

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2002 è risultato essere pari a 4.7 per 1000 (Tab. 5); l'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 67.5% dei casi dai genitori e nel 31.1% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Queste percentuali possono essere poco accurate, essendo il dato non rilevato pari al 14.7%.

2.2 Stato civile

Le donne che ricorrono all'aborto legale in Italia sono in prevalenza coniugate. Va sottolineato ancora una volta che il progressivo aumento della percentuale di donne nubili sul totale delle donne che ricorrono all'IVG è dovuto principalmente ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate a fronte di una riduzione minore tra le nubili.

Nelle seguenti tabelle si riportano gli andamenti dei tassi di abortività per stato civile, per anno e per area geografica:

IVG per 1000 donne in età feconda, per ripartizione geografica e stato civile (anni 1981 e 1991-2002)

NUBILI							
	1981	1991	1993	1995	1997	1999	2001
NORD	15.6	10.2	9.7	9.2	10.2	10.9	11.9
CENTRO	15.6	12.3	12.2	11.6 **	11.2	11.6	12.8
SUD	4.9	5.5	7.3	7.3	8.3	8.9	8.2
ISOLE		3.7	5.0	5.4	6.2	6.7	6.3
ITALIA	11.4	9.2	9.1	8.8	9.4	10.0	10.4

CONIUGATE							
	1981	1991	1993	1995	1997	1999	2001
NORD	17.5	9.1	7.6	6.8	6.9	6.9	7.7
CENTRO	17.7	11.8	10.5	8.6 **	8.8	8.5	9.3
SUD	18.0	16.3	14.8	13.9	13.0	11.7	10.5
ISOLE		10.9	8.8	8.5	8.7	8.2	7.2
ITALIA	17.7	11.6	10.1	9.1	9.0	8.6	8.7

* Il dato disaggregato per Sud ed Isole non è disponibile.

** I tassi sono stati stimati a seguito dell'elevata percentuale di "Non indicato" attribuibile alla Regione Lazio

Le distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile del 2002 confermano la maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari (Tab. 8). Nelle quattro ripartizioni geografiche si hanno i seguenti valori:

IVG (%) per stato civile e per area geografica, 2002

	Coniugate	Già coniugate	Nubili
NORD	42.9	7.8	49.2
CENTRO	44.0	7.2	48.7
SUD	58.7	4.5	36.8
ISOLE	56.6	4.3	39.1
ITALIA	48.1	6.6	45.3

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

IVG(%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2002)	48.1	51.9
	(2001)	49.2	50.8
BULGARIA	(1996)	74.8	25.3
GERMANIA	(1997)	52.2	47.8
UNGHERIA	(1996)	52.2	47.8
OLANDA	(1992)	50.2	49.8
NORVEGIA	(1996)	46.6	53.4
FRANCIA	(1997)	27.1	72.9
FINLANDIA	(1995)	25.7	74.3
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	19.9	80.1
USA	(1996)	19.9	80.1

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2002 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (47.0%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione generale, sia i diversi trend di diminuzione per

classi di istruzione; e si rimanda alla precedente relazione per una valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per titoli di studio.

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

IVG (%) per istruzione e per area geografica, 2002

	Nessuno/Licenza Elementare	Licenza Media	Licenza Superiore	Laurea
NORD	7.1	47.1	40.3	5.4
CENTRO	5.3	43.4	44.0	7.3
SUD	10.2	47.7	35.6	6.4
ISOLE	9.5	53.5	33.1	3.9
ITALIA	7.6	47.0	39.4	6.0

2.4 Occupazione

E' il terzo anno che il sistema di sorveglianza ha raccolto il dato sull'occupazione delle donne che si sono sottoposte ad IVG. Negli anni precedenti l'entità dei non rilevati era tale da rendere poco affidabile ogni analisi. In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale per questa variabile, da cui si evidenzia che il 45.1% delle donne che hanno abortito nel 2002 risulta occupata, il 28.2% casalinga, l'11.7% studentessa.

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

IVG (%) per occupazione e per area geografica, 2002

	Occupata	Disoccupata o in cerca di prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra
NORD	56.7	15.3	19.7	8.0	0.3
CENTRO	47.6	17.7	15.8	18.2	0.7
SUD	27.3	11.0	49.2	12.0	0.6
ISOLE	24.0	11.7	50.5	13.7	0.1
ITALIA	45.1	14.5	28.2	11.7	0.4

Anche in questo caso si rimanda alla precedente relazione per una valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una maggiore riduzione del ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe.

2.5 Residenza

Nel 2002 l'89.2% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'87.1% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dai dati del 2002 si osserva una percentuale di immigrazione maggiore del 10%, nella Provincia Autonoma di Trento e nelle Regioni Molise, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Emilia Romagna e Marche.

Va inoltre segnalata la presenza, via via crescente, di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei paesi extracomunitari, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese. Dai dati ISTAT disponibili risulta che il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è passato, con un incremento costante, da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3258 nel 1998, 3703 nel 1999, 3651 nel 2000, 5071 nel 2001 e 6350 nel 2002; quest'ultimo valore corrisponde al 4.9% del totale delle IVG (nel 2001 era il 3.9%). 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.

Per una corretta valutazione dei tassi di abortività per regione devono essere tenuti presenti i dati sulla mobilità.

I valori riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortività, da un punto di vista metodologico, questo non è corretto perché, numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore è costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data regione. Sarebbe più corretto utilizzare come numeratore le IVG ovunque ottenute dalle donne residenti. A tal fine, utilizzando i dati individuali provvisori forniti dall'ISTAT (che non comprendono i 3000 casi non analizzati della regione Campania), è stato possibile mettere a confronto IVG, tassi e rapporti di abortività per regione di residenza e regione di intervento (sono esclusi i non rilevati e le residenti all'estero). Si può così avere una prima idea delle migrazioni tra regioni, parte dovuta a convenienza di confine, parte per migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro Nord sedi di università), parte per migrazioni dovute carenza di servizi (per esempio Basilicata).

A livello nazionale 6350 IVG riguardano donne non residenti in Italia. Pertanto, nel calcolo del tasso di abortività per sole donne residenti, tali casi andrebbero esclusi dal numeratore e il tasso risulterebbe 9.3 invece che 9.8 per 1000.

A livello regionale, generalmente, non si osservano significative differenze ($\geq 10\%$) tra i tassi di abortività per regione di residenza e tassi di abortività per regione di intervento (Tab. 29). Fanno eccezione poche realtà tra cui va segnalata l'Emilia Romagna da un lato, dove il numero di interventi effettuati da donne ivi residenti è inferiore di oltre 800 unità rispetto alle IVG effettuate nella Regione, e la Basilicata dall'altro, dove circa la metà delle IVG riguardanti donne residenti viene effettuata fuori Regione.

2.6 Cittadinanza

Dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Anche il sistema di sorveglianza dal 2000 ha acquisito questa informazione attraverso i Referenti Regionali. Nel 1995 ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13826 nel 1998, 18806 nel 1999, 21201 nel 2000, 25094 nel 2001 e 29263 nel 2002 (senza tener conto della quota dei non rilevati, di cui 22.4% dovrebbe essere costituito da donne di cittadinanza estera). Tra queste 29263 effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 6350 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2002, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

L'aumento nel tempo delle IVG effettuate da donne straniere maschera la continua riduzione del fenomeno tra le donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 124446 nel 1998, a 106954 nel 2001 e 103980 nel 2002 (avendo incorporato la quota di non rilevati).

Nel 2002 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 22.4% del dato nazionale e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori. Ad esempio in Piemonte, Lombardia, Bolzano, Friuli V.G., Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Lazio la percentuale di IVG riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 20%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Nella tabella seguente si ha un confronto, per cittadinanza, della distribuzione dei tassi di abortività per età, relativi al 2000, secondo le stime dell'ISTAT.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia, per cittadinanza e classi d'età (anno 2000)

Età	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
18-24	11.8	48.5
25-29	11.0	41.7
30-34	10.3	33.3
35-39	9.1	23.6
40-44	4.3	10.0
45-49	0.4	1.5
18-49 tasso grezzo	8.2	32.0
18-49 tasso standardizzato	8.5	29.7

Fonte: Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", In: Conti C, Sgritta GB. (a cura di), *Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri*. Anno III, n. 2, pp.131-140.

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 problema di qualità dei dati per il possibile errore compiuto da chi compila il modello D12 di saltare le voci corrispondenti alla storia riproduttiva quando è in tutto o in parte negativa (zero nati vivi, aborti spontanei e aborti volontari) invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si è costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati, che, nel caso siano di entità non trascurabile (> 5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna.

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 2002, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi) e per area geografica, 2002

	N° nati vivi				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	45.5	25.0	22.2	5.6	1.8
CENTRO	49.4	22.6	21.7	5.1	1.2
SUD	36.2	16.4	31.8	12.0	3.7
ISOLE	36.4	18.0	29.7	11.7	4.2
ITALIA	43.4	21.8	25.0	7.5	2.3

Le percentuali di IVG effettuate da donne che hanno avuto uno o più nati vivi sono 54.5% al Nord, 50.6% al Centro, 63.8% al Sud, 63.6% nelle Isole e in generale 56.6% in Italia.

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 la 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.

IVG (%) per parità, 1983-2002

	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
1998	41.9	19.9	26.4	8.8	3.0
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2000*	43.5	20.5	25.5	7.9	2.6
2001*	43.6	21.4	24.8	7.8	2.5
2002*	43.4	21.8	25.0	7.5	2.3

* Nati vivi

Un confronto con altri Paesi viene presentato nella seguente tabella:

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(1999)	41.6	58.4
	(2000)	43.5	56.5
	(2001)	43.6	56.4
	(2002)	43.4	56.6
	(1996)	19.1	80.9
BULGARIA	(1996)	21.0	79.1
REPUBBLICA CECA	(1997)	36.3	63.7
GERMANIA	(1995)	45.0	55.0
USA	(1997)	45.6	54.4
FRANCIA	(1996)	45.6	54.4
SVEZIA	(1994)	45.9	54.1
DANIMARCA	(1996)	46.8	53.2
FINLANDIA	(1996)	47.9	52.1
NORVEGIA	(1992)	48.9	51.1
OLANDA	(1999)	53.0	47.0
INGHILTERRA E GALLES			

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2002 l'89.5% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore, simile a quello rilevato nell'ultimo decennio, conferma l'assestamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo, dopo la diminuzione osservata nel primo decennio di attuazione della Legge, dal 1983. E' interessante constatare, da una analisi preliminare sui dati provvisori dell'ISTAT, che la cittadinanza non influisce in modo significativo sulla distribuzione delle IVG per questa variabile (in caso di cittadinanza estera la percentuale di IVG senza storia di aborti spontanei precedenti è leggermente superiore). Pertanto il sempre maggiore contributo delle cittadine estere al fenomeno IVG non rende problematico il confronto con gli anni precedenti.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2002

	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
2001	89.8	8.2	1.5	0.3	0.1
2002	89.5	8.4	1.6	0.3	0.1

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2002 (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, 1983-2002

	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
2001	17.1	4.7	1.5	0.8	24.2
2002	17.2	4.9	1.5	0.8	24.3

Si tratta, come già detto nelle precedenti relazioni, di una evoluzione diversa da quella che si avrebbe se si assumesse costante nel tempo la tendenza ad abortire. Infatti, sotto questa assunzione, con modelli matematici è possibile stimare l'andamento nel tempo dell'abortività ripetuta. Dal momento della legalizzazione la proporzione di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva deve aumentare fino a raggiungere un valore stazionario dopo 30 anni (questo aumento è la conseguenza dell'aumento della popolazione in età feconda con esperienza abortiva).

Il confronto tra l'osservato e l'atteso, riportato nella tabella seguente, mostra che il plateau è stato raggiunto dopo 10 anni dalla legalizzazione e su un livello (peraltro discendente) inferiore di oltre un terzo rispetto all'atteso. Negli ultimi anni il leggero aumento della percentuale di donne che ricorrono all'IVG avendo una precedente esperienza abortiva è conseguenza del contributo delle donne con cittadinanza straniera per le quali l'abortività ripetuta è più frequente. Sempre da una analisi preliminare dei dati provvisori dell'ISTAT, risulta che le cittadine straniere che effettuano IVG hanno una maggiore storia di aborti ripetuti (29% vs 19%) rispetto alle cittadine italiane. Il sempre maggior contributo delle cittadine estere tende ad invertire il trend in discesa osservato nell'ultimo decennio.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2002

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2002
osservati	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0	24.5	24.9	24.2	24.3
attesi *	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8	44.2	44.4	44.5

(* 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;34: 331-338.)

Considerando l'anno 2002 si può notare come la più alta frequenza delle ripetizioni sia a carico delle Regioni meridionali con il 28.8%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) per IVG precedenti e per area geografica, 2002

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	16,9	4,3	1,2	0,8	23,2
CENTRO	16,6	4,1	1,3	0,6	22,5
SUD	19,1	6,5	2,1	1,1	28,8
ISOLE	14,4	4,0	1,1	0,4	20,0
ITALIA	17,2	4,9	1,5	0,8	24,3

Nel Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Friuli V.G: (26.7%); nel Centro, nelle Marche (23.6%); al Sud, in Puglia (34.8%); nell'Italia insulare, in Sicilia (20.6%).

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

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2002)	75.7	17.2	4.9	2.3	24.3
	(2000)	75.1	17.1	5.1	2.5	24.9
	(2001)	75.8	17.1	4.7	2.3	24.2
SPAGNA	(1996)	77.0	18.0	3.9	1.2	23.0
FRANCIA	(1997)	75.3	19.1	4.1	1.5	24.7
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	70.3	←	29.7	→	29.7
NORVEGIA	(1996)	68.0	23.6	6.2	2.1	32.0
DANIMARCA	(1995)	62.4	22.6	9.1	5.9	37.6
SVEZIA	(1996)	62.3	25.3	8.4	4.0	37.7
UNGHERIA	(1996)	55.0	26.4	10.7	8.0	45.0
USA	(1996)	54.7	26.9	11.2	7.2	45.3
REPUBBLICA CECA	(1996)	52.2	27.0	12.8	8.0	47.8

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importate conferma che la tendenza al ricorso all'aborto non è costante ma in diminuzione (escludendo il contributo delle straniere), e la spiegazione più plausibile, sulla base di molti studi di popolazione, è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. Modalità di svolgimento dell' IVG

3.1 Certificazione

Anche per l'anno 2002 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (34.4%), nel 32.7% dei casi dal consultorio, mentre il servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'intervento è stato coinvolto nel 30.8% dei casi (Tab. 16). In generale, negli ultimi anni, si osserva un leggero aumento della percentuale di certificazione rilasciata dal consultorio familiare. Questo andamento è in gran parte determinato dalle donne straniere, le quali ricorrono più frequentemente a tale servizio per ottenere la certificazione, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. Infatti, dai dati individuali provvisori dell'ISTAT relativi al 2002, il 49.1% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare mentre per le italiane questo dato è pari al 27.9%.

Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva in Piemonte (58.8%), nel Lazio (51.8%), in Emilia Romagna (47.4%), in Veneto (35.6%), in Umbria (37.6%) e in Toscana (36.9). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare.

IVG (%) per luogo di certificazione, 1983-2002

	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
2001	34.6	31.8	31.6	1.9
2002	34.4	30.8	32.7	2.0

Confrontando la tabella 16 con quella della distribuzione dei consultori familiari sul territorio (Tab. 17), può notarsi come le più alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza dei consultori nelle Regioni; ciò sta a significare che un maggior coinvolgimento di tali servizi è in buona parte il risultato di una scelta di politica sanitaria (come raccomandato dal POMI) tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

Il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è 0.8 per 20000 abitanti, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per tale unità di popolazione. Nel POMI sono riportati organico e orari di

lavoro raccomandati ma purtroppo i 2183 CF censiti rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud.

Non deve quindi sorprendere che solo circa un terzo delle certificazioni vengano rilasciate dal consultorio familiare. La non adeguata presenza del consultorio familiare sul territorio, l'assenza o il ridotto numero di ore lavorative della figura professionale di riferimento, la scarsa disponibilità dei servizi di secondo e terzo livello ad accettare di mettersi in rete con i servizi consultoriali per garantire la completa presa in carico, sono i fattori dominanti di questo quadro.

In questo modo viene vanificata la potenziale risorsa, di maggior esperienza nel contesto sanitario, caratterizzata da competenze pluridisciplinari, che meglio possa sostenere la donna e aiutarla nella maternità consapevole ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta.

Completare, quindi, 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 esigenze inderogabili.

Sull'importanza del ruolo dei consultori familiari, anche alla luce dell'emergente fenomeno dell'immigrazione, si rimanda alla relazione dello scorso anno e si rinnova la raccomandazione ad applicare quanto previsto dal POMI e dai LEA.

3.2 Urgenza

Nel 2002 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 9.5% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Emilia Romagna (22.0%) ed in Toscana (27.8%).

La distribuzione per aree geografiche dell'IVG con certificazione che attestava l'urgenza è la seguente: 9.1% al Nord, 12.9% al Centro, 9.2% al Sud e 4.0% nelle Isole. Non si registrano significative variazioni negli ultimi anni.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione (Tab. 19) mostra un aumento degli interventi effettuati a 11 – 12 settimane di gestazione (da 14.7% nel 2001 al 15.7% nel 2002) e una riduzione di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane di gestazione (da 42.2% nel 2001 a 39.7% nel 2002). Percentuali più elevate di interventi in epoche gestazionali più avanzate si osservano nelle Regioni del Centro e del Nord. Anche in questo caso si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire a settimane gestazionali più avanzate. Dall'analisi preliminare dei dati provvisori dell'ISTAT risulta che la percentuale di IVG effettuate tra la 11ª e la 12ª settimana gestazionale è 24.3% per la cittadinanza estera e 13.2% per quella italiana. Le cittadine straniere hanno un rischio doppio di ricorrere all'IVG alle settimane gestazionali più avanzate.

Questo aspetto è in continua evoluzione, riflettendo il crescente contributo al fenomeno delle donne con cittadinanza estera.

L'epoca gestazionale è una variabile importante da considerare nell'analisi del fenomeno abortivo in quanto da un lato gli interventi effettuati a settimane gestazionali più avanzate

comportano un maggior rischio di complicanze e dall'altro fornisce indicazioni sulla disponibilità e qualità dei servizi e dei loro livelli di integrazione.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 2002, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	2.0	Marche	2.8
V. Aosta	6.9	Lazio	2.1
Lombardia	2.4	Abruzzo	1.2
Bolzano	4.6	Molise	0.3
Trento	1.9	Campania	0.2
Veneto	7.7	Puglia	1.6
Friuli V.G.	3.2	Basilicata	1.9
Liguria	2.5	Calabria	1.1
Emilia Rom.	2.5	Sicilia	2.3
Toscana	1.7	Sardegna	4.7
Umbria	1.4	ITALIA	2.3

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni consiste nella diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le dodici settimane di gestazione.

La seguente tabella 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	(1999)	139213	11.4	1.8
	(2000)	135133	11.1	1.8
	(2001)	132234	10.9	2.2
	(2002)	134106	10.2	2.3
REPUBBLICA CECA	(1996)	46500	20.7	1.1
UNGHERIA	(1996)	76600	34.7	1.1
GERMANIA	(1997)	130900	7.7	1.7
FRANCIA	(1995)	156200	12.4	2.2
DANIMARCA	(1995)	17700	16.1	2.9
NORVERGIA	(1996)	14300	15.6	3.6
SVEZIA	(1996)	32100	18.7	4.0
OLANDA	(1996)	22400	6.5	8.2
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	173701	16.0	10.9
USA	(1997)	1330000	22.2	12.0

* 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.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane: 19.8% nelle donne con meno di 20 anni rispetto a 15.3% nelle altre.

3.4 Tempo di attesa fra certificazione ed intervento

L'informazione relativa alla data della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, indicatore dell'efficienza dei servizi, è stata inserita nel modello D 12 standard (ISTAT) a partire dal 2000. Il 62.5% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 14.3% dei casi sono trascorse più di 3 settimane (Tab. 21).

3.5 Luogo dell'intervento

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, 1983-2002

	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
2001	90.7	9.1	0.3
2002	90.8	9.1	0.1

Nella provincia autonoma di Trento, in Puglia, in Sardegna e in Campania è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

La riduzione osservata, dopo il 1987, per l'ambulatorio, è da mettere in relazione alla corretta registrazione sotto questa voce dei soli interventi effettuati in struttura esterna agli istituti di cura pubblici (definizione ISTAT).

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2002 l'anestesia generale è stata impiegata nell'84.9% delle IVG (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 13.6% degli interventi, senza significative modificazioni rispetto al 2001. Da segnalare che in Veneto, probabilmente per un errore di codifica, un Istituto ha attribuito alla voce "altro" 618 casi su 962 IVG effettuate.

Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2002, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) per tipo di anestesia e per area geografica, 2002

	Generale	Locale	Analgesia	Altro	Nessuna
NORD	87.1	10.7	0.4	1.2	0.5
CENTRO	69.7	29.4	0.1	0.1	0.7
SUD	90.5	8.2	0.8	0.1	0.4
ISOLE	96.0	3.2	0.3	0.0	0.5
ITALIA	84.9	13.6	0.4	0.6	0.5

C'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte recentemente dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guideline n.7. London: RCOG Press;2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (Tab. 25).

Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2002

	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
2001*	15.1	21.1	62.5	1.3
2002*	14.0	23.0	61.8	1.3

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria, Sardegna, Abruzzo e Sicilia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 25% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale. L'analisi per area geografica è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento e per area geografica, 2002

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	10.1	27.9	60.6	1.3
CENTRO*	3.2	31.2	63.5	2.1
SUD	20.2	11.4	67.7	0.7
ISOLE	29.5	18.6	50.2	1.6
ITALIA*	14.0	23.0	61.8	1.3

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

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.

Si rimanda alla relazione dello scorso anno per un approfondimento delle problematiche relative al tipo di intervento.

3.8 Durata della degenza

Nell'87.3 % la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 8.6% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Sardegna e Calabria. Da notare che la riduzione della percentuale di IVG senza pernottamento potrebbe essere conseguenza dell'eccesso di non rilevati presenti in Campania. Nella stessa regione inoltre, probabilmente per un errore di codifica, due Istituti hanno riportato una degenza di tre giorni per la totalità (944) delle IVG effettuate. La tabella seguente riporta le distribuzioni percentuali delle IVG per durata della degenza negli anni considerati:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2002

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1987	67.4	21.2	11.5
1991	72.9	19.0	8.0
1993	74.8	19.2	6.0
1995	76.9	17.5	5.5
2000	83.1	12.2	4.7
2001	87.7	8.2	4.1
2002	87.3	8.6	4.1