

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2007 ed i dati definitivi relativi all'anno 2006 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.

Ringrazio tutti coloro che lavorano nel sistema di sorveglianza sulle IVG, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISTAT, in particolare i referenti regionali, per lo sforzo organizzativo straordinario che si è reso necessario per venire incontro alla mia richiesta di anticipare la presentazione della relazione, al fine di rispettare il mio impegno istituzionale di riferire sull'applicazione della legge nel periodo di vigenza del mio mandato.

Tale anticipazione ha comportato la necessità di stimare alcuni dati relativi al 2007, per la non disponibilità, a tutt'oggi, dei dati definitivi. Tenendo conto delle precedenti esperienze, i valori definitivi non dovrebbero discostarsi più dell'1% dai valori stimati.

Nonostante l'eccellente qualità del sistema di sorveglianza, si segnalano alcune difficoltà nella raccolta dei dati da parte di alcune Regioni, come già sottolineato nelle precedenti relazioni. Ancora una volta si invitano 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 2007 sono state effettuate 127'038 IVG, con un decremento del 3.0% rispetto al dato definitivo del 2006 (131'018 casi) e un decremento del 45.9% 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 2007 è risultato pari a 9.1 per 1'000, con un decremento del 3.1% rispetto al 2006 (9.4 per 1'000) e un decremento del 47.1% 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 2006 è risultato pari a 4.9 per 1'000 (4.8 per 1'000 nel 2005), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani italiane rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 224.8 per 1'000 con un decremento del 4.5% rispetto al 2006 (235.5 per 1'000) e un decremento del 40.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2006, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2006 il 31.6% 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, 94'095 nel 2005 e 90'587 nel 2006, con una riduzione del 3.7% rispetto al 2005 e del 30.6% rispetto al 1996.

In generale 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 rispetto all'analisi del fenomeno, 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.

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle straniere, nella presente relazione, grazie alla collaborazione con l'ISTAT, vengono riportate, per le variabili significative, le distribuzioni di frequenza per cittadinanza italiana e straniera, al fine di una più accurata descrizione del fenomeno.

Tuttavia occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana e quindi vanno valutati con cautela.

Mentre nella Relazione presentata nell'anno passato la stima degli aborti clandestini per l'anno 2005 era stata presunta e non valutata, ipotizzando una persistenza residuale di aborto clandestino non superiore alle 20.000 unità, quest'anno, pur tenendo conto dei limiti già segnalati di applicabilità del modello matematico utilizzato, è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima è di 15.000 aborti clandestini e si ricorda che questo dato riguarda solo le donne italiane, in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100.000 casi nel 1983).

L'incremento della percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva, 26.9% nel 2006 rispetto a 26.3% nel 2005, si conferma determinato dal contributo delle donne straniere. Infatti per queste ultime la percentuale di aborti ripetuti è pari al 38.4%, mentre tra le italiane è 21.7%. 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 91.5% dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (84.7%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (84.8%) 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 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 2006 del 2.9%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2.2%; 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 e nel 2007 in cinque Regioni (Trento, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Puglia) per un totale di 1070 casi (ipotizzando che il valore della Toscana, che non è riuscita a fornire il dato, sia rimasto invariato).

In altri Paesi europei (Francia, Gran Bretagna, Svezia) questa metodica è ormai usata dagli anni novanta e nel 2006 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.

Si ricorda che il mifepristone nel 2007 è stato sottoposto ad una procedura di referral relativa al regime posologico ed al rischio di infezioni anche fatali da *Clostridium Sordellii*, da parte del Comitato dei medicinali per Uso Umano dell'EMA (CHMP), secondo l'articolo 31 della Direttiva CE/2001/83 ("referral for community interest"), con una rivalutazione complessiva del profilo di efficacia/sicurezza del prodotto. Il CHMP ha concluso che "il rapporto rischi/benefici dei medicinali contenenti mifepristone nelle indicazioni concordate è favorevole", raccomandando di confermare le autorizzazioni all'immissione in commercio per il mifepristone. Il parere positivo del CHMP, adottato in data 22 marzo 2007, è stato ratificato dalla Commissione Europea con decisione vincolante per tutti i Paesi Membri in data 14 giugno 2007.

La Commissione Europea, come tra l'altro già riportato nell'ultima relazione presentata al Parlamento, ha anche approvato le raccomandazioni dell'EMA per uniformare le indicazioni del farmaco nell'Unione Europea. Per quanto concerne il suo uso nell'IVG sono state approvate: le indicazioni all'IVG farmacologica fino a 63 giorni di amenorrea, la preparazione della cervice uterina prima della IVG chirurgica, la preparazione all'azione degli analoghi della prostaglandina nella IVG farmacologica.

In relazione alla domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per il MIFEGYNE® (mifepristone) in Italia, si ricorda che la domanda è pervenuta all'AIFA in data 9 Novembre 2007, secondo la procedura europea di Mutuo Riconoscimento; che tale procedura registrativa risulta obbligatoria essendo il prodotto già autorizzato in Francia a partire dal 1988; che parallelamente anche in Ungheria, Lettonia, Portogallo e Romania è stata richiesta autorizzazione. Il prodotto è invece già autorizzato in Austria, Belgio, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Estonia, Norvegia, Regno Unito e Svezia. La documentazione presentata dall'azienda in Italia a supporto della autorizzazione all'immissione in commercio è stata sottoposta dall'AIFA e dalla Commissione Tecnico Scientifica ad una fase di approfondita valutazione scientifica, che ha seguito in modo rigoroso e trasparente le tempistiche previste dalla Direttiva 2001/83 sulle procedure di Mutuo Riconoscimento. A seguito della istruttoria, la Commissione Tecnico Scientifica ha espresso un parere favorevole condividendo le valutazioni espresse dal CHMP al termine della procedura di referral ricordata.

L'iter di autorizzazione all'immissione in commercio del Mifegyne non è ancora concluso. E' necessario infatti che l'azienda presenti all'AIFA una specifica richiesta per la classificazione e la definizione del prezzo e del regime di rimborsabilità, e che il Consiglio di Amministrazione dell'AIFA esprima il proprio parere finale sulla autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale.

Nel caso di autorizzazione all'immissione in commercio, si sottolinea che deve in ogni caso essere garantito il pieno rispetto di quanto previsto dalla legge 194/78, con impiego del farmaco esclusivamente in ambito ospedaliero, con divieto di vendita al pubblico e in alternativa all'interruzione chirurgica di gravidanza e con la attivazione di un registro di carico e scarico presso le strutture sanitarie autorizzate; deve essere assicurato un monitoraggio dell'impiego e degli eventi avversi, analogamente a quanto avviene per la IVG chirurgica da parte del sistema di sorveglianza.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) è diminuita la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (56.7% nel 2006, rispetto al 58.0% nel 2005) ed è di conseguenza aumentata la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (18.0% nel 2006, rispetto al 16.4% nel 2005), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Quest'anno, inoltre, quasi tutte le Regioni sono state in grado di fornire un dato aggiornato della percentuale di personale obiettore. Si ricorda che nelle Relazioni precedenti per alcune Regioni i dati più recenti si riferivano all'anno 2003, mentre per altre addirittura al 1999. Si evince un aumento generale dell'obiezione di coscienza negli ultimi anni per tutte le professionalità. A livello nazionale, per i ginecologi si passa dal 58.7% al 69.2%; per gli anestesisti, dal 45.7% al 50.4%; per il personale non medico, dal 38.6% al 42.6%. Per alcune Regioni l'aumento è molto rilevante, soprattutto nel Sud. Ad esempio in Campania i dati sono quasi raddoppiati, in quanto l'obiezione per i ginecologi aumenta dal 44.1% al 83.0%; per gli anestesisti dal 40.4% al 73.7%; per il personale non medico, dal 50% al 74%. In Sicilia, per i ginecologi l'obiezione aumenta dal 44.1% al 84.2%; per gli anestesisti dal 43.2% al 76.4%; per il personale non medico, dal 41.1% al 84.3%. Ma anche nel Nord, come ad esempio in Veneto, l'obiezione è superiore al dato nazionale: per i ginecologi, 79.1%; per gli anestesisti, 49.7%; per il personale non medico, 56.8%.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (36.9%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte per il maggior ricorso da parte delle donne straniere.

Infatti per il 2006 questo dato è risultato 30.3% tra le donne italiane rispetto al 51.3% per le cittadine straniere. Quest'ultime ricorrono al CF in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato nel 2006 è stato 2188 e 103 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel 2005, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti).

Si conferma la necessità, come costantemente raccomandato, di un potenziamento di questi servizi e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'ISS, riguardanti il percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio.

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, come indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000.

Primo tra tutti i 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 qualificata, 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. A tale proposito va sottolineato che i consultori familiari sono di gran lunga più competenti nell'attivazione di reti di sostegno per la maternità, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e con il privato sociale.

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 definitiva si ribadisce la necessità di 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 ritornare per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Conclusioni

Anche quest'anno la Relazione al Parlamento non intende essere un atto formale, ma lo strumento istituzionale per indirizzare coerentemente le scelte programmatiche di sanità pubblica, a partire dalle evidenze riportate dal sistema di sorveglianza della legge 194/1978, al fine di correggere e risolvere le criticità, pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione e di promozione della procreazione, raccomandare le procedure più appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza.

Il dettato della legge affida alle istituzioni centrali e regionali il compito del governo del sistema, al fine del raggiungimento di quelle che sono le finalità primarie della legge stessa: 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.

In questo senso, come Ministro della Salute ho il compito di promuovere specifiche raccomandazioni alle Regioni su alcuni aspetti salienti.

Innanzitutto, si raccomanda di adottare specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi. Infatti il dato eclatante relativo, da un lato, al costante aumento delle IVG da parte delle donne straniere (dovuto prevalentemente ad una loro maggiore presenza in Italia) e, contemporaneamente, dall'altro, alla riduzione continua delle IVG tra le donne italiane (che nel 2006 sono state 90'587, con una riduzione di oltre il 60% rispetto al 1982, anno in cui più numerose sono state le IVG), 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 ancora una volta come la promozione della competenza e della consapevolezza delle donne sia l'obiettivo più importante da raggiungere.

In particolare si raccomanda di promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; di organizzare i servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; di promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata.

Inoltre si richiama quanto precisato nella nota illustrativa inviata alle Regioni in data 19 febbraio 2008, sull'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia: le cittadine comunitarie, anche non iscritte al SSN, hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti, tra cui sono incluse quelle relative alla tutela della maternità e all'IVG.

Si raccomanda altresì di promuovere il potenziamento dei consultori, quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo. Si ricorda che come Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, abbiamo ultimato la ricognizione anagrafica, aggiornata all'anno 2007, dei consultori familiari e degli spazi giovani presenti sul territorio nazionale e abbiamo attivato presso il Tavolo Interregionale Materno-Infantile della Conferenza unificata un monitoraggio quantitativo e qualitativo delle attività svolte dai consultori familiari, in coerenza con le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Si raccomanda inoltre di adottare misure idonee a ulteriormente ridurre la morbilità da IVG e per il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi, con la riduzione dei tempi di attesa e l'adozione di tecniche più appropriate di intervento e anestesia, anche attraverso l'aggiornamento delle procedure e del personale preposto, come previsto dall'articolo 15 della legge 194/1978.

Si raccomanda ancora di monitorare l'adeguata offerta delle prestazioni, anche in relazione all'aumento del fenomeno dell'obiezione di coscienza da parte del personale dei servizi, al fine da una parte di garantire la libertà di obiezione —riconosciuta dall'articolo 9 della legge 194/1978— e dall'altra di garantire la continuità assistenziale. Infatti in alcune Regioni l'obiezione di coscienza ha raggiunto livelli tali da prefigurare un'oggettiva condizione di grave

difficoltà per le donne nell'accesso ai servizi. In questo senso si ribadisce che sono le Regioni — in applicazione del medesimo articolo 9 della legge — che devono controllare e garantire l'attuazione della legge, anche attraverso la mobilità del personale. Si raccomanda che esse effettuino un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi, attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, in particolare la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa oltre 3 settimane e la percentuale di personale obietto.

Si raccomanda anche l'adozione e il raggiungimento di standard uniformi su tutto il territorio nazionale in relazione all'appropriatezza e alla qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni, al fine di garantire l'immediata e reale presa in carico dei bisogni della donna e della coppia all'interno della rete organizzativa integrata dei servizi coinvolti, con l'offerta di équipes multidisciplinari, per garantire la più corretta informazione sulla natura delle malformazioni diagnosticate e sulla possibilità di cure, nel rispetto e in applicazione degli articoli 6 e 7 della legge 194/1978.

Si raccomanda, infine, in merito all'applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, l'implementazione delle misure necessarie alla rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all'IVG, sostenendo le maternità difficili, e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità.

In conclusione, mentre si ribadisce che nel nostro Paese è necessaria e auspicabile una forte strategia di politiche pubbliche di promozione della natalità, si sottolinea che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica e che quindi 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. In più, 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 ha avuto come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente.

La legge 194/78, con la legalizzazione dell'aborto, ha favorito la sostanziale riduzione della richiesta di IVG, 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 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.

La legge 194/1978, come i dati a disposizione confermano, ha permesso un cambiamento sostanziale del fenomeno abortivo nel nostro Paese e il raggiungimento degli obiettivi attesi, nonostante la sua applicazione possa essere ulteriormente migliorata.

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. Si ribadisce pertanto la necessità non di una sua modifica, ma viceversa di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e delle/degli operatrici/operatori dei servizi.

Livia Turco

DATI PRELIMINARI ANNO 2007

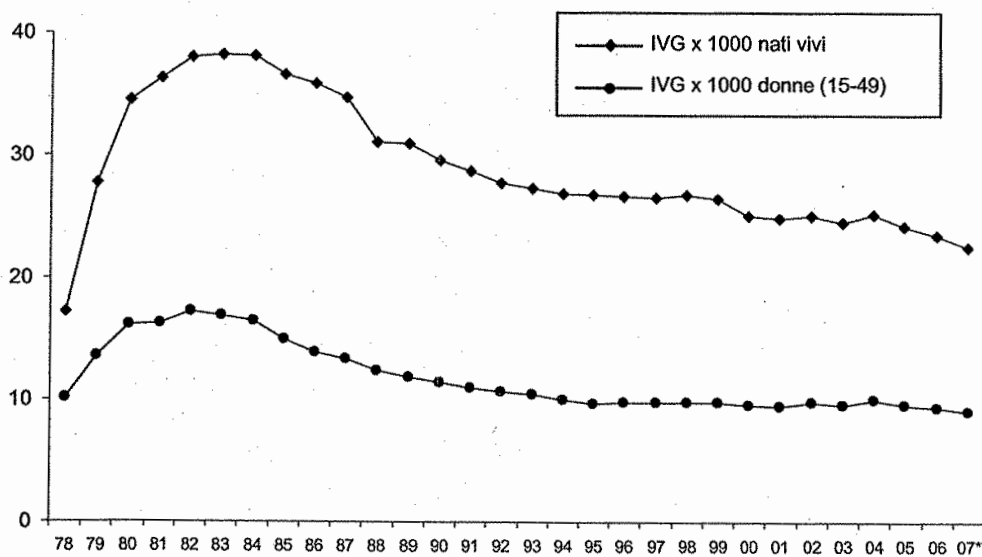
Per l'anno 2007 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 127038 (Tab. A), con un decremento del 3.0% rispetto al dato definitivo del 2006 (131018 IVG) e un decremento del 45.9% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.1 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 3.1% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2006 (9.4 per 1000) e con una riduzione del 47.1% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati stimati dei nati vivi (565173) del 2007, basati sui dati forniti dall'ISTAT, ed è risultato pari a 224.8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 4.5% rispetto al 2006 (235.5 per 1000) e un decremento del 40.9% 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 1978-2007



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2007 - Valori assoluti: dati 2007 e confronti con il 2006

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2007	TOTALE 2006	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	16210	15200	13223	13557	58190	59829	-2.7
Piemonte	2928	2714	2358	2444	10444	11030	-5.3
Valle d'Aosta	80	76	68	82	306	274	11.7
Lombardia	6103	5664	4787	5086	21640	22248	-2.7
Bolzano	153	156	132	141	582	564	3.2
Trento	374	319	304	287	1284	1358	-5.4
Veneto	1934	1840	1593	1644	7011	7090	-1.1
Friuli Venezia Giulia	571	576	501	484	2132	2107	1.2
Liguria	924	955	847	800	3526	3700	-4.7
Emilia Romagna	3143	2900	2633	2589	11265	11458	-1.7
ITALIA CENTRALE	7831	7484	6225	6212	27752	28888	-3.9
Toscana	2403	2317	1807	1832	8359	8879	-5.9
Umbria	586	598	447	488	2119	2178	-2.7
Marche	735	658	575	590	2558	2581	-0.9
Lazio	4107	3911	3396	3302	14716	15250	-3.5
ITALIA MERIDIONALE	8565	8030	6830	6457	29882	30716	-2.7
Abruzzo	744	714	578	537	2573	2709	-5.0
Molise	210	172	136	154	672	620	8.4
Campania	3340	3146	2709	2492	11687*	12049	-3.0
Puglia	3187	2980	2536	2380	11083*	11333	-2.2
Basilicata	186	179	167	164	696	701	-0.7
Calabria	898	839	704	730	3171	3304	-4.0
ITALIA INSULARE	3186	3034	2599	2399	11214	11585	-3.2
Sicilia	2602	2414	2059	1939	9014	9303	-3.1
Sardegna	584	620	540	460	2200	2282	-3.6
ITALIA	35792	33748	28877	28625	127038*	131018	-3.0

* Il dato è stato parzialmente stimato

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2007 - Tassi di abortività: dati 2007 e confronti con il 2006

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2007	2006	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.5	9.8	-2.8
Piemonte	10.8	11.4	-4.9
Valle d'Aosta	10.7	9.6	11.6
Lombardia	9.8	10.0	-2.8
Bolzano	5.0	4.9	2.4
Trento	11.0	11.6	-5.7
Veneto	6.3	6.4	-1.2
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.0	1.2
Liguria	10.5	10.9	-4.1
Emilia Romagna	11.9	12.2	-2.1
ITALIA CENTRALE	10.4	10.9	-5.0
Toscana	10.3	11.0	-5.8
Umbria	10.8	11.1	-2.7
Marche	7.4	7.4	-0.8
Lazio	11.1	11.8	-5.8
ITALIA MERIDIONALE	8.6	8.8	-2.2
Abruzzo	8.4	8.8	-5.0
Molise	9.1	8.3	9.1
Campania	7.9*	8.2	-2.6
Puglia	11.0*	11.2	-1.5
Basilicata	4.9	4.9	0.4
Calabria	6.4	6.6	-3.2
ITALIA INSULARE	6.8	7.0	-2.7
Sicilia	7.3	7.5	-2.7
Sardegna	5.4	5.5	-2.8
ITALIA	9.1*	9.4	-3.1

* calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2007 - Rapporti di abortività: dati 2007 e confronti con il 2006

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2007*	2006	
ITALIA SETTENTRIONALE	228.8	243.6	-6.1
Piemonte	272.7	290.8	-6.2
Valle d'Aosta	266.1	232.4	14.5
Lombardia	228.3	251.2	-9.1
Bolzano	115.8	112.2	3.2
Trento	250.5	260.9	-4.0
Veneto	147.8	151.5	-2.4
Friuli Venezia Giulia	219.8	219.9	0.0
Liguria	288.2	304.7	-5.4
Emilia Romagna	277.4	292.5	-5.1
ITALIA CENTRALE	249.9	265.0	-5.7
Toscana	259.0	282.9	-8.4
Umbria	293.4	277.8	5.6
Marche	186.5	190.3	-2.0
Lazio	254.4	271.2	-6.2
ITALIA MERIDIONALE	219.8	222.7	-1.3
Abruzzo	231.4	249.8	-7.4
Molise	281.3	256.3	9.7
Campania	185.3+	188.0	-1.4
Puglia	303.0+	304.6	-0.5
Basilicata	147.2	142.5	3.3
Calabria	175.6	179.0	-1.9
ITALIA INSULARE	175.7	181.5	-3.2
Sicilia	180.2	184.9	-2.6
Sardegna	159.7	168.6	-5.3
ITALIA	224.8*	235.5	-4.5

* calcolato in base al numero di nati vivi parzialmente stimato

+ calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2006

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2006 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 131018 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.4 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 235.5 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce al 9.0 per 1000 per le sole donne residenti, cioè, togliendo dal totale delle IVG quelle relative a donne non residenti in Italia (non comprese nel denominatore del tasso), che ammontano a 5377 unità, avendo aggiunto la quota attribuibile a tale condizione del totale delle IVG per le quali non è conosciuta la residenza. Considerando trascurabile il numero di nati da donne non residenti e apportando un'analoga correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 225.8. Tenendo conto che nel 2005 le IVG di donne non residenti ammontarono a 5137 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività risultavano 9.2 e 232.5 con una variazione percentuale di -2.2% e -2.9% rispettivamente.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione dal 1982 e la figura 1 riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2006.

1.1 Valori assoluti

Nel 2006 si è registrato un decremento delle IVG del 2.1% rispetto al 2005; il 31.6 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2005 la percentuale era stata 29.6 %). Le IVG effettuate nel 2006 da cittadine italiane (90587, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 3.7% rispetto al 2005, (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 16585 unità, pari allo 0.1%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2006 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2006

	1983	1991	2005	2006	VARIAZIONE %	
					2006/2005	2006/1983
NORD	105430	67619	60280	59829	-0.7	-43.3
CENTRO	52423	34178	29500	28888	-2.1	-44.9
SUD	57441	44353	31143	30716	-1.4	-46.5
ISOLE	18682	14344	11867	11585	-2.4	-38.0
ITALIA	233976	160494	132790	131018	-1.3	-44.0

Per aree geografiche (Tab. 3) si hanno: nell'Italia Settentrionale 59829 IVG con un decremento dello 0.7% rispetto al 2005, nell'Italia Centrale 28888 IVG con un decremento del 2.1%, nell'Italia Meridionale 30716 IVG con un decremento dell'1.4% e nell'Italia Insulare si sono avute 11585 IVG con un decremento dell'1.3%.

Come già detto nella presentazione, pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima di 15000 aborti clandestini riguarda solo le donne italiane in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100000 casi nel 1983).

1.2 Tasso di abortività

Nel 2006, il tasso di abortività, raccomandato dall'OMS come indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9.4 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 2.1% rispetto al 2005 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 9.0 per mille, con un decremento del 2.2% rispetto all'equivalente valore per il 2005, pari a 9.2 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2006 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2006

	1983	1991	2005	2006	VARIAZIONE* %	
					2006/2005	2006/1983
NORD	16.8	10.6	9.9	9.8	-1.0	-41.7
CENTRO	19.8	12.4	11.2	10.9	-2.7	-44.9
SUD	17.3	12.1	8.8	8.8	0.0	-49.1
ISOLE	11.7	8.1	7.2	7.0	-2.8	-40.2
ITALIA	16.9	9.5	9.6	9.4	-2.1	-44.4

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali di tassi di abortività regionale.

La figura 2 presenta i valori regionali per il 2006. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2006 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Emilia Romagna e in Puglia.