

R E L A Z I O N E

SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONCERNENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

(DATI DEFINITIVI ANNO 1999)

(DATI PRELIMINARI ANNO 2000)

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono presentati i dati preliminari per l'anno 2000 nonché i dati definitivi relativi all'anno 1999 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG per il 2000 è pari a 134828 interventi, con un decremento del 3.1% rispetto al 1999 (139213 casi) e del 42.6% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234801 casi).

Il tasso di abortività (N. IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9.6 per 1000, con una diminuzione del 3% rispetto al 1999 e del 44.2% rispetto al 1982 (17.2 per 1000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1000 nati vivi) è risultato pari a 250.1 per 1000 con un decremento del 5.9% rispetto al 1999 e del 34.2% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG riportata nella presente relazione fa riferimento all'anno 1999 per il quale si dispone, come si è detto, dei dati analitici definitivi.

Nella valutazione generale dell'andamento del fenomeno in Italia si deve tener conto di quanto le donne di nazionalità estera influiscano, in modo sempre più consistente, sull'incidenza dell'IVG.

Nel 1999, infatti, 18806 interventi sono stati effettuati da donne straniere che corrisponde al 13.7% del totale delle IVG. Questo valore era pari a 8967 nel 1995, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997 e 13826 nel 1998.

Si tratta di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese e solo marginalmente rappresentano l'espressione di un fenomeno migratorio per l'espletamento dell'intervento. L'aumento del numero di IVG effettuato da donne straniere è legato principalmente all'aumentata presenza sul territorio, col passare degli anni, di cittadine straniere. Ciò, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG in conseguenza della più alta presenza di immigrate in tali territori.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato risulterebbe essere 127700 nel 1996, 124531 nel 1998 e 120407 nel 1999. Quindi, ad una costante riduzione delle IVG tra le italiane si associa un sempre più importante contributo delle straniere.

Anche la stima dell'aborto clandestino per il 1999, con un valore pari a 22850 casi, conferma la tendenza alla diminuzione (-15.4% rispetto al 1998 e -77.2% rispetto al 1983).

La serie storica dei dati rilevati nel tempo dimostra che le IVG, dopo un loro massimo osservato a distanza di pochi anni dall'approvazione della legge, si sono ridotte in modo costante, anno dopo anno. Considerando sia gli aborti notificati che quelli ancora clandestini, si può calcolare che nel 1999 vi sono stati circa duecentomila casi in meno rispetto al valore stimato prima dell'approvazione della Legge 194/78 e al valore massimo osservato nel 1982-83. Questo andamento è sicuramente legato ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile onde evitare il ricorso all'aborto. Anche l'andamento dell'aborto ripetuto, in diminuzione da molti anni, e di valore inferiore a quanto atteso nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità, conferma questa ipotesi.

In generale, in Italia, le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto seguono, come già evidenziato da alcuni anni, un'evoluzione lenta determinata dalle differenti velocità di riduzione dei tassi di abortività specifici per le varie condizioni (età, parità, stato civile, istruzione) e, negli ultimi anni, dal sempre maggior contributo delle cittadine straniere.

La riduzione dell'IVG nel suo insieme è prevalentemente riconducibile ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate con 1 o più figli, rispetto alla riduzione osservata nelle donne non coniugate e senza figli. Anche l'istruzione di livello superiore e l'essere in una condizione professionale sono fattori associati alla maggiore riduzione del ricorso all'aborto.

Per quanto riguarda le straniere, il loro effetto sulle caratteristiche delle donne che effettuano IVG è determinato dalla diversa struttura per età (mediamente più giovani) e dalla maggior tendenza al ricorso all'aborto. Infatti utilizzando la distribuzione per età della popolazione femminile straniera con permesso di soggiorno fornita dal Ministero degli Interni, l'ISTAT ha stimato, per il 1998, la quantità di donne straniere residenti in Italia di età compresa tra 18 e 49 anni ed il tasso di abortività per queste donne (32.5 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni) che risulta tre volte superiore al dato delle cittadine italiane dello stesso gruppo d'età (9.1 per 1000). Questo è un fattore importante da tenere in considerazione specialmente quando si valuta l'andamento dell'IVG tra le più giovani.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e quelli sull'efficienza dei servizi, se confrontati con i dati degli anni precedenti, hanno subito solo leggeri mutamenti. Nel 80% dei casi la degenza è risultata inferiore a un giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata; ciò comporta rischi minori di complicanze per la salute della donna. C'è tuttavia da segnalare, ancora una volta, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Rimane sempre basso il ricorso al consultorio familiare per la certificazione (28.7%), indicando ciò una reale difficoltà della donna a farvi ricorso, sia per la non adeguata integrazione tra questo servizio e quelli presso cui viene effettuata l'IVG sia, soprattutto al Sud, per la scarsa presenza del servizio sul territorio, per l'incompletezza della equipe consultoriale, per il limitato numero di ore delle figure professionali che dovrebbero occuparsi di questo problema o per la indisponibilità a rilasciare la certificazione.

Nel 1999 l'obiezione di coscienza risulta del 50% per gli anestesisti e del 65% per i ginecologi, senza significative variazioni rispetto agli anni precedenti.

Sulla base delle conoscenze ormai consolidate del fenomeno, si avverte la possibilità che una ulteriore riduzione dell'IVG potrebbe essere favorita dalla realizzazione di programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle donne che hanno recentemente partorito, alle coppie che si sposano, alle/agli adolescenti nelle scuole, alle donne che hanno già abortito. Specifica attenzione andrebbe rivolta alle donne con caratteristiche socio demografiche per le quali si sono avute riduzioni minori del tasso di abortività.

Le donne straniere meritano particolare attenzione ed interventi specifici educativi e preventivi, anche in riferimento alle diversità di costume e cultura. Tale necessità è stata già evidenziata nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nell'Obiettivo IV "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli", il quale fa riferimento anche agli stranieri immigrati quali gruppi sociali meno favoriti e con minori opportunità di salute, nonché nel Progetto Obiettivo Materno Infantile e nello specifico Progetto Obiettivo Salute degli Immigrati, quest'ultimo in fase di predisposizione.

Tutti questi interventi di prevenzione, che andrebbero effettuati attraverso una offerta attiva di informazione ed educazione al fine di promuovere la procreazione consapevole e responsabile, potrebbero produrre anche ulteriori riduzioni dell'aborto clandestino.

I consultori familiari, opportunamente potenziati e riqualificati, dovrebbero giocare un ruolo centrale a questo riguardo. Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività, anche attraverso programmi di formazione permanente, restano dunque esigenze inderogabili.

A riguardo lo scorso anno è stato adottato il Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000" (D.M. 24.4.2000 pubblicato nella G.U. del 7.6.2000, n. 131-Supplemento n. 89) nel quale sono indicati, tra gli obiettivi prioritari, l'organizzazione dipartimentale dell'area Materno Infantile e la riqualificazione qualitativa e quantitativa dei consultori familiari.

C'è da rilevare come a tutt'oggi, dalla emanazione della legge 405/75 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei Consultori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei servizi consultoriali.

Sebbene la legge n. 34/96 preveda un consultorio ogni 20000 abitanti si deve tuttavia constatare che in molte regioni la presenza dei consultori familiari pubblici è inferiore a questo rapporto; a livello nazionale tale valore risulta essere 0.7 per 20000 abitanti. Inoltre, negli ultimi anni, il numero dei consultori familiari si è andato riducendo in modo significativo.

Il consultorio deve essere integrato nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale, ma deve essere salvaguardato il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approccio preventivo nell'attuazione degli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e in particolare, sul tema specifico, per quanto attiene il controllo della fertilità e la procreazione responsabile nonché la prevenzione dell'IVG.

E' necessario che vengano stabiliti rapporti permanenti tra i vari presidi e servizi, anche al fine di garantire percorsi di assistenza agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di elevato rischio sociale o sociosanitario.

L'esigenza di integrazione nel modello dipartimentale, e soprattutto la messa in rete dei consultori familiari con gli altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali degli Enti Locali, impone un loro adeguamento nel numero, nelle modalità organizzative e nell'organico, privilegiando l'offerta attiva di interventi di promozione della salute.

Un ulteriore strumento normativo in tal senso è rappresentato dall'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" (DPCM 14.02.2001 pubblicato nella G.U. del 6.6.2001, n. 129).

La realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale deve basarsi sulla complementarità dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente.

Tale approccio, perseguito nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, non può che determinare, attraverso l'integrazione sociosanitaria, una volta ridefiniti i livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza, una riallocazione delle risorse in base alle priorità individuate quali obiettivi di salute leggibili e attuabili anche nel processo di definizione del budget delle strutture operative da parte delle A.S.L. nel rispetto degli indirizzi organizzativi e dei criteri di finanziamento espressi dalle amministrazioni regionali.

Infine, e concludo, sulla base delle riflessioni suscitate dall'osservazione del fenomeno ed a seguito delle modifiche apportate dall'ISTAT al modello D12 a partire dalla rilevazione relativa all'anno 2000, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, si è provveduto ad aggiornare il questionario trimestrale con il quale le Regioni raccolgono i dati sull'interruzione volontaria di gravidanza.

A questo proposito va sottolineato come la raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati analitici di tutte le regioni rappresenta un processo lungo e delicato che impegna a fondo tutto il sistema di sorveglianza, dalle strutture periferiche a quelle centrali. Tale sistema, va detto con orgoglio, è per completezza, accuratezza e tempestività tra i migliori del mondo.

Un plauso, quindi, ed un vivo ringraziamento per il grande impegno profuso, il senso di responsabilità ed i risultati ottenuti va rivolto da una parte ai funzionari regionali per i dati che riescono a fornire nonostante le difficili realtà operative in cui si trovano ad agire, dall'altra ai funzionari della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Sanità ed ai ricercatori del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità per l'elaborazione, l'analisi dei dati e la stesura della relazione.

(Girolamo Sirchia)

DATI PRELIMINARI ANNO 2000

Per l'anno 2000 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Sono state notificate 134828 IVG (Tab. A), con un decremento del 3.1% rispetto al dato definitivo del 1999 (139213 IVG) e un decremento del 42.6% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.6 per 1000 donne di età 15-49 anni, con un decremento del 3% rispetto al 1999 (Tab. B) e con una riduzione del 44.2% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi nell'anno 2000 forniti dall'ISTAT, pari a 538999 per tutto il territorio; vi sono state 250.1 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento del 5.9% rispetto al 1999 (Tab. C) e del 34.2% rispetto al 1982.

L'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività negli anni è illustrato in Figura 1.

TAB. A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2000 – Valori assoluti: dati 2000 e confronti con il 1999

REGIONE	TRIMESTRE				TOTALE 2000	TOTALE 1999	VAR %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	15507	15186	13769	13863	58325	58893	-1.0
PIEMONTE	2938	2847	2594	2616	10995	11161	-1.5
V. D'AOSTA	70	70	80	75	295	306	-3.6
LOMBARDIA	5881	5654	5297	5231	22063	21978	0.4
BOLZANO	129	119	108	111	467	497	-6.0
TRENTO	296	281	273	270	1120	1104	1.4
VENETO	1690	1695	1452	1511	6348	6387	-0.6
FRIULI V.G.	579	580	544	477	2180	2317	-5.9
LIGURIA	986	963	896	945	3790	3860	-1.8
EMILIA ROMAGNA	2938	2977	2525	2627	11067	10996	0.6
ITALIA CENTRALE	7348	7584	7051	6737	28720	29796	-3.6
TOSCANA	2101	2363	2031	2062	8557	8854	-3.4
UMBRIA	652	653	564	561	2430	2353	3.3
MARCHE	636	628	625	638	2527	2655	-4.8
LAZIO	3959	3940	3831	3476	15206	15934	-4.6
ITALIA MERIDIONALE	10092	9550	8334	7283	35259	37571	-6.2
ABRUZZO	802	743	653	695	2893	2857	1.3
MOLISE	230	206	236	191	863	920	-6.2
CAMPANIA	3644	3482	3025	2432	12583	13860	-9.2
PUGLIA	4131	3878	3344	3023	14376	15014	-4.2
BASILICATA	175	192	145	147	659	861	-23.5
CALABRIA	1110	1049	931	795	3885	4059	-4.3
ITALIA INSULARE	3526	3489	2837	2672	12524	13240	-5.4
SICILIA	2745	2796	2245	2186	9972	10513	-5.1
SARDEGNA	781	693	592	486	2552	2727	-6.4
ITALIA	36473	35809	31991	30555	134828	139213	-3.1

TAB. B

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 2000 - Tassi di abortività: dati 2000 e confronti con il 1999

REGIONE	TASSI 2000	TASSI 1999	VAR. %
ITALIA SETTENTRIONALE	9.6	9.6	0.0
PIEMONTE	11.1	11.1	0.0
V. D'AOSTA	10.3	10.6	-2.8
LOMBARDIA	10.0	9.9	1.0
BOLZANO	4.1	4.4	-6.8
TRENTO	9.8	9.7	1.0
VENETO	5.8	5.8	0.0
FRIULI V.G.	8.1	8.5	-4.7
LIGURIA	10.8	10.9	-0.9
EMILIA ROMAGNA	12.1	12.0	0.8
ITALIA CENTRALE	10.8	11.2	-3.6
TOSCANA	10.6	10.9	-2.8
UMBRIA	12.7	12.3	3.3
MARCHE	7.5	7.8	-3.8
LAZIO	11.6	12.1	-4.1
ITALIA MERIDIONALE	9.8	10.4	-5.8
ABRUZZI	9.4	9.3	1.1
MOLISE	11.1	11.8	-5.9
CAMPANIA	8.4	9.3	-9.7
PUGLIA	13.7	14.3	-4.2
BASILICATA	4.4	5.7	-22.8
CALABRIA	7.6	7.8	-2.6
ITALIA INSULARE	7.4	7.8	-5.1
SICILIA	7.9	8.3	-4.8
SARDEGNA	5.9	6.3	-6.3
ITALIA	9.6	9.9	-3.0

TAB. C

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 2000 - Rapporti di abortività: dati 2000 e confronti con il 1999

REGIONE	RAPPORTO 2000	RAPPORTO 1999	VAR. %
ITALIA SETTENTRIONALE	257.3	269.1	-4.4
PIEMONTE	304.6	324.0	-6.0
V. D'AOSTA	286.7	306.9	-6.6
LOMBARDIA	272.3	281.1	-3.1
BOLZANO	87.4	90.8	-3.7
TRENTO	218.0	222.6	-2.1
VENETO	146.0	152.2	-4.1
FRIULI V. G.	239.9	263.6	-9.0
LIGURIA	330.1	357.4	-7.6
EMILIA ROMAGNA	325.6	342.1	-4.8
ITALIA CENTRALE	295.7	318.1	-7.0
TOSCANA	305.4	333.9	-8.5
UMBRIA	360.0	368.9	-2.4
MARCHE	205.2	221.7	-7.4
LAZIO	303.8	326.5	-7.0
ITALIA MERIDIONALE	239.9	259.8	-7.7
ABRUZZI	277.5	296.2	-6.3
MOLISE	337.5	348.0	-3.0
CAMPANIA	186.3	208.7	-10.7
PUGLIA	346.0	362.7	-4.6
BASILICATA	118.0	156.2	-24.5
CALABRIA	201.3	213.8	-5.8
ITALIA INSULARE	183.6	196.4	-6.5
SICILIA	187.7	199.0	-5.7
SARDEGNA	169.2	186.7	-9.4
ITALIA	250.1	265.9	-5.9

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 1999**1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO**

Per il 1999 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 139213 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.9 ed un rapporto di abortività pari a 265.9. Questi dati confermano la diminuzione del fenomeno a partire dal 1983 seguito da una fase di stabilizzazione (figura 1).

Al fine di offrire un confronto rapido ed agevole sull'andamento dell'IVG, la tabella 30 riporta i valori assoluti, e le tabelle 31 e 32 forniscono l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione dal 1982. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 1999.

1.1 Valori assoluti

Nel 1999 sono state notificate 139213 IVG (Tab. 1), con un incremento dello 0.6% rispetto al 1998; di queste, 18806 sono state effettuate da donne cittadine straniere. Questo dato, disponibile solo dal 1995, risulta in aumento (8967 nel 1995, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13826 nel 1998) e rappresenta, nel 1999, il 13.7% di tutte le IVG effettuate in Italia (nel 1998 questa percentuale era pari al 10.1%).

Quindi, se dalle IVG notificate nel 1999 si escludono quelle effettuate da cittadine straniere, il totale degli interventi risulterebbe essere 120407. Nel 1998 questo valore sarebbe stato pari a 124531.

Da quanto su riportato risulta evidente da una parte la costante riduzione delle IVG tra le donne italiane e dall'altra il contributo sempre più importante delle straniere al fenomeno abortivo in Italia.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 1999 è il seguente:

N° IVG PER AREA GEOGRAFICA, 1983-99

	1983	1987	1991	1995	1998	1999	VARIAZIONE %	
							98-99	83-99
NORD	105430	81136	67619	56186	57075	58606	2.7	- 44.4
CENTRO	52423	41417	34178	29182	29751	29796	0.2	- 43.2
SUD	57441	51722	44353	41466	38340	37571	- 2.0	- 34.6
ISOLE	18682	17194	14344	12715	13191	13240	0.4	- 29.1
ITALIA	233976	191469	160494	139549	138357	139213	0.6	- 40.5

In quasi tutte le Regioni si nota la tendenza, salvo alcune eccezioni, ad una generale stabilità del fenomeno, con una riduzione nelle regioni del Sud Italia (Tab. 4). Per aree geografiche (Tab. 3) si riscontra: nell'Italia Settentrionale 58606 IVG con un incremento del 2.7% rispetto al 1998, nell'Italia Centrale 29796 IVG con un incremento dello 0.2%, nell'Italia Meridionale 37571 IVG con un decremento del 2.0% e nell'Italia Insulare si sono avute 13240 IVG con un incremento dello 0.4%.

Per la valutazione del fenomeno nella sua interezza va considerata la quota di aborto clandestino.

Come già riportato nelle precedenti relazioni la prima stima dell'incidenza degli aborti clandestini per Regione è stata effettuata per l'anno 1983 (Rapporto ISTISAN 85/5), utilizzando tre diversi modelli matematici che, l'uno in modo indipendente dall'altro, hanno fornito tre dati sovrapponibili, il che è indicativo della ragionevolezza delle stime e della validità dei modelli.

Da allora il ricorso ad esso è stato stimato utilizzando uno dei tre modelli matematici applicati nel 1983; il valore stimato per l'anno 1999 è pari a 22850 (l'89 % dei quali effettuati al Sud e Isole).

Il fenomeno risulta in costante flessione, come si può osservare nella tabella seguente:

1983	1987	1991	1995	1998	1999	VARIAZIONE %	
						98-99	83-99
100000	85000	60000	43500	27000	22850	-15.4	-77.2

L'applicazione al periodo immediatamente antecedente al 1978 di uno dei tre modelli considerati aveva dato luogo ad una stima di circa 350000 aborti clandestini.

1.2 Tasso di abortività

Il tasso di abortività, come peraltro raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e già detto nelle precedenti relazioni, rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

Nel 1999 si sono avute 9.9 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un incremento dell'1% rispetto al 1998 (Tab. 2).

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 1999 è il seguente:

TASSI DI ABORTIVITA' PER AREA GEOGRAFICA, 1983-99

	1983	1987	1991	1995	1998	1999	VARIAZIONE %	
							98-99	83-99
NORD	16.8	12.7	10.6	9.0	9.3	9.6	3.2	-42.9
CENTRO	19.8	15.2	12.4	10.7	11.1	11.2	0.9	-43.4
SUD	17.3	14.6	12.1	11.4	10.6	10.4	-1.9	-39.9
ISOLE	11.7	10.0	8.1	7.3	7.7	7.8	1.3	-33.3
ITALIA	16.9	13.3	11.0	9.7	9.8	9.9	1.0	-41.4