

IVG(%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2003)	46.8	53.1
	(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	(2002)	20.2	78.8
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 per titolo di studio che hanno effettuato l'IVG nel 2003 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (46.4%).

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. Si rimanda alla relazione presentata nel 2003 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, 2003

	Nessuno/Licenza Elementare	Licenza Media	Licenza Superiore	Laurea
NORD	7.0	46.7	40.5	5.8
CENTRO	5.5	40.4	46.0	8.1
SUD	9.2	50.1	36.1	4.5
ISOLE	9.0	51.7	35.3	4.1
ITALIA	7.3	46.4	40.4	5.9

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 48.9% delle donne che hanno abortito nel 2003 risulta occupata, il 27.1% casalinga, l'10.1% 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 e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, peraltro con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

IVG (%) per occupazione e per area geografica, 2003

	Occupata	Disoccupata o in cerca di prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra
NORD	58.8	14.4	18.4	8.1	0.3
CENTRO	52.3	14.1	22.2	11.1	0.3
SUD	30.6	11.0	45.8	12.2	0.2
ISOLE	26.3	13.5	46.3	13.8	0.0
ITALIA	48.9	13.6	27.1	10.1	0.2

Anche in questo caso si rimanda alla relazione presentata nel 2003 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 2003 l'89.5% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'88.0% 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, in Friuli Venezia Giulia, in Emilia Romagna, al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise e Basilicata al Sud. È necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella regione considerata che vanno ad abortire in altre regioni) per avere un quadro più completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: presenta un flusso in entrata superiore al 10% ma ha anche un consistente flusso in uscita, prevalentemente verso la Puglia, per la non disponibilità dei servizi per l'IVG a Matera, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è poco meno del doppio di quello per regione di intervento, come è riportato in tabella 29, in cui sono posti a confronto i due indicatori. Dalla tabella 29 si ha una più corretta informazione dei tassi di abortività per regione in quanto si tiene conto della mobilità in entrata e in uscita.

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

effettuate dalle donne residenti. A tal fine, utilizzando i dati individuali provvisori forniti dall'ISTAT (che non comprendono gli oltre 7800 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, avendo escluso i non rilevati e le residenti all'estero, avendo cura di non dare valore alle situazioni in cui, come per esempio la Campania, la quota di non rilevati o non analizzati non è trascurabile. Le migrazioni tra regioni sono in parte dovute a convenienza di confine, in parte a migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro Nord sedi di università), in parte a carenza di servizi in alcune aree della regione non controbilanciata dai servizi esistenti in altre parti, spesso per convenienza di spostamento (per esempio in Basilicata è più conveniente andare da Matera a Bari che a Potenza).

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, 6350 nel 2002. Nel 2003 si è registrata una flessione, grazie alle regolarizzazioni intervenute, con 5794 IVG (a cui si dovrebbero aggiungere meno di un centinaio di casi ipotizzabili da residenti all'estero tra le IVG per le quali non sono disponibili i dati del modello D12), corrispondente al 4.7% del totale delle IVG (nel 2002 era il 4.9%). 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.

Se a livello nazionale almeno 5794 IVG riguardano donne non residenti in Italia, nel calcolo del tasso di abortività per sole donne residenti, tali casi andrebbero esclusi dal numeratore e il tasso risulterebbe 9.2 invece che 9.6 per 1000.

Come si può vedere nella Tabella 29, in diverse regioni del Centro Nord (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Lazio) il flusso in entrata è più consistente rispetto a quello di uscita con una conseguente inflazione del tasso di abortività. Nel Sud va segnalata, come già accennato in precedenza, la situazione della Basilicata, dove poco meno della metà delle IVG riguardanti donne residenti viene effettuata fuori Regione.

2.6 Cittadinanza

Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13826 nel 1998, 18806 nel 1999, 21201 nel 2000, 25094 nel 2001, 29263 nel 2002 e 31836 nel 2003 (senza tener conto della quota dei non rilevati, quasi esclusivamente dalla regione Campania, per cui circa il 13%, un migliaio di casi, dovrebbe essere costituito da donne di cittadinanza estera).

Tra queste 31836 effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 5794 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2003, 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, 104052 nel 2002 e 97755 nel 2003, avendo incorporato per questi ultimi due anni la quota attribuibile di non rilevati.

Nel 2003 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 25.9% 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 25%, sfiorando o superando in molti casi il 30%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Nella tabella seguente, già proposta nella relazione presentata nel 2004, si ha un confronto, per cittadinanza, della distribuzione dei tassi di abortività per età, relativi al 2001, anno di censimento, da cui si evidenzia non solo la maggiore abortività tra le donne con cittadinanza estera, ma anche che per le più giovani si ha un tasso di abortività particolarmente elevato, di ciò, come si è accennato precedentemente, è necessario tenerne conto valutando evoluzioni nel tempo non solo delle distribuzioni percentuali ma anche i tassi di abortività specifici per età ma non per cittadinanza.

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 potenziale 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. Un caso a parte è la regione Campania, dove non si tratta di informazione non rilevata ma di schede non disponibili per l'analisi.

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. Il 57.0% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34.2% 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 l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) dei tassi specifici di abortività per parità è diversa: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 2003, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi) e per area geografica, 2003

	N° nati vivi				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	44.7	25.6	22.3	5.6	1.7
CENTRO	48.8	23.4	21.1	5.2	1.6
SUD	34.8	17.0	32.9	11.9	3.4
ISOLE	37.0	18.3	29.5	11.3	3.8
ITALIA	43.0	22.8	24.7	7.3	2.2

Le percentuali di IVG effettuate da donne che hanno avuto uno o più nati vivi sono 55.3% al Nord, 51.2% al Centro, 65.2% al Sud, 63.0% nelle Isole.

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, 1983-2003

	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
2003*	43.0	22.8	24.7	7.3	2.2

* 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
	(2002) *	43.4	56.6
	(2003) *	43.0	57.0
BULGARIA	(1996)	19.1	80.9
REPUBBLICA CECA	(1996)	21.0	79.1
GERMANIA	(1997)	36.3	63.7
USA	(1995)	45.0	55.0
FRANCIA	(1997)	45.6	54.4
SVEZIA	(1996)	45.6	54.4
DANIMARCA	(1994)	45.9	54.1
FINLANDIA	(1996)	46.8	53.2
NORVEGIA	(1996)	47.9	52.1
OLANDA	(1992)	48.9	51.1
INGHILTERRA E GALLES	(2002)	52.8	47.2

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2003, l'88.7% 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, 1983-2003

	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
2003	88.7	8.9	1.8	0.5	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2003 (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, 1983-2003

	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
2003	17.4	5.0	1.5	1.0	24.9

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 (35% vs 22%) rispetto alle cittadine italiane. Quindi, mentre per le italiane si registra da molti anni un livello di plateau poco più del 20%, tra le straniere la percentuale di aborti ripetuti è ancora in fase di crescita.

Per le italiane si può quindi affermare che si è radicalmente ridotto il rischio del ricorso all'interruzione di gravidanza e probabilmente le donne con cittadinanza straniera si trovano oggi come si trovavano le italiane all'inizio della legalizzazione. Il fatto che le cittadine straniere ricorrono di più ai consultori familiari rispetto alle italiane e tenendo conto che tali servizi hanno svolto un ruolo fondamentale nella riduzione del rischio di abortire, si può ben sperare in una più rapida riduzione del rischio del ricorso all'interruzione di gravidanza per le cittadine straniere, se si avrà cura di potenziare i consultori familiari secondo le indicazioni della normativa vigente (legge 34/96, POMI e LEA), in particolare potenziando le competenze di mediazione culturale.

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2003

	1989	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003
osservati	30.0	28.9	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0	24.5	24.9	24.2	24.3	24.9
attesi *	36.9	38.3	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8	44.2	44.4	44.5	44.6

(* 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 2003 si può notare che la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni meridionali con il 30.6%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) per IVG precedenti e per area geografica, 2003

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	17.6	4,5	1,2	0,9	24.2
CENTRO	16,0	4,6	1,5	1,0	23.1
SUD	20.0	6,9	2,3	1,4	30.6
ISOLE	14.2	4,3	1,0	0,4	19.9
ITALIA	17,4	5.0	1,5	1.0	24.9

Al Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Emilia Romagna (28.1%); al Centro, in Umbria (25.1%); al Sud, in Puglia (35.7%).

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	(2003)	75.2	17.4	5.0	2.5	24.9
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	(2002)	69.0	←	31.0	→	31.0
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 importante 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

Per la prima volta, nel 2003, il consultorio familiare ha rilasciato più certificazioni (34.4%) degli altri servizi (Tab. 16). Da poco meno di un decennio si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente determinato dal contributo delle 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 2003, il 49.6% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare mentre per le italiane questo dato è pari al 28.7%.

Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano molto dalla media, si osserva in Piemonte (59.8%), nel Lazio (52.0%), in Emilia Romagna (49.6%), in Umbria (41.9%), in Toscana (40.3%) e in Veneto (39.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

IVG (%) per luogo di certificazione, 1983-2003

	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
2003	33.7	30.1	34.4	1.9

Il maggior ricorso al consultorio familiare è favorito dalla piena integrazione, nel modello dipartimentale (come raccomandato dal POMI e dalle leggi di riferimento) dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

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 2151 consultori familiari censiti rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud e, soprattutto, ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso.

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 disponibilità ed esperienza nel contesto sanitario, caratterizzata da competenze pluridisciplinari e più in grado di cogliere e tener conto degli aspetti più propriamente sociali, che meglio possa sostenere la donna e/o la coppia e aiutarla nella maternità e paternità 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 di prevenzione dell'IVG e promozione della salute, secondo le linee strategiche delineate dal POMI, 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 presentata nel 2003 e si rinnova la raccomandazione ad applicare quanto previsto dal POMI e dai LEA.

3.2 Urgenza

Nel 2003 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 10.0% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (27.7%), in Emilia Romagna (22.4%) ed in Basilicata (18.3%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 9.3% al Nord, 13.4% al Centro, 10.3% al Sud e 4.4% 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 15.7% nel 2002 al 15.9% nel 2003) e una riduzione di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane di gestazione (da 39.7% nel 2002 al 38.8% nel 2003), rimanendo sostanzialmente costante (2.3%) la percentuale di IVG effettuate dopo la 12esima settimana gestazionale. Anche in questo caso si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. In effetti, percentuali più elevate di interventi a 11-12 settimane di gestazione si osservano nelle Regioni del Centro e del Nord, dove si ha il maggior contributo delle straniere. Dall'analisi preliminare dei dati provvisori dell'ISTAT risulta che la percentuale di IVG effettuate tra la 11ª e la 12ª settimana gestazionale è 23.2% per la cittadinanza estera e 13.0% per quella italiana, oltre la 12ª settimana le percentuali corrispondenti sono: 1.2% e 2.8%.

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 tale informazione fornisce indicazioni sulla disponibilità e qualità dei servizi e dei loro livelli di integrazione. A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui certamente le donne straniere hanno molto minore accesso. Non desta purtroppo meraviglia che le donne di cittadinanza estera abbiano più difficoltà di accesso ai servizi per quanto riguarda le IVG entro i 90 giorni, mentre le stesse hanno minore accesso alle indagini prenatali (anche per i costi non trascurabili).

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 2003, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	1.8	Marche	3.2
V. Aosta	5.4	Lazio	2.4
Lombardia	2.3	Abruzzo	1.6
Bolzano	4.3	Molise	0.2
Trento	2.4	Campania	0.2
Veneto	7.2	Puglia	1.2
Friuli V.G.	3.3	Basilicata	4.0
Liguria	2.1	Calabria	1.5
Emilia Rom.	2.4	Sicilia	2.5
Toscana	1.8	Sardegna	5.3
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 e che si tratta in ogni caso di distribuzioni percentuali delle modalità, settimane gestazionali, che hanno valenza diversa, come si è detto, se entro le 12 settimane o oltre, cioè a dire che se in una regione si ha un tasso effettivo di abortività basso perché il livello di consapevolezza verso la procreazione responsabile è molto elevato tanto da ridurre le gravidanze indesiderate, in quella stessa regione si può avere una maggiore estensione della diagnosi prenatale con conseguente aumento di interruzioni di gravidanze inizialmente desiderate, in tal caso non meraviglia avere una più alta percentuale di IVG oltre la 12^a settimana.

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	(2003)	132178	11.1	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	(2002)	205627	16.7	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	(2002)	175932	16.2	12.6
USA	(2000)	1310000	21.3	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. ** il dato si riferisce al 1995. *** il dato si riferisce al 1997.

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, il

che in parte può essere dovuto ad un effetto vero, come in generale per le donne di cittadinanza straniera, di ritardo di ricorso ai servizi, oppure può dipendere dal peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze volute, interrotte successivamente per diagnosi prenatali sfavorevoli.

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 D12 standard (ISTAT) a partire dal 2000. Il 62.1% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione (Tab. 21). Nel 14.5% dei casi sono trascorse più di 3 settimane, e maggiori tempi di attesa si hanno in caso di cittadinanza estera.

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, 1983-2003

	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
2003	91.8	8.2	0.0

Nella provincia autonoma di Trento, in Puglia, in Sardegna 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 2003 l'anestesia generale è stata impiegata nell'85.2% delle IVG (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 13.2% degli interventi, senza significative modificazioni rispetto al 2002. Da segnalare che in Veneto, probabilmente per un errore di codifica, un Istituto ha attribuito alla voce "altro" 575 casi su 6773 IVG effettuate.

Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2003, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) per tipo di anestesia e per area geografica, 2003

	Generale	Locale	Analgesia	Altro	Nessuna
NORD	88.4	9.3	0.7	1.1	0.5
CENTRO	69.0	30.0	0.1	0.1	0.8
SUD	90.9	8.4	0.4	0.0	0.3
ISOLE	96.3	2.5	0.6	0.0	0.5
ITALIA	85.2	13.2	0.5	0.6	0.5

Con l'eccezione delle Marche, c'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte 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, 1983-2003

	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
2003*	15.2	22.2	61.2	1.4

* 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, 2003

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	10.8	24.7	62.9	1.5
CENTRO*	4.9	30.6	62.6	1.9
SUD	22.9	14.0	62.4	0.7
ISOLE	33.6	16.9	48.4	1.1
ITALIA*	15.2	22.2	61.2	1.4

* 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 presentata nel 2003 per un approfondimento delle problematiche relative al tipo di intervento.

3.8 Durata della degenza

Nel 90.4% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 6.4% 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. Nella regione Campania, dove peraltro si hanno molte schede non analizzate, due Istituti, probabilmente per un errore di codifica, hanno riportato una degenza di tre giorni per la totalità (947) delle IVG effettuate. La tabella seguente riporta le distribuzioni percentuali delle IVG per durata della degenza negli anni considerati:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2003

	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
2002	87.3	8.6	4.1
2003	90.4	6.4	3.2

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2002 è stata la seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2001-2003

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
NORD	92.1	92.4	6.0	5.9	1.9	1.7
CENTRO	95.2	95.6	3.0	2.6	1.8	1.8
SUD	76.4	85.2	16.1	9.3	7.5	5.5
ISOLE	72.0	77.8	16.6	12.3	11.4	10.0
ITALIA	87.3	90.4	8.6	6.4	4.1	3.2

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2003 sono state registrate 2.8 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Da notare che, la notevole entità dei non rilevati dipende in gran parte da Lazio, Toscana e Sardegna, a parte la Campania in cui si tratta di dati non analizzati.

3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 29 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Solo poche regioni hanno aggiornato l'informazione relativa al 2003, pertanto la tabella riporta per ogni regione l'ultimo dato disponibile. Con questa avvertenza, per il 2003 risultano aver opposto obiezione di coscienza il 57.8% dei ginecologi, il 45.7% degli anestesisti ed il 38.1% del personale non medico.