



Ministero della Salute

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

✓ *DATI DEFINITIVI 2014 e 2015*

Roma, 7 dicembre 2016

Indice

PRESENTAZIONE	1
SISTEMA DI RACCOLTA DATI	8
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2014 E 2015	10
Andamento generale del fenomeno	10
1.1. Valori assoluti.....	12
1.2. Tasso di abortività	13
1.3. Rapporto di abortività.....	16
Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	16
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	24
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	30
Modalità di svolgimento dell'IVG	32
3.1 Documentazione e certificazione.....	32
3.2 Urgenza.....	33
3.3 Epoca gestazionale	34
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione	36
3.5 Luogo dell'intervento.....	37
3.6 Tipo di anestesia impiegata	38
3.7 Tipo di intervento.....	39
3.8 Durata della degenza	41
3.9 Complicanze immediate dell'IVG.....	42
OBIEZIONE DI COSCIENZA E OFFERTA DEL SERVIZIO IVG (dati 2014)	44
1. Andamento generale	44
2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale.....	44
<i>PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili</i>	45
<i>PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e punti nascita</i>	47
<i>PARAMETRO 3: Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.</i>	48
3. Attività dei consultori familiari per l'IVG.....	54
4. Attuazione della L.194/78 e Consiglio d'Europa	56
TABELLE 2014	58
TABELLE 2015	92

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi agli anni 2014 e 2015 sull'attuazione della Legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

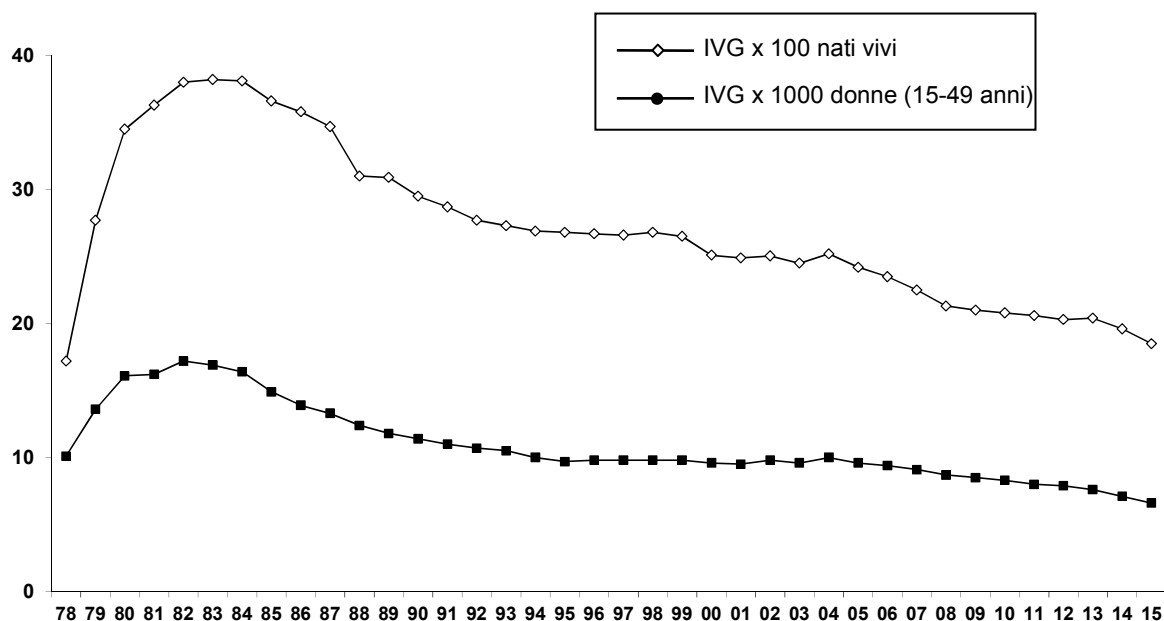
Quest'anno, infatti, visto che già molte regioni a giugno 2016 disponevano dei dati definitivi del 2015 e che questi, insieme ai dati preliminari delle altre regioni, indicavano un notevole calo del fenomeno, si è deciso di prorogare di due mesi la raccolta dati per cercare di ottenere da tutte le regioni i dati definitivi delle IVG effettuate non solo nel 2014, ma anche nel 2015 (anno precedente a quello in corso). Grazie all'informatizzazione dei flussi in molte regioni, alle sanzioni amministrative introdotte dall'Istat per le strutture che effettuano IVG e non inviano i dati (Gazzetta Ufficiale - serie gen. - n. 242 del 15 ottobre 2016) e al grande lavoro svolto dai referenti regionali, è stato possibile ottenere tutti i dati definitivi e completi delle IVG del 2014 e 2015, tranne che per l'obiezione di coscienza dell'anno 2015. Dall'inizio del mio mandato questo ambito della legge 194 è oggetto di particolare attenzione e di un monitoraggio estremamente dettagliato e articolato, a livello sub-regionale, che richiede ogni anno una interrogazione ad hoc alle regioni; l'indagine è stata condotta per l'anno 2014 ma non è stato possibile anticiparla per l'anno 2015, come invece è stato fatto per il restante flusso dati, oramai consolidato.

DATI DEFINITIVI 2014 E 2015

- ✓ Prosegue l'andamento in diminuzione del fenomeno;
- ✓ Nel 2015 il numero di IVG è inferiore a 90'000, infatti sono state notificate dalle Regioni 87'639 IVG, una diminuzione del 9.3% rispetto al dato del 2014, pari a 96'578 (-6.0% rispetto al 2013, quando erano stati registrati 102'760 casi). Le IVG cioè si sono più che dimezzate rispetto alle 234'801 del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Il maggior decremento osservato nel 2015, in particolare tra il secondo e terzo trimestre, potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015), che elimina, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo". I dati delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne) mostrano infatti un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7'796 confezioni nel 2012, 11'915 nel 2013, 16'796 nel 2014 e 145'101¹ nel 2015).
- ✓ Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (numero di IVG per 1000 donne tra 15 e 49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG, è stato 6.6 per 1000 nel 2015 (-8.0% rispetto al 2014 e -61.2% rispetto al 1983), era 7.1 nel 2014. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (v. par.1.2).
- ✓ Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2015 è risultato pari a 185.1 per 1000 con un decremento del 5.7% rispetto al 2014, anno in cui questo valore è stato pari a 196.2 (da considerare che in questi due anni i nati sono diminuiti di 18'666 unità), e con un decremento del 51.5% rispetto al 1983 (quando era 381.7).

¹ erroneamente indicato come 83'346 nella versione trasmessa al Parlamento

Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2015



DATI DEFINITIVI 2014 E 2015

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

I tassi di abortività più elevati sono fra donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2015 il 43.1% delle donne che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, e il 42.9% risultava occupata. Per le italiane la percentuale delle nubili (56.9%) era superiore a quella delle coniugate (36.4%), al contrario delle donne straniere (48.3% le coniugate, 45.2% le nubili). Il 44.8% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, la riduzione per le donne italiane dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.3%, passando da 234'801 a 60'384 nel 2015.

IVG di donne straniere

Nel tempo è aumentato il peso delle cittadine straniere, sia come conseguenza della loro maggiore presenza che del loro maggiore ricorso all'aborto rispetto alle donne italiane: 31.1% nel 2015, 33.0% nel 2014 (rispetto al 7% nel 1995), con un tasso di abortività nel 2014 (ultimo anno per cui è disponibili la stima della popolazione straniera) del 17.2 per 1000, in diminuzione rispetto al 2013, quando era 19.0, e corrispondente a un rischio tre volte maggiore, in generale (v. par.2.6). Il contributo delle donne straniere quindi, dopo un aumento importante si è stabilizzato negli anni e comincia a mostrare una tendenza alla diminuzione, sia in termini percentuali che in valore assoluto (27'168 nel 2015, 31'028 nel 2014, rispetto a 35'388 nel 2012 e 40'224 nel 2007).

Aborti fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2015 è risultato essere pari a 3.1 per 1000 (3.7 nel 2014, 4.4 nel 2012), con livelli più elevati nell'Italia centrale; i 2'853 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2.9% di tutte le IVG. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale (v. par. 2.1).

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.9% nel 2015 (27.3% nel 2014), valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2015 sono 21.6% per le italiane e 38.3% per le straniere (20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quanto riscontrato in altri Paesi (v. par. 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

La metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2015 (55.6% dei casi), seguita dall'isterosuzione (17.0%). È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2015 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 15.2% dei casi rispetto al 12.9% del 2014 e al 9.7% del 2013. Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto fra le regioni.

Si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre le 12 settimane di gestazione: 5.0% nel 2015, 4.7% nel 2014, rispetto al 3.8% nel 2012, e 3.4% del 2011. Una percentuale che rimane comunque fra le più basse a livello internazionale.

È confermata la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 16.7% dei casi nel 2015, nel 14.7% nel 2014, rispetto al 12.8% del 2012 e all'11.6% del 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (32.1%), Piemonte (30.0%), Toscana (23.1%), Emilia Romagna (22.5%), Lazio (24.2%) e Marche (17.4%).

Anche per il 2015 e per il 2014 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.3% e 41.9%, rispettivamente) degli altri servizi.

Tempi di attesa

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: è il 65.3% nel 2015, 64.8% nel 2014, era il 62.3% nel 2013 e il 59.6% nel 2011.

È diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 13.2% nel 2015 e 2014, era il 14.6% nel 2013 e il 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Il 92.2% delle IVG nel 2015 (91.9% nel 2014) viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'87.9% nella provincia di residenza, percentuali in aumento rispetto al 2013 (90.8% e 87.1% rispettivamente), corrispondenti ad una bassa mobilità fra le regioni e comunque in diminuzione negli anni, in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del SSN. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

Offerta del servizio e obiezione di coscienza (2014)

È proseguita l'attività del "Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194", attivato presso il Ministero della Salute il 18 luglio 2013.

Si è ritenuto opportuno continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati dal 2013, i cui risultati sono stati pubblicati nelle precedenti relazioni al Parlamento, anche a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata e diffusa applicazione della legge, e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

In particolare, riguardo al **parametro 1**, offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, a livello nazionale, nel 2014 risulta pari a 654 mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 390, corrispondente al 59.6% (era il 60% nel 2013). Il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione mostra che solo in tre casi (P.A. Bolzano, Molise e Campania), di cui due regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è adeguata.

Il **parametro 2**, offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita, rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78, contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Per il 2014 si conferma la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, di molto superiore rispetto a quello che sarebbe se si rispettassero le proporzioni fra IVG e nascite.

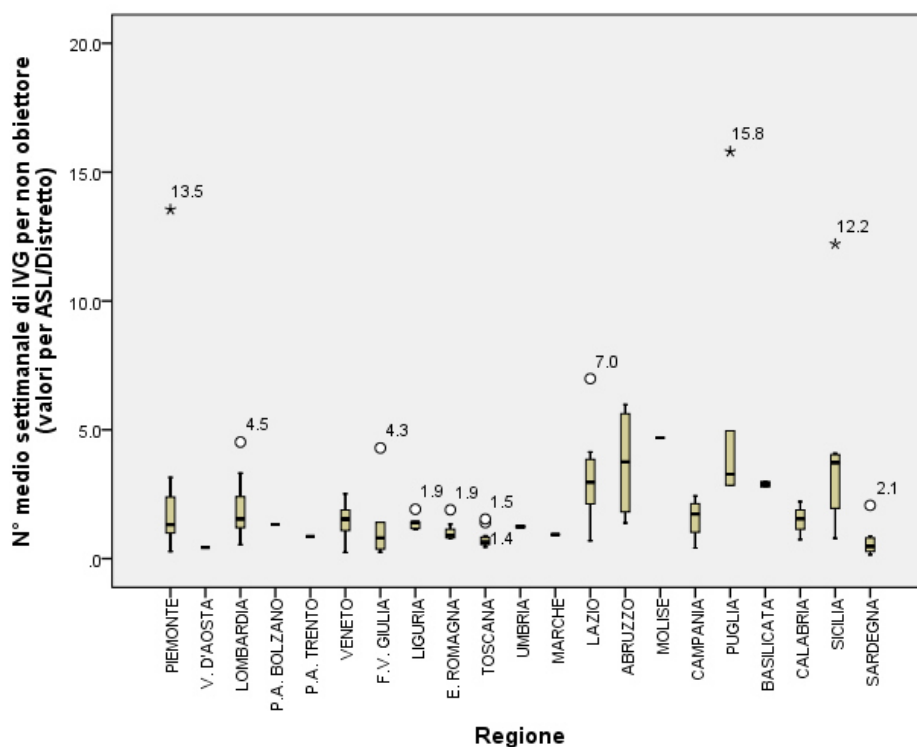
Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita: a livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.7 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.3:1, cioè ogni 5 strutture in cui si fa IVG ce ne sono 7 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

I dati 2014 del **parametro 3**, offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori (carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore), indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle d'Aosta alle 4.7 del Molise, con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana (1.6 nel 2013, 1.4 nel 2012, 1.6 nel 2011).

Come convenuto al Tavolo di lavoro, anche per quest'anno il terzo parametro è stato valutato a livello sub-regionale.

Come mostra il seguente grafico box plot, la situazione risulta diversa da regione a regione, ma nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale.



Su 140 Asl, solo tre presentano valori molto distanti dalla media regionale, cioè valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier). Si tratta di una Asl della Puglia, dove si raggiungono 15.8 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.5), una del Piemonte, con 13.5 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 1.7) e della Sicilia, con 12.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 3.8). Tutti gli altri valori risultano molto inferiori (una Asl del Lazio ha 7.0 IVG settimanali, e le altre hanno tutte valori minori, prossimi alle medie regionali).

Il valore del parametro 3 rilevato dal monitoraggio a livello di singola ASL, ricondotto a livello nazionale, è perfettamente sovrapponibile a quello calcolato dai dati aggregati regionali: in entrambe i casi risulta che in Italia, in media, ciascun ginecologo non obiettore ha effettuato 1.6 aborti a settimana su 44 settimane lavorative. Dall'evoluzione storica dei dati si vede come questo carico di lavoro si sia dimezzato dal 1983, anno in cui corrispondeva a 3.3 IVG settimanali: un risultato dovuto complessivamente al più che dimezzamento delle IVG in trent'anni rispetto alla quasi costanza del numero dei non obiettori.

Dai dati comunicati dalle regioni (tranne Liguria, Lazio e Sicilia che non hanno fornito questa informazione) è emerso che a livello nazionale l'11% dei ginecologi non obiettori è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza. Si tratta di una quota rilevata in 46 strutture di undici regioni: Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Sardegna.

Questo approfondimento ha consentito di mettere a fuoco ancora una volta la grande disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. I dati raccolti per singola struttura ospedaliera suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi una parte dei non obiettori viene assegnata ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale in coerenza con le richieste). Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. Si noti che delle tre regioni in cui si

segnalano forti scostamenti del carico di lavoro medio regionale, per ciascun ginecologo non obiettore, due (Piemonte e Puglia) dispongono anche di personale non obiettore non assegnato ai servizi IVG.

Allo stesso tempo i medesimi dati, sempre relativamente alle singole strutture, hanno consentito di evidenziare quelle situazioni in cui le aziende sanitarie hanno risolto situazioni potenzialmente critiche.

Il numero di non obiettori, nonostante quelli non assegnati al servizio IVG, risulta quindi congruo, anche a livello sub-regionale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG.

Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sono probabilmente da ricondursi a situazioni ancora più locali di quelle delle singole aziende sanitarie rilevate nella presente relazione, e presumibilmente andrebbero ricondotte a singole strutture.

Inoltre, mettendo in relazione i dati regionali dei tempi di attesa e la relativa percentuale di ginecologi obiettori, valutandone la variazione dal 2006 al 2014, non emerge alcuna correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che variano non solo da regione e regione ma anche all'interno della stessa regione (dati più dettagliati sono riportati nel cap. 4).

Consultori familiari

Grazie al grande lavoro delle Regioni, l'85% dei consultori (era il 79% nel 2013) ha fornito dati su alcune attività svolte per l'IVG, registrando una maggiore adesione rispetto allo scorso anno.

In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere (15% rispetto al 70.7%).

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 Legge 194/78).

Conclusioni

- ✓ la prevenzione dell'IVG è obiettivo primario di sanità pubblica; dal 1983 l'IVG è in diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali;
- ✓ 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 inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e tasso di abortività;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni; la mobilità fra le regioni e province è in linea con quella di altri servizi del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi IVG, si conferma quanto osservato nelle precedenti relazioni al Parlamento: su base regionale e, per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, anche su base

sub-regionale, non emergono criticità nei servizi di IVG. In particolare, emerge che le IVG vengono effettuate nel 59.6% delle strutture disponibili, con una copertura adeguata, tranne che in Campania, Molise e P.A. Bolzano. Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, superiore, cioè a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 5 strutture in cui si fa una IVG, ce ne sono 7 in cui si partorisce. Infine, valutando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1.6 a settimana, un valore medio fra il minimo di 0.4 della Val d'Aosta e il massimo di 4.7 del Molise. Questo stesso parametro, calcolato a livello sub-regionale, mostra che anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore, cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro che si discostano molto dalla media regionale, si tratta comunque di un carico di IVG per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. In undici regioni italiane una quota di non obiettori, corrispondente all'11% a livello nazionale, non è assegnata ai servizi IVG, probabilmente perché, in gran parte di questi casi, il numero dei non obiettori viene ritenuto superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi;

- ✓ Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere sembra quindi congruo rispetto alle IVG effettuate;
- ✓ Il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere;
- ✓ il Ministero invita le Regioni a continuare un approfondimento dettagliato dei dati, predisponendo anche una reportistica dedicata all'IVG nella propria regione, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole nella situazione geografica, demografica, sociale e nell'organizzazione sanitaria regionale; quando possibile, sarebbe opportuno utilizzare gli stessi parametri individuati nella presente relazione, al fine di avere dati comparabili fra le diverse aree territoriali prese in considerazione, fra le regioni e all'interno delle regioni stesse, per segnalare buone pratiche e per individuare eventuali criticità in maniera puntuale.

Beatrice Lorenzin

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Nel presente rapporto vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi agli anni 2014 e 2015 sull'attuazione della legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

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

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

Quest'anno, visto che già molte regioni a giugno 2016 disponevano dei dati definitivi del 2015 e che questi, insieme ai dati preliminari delle altre regioni, indicavano un notevole calo del fenomeno, in accordo con il Ministero della Salute si è deciso di prorogare di due mesi la raccolta dati per cercare di ottenere da tutte le regioni i dati definitivi delle IVG effettuate non solo nel 2014 ma anche nel 2015 (anno precedente a quello in corso). Grazie all'informatizzazione dei flussi in molte regioni, alle sanzioni amministrative introdotte dall'Istat per le strutture che effettuano IVG e non inviano i dati (Gazzetta Ufficiale - serie gen. - n. 242 del 15 ottobre 2016) e al grande lavoro svolto dai referenti regionali, è stato possibile ottenere tutti i dati definitivi e completi delle IVG del 2014 e 2015. In alcuni casi (Lombardia, Campania e Sicilia per il 2014 e solo Sicilia per il 2015), come accaduto nel passato, 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 regioni e di casi rispetto al 2013. Alcuni 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 alcuni casi sono inoltre stati rilevati alcuni problemi nella completezza delle informazioni raccolte con i modelli D12.

Tutte le Regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) sono sollecitate ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema italiano di Sorveglianza epidemiologica delle IVG che dispone e pubblica i dati in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi europei.

A tal fine le istituzioni centrali (ISS, Ministero della Salute e Istat) si sono sempre dimostrate disponibili ad aiutare gli uffici regionali a risolvere i problemi che si presentano, a suggerire procedure per una migliore raccolta dati a livello territoriale e a partecipare agli auspicati periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo, sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della Legge 194, sull'andamento del fenomeno e per la messa a punto e la verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

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

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS della durata di un anno che si è svolto da marzo 2015 a marzo 2016. Nel corso del progetto si sono svolti incontri tra l'ISS, il Ministero della Salute e i referenti regionali del Sistema di sorveglianza IVG e del Tavolo Tecnico per la piena applicazione della Legge 194/78 ed è stata svolta un'indagine per valutare le problematiche presenti a livello locale.

Tutte le Regioni hanno aderito e mandato alcune informazioni all'ISS. Molte Regioni hanno ormai informatizzato il flusso dei dati utilizzando strumenti locali o il software fornito gratuitamente dall'ISS. Sono emerse sia criticità che buone pratiche a livello regionale, con notevoli differenze e peculiarità talvolta anche all'interno dei territori regionali. Per questo motivo appare di grande importanza che le regioni producano, oltre ai dati da comunicare a Ministero e ISS ai fini della Relazione al Parlamento prevista dalla Legge 194/78, anche report locali, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole nella situazione geografica, demografica, sociale e nell'organizzazione sanitaria regionale, spesso profondamente diverse fra le regioni e talvolta anche all'interno delle regioni stesse (ad esempio aree metropolitane e province, oppure zone caratterizzate da immigrazione con gruppi etnici specifici e molto diversi fra loro).

Infine è stato realizzato un corso di formazione accreditato per i referenti regionali in cui sono state presentate dall'ISS e dall'Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati illustrati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati (analisi dei modelli D12 e loro confronto con le SDO) e sull'applicazione della Legge 194, anche attraverso soluzioni trovate in alcune regioni. Al corso hanno partecipato 30 referenti regionali di 17 regioni ed il materiale prodotto, incluso un fac-simile di rapporto che le Regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati, è stato messo a disposizione dei referenti di tutte le Regioni.

Per i motivi sopra ricordati, si auspica che un numero sempre maggiore di regioni produca dei rapporti regionali sull'IVG e svolga riunioni con i professionisti coinvolti per discutere i dati prodotti e l'applicazione della Legge 194.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2014 E 2015

Andamento generale del fenomeno

Per il 2014 e il 2015 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. I dati, come negli anni precedenti, si riferiscono alle Regioni dove è stato effettuato l'intervento, indipendentemente dal luogo di residenza della donna.

Per avere i dati completi del 2014 di 3 regioni (Lombardia, Campania, Sicilia) e del 2015 solamente per Sicilia (68 casi) 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). Lo scorso anno per i dati 2013 questa integrazione era stata necessaria per 3 regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia) e per un numero maggiore di casi.

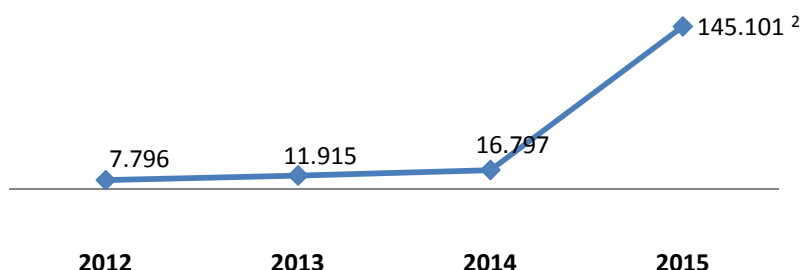
In totale nel 2014 sono state notificate 96'578 IVG e 87'639 nel 2015 (Tab. 1), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, particolarmente evidente nel 2015 (-9.3% rispetto al dato del 2014 e un decremento del 62.7% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia, 234'801 casi). Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Abruzzo, Molise, Calabria e Piemonte e in generale nel secondo semestre del 2015. Quest'ultimo aspetto, che merita sicuramente delle maggiori riflessioni e approfondimenti, potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015), che elimina, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo".

IVG per trimestre nel 2015 e confronti con il 2014

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2015	TOTALE 2014	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	11347	10383	9042	8956	39728	43916	-9.5
Piemonte	1981	1800	1538	1598	6917	7856	-12.0
Valle d'Aosta	48	61	42	33	184	208	-11.5
Lombardia	4137	3776	3301	3090	14304	15991	-10.5
Bolzano	144	125	118	130	517	526	-1.7
Trento	194	179	176	177	726	758	-4.2
Veneto	1415	1333	1129	1167	5044	5472	-7.8
Friuli Venezia Giulia	431	377	340	340	1488	1609	-7.5
Liguria	758	683	608	651	2700	3023	-10.7
Emilia Romagna	2239	2049	1790	1770	7848	8473	-7.4
ITALIA CENTRALE	5336	4947	4446	4041	18770	20259	-7.3
Toscana	1659	1636	1403	1402	6100	6526	-6.5
Umbria	384	351	310	320	1365	1479	-7.7
Marche	474	430	428	356	1688	1839	-8.2
Lazio	2819	2530	2305	1963	9617	10415	-7.7
ITALIA MERIDIONALE	6066	5715	4899	4066	20746	23564	-12.0
Abruzzo	548	516	430	372	1866	2209	-15.5
Molise	104	94	77	81	356	413	-13.8
Campania	2423	2268	1966	1627	8284	9369	-11.6
Puglia	2186	2115	1834	1439	7574	8514	-11.0
Basilicata	171	131	123	132	557	631	-11.7
Calabria	634	591	469	415	2109	2428	-13.1
ITALIA INSULARE	2342	2393	1922	1738	8395	8839	-5.0
Sicilia	1824	1830	1459	1344	6457	6916	-6.6
Sardegna	518	563	463	394	1938	1923	0.8
ITALIA	25091	23438	20309	18801	87639	96578	-9.3

I dati AIFA delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne) mostrano infatti un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7.796 confezioni nel 2012, 11.915 nel 2013, 16.796 nel 2014 e 145.101² nel 2015).

Figura 1 – Vendite Ulipristal acetato (ellaOne) per acquisto privato - anni 2012-2015 (dati AIFA)



Approfondendo il dato trimestrale delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne) per l'anno 2015 rispetto al 2014 si rileva che l'incremento delle vendite cresce in maniera significativa a partire dal secondo trimestre 2015 in cui è più che quintuplicato rispetto al 2014 (24.733 vs 3.729) e continua ad aumentare in maniera molto rapida nel terzo trimestre del 2015 (53.016 vs 4.001) per poi rallentare nel quarto trimestre 2015 (61.755 vs 4.991).

Vendite trimestrali per acquisto privato di Ulipristal acetato (ellaOne) anno 2015 vs 2014

Trimestre	2015	2014	VAR. %
I (gennaio-marzo)	5597	4076	+37.3
II (aprile-giugno)	24733	3729	+563.3
III (luglio-settembre)	53016	4001	+1225.1
IV (ottobre-dicembre)	61755	4991	+1137.3
TOTALE	145101	16797	+763.9

(Fonte: AIFA)

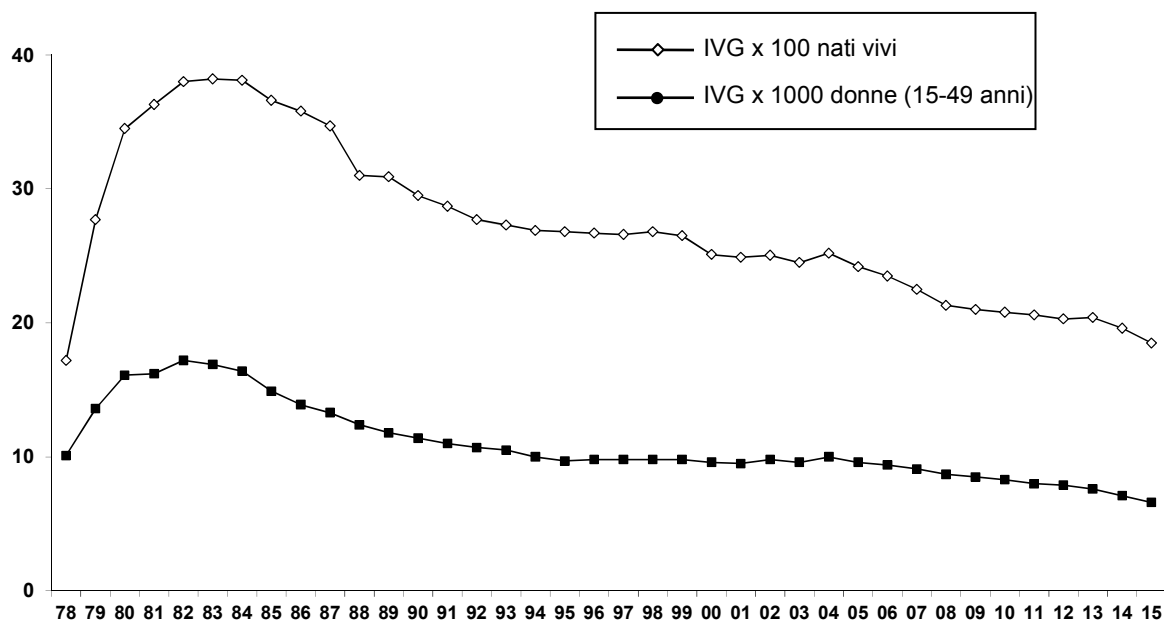
Anche i due indicatori dell'abortività (tasso e rapporto) confermano l'andamento in diminuzione. Infatti il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia) è risultato pari a 7.1 per 1000 nel 2014 e 6.6 per 1000 nel 2015, con un decremento dell'8.0% tra i due anni (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e con una riduzione del 61.5% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 196.2 per 1000 nel 2014 e 185.1 per 1000 nel 2015, con una riduzione del 5.7% tra i due anni e un decremento del 51.3% rispetto al 1982.

L'andamento negli anni dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 nati vivi invece che 1000 per permettere di inserirlo nello stesso grafico) è illustrato in Figura 2.

² erroneamente indicato come 83.346 nella versione trasmessa al Parlamento

Figura 2 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2015



Il tasso di abortività si riduce a 6.9 per 1000 nel 2014 e 6.4 nel 2015 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 2366 (per il 2014) e le 2564 (per il 2015) relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso), calcolate avendo anche redistribuito le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna, con una riduzione del 6.8% nel 2014 rispetto al tasso per le residenti calcolato nella stessa maniera nel 2013 (7.4 per 1000), e del 7.2% nel 2015 rispetto al 2014. Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982.

1.1. Valori assoluti

Nel 2014 si è registrato un decremento delle IVG del 6.0% rispetto al 2013 e nel 2015 un -9.3% rispetto al 2014 (Tab. 4). Circa un terzo degli interventi (33.0% nel 2014 e 31.1% nel 2015) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni (tab.12). Le IVG effettuate nel 2015 da cittadine italiane (60'384, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite del 7.1% rispetto al 2014 (65'021 casi). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti è risultata maggiore: -13.6%.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2015 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2015

	1983	1991	2014	2015	VARIAZIONE %	
					2015/2014	2015/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	-9.5	-62.3
CENTRO	52423	34178	20259	18770	-7.3	-64.2
SUD	57441	44353	23564	20746	-12.0	-63.9
ISOLE	18682	14344	8829	8395	-4.9	-55.1
ITALIA	233976	160494	96578	87639	-9.3	-62.5

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) nel 2015 si hanno: nell'Italia Settentrionale 39'728 IVG con un decremento del 9.5% rispetto al 2014, nell'Italia Centrale 18'770 IVG (-7.3%), nell'Italia Meridionale 20'746 IVG (-12.0%) e nell'Italia Insulare si sono avute 8'395 IVG (-4.9%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato, pur tenendo conto dei suoi limiti legati principalmente alle modifiche avvenute nel nostro Paese per quanto riguarda la popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e la riproduzione (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzate e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi). Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000. Per la prima volta si è effettuata una stima anche per le donne straniere che è risultata compresa tra 3'000 e 5'000 aborti clandestini, per quanto in questo caso gli aspetti critici da un punto di vista metodologico sono ancora più rilevanti. Queste stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni, almeno per quanto riguarda le italiane (15'000 erano gli aborti clandestini stimati per le italiane nel 2005), e una notevole diminuzione rispetto agli anni 80-90 (100'000 erano i casi stimati per il 1983, 72'000 nel 1990 e 43'500 nel 1995).

1.2. Tasso di abortività

Nel 2015 il tasso di abortività raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 6.6 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento del 8.0% rispetto al 2014, anno in cui il tasso è stato pari a 7.1 per 1000 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 6.9 per 1000 nel 2014 e 6.4 per 1000 nel 2015.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2015 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2015

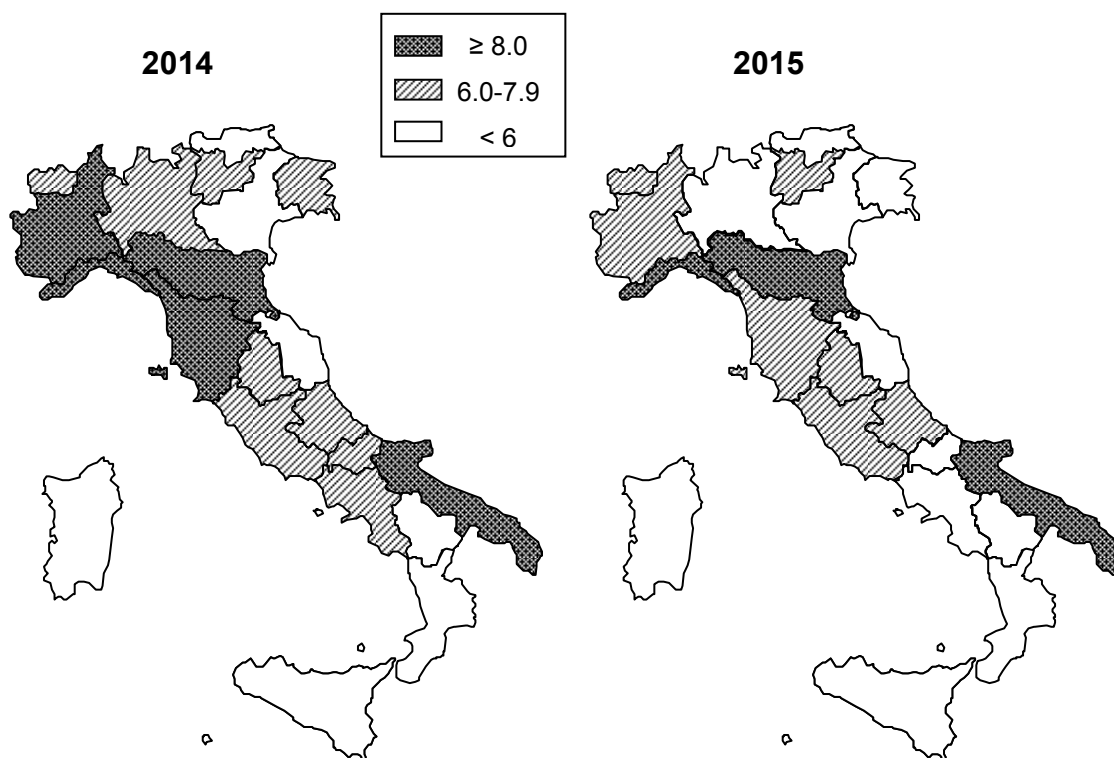
	1983	1991	2014	2015	VARIAZIONE* %	
					2015/2014	2015/1983
NORD	16.8	10.6	7.3	6.7	-8.5	-60.1
CENTRO	19.8	12.4	7.6	7.1	-6.1	-64.1
SUD	17.3	12.1	7.1	6.4	-10.6	-63.3
ISOLE	11.7	8.1	5.7	5.5	-3.7	-53.2
ITALIA	16.9	11.0	7.1	6.6	-8.0	-61.2

* 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 3 presenta i valori regionali per il 2014 e 2015. Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo elevato di queste donne al fenomeno dell'IVG; per tale motivo e per le eventuali differenze tra donne italiane e straniere in questo rapporto, come già da alcuni anni, i dati sono stati in alcuni casi analizzati suddividendoli per cittadinanza della donna. Nella figura 4 è riportato il confronto dei

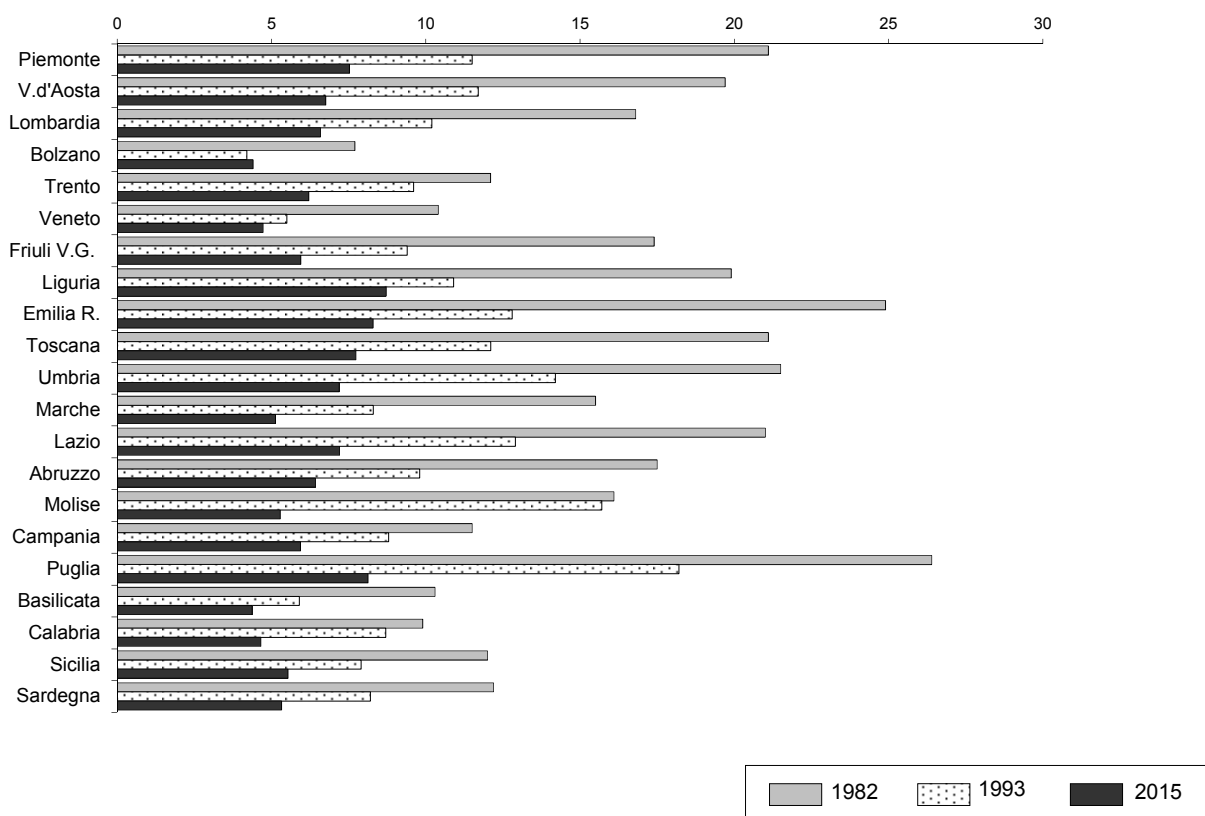
tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2015 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia (-69.2% rispetto al 1982), in Molise (-67.2%), nelle Marche (-66.9%), in Emilia Romagna (-66.7%) e in Umbria (-66.5%).

Figura 3 – Tassi di abortività – Italia 2014 e 2015



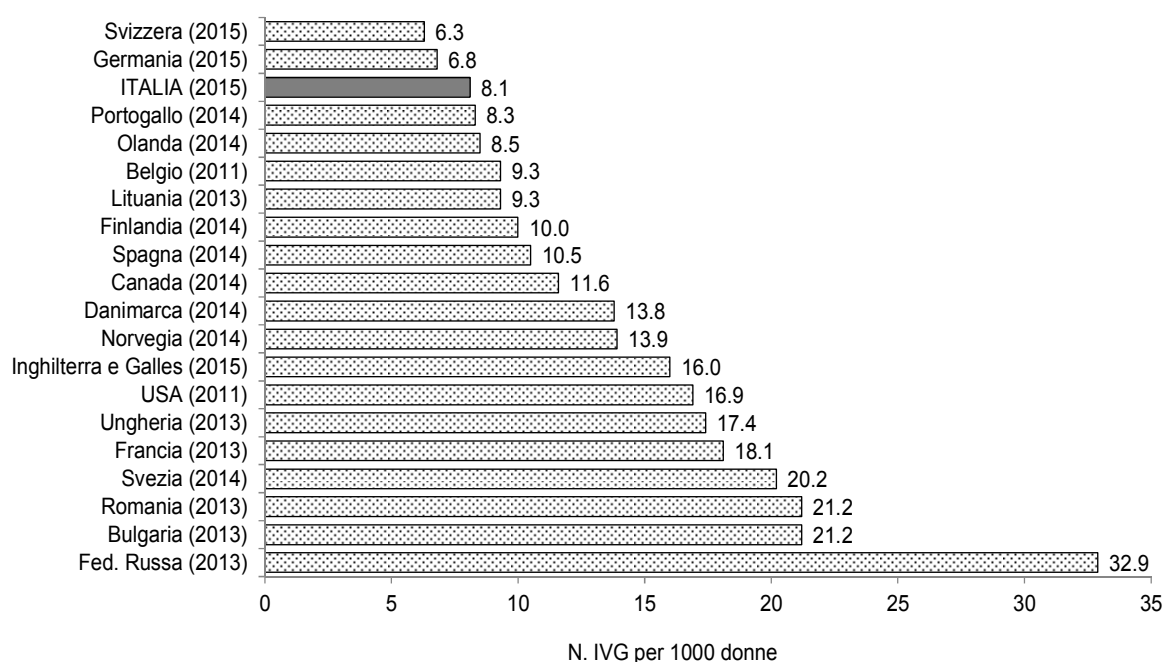
* Da notare che gli intervalli utilizzati nella classificazione dei tassi possono cambiare negli anni

Figura 4 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2015



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 5 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 8.1 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

Figura 5 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2011-2015



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2014

1.3. Rapporto di abortività

Nel 2015 si sono avute 185.1 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento, pari a 5.7%, rispetto al 2014, anno in cui questo valore è stato pari a 196.2 per 1000 (Tab. 2). È da tener conto che tra questi 2 anni i nati sono diminuiti di 18'666 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2015, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2015

	1983	1991	2014	2015	VARIAZIONE %	
					2015/2014	2015/1983
NORD	484.2	327.1	194.6	182.7	-6.1	-62.3
CENTRO	515.2	356.1	214.0	211.4	-1.2	-59.0
SUD	283.8	253.0	202.6	182.9	-9.7	-35.6
ISOLE	205.3	176.1	159.3	156.3	-1.9	-23.9
ITALIA	381.7	286.9	196.2	185.1	-5.7	-51.5

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 in Italia. 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.

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

I diversi andamenti, prevalentemente 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, negli ultimi 15-20 anni si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, donne che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore. Questo spiega almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età sia nelle evoluzioni delle distribuzioni percentuali. 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: Alan Guttmacher Institute 2014, <https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>; Svizzera: Statistique des Interruptions de grossesse 2015 - Office federal de la statistiques; Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo - Datos definitivos correspondientes al año 2014 - Sanidad - Ministerio De Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad; Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrot for 2014 - (Abortregisteret) Folkehelseinstituttet; Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2015 - Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales - National

Statistics - Department of Health; Olanda: Jaarrapportage 2014 van de Wet afbreking zwangerschap – Utrecht, oktober 2015 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Germania: Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2015 - Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016; Svezia: Statistics on induced abortions 2014 - Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen; Danimarca: Historical abortion statistics, Denmark - Abortion Statistics and other data-Johnston's Archive; Repubblica Ceca: Potraty CR 2013 – Zdravotnicka Statistika; Finlandia: Induced abortions in the Nordic countries 2013 – National Institute for Health and Welfare – Helsinki; Romania: Historical abortion statistics, Romania - Abortion Statistics and other data -Johnston's Archive; Francia: Les interruptions volontaires de grossesse 2015 en France – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; Population 1 January by five years age group and sex – Database Eurostat - <http://ec.europa.eu/eurostat/data/statistics-a-z/abc>; Abortion Surveillance — United States, 2012 – Surveillance Summaries November 27, 2015– CDC; U.S. Abortion Statistics – Facts and figures relating to the frequency of abortion in the United States – ABORT73.COM.

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa agli anni 2015 e 2014 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con una diminuzione nelle donne di 15-19 e 20-24 anni ed un aumento di quelle di 40-44 anni rispetto al 2013. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età delle relative popolazioni residenti. Infatti, poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti (con valori generalmente più elevati nelle classi 20-35 anni), eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7 si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili in quanto la distribuzione 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 quelle da donne residenti in altre regioni o all'estero) e al denominatore le donne in età feconda residenti in Regione. 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 generalmente le classi di età più giovani.

I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati 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, Emilia Romagna, Umbria, 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 è più elevato quando queste sono incluse). C'è da considerare che i dati raccolti dall'Istat non risultano ancora completi, con un certo numero di IVG non notificate ed è pertanto impossibile fare elaborazioni per 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 2015 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

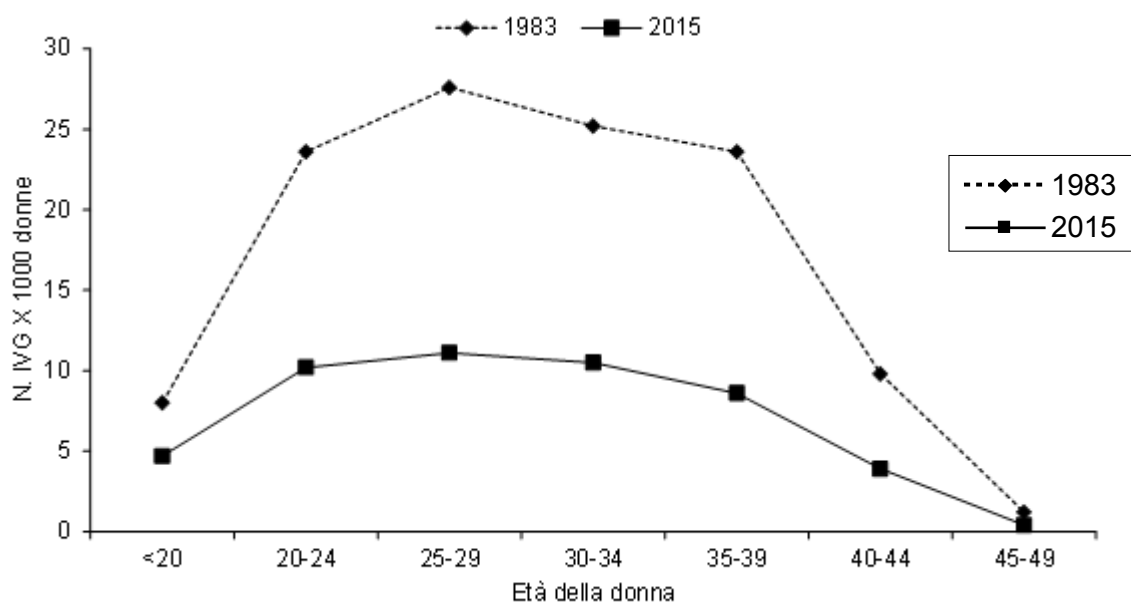
Tassi di abortività per età, 1983-2015

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2015/2014	2015/1983
< 20	8.0	5.5	5.2	4.7	-9.4	-41.0
20-24	23.6	13.4	11.0	10.2	-7.6	-57.0
25-29	27.6	15.7	12.0	11.1	-7.4	-59.6
30-34	25.2	17.1	11.3	10.5	-7.2	-58.3
35-39	23.6	15.1	9.3	8.6	-7.4	-63.4
40-44	9.8	7.2	4.2	3.9	-7.8	-60.1
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	-5.3	-70.0

* 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. 6). Nel 2015 si osserva un decremento di tutti i tassi di abortività rispetto al 2014, in particolare nelle donne con meno di 20 anni.

Figura 6 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2015



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 nella classe 20-24 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	(2015)	4.7	10.2	11.1	10.5	8.6	3.9
	(2014)	5.2	11.0	12.0	11.3	9.3	4.2
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(1990)	5.6	13.8	16.5	18.0	15.6	7.6
FRANCIA	(2015)	7.6	27.2	26.1	20.0	15.0	5.1
GERMANIA	(2015)	4.3	9.3	9.7	8.7	6.9	2.6
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	15.0	27.0	23.0	17.0	12.0	4.0
NORVEGIA	(2014)	9.6	21.8	20.7	15.9	11.4	4.2
OLANDA	(2014)	6.5	14.1	13.6	12.0	8.6	3.5
REPUBBLICA CECA	(2013)	7.0	12.8	13.5	13.0	11.2	5.1
SPAGNA	(2014)	9.9	16.6	15.3	12.3	8.6	3.8
SVEZIA	(2014)	15.1	29.6	27.3	22.3	16.7	7.9
SVIZZERA	(2015)	3.4	8.7	8.9	7.6	6.5	2.8
USA	(2012)	9.2	23.3	18.9	12.4	7.3	2.8

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2015 è risultato essere pari a 3.1 per 1000 (Tab. 5), valore inferiore rispetto a quello degli anni precedenti e che mostra una tendenza alla diminuzione dal 2005. 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 dal 2000 al 2015 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2015

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2.7	4.1
2001	3565	227	2.7	4.1
2002	3446	306	2.9	4.7
2003	3556	428	2.8	4.5
2004	3840	526	3.0	5.0
2005	3441	605	3.0	4.8
2006	3512	608	3.2	4.9
2007	3463	637	3.3	4.8
2008	3451	624	3.4	4.8
2009	3127	592	3.2	4.4
2010	3091	626	3.3	4.5
2011	3008	586	3.4	4.5
2012	2761	588	3.3	4.4
2013	2616	527	3.2	4.1
2014	2383	472	3.2	3.7
2015	2164	357	2.9	3.1

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2014-2015 continua la diminuzione del numero assoluto di IVG per le italiane e 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 e nel 2015 anche una notevole diminuzione, come per il contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tab. 12).

In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.2% di tutte le IVG nel 2014 e 2.9% nel 2015), con un tasso pari a 3.7 per 1000 nel 2014 e 3.1 per 1000 nel 2015, valori molto più bassi di quelli delle maggiorenni (7.3 e 6.8 per 1000 rispettivamente nei 2 anni).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale, 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 e Istat. Come cambia la vita delle donne, 2004-2014. Istat, 2015).

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato prevalentemente dai genitori (75.4% dei casi nel 2014 e 75.7% nel 2015, Tab. 22) con alcune differenze tra regioni che potrebbero anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che comunque sono in diminuzione negli anni.

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 2014-15 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (51.9% nel 2014 e 53.2% nel 2015) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto a quella tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 per 1000 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.6 nel 2011) e una 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 a 8.3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l'importante contributo al fenomeno IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, insieme alla differenza che si osserva a livello di popolazione tra le italiane, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2015, 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, 2015

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	30.2	48.8	7.1	6.6	62.6	44.6
CENTRO	28.6	46.7	7.0	5.6	64.4	47.7
SUD	49.1	50.0	6.0	7.9	44.9	42.1
ISOLE	40.5	47.0	6.4	5.4	53.1	47.6
ITALIA	36.4	48.3	6.7	6.4	56.9	45.2

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

La tabella evidenzia la differenze tra nord-centro e sud-isole tra le italiane; tra le straniere queste differenze sono meno evidenti e in generale la percentuale di coniugate tra queste donne è superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud i valori si equivalgono.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono inferiori a 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	(2015)	40.1	59.9
	(2014)	41.3	58.7
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2015)	37.9	62.1
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	16.0	84.0
REPUBBLICA CECA	(2013)	34.2	65.8
SVIZZERA	(2014)	30.0	70.0
USA	(2012)	14.7	85.3

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. In Tab. 9 è riportata la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2014 e 2015 a seconda del titolo di studio in possesso. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (42.8% nel 2014 e 43.1% nel 2015), come nel 2013.

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

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2014-5 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2015

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1.6	9.0	29.4	40.1	48.6	38.7	20.4	12.2
CENTRO	4.7	9.8	30.7	45.9	48.8	37.1	15.8	7.2
SUD	3.2	14.2	46.1	48.4	41.2	32.4	9.4	5.1
ISOLE	3.9	16.4	48.0	54.5	39.7	25.3	8.4	3.8
ITALIA	2.9	10.2	36.6	43.3	45.5	36.9	15.0	9.7

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 nell'ultimo anno per cui è disponibile il dato, mostra valori in aumento, come si osserva nella tabella seguente (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di 20-49 anni, Italia 1981-2010

Titolo di studio	1981	1991	2001	2010
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 42.9% delle donne che hanno abortito nel 2015 risulta occupata, il 22.8% casalinga, il 10.8% studentessa. Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (21.1% nel 2015 e 20.8% nel 2014 rispetto al 19.9% del 2013 e il 18.8% del 2012), probabilmente influenzata dalle variazioni nella popolazione femminile generale.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile 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, 2015

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	58.4	41.0	19.4	27.8	9.9	25.1	12.4	6.0
CENTRO	48.7	39.1	22.7	29.0	13.5	26.1	15.1	5.8
SUD	30.0	30.4	18.6	25.7	39.7	40.1	11.7	3.8
ISOLE	28.8	28.2	26.0	34.6	33.4	33.9	11.7	3.3
ITALIA	45.1	38.7	20.6	28.2	21.17	27.5	12.7	5.6

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

Nella grande maggioranza dei casi le IVG effettuate in ciascuna regione riguarda donne residenti nella regione di intervento: nel 2014 questo ha riguardato il 91.9% delle IVG e il 92.2% nel 2015 (Tab. 11), valori in aumento rispetto al 2013 (90.8%). Delle IVG effettuate da donne residenti in regione nel 2015 l'87.9% 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 e Basilicata al Sud, come negli anni precedenti. Tuttavia è necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella regione considerata che vanno ad abortire in altre regioni) per avere un quadro più completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: nel 2015 presenta un flusso in entrata pari al 16.0% (89 IVG) ma ha anche, come è riportato in tabella 29, un più consistente flusso in uscita (162 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: 5.63 per 1000 rispetto a 4.63. Il tasso di abortività calcolato per le donne residenti descrive più correttamente il rischio di abortività per regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto (per regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per regione di intervento). Dalla tabella 29 risulta evidente che in alcune regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese, con il conseguente flusso emigratorio verso altre regioni. Le Regioni, per ottenere il dato sulle donne residenti che effettuano l'IVG in altre regioni, devono rivolgersi all'Istat.

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, con una flessione negli ultimi anni: 3328 nel 2013, 2564 nel 2014 e 2366 nel 2015 (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

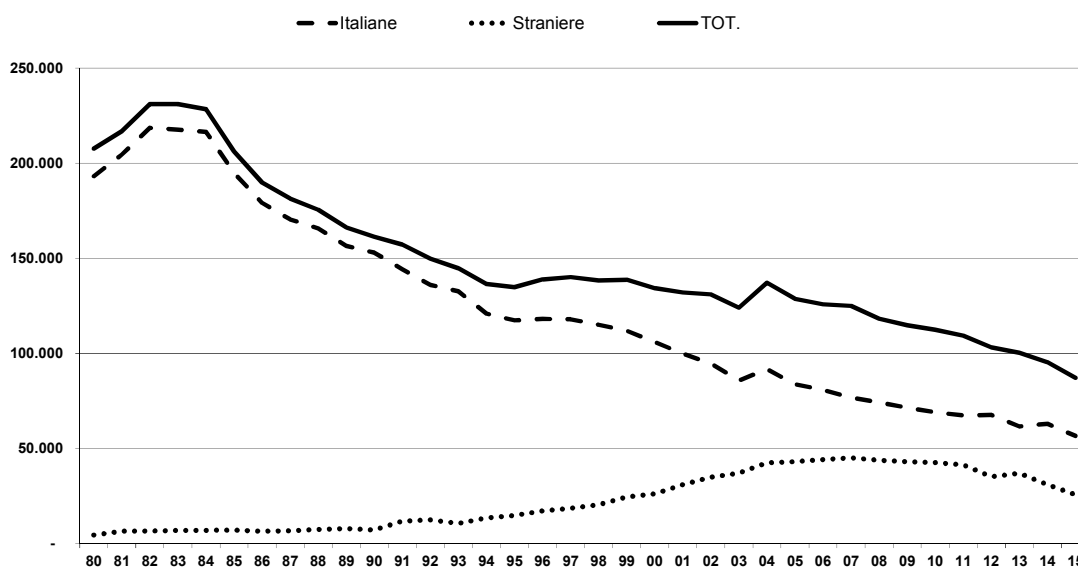
Nel 1995, anno in cui si è iniziata a rilevare sistematicamente l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8'967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo un massimo nel 2007 (40'224 IVG relative a donne con cittadinanza non italiana). Da allora si è osservata una stabilizzazione del numero e successivamente un leggero decremento. Nel 2015 e 2014, dai dati riferiti dalle Regioni, il valore risulta essere 27'168 e 31'028 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, regione per regione, il valore risulta pari a 27'255 nel 2015 e 31'557 nel 2014. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2014 e 2015, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124'448 nel 1998, a 113'656 nel 2000, 94'095 nel 2005, 76'948 nel 2010, 68'382 nel 2013, 65'021 nel 2014 e 60'384 nel 2015, avendo incorporato per gli ultimi otto anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'IVG in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 60'384, con un decremento percentuale del 74.3%.

Nel 2015 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 31.1% del dato nazionale e 33.0% nel 2014. 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 7). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione del numero di IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni.

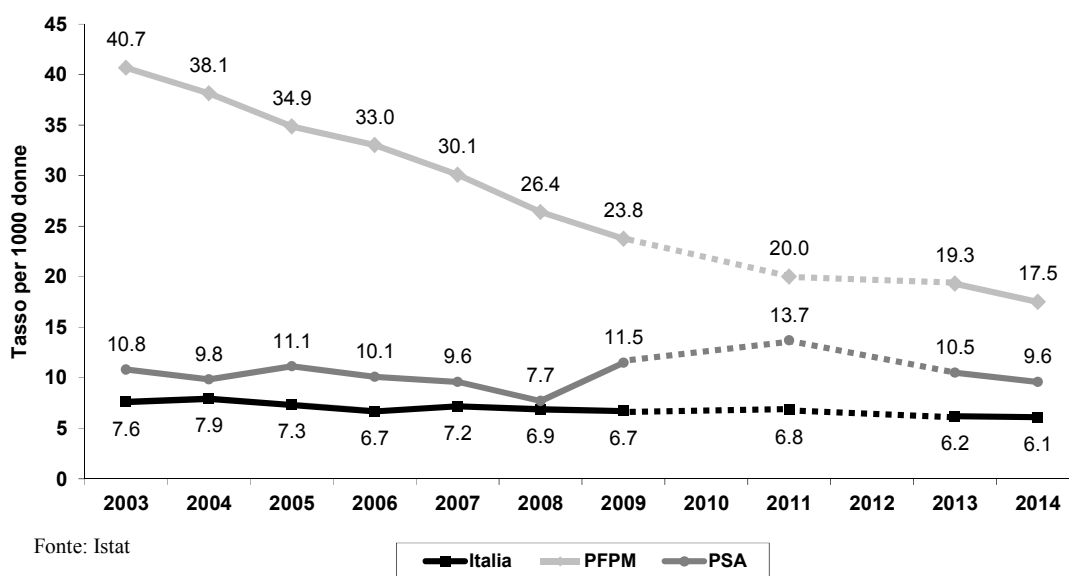
Figura 7 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2015



Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2014 dei tassi di abortività per le donne residenti straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)³, 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 8. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 8 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2014



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 PFPM sono 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2014 tale rapporto risulta uguale a 2.9. Per le donne PSA si tratta di numeri molto piccoli e quindi i valori dei tassi di abortività sono a rischio di forti oscillazioni.

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

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2014, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

³ 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.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2014

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	4.4	13.3
20-24	8.2	28.9
25-29	8.4	27.0
30-34	8.5	23.0
35-39	7.7	18.2
40-44	3.6	7.8
45-49	0.3	0.6
15-49 standardizzato	6.1	17.2

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno 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 39 per 1.000: 3.5 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 2.9).

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

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere di evitare gravidanze indesiderate si è avuta nei più recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia fondamentale il counselling sulla procreazione responsabile nel percorso nascita per determinare un maggior uso dei metodi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di effettuare ciò per tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni 80 (rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamente indicata nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Inoltre nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che si è concluso a dicembre 2012. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di donne immigrate. Hanno aderito le Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento. Nel suo ambito è stato organizzato un corso a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avevano il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel 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, con il coinvolgimento anche delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue e disponibili sul sito del Ministero della Salute.

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

2.7 Anamnesi ostetrica

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 in questi casi costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente o a fare un grande lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati, la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, 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. Nel 2014 un caso a parte sono i dati della Campania e della Sicilia, 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 2015 il 60.6% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio (61.5% nel 2014) e il 37.2% 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 ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2015, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2015

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	48.3	27.6	22.8	27.7	22.0	30.6	7.0	14.1
CENTRO	52.6	31.4	21.2	26.8	20.5	29.7	5.7	12.1
SUD	37.4	20.8	19.6	31.5	30.2	33.0	12.8	14.6
ISOLE	36.6	23.0	22.1	30.0	26.7	30.9	14.6	16.2
ITALIA	44.8	27.5	21.5	28.0	24.5	30.7	9.2	13.8

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2015 avevano uno o più nati vivi il 51.8% al Nord, il 47.4% al Centro, il 62.6% al Sud e il 63.4% nelle Isole, mostrando differenze per area geografica; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 72.4%, 68.6%, 79.2% e 77.0%. 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 fino agli anni 2000, seguita da una stabilizzazione.

IVG (%) per parità, 1983-2015

	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
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
2012*	39.7	24.0	25.9	8.1	2.3
2013*	39.0	24.3	26.2	8.1	2.4
2014*	38.5	24.2	26.6	8.2	2.5
2015*	39.4	23.4	26.4	8.2	2.5

* 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	(2015) *	39.4	60.6
	(2014) *	38.5	61.5
GERMANIA	(2015)	39.1	60.9
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	46.0	54.0
OLANDA	(2014)	47.6	52.4
SPAGNA	(2014)	44.7	55.3
SVIZZERA	(2014)	51.0	49.0
REPUBBLICA CECA	(2013)	28.7	71.3
USA	(2012)	40.3	59.7

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2015, l'86.5% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è uguale a quello rilevato nel 2013-14 ed è simile a quello rilevato negli anni passati, non dando indicazioni di variazione dell'andamento e del fenomeno.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2015

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2
2012	87.0	10.2	2.1	0.5	0.2
2013	86.5	10.6	2.1	0.5	0.3
2014	86.4	10.8	2.1	0.5	0.3
2015	86.5	10.5	2.2	0.5	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2015 (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, 1983-2015

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8
2012	18.6	5.3	1.6	1.1	26.6
2013	19.0	5.2	1.6	1.0	26.8
2014	19.1	5.4	1.7	1.1	27.3
2015	19.0	5.3	1.6	1.0	26.9

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 e conseguente ricorso all'IVG: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo 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 1989-2015

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2010	2013	2014	2015
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.9	27.2	26.8	27.3	26.9
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.7	44.7	44.8	44.8

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

C'è inoltre da tener presente che dagli anni '90 è aumentata l'immigrazione nel nostro Paese e di conseguenza il contributo delle immigrate 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.

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne del 2015, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (38.3% rispetto a 21.6%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica. 2015

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.6	26.0	3.3	8.3	1.2	4.0	21.2	38.4
CENTRO	14.9	25.2	3.2	9.0	1.1	4.9	19.3	39.2
SUD	18.0	22.8	5.0	9.7	2.1	6.4	25.1	38.9
ISOLE	14.2	19.7	3.3	6.2	1.2	5.6	18.7	31.4
ITALIA	16.4	25.2	3.8	8.6	1.4	4.6	21.6	38.3

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2015 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle regioni del Sud con il 25.1%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Emilia Romagna (32.3%); al Centro, in Toscana (30.5%); al Sud, in Puglia (36.0%). Le differenze regionali possono dipendere in parte dal numero di casi con questa variabile non riportata (che spesso sarebbe zero come valore). Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare tutti i campi, anche nel caso di risposta "0" o "nessuno".

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2015)	73.1	19.0	5.3	2.6	26.9
	(2014)	72.8	19.1	5.4	2.8	27.3
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	62.0	27.0	8.0	3.0	38.0
OLANDA	(2014)	64.4	23.9	7.6	4.1	35.6
SPAGNA	(2014)	62.5	24.8	8.2	4.6	37.5
SVEZIA	(2014)	57.1	n.r.	n.r.	n.r.	42.9
USA	(2012)	55.7	24.6	11.0	8.6	44.2

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 (specialmente se si esclude 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.

Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste per legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un 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. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/Istat.

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

Anche per il 2014 e 2015 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (41.6%) degli altri servizi (Tab. 16): 41.9% nel 2014 e 42.3% nel 2015. Le regioni in cui si osservano valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna con un 68.8% nel 2015, Piemonte (62.7%), PA di Trento (59.0%) e Umbria (58.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e del personale.

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

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2015

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	47.8	60.7	24.5	16.3	25.8	21.7	1.9	1.4
CENTRO	45.5	50.6	17.9	17.8	26.9	23.2	9.7	8.5
SUD	25.5	33.6	28.0	19.2	44.3	44.9	2.2	2.3
ISOLE	20.4	33.4	20.8	14.4	57.2	51.2	1.6	0.9
ITALIA	37.9	53.8	23.8	16.9	34.9	26.2	3.4	3.1

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 sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile spesso 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 POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2015

	Medico di fiducia	Servizio Ost. Ginec.	Consultorio	Altro
1983	52.9	21.4	24.2	1.4
1987	52.4	25.7	20.0	1.9
1991	47.8	29.1	21.4	1.7
1995	45.5	29.1	23.5	1.9
1999	38.6	31.0	28.7	1.7
2000	36.0	32.2	30.1	1.7
2004	32.2	30.8	35.1	1.8
2007	27.7	33.0	37.2	2.2
2009	27.5	31.2	39.4	1.9
2010	26.0	30.9	40.4	2.6
2011	25.3	30.5	40.7	3.4
2012	24.3	30.5	42.0	3.1
2013	22.9	32.3	41.6	3.1
2014	21.7	33.0	41.9	3.4
2015	21.4	33.0	42.3	3.3

Nel 2015 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.6 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore leggermente più basso di quello del 2014 (0.7) e di quello degli anni precedenti, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 1970 consultori familiari pubblici censiti nel 2015 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni e ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, riducono il ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare che l'evento si verifichi nuovamente.

3.2 Urgenza

Nel 2015 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della Legge 194/78 è avvenuto nel 16.7% dei casi rispetto al 14.7% del 2014, al 13.4% del 2013 e all'11.6% del 2011 (Tab. 18). Questo aumento negli anni può essere un indicatore di problemi di liste di attesa, di servizi disponibili per l'effettuazione dell'IVG o di necessità di ricorso all'urgenza per poter svolgere l'intervento con il Mifepristone e prostaglandine entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (32.1%), in Piemonte (30.0%), nel Lazio (24.2%), in Toscana (23.1%), in Emilia Romagna (22.5%) e nelle Marche (17.4%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 15.8% al Nord, 21.8% al Centro, 17.3% al Sud e 8.2% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2015 (Tab. 19) mostra che il 46.8% degli interventi è stato effettuato in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 12.9% a 11-12 settimane e il 5.0% dopo la 12esima settimana (nel 2014 questi valori sono risultati essere 45.7%, 13.6% e 4.7% rispettivamente). La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentato negli ultimi anni (41.8% nel 2012 e 43.6% del 2013), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica per effettuare l'IVG, del Mifepristone e prostaglandine, che viene usata a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5.0% nel 2015, 4.7 nel 2014 rispetto a 4.2% nel 2013 e 3.8% nel 2012.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 16.4% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 11.7% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2015

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	46.7	41.9	33.1	38.7	13.1	16.4	7.1	3.1
CENTRO	46.2	38.1	35.2	41.5	13.0	17.9	5.6	2.5
SUD	53.9	46.6	32.9	39.2	8.1	12.5	5.1	1.6
ISOLE	42.9	38.8	37.5	41.6	13.2	17.4	6.4	2.1
ITALIA	48.1	41.4	33.9	39.6	11.7	16.4	6.1	2.7

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 10a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano nella gran parte dei casi gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2013 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 regione, nel 2015, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5.3	Marche	5.0
Valle d'Aosta	2.6	Lazio	4.6
Lombardia	5.6	Abruzzo	3.9
Bolzano	8.3	Molise	0.3
Trento	6.4	Campania	3.9
Veneto	6.9	Puglia	4.8
Friuli Venezia Giulia	6.4	Basilicata	5.5
Liguria	4.9	Calabria	5.6
Emilia Romagna	4.6	Sicilia	5.0
Toscana	4.2	Sardegna	7.9
Umbria	3.0		
		ITALIA	5.0

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

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

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2015)	87639	8.1	5.0
	(2014)	96578	8.8	4.7
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2014)	15097	13.8	4.3
FINLANDIA	(2013)	10120	10.4	7.0
GERMANIA	(2015)	99237	6.8	2.8
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	185824	16.0	9.0
NORVEGIA	(2014)	14061	13.9	3.9
OLANDA	(2014)	30361	8.5	18.4
REPUBBLICA CECA	(2013)	22714	9.2	3.9
SPAGNA	(2014)	94796	10.5	10.6
SVEZIA	(2014)	36629	20.2	6.7
SVIZZERA	(2015)	10255	6.4	5.0
USA	(2011)	1060000	16.9	11.2

* il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni.

3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Negli ultimi anni è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: 59.6% nel 2011, 61.5% nel 2012, 62.3% nel 2013, 64.8% nel 2014 e 65.3% nel 2015 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 15.7% nel 2011, 15.5% nel 2012, 14.6% nel 2013, 13.2% nel 2014 e nel 2015. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza e al Mifepristone+prostaglandine. C'è anche da segnalare che per questa variabile si nota negli ultimi anni un miglioramento della qualità del flusso, con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (solo 0.9% nel 2015 e 2.5% nel 2014).

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

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2015

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	67.0	65.7	21.4	23.0	8.2	8.2	3.4	3.1
CENTRO	64.5	60.8	24.2	25.0	8.4	9.5	2.9	4.6
SUD	68.0	67.4	20.2	20.1	8.3	9.1	3.6	3.4
ISOLE	65.6	61.3	20.1	23.0	9.5	11.2	4.8	4.6
ITALIA	66.6	64.5	21.5	23.2	8.4	8.8	3.5	3.6

Elaborazioni su dati Istat

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati nel 2015, come negli anni precedenti, in Calabria (24.8% delle IVG), in Umbria (24.3%), in Veneto (23.8%) e in Valle d'Aosta (23.5%).

Va infine considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi anche nel caso in cui la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale abbastanza avanzata, al fine di effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2015 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, 1983-2015

	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
2009	91.6	8.4	0.0
2010	91.7	8.3	0.0
2011	92.1	7.9	0.0
2012	92.5	7.5	0.0
2013	93.5	7.5	0.0
2014	94.2	5.8	0.0
2015	94.3	5.7	0.0

La quasi totalità delle IVG (94.3% nel 2015) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati, nella PA di Trento, in Puglia, in Sardegna e in Campania 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, 2015

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98.0	98.0	2.0	2.0
CENTRO	97.8	98.5	2.2	1.5
SUD	87.1	91.9	12.9	8.1
ISOLE	93.0	96.5	7.0	3.5
ITALIA	94.4	97.3	5.6	2.7

Elaborazioni su dati Istat

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da qualche anno viene anche riportata in questa relazione una tabella con i dati riferiti dalle Regioni sul numero di strutture con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e strutture che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). Essendo stata evidenziata la necessità di differenziare fra strutture e stabilimenti (cioè sedi dove si effettuano degli interventi di ostetricia e ginecologia ma non necessariamente con reparti) per il 2014 e 2015 è stato richiesto alle regioni il dato differenziato che è stato riportato in tabella. In totale si tratta nel 2014 di 579 strutture e 654 stabilimenti di cui 390 effettuano l'IVG (59.6%); nel 2015 risultano un totale di 580 strutture e 648 stabilimenti di cui 385 effettuanti IVG (59.4%). Le percentuali degli stabilimenti effettuanti IVG erano 60.0 nel 2013 e 64.0% nel 2012, indicando una diminuzione nel numero e nella percentuale di strutture

che effettuano IVG. Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2015 si va da un minimo del 22.2% nella PA di Bolzano, 25.0% in Molise e 27.1% in Campania a 100% in Valle d'Aosta e 92.3 in Umbria, 87.5 in Toscana e 86.7 in Liguria.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2015 permane elevato (69.0%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione: 80.1% nel 2012, 76.6% nel 2013, 73.0% nel 2014. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a se stante per questa variabile (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 10.1% dei casi (in aumento rispetto al 2.0% del 2012, il 4.5% del 2013 e l'8.0% del 2014) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi nella PA di Bolzano e Molise a 39.6% in Veneto). Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5.7% del 2012 si è arrivati al 12.6% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. È inoltre possibile che ancora alcune Regioni o ASL non abbiano ancora utilizzato per il 2015 questa nuova classificazione indicata dall'Istat o non abbiano adattato i propri software di registrazione dei dati. Nei prossimi anni sarà possibile avere un quadro completo di questa variabile. Nel frattempo si raccomanda le Regioni e le strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 4.5% degli interventi (6.6% nel 2012), in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Infatti, nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline n.7. London: RCOG Press; 2011) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione (come nella gran parte dei casi in Italia) non è necessario il ricorso all'anestesia generale e quella locale è preferibile. Nel 2012 l'OMS ha licenziato la seconda edizione delle linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi per la salute della donna. Peraltro all'anestesia locale si associa una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. La qualcosa non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza. Le Regioni dovrebbero promuovere corsi di formazione su tale procedura e la sua diffusione.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2015.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2015

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	69.2	73.4	3.2	3.4	3.9	3.6	7.7	7.5	23.8	19.7
CENTRO	68.0	69.8	11.4	15.2	0.6	0.6	16.5	23.2	20.1	14.4
SUD	83.8	86.0	3.6	6.4	0.7	0.8	6.8	5.7	11.9	6.7
ISOLE	85.6	90.1	0.5	0.2	2.0	0.8	2.0	0.7	11.9	8.9
ITALIA	75.1	75.0	4.5	6.1	2.1	2.5	8.3	10.3	18.3	16.4

Elaborazioni su dati Istat

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2015 (Tab. 25), sebbene permane un 9.3% 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, 1983-2015

	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** ^a	11.4	20.3	62.9	5.4
2011** ^a	11.4	19.8	59.6	9.1
2012** ^a	11.7	19.6	58.0	10.7
2013** ^a	9.9	16.6	59.0	14.5
2014** ^a	9.1	17.8	57.0	16.2
2015** ^a	9.3	17.0	55.6	18.2

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati - ** esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce "Altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in alcune regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 35% dei casi, come negli anni precedenti), a fronte di valori contenuti in diverse altre regioni (meno del 2% in Molise, Basilicata, Puglia e Umbria). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso. L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2015

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. + Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	11.8	10.7	23.4	24.5	43.4	49.8	3.3	1.8	16.5	12.5	1.7	0.8
CENTRO	7.3	5.8	17.3	25.4	56.3	56.5	0.9	0.7	16.4	10.8	1.7	0.8
SUD	8.0	10.9	9.4	9.7	70.7	73.0	1.1	0.5	9.4	5.3	1.4	0.5
ISOLE	20.0	17.4	11.6	9.4	54.4	63.6	2.1	1.3	8.9	7.3	3.1	0.9
ITALIA	10.7	9.8	16.9	22.3	54.9	54.8	2.0	1.3	13.6	11.0	1.8	0.8

Elaborazioni su dati Istat

È da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni ad hoc dei modelli D12/Istat.

Dal 2005 alcuni istituti in Italia hanno iniziato l'utilizzo per l'interruzione della gravidanza dell'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) e da altre Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era 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 permettevano un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute decise di iniziare una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute chiese la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni inviarono il dato da cui è risultato che questa metodica era stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 casi nel 2011 (6.7%). L'uso era avvenuto nel 2010 in tutte le regioni, tranne Abruzzo e Calabria, e nel 2011 non era stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute "Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Anni 2010 – 2011" disponibile sul portale del Ministero della Salute.

Per il 2015 tutte le Regioni, tranne la Lombardia, sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportata nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone+prostaglandine", e "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e prostaglandine e l'utilizzo ormai in tutte le regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2015 di questo metodo:

Anno	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	7855	8114	10257	11134
% sul totale IVG	0.1	0.7	3.3	6.7	7.3	9.7	12.9	15.2
N. Regioni	2	5	18	20	20	20	21	21

Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (40.3% di tutte le IVG nel 2015), Piemonte (32.5%), Emilia Romagna (25.8%) e Toscana (20.1%), come riportato in tabella 25.

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno fatto ricorso a questo metodo, anche se in generale sono meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili rispetto a tutte le altre che hanno abortito con altra metodica. Dai dati del modello D12 relativi al 2015 il 93.5% delle IVG effettuate con Mifepristone+prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009). Dall'analisi effettuata ad hoc nel 2010-11 questo dato era pari al 98.7% delle IVG.

Dalla stessa raccolta dati si era rilevato che, sebbene la gran parte delle Regioni e delle strutture avessero adottato come regime di ricovero quello ordinario con l'ospedalizzazione della donna, molte di loro (76%) hanno richiesto la dimissione volontaria dopo la somministrazione di Mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura. Inoltre nel 96.9% dei casi non vi era stata

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

3.8 Durata della degenza

Nell'89.8% delle IVG del 2015 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4.6% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (Tab. 26). Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2015

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1991	72.9	19.0	8.0
2000	83.1	12.2	4.7
2004	90.0	6.2	3.7
2007	91.2	6.2	2.6
2008	92.6	4.8	2.7
2009	93.6	3.9	2.5
2010	92.1	4.9	2.9
2011	90.3	5.8	3.9
2012	89.9	5.7	4.3
2013	88.6	6.5	4.8
2014	87.6	5.9	6.6
2015	89.8	4.6	5.6

Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze, con degenze più lunghe in Puglia, Piemonte, Valle d'Aosta e Veneto.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2014 e 2015 è illustrata nella tabella seguente, mostrando un netto aumento della degenza inferiore a 1 giorno e un calo di quella di un giorno nel sud e una stabilità nelle altre aree.

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2014-2015

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
NORD	88.5	88.8	4.1	4.7	7.4	6.7
CENTRO	95.5	96.0	2.0	1.5	2.5	2.6
SUD	79.0	87.5	13.1	6.3	7.9	6.2
ISOLE	86.7	86.3	5.4	7.4	7.8	6.3
ITALIA	87.6	89.8	5.9	4.6	6.6	5.6

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2015 sono state registrate 7.3 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) e 7.4 per 1000 nel 2014, con un aumento delle emorragie e infezioni ed una diminuzione della voce "altro" rispetto al 2013. Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale.

Dal 2015 il modello D12/Istat permette di registrare più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto. Tuttavia, molte Regioni non hanno ancora aggiornato i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare l'informazione in maniera completa e non è quindi ancora possibile analizzare i risultati in questa forma. Si raccomanda alle Regioni di procedere alle modifiche necessarie nel più breve tempo possibile.

Nel 2014 sono stati segnalati due decessi avvenuti successivamente a IVG: uno in Campania e uno in Piemonte. Fino ai due eventi registrati nel 2014, dalla entrata in vigore della Legge 194/78, non risultano segnalazioni di decessi collegabili alle IVG.

Nel caso della Campania, dall'informativa della regione emerge che la donna, all'ottava settimana di gravidanza, si era recata in una struttura autorizzata della regione per effettuare una IVG mediante trattamento chirurgico, secondo le procedure previste dalla legge. Come riportato dal referente aziendale del rischio clinico, la donna viene condotta in sala operatoria previa applicazione di prostaglandine, ma "per la insufficiente dilatazione del collo uterino, la procedura non viene completata". La paziente viene ulteriormente stimolata con prostaglandine e sottoposta "ad ecografia che evidenzia avvenuta IVG ma senza espulsione dell'embrione. La paziente viene invitata ad un ricovero prolungato ma alle ore 19.00 la paziente abbandona spontaneamente il reparto". Dopo due giorni la paziente ritorna al Pronto Soccorso con dolori addominali e febbre a 39°, viene ricoverata in Ostetricia e Ginecologia, dove viene sottoposta ad esami ematochimici, ecografia pelvica, Rx addome e TAC addome." La signora viene sottoposta a diversi trattamenti farmacologici e anche ad isterectomia subtotale. Nonostante i trattamenti farmacologici e chirurgici a cui viene sottoposta va incontro a due arresti cardiaci con peggioramento del quadro clinico fino al decesso nelle 24 ore successive al ricovero.

Per quanto riguarda invece il decesso in Piemonte, si tratta di una donna sottoposta a IVG mediante trattamento farmacologico con mifepristone (RU486) e misoprostol.

A seguito del decesso della signora la procura di Torino ha avviato indagini a riguardo, che hanno comportato una consulenza tecnico legale sulle cause di morte. La signora viene ricoverata e trattata con mifepristone secondo protocollo. Dopo qualche ora "esce contro il parere dei sanitari". Si ricovera nuovamente dopo due giorni e sottoposta a trattamento con prostaglandine secondo protocollo. In attesa dell'espulsione la signora "accusava una improvvisa crisi cardio respiratoria cui seguiva il decesso nonostante le manovre rianimatorie", in serata.

Sia gli esami istologici che l'esame colturale sul sangue mostrano una infezione da streptococco betaemolitico di gruppo A, con conseguente miocardite, e condizione di shock settico.

"Per venire alla valutazione del caso relativo alla (omissis) ed alla possibile sussistenza di profili di responsabilità in capo ai sanitari che l'hanno avuta in cura, non vi sono dubbi sul fatto che l'interruzione di gravidanza farmacologica è avvenuta secondo il protocollo utilizzato presso l'ospedale (omissis) e che gli esami tossicologici hanno escluso un accidentale sovradosaggio di farmaci o l'assunzione di sostanze esogene che possano avere determinato causalmente il decesso. La comparsa dell'arresto cardio-respiratorio è avvenuta in modo improvviso e non preceduto da sintomi in qualche modo premonitori, come, peraltro, è tipico degli scompensi cardiaci dovuti alla miocardite. Ritengo, in sintesi, che la progressione della

infezione da streptococco beta emolitico e l'interessamento del cuore e del polmone siano stati probabilmente facilitati dall'assunzione di mifepristone, tuttavia si tratta di un evento avverso assai raro ma che, soprattutto, non è in alcun modo prevedibile. Non è quindi possibile ipotizzare profili colposi in capo ai sanitari che hanno avuto in cura la (omissis) presso l'ospedale (omissis)".

OBIEZIONE DI COSCIENZA E OFFERTA DEL SERVIZIO IVG (dati 2014)

1. Andamento generale

Nella presente relazione si riportano i dati relativi all'obiezione di coscienza in riferimento al solo 2014, anno per cui sono disponibili i dati dettagliati delle regioni relativamente ai parametri che consentono un monitoraggio specifico e articolato.

I dati relativi alla numerosità in termini assoluti del numero di obiettori e non obiettori di coscienza non sono inseriti nei modelli D12 Istat (che si riferiscono alle donne che effettuano le IVG) ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza alle Regioni. La richiesta si riferisce a tutto il personale operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia, anche se le Regioni non sempre forniscono il dato in questa forma.

La tabella 28 – solo relativamente all'anno 2014 - mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Nel 2014 si conferma la tendenza alla stabilizzazione delle quote di obiettori e non obiettori, dopo un notevole aumento negli anni: a livello nazionale. Si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012, al 70.0% nel 2013 e al 70.7% nel 2014.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012, 49.3% nel 2013 e 48.4% nel 2014. Per il personale non medico si è osservata nel 2014 una leggera diminuzione (45.8% nel 2014 rispetto a 46.5% del 2013) dopo l'incremento osservato dal 2005 (38.6%).

Si osservano notevoli variazioni tra regioni, come si evince dalla tabella 28.

È opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, “gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5.7 e 8”. Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che “L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento” (art. 9 della Legge 194).

2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale

In continuità con quanto riportato nella più recente relazione al Parlamento, presentata il 26 ottobre 2015, anche quest'anno per monitorare l'applicazione della Legge 194/78, anche in relazione all'obiezione di coscienza esercitata secondo quanto stabilito dall'art.9 della legge stessa, sono stati stimati tre parametri relativi all'offerta del servizio IVG, sia in termini di strutture disponibili presenti nel territorio - sia in numero assoluto che in rapporto alla popolazione femminile in età fertile - che rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato, considerando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore. Si tratta degli stessi parametri già utilizzati per effettuare il monitoraggio ad hoc nazionale, condotto su base regionale, su alcuni aspetti dell'applicazione della Legge 194, di cui si è dato conto anche nelle relazioni al Parlamento presentate nel 2014 e nel 2015.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere

rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, è stato ritenuto un valido indicatore il carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture, rapportato alle 44 settimane lavorative annuali. Un ulteriore approfondimento effettuato quest'anno è stata la valutazione anche dell'eventuale numero di non obiettori assegnati a servizi non di IVG, proprio per garantire che l'indicatore scelto fosse aderente alla realtà.

Come condiviso con i rappresentanti di tutte le regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della Legge 194 istituito presso il Ministero della Salute, anche quest'anno è stato concordato di stimare gli stessi parametri anche a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge anche localmente e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

Si illustrano quindi nel dettaglio i tre parametri:

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

che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali, calcolati con riferimento all'anno 2014.

2.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

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

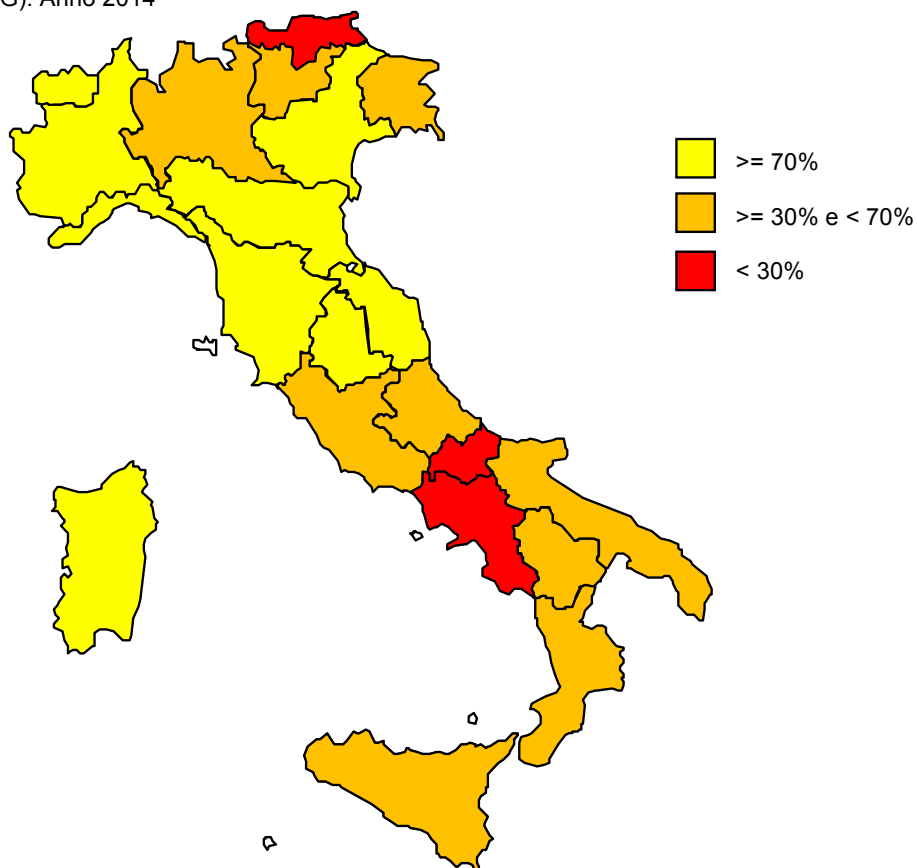
Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'ISTAT emerge che nel 2014 il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominati nei flussi informativi "stabilimenti") a livello nazionale è pari a 654, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 390, cioè il 59.6% del totale (era il 60% nel 2013).

La tabella che segue mostra il confronto, in valori assoluti, fra il totale delle strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione; dai dati emerge che solo in tre casi (P.A. Bolzano, Molise e Campania), di cui due regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nella figura 9. Per il resto la copertura è più che soddisfacente. Si segnalano alcune variazioni tra il 2013 e il 2014: in Piemonte e in Veneto la copertura è aumentata, si è ridotta invece in Campania e Abruzzo.

Numero di strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (sedi fisiche-stabilimenti) e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2014

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	46	33	71.7%	Marche	14	14	100.0%
Valle d'Aosta	1	1	100.0%	Lazio	52	21	40.4%
Lombardia	99	63	63.6%	Abruzzo	16	9	56.3%
P.A. Bolzano	9	2	22.2%	Molise	4	1	25.0%
P.A. Trento	8	5	62.5%	Campania	85	25	29.4%
Veneto	46	34	73.9%	Puglia	42	22	52.4%
Friuli V. Giulia	15	10	66.7%	Basilicata	6	3	50.0%
Liguria	15	15	100.0%	Calabria	18	11	61.1%
Emilia-Romagna	52	38	73.1%	Sicilia	61	29	47.5%
Toscana	32	28	87.5%	Sardegna	20	14	70.0%
Umbria	13	12	92.3%	Totale	654	390	59.6%

Figura 9 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2014



PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita

Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Delle 654 strutture nazionali censite, 500 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato Cedap 2014), pari al 76,4% del totale (era l'81% l'anno precedente).

I nati vivi in Italia nel 2014 sono stati 492'127 (dato ISTAT riferito a popolazione presente); nello stesso anno le IVG sono state 96'578, con un rapporto di 5.1:1 (l'anno precedente era 4.9:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1 (anche questo come l'anno precedente).

Si conferma, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita.

Nella Tabella seguente viene riportato il confronto fra punti nascita e punti IVG, non in valore assoluto, ma normalizzati rispetto alla popolazione femminile in età fertile.

A livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.7 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.3:1, cioè ogni 5 strutture in cui si fa l'IVG, ce ne sono circa 7 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

Tasso dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), Anno 2014

Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni	Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni
Piemonte	3.2	3.6	Marche	4.3	4.3
Valle d'Aosta	3.7	3.7	Lazio	2.8	1.6
Lombardia	3.2	2.9	Abruzzo	4.1	3.1
P.A. Bolzano	5.9	1.7	Molise	4.4	1.5
P.A. Trento	5.1	4.2	Campania	4.8	1.8
Veneto	3.7	3.2	Puglia	3.5	2.4
Friuli Venezia Giulia	4.4	4.0	Basilicata	4.7	2.4
Liguria	3.6	4.8	Calabria	3.3	2.4
Emilia-Romagna	3.1	4.0	Sicilia	4.8	2.5
Toscana	3.2	3.6	Sardegna	4.7	3.8
Umbria	5.8	6.3	Totale	3.7	2.9

(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte Cedap 2014)

Scendendo nel dettaglio, in alcune Regioni c'è un numero maggiore o uguale di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Campania, ogni 4.8 punti nascita ci sono 1.8 punti IVG, e in Sicilia, dove ogni 4.8 punti nascita, ci sono 2.5 punti IVG), comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG. In questi due casi, comunque, si è in presenza di regioni in cui è prevista una riduzione dei punti nascita a seguito di una riorganizzazione: una volta a regime, il rapporto fra punti nascita e IVG sarà più simile a quello delle altre regioni.

È importante ricordare, infatti, che un obiettivo della politica sanitaria italiana, secondo l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, è quello della messa in sicurezza dei punti nascita, che prevede una riorganizzazione degli stessi con la chiusura di quelli in cui si effettuano meno di 500 parti l'anno. L'obiettivo di ridurre i punti nascita è finalizzato a concentrare i parti in strutture più adeguate, con requisiti strutturali, tecnologici e di dotazione di personale in numero adeguato e con più esperienza, in grado così di garantire una maggiore sicurezza dell'evento nascita per una piena tutela della salute della donna e del bambino.

Secondo tale approccio sarebbe opportuno monitorare, per quanto riguarda le IVG, i punti che ne effettuano poche, analogamente a quanto accade per i punti nascita. Tale considerazione vale ancor di più per le IVG tardive, quelle dopo il primo trimestre di gravidanza, casi in cui l'intervento andrebbe eseguito solo nelle strutture con un reparto di terapia intensiva neonatale, considerando la necessità di assistere l'eventuale nato vivo, a seguito di IVG tardiva.

Preso atto che la numerosità delle strutture è più che adeguata alle IVG effettuate in Italia, si approfondisce di seguito il rapporto tra IVG e operatori sanitari non obiettori.

PARAMETRO 3: Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.

Dai dati relativi al numero di IVG effettuate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva, come mostra la tabella seguente, che il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore non è variato rispetto a quello del 2013, basato sulla rilevazione ad hoc su base regionale avviata dal Ministero, e conferma il dato riportato nella tab.28 (che corrisponde a 1408 ginecologi non obiettori, ciascuno dei quali, delle 96758 IVG globali in 44 settimane lavorative, ne effettua 1.6 a settimana), basato sul dato aggregato regionale del Sistema di Sorveglianza.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2012-2013-2014 (considerando 44 settimane lavorative all'anno)

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

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

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Entrando nel merito dei dati, quelli relativi al 2014, a livello aggregato regionale, indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei), il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.4 della Valle d'Aosta alle 4.7 del Molise (erano 0.5 e 4.7 i valori minimi e massimi nel 2013) con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana, uguale al 2013, e leggermente superiore all' 1.4 del 2012.

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

Una stima della variazione negli anni degli interventi di IVG a carico del personale non obiettore mostra che dal 1983 al 2011 le IVG eseguite mediamente all'anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana) a 68.6 IVG nel 2014 (pari a 1.6 IVG a settimana), come mostra la seguente tabella.

Evoluzione storica dal 1983 al 2014 degli interventi di IVG, del numero di ginecologi non obiettori e del carico di lavoro per IVG a livello nazionale

anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ogni ginecologo non obiettore
1983	233 976	1'607	145.6	3.3
1992	155'266	1'415	109.7	2.5
2001	132'234	1'913	69.1	1.6
2011	111'415	1'507	73.9	1.6
2013	102'760	1'490	69.0	1.6
2014	96'578	1.408	68.6	1.6

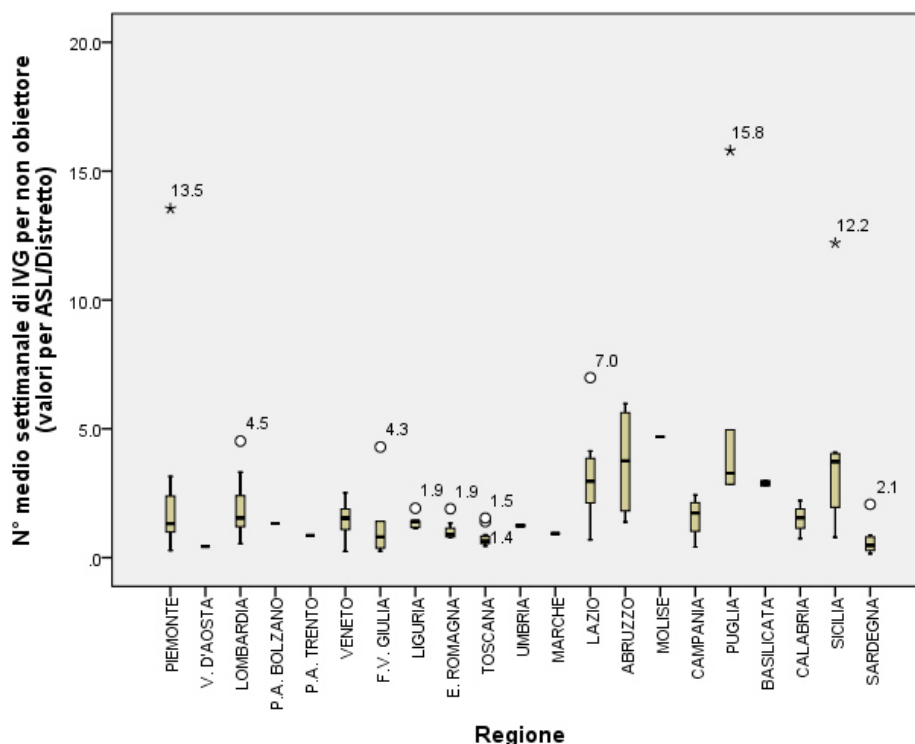
Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza è quindi sempre stato congruo al numero degli interventi di IVG complessivo.

A fronte di ciò, come detto sopra, nell'ultima riunione tenutasi lo scorso 14 gennaio 2015 presso la sede del Ministero della Salute con i rappresentanti delle regioni si è convenuto, insieme agli stessi rappresentanti, di procedere ad un ulteriore, dettagliato approfondimento dei dati del monitoraggio all'interno delle singole regioni.

Anche quest'anno si è riusciti a calcolare a livello sub-regionale (livello di ASL/distretto), il terzo parametro, relativo al carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore. La situazione è riassunta nel seguente grafico box plot (figura 10) e nella relativa tabella dei dati che mostra i valori minimi e massimi e la mediana (valore che divide a metà una distribuzione).

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

Figura 10 Grafico box plot del carico di lavoro settimanale medio per IVG per regione per ginecologo non obiettore (valori per ASL/distretto). Anno 2014.



Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a livello sub-regionale (valori minimo, mediana, massimo). Anno 2014

Regioni	min	mediana	max
PIEMONTE	0.3	1.3	13.5
V. D'AOSTA	0.4	0.4	0.4
LOMBARDIA	0.5	1.5	4.5
P.A. BOLZANO	1.3	1.3	1.3
P.A. TRENTO	0.9	0.9	0.9
VENETO	0.2	1.5	2.5
F.V. GIULIA	0.3	0.8	4.3
LIGURIA	1.1	1.4	1.9
E. ROMAGNA	0.8	0.9	1.9
TOSCANA	0.4	0.6	1.5
UMBRIA	1.2	1.2	1.3
MARCHE	0.9	0.9	0.9
LAZIO	0.7	3.0	7.0
ABRUZZO	1.4	3.8	6.0
MOLISE	4.7	4.7	4.7
CAMPANIA (*)	0.4	1.7	2.4
PUGLIA	2.8	3.3	15.8
BASILICATA	2.8	2.9	3.0
CALABRIA	0.7	1.5	2.2
SICILIA	0.8	3.7	12.2
SARDEGNA	0.2	0.5	2.1

(*) dato parziale in quanto fornito solo per alcune ASL

Come è evidente per quanto riguarda il carico di lavoro settimanale per IVG di ogni ginecologo non obiettore la situazione è diversa da regione a regione, con una variabilità maggiore rispetto a quella registrata l'anno precedente, ma comunque nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale.

Su 140 Asl, solo tre presentano valori molto distanti dalla media regionale, cioè valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier). Si tratta di una Asl della Puglia, dove si raggiungono 15.8 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.5), una del Piemonte, con 13.5 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 1.7) e una della Sicilia, con 12.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 3.8). Tutti gli altri valori risultano molto inferiori (una Asl del Lazio ha 7.0 IVG settimanali, e le altre hanno tutte valori minori), prossimi alle medie regionali.

Al fine di considerare gli operatori in relazione al tempo di lavoro effettivo presso la struttura, ed escludere la possibilità di contare più volte uno stesso operatore presente in strutture diverse, il monitoraggio ha previsto anche la rilevazione dei ginecologi non obiettori in termini di FTE (Full Time Equivalent) dove l'unità di misura FTE corrisponde al numero di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno. Il valore in FTE pari ad 1 equivale ad una persona che lavora a tempo pieno, un lavoratore part-time al 50% corrisponde a 0.5 FTE. Tuttavia, anche per il 2014, si conferma che il carico di lavoro settimanale rilevato rispetto al numero di ginecologi non obiettori in termini di unità di personale non risulta sostanzialmente diverso da quello rilevato in termini di FTE, come già rilevato nel 2013 e nel 2012. Un'unica eccezione si è riscontrata per la regione Molise in cui il numero limitato di ginecologi non obiettori a disposizione determina un raddoppio del carico di lavoro calcolato in base agli FTE, pari a 9.4 IVG settimanali, comunque inferiore a 10.

Quest'anno, inoltre, sempre per garantire che i valori medi fossero rappresentativi della situazione reale è stato chiesto alle regioni se ci fossero ginecologi non obiettori non assegnati al servizio IVG. Dai dati comunicati dalle regioni (tranne Liguria, Lazio e Sicilia) è emerso che a livello nazionale l'11% dei ginecologi non obiettori è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza. Si tratta di una quota rilevata in 46 strutture di undici regioni: Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Sardegna.

Questo approfondimento ha consentito di mettere a fuoco ancora una volta la grande disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. I dati raccolti per singola struttura ospedaliera suggeriscono che, nella maggior parte delle strutture in cui i non obiettori non sono assegnati ai servizi IVG, la disponibilità di personale non obiettore sembra superiore alle necessità: in altre parole in questi casi il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale adeguatamente rispetto alle richieste). Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. Si noti che delle tre regioni in cui si segnalano forti scostamenti del carico di lavoro medio regionale, per ciascun ginecologo non obiettore, due (Piemonte e Puglia) dispongono anche di personale non obiettore non assegnato ai servizi IVG.

Allo stesso tempo i medesimi dati, sempre relativi alle singole strutture, hanno consentito di evidenziare quelle situazioni in cui le aziende sanitarie hanno risolto situazioni potenzialmente critiche. Ad esempio nel caso del Molise, in cui si rilevano solo 2 ginecologi non obiettori di cui 1 assegnato a servizi diversi da quello di IVG, è stato rilevato che, in caso di assenza prolungata del collega assegnato al servizio IVG, l'azienda ha disposto un ordine di servizio, assegnando l'altro non obiettore temporaneamente al servizio IVG, al fine di garantire la continuità del servizio.

Dall'analisi del parametro 3 a livello sub-regionale si evince, quindi, che eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi sono probabilmente da ricondursi a situazioni ancora più locali di quelle delle singole aziende sanitarie locali, rilevate nella presente relazione, e probabilmente andrebbero ricondotte alle singole strutture. 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".

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

Relativamente ai tempi di attesa sulla base dei dati disponibili si vede come in alcune regioni all'aumentare degli obiettori di coscienza diminuiscano i tempi di attesa delle donne, e, viceversa, in altre regioni al diminuire del numero di obiettori aumentino i tempi di attesa, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare. Nella tabella della pagina seguente vengono mostrati i dati su tasso di abortività, obiezione di coscienza e tempi di attesa, con dettaglio regionale, in un confronto fra la situazione del 2006 e quella del 2014.

Tasso di abortività (T.AB), obiezione di coscienza e tempi di attesa (T.AT). Raffronto tra l'anno 2006 e l'anno 2014 con dettaglio regionale

REGIONE	Anno 2014					Anno 2006				
	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg
ITALIA	7.1	96578	70.7	64.8	9.2	9.4	131018	69.2	56.7	12.4
ITALIA SETT.	7.3	43916	65.1	64.6	9.0	9.8	59829	65.2	53.2	13.3
Piemonte	8.4	7856	63.3	70.5	7.3	11.4	11030	62.9	51.1	13.7
Val d'Aosta	7.5	208	13.3	59.9	6.8	9.6	274	16.7	40.5	7.8
Lombardia	7.3	15991	68.3	60.0	10.4	10.0	22248	68.6	58.6	11.3
Bolzano	4.4	526	85.9	77.2	3.4	4.9	564	74.1	44.7	15.2
Trento	6.4	758	57.4	57.9	10.2	11.6	1358	64.0	62.7	11.1
Veneto	5.0	5472	77.0	50.5	15.3	6.4	7090	79.1	34.0	23.4
Friuli V.G.	6.3	1609	58.4	64.8	8.0	8.0	2107	59.8	54.4	11.0
Liguria	9.5	3023	59.7	71.4	7.5	10.9	3700	56.3	51.1	14.1
Emilia Romagna	8.8	8473	53.0	73.6	5.1	12.2	11458	53.5	56.8	11.1
ITALIA CENTR.	7.6	20259	68.6	59.3	10.7	10.9	28888	71.0	55.2	13.4
Toscana	8.2	6526	59.5	63.3	9.1	11.0	8879	55.9	63.3	9.3
Umbria	7.6	1479	65.6	43.0	17.5	11.1	2178	70.2	51.0	13.3
Marche	5.5	1839	70.1	70.6	7.7	7.4	2581	78.4	73.9	5.6
Lazio	7.7	10415	78.2	57.1	11.3	11.8	15250	77.7	47.8	17.2
ITALIA MERID.	7.1	23564	80.4	72.0	7.3	8.8	30716	71.5	63.6	9.9
Abruzzo	7.5	2209	80.7	63.9	11.2	8.8	2709	45.5	71.9	4.9
Molise	6.0	413	89.7	89.8	1.5	8.3	620	82.8	NR	NR
Campania	6.6	9369	81.8	73.4	5.6	8.2	12049	83.0	62.1	10.3
Puglia	9.0	8514	78.5	76.0	6.7	11.2	11333	79.9	60.9	11.5
Basilicata	4.9	631	88.1	78.8	3.8	4.9	701	44.0	78.0	3.5
Calabria	5.3	2428	76.6	55.7	13.4	6.6	3304	73.5	64.9	10.0
ITALIA INSULARE	5.7	8839	79.0	59.2	11.3	7.0	11585	76.3	66.0	8.9
Sicilia	5.9	6916	89.1	55.5	13.0	7.5	9303	84.2	62.0	10.5
Sardegna	5.2	1923	60.2	72.0	5.3	5.5	2282	57.3	77.8	4.1

La prima riga è relativa ai dati nazionali. Dai dati si osserva che dal 2006 al 2014 gli aborti sono diminuiti sia come tasso che come numerosità. I ginecologi obiettori sono aumentati, dal 69.2% al 70.7%. La percentuale di donne che aspetta meno di due settimane (“meno tempo”) fra rilascio del certificato e intervento è aumentata, dal 56.7% al 64.8%, il che significa che il servizio IVG è migliorato. Al tempo stesso, diminuisce la percentuale di donne (dal 12.4% al 9.2%) che aspetta da 22 a 28 giorni (quindi “più a lungo”).

Quindi in sei anni in Italia, in media, gli obiettori sono aumentati e i tempi di attesa diminuiti, cioè migliorati.

La tabella mostra poi gli stessi dati, regione per regione, e vediamo che le situazioni sono le più diverse.

Per esempio, nel Lazio, gli obiettori in otto anni sono aumentati dal 77.7% al 78.2% e i tempi di attesa diminuiti (aumentano dal 47.8% al 51.7% le donne che aspettano “meno tempo”, e calano dal 17.2% al 11.3% quelle che aspettano “più a lungo”). Un andamento analogo si ha in Piemonte, per esempio: gli obiettori aumentano dal 62.9% al 63.3%, e i tempi di attesa diminuiscono (aumentano dal 51.1% al 70.5% le donne che aspettano meno tempo e diminuiscono dal 13.7% al 7.3% quelle che aspettano più a lungo).

In Umbria e Marche, gli obiettori diminuiscono e i tempi di attesa aumentano. In particolare nelle Marche gli obiettori passano dal 78.4% al 70.1%, le donne che aspettano “poco” diminuiscono dal 73.9% al 70.6%, e quelle che aspettano “molto” aumentano dal 5.6% al 7.7%,

cioè peggiorano nonostante la diminuzione degli obiettori; in Umbria gli obiettori passano dal 70.2% al 65.6%, mentre le donne che aspettano “poco” diminuiscono dal 51.0% al 43.0 %, e quelle che aspettano “molto” aumentano dal 13.3% al 17.5%.

In Veneto la situazione è ancora diversa: diminuiscono gli obiettori (dal 79.1% al 77.0 %) e anche i tempi di attesa (aumentano dal 34.0% al 50.5% le donne che aspettano meno tempo e diminuiscono dal 23.4% al 15.3% quelle che aspettano più a lungo), che quindi sono migliorati.

Da questi esempi si vede che non c'è correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che, naturalmente, variano da regione e regione (e probabilmente anche all'interno della stessa regione).

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

3. Attività dei consultori familiari per l'IVG

Anche quest'anno è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, che è risultata migliorata in quanto sono stati raccolti i dati per l'85% dei consultori (lo scorso anno era 79%). Oltre alle informazioni sul numero di ginecologi in servizio, obiettori e non, rilevati in relazione alla tipologia di contratto e in termini di unità (sia in valore assoluto che in termini di Full Time Equivalent), è stato richiesto, come lo scorso anno, anche il numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

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

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

In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere (15.0% vs 70.7%).

Il fatto che il numero di colloqui IVG (76'855 in totale quelli rilevati) sia superiore al numero di certificati rilasciati (31'277), potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna “a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza” (art. 5 L.194/78).

Si osserva inoltre che l'attività effettuata per quanto riguarda i controlli post IVG (34'566) è minore rispetto a quella dei colloqui ma maggiore rispetto ai certificati rilasciati. Un dato che potrebbe indicare che spesso negli ospedali in cui si sono effettuate le IVG è efficace il suggerimento per un colloquio post-IVG in consultorio, più adeguato rispetto alle strutture ospedaliere a effettuare azioni di sostegno e counselling personalizzato e costante, nel tempo. La consulenza post IVG è una buona occasione di promozione per una procreazione responsabile, pertanto sarebbe importante promuoverla e implementarla ulteriormente.

Monitoraggio attività dei consulenti familiari per l'IVG - anno 2014

REGIONE	n° consulenti che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consulenti	n° ginec. (* = FTE)	% obiett.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTALE IVG Anno 2014
Piemonte	163	77%	191	20%	6'490	4'666	2'023	7856
Valle d'Aosta	15	100%	10	90%	10	0	20	208
Lombardia	246	99%	137	29%	24'283	192	16'133	15'991
P.A. Bolzano	14	100%	9	11%	52	11	6	526
P.A. Trento	12	100%	23	4%	656	451	325	758
Veneto	119	100%	65*	20%	4'366	2'301	784	5'472
Friuli Ven. Giulia	26	100%	26	8%	5'090	1'212	1'092	1'609
Liguria	24	33%	146	9%	715	1'583	228	3'023
Emilia Romagna	234	100%	145*	18%	10'627	2'266	5'104	8'473
Toscana	220	93%	44*	25%	4'036	3'263	1'689	6'526
Umbria	33	100%	37*	11%	1'024	938	351	1'479
Marche	48	100%	16*	38%	1'795	1'196	587	1'839
Lazio	99	66%	165	5%	6'508	4'659	1'766	10'415
Abruzzo	44	75%	52	21%	1'044	271	134	2'209
Molise	7	175%	10	10%	170	43	30	413
Campania (*)	39	25%	73	7%	1'599	1'243	671	9'369
Puglia	147	100%	63*	11%	2'876	2'573	1'344	8'514
Basilicata	32	100%	22	23%	452	374	334	631
Calabria	67	100%	96*	16%	1'568	1'213	564	2'428
Sicilia	166	85%	125	0%	2'969	2'394	1'206	6'916
Sardegna	71	100%	47*	19%	525	428	175	1'923
TOTALE	1'826	85%	1'502	15%	76'855	31'277	34'566	96'578

(*) rilevazione parziale

4. Attuazione della Legge 194/78 e Consiglio d'Europa

Alcuni aspetti riguardanti l'attuazione della Legge 194/78, in particolare riguardo l'accesso ai servizi IVG in relazione all'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza degli operatori sanitari, sono stati oggetto negli anni scorsi di reclami collettivi presso il Comitato Europeo dei Diritti Sociali, che ha accolto parzialmente i reclami suddetti, e di successivi pronunciamenti del Consiglio d'Europa che, mediante il Comitato dei Ministri, ha invece espresso apprezzamento nei confronti del nostro paese, riguardo la tematica in oggetto.

Il 9 agosto 2012, la ONG International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) ha depositato un reclamo collettivo (87/2012) contro l'Italia, presso il Comitato Europeo dei Diritti Sociali, concernente la violazione di alcuni articoli della Carta Sociale Europea, riguardanti l'applicazione della Legge n. 194/78 in relazione al diritto all'obiezione di coscienza degli operatori sanitari, e all'accesso al servizio IVG da parte delle donne italiane.

Il 10 settembre 2013, il Comitato Europeo dei Diritti Sociali ha proposto l'accoglimento del reclamo della IPPF-EN.

Il 18 marzo 2014, nel corso del GR-SOC (Gruppo dei Relatori sulle questioni sociali e la sanità), la Rappresentanza italiana ha illustrato, grazie agli elementi forniti dal Ministero della salute, le misure adottate dal nostro Paese a seguito della decisione del Comitato Europeo per i Diritti Sociali e ha richiesto che, per la successiva riunione del GR-SOC del 24 aprile 2014, il Segretariato preparasse una bozza di risoluzione per dare atto delle risultanze della raccolta dei dati del Tavolo Tecnico istituito presso il Ministero della salute e dell'impegno profuso per verificare la corretta attuazione della legge n. 194/78 a livello regionale e locale.

Alla riunione del GR-SOC del 24 aprile 2014 è intervenuto un rappresentante del Ministero della Salute che ha illustrato il rapporto preliminare sui risultati del monitoraggio. Tale illustrazione ha permesso al Comitato dei Ministri di procedere all'adozione del testo di una risoluzione, approvata il 30 aprile 2014, che ha segnato la chiusura, in senso favorevole all'Italia, del reclamo collettivo n. 87/2012, salvo l'obbligo di riferire circa gli esiti della raccolta di dati effettuata dal "Tavolo tecnico per la piena applicazione della Legge 194".

Il "Tavolo tecnico" e i dati finali completi del monitoraggio sono stati descritti nella Relazione sull'attuazione della Legge 194/78 presentata al Parlamento il 15 ottobre 2014.

Nelle more della definizione del reclamo della IPPF-EN, l'Organizzazione CGIL presentava, il 17 gennaio 2013, analogo reclamo collettivo (91/2013) contro l'Italia.

Il 7 settembre 2015 si è svolta presso il Comitato Europeo per i Diritti Sociali un'audizione delle parti – Governo italiano e CGIL –; in esito a tale audizione, il 12 ottobre 2015, il Comitato ha deliberato l'accoglimento parziale del ricorso stesso.

Alla riunione del GR-SOC del 24 maggio 2016 è intervenuto un rappresentante del Ministero della Salute che ha presentato i dati più aggiornati relativamente all'attuazione della Legge 194/78, dati contenuti nella più recente relazione al parlamento sull'attuazione della stessa, presentata il 26 ottobre 2015, successivamente alla decisione di accoglimento parziale del ricorso da parte del Comitato, che quindi non aveva potuto prendere visione dell'aggiornamento suddetto. Gli stessi dati sono stati illustrati in parlamento nel corso dell'informativa del Ministro Lorenzin del 4 maggio 2016.

Il 6 luglio 2016 il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa si è pronunciato definitivamente in ordine al reclamo; ha recepito le informazioni date dal nostro paese e, letteralmente, ne "accoglie gli sviluppi positivi", adottando la seguente risoluzione:

Draft Resolution CM/ResChS(2016)..

Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy, Complaint No. 91/2013

(Adopted by the Committee of Ministers on [6 July 2016] at the 1262nd meeting of the Ministers' Deputies)

The Committee of Ministers,⁴

Having regard to Article 9 of the Additional Protocol to the European Social Charter providing for a system of collective complaints;

Taking into consideration the complaint lodged on 17 January 2013 by *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL)* against Italy;

Having regard to the report transmitted by the European Committee of Social Rights containing its decision on admissibility and the merits (see summary in Appendix 1 to the resolution);

Referring to its resolution ResChS(2014)6 in *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF EN) v. Italy* (adopted by the Committee of Ministers on 30 April 2014 at the 1198th meeting of the Ministers' Deputies);

Having regard to the information communicated by the Italian delegation at the meeting on 24 May 2016 (see Appendix 2 to the resolution);

1. takes note of the information provided on the follow-up to the decision of the European Committee of Social Rights and welcomes the positive developments;
2. looks forward to the reporting to the European Committee of Social Rights in 2017.

Pertanto il Consiglio d'Europa, alla luce degli approfondimenti effettuati, non ha mai condannato l'Italia in merito alla mancata applicazione della Legge 194/78, in particolare riguardo l'accesso ai servizi IVG in relazione all'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza degli operatori sanitari.

⁴ In accordance with Article 9 of the Additional Protocol to the European Social Charter providing for a system of collective complaints the following Contracting Parties to the European Social Charter or the revised European Social Charter have participated in the vote: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, the Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Republic of Moldova, Montenegro, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, the Russian Federation, Serbia, the Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, "the former Yugoslav Republic of Macedonia", Turkey, Ukraine and the United Kingdom.

TABELLE 2014

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2013 - 2014
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2003 - 2014
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 23bis - Strutture/stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale
- 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

TABELLE 2015

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2014 - 2015
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2004 - 2015
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 23bis - Strutture/stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 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