

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2006 ed i dati definitivi relativi all'anno 2005 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).

La Relazione riporta i dati raccolti dal sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG, relativi all'andamento generale del fenomeno, alle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG, alle modalità di svolgimento dell'IVG.

Riguardo il sistema di sorveglianza sulle IVG, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISTAT e con le Regioni, si conferma l'apprezzamento unanime a tutte le istituzioni coinvolte per tempestività e qualità dell'informazione su un fenomeno di tale delicatezza. Si sottolinea altresì che l'eccellente qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG non deve essere dispersa e in questo senso è necessario che segnali di difficoltà nella raccolta dei dati riportati negli ultimi anni da alcune Regioni vengano adeguatamente raccolti. Si invitano pertanto tutte le Regioni ad adottare misure idonee, anche utilizzando la consulenza tecnica messa a disposizione delle istituzioni centrali, e a promuovere momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

In merito ai dati riportati dalla relazione, in particolare si osserva:

Sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, nel 2006 sono state notificate 130'033 IVG, con un decremento del 2.1% rispetto al dato definitivo del 2005 (132'790 casi) e un decremento del 44.6 % rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2006 è risultato pari a 9.4 per 1'000, con un decremento del 2.2% rispetto al 2005 (9.6 per 1'000) e un decremento del 45.3% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000).

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2005 è risultato pari a 4.8 per 1'000 (5 per 1'000 nel 2004), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. L'abortività tra le giovani risulta più elevata nei paesi dell'Europa occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 234.7 per 1'000 con un decremento del 3.0% rispetto al 2005 (241.8 per 1'000) e un decremento del 38.3% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2005, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2005 il 29.6% del totale delle IVG, mentre, nel 1998 tale percentuale era del 10.1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando una stabilità nel numero totale degli interventi e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004 e 94'095 nel 2005, con una riduzione del 7.2% rispetto al 2004 e del 27.9% rispetto al 1996.

Nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore

competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

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

Da alcuni anni non è stato più possibile applicare il modello matematico per la stima degli aborti clandestini perché l'errore sulla stima è dello stesso ordine di grandezza della stima stessa e per il contributo sempre più importante delle cittadine straniere che altera i parametri da inserire nel modello.

I dati relativi agli aborti ripetuti per l'anno 2005 evidenziano una percentuale del 26.3, con un lieve aumento rispetto alla percentuale dell'anno precedente (25.4), determinato dalla quota di donne straniere. Infatti l'analisi del dato riferito alle sole donne italiane risulta pari al 22.1% contro il 37.9% riferito alle donne di cittadinanza straniera. E' da sottolineare comunque che il dato percentuale di aborti ripetuti nel nostro paese resta tra i più bassi a livello internazionale.

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

Nel 90.5% dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (85.5%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (85%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda ISTAT D12, verrebbe registrata sotto la voce "anestesia generale". Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto del dato che oltre l'80% delle IVG viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. In tal senso, l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche è raccomandata.

Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2005 del 2.7%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0.7%, invariata rispetto all'anno precedente.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali. Da quanto riferito dalle Regioni, nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in cinque Regioni (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di 1.151 casi, pari allo 0.9% delle IVG effettuate nell'anno. In altri Paesi europei (Francia, Gran Bretagna, Svezia) questa metodica è ormai usata dagli anni novanta e nel 2005 più di un quarto delle donne ha scelto l'aborto farmacologico, senza che la sua introduzione abbia modificato l'andamento del tasso di abortività e il rischio di complicanze. Per quanto riguarda la registrazione del farmaco Mifepristone (nome commerciale Mifegyne, compresse da 200 mg, Titolare: Exelgyn Laboratories), si ricorda che è stata effettuata una procedura europea di "mutuo riconoscimento" conclusa il 5 luglio 1999 con la Francia come paese membro di riferimento e Austria, Belgio, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Lussemburgo e Paesi Bassi come paesi coinvolti (ove cioè il farmaco è stato successivamente commercializzato). Il farmaco risulta commercializzato anche in altri paesi

europei, quali UK e Svezia, dove il farmaco è però commercializzato per una somministrazione in associazione con farmaci differenti e in paesi extraeuropei, quali USA e Cina.

Per quanto riguarda l'Italia, ad oggi non è stata presentata alcuna domanda di autorizzazione all'immissione in commercio da parte della ditta Exelgyn Laboratories per il medicinale Mifegyne.

Nel giugno del 2007 la Commissione Europea ha approvato le raccomandazioni dell'EMA per uniformare le indicazioni del farmaco nell'Unione Europea. Sebbene debbano essere considerate alla luce delle leggi e dei regolamenti vigenti in ogni paese, esse costituiscono un importante riferimento sanitario per i paesi membri. Le indicazioni approvate sono:

- 1) la IVG farmacologica fino a 63 giorni di amenorrea;
- 2) la preparazione della cervice uterina prima della IVG chirurgica;
- 3) la preparazione all'azione degli analoghi della prostaglandina nella IVG farmacologica;
- 4) l'induzione del travaglio in caso di morte fetale in utero e quando non è possibile utilizzare prostaglandine e ossitocici.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento, è aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (58% nel 2005, rispetto al 54.2% nel 2004) ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16.4% nel 2005, rispetto al 20.5% nel 2004), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni. Si raccomanda che le Regioni effettuino un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che del loro livello di integrazione, in particolare la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa oltre 3 settimane e la percentuale di personale obiettore. A tale proposito si ricorda che l'articolo 9 della Legge affida alle Regioni il compito di garantire l'attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (35.7%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte legato al maggior ricorso da parte delle donne straniere.

Rispetto all'anno precedente, il numero dei consultori familiari pubblici risulta diminuito (2'063 nel 2005 rispetto a 2'157 nel 2004) mentre sono aumentati quelli privati (134 nel 2005 rispetto a 112 nel 2004). Il rapporto numero dei consultori per 20'000 abitanti è rimasto 0.7%, inferiore a quello previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti).

Di fronte alla tendenza delle donne italiane a rivolgersi ai medici di fiducia o ai servizi ospedalieri, piuttosto che ai consultori familiari, che potrebbe sembrare una precisa scelta delle donne, si ricorda che indagini dell'ISS condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato invece un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici, oltre che migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali.

Rispetto alla prevenzione del ricorso all'aborto, il ruolo dei consultori risulta primario. Infatti, alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi l'estrema ratio e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicata in tre diverse modalità.

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

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità di superare le stesse.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio con le donne che hanno deciso di effettuare l'IVG, mediante il quale si analizzano le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna, ed eventualmente la coppia, dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. In questo senso dovrebbe essere attivata una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Si sottolinea che il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000 ha assegnato un ruolo centrale ai consultori familiari e delineato con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere mediante offerta attiva ed i relativi indicatori. Si evidenzia altresì che negli ultimi anni anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato nei suoi documenti l'importanza di servizi strutturati e organizzati come i consultori familiari italiani.

Conclusioni

La presentazione al Parlamento della Relazione sull'attuazione della legge 194/1978 e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione - come previsto dalla legge medesima - non può e non deve essere un atto formale.

Infatti il dettato della legge, esplicitamente prevedendo la necessità del monitoraggio e della valutazione annuale dei dati riferiti alle IVG e quindi dello studio dell'evoluzione del fenomeno, affida direttamente alle responsabilità istituzionali il compito del governo complessivo del sistema, al fine del raggiungimento di quelle che sono le finalità primarie della legge: la riduzione continua e progressiva dell'incidenza del fenomeno, la cancellazione dell'aborto clandestino, la promozione di una sempre maggiore competenza verso una procreazione consapevole al fine di evitare che l'aborto sia mezzo per il controllo delle nascite.

Pertanto, le evidenze che derivano dai dati riportati dal sistema di sorveglianza della legge 194/1978, che vede impegnati l'ISS e il Ministero della Salute in collaborazione con l'ISTAT da una parte, e le Regioni e le Province autonome dall'altra, devono indirizzare coerentemente le scelte programmatiche di sanità pubblica, al fine di programmare gli interventi più appropriati di prevenzione e di promozione della procreazione consapevole, di raccomandare procedure appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza e viceversa di correggere e risolvere le criticità.

L'applicazione della legge 194/1978 può - e quindi deve - essere ulteriormente migliorata. In questo senso, al fine di potenziare le strategie di sanità pubblica per la prevenzione dell'aborto, il Ministero della Salute e il governo si sono impegnati a prevedere specifici interventi, a partire dal potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari e dal rilancio ed eventuale aggiornamento del POMI, essendo la qualità e l'applicazione dei programmi strategici contenuti nel POMI, dal percorso nascita alla prevenzione dei tumori femminili, allo spazio giovani, lo strumento più efficace a produrre una ulteriore importante riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

In particolare, già con la legge 296/2006 (finanziaria 2007) sono state previste risorse per la promozione e tutela della salute delle donne e le Regioni stanno attuando programmi specifici, anche rivolti alla prevenzione dell'aborto.

Il Ministero della Salute, attraverso specifiche risorse stanziare dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha già attivato nel luglio 2006 un Progetto nazionale "Il Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi", in collaborazione con l'ISS, indirizzato alle Regioni, che avrà una durata di 24 mesi. Tale

sperimentazione, che coinvolgerà alcune selezionate esperienze territoriali, di fronte all'obiettivo atteso di promuovere la qualità del percorso nascita attraverso un processo di valutazione condivisa degli indicatori di processo e di risultato, intende promuovere la centralità del ruolo dei servizi consultoriali.

Inoltre, in riferimento alla criticità rappresentata dal ricorso all'aborto da parte delle donne straniere, sono previsti specifici programmi e campagne di prevenzione, che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi e che prevedano il ruolo delle associazioni comunitarie e delle organizzazioni non governative per il massimo coinvolgimento possibile della popolazione femminile immigrata.

Il Ministero della Salute, altresì, d'intesa con il Ministero della Famiglia, il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, il Ministero della Pubblica Istruzione e le Regioni, è impegnato nell'attuazione del progetto finanziato e già attivato di sperimentazione per la riorganizzazione dei consultori familiari, finalizzata a potenziarne gli interventi sociali, come previsto dalla legge 296/2006. In questo contesto, di particolare rilevanza saranno gli interventi rivolti alle/agli adolescenti, per la promozione della salute e della procreazione responsabile e alle coppie.

Il Ministero della Salute ha istituito la Commissione ministeriale sulla salute delle donne, che attraverso il lavoro di specifici gruppi di lavoro potrà offrire, anche in previsione della Prima conferenza nazionale sulla salute delle donne, ulteriori contributi propositivi e migliorativi.

Il Ministero della Salute ha inoltre istituito un Tavolo interregionale per la salute materno-infantile, evidenziando l'impegno di promuovere, tra gli altri obiettivi, anche azioni e interventi concertati al fine della promozione della prevenzione dell'aborto.

Infine, anche per sollecitare attorno allo studio dell'evoluzione del fenomeno abortivo nel nostro paese una riflessione più ampia e un dibattito pubblico che coinvolga la società nel suo insieme, si sottolineano alcune evidenze.

Innanzitutto, si sottolinea il dato eclatante relativo alla riduzione continua delle IVG tra le donne italiane, che nel 2005 sono state 94'095, con una riduzione del 60% rispetto al 1983 (anno in cui più numerose sono state le IVG). Questo significa che, pur restando il dato delle IVG tra le donne straniere una forte criticità, la responsabilità femminile rispetto alla procreazione è cresciuta nel nostro paese, dimostrando come la promozione della competenza e della consapevolezza delle donne sia l'obiettivo più importante da raggiungere.

Si ritiene opportuno richiedere all'ISS, per la prossima Relazione sull'applicazione della legge, la presentazione di alcuni dati distinti per le donne italiane e le donne straniere, in quanto la loro relativa elaborazione può offrire una più precisa analisi del fenomeno abortivo, anche suggerendo le iniziative specifiche da implementare.

Un ulteriore elemento che si intende sottolineare è che la legalizzazione dell'aborto, determinando la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino, ha comportato anche l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata. Inoltre la legalizzazione non ha favorito la diffusione del fenomeno, come da più parti si temeva, ma piuttosto la sua sostanziale riduzione, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge. Infatti l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, poiché, se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, avremmo avuto percentuali doppie di quelle osservate, come analizzato da studi matematici riportati dalla Relazione.

Si sottolinea altresì, come già espresso nella relazione dello scorso anno, che laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini di eliminazione della legalizzazione dell'aborto, per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità e viceversa il ripristino

della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente.

Inoltre, anche alla luce del dibattito che si è sviluppato in merito alla applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, che prevede un impegno specifico dei consultori familiari ad aiutare la donna a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione volontaria di gravidanza, merita di essere approfondito il tema del rapporto tra natalità e abortività. In questo senso si ribadisce che le politiche di prevenzione dell'aborto non si identificano con le politiche per la promozione della natalità, essendo natalità e abortività fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto ed avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo, se non è associata alla promozione della procreazione responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. Vi sono paesi, infatti, ove è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, molto presumibilmente proprio per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile, inefficaci a promuovere lo sviluppo di capacità e consapevolezza, nel rispetto della scelta della donna e della coppia, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche.

Pertanto, mentre convintamente si ribadisce che nel nostro Paese è necessaria e auspicabile una vera e seria strategia di politiche pubbliche di promozione della natalità, cui le responsabilità complessive del governo sono chiamate, si ribadisce altresì che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica, attraverso un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti, nonché delle/degli operatrici/operatori dei servizi.

Il Ministro della Salute ritiene altresì opportuno verificare la possibilità di effettuare una indagine campionaria, coordinata dall'ISS, sul numero dei colloqui svolti nei consultori familiari, non rilevabile dal modello D12/ISTAT, al fine di evidenziarne - secondo il dettato della legge - la loro importanza, pur sottolineando la parzialità e quindi la scarsa significatività di una rilevazione statistica che non possa prevedere anche l'attività svolta dai medici di fiducia o dei servizi ospedalieri cui si rivolgono in gran parte le donne italiane.

Infine, in relazione al tema del ricorso all'aborto dopo i 90 giorni, non eludendo la complessità delle riflessioni ad esso collegate, si sottolinea che il ricorso all'aborto in queste età gestazionali è rigorosamente normato dalla legge. Gli articoli 6 e 7 della legge infatti prevedono ambiti precisi entro i quali si possono effettuare le IVG dopo i 90 giorni: quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un pericolo grave per la salute fisica o psichica della donna. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'IVG può essere praticata solo nel caso di grave pericolo per la vita della donna e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

In questo senso, si ribadisce non essere in alcun modo lo spirito e l'obiettivo della legge 194/1978 quello di perseguire finalità eugenetiche, bensì la salvaguardia della salute e del benessere psico-fisico della donna. Si sottolinea altresì quanto l'indicazione dei legislatori, rimandando alla continua evoluzione del progresso medico, scientifico e tecnologico la previsione della possibilità di vita autonoma del feto, si sia dimostrata saggia e lungimirante, rispettosa del valore della tutela della salute della donna e anche della vita del nascituro.

In conclusione, il Ministro della Salute, nell'affidare al Parlamento la Relazione sull'applicazione della legge 194/1978, ritiene giusto e necessario affermare che la legge ha permesso un cambiamento sostanziale del fenomeno abortivo nel nostro Paese, che la legge è

stata e continua ad essere efficace nel raggiungimento degli obiettivi attesi e che la sua applicazione può essere ulteriormente migliorata.

Il Ministro della Salute, assumendo la piena applicazione della legge 194/1978 come priorità delle scelte di sanità pubblica, non ravvisa la necessità di una sua modifica, ma viceversa sottolinea la necessità di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e delle/degli operatrici/operatori dei servizi

Il Ministro della Salute, evidenziando la complessità dei valori etici che i legislatori hanno consegnato alle istituzioni e alla società nel suo insieme, ribadisce che la legge è stata e continua a essere non solo efficace, ma saggia e lungimirante, profondamente rispettosa dei principi etici della tutela della salute della donna e della responsabilità femminile rispetto alla procreazione, del valore sociale della maternità e del valore della vita umana dal suo inizio.

Livia Turco

PAGINA BIANCA

DATI PRELIMINARI ANNO 2006

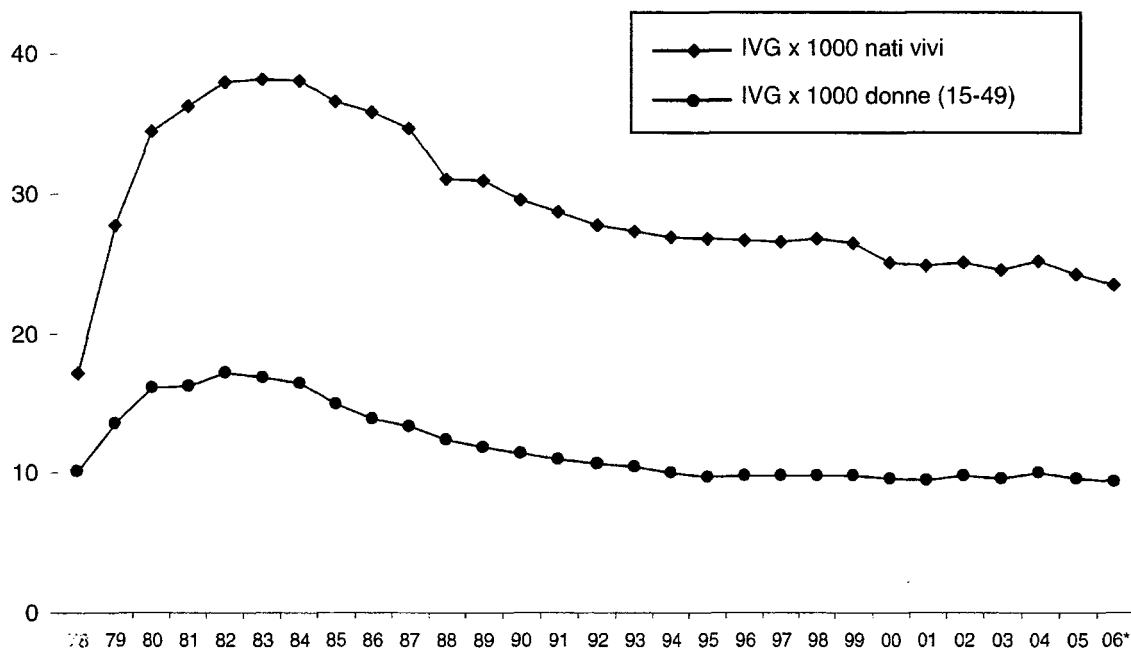
Per l'anno 2006 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Sono state notificate 130033 IVG (Tab. A), con un decremento dell'2.1% rispetto al dato definitivo del 2005 (132790 IVG) e un decremento del 44.6% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.4 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 2.2% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2005 (9.6 per 1000) e con una riduzione del 45.3% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (549097) del 2005, forniti dall'ISTAT, ed è risultato pari a 234.7 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 3.0% rispetto al 2005 (241.8 per 1000) e un decremento del 38.3% rispetto al 1982.

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

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2006



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2006 - Valori assoluti: dati 2006 e confronti con il 2005

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2006	TOTALE 2005	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	16496	15712	13977	13642	59827	60280	-0.8
Piemonte	3094	2846	2574	2516	11030	11174	-1.3
Valle d'Aosta	78	74	57	65	274	242	13.2
Lombardia	6196	5915	5103	5034	22248	22468	-1.0
Bolzano	135	153	126	150	564	588	-4.1
Trento	371	355	332	298	1356	1243	9.1
Veneto	1898	1866	1662	1664	7090	7151	-0.9
Friuli Venezia Giulia	575	565	502	465	2107	2309	-8.7
Liguria	998	969	908	825	3700	3726	-0.7
Emilia Romagna	3151	2969	2713	2625	11458	11379	0.7
ITALIA CENTRALE	8251	7659	6634	6137	28681	29500	-2.8
Toscana	2537	2367	1994	1774	8672	8758	-1.0
Umbria	618	580	516	464	2178	2279	-4.4
Marche	741	676	562	602	2581	2589	-0.3
Lazio	4355	4036	3562	3297	15250	15874	-3.9
ITALIA MERIDIONALE	8706	8218	6838	6178	29940	31143	-3.9
Abruzzo	727	737	603	610	2677	2760	-3.0
Molise	218	157	126	150	651	616	5.7
Campania	3411	3097	2612	2138	11258	11967	-5.9
Puglia	3256	3100	2572	2405	11333	11953	-5.2
Basilicata	202	202	175	122	701	591	18.6
Calabria	892	925	750	753	3320	3256	2.0
ITALIA INSULARE	3411	3136	2576	2462	11585	11867	-2.4
Sicilia	2760	2520	2050	1973	9303	9497	-2.0
Sardegna	651	616	526	489	2282	2370	-3.7
ITALIA	36864	34725	30025	28419	130033	132790	-2.1

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2006 - Tassi di abortività: dati 2006 e confronti con il 2005

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2006	2005	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.8	9.9	-1.2
Piemonte	11.4	11.5	-1.2
Valle d'Aosta	9.6	8.6	12.2
Lombardia	10.0	10.2	-1.4
Bolzano	4.9	5.1	-5.2
Trento	11.6	10.7	8.5
Veneto	6.4	6.5	-1.3
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.7	-8.5
Liguria	10.9	11.2	-2.1
Emilia Romagna	12.2	12.2	-0.3
ITALIA CENTRALE	10.8	11.2	-3.2
Toscana	10.7	10.9	-1.7
Umbria	11.1	11.8	-5.6
Marche	7.4	7.5	-0.6
Lazio	11.8	12.3	-4.0
ITALIA MERIDIONALE	8.5	8.8	-3.4
Abruzzo	8.7	9.0	-3.0
Molise	8.7	8.2	6.5
Campania	7.6	8.1	-5.7
Puglia	11.2	11.8	-4.6
Basilicata	4.9	4.1	19.5
Calabria	6.7	6.5	2.8
ITALIA INSULARE	7.0	7.2	-2.0
Sicilia	7.5	7.7	-1.7
Sardegna	5.5	5.7	-3.1
ITALIA	9.4	9.6	-2.2

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2006 - Rapporti di abortività: dati 2006 e confronti con il 2005

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2006	2005	
ITALIA SETTENTRIONALE	244.2	248.5	-1.7
Piemonte	290.8	298.9	-2.7
Valle d'Aosta	232.4	223.9	3.8
Lombardia	251.2	254.9	-1.5
Bolzano	127.2	114.0	11.6
Trento	260.5	241.5	7.9
Veneto	151.5	155.4	-2.5
Friuli Venezia Giulia	219.9	246.5	-10.8
Liguria	304.7	310.6	-1.9
Emilia Romagna	292.5	297.1	-1.5
ITALIA CENTRALE	267.3	281.4	-5.0
Toscana	276.2	285.4	-3.2
Umbria	277.8	285.2	-2.6
Marche	190.2	194.7	-2.3
Lazio	279.9	300.2	-6.8
ITALIA MERIDIONALE	217.0	226.7	-4.3
Abruzzo	246.9	252.2	-2.1
Molise	269.1	248.9	8.1
Campania	175.6	189.4	-7.2
Puglia	304.4	318.0	-4.3
Basilicata	142.5	121.4	17.4
Calabria	179.9	178.0	1.0
ITALIA INSULARE	181.5	184.6	-1.7
Sicilia	184.9	186.9	-1.0
Sardegna	168.5	175.9	-4.2
ITALIA	234.7	241.8	-3.0