto a un aumento della percentuale di queste donne nella popolazione italiana e in parte alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli.

#### IVG (%) per parità, 1983-2011

	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
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2007*	42.0	23.1	25.3	7.4	2.2
2008*	41.4	23.4	25.6	7.5	2.2
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	2.3

\* Nati vivi

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

#### IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2011) *	40.3	59.7
	(2010) *	40.6	59.4
GERMANIA	(2011)	40.4	59.6
INGHILTERRA E GALLES	(2011)	49.0	51.0
OLANDA	(2010)	50.3	49.7
SPAGNA	(2011)	45.4	54.6
SVEZIA	(2011)	52.4	47.6
UNGHERIA	(2006)	27.1	72.9
USA	(2010)	39.1	61.0

\* Nati vivi

### 2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2011, l'87.4% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore, simile a quello rilevato nell'ultimo decennio, conferma l'assestamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo.

**IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2011**

	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
2008	88.5	9.3	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2

### 2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2011 (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, 1983-2011**

	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
2008	18.8	5.4	1.7	1.0	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto, dopo quasi 30 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 in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso.

**Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2011**

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2010	2011
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.3	26.9	26.9	27.2	26.8
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.6	44.7	44.7	44.7

(\* 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 sul fenomeno dell'IVG, come già riportato nel capitolo sulla cittadinanza. Tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane. Quindi, se si considerassero solo le donne italiane, tale andamento di riduzione e di differenza con il dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che le cittadine straniere, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (37.9% rispetto a 21.0%).

**IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2011**

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.0	25.2	3.1	8.3	1.1	4.0	20.2	37.5
CENTRO	14.1	25.2	2.8	9.0	1.0	4.9	17.9	39.1
SUD	17.1	22.9	5.0	9.5	2.8	7.1	24.9	39.5
ISOLE	14.9	20.9	3.3	7.4	1.4	6.0	19.6	34.3
ITALIA	15.8	24.7	3.6	8.5	1.6	4.7	21.0	37.9

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2011 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 24.9%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Piemonte (30.5%); al Centro, in Toscana (28.5%); al Sud, in Puglia (31.8%).

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano è comunque tra i più bassi a livello internazionale.

**IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali**

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2011)	73.2	18.8	5.3	1.6	1.1
	(2010)	72.8	19.0	5.4	1.7	26.1
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
FINLANDIA	(2010)	62.5	24.0	8.2	5.4	37.6
INGHILTERRA E GALLES	(2011)	64.0	27.0	7.0	2.0	36.0
OLANDA	(2011)	65.2	24.2	7.2	3.4	34.8
SPAGNA	(2011)	64.3	24.2	7.6	3.9	35.7
SVEZIA	(2011)	58.7	25.7	9.9	5.6	41.2
UNGHERIA	(2006)	50.3	26.6	11.8	11.2	49.7
USA	(2004)	53.4	26.8	<-- 19.8 -->		46.6

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una 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 (escludendo il contributo delle straniere) e 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.

### 3. MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'IVG

#### 3.1. Documentazione e certificazione

Impropriamente si è sempre usato il termine certificazione, dalla dizione del modello D12, per il documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, in cui si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della legge 194/78). Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5.

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, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Si rilascia un certificato anche in caso di interruzione di gravidanza oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2011 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (40.7%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Piemonte (65.5%), in Emilia Romagna (64.1%), in Umbria (52.8%), nella PA di Trento (48.7%) e in Toscana (48.4%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

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

**IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2011**

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	44.8	61.5	29.5	17.0	24.2	20.0	1.5	1.5
CENTRO	44.0	53.5	23.1	16.5	26.8	24.9	6.1	5.2
SUD	19.6	28.0	34.1	24.0	40.5	43.5	5.8	4.5
ISOLE	14.4	24.3	26.1	20.3	56.9	53.7	2.6	1.7
ITALIA	33.9	54.2	29.2	17.8	33.1	25.3	3.8	2.8

Elaborazioni su dati Istat

Da diversi anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. È confortante che le straniere, che sembrano essere per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e

riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), con particolare riferimento alla mediazione culturale e a 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, 1983-2011**

	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
2008	27.4	32.4	38.2	1.9
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

Nel 2011 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20'000 abitanti (Tab. 17), valore stabile dal 2006, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2110 consultori familiari censiti nel 2011 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud, e ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, riducono il ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta.

### 3.2. Urgenza

Nel 2011 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nell'11.6% dei casi rispetto al 9.7% del 2010 e 9.2% nel 2009 (Tab. 18). Questo aumento negli anni può essere un indicatore di problemi di liste di attesa, di servizi disponibili per l'effettuazione dell'IVG o di necessità di ricorso all'urgenza per poter svolgere l'intervento con la RU486 entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al 13% si sono osservate in Toscana (21.0%), in Piemonte (17.0%), in Emilia Romagna (16.3%), Lazio (14.9%) e Puglia (13.7%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 11.3% al Nord, 15.3% al Centro, 11.1% al Sud e 5.4% nelle Isole.

### 3.3. Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2011 (Tab. 19) mostra il 41.8% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 15.1% a 11-12 settimane e il 3.4% dopo la 12esima settimana, con un ulteriore aumento rispetto agli anni

precedenti degli interventi precoci (<9 settimane). L'aumento della percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali può essere in parte dovuto all'incremento dell'utilizzo come tecnica abortiva del Mifepristone e prostaglandine, che viene utilizzata prevalentemente a epoca gestazionale precoce.

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, 19.5% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 12.8% tra quelle delle italiane.

**IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2011**

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	41.3	34.3	37.7	43.4	15.2	20.4	5.8	2.0
CENTRO	39.3	29.9	40.9	46.8	15.0	21.4	4.8	1.9
SUD	57.7	47.1	32.2	39.3	8.2	13.0	1.9	0.6
ISOLE	40.1	35.0	44.1	49.7	12.0	14.3	3.8	1.0
ITALIA	45.6	34.6	37.4	44.1	12.8	19.5	4.3	1.8

Elaborazioni su dati Istat

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10<sup>a</sup> o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti sulle 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. Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2011 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane, per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetali. Si sottolinea anche la diversità per area geografica che potrebbe essere giustificata da una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni nel Nord e Centro Italia.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regioni, nel 2011, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	3.3	Marche	4.4
V. Aosta	5.7	Lazio	4.0
Lombardia	4.1	Abruzzo	1.7
Bolzano	7.8	Molise	2.4
Trento	5.2	Campania	1.8
Veneto	6.7	Puglia	2.3
Friuli V.G.	6.4	Basilicata	3.6
Liguria	3.1	Calabria	3.6
Emilia Romagna	3.2	Sicilia	2.6
Toscana	3.3	Sardegna	7.0
Umbria	2.1		
		<b>ITALIA</b>	<b>3.4</b>

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

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

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

**IVG oltre la 12<sup>a</sup> settimana gestazionale: confronti internazionali**

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2011)	111415	9.4	3.4
	(2010)	115981	9.9	3.4
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2010)	16365	13.0	4.0
FINLANDIA	(2010)	10242	10.4	8.0
GERMANIA	(2011)	106800	7.2	2.6
INGHILTERRA E GALLES	(2010)	189574	17.5	8.9
NORVEGIA	(2011)	15343	15.5	4.1
OLANDA	(2011)	27728	8.7	19.7
REPUBBLICA CECA	(2011)	24055	9.6	3.6
SPAGNA	(2011)	118359	11.4	10.2
SVEZIA	(2011)	37696	20.8	6.6
SVIZZERA	(2011)	11079	6.8	4.0
USA	(2008)	1212350	19.6	12.9

\* 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. Nel 2011 è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (59.6%, Tab. 21), rispetto al 2010 (59.1%), ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 15.7% nel 2011 rispetto a 16.7% nel 2010. Questi dati potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

### IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2011

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	60.1	56.4	25.0	27.7	10.5	11.4	4.4	4.5
CENTRO	55.5	52.5	26.4	28.2	13.4	13.9	4.7	5.4
SUD	70.4	66.1	19.3	20.2	7.3	8.9	3.0	4.8
ISOLE	61.8	57.0	22.9	25.6	11.1	12.5	4.2	4.9
ITALIA	62.4	56.5	23.4	26.9	10.2	11.8	4.0	4.8

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 in Veneto (28.8% delle IVG), nella PA di Trento (27.6%), in Umbria (26.7%), nel Lazio (23.5%) e in Calabria (23.1%). Tuttavia bisogna considerare che i tempi di attesa possono risultare brevi se 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 2011 la distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

#### IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2011

	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
2008	91.9	8.1	0.0
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0
2011	92.1	7.9	0.0

La quasi totalità delle IVG (92.1% nel 2011) viene effettuata negli Istituti pubblici. Come negli anni passati, nella PA di Trento, in Puglia e in Sardegna è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

Si riporta qui di seguito la distribuzione delle IVG per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica.

**IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2011**

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	97.3	97.7	2.7	2.3
CENTRO	97.4	99.9	2.6	0.1
SUD	74.4	84.4	25.6	15.6
ISOLE	87.1	92.1	12.9	7.6
ITALIA	89.5	96.5	10.5	3.5

Elaborazioni su dati Istat

**3.6. Tipo di anestesia impiegata**

Nel 2011 permane elevato (82.1%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda D12/Istat, potrebbe essere registrata sotto la voce "anestesia generale" (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 7.8% degli interventi. Si è osservata una diminuzione delle IVG in anestesia generale (erano 86.5% dei casi nel 2010) e un aumento del numero di IVG senza anestesia (7.0% nel 2011, rispetto a 3.3% nel 2010 e 1.3% del 2009) dovuto probabilmente all'aumento delle IVG effettuate con Mifepristone, metodica che non prevede l'uso di anestesia.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2011

**IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2011**

	Generale		Locale		Analgesia		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	80.4	84.9	3.6	4.0	2.4	2.1	13.7	9.0
CENTRO	77.9	75.9	13.4	19.2	1.4	1.5	7.3	3.4
SUD	83.1	82.1	10.0	14.0	0.4	0.3	6.5	3.6
ISOLE	90.7	91.6	2.2	3.4	2.9	4.3	4.2	0.6
ITALIA	81.8	82.6	7.2	8.9	1.7	1.8	9.3	6.7

Elaborazioni su dati Istat

Con l'eccezione delle Marche, c'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. 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 Guideline n.7. London: RCOG Press; 2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2003 l'OMS ha licenziato le linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" (la seconda edizione è del 2012) che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per i minori rischi per la salute della donna, per la minore richiesta di analisi pre-IVG, per il minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi.

### 3.7. Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2011 (Tab. 25), sebbene permane un 11.4% di interventi effettuati con raschiamento, tecnica a maggior rischio di complicanze. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

**IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2011**

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1991	15.8	33.4	50.2	0.6
1995	14.9	24.8	57.5	2.8
2000*	15.6	19.5	63.6	1.3
2004*	13.3	20.2	64.9	1.6
2007*	11.2	22.9	63.3	2.5
2008*	12.0	22.8	63.0	2.3
2009*	12.6	21.5	63.4	2.4
2010* <sup>a</sup>	11.4	20.3	62.9	5.4
2011* <sup>a</sup>	11.4	19.8	59.6	9.1

\* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

<sup>a</sup> Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce Altro, le modalità RU486 (7.3%) Farmacologico (0.6%) e Altro farmaco (1.2%)

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 20% dei casi, come nel 2010), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale, sia per la cittadinanza italiana che per quella straniera. Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, queste Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso. L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

**IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2011**

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Farmacologico+Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	11.5	11.2	22.3	25.1	52.3	55.6	13.9	8.1
CENTRO	4.9	3.5	23.0	31.6	61.3	60.2	10.9	4.8
SUD	10.0	12.8	10.7	11.7	72.6	72.1	6.7	3.4
ISOLE	22.3	19.1	12.5	12.6	59.4	66.7	5.8	1.5
ITALIA	11.7	10.6	17.4	23.8	60.6	58.9	10.3	6.7

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.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) e da altre

Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010-12 non permettono un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute ha deciso 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 ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 casi nel 2011. L'uso è avvenuto nel 2010 in tutte le regioni tranne Abruzzo e Calabria e nel 2011 non è stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute "Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Anni 2010 – 2011" disponibile sul portale del Ministero della Salute.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2011 di questo metodo:

Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. di IVG con RU486	132	1151	1110	703	857	3836	7432
N. Regioni	2	5	5	5	5	18	20

Nelle due tabelle successive sono presentati il numero di IVG effettuate con RU486 nel 2010 per regione e il numero di presidi che hanno utilizzato questo metodo.

#### IVG effettuate in Italia con Mifepristone+prostaglandine nel 2010 e 2011

Regione	2010					2011					2010-2011
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	TOTALE	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	TOTALE	TOTALE
Piemonte	*	203	241	283	<b>727</b>	309	320	276	368	<b>1273</b>	<b>2000</b>
Val d'Aosta	*	1	17	23	<b>41</b>	24	19	9	13	<b>65</b>	<b>106</b>
Lombardia	*	91	95	65	<b>251</b>	75	118	73	97	<b>363</b>	<b>614</b>
Bolzano	*	7	0	1	<b>8</b>	0	5	1	2	<b>8</b>	<b>16</b>
Trento	*	2	8	13	<b>23</b>	10	11	7	4	<b>32</b>	<b>55</b>
Veneto	0	19	27	56	<b>102</b>	75	93	63	101	<b>332</b>	<b>434</b>
Friuli V. G.	0	0	22	14	<b>36</b>	11	14	16	23	<b>64</b>	<b>100</b>
Liguria	0	29	120	153	<b>302</b>	183	167	181	197	<b>728</b>	<b>1030</b>
Emilia Rom.	327	332	310	397	<b>1366</b>	466	439	386	426	<b>1717</b>	<b>3083</b>
Toscana	*	115	162	139	<b>416</b>	174	170	148	206	<b>698</b>	<b>1114</b>
Umbria	0	0	0	6	<b>6</b>	1	8	**	9	<b>18</b>	<b>24</b>
Marche	*	2	0	0	<b>2</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>2</b>
Lazio	0	0	0	9	<b>9</b>	*	140	99	113	<b>352</b>	<b>361</b>
Abruzzo	0	0	0	0	<b>0</b>	2	15	12	4	<b>33</b>	<b>33</b>
Molise	*	16	26	13	<b>55</b>	21	19	17	9	<b>66</b>	<b>121</b>
Campania	0	22	67	108	<b>197</b>	198	187	113	142	<b>640</b>	<b>837</b>
Puglia	*	61	31	106	<b>198</b>	141	204	142	186	<b>673</b>	<b>871</b>
Basilicata	*	18	9	9	<b>36</b>	10	17	8	7	<b>42</b>	<b>78</b>
Calabria	0	0	0	0	<b>0</b>	4	5	18	28	<b>55</b>	<b>55</b>
Sicilia	0	10	33	14	<b>57</b>	53	46	54	22	<b>175</b>	<b>232</b>
Sardegna	0	0	0	4	<b>4</b>	0	0	49	49	<b>98</b>	<b>102</b>
<b>TOTALE</b>	<b>327</b>	<b>928</b>	<b>1168</b>	<b>1413</b>	<b>3836</b>	<b>1757</b>	<b>1997</b>	<b>1672</b>	<b>2006</b>	<b>7432</b>	<b>11268</b>

\* Dati compresi nel II trimestre

\*\*Dati compresi nel IV trimestre

## N° Presidi in cui è stata utilizzata RU 486. Italia, 2010-2011

Regione	2010				2011			
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
Piemonte	*	9	8	11	11	10	10	13
Valle d'Aosta	*	1	1	1	1	1	1	1
Lombardia	*	1	1	1	29	29	29	29
Bolzano	*	2	2	2	0	2	2	2
Trento	*	1	1	1	1	1	1	1
Veneto	0	6	7	9	13	14	9	12
Friuli Venezia Giulia	0	0	2	2	3	3	3	3
Liguria	0	0	0	0	9	9	9	9
Emilia Romagna	13	13	15	20	21	20	21	20
Toscana	*	11	13	13	11	14	14	13
Umbria	0	0	0	1	1	1	0	2
Marche	*	1	0	0	0	0	0	0
Lazio	0	0	0	1	3	3	3	3
Abruzzo	0	0	0	0	1	1	1	1
Molise	*	1	1	1	1	1	1	1
Campania	0	1	1	2	2	2	2	2
Puglia	*	3	3	5	7	7	7	6
Basilicata	*	1	1	1	1	1	1	1
Calabria	0	0	0	0	1	2	2	2
Sicilia	0	1	2	2	7	4	6	2
Sardegna	0	0	0	1	0	0	2	2
<b>TOTALE</b>	<b>13</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>74</b>	<b>123</b>	<b>125</b>	<b>124</b>	<b>125</b>

\* Dati compresi nel II trimestre

Questi dati evidenziano che in Italia, con il passare degli anni, è aumentato il ricorso al Mifepristone e prostaglandine per l'IVG, in particolare da quando è stata autorizzata la sua commercializzazione (luglio 2009). Nel 2010, dai dati riferiti dalle Regioni, 3836 IVG sono state effettuate con questo metodo e 7432 nel 2011. Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture.

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ne hanno fatto ricorso, 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 nello stesso periodo. Nel 98.7% queste IVG sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). 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 e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura.

Nel 96.9% dei casi non vi è stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si è presentata nel 5.3 % dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non è stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questo metodo.

### 3.8. Durata della degenza

Nel 90.3% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 5.8% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte, valori risultati pari a 92.1% e 4.9% nel 2010. Negli ultimi due anni si è osservata una diminuzione delle IVG con degenza inferiore alle

24 ore. Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Valle d'Aosta, Molise, Veneto, Piemonte e PA di Trento. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

**IVG (%) per durata della degenza, 1983-2011**

	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

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2010 è illustrata nella tabella seguente:

**IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2010-2011**

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
NORD	92.8	90.2	4.1	5.6	3.1	4.2
CENTRO	93.9	94.4	3.7	2.4	2.3	3.3
SUD	89.1	86.4	9.0	10.2	1.9	3.4
ISOLE	92.0	91.6	1.5	3.3	6.5	5.1
ITALIA	92.1	90.3	4.9	5.8	2.9	3.9

### 3.9. Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2011 sono state registrate 4.2 complicanze per 1000 IVG senza distinzione sulle procedure (stesso valore del 2010). La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Non si osservano sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti e analizzando il dato per cittadinanza.

### 3.10. Obiezione di coscienza

I dati relativi all'obiezione di coscienza (d'ora in poi odc) non sono inseriti nei modelli D12 Istat (che si riferiscono alle donne che effettuano le IVG) ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza alle Regioni. La richiesta si riferisce a tutto il personale (con contratto a termine indeterminato o non) operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia.

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Dopo un aumento degli ultimi anni, nel 2011 si evince una stabilizzazione della percentuale degli obiettori di coscienza che, specie fra i ginecologi, mantiene livelli elevati (più di due su tre). Infatti, a livello nazionale, si è passati dal 58.7% di ginecologi obiettori del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009 e al 69.3% nel 2010 e nel 2011.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010 e 47.5% nel 2011. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 43.1% nel 2011.

Si osservano notevoli variazioni tra regioni. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi sono presenti principalmente al sud: 88.4% in Campania, 87.9% in Molise, 85.2% in Basilicata, 84.6% in Sicilia, 83.8% in Abruzzo, 81.8% nella PA di Bolzano e 80.7% nel Lazio. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di 78.1% in Sicilia, 74.5% in Molise, 72.8% in Calabria, 72.4% nel Lazio e 71.4% in Campania). Per il personale non medico i valori sono più bassi e presentano una maggiore variabilità, con un massimo di 85.3% in Molise e 81.4% in Sicilia.

Fin dai primi anni di attuazione della Legge 194 il personale sanitario ha esercitato in percentuali elevate il diritto all'odc, come mostra la seguente tabella che confronta i dati relativi ai ginecologi negli anni 1983, 1992, 2001, 2011, divisi per regione.

**Confronto percentuale dell' Obiezione di Coscienza tra i Ginecologi, 1983, 1992, 2001, 2011**

REGIONE	1983	1992	2001	2011
Piemonte	nr	nr	62.3	65.7
Valle d'Aosta	44.4	20.0	16.7	15.4
Lombardia	59.3	64.9	62.3	63.6
Bolzano	78.3	81.8	80.0	81.8
Trento	59.3	58.1	46.7	58.3
Veneto	66.4	74.9	80.2	77.9
Friuli Ven. Giulia	55.4	55.2	65.9	59.1
Liguria	63.9	62.5	51.5	65.4
Emilia Romagna	36.6	41.9	35.7	51.9
Toscana	51.0	50.7	55.9	65.8
Umbria	76.7	75.2	67.2	69.0
Marche	62.2*	63.2**	78.4	67.2
Lazio	65.1	66.1**	77.7	80.7
Abruzzo	71.8	75.4	79.2	83.8
Molise	75.7	73.8	72.1	87.9
Campania	47.7	61.9	78.8	88.4***
Puglia	71.0*	78.6	79.5	69.7
Basilicata	78.6	79.3	93.8	85.2
Calabria	51.2	73.7	66.3	68.3
Sicilia	64.0	nr	71.6	84.6
Sardegna	60.0	66.4	54.9	56.5
<b>ITALIA</b>	<b>59.1</b>	<b>62.2</b>	<b>66.6</b>	<b>69.3</b>

\* Dato che si riferisce al 1982

\*\* Dato che si riferisce al 1993

\*\*\* Dato che si riferisce a 12 strutture su 26

Dal 1983 al 2011 la percentuale dei ginecologi obiettori è passata dal 59.1% al 69.3%, con un aumento assoluto di 10.2 punti percentuali (pari a un aumento percentuale del 17.3%). Nello stesso periodo le IVG sono passate da 233.976, nel 1983, a 111.415 nel 2011, con una diminuzione del 52.4%.

Una stima della variazione negli anni degli interventi di IVG a carico del personale non obiettore mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente ogni anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana, ipotizzando 44 settimane lavorative in un anno, valore utilizzato come standard nei

progetti di ricerca europei) a 73.9 IVG nel 2011 (pari a 1.7 IVG a settimana, sempre in 44 settimane lavorative in un anno), come mostra la seguente tabella:

ANNI	N. IVG	N. Ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ciascun ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ciascun ginecologo non obiettore
1983	233976	1607	<b>145.6</b>	<b>3.3</b>
1992	155266	1415	<b>109.7</b>	<b>2.5</b>
2001	132234	1913	<b>69.1</b>	<b>1.6</b>
2011	111415	1546	<b>72.1</b>	<b>1.6</b>

Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'odc è quindi sempre stato congruo al numero degli interventi di IVG complessivo e risulta tale anche nel 2011 relativamente ad ogni singola regione, come si evince dalla seguente tabella (sempre ipotizzando 44 settimane lavorative):

Regioni	2011			
	IVG	Ginecologi non ob.	IVG/ginec. non ob.	IVG/sett per gin. non ob
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>51093</b>	<b>876</b>	<b>58.3</b>	<b>1.3</b>
Piemonte	9267	143	64.8	1.5
Valle d'Aosta	261	11	23.7	0.5
Lombardia	18264	323	56.5	1.3
Bolzano	586	6	97.7	2.2
Trento	916	15	61.1	1.4
Veneto	6394	81	78.9	1.8
Friuli Venezia G.	1854	52	35.7	0.8
Liguria	3337	44	75.8	1.7
Emilia Romagna	10214	201	50.8	1.2
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>23674</b>	<b>264</b>	<b>89.7</b>	<b>2.0</b>
Toscana	7479	116	64.5	1.5
Umbria	1803	35	51.5	1.2
Marche	2313	45	51.4	1.2
Lazio	12079	68	177.6	4.0
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>26446</b>	<b>255</b>	<b>103.7</b>	<b>2.4</b>
Abruzzo	2481	17	145.9	3.3
Molise	457	4	114.3	2.6
Campania	10592	63*	168.1	3.8
Puglia	9409	120	78.4	1.8
Basilicata	581	12	48.4	1.1
Calabria	2926	39	75.0	1.7
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>10202</b>	<b>151</b>	<b>67.6</b>	<b>1.5</b>
Sicilia	7912	60	131.9	3.0
Sardegna	2290	91	25.2	0.6
<b>ITALIA</b>	<b>111415</b>	<b>1546*</b>	<b>72.1</b>	<b>1.6</b>

\* I dati relativi alla regione Campania fanno riferimento all'anno 2010 (83.9% di obiettori) in quanto i dati sugli obiettori del 2011 sono stati comunicati da solo 12 strutture su 26

Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sono probabilmente da ricondursi a una distribuzione non adeguata degli operatori fra le strutture sanitarie, all'interno di ciascuna regione. A tale proposito si ricorda che l'art.9 della Legge 194/78 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”*.

Per avere un quadro più dettagliato e preciso della situazione dell'obiezione di coscienza il Ministero della Salute ha attivato un “Tavolo tecnico” a cui sono stati invitati gli Assessori regionali, allo scopo di avviare un monitoraggio riguardante le singole strutture ospedaliere e i consultori, per individuare eventuali criticità nell'applicazione dell'anzidetta Legge in riferimento agli aspetti sopra menzionati. Una prima proposta di scheda per la raccolta dati è già stata inviata ai referenti regionali; i risultati di tale monitoraggio saranno presentati nella prossima relazione al Parlamento.

## TABELLE

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2010-2011
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2000-2011
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 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, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività