

RELAZIONE

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

(Anno 2021)

(Articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194)

Presentata dal Ministro della salute

(SCHILLACI)

Comunicata alla Presidenza il 12 settembre 2023

Indice

PRESENTAZIONE	3
SISTEMA DI RACCOLTA DATI	15
ANALISI DEI DATI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2021	18
1. Andamento generale del fenomeno.....	18
1.1 Valori assoluti	19
1.2 Tasso di abortività	21
1.3 Rapporto di abortività.....	25
1.4 Contraccezione di emergenza	26
2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG	27
2.1 Classi di età	27
2.2 Stato civile	30
2.3 Titolo di studio.....	31
2.4 Occupazione	32
2.5 Residenza	33
2.6 Cittadinanza	35
2.7 Anamnesi ostetrica.....	38
2.7.1 Numero di nati vivi.....	38
2.7.2 Aborti spontanei precedenti.....	40
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	41
3. Percorso IVG	44
3.1 Documentazione e certificazione	44
3.2 Urgenza	47
3.3 Epoca gestazionale	47
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento	50
3.6 Tipo di anestesia impiegata	52
3.7 Tipo di intervento	53
3.8 Durata della degenza.....	56
3.9 Complicanze immediate dell'IVG.....	58
4. Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza	60
5. Attività dei consultori familiari a sostegno del percorso IVG	69
APPENDICE A – CARICO DI LAVORO PER GINECOLOGI NON OBIETTORI PER SINGOLO PUNTO IVG NEL 2021 ...	71
APPENDICE B – CARICO DI LAVORO DEI GINECOLOGI NON OBIETTORI PER REGIONE.....	79
TABELLE 2021	84

PRESENTAZIONE

Nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati relativi alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) effettuate in Italia nell'anno 2021 in attuazione della legge n. 194 del 22 maggio 1978, recante *Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*.

I dati presentati sono raccolti grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che è attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le Province Autonome. Il monitoraggio avviene a partire dai questionari dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento, poi raccolti e trasmessi dalle Regioni.

In questi anni, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la presente Relazione annuale al Parlamento, dare risposte a quesiti specifici e indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno consentito l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute, per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento e per valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione realizzati.

Per tale motivo il Sistema di Sorveglianza IVG è stato inserito tra i sistemi di sorveglianza a rilevanza nazionale previsti dal DPCM del 3 marzo 2017 (G.U. n. 109 del 12/05/2017).

DATI 2021

In totale nel 2021 in Italia sono state notificate 63.653 IVG. Si conferma il continuo andamento in diminuzione (-4,2% rispetto al 2020) registrato a partire dal 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto (234.801 casi) (paragrafo 1.1).

Il **tasso di abortività** (Numero di IVG per 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'IVG, conferma il trend in diminuzione: è risultato pari a 5,3 per 1.000 nel 2021 (-2,2% rispetto al 2020). Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (paragrafo 1.2).

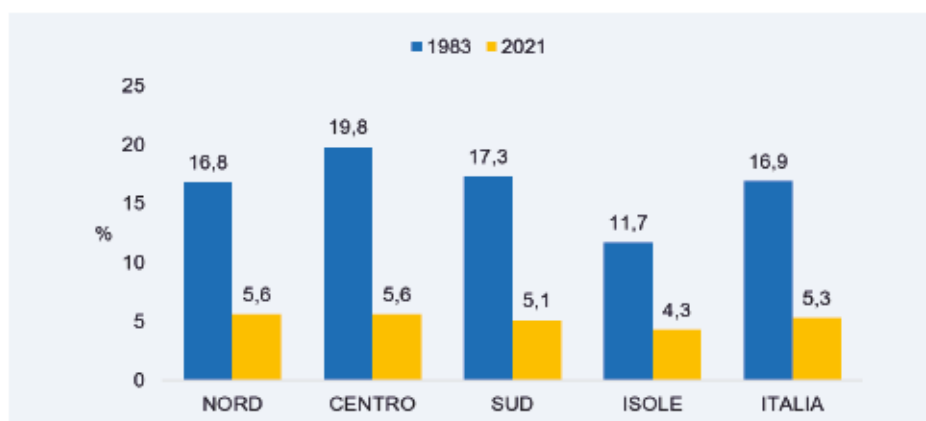
Il **rapporto di abortività** (Numero di IVG per 1.000 nati vivi) è risultato pari a 15,9 per 1.000 nel 2021 (corrispondente a 15,9 per 100 nati vivi) con una riduzione del 4,1% rispetto al 2020 (quando era pari a 165,9 IVG per 1.000 nati vivi) (paragrafo 1.3).

Figura 1 – Tassi e rapporti di abortività in Italia – anni 1978-2021



Nel 2021 il numero di IVG è diminuito in tutte le aree geografiche del Paese, maggiormente nell'Italia Centrale. Rispetto al 2020, le Regioni in cui si è osservata una maggiore riduzione sia del numero assoluto di IVG sia del tasso di abortività sono le Marche e la Toscana.

Figura 2 – Tassi di abortività per area geografica – anni 1983 e 2021

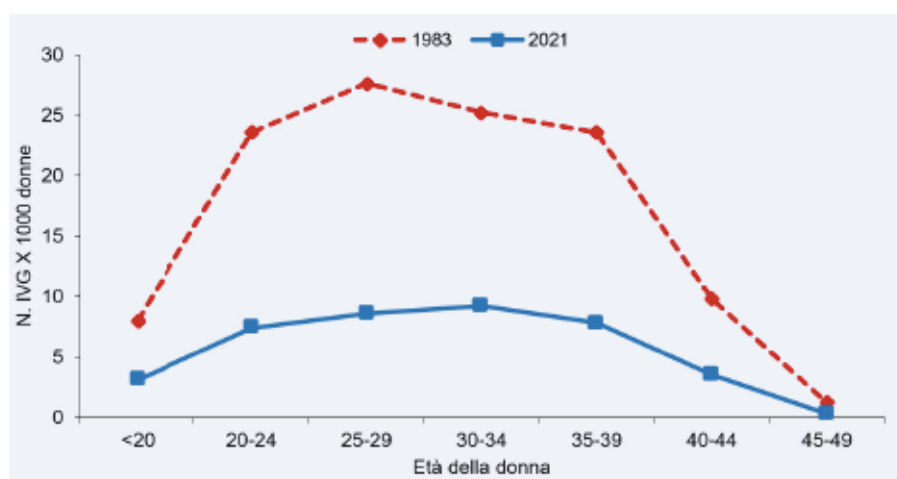


Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

IVG per classe di età: Il ricorso all'IVG nel 2021 è diminuito o stabile in tutte le classi di età rispetto al 2020, tranne che per le donne nella fascia di età <20 anni. I tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni (paragrafo 2.1).

IVG fra le minorenni: Nel 2021 le donne di età inferiore ai 18 anni che hanno effettuato una IVG sono state 1.707, pari complessivamente al 2,7% di tutti gli interventi praticati in Italia, corrispondente a un tasso di abortività del 2,1, in aumento rispetto al 1,9 del 2020 (TABELLA 2.3), pur costantemente inferiore a quello di Paesi europei con analoghi sistemi socio-sanitari (paragrafo 2.1). È il primo aumento registrato dopo una costante diminuzione dal 2011, quando era 4,5.

Figura 3 – Tassi di abortività per età – anni 1983 e 2021



IVG per stato civile: La percentuale di donne nubili che hanno effettuato IVG nel 2021, pari al 59,5%, presenta un lieve incremento rispetto al 2020 (58,0%). Questo aumento registrato negli anni è in parte ascrivibile alla diminuzione della quota di coniugate nella popolazione generale e alla maggior diminuzione del ricorso all'IVG tra le donne coniugate (paragrafo 2.2).

IVG per titolo di studio: Nel 2021, oltre l'80% delle IVG è stato effettuato da donne con licenza media superiore (45,9%) e inferiore (34,9%) (paragrafo 2.3).

IVG per stato occupazionale: Tra le donne che hanno eseguito IVG nel 2021, il 47,2% risulta occupata, in lieve aumento rispetto al 2020, quando le occupate erano il 46,5% (paragrafo 2.4).

Mobilità regionale: Nel 2021 il 93,7% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'87,0% è stato effettuato nella Provincia di residenza, valori simili al 2020 e corrispondenti ad una bassa mobilità fra le Regioni, in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del SSN. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in Regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani (paragrafo 2.5).

IVG di donne straniere: Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel 2021 le

IVG effettuate da donne straniere rappresentano il 27,1% del totale delle IVG praticate in Italia (valore inferiore al 28,5% rilevato nel 2020). Nel 2020, ultimo anno per cui si dispone del tasso di abortività delle donne straniere, il valore era pari a 12,0 per 1.000 donne, dato che mostra una tendenza alla diminuzione, ma si mantiene comunque più elevato rispetto a quello delle donne italiane (5,0 per 1.000 donne nel 2020) (paragrafo 2.6).

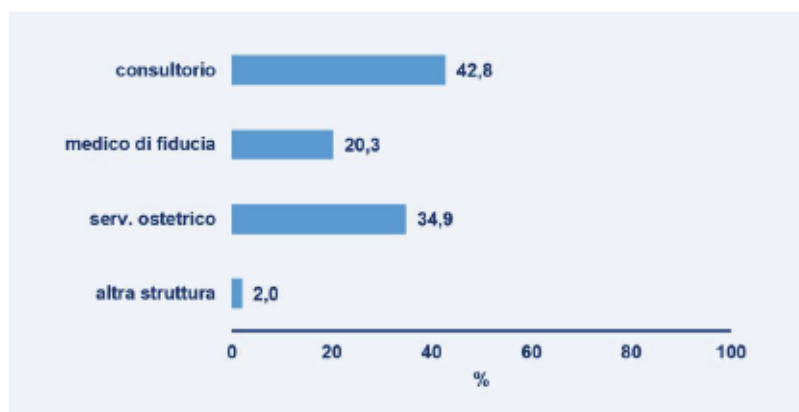
IVG per numero di nati vivi: Nel 2021 considerando i 400.249 nati secondo ISTAT, le IVG sono state il 15,9% delle nascite. Nel 2021 il 40,2% delle IVG è stato effettuato da donne senza figli, valore in aumento rispetto al 39,0% del 2020 (paragrafo 2.7.1).

IVG ripetute: La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire e, nel 2021, è risultata pari al 24,0% (24,5% nel 2020). Il dato, in costante decremento nel tempo, conferma come la tendenza al ricorso all'aborto in Italia non sia costante ma in riduzione, specie se si esclude il contributo delle donne straniere. Un andamento plausibilmente collegato al decremento delle nascite, costantemente in parallelo al decremento delle IVG, al maggiore e più efficace ricorso ai metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge n. 194/78, e alla contraccezione di emergenza. Analizzando i dati per cittadinanza, nel 2020 si conferma che la percentuale di donne che ha effettuato precedenti IVG è maggiore tra le donne straniere (33,0%) rispetto alle donne italiane (20,7%). Il confronto con altri Paesi che nelle loro statistiche rilevano il dato riferito agli aborti ripetuti mostra che tale indicatore per l'Italia rimane tra i più bassi a livello internazionale (paragrafo 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

Rilascio della certificazione: Anche per il 2021 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio della certificazione necessaria alla richiesta di IVG (42,8%), rispetto agli altri servizi. Segue per frequenza il servizio ostetrico-ginecologico dell'ospedale (34,9%) (paragrafo 3.1).

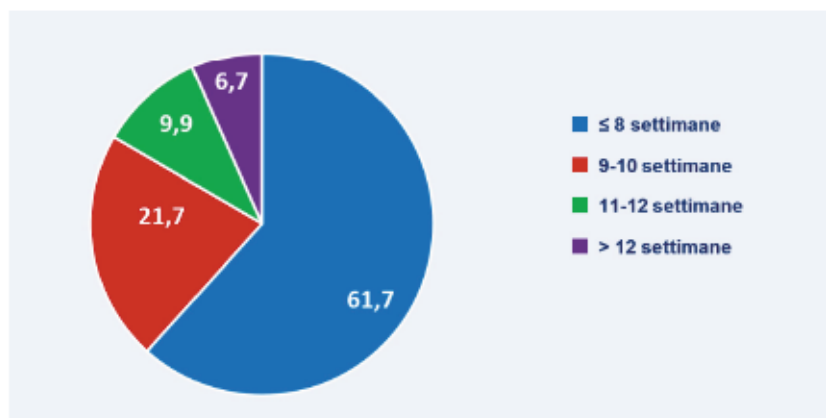
Figura 4 – Distribuzione percentuale delle IVG per luogo della certificazione – anno 2021



Procedura d'urgenza: Nel 2021 si osserva una lieve diminuzione del ricorso alla procedura d'urgenza, prevista dal comma 3 dell'articolo 5 della legge n. 194/78, che ha riguardato il 24,8% dei casi (rispetto al 25,0% del 2020). Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate in Lazio (54,4%), Piemonte (41,4%), Abruzzo (35,3%), Toscana (32,0%) ed Emilia-Romagna (29,3%) (paragrafo 3.2).

Epoca gestazionale: Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: nel 2021 il 61,7% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 56,0% del 2020), il 21,7% a 9-10 settimane, il 9,9% a 11-12 settimane e il 6,7% dopo la dodicesima settimana, dato in leggero aumento rispetto al 2020, quando era pari al 6,5% (paragrafo 3.3).

Figura 5 – Distribuzione percentuale delle IVG per settimana gestazionale – anno 2021



Tempi di attesa: I tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento, possibile indicatore di efficienza dei servizi, sono in diminuzione. La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: 78,4% nel 2021 rispetto al 74,3% nel 2020. Contemporaneamente è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane dal rilascio della certificazione (8,4% nel 2021 rispetto al 9,8% nel 2020).

Luogo dell'intervento: Nel 2021 il 91,3% degli interventi è stato eseguito negli Istituti di cura pubblici, il 4,3% nelle cliniche convenzionate autorizzate, il 4,3% negli ambulatori pubblici. Il 90,3% delle IVG è stato effettuato senza necessità di ricovero ordinario, rispetto all'88,1% del 2020.

Tipo di anestesia impiegata: Prosegue il rilevante trend in diminuzione del ricorso all'anestesia generale. Nel 2021 il 27,8% degli interventi è stato effettuato in anestesia generale, rispetto al 37,7% nel 2020 e al 44,8% del 2019. Contemporaneamente continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati senza alcuna anestesia/analgesia: 39,8% nel 2021 rispetto al 29,3% nel 2020 e al 23,9% nel 2019. Questa tendenza può essere considerata una conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico, considerando che nel 2009 solo l'1,3% degli interventi era effettuato senza alcuna anestesia/analgesia e l'88,0% con anestesia generale (paragrafo 3.6).

Tipo di intervento: Nel 2021 le IVG chirurgiche sono state il 50,7% del totale degli interventi effettuati in Italia, valore in netta diminuzione rispetto al 64,4% del 2020. L'isterosuzione ha rappresentato la modalità più utilizzata per le IVG chirurgiche (42,7% del totale degli interventi nel 2021, in netta diminuzione rispetto al 55,8% del 2020). Permane tuttavia un 8,0% di interventi eseguiti mediante raschiamento, con forte variabilità tra Regioni e un valore massimo in Sardegna (24,9%).

Continua ad aumentare il ricorso all'aborto farmacologico, in seguito anche alla circolare del 12 agosto 2020 del Ministero della Salute – Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine": nel 2021 il Mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 45,3% dei casi, rispetto al

31,9% nel 2020; 24,9% nel 2019 e al 3,3% del 2010. Il ricorso all'aborto farmacologico, tuttavia, varia molto fra le Regioni: si passa dal 19,6% delle Marche al 72,5% della Liguria e 72,0% di Basilicata e Calabria.

Per il 2021 tutte le Regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportato nel questionario Istat, che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone" (1,9%), "Mifepristone + prostaglandine" (45,3%) e "Sole prostaglandine" (1,1%), che nel suo insieme è stato pari al 48,3% del totale delle IVG (in netto aumento rispetto al 35,1% del 2020) (paragrafo 3.7).

Figura 6 – Numero IVG totali e mediante Mifepristone e prostaglandine – anni 2009-2021

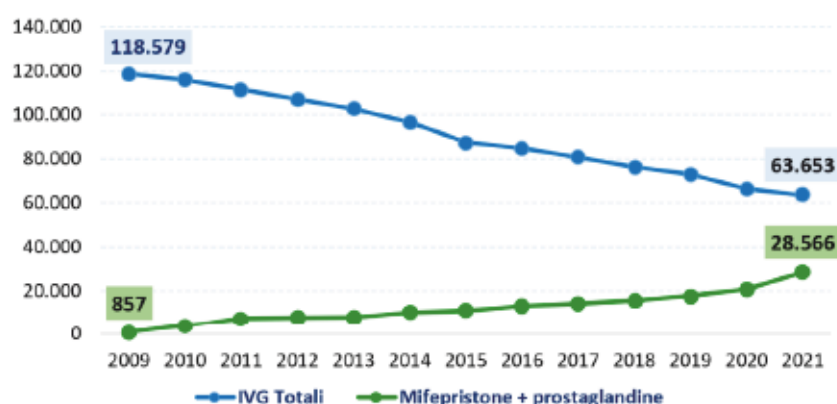
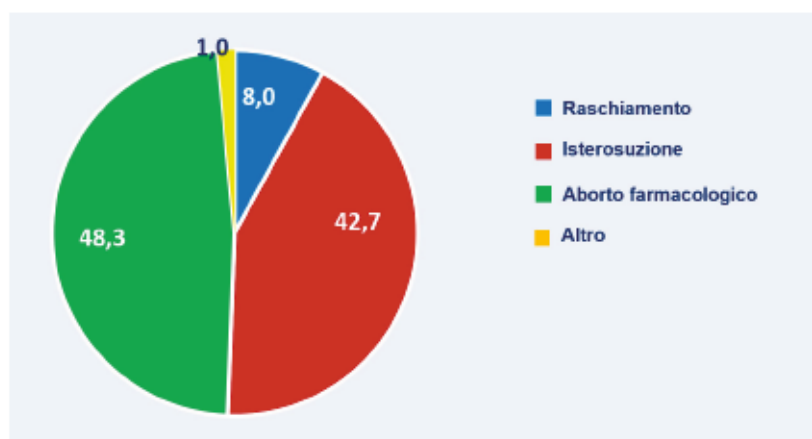


Figura 7 – Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento – anno 2021



Durata della degenza: Nel 2021 il 90,3% delle IVG (88,1% nel 2020) è stato eseguito in regime ambulatoriale senza ricovero ordinario e nel 2,5% dei casi (4,3% nel 2020) la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Si rileva una variabilità regionale presumibilmente imputabile alle modalità di ricovero in relazione ai protocolli terapeutici applicati (paragrafo 3.8).

Offerta del servizio e obiezione di coscienza

Per approfondire la valutazione dell'impatto dell'obiezione di coscienza sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, si è ritenuto opportuno continuare il monitoraggio ad hoc avviato nel 2013 attraverso il calcolo di specifici parametri. In particolare, si riporta in appendice A, il parametro 3, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, a livello di singola struttura di ricovero, al fine di offrire un quadro informativo il più dettagliato possibile riguardo l'offerta del servizio IVG nel territorio.

Parametro 1 - Percentuale di strutture ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ostetricia e/o ginecologia che effettuano IVG. Il numero totale di sedi ospedaliere con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2021, risulta pari a 562, di queste 335 (59,6%) effettuano IVG. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) la percentuale è inferiore al 30% delle strutture censite; in 8 Regioni risulta superiore al 70%.

Parametro 2 – Punti IVG (strutture ospedaliere, case di cura private autorizzate, ambulatori ospedalieri e territoriali e consultori familiari) disponibili ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni). Questo numero rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78, contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile, si contano 3,3 punti nascita e 2,8 punti IVG con un rapporto di 1,2:1., garantendo l'adeguata copertura della rete di offerta. Posto che nel 2021 si contano complessivamente 399 Punti nascita e 340 Punti IVG (v. tab. 4.2, pag. 63), alla stregua dei dati prima riportati (numero nati vivi e numero IVG), per ogni mille nascite si conta un punto nascita, mentre per ogni mille IVG si contano 5,3 punti IVG. In proporzione, esistono più punti IVG che punti nascita.

I nati vivi in Italia nel 2021 sono stati 400.249 (fonte ISTAT); nello stesso anno le IVG sono state 63.653, con un rapporto di 6,3:1. Cioè a fronte di 10 aborti si contano 63 nascite.

Parametro 3 – Numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore. La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2021 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore continua a diminuire rispetto agli anni precedenti: l'appendice A alla relazione riporta questo parametro per ciascun punto IVG del territorio.

Infatti, considerando 44 settimane lavorative all'anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore è pari a 0,9 IVG a settimana a livello nazionale, con un minimo in Valle d'Aosta, con una media settimanale di 0,3 IVG, e con un massimo in Molise, con una media settimanale di 2,8 IVG. Il dato nazionale è in costante diminuzione negli anni: erano 3,13 le IVG settimanali medie per ogni ginecologo non obiettore nel 1983; 2,49 nel 1992 e 1,68 nel 2011.

Il calo continuo del carico di lavoro per ogni ginecologo non obiettore è dovuto al fatto che mentre le IVG sono costantemente diminuite negli anni, il numero dei non obiettori è restato mediamente stabile, con oscillazioni nei primi anni di applicazione della legge ed una tendenza in crescita negli ultimi anni: in particolare, fra il 2014 e il 2021, mentre le IVG sono diminuite del 34%, da 96.578 a 63.653, i non obiettori sono aumentati del 14%, da 1408 a 1599 nel 2021. Di conseguenza è diminuito il carico di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore.

I ginecologici non obiettori ma non assegnati al servizio IVG, cioè personale che non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza, erano il 15% nel 2018, ultimo anno in cui tale dato è stato rilevato. La tendenza registrata era in aumento rispetto agli anni precedenti:

erano il 9,8% nel 2017, 6,6% nel 2016. La rilevazione di questo dato sarà ripresa per il monitoraggio annuale.

CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA

Con la determina AIFA n.998 dell'8 ottobre 2020, è stato eliminato l'obbligo di prescrizione per l'Ulipristal acetato (ellaOne) anche per le minorenni; per le maggiorenni il medesimo obbligo era stato eliminato con analogo determina nell'aprile 2015. L'analisi dei dati mostra un progressivo aumento della distribuzione dal 2015 al 2018, una stabilizzazione fino al 2020, e un successivo importante aumento fino al 2022: ogni incremento si è verificato in corrispondenza delle determine AIFA.

In particolare, la distribuzione di Ulipristal acetato (ellaOne) è passata da 266.381 confezioni, nel 2020, a 331.982 nel 2021, corrispondente a un aumento del 25%.

Meno consistenti le variazioni riguardo al Norlevo, che diminuisce fra il 2020 e il 2021, ma in modo contenuto: da 289.503 confezioni a 284.376 confezioni.

La mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo della contraccezione di emergenza nelle diverse fasce di età, e neppure l'eventuale uso ripetuto all'interno di tali fasce. È necessario porre particolare attenzione a questo fenomeno per evitare i rischi sanitari connessi ad un uso inappropriato di tali farmaci, specie fra le minori.

Consultori familiari

L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nell'anno 2021 è stata effettuata attraverso un monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare counselling per l'IVG e di rilasciare certificati nel 2021 corrispondono al 68,4% del totale dei consultori familiari. Sono state richieste, come negli anni precedenti, le seguenti informazioni: numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla legge n. 194/78, il numero di documenti/certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute) (Capitolo 5).

La positiva azione di supporto alla donna *“a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza”* (art. 5, L.194/78) emerge, come negli anni passati, dal numero di colloqui IVG che è superiore al numero di certificati rilasciati (46.194 colloqui vs. 31.065 certificati).

PROGETTO CCM - AZIONI CENTRALI - PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI, DELLE PROCEDURE DELL'IVG E DELLA DIVULGAZIONE DELLE INFORMAZIONI

Con l'obiettivo di rafforzare la rete dei referenti del sistema di sorveglianza, migliorare la qualità del dato e affrontare le criticità emerse dalla sorveglianza epidemiologica, il Ministero della Salute, nell'ambito del programma CCM 2022, ha approvato quale Azione Centrale il progetto: "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza" affidandone il coordinamento scientifico all'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con ISTAT, AIFA, le Società Scientifiche di settore, il Tavolo "Immigrazione e Salute" e le Regioni e Province Autonome. Il progetto, della durata di due anni, rientra tra le attività di ricerca promosse dal sistema di sorveglianza ISS-Regioni e include obiettivi relativi ad aspetti organizzativi e assistenziali del percorso IVG emersi come critici e suscettibili di miglioramento. Gli aspetti presi in esame dal progetto includono: 1) il miglioramento della qualità dei dati; 2) il miglioramento dell'appropriatezza delle procedure relative al percorso IVG; 3) la divulgazione delle informazioni sull'IVG ai cittadini.

1. Miglioramento della qualità dei dati

1.1 Con l'obiettivo di migliorare tempestività, completezza e qualità dei dati trasmessi dalle Regioni all'ISTAT, all'ISS e al Ministero della Salute attraverso la piattaforma GINO++, il progetto prevede la predisposizione di istruzioni operative per la codifica delle IVG chirurgiche e farmacologiche nei flussi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), della specialistica ambulatoriale (SPA) e delle IVG e l'organizzazione di workshop formativi, da realizzare in presenza o a distanza, in tutte le Regioni e P.A. per coinvolgere i referenti regionali responsabili della trasmissione dei dati dal territorio al livello centrale. Gli obiettivi dei workshop includono:

- la condivisione delle tecniche utilizzate centralmente per il controllo di qualità dei dati, l'analisi delle principali criticità rilevate dal sistema di sorveglianza nelle singole Regioni/P.A. e la condivisione di un cronoprogramma delle attività che faciliti il rispetto dei tempi per la trasmissione dei dati;
- la condivisione di un format comune per permettere alle Regioni di predisporre un rapporto annuale sui dati IVG da restituire ai professionisti e alle organizzazioni sanitarie;
- la promozione di una riunione annuale per discutere i dati in ciascuna Regione con l'obiettivo di facilitare la restituzione delle informazioni ai professionisti sanitari che le raccolgono e, conseguentemente, migliorare la qualità del dato.

1.2 Con l'obiettivo di approfondire i determinanti del trend in continua diminuzione delle IVG in Italia, il progetto prevede di studiare la possibile correlazione tra la prevalenza d'uso della contraccezione, compresa quella d'emergenza, e l'andamento degli esiti riproduttivi (nascite, aborti spontanei e IVG) nel tempo. Lo studio ecologico sarà eseguito in collaborazione con AIFA e ISTAT che detengono, rispettivamente, i dati delle vendite dei contraccettivi orali e i dati su natalità e abortività spontanea nel Paese.

1.3 Con l'obiettivo di aggiornare l'ultima stima dell'abortività clandestina effettuata nel 2016, il progetto prevede l'utilizzo di modelli matematici che, grazie all'impiego di informazioni aggiornate della struttura della popolazione italiana e straniera in età fertile, delle tendenze della fecondità e del ricorso alla contraccezione, facilitano la stima del fenomeno.

2. Miglioramento dell'appropriatezza delle procedure relative al percorso IVG

Con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dell'esecuzione delle IVG chirurgiche, il progetto prevede di identificare le Regioni e i singoli servizi che utilizzano la tecnica del raschiamento in percentuale maggiore del 15% per promuovere, tramite interventi di audit & feedback, la sua sostituzione con la tecnica dell'isterosuzione meno rischiosa per la salute delle donne. In base ai dati 2021 della sorveglianza, a livello nazionale l'8,0% delle IVG è stato eseguito mediante la tecnica chirurgica del raschiamento. Il dato presenta una forte variabilità tra Regioni, con valori molto alti in Sardegna (24,9%) e in singoli punti IVG di diverse Regioni del Nord, Centro e Sud del Paese, a fronte di valori <5% in Piemonte, nella P.A. di Trento, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Basilicata.

3. Divulgazione delle informazioni sull'IVG

3.1 Con l'obiettivo di migliorare l'accesso dei cittadini a informazioni relative alla contraccezione e all'IVG attraverso un sito istituzionale, il progetto prevede di aggiornare la pagina web del sito del Ministero della Salute al fine di descrivere, con un linguaggio divulgativo, le informazioni sull'andamento del fenomeno e fornire una mappa dei punti IVG nelle Regioni e PA.

3.2 Con l'obiettivo di facilitare la divulgazione delle informazioni alle cittadine straniere il progetto prevede il coinvolgimento del Tavolo "Immigrazione e Salute" composto da associazioni e organizzazioni della società civile e scientifica di rilevanza nazionale, con competenze ed esperienze specifiche in materia di salute dei migranti maturate in attività pluriennali.

CONCLUSIONI

- ✓ In Italia il ricorso all'IVG è, complessivamente, in continua e progressiva diminuzione dal 1983; il nostro Paese ha un tasso di abortività fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali.
- ✓ La riduzione complessiva del ricorso all'IVG in Italia è confermata dalla costante tendenza in diminuzione della percentuale di aborti ripetuti, anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente sia con il parallelo calo delle nascite, che con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge n. 194/78, che con la maggiore diffusione della contraccezione di emergenza.
- ✓ Nonostante la diminuzione delle IVG nelle donne straniere, si conferma il loro maggior rischio di abortività volontaria rispetto alle donne italiane. Pertanto si conferma la necessità di promuovere l'accesso ai servizi sanitari per favorire scelte contraccettive informate e consapevoli per la prevenzione delle gravidanze indesiderate.
- ✓ Per la prima volta dal 2011 si registra un aumento del tasso di abortività delle minorenni, dopo una costante diminuzione. Un dato che è il risultato del contemporaneo aumento delle IVG delle minori italiane e della diminuzione delle IVG delle minori straniere. Dal 2020 al 2021 la distribuzione della contraccezione di emergenza è aumentata del 25% in riferimento all'Ulipistral acetato (ellaOne), mentre una leggera diminuzione si registra per il Levonorgestrel (Norlevo). Con determina AIFA n. 998 dell'8 ottobre 2020 è stato eliminato l'obbligo di prescrizione per ellaOne anche per le minorenni. La mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo della contraccezione di emergenza nelle diverse fasce di età, e neppure l'eventuale uso ripetuto all'interno di tali fasce. Per tali farmaci è indispensabile una corretta informazione per evitare un uso inappropriato.
- ✓ I tempi di attesa per l'intervento risultano in diminuzione, pur persistendo una variabilità fra le Regioni. Si registra un aumento delle IVG entro le prime 8 settimane di gestazione, verosimilmente a seguito dell'aumentato uso della tecnica farmacologica in epoca gestazionale precoce.
- ✓ La mobilità fra le Regioni e Province Autonome continua ad essere contenuta: 93,7% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'87,0% è stato effettuato nella Provincia di residenza. Tanto a riprova del fatto che non si pongono problemi di fruizione del servizio e che su essa non incide il diritto d'obiezione di coscienza.
- ✓ Nel 2021, l'aborto farmacologico mediante mifepristone + prostaglandine è stato il metodo più utilizzato (48,3%), seguito da isterosuzione (42,7%) e raschiamento (8%), in seguito anche alla circolare del 12 agosto 2020 del Ministero della Salute – Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine". La tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che necessita di un approfondimento, anche attraverso confronti interregionali, per identificare le criticità e uniformare i protocolli terapeutici alla luce delle buone pratiche, con l'obiettivo di assicurare un'offerta assistenziale e organizzativa di qualità.
- ✓ Riguardo all'offerta del servizio IVG, considerando sia il numero assoluto delle strutture in cui si effettuano le IVG che quello riferito alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.
- ✓ I dati sull'obiezione di coscienza mostrano un continuo calo del numero di IVG medie settimanali a carico dei ginecologi non obiettori, a livello nazionale – 0,9 IVG settimanali -

con poche variabilità a livello regionale. Il dettaglio del carico di lavoro per ciascun punto IVG all'interno delle singole regioni, riportato in appendice, consente di verificare puntualmente l'offerta sul territorio. L'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembra evidenziare particolari criticità nei servizi di IVG, a livello regionale o di singole strutture. Alla luce di tali dati, eventuali problematiche nell'offerta del servizio IVG potrebbero essere riconducibili all'organizzazione del servizio stesso, e non alla numerosità del personale obiettore. Il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie, promuovendo scelte consapevoli, anche per quanto riguarda il percorso IVG.

Orazio Schillaci

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Il Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontaria di Gravidanza, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute, l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome, è stato avviato nel 1980, un anno e mezzo dopo l'approvazione della legge n. 194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza. Per oltre 40 anni il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario nel Paese, di fornire i dati e la loro analisi per la relazione che il Ministro della Salute presenta annualmente al Parlamento, come previsto dall'articolo 16 della legge. Il monitoraggio e l'analisi dei dati ha inoltre reso disponibili indicazioni per migliorare l'organizzazione del percorso IVG e promuovere attività di ricerca. Le conoscenze acquisite hanno facilitato l'elaborazione di strategie e modelli operativi per promuovere la prevenzione dell'aborto e migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi socio-sanitari coinvolti nel percorso IVG. Grazie alla sua importanza in termini di salute pubblica e alla consolidata robustezza metodologica, il Sistema di Sorveglianza è stato incluso tra quelli di rilevanza nazionale previsti dal DPCM del 2017 (G.U. 109 del 12/05/2017).

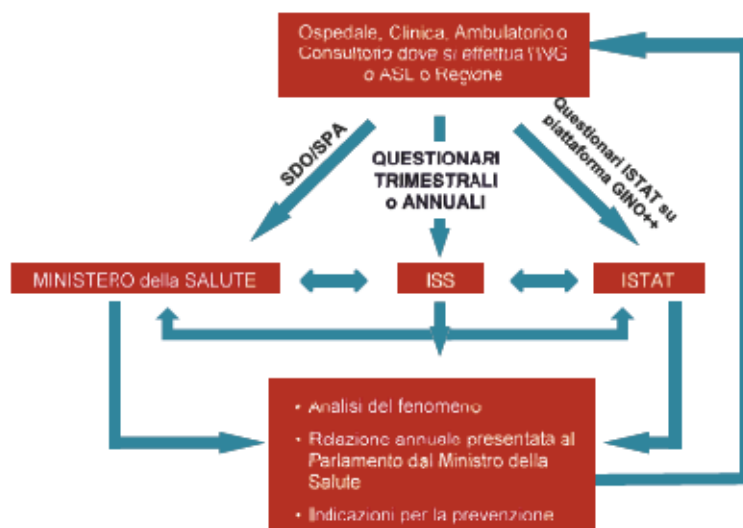
Attraverso il questionario dell'Istat, compilato per ciascuna IVG eseguita nelle strutture autorizzate, vengono raccolte informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, su quelli che effettuano l'intervento e sulle sue modalità di esecuzione. Dal 2018, l'Istat ha modificato le modalità di acquisizione dei dati delle indagini sulla salute riproduttiva (compresa quella sulle IVG) grazie alla predisposizione di un'unica piattaforma web, denominata GINO++, che permette di raccogliere i dati individuali e svolgere le diverse attività di monitoraggio del flusso.

L'ISS e il Ministero della Salute hanno accesso alla piattaforma GINO++ per scaricare i dati aggregati dei questionari trimestrali e il questionario riepilogativo annuale (predisposti dall'ISS e dal Ministero) in cui vengono riportate le distribuzioni delle modalità di ogni variabile rilevata. A livello centrale l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati in costante contatto con le Regioni e successivamente, in collaborazione con l'Istat, procede all'elaborazione delle tabelle che presentano le distribuzioni per Regione e per l'Italia.

Grazie alle funzionalità della piattaforma GINO ++, le Regioni, le Asl e le strutture possono, in un unico ambiente, registrare o caricare i dati, aggiornare la lista delle strutture e le relative informazioni anagrafiche, ed effettuare il monitoraggio dei dati caricati. Il passaggio dai vecchi sistemi a questa piattaforma web è avvenuto in maniera graduale e nel 2021 il processo è stato ultimato con successo.

Per le Regioni è possibile scaricare da GINO++ il questionario trimestrale dell'ISS già elaborato a partire dai dati individuali precedentemente inseriti. Le Regioni sono invitate a controllare il questionario trimestrale per verificare la qualità dei dati registrati e per avere un quadro del fenomeno a livello locale. A seguire l'ISS procede con ulteriori verifiche di congruità prima di predisporre le tabelle per la Relazione al Parlamento del Ministro della Salute (Figura 8).

Figura 8 – Flusso dei dati del Sistema di Sorveglianza dell'IVG in Italia dal 2020



Con l'introduzione delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine" aggiornate, per le quali il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso parere favorevole nella seduta straordinaria del 4 agosto 2020, si rende necessario rilevare anche le procedure di interruzione volontaria di gravidanza con l'utilizzo di farmaci effettuate presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalla Regione, nonché consultori. A tal fine il sistema GINO++ è stato adeguato per l'inserimento di tali strutture tramite una scheda anagrafica dettagliata che riporta anche l'ospedale funzionalmente collegato. La collaborazione delle Regioni e Province Autonome è altresì fondamentale per l'individuazione delle stesse e per il loro inserimento nella piattaforma GINO++: solo in questo caso è possibile effettuare il monitoraggio delle IVG con mifepristone e prostaglandine secondo le recenti linee di indirizzo.

A seguito della pandemia da SARS-CoV-2, la raccolta e il controllo dei dati 2020 si sono protratti fino a novembre 2021 con ricadute sulla raccolta, trasmissione e analisi dei dati 2021. Nonostante la proporzione di dati mancanti sia risultata inferiore rispetto al 2020, permangono alcune criticità relative alla completezza delle informazioni nei dati registrati dalle Regioni su GINO++. In particolare, si segnala la necessità di effettuare anche per il 2021 integrazioni con il dato proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per 350 IVG trasmesse con dati incompleti dalle Regioni Calabria (138), Piemonte (121), Sicilia (33), Emilia-Romagna (31), Basilicata (12), Sardegna (9) e Abruzzo (6). Questi dati sono stati inseriti nella colonna che riporta il dato "non rilevato" delle tabelle della Relazione, in quanto non si possiede alcuna informazione oltre alla numerosità e al luogo dove è avvenuta l'IVG. Nonostante si tratti di soli 350 casi, questa criticità può limitare le possibilità di approfondimento e interpretazione dei dati a causa delle possibili distorsioni che le proporzioni elevate di informazioni mancanti potrebbero introdurre nelle analisi. Con l'obiettivo di migliorare la qualità del dato, il nuovo progetto CCM (paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali – per il miglioramento della qualità dei dati, delle procedure dell'IVG e della divulgazione delle informazioni") prevede l'organizzazione di *workshop* in tutte le Regioni e P.A. per condividere con i referenti regionali della sorveglianza le tecniche utilizzate centralmente per

il controllo di qualità dei dati e per analizzare nel dettaglio le principali criticità rilevate nelle singole Regioni/P.A.

Tutte le Regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) sono sollecitate ad adottare misure idonee per mantenere immutata l'eccellenza della qualità del Sistema italiano di Sorveglianza epidemiologica delle IVG che risulta tra i migliori in Europa per completezza e tempestività del dato.

A tal fine ISS, Ministero della Salute e Istat sono sempre a disposizione per sostenere gli uffici regionali e migliorare la raccolta e la qualità del dato. L'articolo 16 della legge n. 194/78 afferma che *"Le Regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla Relazione del Ministro della salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro"*. Tuttavia, come già indicato in precedenti relazioni, le Regioni denunciano l'impossibilità di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio dell'anno successivo). Si conferma dunque l'impossibilità del rispetto di tale scadenza a causa della complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo nazionale e si propongono azioni di miglioramento attraverso l'implementazione del progetto CCM-Azioni centrali precedentemente citato (paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali").

ANALISI DEI DATI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2021

La Relazione del 2021 ha risentito del ritardo nella raccolta e trasmissione dei dati da parte delle Regioni/P.A. a causa delle difficoltà registrate durante la pandemia da SARS-CoV-2 e a causa dei controlli aggiuntivi effettuati centralmente per integrare i dati mancanti con stime curate dall'ISS e dall'ISTAT in diverse Regioni. I dati incompleti che hanno richiesto una integrazione con il dato proveniente dalle SDO, nel 2021 hanno riguardato 350 IVG segnalate rispettivamente da Calabria (138), Piemonte (121), Sicilia (33), Emilia-Romagna (31), Basilicata (12), Sardegna (9) e Abruzzo (6). Questi dati integrati nelle tabelle della relazione sono inseriti nella colonna che riporta il dato "non rilevato" aumentando di fatto la percentuale dei dati mancanti per tutte le variabili. Va segnalato che nel 2021 la quota di dati mancanti si è ridotta rispetto agli anni precedenti, migliorando notevolmente la qualità del dato.

1. Andamento generale del fenomeno

In totale, nel 2021 sono state notificate 63.653 IVG (Tabella 1) pari a una riduzione del 72,9% rispetto al numero assoluto di interventi effettuati nel 1982, anno di massima incidenza del fenomeno in cui ne furono notificati 234.801 (Tabella 30). Rispetto al 2020, il numero assoluto si è ridotto del 4,2%, confermando il quarantennale trend in diminuzione (Tabella 4). Il decremento ha riguardato l'intero territorio nazionale, con diminuzione maggiore al Centro (-9,1%) rispetto al Nord (-2,5%), Sud (-3,1%) e Isole (-3,3%).

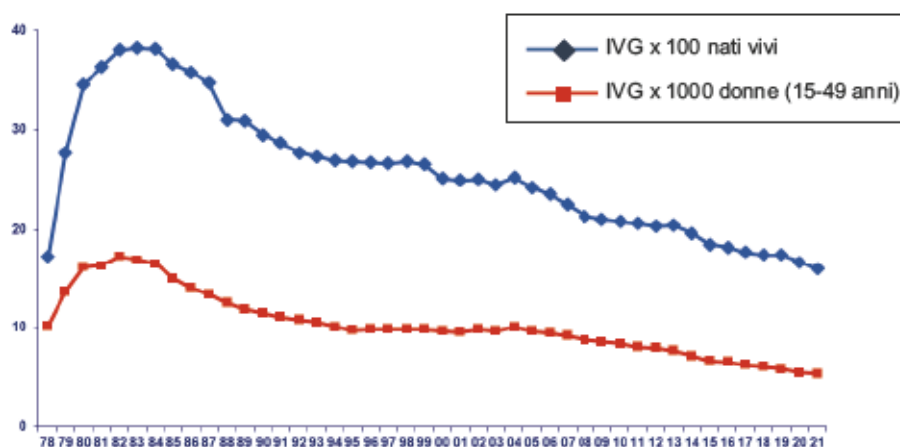
I due indicatori utilizzati a livello internazionale per descrivere il fenomeno dell'abortività volontaria sono il tasso e il rapporto di abortività.

Il tasso di abortività, corrispondente al numero di IVG ogni 1.000 donne di età 15-49 anni, nel 2021 è pari a 5,3 per 1.000 rispetto a 5,4 del 2020 (Tabella 2), con una riduzione percentuale del 2,2% (calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali). Rispetto al 1982, anno di massima incidenza del fenomeno, la riduzione del tasso è stata pari al 69,1%.

Il rapporto di abortività, dato dal numero di IVG ogni 1.000 nati vivi, nel 2021 è pari a 159,0 per 1.000 rispetto a 165,9 del 2020 (Tabella 2), con una riduzione percentuale del 4,1%. Rispetto al 1982, anno di massima incidenza del fenomeno, la riduzione del rapporto è stata pari al 58,2%.

La Figura 9 descrive l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività (riportati a 100 nati vivi invece che 1.000 per permetterne l'inserimento nello stesso grafico) dal 1978 al 2021.

Figura 9 – Tassi e Rapporti di abortività – anni 1978-2021



Le Tabelle 30, 31 e 32 descrivono l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento a partire dall'anno 1982.

1.1 Valori assoluti

Nel 2021 si è registrato un decremento complessivo del 4,2% del numero di IVG rispetto al 2020 (Tabella 4). Le cittadine straniere (Tabella 12) hanno effettuato poco meno di un terzo del totale degli interventi (27,1%), con una riduzione dell'8,7% rispetto al 2020 mentre il decremento rilevato tra le italiane è stato pari al 2,3%. I valori assoluti utilizzati per le stime includono la ridistribuzione dei casi per i quali l'informazione relativa alla cittadinanza non era nota. Nel 2021 il numero di IVG notificate nel Nord Italia è stato pari a 30259 con un decremento del 2,5% rispetto al 2020; nel Centro 13.193 IVG (-9,1%); nel Sud 14.488 (-3,1%); e nelle Isole 5.713 (-3,3%) (Tabella 4).

Nella Tabella 1.1 è riportato l'andamento dei valori assoluti di IVG, per area geografica, dal 1983 al 2021.

Tabella 1.1. N° IVG per area geografica – anni 1983-2021

	1983	1991	2014	2015	2016	2019	2020	2021	VARIAZIONE %	
									2021/2020	2021/1983
NORD	105.43	67.619	43.916	39.728	39.170	34.217	31.025	30.259	-2,5	-71,3
CENTRO	52.423	34.178	20.259	18.770	17.863	15.288	14.518	13.193	-9,1	-74,8
SUD	57.441	44.353	23.564	20.746	19.835	16.833	14.959	14.488	-3,1	-74,8
ISOLE	18.682	14.344	8.829	8.395	8.058	6.869	5.911	5.713	-3,3	-69,4
ITALIA	233.976	160.494	96.578	87.639	84.926	73.207	66.413	63.653	-4,2	-72,8

La riduzione complessiva del numero assoluto di IVG tra il 1983 e il 2021 è stata pari al 72,8%, un risultato importante riconducibile a diversi fattori: il parallelo calo delle nascite; il crescente accesso alla contraccezione ad alta efficacia rilevato nel tempo; il ricorso sempre maggiore alla

contraccezione di emergenza. Interessante notare come negli ultimi anni il numero assoluto di IVG tra le donne straniere, nonostante il tasso di abortività si mantenga oltre due volte quello delle italiane, abbia registrato una riduzione crescente che dal 2020 al 2021 è stata maggiore di quella rilevata tra le italiane.

Il più recente riferimento nazionale sull'uso della contraccezione in Italia risale agli anni 2013-15 quando l'Istat ha realizzato l'indagine su *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* curando un'analisi generazionale del fenomeno IVG in funzione del contesto socio-demografico della popolazione. In Italia il tasso di prevalenza d'uso di qualunque metodo contraccettivo è risultato analogo a quello dei Paesi dell'Europa del Sud e della Germania, e l'indicatore sull'uso di metodi moderni ci colloca nella parte bassa della graduatoria europea, a causa della persistente diffusione di metodi tradizionali come il coito interrotto. A parità di altre caratteristiche, il titolo di studio, il territorio e la cittadinanza delle donne sono le variabili associate al mancato ricorso alla contraccezione. Viene segnalato un aumento dell'uso di metodi moderni (soprattutto pillola e preservativo) che potrebbe aver contribuito a ridurre le gravidanze indesiderate¹.

Nell'ambito della Sorveglianza HBSC - Health Behaviour in School-aged Children, coordinata dall'ISS e dalle Università di Padova, Siena e Torino, un campione di ragazzi di 15 anni di età nel 2018 ha risposto a domande relative all'uso della contraccezione². Tra gli intervistati che avevano già avuto un rapporto sessuale completo, circa il 70% ha dichiarato di utilizzare il preservativo, il 44,3% il coito interrotto e l'11,3% la pillola anticoncezionale.

Lo Studio Nazionale Fertilità³, promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS nel 2017-2018, ha intervistato un campione rappresentativo a livello nazionale di oltre 16.000 studenti di 16-17 anni e un campione opportunistico di quasi 14.000 giovani universitari. Rispetto all'indagine ISS del 2000⁴ è rimasta stabile la quota del 10% di adolescenti che ha riferito di non utilizzare alcun contraccettivo mentre è salita al 77% la percentuale di quelli che hanno riferito di utilizzare il profilattico. Il 95% degli studenti universitari ha dichiarato di usare metodi anticoncezionali in occasione dei rapporti sessuali, più spesso metodi efficaci come profilattico (71,2%) e pillola (45,8%), anche se il 24% degli intervistati ha dichiarato di ricorrere al coito interrotto.

Negli ultimi anni la crescente riduzione delle IVG potrebbe essere stata in parte sostenuta anche dall'aumento delle vendite della contraccezione di emergenza a seguito delle determinazioni AIFA che hanno eliminato l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne) sia per le maggiorenni nel 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) che per le minorenni nel 2020 (G.U. n. 251 del 10 ottobre 2020) e del Levonogestrel (Norlevo) per le maggiorenni nel 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016).

Il progetto CCM (cfr. paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali") presenta, tra gli altri obiettivi, anche quello di studiare la possibile correlazione tra la prevalenza d'uso della contraccezione, compresa quella d'emergenza, e l'andamento degli esiti riproduttivi (nascite, aborti spontanei e IVG) nel tempo.

¹ Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge n. 194/78). Dati definitivi 2016. Allegato: elaborazione Istat "verso i 40 anni dalla legge sull'aborto ..."*.

² Borraccino A, Lo Moro G, Dalmaso P, et al. "Sexual behaviour in 15-year-old adolescents: insights into the role of family, peer, teacher, and classmate support." *Ann. Ist Super Sanita* 2020; 56 (4): 522-530.

³ Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S (Ed). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35).*

⁴ Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo M. *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Roma. Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 00/7).*

Nel 1983 è stata realizzata la prima stima dell'abortività clandestina in Italia, risultata pari a 100.000 aborti. Nel 2012 una nuova stima riportava tra 12.000 e 15.000 aborti clandestini per le donne italiane e 3.000-5.000 per le donne straniere. Il modello matematico utilizzato teneva conto dei limiti legati alle modifiche della composizione della popolazione nel Paese (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e dei cambiamenti relativi ai comportamenti riproduttivi (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzata e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi). Nel 2016 l'Istat, in collaborazione con l'ISS, ha effettuato una nuova stima del fenomeno tramite un modello matematico che ha utilizzato informazioni più aggiornate relative alla struttura della popolazione in età fertile, alle tendenze della fecondità e al ricorso alla contraccezione considerando anche l'impatto del maggiore utilizzo della contraccezione d'emergenza che nel 2015 e 2016 aveva subito un incremento delle vendite a seguito delle disposizioni dell'AIFA che ne permettevano l'acquisto senza ricetta medica per le donne maggiorenni. La nuova stima si attestava su 10.000-13.000 aborti clandestini.

Un dato a sostegno della contenuta prevalenza degli aborti clandestini negli anni presi in esame dalle stime matematiche viene dalle analisi dell'andamento degli aborti spontanei e delle complicanze associabili a casi di sospetti aborti clandestini risultanti dalle SDO. Una descrizione dettagliata di questi aspetti è disponibile nella relazione del Ministro della Salute pubblicata nel 2018 e relativa ai dati dell'anno 2016⁵.

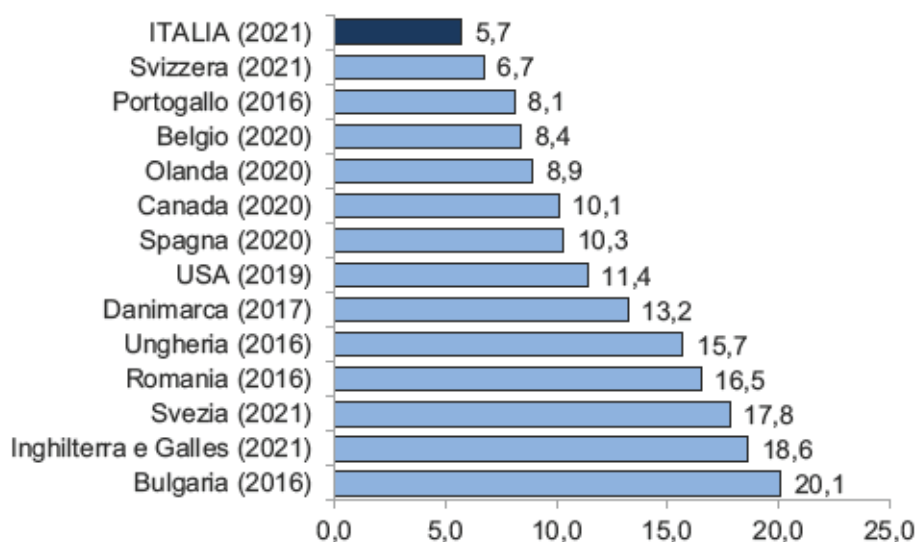
Con l'obiettivo di aggiornare l'ultima stima dell'abortività clandestina effettuata nel 2016, il progetto CCM (cfr. paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali") prevede l'applicazione di modelli che utilizzano informazioni aggiornate della struttura della popolazione italiana e straniera in età fertile, delle tendenze della fecondità e del ricorso alla contraccezione.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2021 il tasso di abortività, adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per descrivere il ricorso all'IVG a livello internazionale, è stato pari a 5,3 IVG per 1.000 donne in età 15-49 anni (Tabella 1). Poiché il tasso di abortività utilizza come denominatore le donne 15-49 anni residenti in Italia, si è proceduto ad escludere dal numeratore le 791 IVG relative alle donne non residenti nel Paese (Tabella 11) e a ridistribuire le IVG per le quali la residenza della donna risultava non nota, con l'obiettivo di stimare il tasso di abortività effettivo che nel 2021 è stato pari a 5,2 IVG per 1.000 donne in età riproduttiva residenti in Italia, inferiore rispetto alla stessa stima effettuata nel 2020 (5,3 per 1.000).

Per i confronti a livello internazionale il tasso italiano è stato stimato per la popolazione di donne di età 15-44 anni invece che 15-49 anni, in analogia con gli altri Paesi ad avanzato sviluppo economico. Il tasso italiano stimato per il 2021 adottando questo correttivo è stato pari a 5,7 per 1.000, il più basso tra tutti i Paesi a confronto riportati nella Figura 10.

⁵ Ministero della Salute. Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge n. 194/78). Dati definitivi 2016. Allegato: elaborazione Istat "verso i 40 anni dalla legge sull'aborto"

Figura 10 - Tassi di abortività per 1.000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi – anni 2016-2021**Fonti:**

Svizzera: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute.gnpdetail.2022-0196.html>

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html>

Portogallo: *Statistiques nationales*

Belgio: <https://abort-report.eu/belgium>

Olanda: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/documenten/rapporten/2021/11/30/jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap-wafz>

https://www.destatis.de/EN/Press/2022/04/PE22_154_233.html

Canada: <https://www.arcc-cdac.ca>

Spagna: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#datos>

USA: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7009a1.htm>

Danimarca: <https://abort-report.eu/denmark/#ar3>

Ungheria: <https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/>

Romania: <https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html>;

Svezia: https://sdb.socialstyrelsen.se/fj_abo/va_eng.aspx

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/aborter/>

Inghilterra e Galles: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2021/abortion-statistics-england-and-wales-2021>

Bulgaria: <https://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/>;

Nella Tabella 1.2 è riportato l'andamento dei tassi di abortività, per area geografica, per alcuni anni compresi tra il 1983 e il 2021.

Tabella 1.2. Tassi di abortività per area geografica – anni 1983-2021

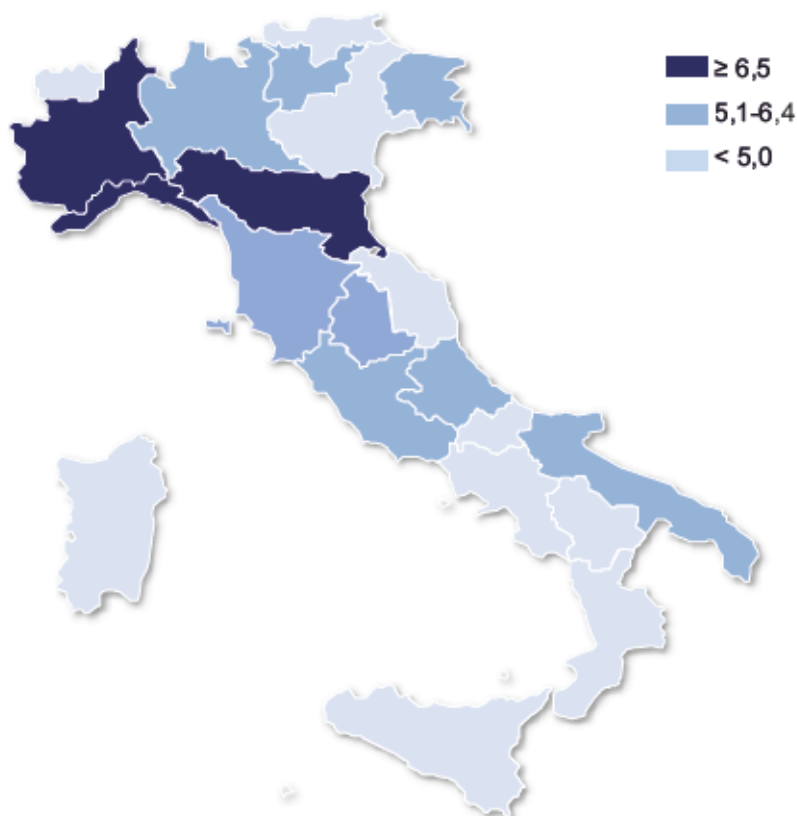
	1983	1991	2014	2015	2018	2019	2020	2021	VARIAZIONE* %	
									2021/2020	2021/1983
NORD	16,8	10,6	7,3	6,7	6,3	6,1	5,6	5,6	-1,1	-66,8
CENTRO	19,8	12,4	7,6	7,1	6,4	6,2	6,0	5,6	-7,6	-71,8
SUD	17,3	12,1	7,1	6,4	5,6	5,5	5,1	5,1	-0,2	-70,7
ISOLE	11,7	8,1	5,7	5,5	4,9	4,8	4,3	4,3	-0,2	-63,1
ITALIA	16,9	11,0	7,1	6,6	6,0	5,8	5,4	5,3	-2,2	-68,5

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

La Tabella 2 descrive i tassi di abortività a livello nazionale e regionale (considerando la Regione di intervento) e le variazioni percentuali rilevate negli ultimi due anni.

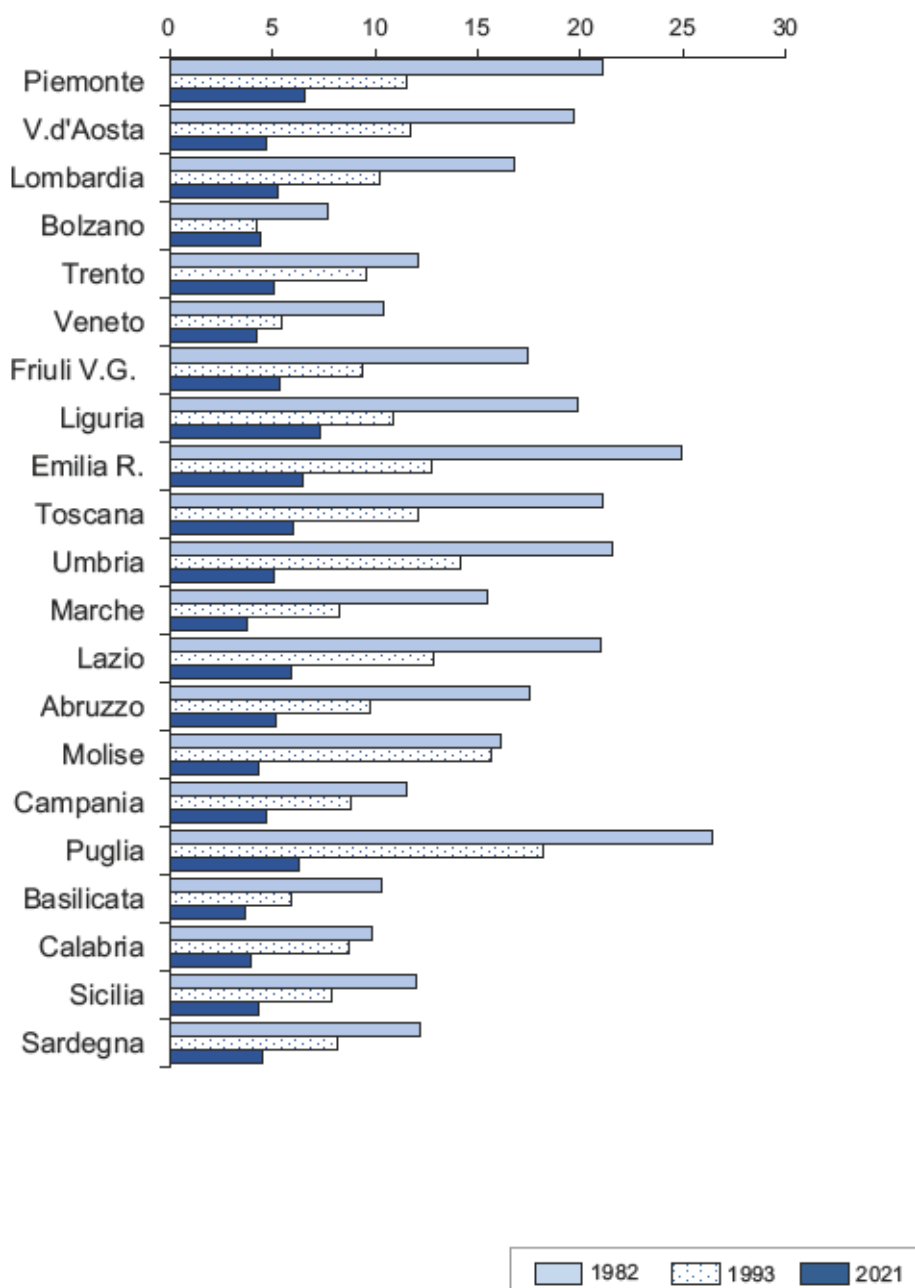
La Figura 11 rappresenta i valori dei tassi regionali calcolati nel 2021. Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna sono le uniche Regioni con tassi pari o superiori a 6,5 IVG per 1.000 donne in età 15-49 anni. Questo dato, come tutti i confronti temporali e tra Regioni, va letto avendo cura di considerare il peso del contributo dato dalle differenze nella presenza della popolazione straniera. Per questo motivo da anni il presente rapporto analizza, ove opportuno, i dati suddivisi per cittadinanza della donna.

Figura 11 – Tassi di abortività – anno 2021



La Figura 12 mette a confronto i tassi di abortività per Regione negli anni 1982, 1993 e 2021. La riduzione rilevata nel 2021 rispetto al 1982 riguarda tutte le Regioni con proporzioni variabili e più elevate in Umbria (-76,3%), Valle d'Aosta (-76,1%), Puglia (-76,1%), Marche (-75,5%), Emilia Romagna (-73,9%), Molise (-73,3%), Lazio (-71,9%), Toscana (-71,6%) e Abruzzo (-70,3%).

Figura 12 – Tassi di abortività per Regione – anni 1982, 1993 e 2021



1.3 Rapporto di abortività

Nel 2021 il rapporto di abortività è risultato pari a 159,0 IVG per 1.000 nati vivi (Tabella 1), rispetto a 165,9 per 1.000 del 2020, con una riduzione del 4,1%. La Tabella 2 descrive le variazioni percentuali dei rapporti di abortività rilevate a livello regionale negli ultimi due anni.

Questo indicatore, misurando il rapporto tra il numero di IVG e quello di nati vivi, non richiede alcuna correzione visto che i nati, al contrario delle donne in età riproduttiva, si riferiscono alla popolazione presente. Il suo valore può tuttavia risentire dell'andamento della natalità. Va inoltre considerato che le cittadine straniere tendono ad avere tassi di fecondità più elevati delle italiane per cui anche la variabilità della loro presenza può modificare il rapporto di abortività. L'interpretazione dei dati deve pertanto tener conto di questi aspetti, specie in caso di confronti con gli anni precedenti quando il numero dei nati in Italia era maggiore e la presenza delle donne straniere inferiore.

Nella Tabella 1.3 è riportato l'andamento dei rapporti di abortività, per area geografica, per alcuni anni tra il 1983 e il 2021.

Tabella 1.3. Rapporti di abortività per area geografica – anni 1983-2021

	1983	1991	2014	2015	2018	2019	2020	2021	VARIAZIONE* %	
									2021/2020	2021/1983
NORD	484,2	327,1	194,6	182,7	179,2	178,1	167,9	165,1	-1,7	-65,9
CENTRO	515,2	356,1	214,0	211,4	192,0	196,6	201,0	173,3	-13,8	-66,4
SUD	283,8	253,0	202,6	182,9	163,4	164,7	152,3	151,5	-0,5	-46,6
ISOLE	205,3	176,1	159,3	156,3	143,1	145,1	131,1	126,3	-3,7	-38,5
ITALIA	381,7	286,9	196,2	185,1	173,8	174,5	165,9	159,0	-4,1	-58,3

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

1.4 Contraccezione di emergenza

Le seguenti determinazioni AIFA potrebbero aver influenzato la diffusione dei farmaci utilizzati per la contraccezione di emergenza negli anni successivi al 2015:

- la determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n. 105 dell'8 maggio 2015) ha eliminato l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni per l'Ulipristal acetato (ellaOne);
- la determina AIFA n. 998 dell'8 ottobre 2020 (G.U. n. 251 del 10 ottobre 2020) ha eliminato l'obbligo di prescrizione per l'Ulipristal acetato (ellaOne) anche per le minorenni;
- la determina AIFA del 1° febbraio 2016 (G.U. del 3 marzo 2016) ha eliminato l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni per il Levonorgestrel (Norlevo).

I dati della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne), forniti dal Sistema di Tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, sono una proxy del consumo e mostrano un andamento crescente della distribuzione tra il 2015 e il 2018. In seguito il dato si è stabilizzato fino al 2020, mentre nel 2021 è stato rilevato un nuovo aumento della distribuzione, pari al 25%.

Analizzando il dato annuale della distribuzione del Levonorgestrel (Norlevo), si osserva anche per questo contraccettivo di emergenza (Figura 15) un progressivo aumento fino al 2019, in relazione agli effetti della determina AIFA del 1° febbraio 2016 che ha eliminato l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni. Per l'anno 2021 si conferma la tendenza alla riduzione della distribuzione, con un calo del 2%, rispetto alla precedente dell'11% osservata nel 2020.

Figura 14 - Distribuzione Ulipristal acetato (ellaOne) - anni 2015-2021

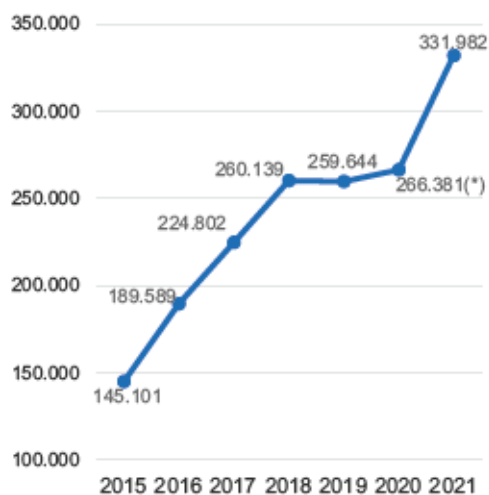
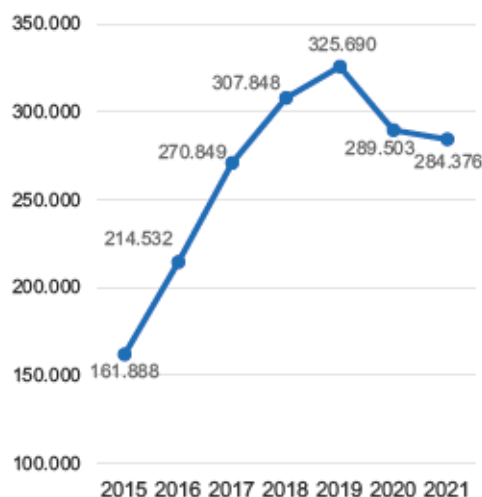


Figura 15 - Distribuzione Levonorgestrel (Norlevo) anni 2015-2021



Fonte dati Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004.

Consegne effettuate ai luoghi di distribuzione (Regioni, ASL, strutture sanitarie pubbliche e private, farmacie, esercizi commerciali)

(*) Dati consolidati rispetto alla precedente edizione della Relazione sull'attuazione della legge n. 194/1978

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

L'analisi delle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG ha permesso di identificare e approfondire i principali determinanti del fenomeno e di promuovere interventi di prevenzione dell'abortività volontaria.

Gli aspetti che nel tempo hanno maggiormente influenzato l'andamento delle IVG includono la progressiva diminuzione dei tassi di abortività specifici per alcune condizioni socio-demografiche, come l'età e la condizione professionale delle donne, e la loro diversità tra donne straniere e italiane. Dal momento che le donne straniere effettuano quasi un terzo del totale delle IVG, le diversità socio-demografiche tra le due popolazioni hanno un impatto considerevole nell'andamento delle IVG. Le cittadine straniere presentano, inoltre, una differenza per classi di età rispetto alle italiane per cui è importante che i confronti temporali tengano conto di questi aspetti, per evitare l'errore di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire delle donne in quella stessa condizione.

I paragrafi a seguire descrivono l'andamento delle IVG in funzione delle caratteristiche socio-demografiche delle donne, utilizzando le distribuzioni percentuali. I tassi specifici, grazie alla possibilità di tener conto delle variazioni a livello di popolazione, permetterebbero una descrizione migliore rispetto alle distribuzioni percentuali, tuttavia non disponendo di dati di popolazione per tutte le caratteristiche di interesse i tassi non sono disponibili per la maggioranza delle analisi presentate.

2.1 Classi di età

La Tabella 6 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per classe di età che nel 2021 è analoga a quella rilevata negli ultimi anni. Le donne della classe 30-34 anni presentano la percentuale più elevata di IVG (22,9%), seguite da quelle della classe 35-39 anni (21,4%) e 25-29 anni (19,9%). Per questa variabile la Regione Calabria presenta un'informazione mancante dell'8,9%, superiore al valore soglia considerato fisiologico del 5%.

Per l'età della donna disponiamo dei tassi di abortività specifici (Tabella 7) che confermano valori più elevati nelle classi dai 25 ai 39 anni. Per questa variabile è disponibile anche il tasso standardizzato per Regione (Tabella 7) che permette di effettuare confronti regionali al netto delle differenze nella struttura per età della popolazione femminile residente nelle diverse Regioni. Si osserva che gli scostamenti tra i tassi grezzi di abortività (Tabella 1) e quelli standardizzati (Tabella 7) sono generalmente trascurabili perché le distribuzioni per età della popolazione femminile tra Regioni non presentano forti differenze. Le analisi di questa relazione utilizzano pertanto il tasso grezzo per Regione di intervento, in analogia a quanto fatto negli anni precedenti.

Nel 2021 l'Italia continua a presentare tassi di abortività inferiori rispetto a quelli dei Paesi europei ad avanzato sviluppo economico, specie per le classi di età più giovani (<25 anni) come descritto nella tabella 2.1.

Tabella 2.1. Tassi di abortività per età. Confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2021)	3,1	7,4	8,6	9,2	7,9	3,5
	(2020)	3,0	7,7	8,8	9,4	8,1	3,5
	(2000)	7,2	14,7	14,1	12,9	11,0	5,1
	(1990)	5,6	13,8	16,5	18,0	15,6	7,6
FRANCIA	(2021)	8,6	24,8	27,2	23,9	17,5	7,5
GERMANIA	(2018)	4,0	9,0	9,6	9,2	6,9	2,9
INGHILTERRA E GALLES	(2021)	*	30,2	26,7	22,1	10,5**	
NORVEGIA	(2021)	4,6	13,3	15,2	14,2	10,6	4,0
REPUBBLICA CECA	(2020)	4,2	11,0	12,5	11,3	9,3	4,2
SPAGNA	(2020)	7,4	15,8	15,4	13,4	9,6	4,0
SVEZIA	(2021)	8,3	21,9	25,1	23,2	17,3	8,6
USA	(2019)	5,8	18,1	17,8	12,3	7,0	2,6
FINLANDIA	(2019)	10,7	24,0	23,7	20,7	14,9	5,2

* <18 anni 6,4; 18-19 anni 22,0

** ≥35 anni

Nella tabella 2.2 è riportato l'andamento dei tassi di abortività per classi di età nella popolazione femminile italiana per alcuni anni tra il 1983 e il 2021. I dati confermano la diminuzione dei tassi per tutte le classi di età, con riduzioni meno marcate sotto i 20 anni (-61,2%). Nel 2021, rispetto al 2020, si conferma il decremento dei tassi con riduzioni maggiori del 15% tra le donne più giovani.

Tabella 2.2. Tassi di abortività per età, 1983-2021

Classi di età	Anni								VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2018	2019	2020	2021	2021/2020	2021/1983
< 20	8,0	5,5	5,2	4,7	3,9	3,7	3,0	3,1	-16,4	-61,2
20-24	23,6	13,4	11,0	10,2	9,4	8,8	7,7	7,4	-15,3	-68,5
25-29	27,6	15,7	12,0	11,1	9,8	9,6	8,8	8,6	-11,1	-69,0
30-34	25,2	17,1	11,3	10,5	10,0	9,8	9,4	9,2	-6,1	-63,6
35-39	23,6	15,1	9,3	8,6	8,1	8,2	8,1	7,8	-4,7	-66,7
40-44	9,8	7,2	4,2	3,9	3,8	3,6	3,5	3,5	-1,7	-63,9
45-49	1,2	0,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	-2,9	-71,7

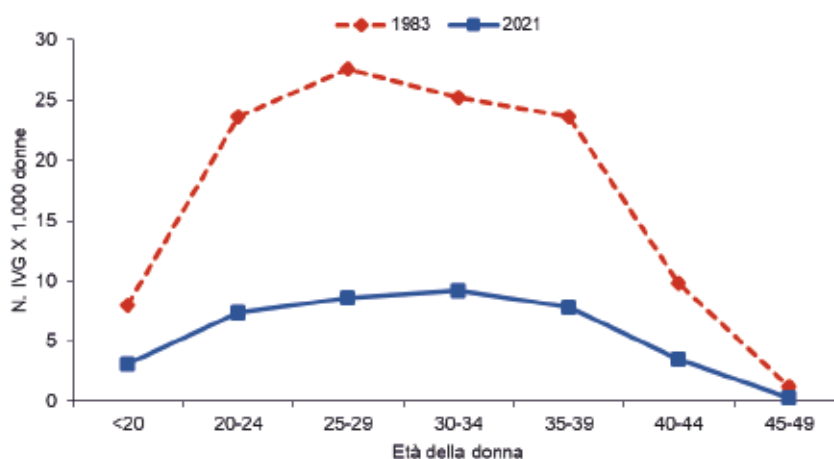
* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

L'appiattimento della curva visibile nella Figura 16 descrive, in maniera sintetica ed efficace, l'andamento decrescente dei tassi di abortività per classi d'età nel 2021 rispetto al 1983, anno in cui la maggioranza delle IVG era ascrivibile alle donne delle classi centrali d'età, spesso coniugate con uno o più figli che avevano difficoltà a mantenere la dimensione desiderata della famiglia.

I tassi di abortività per classi di età e per Regione, riportati in Tabella 7, evidenziano valori maggiori nel Nord-Centro Italia rispetto al Sud, specie per le classi d'età < 30 anni. L'analisi di

questo dato deve tener conto anche dell'effetto ascrivibile alla disomogenea presenza delle donne straniere sul territorio nazionale, meno rappresentate al Sud rispetto al Nord del Paese.

Figura 16 – Tassi di abortività per classi di età – anni 1983 e 2021



Nel 2021 si è arrestata la diminuzione del ricorso all'aborto volontario tra le donne minori di 18 anni. La tabella 2.3 descrive l'andamento del numero assoluto di IVG sia per le minori italiane che per le straniere, e riporta la frequenza percentuale sul totale delle IVG e il tasso di abortività dal 2000 al 2021 che confermano il basso ricorso all'IVG tra le minori italiane.

Tabella 2.3. IVG tra le minorenni – anni 2000-2021

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3.596	181	2,7	4,1
2001	3.565	227	2,7	4,1
2002	3.446	306	2,9	4,7
2003	3.556	428	2,8	4,5
2004	3.840	526	3,0	5,0
2005	3.441	605	3,0	4,8
2006	3.512	608	3,2	4,9
2007	3.463	637	3,3	4,8
2008	3.451	624	3,4	4,8
2009	3.127	592	3,2	4,4
2010	3.091	626	3,3	4,5
2011	3.008	586	3,4	4,5
2012	2.761	588	3,3	4,4
2013	2.616	527	3,2	4,1
2014	2.383	472	3,2	3,7
2015	2.164	357	2,9	3,1
2016	2.155	345	3,0	3,1
2017	1.872	309	2,8	2,7
2018	1.928	340	2,6	2,4
2019	1.678	215	2,6	2,3
2020	1.343	166	2,4	1,9
2021	1.543	152	2,7	2,1

*Elaborazioni su dati Istat

L'andamento del numero assoluto di IVG effettuate dalle minori straniere è coerente con l'aumento del fenomeno migratorio nei primi anni Duemila che ha aumentato il contributo generale delle donne straniere all'aborto volontario in Italia e con la successiva stabilizzazione e diminuzione a partire dal 2015. Nel 2021 il tasso di abortività tra le minorenni italiane è pari a 2,1 IVG per 1.000, molto inferiore al 5,6 per 1.000 delle maggiorenni (Tabella 5). Anche la frequenza percentuale sul totale delle IVG, pari al 2,7% del totale degli interventi, è in linea con il trend in diminuzione anche se leggermente più alta rispetto al 2018-2020. Il confronto con i dati di altri Paesi dell'Europa Occidentale conferma un minore ricorso all'aborto volontario tra le italiane di età inferiore ai 18 anni, coerentemente con la moderata attività sessuale dei giovani italiani e con l'uso crescente del profilattico riportato da indagini condotte in Italia dal 2013 al 2018^{6 7 8 9}.

La Tabella 22 descrive il rilascio dell'assenso all'IVG necessario per autorizzare l'intervento in caso di minore età. Nel 2021 la percentuale di assensi rilasciati dai genitori è stata pari all'83,0% rispetto all'82,4% del 2020. Le differenze rilevate tra Regioni potrebbero essere influenzate dalla diversa proporzione di informazione mancante, risultata particolarmente elevata in Toscana, Umbria e Liguria.

2.2 Stato civile

La Tabella 8 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per stato civile che nel 2021 è caratterizzata da un 35,2% di coniugate e un 59,5% di nubili, maggiormente rappresentate al Nord e al Centro rispetto al Sud e nelle Isole. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Toscana (11,2%), Lazio (5,5%), Basilicata (5,3%), Calabria (9,6%).

Nel primo decennio dopo la legalizzazione dell'aborto, la maggior parte delle IVG è stata effettuata da donne coniugate mentre negli anni a seguire la distribuzione tra coniugate e nubili si è equiparata per poi invertirsi a partire dal 2014-15. Questo andamento è da ricondurre a una maggiore riduzione nel tempo del ricorso all'IVG da parte delle coniugate rispetto al decremento rilevato tra le nubili, con conseguente aumento del loro peso relativo nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questa interpretazione è confermata dall'analisi temporale dei tassi di abortività per stato civile, calcolati dall'Istat dal 1981 al 2020, che mostrano una diminuzione tra le coniugate (da 20,5 per 1.000 nel 1981 a 9,3 nel 1994, 8,1 nel 2004, 6,6 nel 2011 e 4,5 nel 2020) maggiore di quella rilevata tra le nubili negli stessi anni (da 11,5 per 1.000, a 8,7, 10,1, a 8,3 e 5,6). Occorre inoltre considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti. Da ultimo, va preso in considerazione il contributo delle cittadine straniere che hanno una diversa ripartizione percentuale per stato civile rispetto alle italiane.

⁶ De Rose A, Dalla Zuanna G. (Ed). *Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*. Società editrice il Mulino, 2013

⁷ Pizzi E, Spinelli A, Andreozzi S, Battilomo S. (Ed). *Progetto "Studio Nazionale Fertilità": i risultati delle cinque indagini*. Roma. Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/35).

⁸ Nardone P, Pierannunzio D, Ciardullo S et al. *Le abitudini sessuali degli adolescenti in Italia e le differenze socio-culturali: i dati della sorveglianza HBSC 2017/18*. Atti del XLIII Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Catania 23-25 ottobre 2019

⁹ Barraccino A, Lo Moro G, Dalmaso P, et al. *Sexual behaviour in 15-year-old adolescents: insights into the role of family, peer, teacher, and classmate support*. *Ann Ist Super Sanità* 2020; 56 (4): 522-530

Nella tabella 2.4 sono riportate le percentuali di IVG per stato civile, cittadinanza e area geografica.

Tabella 2.4. IVG (%) per stato civile, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	25,2	49,8	5,2	5,1	69,6	45,0
CENTRO	26,0	48,5	4,8	4,3	69,2	47,3
SUD	38,5	47,6	5,9	5,3	55,6	47,1
ISOLE	34,6	43,9	6,1	5,4	59,4	50,7
ITALIA	30,1	49,1	5,4	5,0	64,5	46,0

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

Nei confronti internazionali la percentuale di donne nubili in Italia si mantiene generalmente inferiore rispetto a quella riportata da altri Paesi dell'Europa occidentale, anche se le differenze si sono ridotte nel tempo, come si può osservare nella tabella 2.5.

Tabella 2.5. IVG (%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2021)	35,2	64,8
	(2020)	36,3	63,6
	(2000)	50,0	50,0
	(1990)	62,5	37,5
GERMANIA	(2021)	38,0	62,0
INGHILTERRA E GALLES	(2021)	16,0	84,0
REPUBBLICA CECA	(2020)	29,2	70,8
USA	(2019)	14,5	85,5

2.3 Titolo di studio

La Tabella 9 descrive la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato IVG nel 2021 in base al titolo di studio, che in Italia è l'informazione più prossima per rilevare le condizioni socio-economiche della popolazione. Si rileva una maggiore prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (45,9%) rispetto agli altri titoli di studio, in analogia a quanto osservato nel 2020 (46,2%) e negli anni precedenti. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Piemonte (5,6%), Toscana (12,3%), Campania (10,1%), Calabria (10,5%).

Nella tabella 2.6 sono riportate le percentuali di IVG per istruzione, cittadinanza e area geografica. La distribuzione percentuale delle IVG per istruzione e per cittadinanza presenta differenze tra aree geografiche, ascrivibili sia alla differente composizione della popolazione con più donne straniere al Nord e Centro rispetto al Sud e alle Isole, sia alla diversa diffusione dell'istruzione superiore. In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2021, come nei precedenti anni, presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

Tabella 2.6. IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1,2	7,2	28,0	44,9	51,2	37,7	19,6	10,2
CENTRO	2,5	6,5	24,0	40,7	52,2	41,6	21,3	11,2
SUD	1,8	15,2	36,8	40,3	46,6	35,2	14,8	9,3
ISOLE	2,8	14,7	46,1	53,8	40,0	25,7	11,1	5,8
ITALIA	1,8	8,0	31,6	43,8	48,9	37,9	17,7	10,2

Elaborazioni su dati Istat

La variazione delle distribuzioni percentuali delle IVG per titolo di studio, osservate negli anni, riflette sia l'aumento del livello di scolarizzazione della popolazione femminile in Italia, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione. Le donne con livelli di istruzione superiore hanno infatti ridotto maggiormente il rischio di abortività volontaria. Questi due effetti agiscono in opposizione in quanto, l'aumento della scolarizzazione tende a far aumentare le percentuali dei livelli di istruzione superiore, mentre la riduzione del rischio di abortire tra le donne più istruite fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori di istruzione.

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, in collaborazione con l'Istat è stata condotta un'analisi dei tassi di abortività specifici per titolo di studio dal 1981 al 2011. Nel trentennio preso in esame il tasso di abortività è diminuito tra le donne con diploma di scuola superiore o laurea (da 14 per 1.000 nel 1981 a 6 per 1.000 nel 2011), mentre il tasso tra quelle con diploma di scuola media inferiore, dopo un'iniziale diminuzione (da 22 per 1.000 nel 1981 a 14 per 1.000 nel 1991) è risalito a 16 per 1.000 nel 2011 e quello delle donne con titolo di studio elementare è aumentato da 16 per 1.000 nel 1981 e 14 per 1.000 nel 1991 a 20 per 1.000 nel 2011.¹⁰

Queste variazioni sembrano attribuibili alle migliori conoscenze e capacità di controllo della propria fecondità delle donne con istruzione più elevata, ma anche alla quota rilevante di straniere, che hanno livelli di abortività più elevati, proprio tra le donne con basso titolo di studio. Questi dati sottolineano la necessità di promuovere interventi di prevenzione specifici per questi gruppi di donne che vivono più spesso condizioni di svantaggio socio-economico.

2.4 Occupazione

La Tabella 10 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale della donna, evidenziando come il 47,2% delle donne che hanno abortito nel 2021 è occupata, il 19,4% casalinga e il 10,0% studentessa. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Toscana (5,7%), Umbria (7,1%), Campania (9,6%), Basilicata (8,3%) e Calabria (9,4%).

Dopo alcuni anni in cui si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento di quella delle disoccupate (da 18,8% nel 2012 a 21,1% nel 2015), si è registrato un aumento delle occupate (da 42,9% nel 2015 al 47,2% nel 2021) e una stabilità delle disoccupate (da 21,1% nel 2015 a 21,7% nel 2021).

¹⁰ De Rose A, Dalla Zuanna G (Ed). *Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*. Società editrice il Mulino, 2013

Nella tabella 2.7 sono riportate le percentuali di IVG per occupazione, cittadinanza e area geografica. Come per il titolo di studio, la distribuzione percentuale delle IVG per occupazione presenta notevoli differenze tra le diverse aree geografiche, ascrivibili in gran parte alla differente composizione della popolazione generale per tale variabile e al diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, che presentano un'articolazione per stato occupazionale diversa da quella delle italiane.

Tabella 2.7. IVG (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	61,2	40,8	20,0	29,0	7,3	25,2	11,4	5,0
CENTRO	53,2	39,3	19,0	25,1	11,3	27,6	16,5	8,0
SUD	38,5	32,3	21,2	31,1	28,6	33,2	11,7	3,4
ISOLE	32,5	30,2	23,8	28,9	31,9	37,5	11,8	3,3
ITALIA	50,3	39,3	20,6	28,2	16,6	27,0	12,6	5,5

Elaborazioni su dati Istat.

Per comprendere meglio l'importanza di questa variabile, nel 2013 sono stati calcolati con l'Istat i tassi di abortività per stato occupazionale e valutati gli andamenti nel tempo, da cui è emerso un minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe. Infatti, dal 1981 al 2009 i tassi sono passati da 19,0 a 10,3 IVG per 1.000 tra le casalinghe e da 15,2 a 7,0 per le occupate.¹¹

2.5 Residenza

La Tabella 11 descrive la distribuzione percentuale delle IVG in funzione del luogo di residenza delle donne. In analogia all'anno precedente, anche nel 2021 la grande maggioranza delle IVG è effettuata da donne residenti nella Regione (93,7%) e nella provincia (87,0% di quelle effettuate da residenti nella Regione) di intervento. La Basilicata è l'unica Regione ad aver registrato una percentuale alta (20%) di IVG da residenti fuori Regione, mentre tutte le altre si sono mantenute su valori inferiori al 10%, comprese Umbria (7,7%) e Molise (6,6%) che nel 2020 avevano registrato, rispettivamente, il 10,9% e il 15,1% di interventi effettuati da donne residenti in altra Regione. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Piemonte (6,1%) e Calabria (53,0%). Nonostante le Regioni non riescano a fornire in tempi rapidi i dati completi delle donne residenti che fanno l'intervento fuori Regione, grazie alla collaborazione con l'Istat è stato possibile calcolare i tassi e i rapporti per Regione di residenza utilizzando dati che escludono le donne residenti fuori Italia.

¹¹ De Rose A, Dalla Zuanna G (Ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013

La Tabella 29 descrive i valori assoluti, i tassi e i rapporti di abortività, sia per Regione di intervento sia per Regione di residenza delle donne, permettendo di identificare il numero di residenti in Regione che migrano in altre Regioni per effettuare l'IVG. Pur disponendo dell'informazione completa relativa alla Regione di intervento, il dato relativo alla Regione di residenza risulta "non rilevato" per 1.501 casi (Tabella 11) di cui la gran parte riguarda la Calabria. La Tabella 29 mostra come le variazioni del tasso di abortività per Regione di residenza rispetto a quello calcolato per Regione di intervento non siano sostanziali e come il flusso migratorio netto tra i due tassi sia vicino o pari a zero per la maggioranza delle Regioni, fatta eccezione per Molise e Basilicata, dove il dato è indicativo di una emigrazione in altre Regioni per effettuate una IVG. Il dato della Calabria è difficilmente interpretabile a causa dell'indisponibilità dell'informazione relativa alla residenza delle donne che riguarda il 53% dei casi.

Quando il flusso migratorio netto tra i due tassi è pari a zero, il tasso corretto per Regione di residenza e quello calcolato per Regione di intervento coincidono. In questa relazione è stato utilizzato il tasso di abortività per Regione di intervento che, come si evince dalla Tabella 29, in alcune Regioni potrebbe sovrastimare la reale incidenza dell'aborto volontario mentre in altre la potrebbe sottostimare. Questi approfondimenti sono utili per valutare l'eventuale carenza di servizi IVG in alcune aree del Paese, con conseguente flusso migratorio verso altre Regioni, ma richiedono grande attenzione nel controllo di possibili fattori confondenti (ad esempio donne che studiano o lavorano in altre Regioni senza aver modificato la residenza). Le Regioni interessate ad approfondire il fenomeno dei flussi migratori possono chiedere all'Istat il dato relativo alle donne residenti che effettuano l'IVG in altre Regioni.

Nella tabella 2.8, predisposta dall'ISTAT, sono riportate le percentuali delle IVG effettuate in funzione delle possibili migrazioni delle donne per Regione utilizzando dei denominatori diversi rispetto a quelli adottati nella Tabella 29 che permettono di controllare il dato anche a livello provinciale. L'80% delle IVG effettuate nel 2021 ha riguardato donne residenti nella Regione di intervento con notevoli differenze interregionali. Le Regioni che presentano una percentuale di emigrazione in altre Regioni maggiore del 10% sono Valle D'Aosta (10,8%), Umbria (10,3%), Marche (11,3%), Molise (23,1%), Basilicata (34,4%) e Calabria (17,4%); quelle che presentano oltre il 10% di immigrazione da altre Regioni sono l'Emilia-Romagna (10,4%), l'Abruzzo (10,5%) e la Basilicata (19,9%).

Tabella 2.8. IVG (%) per migrazione e per Regione – anno 2021

	Stanziali	Emigrate stessa regione	Emigrate in altra regione	Immigrate da stessa regione	Immigrate da altra regione
Piemonte	89,0	7,0	4,0	6,7	4,0
Valle d'Aosta	89,9	0,0	10,1	0,0	6,1
Lombardia	83,1	13,6	3,3	12,9	7,4
Bolzano	95,8	0,6	3,6	0,6	2,6
Trento	96,2	0,6	3,2	0,5	8,0
Veneto	84,3	8,8	6,9	8,9	5,9
Friuli-Venezia G.	84,3	13,6	2,1	12,6	8,9
Liguria	91,9	3,3	4,8	3,2	5,5
Emilia-Romagna	90,4	7,0	2,6	6,4	10,4
Toscana	84,1	13,0	2,9	12,0	5,7
Umbria	85,0	4,8	10,3	4,8	7,8
Marche	70,5	18,1	11,3	18,8	7,8
Lazio	90,8	5,7	3,5	5,5	7,1
Abruzzo	65,5	25,5	9,0	25,0	10,5
Molise	54,1	22,8	23,1	27,7	6,6
Campania	69,3	25,4	5,3	26,0	3,1

Puglia	81,3	14,2	4,5	14,1	5,0
Basilicata	56,4	9,4	34,3	11,3	19,9
Calabria	67,9	14,8	17,4	8,8	2,3
Sicilia	80,5	15,3	4,3	15,7	1,7
Sardegna	76,2	20,4	3,5	20,0	3,4
TOTALE	80,0	12,0	8,0	12,0	6,0

*Percentuale di stanziali: Numero di IVG effettuate nella stessa provincia di residenza/Numero IVG totali effettuate nella regione*100*

*Percentuale immigrate dalla stessa regione: Numero di IVG effettuate nella regione da donne residenti in altra provincia della stessa regione/Numero IVG totali effettuate nella regione*100*

*Percentuale immigrate da altra regione: Numero di IVG effettuate nella regione da donne residenti in altra regione/Numero IVG totali effettuate nella regione*100*

*Percentuale emigrate nella stessa regione: Numero di IVG di donne residenti nella regione effettuate in altra provincia della stessa regione/Numero IVG totali di residenti nella regione*100*

*Percentuale immigrate da altra regione: Numero di IVG di donne residenti nella regione effettuate in altra regione/Numero IVG totali di residenti nella regione*100*

Fonte: elaborazione dati Istat

Occorre tuttavia segnalare altri elementi che potrebbero influenzare la corretta rilevazione dei flussi migratori. Alcune donne mantengono la residenza in una Regione pur essendo domiciliate altrove (ad esempio le studentesse o le donne con lavoro temporaneo) condizione che potrebbe mascherare migrazioni fittizie; alcune migrazioni tra Regioni potrebbero invece rispondere a criteri di convenienza per vicinanza dei servizi (ad esempio per le donne che vivono ai confini tra due Regioni).

Va infine segnalata la presenza di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie da Paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese perché nella gran parte dei casi domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero, calcolato aggiungendo la quota parte attribuibile dei dati non rilevati e sommando i contributi delle singole Regioni, è aumentato negli anni, passando da 461 casi del 1980 a 3.651 nel 2000, per poi subire una flessione nel 2013 (N=3.328) e ridursi a 1.192 nel 2020. Nel 2021 si è registrata un'ulteriore diminuzione delle IVG effettuate dalle donne residenti all'estero che, aggiungendo la quota parte attribuibile dei dati non rilevati per Regione, sono state pari a 795. Le Regioni del Nord e del Centro con maggiore presenza di popolazione immigrata, come Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana, sono quelle nelle quali si osserva una frequenza maggiore di IVG effettuate da donne residenti all'estero (Tabella 11).

2.6 Cittadinanza

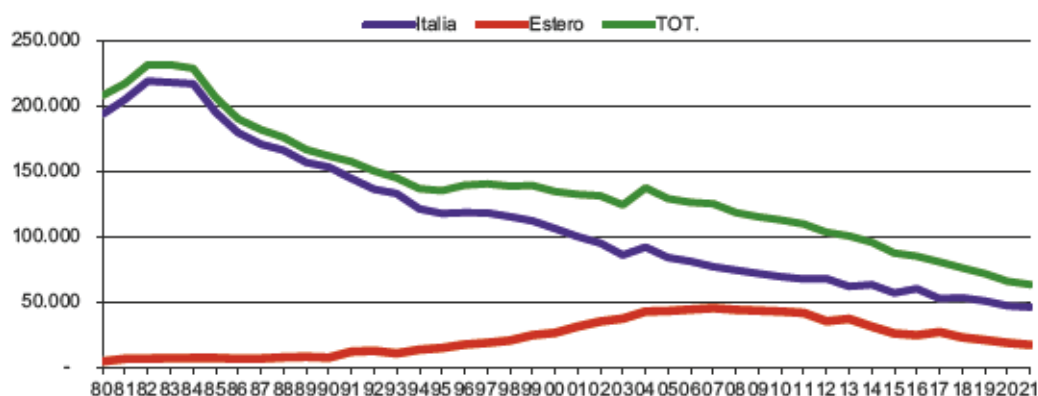
La Tabella 12 descrive la distribuzione percentuale delle IVG in funzione della cittadinanza delle donne. Per questa variabile solo la Calabria (9,1%) presenta un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico).

L'informazione relativa alla cittadinanza della donna è stata raccolta dall'Istat ed è disponibile solo a partire dal 1995. Per un confronto tra gli aborti volontari eseguiti dalle cittadine italiane e straniere a partire dalla sua legalizzazione è pertanto necessario utilizzare l'informazione relativa al Paese di nascita delle donne. A seguito dell'aumento della popolazione straniera nel Paese è aumentato anche il numero di IVG effettuate dalle cittadine straniere, che ha raggiunto un massimo di 40.224 interventi nel 2007. È seguita una stabilizzazione e un successivo decremento fino a 17.130 IVG rilevate nel 2021 e corrispondenti al 27,1% del dato nazionale, in diminuzione rispetto al 33,0% del 2014 e al 28,5% del 2020. Le Regioni del Centro-Nord, dove risiedono o sono

domiciliate la maggior parte delle donne di cittadinanza non italiana, presentano il maggior numero di IVG.

La Figura 17 descrive l'andamento delle IVG per Paese di nascita a partire dal 1980 che, in analogia a quanto osservato per cittadinanza, mostra una costante diminuzione del numero di IVG effettuate dalle donne italiane ed un incremento di quelle delle straniere fino al 2007, con successiva tendenza alla stabilità fino al 2011, seguita da una flessione negli ultimi anni. Assumendo un contributo quasi trascurabile delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982, quando si è avuta la massima incidenza del fenomeno, la riduzione del numero assoluto delle IVG tra le italiane è stata pari all'80,2%, passando dalle iniziali 234.801 alle attuali 45.973.

Figura 17 – Numero di IVG per Paese di nascita – anni 1980-2021



Elaborazioni su dati Istat.

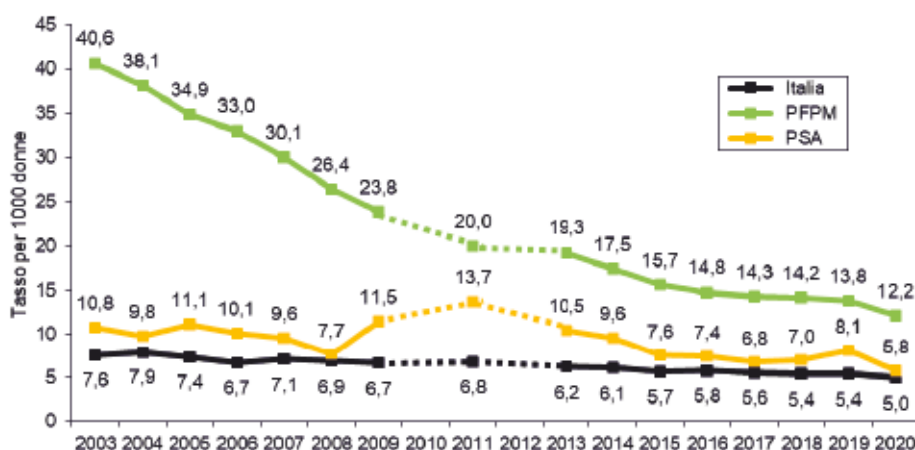
L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS i tassi di abortività, dal 2003 al 2020, per le donne residenti sia straniere che italiane. I tassi hanno permesso di approfondire l'analisi del fenomeno per cittadinanza distinguendo tre raggruppamenti: donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM¹²), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA¹³) e donne con cittadinanza italiana.

La Figura 18 descrive la decrescita lenta ma continua dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma evidenzia anche un forte decremento dei tassi tra le straniere, specie quelle provenienti dai PFPM. I numeri relativi alle donne provenienti dai PSA sono molto piccoli per cui i valori dei tassi di abortività sono poco stabili e a rischio di forti oscillazioni.

¹² I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi dell'Europa centro-orientale ad eccezione di Malta, Cipro e dei Paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

¹³ PSA includono i Paesi appartenenti all'Unione Europea, all'America settentrionale, Australia e Nuova Zelanda, Israele e Giappone.

**Figura 18 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza
anni 2003-2020**



Fonte: Istat. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Le differenze dei tassi delle donne straniere rispetto alle italiane tendono a diminuire negli anni: nel 2003 i tassi delle donne PFPM erano 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2020 tale rapporto era sceso a 2,4. Questa riduzione sembra attribuibile a una maggiore integrazione delle donne straniere, con conseguente maggiore competenza nelle scelte relative alla procreazione responsabile, in analogia a quanto osservato nei decenni precedenti tra le donne italiane. Sia per questa figura che per la tabella a seguire i tassi non sono aggiornati al 2021 per l'indisponibilità attuale delle stime della popolazione straniera residente per cittadinanza ed età.

La disponibilità delle stime di popolazione prodotte dall'ISTAT ha permesso di approfondire ulteriormente le analisi del fenomeno. Nella tabella 2.9 sono riportati i tassi specifici relativi al 2020, con il confronto tra cittadine italiane e straniere per classi di età.

**Tabella 2.9. Tassi di abortività per 1.000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età
– anno 2020**

Età	Cittadinanza		Rapporto
	Italiane	Straniere	Straniere/Italiane
15-19	2,7	5,4	2,0
20-24	6,2	18,1	2,9
25-29	6,9	19,4	2,8
30-34	7,4	17,4	2,3
35-39	6,8	13,9	2,0
40-44	3,1	6,0	1,9
45-49	0,3	0,5	1,7
15-49 standardizzato	5,0	12,0	2,4

Fonte: Istat.

L'andamento dei tassi di abortività per età presenta notevoli differenze in funzione della cittadinanza: le donne straniere di età inferiore ai 25 anni hanno tassi 2-3 volte più alti delle

italiane. Il tasso di abortività maggiore rilevato tra le straniere riguarda le donne di 25-29 anni (19,4 per 1.000), mentre tra le italiane quello delle donne di 30-34 anni (7,4 per 1.000). Questi dati confermano la maggiore precocità degli eventi riproduttivi (nascite ed aborti) tra le cittadine straniere rispetto alle italiane.

La scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile, insieme alle condizioni di vita che condizionano le scelte procreative e le possibilità di accesso ai servizi sanitari delle donne migranti, sono i fattori associati più frequentemente al maggior ricorso all'IVG da parte delle straniere rispetto alle italiane. La relazione del 2020 ha descritto nel dettaglio gli obiettivi e i risultati di indagini e progetti di ricerca-intervento finalizzati alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che hanno confermato la loro attitudine positiva a evitare gravidanze indesiderate e l'utilità del loro accesso ai servizi sanitari per migliorare le conoscenze relative alla fisiologia riproduttiva e alla procreazione responsabile.

Con l'obiettivo di facilitare la divulgazione delle informazioni alle cittadine straniere il progetto CCM (paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali") prevede il coinvolgimento del Tavolo Immigrazione e Salute, composto da associazioni e organizzazioni della società civile e scientifica di rilevanza nazionale con competenze ed esperienze specifiche in materia di salute dei migranti maturate in attività pluriennali.

2.7 Anamnesi ostetrica

La conoscenza della storia riproduttiva delle donne aiuta a studiare il fenomeno dell'abortività volontaria, perché il numero di precedenti eventi riproduttivi (nati vivi, nati morti, aborti spontanei o volontari) può influenzare l'orientamento e le scelte della donna e della coppia nella difficile decisione di interrompere o meno una gravidanza.

La disponibilità del nuovo sistema di acquisizione dei dati, messo a punto dall'ISTAT con la piattaforma web Gino++, ha migliorato la rilevazione delle informazioni relative alla storia riproduttiva delle donne. Prima della sua introduzione, quando una donna non riferiva precedenti eventi riproduttivi, invece di riportare il valore zero per ciascuna variabile i campi corrispondenti rimanevano spesso vuoti aumentando la proporzione delle informazioni mancanti. Oggi il sistema online forza l'inserimento del valore 99 (indicativo di informazione mancante) previa conferma obbligatoria da parte dell'operatore che inserisce il dato, permettendo così di distinguere il dato mancante da quello disponibile ma erroneamente non compilato.

2.7.1 Numero di nati vivi

La Tabella 13 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per Regione in funzione del numero di nati vivi dichiarati dalla donna. Nel 2021, il 40,2% delle IVG è stato effettuato da donne senza figli e il 59,8% da donne con almeno un nato vivo. Nello stesso anno, il 37,4% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno 2 figli mentre nei primi anni '80 questa percentuale era pari al 75%. Per questa variabile solo la Regione Calabria (10,5%) presenta un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico).

Per interpretare correttamente l'andamento dell'abortività volontaria per numero di figli delle donne, occorre tenere presente che la maggiore riduzione nel tempo del tasso specifico di abortività tra le donne con uno o più figli rispetto alla riduzione registrata tra le donne senza figli ha causato un aumento relativo nel tempo della percentuale di IVG tra queste ultime. Inoltre,

occorre ricordare che le coppie con due o più figli nella popolazione italiana sono diminuite nel tempo.

Nella tabella 2.10 sono riportate le percentuali di IVG per numero di nati vivi in funzione della cittadinanza delle donne, nelle quattro aree geografiche del Paese. Tra le donne italiane che hanno effettuato una IVG, la proporzione di quelle con uno o più nati vivi nel 2021 era maggiore al Sud (62,4%) e nelle Isole (63,2%) rispetto al Nord (49,9%) e al Centro (48,0%). Al contrario, le stesse distribuzioni percentuali per le donne straniere presentavano differenze minori per area geografica e maggiori percentuali di IVG effettuate da donne con uno o più nati vivi, in parte attribuibile alla maggiore proporzione di donne con figli tra le straniere rispetto alle italiane dovuta alla maggiore fecondità delle cittadine straniere.

Tabella 2.10. IVG (%) per nati vivi, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	50,1	25,0	22,0	25,2	20,7	32,1	7,2	17,6
CENTRO	52,0	30,6	21,7	22,8	19,9	31,4	6,4	15,2
SUD	37,6	19,1	20,8	23,7	28,4	35,6	13,2	21,6
ISOLE	36,8	23,0	22,5	26,2	26,1	28,9	14,6	22,0
ITALIA	45,5	25,7	21,7	24,5	23,3	32,2	9,5	17,6

Elaborazioni su dati Istat.

Nella tabella 2.11 sono riportate le percentuali di IVG in funzione del numero di precedenti figli negli anni 1983-2021. Fino al 2000 il questionario ISTAT raccoglieva la variabile “numero di figli” mentre, a seguito della modifica del questionario introdotta nel 2000, la variabile è stata modificata in “numero di nati vivi” e “numero di nati morti”. Nella tabella la nuova variabile “nati vivi” è stata utilizzata quale proxy della precedente “numero di figli” per descrivere l’andamento negli anni presi in esame. Fino agli anni 2000 la percentuale di IVG effettuata da donne senza precedenti figli è aumentata, raggiungendo il 42,4% nel 2004 per poi stabilizzarsi negli anni a seguire.

Tabella 2.11. IVG (%) per numero di figli – anni 1983-2021

	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
2004*	42,4	22,8	25,2	7,4	2,2
2007*	42,0	23,1	25,3	7,4	2,2
2009*	41,0	23,5	25,6	7,6	2,3
2011*	40,3	23,9	25,6	7,9	2,3
2015*	39,4	23,4	26,4	8,2	2,5
2016*	39,4	23,7	26,2	8,3	2,4
2017*	39,1	23,7	26,1	8,5	2,6
2018*	40,0	23,0	26,0	8,5	2,6
2019*	40,0	22,9	25,9	8,6	2,7
2020*	39,3	22,6	26,4	8,8	2,8
2021*	40,2	22,4	25,7	8,9	2,8

* Nati vivi

La percentuale di donne senza figli che ha effettuato un'IVG in Italia è analoga a quella riportata dai Paesi ad avanzato sviluppo economico inclusi nella tabella 2.12, tranne che per la Repubblica Ceca.

Tabella 2.12. IVG (%) per numero di nati vivi: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2021) *	40,2	59,8
GERMANIA	(2021)	40,9	59,1
INGHILTERRA E GALLES	(2021)	43,0	58,0
OLANDA	(2020)	46,3	53,7
SPAGNA	(2020)	45,6	53,6
REPUBBLICA CECA	(2020)	27,6	72,4
USA	(2019)	40,2	59,7

* *Nati vivi*

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

La Tabella 14 descrive la distribuzione percentuale per Regione delle IVG in funzione del numero di precedenti aborti spontanei. Nel 2021, l'84,5% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato, senza differenze sostanziali per area geografica. Per questa variabile solo la Regione Calabria (13,0%) presenta un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico).

Nella tabella 2.13 è descritto l'andamento delle percentuali di IVG per precedenti aborti spontanei dal 1983 al 2021. Le distribuzioni percentuali non presentano forti differenze nel tempo in funzione del numero di precedenti aborti.

Tabella 2.13. IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti – anni 1983-2021

	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
2004	88,8	8,6	1,9	0,5	0,3
2007	89,0	8,7	1,7	0,4	0,2
2009	88,1	9,3	1,8	0,4	0,3
2011	87,4	9,9	2,0	0,5	0,2
2015	86,5	10,5	2,2	0,5	0,3
2016	85,9	11,2	2,2	0,5	0,2
2017	86,0	11,1	2,2	0,5	0,2
2018	85,8	11,3	2,2	0,5	0,2

2019	85,5	11,4	2,3	0,6	0,2
2020	84,9	11,9	2,4	0,5	0,3
2021	84,5	12,1	2,5	0,6	0,3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

La Tabella 15 descrive la distribuzione percentuale per Regione delle IVG in funzione del numero di precedenti aborti volontari. Nel 2021 il 75,9% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai effettuato aborti volontari nel passato, senza differenze sostanziali per area geografica. La frequenza maggiore di IVG ripetute al Nord si è osservata in Liguria (32,6%); al Centro in Toscana (27,2%); al Sud in Puglia (28,8%). Per questa variabile solo la Regione Calabria (12,6%) presenta un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico).

Nella tabella 2.14 è descritto l'andamento delle percentuali di IVG per IVG precedenti dal 1983 al 2021. Dopo un periodo di sostanziale stabilità osservato a partire dal 1990, dal 2009 si è registrato un andamento in diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di uno più aborti volontari precedenti.

Tabella 2.14. IVG (%) per IVG precedenti – anni 1983-2021

	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
2004	17,6	5,1	1,6	1,1	25,4
2007	18,5	5,5	1,7	1,2	26,9
2009	18,9	5,3	1,6	1,1	27,0
2011	18,8	5,3	1,6	1,1	26,8
2015	19,0	5,3	1,6	1,0	26,9
2016	18,7	5,2	1,5	0,9	26,4
2017	18,3	5,1	1,4	0,9	25,7
2018	18,5	4,8	1,3	0,9	25,5
2019	18,2	4,9	1,4	0,7	25,2
2020	17,9	4,6	1,3	0,7	24,5
2021	17,6	4,3	1,4	0,7	24,0

L'evoluzione della percentuale di IVG ripetute che si osserva in Italia è la migliore dimostrazione della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate con conseguente rischio di ricorso all'IVG. Se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, dopo 40 anni dalla legalizzazione

dell'aborto volontario, la percentuale di aborti ripetuti si sarebbe quasi raddoppiata rispetto a quella osservata, come stimato tramite modelli matematici¹⁴.

In conseguenza dell'aumento dell'immigrazione, a partire dagli anni '90 in Italia è cresciuto il contributo delle donne immigrate al fenomeno dell'IVG (paragrafo 2.6 Cittadinanza). Considerato il loro maggior rischio di abortire, e conseguentemente di abortire nuovamente, la riduzione delle IVG ripetute tra le sole cittadine italiane è maggiore rispetto a quella stimata sull'intera popolazione delle donne che effettuano IVG.

Nella tabella 2.15 sono descritte le percentuali di IVG per aborti volontari precedenti, in funzione della cittadinanza della donna e dell'area geografica di residenza. Nel 2021 i dati per cittadinanza della donna confermano che le straniere presentano valori percentuali di precedenti IVG nettamente superiori rispetto a quelli delle italiane (33,0% rispetto a 20,7%), anche se in diminuzione nel tempo (36,0% nel 2017).

Tabella 2.15. IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	Straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	15,6	22,8	3,2	6,4	1,4	3,2	20,2	32,5
CENTRO	15,0	23,3	2,8	7,3	1,2	4,1	19,0	34,7
SUD	16,8	20,4	4,2	8,5	2,2	4,1	23,2	33,0
ISOLE	15,1	20,2	3,2	7,2	1,2	2,6	19,4	30,0
ITALIA	15,8	22,6	3,4	6,9	1,6	3,5	20,7	33,0

Elaborazioni su dati Istat.

Nella tabella 2.16 è descritto il confronto tra la distribuzione delle IVG precedenti rilevate in Italia e in altri Paesi ad avanzato sviluppo economico. Il valore italiano relativo agli aborti ripetuti, come per gli anni passati, rimane il più basso a livello internazionale.

Tabella 2.16. IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2021)	75,9	17,6	4,3	2,1	24,0
	(2020)	75,5	17,9	4,6	2,0	24,5
	(2006)	73,0	18,6	5,5	3,0	27,1
INGHILTERRA E GALLES	(2021)	57,0	30,0	12,0*		42,0
OLANDA	(2020)	65,4	23,5	6,9	3,7	34,1
SPAGNA	(2020)	64,4	23,1	7,8	4,7	35,6
SVEZIA	(2018)	54,8	26,0	19,2*		45,2
USA	(2019)	58,2	23,8	10,5	7,5	41,8
REPUBBLICA CECA	(2020)	66,8	21,4	7,3	4,5	33,2

* ≥ 2 IVG precedenti

¹⁴ De Blasio R. Spinelli A. Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338.

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti in Italia conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e la tendenza al ricorso all'aborto volontario non è costante ma in diminuzione, specialmente se si esclude il contributo delle donne straniere. La spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. Percorso IVG

3.1 Documentazione e certificazione

La legge n. 194/78 prevede che la donna che desidera interrompere la gravidanza si rivolga a una struttura autorizzata per avviare l'iter che precede l'IVG e include un colloquio e la prescrizione di alcuni accertamenti (art. 5). Il medico redige il documento con il quale si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta di IVG di cui la donna riceve copia dopo aver firmato il documento redatto e sottoscritto dal medico. Trascorsi sette giorni dalla data della richiesta, come previsto dalla legge, la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per effettuare l'IVG. In caso di condizioni di urgenza o di richiesta di aborto oltre i 90 giorni, il medico delle strutture autorizzate rilascia un certificato che si differenzia dal documento rilasciato per i casi ordinari e non richiede l'attesa di 7 giorni per confermare la richiesta da parte della donna.

La Tabella 16 descrive la distribuzione percentuale dei documenti/certificati per luogo di rilascio. Anche per il 2021, i consultori familiari presentano la maggiore percentuale (42,8%) di rilascio di documenti e certificati per l'IVG, seguono in ordine di frequenza i servizi ostetrico-ginecologici dei presidi sanitari (34,9%) e il medico di fiducia (20,3%). Nel 2021 le Regioni nelle quali i consultori hanno rilasciato i documenti in percentuali molto superiori rispetto alla media nazionale sono le stesse degli anni precedenti: P.A. di Trento (74,7%), Emilia Romagna (73,4%), Umbria (67,8%), Marche (65,4%) e Piemonte (63,7%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale (26,4%) ed insulare (21,0%), dove la maggioranza dei documenti viene rilasciata dal servizio ostetrico-ginecologico (rispettivamente 42,9% e 58,7%). Per questa variabile solo la Regione Calabria (9,0%) presenta un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico).

Nella tabella 3.1 sono descritte le percentuali di IVG per luogo di rilascio del documento/certificato, in funzione della cittadinanza e dell'area geografica di residenza della donna. Si confermano le differenze per area geografica già descritte per il totale delle donne che richiedono IVG oltre a un maggior ricorso ai consultori da parte delle cittadine straniere rispetto alle italiane, in tutte le aree geografiche del Paese. Lo storico maggiore ricorso al consultorio familiare da parte delle straniere è verosimilmente determinato dalla bassa soglia di accesso di questi servizi spesso dotati della figura del mediatore culturale e conosciuti e utilizzati dalle cittadine straniere anche per l'assistenza al percorso nascita. Considerato il ruolo giocato dai consultori nella promozione della procreazione responsabile e nella riduzione delle IVG in Italia, è ragionevole immaginare che essi rappresentino un'opportunità anche per le donne straniere che hanno il vantaggio di essere già fidelizzate a questi servizi.

Tabella 3.1. IVG (%) per luogo di rilascio del documento/certificato, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	Italiane	straniere
NORD	52,0	61,0	21,2	15,5	24,9	21,8	1,9	1,7
CENTRO	39,8	44,9	13,6	16,3	44,2	35,9	2,4	2,8
SUD	25,5	33,0	29,8	21,8	42,7	43,7	1,9	1,5
ISOLE	20,0	28,9	18,5	16,7	59,3	53,1	2,2	1,3
ITALIA	38,8	53,4	21,8	16,3	37,4	28,3	2,0	1,9

Elaborazioni su dati Istat

Nella tabella 3.2 sono descritte le percentuali di IVG per luogo di rilascio del documento o certificato dal 1983 al 2021. Negli anni presi in esame, i consultori familiari hanno raddoppiato la frequenza di rilascio della documentazione per l'IVG con un incremento costante, passando dal 24,2% del 1983 al 42,8% del 2021.

Tabella 3.2. IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato – anni 1983-2021

	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
2004	32,2	30,8	35,1	1,8
2007	27,7	33,0	37,2	2,2
2009	27,5	31,2	39,4	1,9
2010	26,0	30,9	40,4	2,6
2011	25,3	30,5	40,7	3,4
2012	24,3	30,5	42,0	3,1
2013	22,9	32,3	41,6	3,1
2014	21,7	33,0	41,9	3,4
2015	21,4	33,0	42,3	3,3
2016	21,6	31,7	42,9	3,7
2017	21,0	31,3	43,6	4,0
2018	20,8	31,4	44,1	3,8
2019	19,9	33,4	44,2	2,5
2020	20,2	34,8	43,1	1,9
2021	20,3	34,9	42,8	2,0

Il servizio ostetrico-ginecologico dell'ospedale ha registrato un incremento leggermente inferiore, passando dal 21,4% nel 1983 al 34,9% nel 2021, mentre il medico di fiducia ha più che dimezzato la prestazione negli stessi anni, passando dal 52,9% al 20,3%. L'importanza del ruolo del consultorio nella prevenzione dell'IVG e nell'offerta di supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza è stata evidenziata anche dall'indagine nazionale promossa dal Ministero della Salute (CCM Azioni centrali 2017) e coordinata dall'ISS¹⁵. Nella Figura 19 sono descritte le principali attività che i 1.557 consultori coinvolti nell'indagine hanno riferito di offrire alle donne che accedono al percorso IVG. La quasi totalità offre sia il *counselling* prima dell'intervento sia informazioni sulle tecniche per l'esecuzione dell'IVG, senza sostanziali differenze per area geografica. Oltre l'80% riferisce di offrire un *counselling* psicosociale e oltre il 90% garantisce il rilascio del documento e del certificato necessari per prenotare l'intervento. Al contrario, solo poco più della metà dei consultori ha riferito di prenotare direttamente l'IVG in ospedale, indicatore di una scarsa integrazione tra strutture che andrebbe potenziata anche per

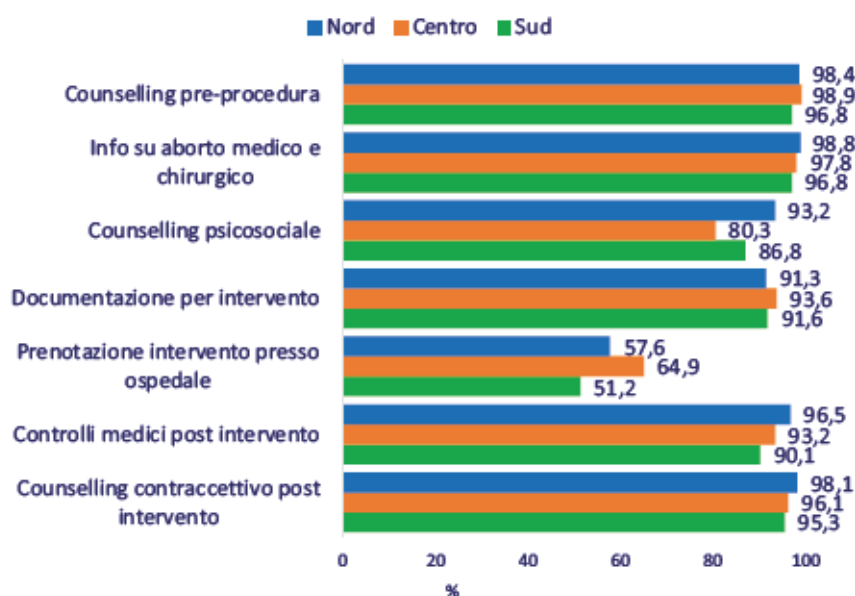
¹⁵ https://www.epicentro.iss.it/consultori/pdf/sintesi-risultati-28_11_19.pdf.

Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (Ed.). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1).

Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (Ed.). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Approfondimenti a livello regionale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 2).

favorire la fidelizzazione delle donne e il ritorno per il controllo post-IVG. I controlli medici e il *counselling* contraccettivo post-IVG sono offerti dalla quasi totalità dei consultori senza differenze per area geografica.

Figura 19 – Attività offerte alle donne che accedono al percorso IVG per area geografica (%) Anno 2018



La Tabella 17 descrive il numero assoluto di consultori familiari pubblici e privati funzionanti nel 2021 per Regione e il rispettivo tasso calcolato per 10.000 donne in età feconda e per 20.000 abitanti. Il *gold standard* raccomandato a livello nazionale è pari a un consultorio ogni 20.000 abitanti, come indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) e nella legge n. 34/96. Nel 2021 in Italia risultavano attivi 0,6 consultori familiari pubblici ogni 20.000 abitanti, in linea con il dato rilevato negli ultimi cinque anni e in leggera diminuzione rispetto agli anni precedenti, e solo Valle D'Aosta, Emilia-Romagna e Umbria presentano un tasso pari o superiore al *gold standard*. Nonostante il Progetto Obiettivo Materno Infantile e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2017 abbiano previsto organico e orari di lavoro delle equipe multi-professionali, i 1.871 consultori familiari pubblici censiti nel 2021 (1.925 nel 2020 e 1.944 nel 2016) sembrano rispondere solo in parte a tali raccomandazioni e raramente risultano organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche organizzative e operative raccomandate. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la mancata integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla insufficiente presenza dei consultori sul territorio, compromettono il ruolo di questo servizio strategico per la prevenzione delle IVG e la promozione della salute sessuale e riproduttiva delle donne. I consultori familiari sono presidi unici nel contesto socio-sanitario del Paese, per le competenze multidisciplinari delle equipe professionali che sono in grado di identificare i determinanti di natura psico-sociale, sostenere la donna e la coppia nell'effettuare scelte consapevoli anche in caso di riconsiderazione delle motivazioni alla base della scelta, accompagnarli nel percorso IVG e promuovere la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

3.2 Urgenza

La Tabella 18 descrive la distribuzione percentuale delle procedure d'urgenza con cui l'IVG viene richiesta per Regione. Nel 2021 il ricorso alla procedura d'urgenza - prevista dal comma 3 dell'articolo 5 della legge n. 194/78 - ha riguardato il 24,8% dei casi rispetto al 25,0% del 2020, e a valori inferiori rilevati nel 2015 (16,7%) e 2011 (11,6%). Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Liguria (5,2%) e Calabria (22,6%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2021 è risultata pari al 19,0% al Nord, 41,4% al Centro, 26,6% al Sud e 11,7% nelle Isole. Il dato ha presentato una forte variabilità per Regione con percentuali molto più alte della media nazionale in Lazio (54,4%), Piemonte (41,4%), Abruzzo (35,5%), Toscana (32,0%) ed Emilia-Romagna (29,3%). L'aumento rilevato negli anni potrebbe essere una spia di liste di attesa e carenza di servizi disponibili per effettuare le IVG, oppure essere la conseguenza dell'aumento delle IVG farmacologiche che devono essere effettuate entro i 63 giorni previsti dalla circolare "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine", rilasciata dal Ministero della Salute il 12 agosto 2020. Questa seconda ipotesi sembra prevalere, considerata la maggiore proporzione di procedure d'urgenza (32,3%) per gli aborti farmacologici effettuati con Mifepristone associato o meno alle prostaglandine rispetto a quelle per intervento chirurgico con isterosuzione (15,8%) e con raschiamento (21,7%).

Nonostante la qualità del dato presenti elementi di criticità legati alle informazioni incomplete che richiedono prudenza nella loro interpretazione, l'urgenza della procedura risulta richiesta con maggiore frequenza in caso di diagnosi di malformazione fetale e in caso di aborti terapeutici oltre i 90 giorni di amenorrea rispetto alle IVG entro i 90 giorni.

3.3 Epoca gestazionale

La Tabella 19 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per settimana di gestazione e per Regione. L'epoca gestazionale alla quale viene effettuata l'IVG ha un particolare interesse clinico perché le complicanze dell'intervento sono più frequenti in caso di IVG a settimane gestazionali più avanzate.

Nel 2021 il 61,7% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane (rispetto al 56,0% del 2020), il 9,9% tra 11 e 12 settimane e il 6,7% dopo la 12esima settimana. La percentuale di IVG entro 8 settimane è aumentata negli anni (nel 2012 era pari al 41,8%), verosimilmente per l'aumento del ricorso all'aborto farmacologico che dal 2020 in Italia deve essere praticato entro le 9 settimane di gestazione. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Umbria (21,1%), Basilicata (19,0%), Puglia (16,3%), e Calabria (10,9%).

Per le differenze relative alla distribuzione delle IVG per epoca gestazionale si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, seppur entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella 3.3, infatti, le IVG effettuate tra 11 e 12 settimane sono state il 12,0% tra le straniere e il 9,1% tra le italiane.

Tabella 3.3. IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Epoca gestazionale							
	≤ 8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	61,8	59,1	19,7	23,8	10,3	12,6	8,2	4,4
CENTRO	66,8	58,3	17,5	25,7	8,6	11,7	7,0	4,3
SUD	66,7	63,3	20,1	25,0	6,8	8,3	6,4	3,4
ISOLE	48,9	51,2	31,3	32,0	11,3	12,7	8,5	4,1
ITALIA	62,7	59,0	20,7	24,7	9,1	12,0	7,5	4,3

Elaborazioni su dati Istat.

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane rispecchia la disponibilità e la qualità dei servizi, oltre che il livello di integrazione con gli altri servizi coinvolti nel percorso IVG. Va tuttavia tenuto presente che alcune strutture non effettuano IVG oltre una definita epoca gestazionale (ad esempio oltre la decima settimana od oltre i primi 90 giorni) e questo potrebbe avere un peso nelle distribuzioni osservate.

Nel 2021 si è riscontrato un lieve aumento (6,7%) della percentuale di IVG eseguite oltre 12 settimane di gestazione rispetto ai dati degli anni precedenti (6,5% nel 2020, e 3,8% nel 2012). Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Sicilia e Provincia Autonoma di Bolzano hanno riportato percentuali di IVG oltre la dodicesima settimana superiori alla media nazionale (8-9%).

A differenza delle IVG entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano per lo più gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso rispetto alle italiane, sia per minore conoscenza che per i costi delle procedure come descritto nel Rapporto ISTISAN 11/12.¹⁶

Nel 2021 le cittadine straniere hanno, infatti, riportato percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (4,3%) rispetto alle italiane (7,5%), verosimilmente anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata e per la loro maggior propensione ad avere gravidanze prima dei 30 anni, con conseguente minor rischio di malformazioni fetali che potrebbero portare alla richiesta di aborto terapeutico.

Si sottolinea anche la variabilità regionale che potrebbe essere dovuta a una maggiore disponibilità di servizi che effettuano le IVG oltre 90 giorni in alcune Regioni, come descritto nella tabella 3.4, che riporta la percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana.

Tabella 3.4. IVG (%) oltre la dodicesima settimana per Regione – anno 2021

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	6,0	Marche	5,4
Valle d'Aosta	0,9	Lazio	6,4
Lombardia	7,2	Abruzzo	6,7
Bolzano	8,1	Molise	0,4
Trento	6,4	Campania	4,8
Veneto	8,8	Puglia	7,5

¹⁶ Lauria L., Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).

Friuli Venezia Giulia	8,9	Basilicata	9,3
Liguria	4,9	Calabria	6,5
Emilia Romagna	6,0	Sicilia	8,4
Toscana	6,1	Sardegna	6,7
Umbria	5,8	ITALIA	6,7

Elaborazioni su dati Istat.

Si ricorda che le analisi delle IVG prima e dopo i 90 giorni descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si tratta di gravidanze perlopiù indesiderate che possono essere evitate mediante la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si tratta invece di gravidanze desiderate che si decide di interrompere in seguito a esiti sfavorevoli della diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre le prime tendono a ridursi nel tempo grazie alla maggiore competenza delle donne nel prevenire le gravidanze indesiderate, le seconde tendono ad aumentare a seguito del maggior ricorso alla diagnosi prenatale e dell'aumento dell'età materna al concepimento. Nel confronto tra Regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi questi aspetti.

La Tabella 20 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per settimana di gestazione ed età della donna. Le IVG effettuate a 11-12 settimane di gestazione, come negli anni passati, sono più frequenti tra le donne più giovani probabilmente per un ritardo nel ricorso ai servizi sanitari e per un peso relativo nella distribuzione percentuale visto che le ragazze più giovani ricorrono meno spesso alle IVG oltre il primo trimestre a seguito di diagnosi prenatale sfavorevole.

Nella tabella 3.5 sono riportati il numero assoluto, i tassi di abortività e la percentuale delle IVG effettuate dopo le dodici settimane gestazionali in Italia e in una selezione di Paesi ad avanzato sviluppo economico. Nonostante le differenze rilevate nei confronti internazionali siano spesso giustificate da una diversa legislazione e disponibilità di servizi, la percentuale italiana si mantiene in linea con la maggioranza dei dati riportati in tabella.

Tabella 3.5. IVG oltre la dodicesima settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2021)	63.653	5,7	6,7
	(2020)	66.413	5,8	6,5
	(2006)	131.018	11,1	2,9
GERMANIA	(2021)	94.596	4,3**	3,2
INGHILTERRA E GALLES	(2021)	214.256	18,6	6,0
NORVEGIA	(2021)	10.841	9,0**	4,5
OLANDA	(2020)	31.364	8,9	14,9
REPUBBLICA CECA	(2020)	16.886	7,2**	5,5
SVEZIA	(2021)	33.697	17,8	6,4
SVIZZERA	(2021)	11.049	6,7	5,0
CANADA	(2020)	74.155	10,1	13,2
FRANCIA	(2021)	223.282	14,9**	9,0

* 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. ** tasso di abortività 15-49 anni.

3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento

La Tabella 21 descrive i tempi di attesa tra rilascio del documento/certificato e l'IVG per Regione. Nel 2021 i tempi di attesa sono inferiori ai 14 giorni nel 78,4% dei casi, compresi tra 15 e 21 giorni nel 13,2%, tra 22 e 28 giorni nel 4,6% e oltre i 28 giorni nel 3,8%.

Tre Regioni presentano percentuali di tempi di attesa inferiori ai 14 giorni notevolmente più basse rispetto alla media nazionale: Veneto (57,3%), Lombardia (64,8%) e Sicilia (65,2%), suggerendo una possibile inappropriata delle procedure relative al percorso IVG. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Calabria (9,0%), Basilicata (6,8%) e Sardegna (6,2%).

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o certificazione per calcolare i tempi di attesa per l'intervento è disponibile solo dal 2000, quando è stata inserita nel questionario ISTAT. La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni ha subito un aumento continuo nel tempo passando dal 59,6% del 2011 al 78,4% del 2021. L'aumento dell'aborto farmacologico (cfr. paragrafo 3.7) è verosimilmente associato alla riduzione del tempo di attesa rilevata dopo il 2010. Nel 2021 la percentuale di IVG con tempi di attesa inferiori alle due settimane è stata infatti pari al 64,6% degli interventi chirurgici effettuati con isterosuzione compreso il metodo Karman, al 63,5% degli interventi chirurgici effettuati con raschiamento e all'88,1% degli interventi farmacologici effettuati con Mifepristone associato o meno alle prostaglandine. Anche l'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza (cfr. paragrafo 3.2), associato alla maggiore frequenza dell'aborto farmacologico, potrebbe aver giocato un ruolo nella riduzione dei tempi di attesa osservata nel 2021. Si segnala inoltre la riduzione della percentuale di informazioni non rilevate per questa variabile passata dal 4,2% del 2010 all'1,8% del 2021 che ha migliorato la qualità dei dati.

Nella tabella 3.6 sono descritte le percentuali di IVG per tempi di attesa in funzione della cittadinanza della donna e dell'area geografica. Nel 2021 sia nel Nord, specie in Lombardia e Veneto, sia nelle Isole i tempi di attesa di 22-28 giorni sono più frequenti rispetto al Centro-Sud, sia per le cittadine italiane che straniere.

Tabella 3.6. IVG (%) per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	76,4	75,4	13,8	13,9	5,0	4,9	4,7	5,8
CENTRO	86,6	83,2	8,9	11,2	2,8	3,3	1,7	2,3
SUD	83,4	80,8	11,0	12,5	2,6	3,1	2,9	3,6
ISOLE	68,2	71,9	20,2	18,9	7,2	6,6	4,4	2,6
ITALIA	79,5	77,7	12,8	13,3	4,2	4,4	3,6	4,6

Elaborazioni su dati Istat.

3.5 Luogo dell'intervento

La Tabella 23 descrive il luogo in cui sono state effettuate le IVG per Regione. Nel 2021 il 91,3% degli interventi è stato eseguito negli Istituti di cura pubblici, il 4,3% nelle cliniche convenzionate autorizzate, il 4,3% negli ambulatori pubblici (N=2.724) e lo 0,1% nei consultori familiari (N=51).

Come negli anni precedenti, in Puglia, Sardegna, Campania e nelle Marche la percentuale di interventi effettuati in casa di cura è stata maggiore della media nazionale, con percentuali comprese tra il 12,5% e il 17,8%. La percentuale di IVG eseguite negli ambulatori pubblici e nei consultori familiari, come previsto dalla Circolare del Ministero della Salute dell'agosto 2020, presenta differenze significative per area geografica e per Regione. Solo tre Regioni hanno registrato oltre il 5% di interventi in sede ambulatoriale: in Toscana risultano 1.588 (37,1%) IVG effettuate in regime ambulatoriale, in Liguria e in Lombardia rispettivamente 232 (11,7%) e 563 (5,2%); altre dieci Regioni (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna) hanno avviato il servizio eseguendo complessivamente meno del 5% (N=341) delle IVG in regime ambulatoriale e otto Regioni (Valle D'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Molise, Campania e Puglia) non hanno offerto questa opportunità alle donne (Tabella 23). Le 51 IVG segnalate come eseguite nei consultori familiari sono state tutte rilevate nel Lazio che nel 2021 è l'unica Regione ad aver attivato l'offerta di IVG farmacologica presso questi servizi territoriali.

Nella tabella 3.7 sono descritte le percentuali di IVG per luogo di intervento dal 1983 al 2021. Dopo diversi anni di stabilità del dato, il 2021 è il primo anno in cui si registra una riduzione della percentuale di IVG effettuate dagli Istituti di cura pubblici a favore delle IVG eseguite negli ambulatori pubblici e nei consultori familiari.

Tabella 3.7. IVG (%) per luogo di intervento – anni 1983-2021

	Istituto Pubblico	Casa di cura convenzionata	Ambulatorio/ Consultorio Familiare
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
2004	91,2	8,8	0,0
2007	91,6	8,4	0,0
2011	92,1	7,9	0,0
2013	93,5	7,5	0,0
2014	94,2	5,8	0,0
2015	94,3	5,7	0,0
2016	94,5	5,5	0,0
2017	95,6	4,4	0,0
2018	95,2	4,8	0,0
2019	95,3	4,7	0,0
2020	95,2	4,8	0,0
2021	91,3	4,3	4,4*

*Il 4,3% delle IVG sono state effettuate in ambulatorio e lo 0,1% in consultorio familiare

Nella tabella 3.8 sono descritte le percentuali di IVG per luogo di intervento, in funzione della cittadinanza della donna e dell'area geografica. Le cittadine straniere ricorrono meno spesso alle case di cura convenzionate rispetto alle italiane, specie nelle Regioni del Sud.

Tabella 3.8. IVG (%) per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura convenzionate	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	99,5	99,2	0,5	0,8
CENTRO	99,1	98,5	0,9	1,5
SUD	86,4	93,4	13,6	6,6
ISOLE	93,2	94,6	6,8	5,4
ITALIA	95,1	98,3	4,9	1,7

Elaborazioni su dati Istat.

La Tabella 4.1 (Capitolo 4) descrive il numero di punti IVG (sedi ospedaliere con reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia, ambulatori, consultori familiari) che effettuano IVG per Regione. Nel 2021, a livello nazionale sono state notificate 562 sedi ospedaliere, delle quali 335 hanno effettuato IVG (59,6% del totale), una proporzione leggermente inferiore rispetto al 63,8% rilevato nel 2020.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

La Tabella 24 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per tipo di anestesia praticata, per Regione. Nel 2021, per la prima volta in assoluto, la modalità “nessuna anestesia” è stata la prima per frequenza (39,8%), seguita da anestesia generale (27,8%), sedazione profonda (21,8%), altre tecniche (4,8%), analgesia (4,6%) e anestesia locale (1,5%).

Per la variabile “anestesia” si rileva che le seguenti Regioni presentano un’informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Liguria (14,5%), Calabria (9,7%), Umbria (8,4%).

L’IVG senza alcuna anestesia è cresciuta a causa della maggiore diffusione dell’aborto farmacologico effettuato con Mifepristone e prostaglandine, che è passato dal 6,7% del 2011 al 31,9% del 2020 e al 45,3% del 2021. Conseguentemente, si è osservata una diminuzione del ricorso all’anestesia generale e alla sedazione profonda, che sono state le tecniche adottate più frequentemente negli anni passati. L’anestesia generale è diminuita passando dall’80,1% del 2012, al 37,7% del 2020 e al 27,8% del 2021, con una forte variabilità per area geografica e per Regione, speculare all’offerta dell’aborto farmacologico. La modalità “sedazione profonda”, introdotta nel questionario ISTAT nel 2012, è passata dal 2,0% dello stesso anno al 24,0% del 2020 e 21,5% del 2021 con percentuali maggiori al Sud e nelle Isole che hanno mantenuto valori analoghi al 2020 e inferiori al Centro-Nord. Nel 2021 la “sedazione profonda”, risulta largamente utilizzata in singole Regioni di tutte le aree geografiche: Veneto (51%), Marche (55%), Campania (44%) e Sicilia (33,8%). I dati evidenziano un’ulteriore riduzione del ricorso all’anestesia locale che nel 2020 riguardava il 2,6% di tutte le IVG, nonostante le indicazioni formulate a livello internazionale¹⁷ che in caso di

¹⁷ RCOG. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline n.7*. London: RCOG Press; 2011; WHO. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, WHO 2012; WHO. *Abortion care guideline*. Geneva: WHO 2022.

isterosuzione raccomandano l'anestesia locale piuttosto che quella generale per minori rischi per la salute della donna. Peraltro l'anestesia locale comporta una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e, di conseguenza, minori costi. Poiché la richiesta di analisi pre intervento è diversa tra Regioni e tra servizi IVG all'interno della stessa Regione, il progetto CCM coordinato dall'ISS (cfr. paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali") predisporrà delle indicazioni alla luce delle più recenti evidenze scientifiche con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza assistenziale al percorso IVG.

Nella tabella 3.9 sono riportate le distribuzioni percentuali del tipo di anestesia praticata per cittadinanza della donna e area geografica. L'anestesia locale viene utilizzata poco e quasi esclusivamente al Centro. Rispetto alle cittadine italiane le straniere residenti al Sud e nelle Isole presentano percentuali più elevate di anestesia generale e molto inferiori di IVG senza alcuna anestesia, in linea con il minor ricorso alla IVG farmacologica.

Tabella 3.9. IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra		Nessuna	
	Ital.	Stran.	It.	Str.	It.	Str.	It.	Str.	It.	Str.	It.	Str.
NORD	25,7	28,6	1,3	1,4	6,9	7,4	20,0	22,5	8,3	4,4	37,9	18,2
CENTRO	19,2	20,7	3,6	4,4	1,3	1,2	15,0	21,3	2,5	1,0	58,5	23,0
SUD	32,2	38,6	0,2	0,4	2,9	4,0	22,8	22,2	1,2	0,2	40,6	4,2
ISOLE	39,8	38,6	0,2	0,2	3,0	2,1	32,2	31,0	1,7	0,2	23,1	3,3
ITALIA	27,8	28,0	1,3	2,0	4,3	5,4	21,1	22,5	4,5	2,1	41,1	13,6

Elaborazioni su dati Istat.

3.7 Tipo di intervento

La Tabella 25 descrive la distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento. Nel 2021, per la prima volta in assoluto, le IVG farmacologiche, effettuate con Mifepristone associato o meno a prostaglandine o con sole prostaglandine (48,3%), presentano una frequenza quasi pari a quelle chirurgiche effettuate con isterosuzione o raschiamento (50,7%). Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Basilicata (6,3%), Calabria (9,0%).

Nella tabella 3.10 sono descritte le percentuali di IVG per tipo di intervento negli anni compresi tra il 1983 e il 2021.

Tabella 3.10. IVG (%) per tipo di intervento – anni 1983-2021

	Raschiamento	Isterosuzione	Altro
1983	24,5	75,0	0,6
1987	17,8	81,6	0,5
1991	15,8	83,6	0,6
1995	14,9	82,3	2,8
2000*	15,6	83,1	1,3
2004*	13,3	85,1	1,6
2007*	11,2	86,2	2,5

2009*	12,6	84,9	2,4
2010**	11,4	83,2	5,4
2011**	11,4	79,4	9,1
2012**	11,7	77,6	10,7
2013***	9,9	75,6	14,5
2014***	9,1	74,8	16,2
2015***	9,3	72,6	18,2
2016 ^a	11,4	69,0	19,6
2017 ^a	11,6	66,5	22,0
2018 ^a	10,8	63,6	25,7
2019 ^a	10,9	60,4	28,8
2020 ^a	8,6	55,7	35,6
2021 ^a	8,0	42,7	49,3

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati - ** esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce "Altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Come negli anni precedenti, nel 2021 l'isterosuzione è stata la tecnica più utilizzata per l'aborto chirurgico, ed è ancora quella prevalente in alcune Regioni specie nell'Italia del Sud (51,1%) e nelle Isole (57,7%). Le Marche (73,6%), il Molise (71,5%) e la P.A. di Bolzano (68,0%) sono le Regioni con le più alte percentuali di isterosuzione (Tabella 25). Occorre inoltre tener presente che all'interno di ogni Regione elaborazioni ad hoc dei dati Istat hanno rilevato anche differenze tra ospedali per quanto riguarda il tipo di intervento con cui vengono effettuate le IVG.

Nel 2021 il raschiamento è stato praticato nello 8,0% delle IVG, in lieve diminuzione rispetto al periodo 2016-2020. Alcune Regioni meridionali e insulari, soprattutto la Sardegna dove questa tecnica è stata utilizzata nel 24,9% dei casi rispetto al 30,4% del 2020, mantengono percentuali superiori alla media nazionale, mentre altre (Piemonte, P.A. di Trento, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Basilicata) presentano proporzioni inferiori al 5%. Poiché il raschiamento è associato a un maggior rischio di complicanze per la donna, il progetto CCM coordinato dall'ISS (cfr. paragrafo "Progetto CCM – azioni centrali"), con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza dell'esecuzione delle IVG chirurgiche, prevede di identificare le Regioni e i singoli servizi che utilizzano la tecnica del raschiamento in percentuale maggiore del 15% per promuovere, tramite interventi di *audit & feedback*, la sua sostituzione con la tecnica dell'isterosuzione meno rischiosa per la salute delle donne.

Nonostante dal 2005 pochi ospedali avessero iniziato a utilizzare l'RU486 per l'aborto farmacologico, l'iter di autorizzazione in commercio del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009 con il parere favorevole dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Nel 2010-2011 il Ministero della Salute ha richiesto all'ISS di monitorare le IVG farmacologiche che non potevano ancora essere segnalate attraverso la scheda D12 dell'Istat. È stato pertanto predisposto un questionario trimestrale che ha affiancato quello del Sistema di Sorveglianza coordinato dall'ISS e ha permesso di rilevare 3.836 IVG farmacologiche effettuate nel 2010 (3,3% del totale delle IVG) e 7.432 nel 2011 (6,7%) anno in cui tutte le Regioni, ad eccezione delle Marche, offrivano l'aborto farmacologico alle donne residenti. Il dettaglio di questo monitoraggio è disponibile nel Rapporto del Ministero della Salute "Interruzione Volontaria di Gravidanza con Mifepristone e prostaglandine. Anni 2010-2011" disponibile sul portale del Ministero della Salute.

Con la circolare di aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine", pubblicata dal Ministero della Salute il 12 agosto

2020, sono cambiate le modalità di esecuzione dell'aborto farmacologico in Italia. A seguito di tale circolare l'aborto farmacologico non deve più essere effettuato entro la settima settimana di gestazione, bensì fino a 63 giorni, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale. Inoltre la procedura non richiede più l'ospedalizzazione e può essere eseguita presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i consultori o in day hospital. Parallelamente l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha emanato la Determina n. 865 "Modifica delle modalità di impiego del Medicinale Mifegyne a base di Mifepristone (RU486)" che consente l'uso del Mifegyne, in associazione sequenziale con un analogo delle prostaglandine, fino al 63° giorno di età gestazionale e rimuove il vincolo che imponeva il ricovero *"dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento"*.

Per superare le limitazioni all'uso dell'associazione Mifepristone e Misoprostolo fino al 63° giorno di amenorrea anche in sede extra-ospedaliera, l'AIFA ha rilasciato una nuova determina – pubblicata in GU il 29 settembre 2022 – che, in aggiunta agli schemi posologici già approvati, inserisce nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (ai sensi della legge n. 648/1996), la combinazione di 200 mg di Mifepristone orale seguiti, a distanza di 36-48 ore, da 800 µg di Misoprostolo, da assumere per via orale, sublinguale o vaginale. La nuova determina AIFA ammettendo l'uso off label del Misoprostolo che può essere somministrato anche presso le strutture non ospedaliere con le stesse modalità già previste per il Mifepristone facilita l'offerta dell'IVG farmacologica nei servizi extra-ospedalieri come previsto dalla circolare Ministeriale dell'agosto 2020.

Pertanto, la modalità di somministrazione del Mifepristone attualmente prevede fino al 63° giorno di amenorrea Mifepristone assunto in un'unica dose orale seguita, a 36-48 ore di distanza, dalla somministrazione dell'analogo delle prostaglandine Misoprostolo per via orale, sublinguale o vaginale, oppure Gemeprost per via vaginale.

Nel 2021 tutte le Regioni hanno fornito l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come richiesta nel questionario Istat che prevede la distinzione in "Solo Mifepristone", "Mifepristone + prostaglandine" e "Sola Prostaglandina"; la percentuale di dati non rilevati è stata pari allo 0,9% rispetto al 1,3% del 2020.

Stratificando il dato relativo all'aborto farmacologico per epoca gestazionale è possibile distinguere le IVG eseguite entro 90 giorni da quelle oltre i 90 giorni. Come descritto nel dettaglio nel paragrafo 3.3 – Epoca Gestazionale, le IVG oltre la dodicesima settimana sono il 6,7% del totale delle IVG rilevate nel 2021, in linea con la percentuale riportata da altri Paesi con sistemi socio-sanitari analoghi all'Italia.

I dati presentati a seguire descrivono l'aborto farmacologico entro i 90 giorni e includono le IVG effettuate mediante somministrazione del Mifepristone in associazione alle prostaglandine che rappresenta la modalità utilizzata più frequentemente (N = 28.566, 45,3% di tutti gli aborti effettuati in Italia nel 2021) e che permette il confronto con gli anni precedenti.

Nel 2021 il ricorso all'aborto farmacologico con Mifepristone e prostaglandine ha presentato un'ulteriore crescita (45,3%) rispetto al 2020 (31,9%) e il suo uso ha riguardato tutte le Regioni nonostante persista una forte variabilità interregionale sia per quanto riguarda il numero di strutture che lo offrono che per il numero di interventi effettuati. Valori percentuali più elevati della media nazionale sono stati rilevati in 12 Regioni: Liguria (72,5%), Basilicata (72,0%), Calabria (72,0%), P.A. di Trento (67,6%), Emilia Romagna (64,9%), Piemonte (62,0%), Friuli Venezia Giulia (55,7%), Toscana (54,9%), Lazio (54,6%), Umbria (53,4%), Puglia (48,5%) Valle D'Aosta (48,2%), come descritto in Tabella 25.

Non sono state rilevate sostanziali differenze nelle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno effettuato una IVG farmacologica, anche se in generale sono donne meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili rispetto a quelle che hanno abortito con altra metodica.

Nella tabella 3.11 sono descritte le percentuali di IVG per tipo di intervento, in funzione della cittadinanza della donna e dell'area geografica. Le cittadine italiane ricorrono più spesso delle straniere all'aborto farmacologico rispetto all'isterosuzione e al raschiamento, ad eccezione del Sud.

3.11. IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica – anno 2021

	Tipo di intervento									
	Raschiamento		Isterosuzione		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Prostag. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	10,1	11,3	35,0	40,4	2,5	2,2	49,3	43,9	2,9	2,1
CENTRO	4,5	5,7	36,2	47,8	1,2	0,9	54,9	43,4	3,2	2,3
SUD	3,2	4,9	50,6	55,1	1,1	1,1	43,5	37,9	1,7	1,1
ISOLE	14,2	10,1	57,4	59,9	2,5	2,0	23,5	26,0	2,5	2,0
ITALIA	7,5	9,3	42,1	44,3	1,9	1,8	46,0	42,6	2,6	2,0

Elaborazioni su dati Istat.

Nella tabella 3.12 sono descritti i numeri assoluti e la percentuale di IVG farmacologiche, eseguite con Mifepristone associato a prostaglandine, oltre al numero di Regioni che le hanno effettuate dal 2005 al 2021.

3.12. IVG farmacologiche (numero assoluto e %) e Regioni che la offrono – anni 2005-2021

Anno	2005	2009	2010	2011	2013	2014	2017	2018	2019	2020	2021
N. di IVG farmacologiche*	132	857	3.836	7.432	8.114	10.257	14.267	15.750	17.799	20.902	28.566
% sul totale IVG	0,1	0,7	3,3	6,7	9,7	12,9	17,8	20,8	24,9	31,9	45,3
N. Regioni	2	5	18	20	20	21	21	21	21	21	21

*Mifepristone associato a prostaglandine

La crescita continua del ricorso all'aborto farmacologico entro i 63 giorni di gestazione, in linea con quanto osservato a livello internazionale, conferma la scelta delle donne per una pratica raccomandata dalle linee guida elaborate dall'OMS nel 2012 ed aggiornate nel 2022 e da altre Agenzie internazionali di salute pubblica¹⁸.

3.8 Durata della degenza

La Tabella 26 descrive il numero assoluto e la distribuzione percentuale del numero di giorni di ricovero effettuati dalle donne a seguito dell'IVG per Regione. Nel 2021 il 90,3% degli interventi è

¹⁸ WHO. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO 2012; WHO. *Abortion care guideline*. Geneva: WHO; 2022. RCOG. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline n.7*. London: RCOG Press; 2011

stato eseguito in regime ambulatoriale senza ricovero ordinario. Nel 2,5% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte e nel 7,1% per 2 o più giorni. L'Italia settentrionale e insulare presenta percentuali di ricovero in regime ambulatoriale senza ricovero ordinario inferiori alla media nazionale e pari, rispettivamente, al 93,1% e 85,4%. Le differenze tra Regioni meritevoli di attenzione riguardano il Piemonte, il Veneto e la Sicilia che presentano, rispettivamente, percentuali di ricovero per due o più giorni pari al 20,6%, 12,9% e 13,4% che necessitano di approfondimento. Per questa variabile le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Umbria (13,1%), Calabria (8,9%), Basilicata (8,5%).

Nella tabella 3.13 sono descritte le percentuali di IVG per durata della degenza e per area geografica. Nel 2021 il ricovero in regime ambulatoriale senza ricovero ordinario è cresciuto rispetto al 2020 e si è conseguentemente ridotta la percentuale di donne con ricoveri di uno o più giorni. Nelle Isole si rilevano tuttavia valori maggiori di IVG con 2 o più giorni di ricovero.

Tabella 3.13. IVG (%) per durata della degenza e per area geografica – anni 2020-2021

	Regime ambulatoriale senza ricovero ordinario		Ricovero ordinario - giorni di degenza			
			1		≥ 2	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
NORD	86,6	87,8	5,5	3,5	7,9	8,6
CENTRO	94,8	94,9	1,7	1,3	3,6	3,8
SUD	88,5	93,1	2,8	1,4	8,7	5,4
ISOLE	79,1	85,4	7,7	2,4	13,3	12,3
ITALIA	88,1	90,3	4,3	2,5	7,6	7,1

Nella tabella 3.14 sono riportate le percentuali di IVG per durata della degenza dal 1983 al 2021. La percentuale di donne che effettuano l'IVG in regime ambulatoriale senza ricovero ordinario è molto cresciuta fino al 2010 per poi stabilizzarsi e registrare un ulteriore lieve aumento nel 2021.

Tabella 3.14. IVG (%) per durata della degenza – anni 1983-2021

	Regime ambulatoriale senza ricovero ordinario	Ricovero ordinario - giorni di degenza	
		1	≥ 2
1983	47,5	30,5	22,0
1991	72,9	19,0	8,0
2000	83,1	12,2	4,7
2004	90,0	6,2	3,7
2007	91,2	6,2	2,6
2008	92,6	4,8	2,7
2009	93,6	3,9	2,5
2010	92,1	4,9	2,9
2011	90,3	5,8	3,9
2012	89,9	5,7	4,3
2013	88,6	6,5	4,8

2014	87,6	5,9	6,6
2015	89,8	4,6	5,6
2016	88,9	5,0	6,0
2017	90,1	3,8	6,1
2018	88,5	4,8	6,7
2019	88,9	4,0	7,1
2020	88,1	4,3	7,6
2021	90,3	2,5	7,1

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

La Tabella 27 descrive il numero assoluto e la distribuzione percentuale delle complicanze associate agli interventi di IVG per Regione. Dal 2015 il questionario ISTAT permette di segnalare più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto che nel 2021 ha riguardato 827 casi pari al 1,33%.

Oltre questo evento avverso, nel 2021 sono state registrate 8,1 complicanze ogni 1.000 IVG, l'emorragia è stata la più frequente segnalata in 239 casi pari al 3,8 per mille del totale, l'infezione in 18 casi pari allo 0,3 per mille. Considerati i piccoli numeri non si rilevano sostanziali differenze per Regione. La categoria altro riguarda il 4 per mille del totale delle IVG ma non disponiamo di alcuna specifica. Non si sono osservate differenze per cittadinanza delle donne.

In linea con la letteratura, le IVG effettuate oltre i 90 giorni, che riguardano il 6,7% del totale degli aborti effettuati nel 2021, a causa della maggiore epoca gestazionale presentano complicanze più frequenti rispetto a quelle effettuate ≤ 90 giorni. Il 98,6% delle IVG ≤ 90 giorni non presentano alcuna complicanza mentre per le IVG oltre i 90 giorni la percentuale di assenza di complicanze è pari all'85,8%. Per la variabile "complicanze" le seguenti Regioni presentano un'informazione mancante superiore al 5% (valore soglia considerato fisiologico): Liguria (22,9%), Umbria (18,1%), Calabria (9,7%).

Nella tabella 3.15 sono descritte le percentuali di complicanze delle IVG effettuate entro i 90 giorni in funzione del metodo utilizzato per eseguire l'IVG. L'emorragia è stata segnalata raramente, più spesso a seguito di raschiamento (0,7%) mentre il mancato o incompleto aborto seguito da intervento chirurgico è stato segnalato complessivamente nello 0,8% delle IVG <90 giorni. In linea con i dati della letteratura internazionale, questa complicanza è più frequente in caso di aborto farmacologico con Mifepristone e prostaglandina rispetto all'IVG chirurgica.

Tabella 3.15. Complicanze (%) associate alle IVG <90 giorni per metodo utilizzato – anno 2021

Complicanze	Raschiamento	Isterosuzione	Mifepristone + prostaglandina
Nessuna	98,86	99,50	97,78
Emorragia	0,71	0,20	0,29
Infezione	0,00	0,00	0,02
Mancato/incompleto aborto seguito da intervento chirurgico	0,32	0,20	1,43

Elaborazioni su dati Istat

PAGINA BIANCA

4. Offerta del servizio IVG e obiezione di coscienza

Ad integrazione dei dati rilevati dal sistema di sorveglianza delle IVG, in continuità con le Relazioni presentate al Parlamento negli ultimi anni, si riportano i dati raccolti ed elaborati dal Ministero della Salute al fine di approfondire l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere sull'accesso al servizio IVG da parte delle donne e sul carico di lavoro degli operatori sanitari non obiettori.

A tal fine è stato concordato con i rappresentanti delle Regioni e delle Province Autonome, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della legge n. 194/78 istituito presso il Ministero della Salute, di monitorare il fenomeno tramite tre parametri:

- ✓ **parametro 1:** *percentuale di strutture ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ostetricia e/o ginecologia che effettuano IVG*
- ✓ **parametro 2:** *punti IVG (strutture ospedaliere, case di cura private autorizzate, ambulatori ospedalieri e territoriali e consultori familiari) disponibili ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni)*
- ✓ **parametro 3:** *numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore*

PARAMETRO 1: percentuale di strutture ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ostetricia e/o ginecologia che effettuano IVG

Questo parametro permette di valutare la disponibilità di strutture che effettuano IVG rispetto al totale delle sedi ospedaliere e case di cura autorizzate dotate di reparto di ostetricia e/o ginecologia nelle Regioni. Dall'analisi dei dati pervenuti dalle Regioni attraverso il monitoraggio ad hoc effettuato dal Ministero della Salute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'Istat, emerge che a livello nazionale, nel 2021, il numero totale delle sedi ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ostetricia e/o ginecologia è pari a 562, mentre quelle che effettuano le IVG sono 335 cioè il 59,6% del totale (nel 2020 erano 357 su 560, pari al 63,8% del totale).

La tabella 4.1 mostra il confronto tra il totale delle sedi ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ginecologia e/o ostetricia e quelle che effettuano IVG per ogni Regione nell'anno 2021. I dati sono in linea con quanto rilevato negli anni precedenti; solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania) si rileva un numero di strutture inferiore al 30% di quelle censite, come evidenziato anche nella Figura 20. In 8 Regioni la percentuale di strutture risulta superiore al 70%.

Tabella 4.1. Strutture ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ostetricia e/o ginecologia che hanno effettuato IVG nel 2021 e Parametro 1 (percentuale di strutture ospedaliere e case di cura autorizzate con reparto di ostetricia e/o ginecologia che effettuano IVG) – anno 2021

Regione	Strutture* con reparto di ostetricia e/o ginecologia	Strutture* con reparto di ostetricia e/o in cui si pratica IVG	Percentuale di strutture che effettuano IVG (Par.1)
Piemonte	31	25	80,6%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%
Lombardia	84	52	61,9%
P.A. Bolzano	8	2	25,0%
P.A. Trento	6	3	50,0%
Veneto	37	29	78,4%
Friuli-Venezia Giulia	11	9	81,8%
Liguria	14	12	85,7%
Emilia-Romagna	48	28	58,3%
Toscana**	36	27	75,0%
Umbria	12	10	83,3%
Marche	14	13	92,9%
Lazio	44	20	45,5%
Abruzzo	13	9	69,2%
Molise	3	1	33,3%
Campania	69	18	26,1%
Puglia	32	21	65,6%
Basilicata	7	4	57,1%
Calabria	14	9	64,3%
Sicilia	56	28	50,0%
Sardegna	22	14	63,6%
ITALIA	562	335	59,6%

* Sono state escluse le seguenti strutture: Policlinici universitari privati, IRCCS privati, IRCCS fondazione, Ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'articolo 1, ultimo comma, della legge n. 132/1968 (enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera), Case di cura private non accreditate, Istituti qualificati presidio della U.S.L., Enti di ricerca e Strutture Private accreditate per le quali le Regioni abbiano esplicitamente dichiarato di non essere autorizzate ad effettuare IVG.

** In 23 strutture della Regione Toscana sono state eseguite IVG farmacologiche sia presso il reparto di ostetricia e/o ginecologica sia in ambulatorio, ai sensi della Circolare del 12 agosto 2020 – Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine".

Fonti dati: - Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza
 - Ministero della Salute - Posti letto per stabilimento ospedaliero e disciplina
 - Ministero della Salute - Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza

PARAMETRO 2: punti IVG (strutture ospedaliere, case di cura private autorizzate, ambulatori ospedalieri e territoriali e consultori familiari) disponibili ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni)

Questo parametro permette di valutare la disponibilità di strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile residente nelle diverse Regioni e rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della l. n. 194/78 contestualizzando i dati delle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 2,8 punti IVG, con variazioni notevoli a livello regionale: i valori più bassi si registrano in Campania (1,5 punti IVG per 100.000 donne in età fertile), Molise (1,8) e P.A. di Bolzano (1,8), mentre il valore più alto, pari a 5,8 punti IVG per 100.000 donne in età fertile, si registra in Umbria.

Le figure 20 e 21 permettono di evidenziare come il Parametro 2, rapportando il numero di punti IVG alle donne residenti in età riproduttiva e non alle strutture sanitarie che offrono l'intervento, descriva in maniera più affidabile la possibilità di accedere ai servizi IVG nelle diverse Regioni.

A livello nazionale sono presenti 399 punti nascita (3,3 per 100.000 donne in età fertile), rispetto a 340 punti IVG (2,8 per 100.000 donne in età fertile). In 6 regioni il numero dei punti IVG è maggiore di quello dei punti nascita (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Sardegna), in 3 regioni è uguale (Val d'Aosta, Abruzzo) o molto simile (Piemonte) (v. tab. 4.2).

I nati vivi in Italia nel 2021 sono stati 400.249 (fonte ISTAT); nello stesso anno le IVG sono state 63.653, con un rapporto di 6,3:1. Cioè a fronte di 10 aborti si contano 63 nascite.

A livello nazionale, ogni 100.000 donne in età fertile, si contano 3,3 punti nascita e 2,8 punti IVG con un rapporto di 1,2:1., garantendo l'adeguata copertura della rete di offerta. Posto che nel 2021 si contano complessivamente 399 Punti nascita e 340 Punti IVG (v. tab. 4.2, pag. 63), alla stregua dei dati prima riportati (numero nati vivi e numero IVG), per ogni mille nascite si conta un punto nascita, mentre per ogni mille IVG si contano 5,3 punti IVG. In proporzione, esistono più punti IVG che punti nascita.

In ogni caso, considerando sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate.

Figura 20 - Percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano IVG (Parametro 1) – anno 2021

Figura 21 – Punti IVG per 100.000 donne in età 15-49 anni (Parametro 2) – anno 2021

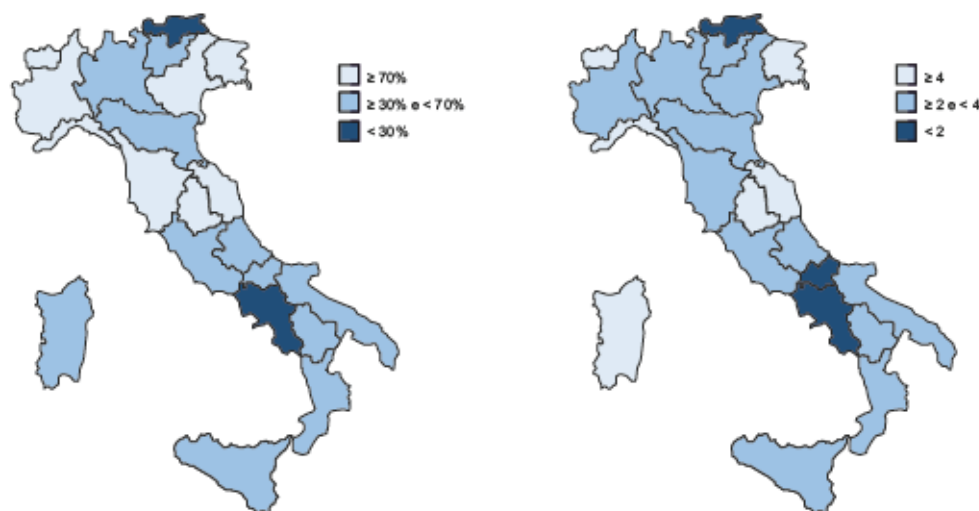


Tabella 4.2. Confronto tra numero di punti IVG e numero di punti nascita in termini assoluti e in rapporto a 100.000 donne in età fertile (Parametro 2) – anno 2021

Regione	N. Punti IVG	N. Punti nascita	Punti IVG* per 100.000 donne in età fertile (15-49) (Par.2)	Punti nascita per 100.000 donne in età fertile (15-49) (Par.2)
Piemonte	25	26	3,1	3,2
Valle d'Aosta	1	1	4,2	4,2
Lombardia	52	55	2,6	2,7
P.A. Bolzano	2	5	1,8	4,5
P.A. Trento	3	4	2,7	3,6
Veneto	29	32	3,0	3,3
Friuli-Venezia Giulia	9	10	4,0	4,5
Liguria	12	10	4,4	3,7
Emilia-Romagna	28	20	3,2	2,3
Toscana	27	24	3,8	3,3
Umbria	10	6	5,9	3,6
Marche	13	11	4,4	3,8
Lazio**	25	33	2,1	2,8
Abruzzo	9	9	3,6	3,6
Molise	1	3	1,8	5,3
Campania	18	52	1,5	4,2
Puglia	21	26	2,6	3,2
Basilicata	4	5	3,7	4,6
Calabria	9	11	2,3	2,8
Sicilia	28	45	2,8	4,4
Sardegna	14	11	4,5	3,6
ITALIA	340	399	2,8	3,3

* strutture ospedaliere, case di cura autorizzate, ambulatori ospedalieri e territoriali e consultori familiari.

** Nella Regione Lazio sono state eseguite IVG, oltre che nelle strutture ospedaliere e case di cura autorizzate, in 4 consultori familiari e 1 poliambulatorio ai sensi della Circolare del 12 agosto 2020 – Aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”.

Fonti dati: - Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza
- Ministero della Salute – Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza
- Ministero della Salute – Rapporto Cedap 2021 per il numero di punti nascita
- ISTAT per la popolazione femminile in età fertile

PARAMETRO 3: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore

Questo parametro permette di valutare il carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore che effettua IVG. Il parametro 3 è calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture ospedaliere e case di cura autorizzate in cui si eseguono IVG, in rapporto a 44 settimane lavorative annuali (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei). Il parametro è calcolato sia a livello regionale sia a livello di singola struttura, per individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

La Tabella 28 presenta i dati, in valore assoluto e percentuale, relativi al personale obiettore tra i ginecologi, gli anestesisti e il personale non medico, sulla base di quanto riferito dalle Regioni.

La tabella 4.3 mostra il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore (parametro 3) dal 2017 al 2021, con valori in diminuzione nel tempo.

Infatti, considerando 44 settimane lavorative all'anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore è pari a 0,9 IVG a settimana a livello nazionale, con un minimo in Valle d'Aosta, con una media settimanale di 0,3 IVG, e con un massimo in Molise, con una media settimanale di 2,8 IVG. Il dato nazionale è in costante diminuzione negli anni: erano 3,13 le IVG settimanali medie per ogni ginecologo non obiettore nel 1983; 2,49 nel 1992 e 1,68 nel 2011.

Il calo continuo del carico di lavoro per ogni ginecologo non obiettore è dovuto al fatto che mentre le IVG sono costantemente diminuite negli anni, il numero dei non obiettori è restato mediamente stabile, con oscillazioni nei primi anni di applicazione della legge ed una tendenza in crescita negli ultimi anni: in particolare, fra il 2014 e il 2021, mentre le IVG sono diminuite del 34%, da 96.578 a 63.653, i non obiettori sono aumentati del 14%, da 1408 a 1599 nel 2021. Di conseguenza è diminuito il carico di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore.

I ginecologici non obiettori ma non assegnati al servizio IVG, cioè personale che non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza, erano il 15% nel 2018, ultimo anno in cui tale dato è stato rilevato. La tendenza registrata era in aumento rispetto agli anni precedenti: erano il 9,8% nel 2017, 6,6% nel 2016. La rilevazione di questo dato sarà ripresa per il monitoraggio annuale.

Tabella 4.3. Parametro 3: numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – anni 2016-2021 e valore massimo per singola struttura nella Regione nel 2021 Carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore

Carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore						
Regione	2017	2018	2019	2020	2021	Valore massimo per singola struttura 2021
Piemonte	1,1	1,1	1,1	1,0	0,8	5,1
Valle D'Aosta	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3
Lombardia	1,2	1,1	1,1	0,8	0,8	2,5
P.A. Bolzano	2,3	2,4	1,5	1,1	0,6	0,7
P.A. Trento	0,7	0,9	0,8	0,5	0,4	0,4
Veneto	1,2	1,2	1,1	0,8	0,6	2,9

Friuli-Venezia Giulia	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,1
Liguria	1,0	1,0	0,8	1,0	0,7	3,0
Emilia-Romagna	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	2,8
Toscana	0,9	0,8	0,8	0,7	0,6	2,0
Umbria	1,1	0,8	0,8	0,8	0,6	2,0
Marche	0,9	0,8	0,9	0,8	0,7	2,3
Lazio	2,4	2,0	2,1	1,4	1,7	7,3
Abruzzo	2,1	1,7	1,9	1,5	2,0	11,8
Molise	8,6	3,8	6,6	2,9	2,8	2,8
Campania	3,6	N.P.	2,6	1,9	2,4	10,4
Puglia	2,7	2,0	2,6	2,0	2,1	7,1
Basilicata	3,1	1,5	1,3	1,2	1,0	1,3
Calabria	1,7	1,6	1,4	1,1	1,0	5,6
Sicilia	1,9	1,2	1,9	1,5	1,8	13,4
Sardegna	0,5	0,4	0,6	0,4	0,4	2,8
ITALIA	1,2	1,1	1,1	1,0	0,9	

Fonti dati: Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194/78; numerosità delle IVG per singolo presidio ospedaliero rilevata dalla piattaforma web Istat "GINO++"

(*) dato pervenuto in maniera parziale

La Tabella 4.4 mostra come nel corso degli anni il numero di ginecologi non obiettori non abbia subito importanti variazioni, restando mediamente stabile, con oscillazioni nei primi anni di applicazione della legge ed un trend in crescita negli ultimi anni, mentre il numero di IVG effettuate annualmente mostra una riduzione. Il carico di lavoro per i ginecologi non obiettori mostra un trend in netta diminuzione.

Tabella 4.4. Evoluzione storica dal 1983 al 2021 del numero di IVG, di ginecologi obiettori e del carico di lavoro annuale e settimanale per ginecologo non obietttore

Anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obietttore	N. IVG medio settimanale per ginecologo non obietttore (Par.3)
1983	233.976	1.697	137,9	3,13
1992	155.266	1.415	109,7	2,49
2001	132.234	1.913	69,1	1,57
2011	111.415	1.507	73,9	1,68
2013	102.760	1.490	69,0	1,57
2014	96.578	1.408	68,6	1,56
2015	87.639	1.480	59,2	1,35
2016	84.926	1.481	57,3	1,30
2017	80.733	1.488	54,3	1,23
2018	76.328	1.539	49,6	1,13
2019	73.207	1.488	49,2	1,12
2020	66.413	1.591	41,7	0,95
2021	63.653	1.599	39,8	0,90

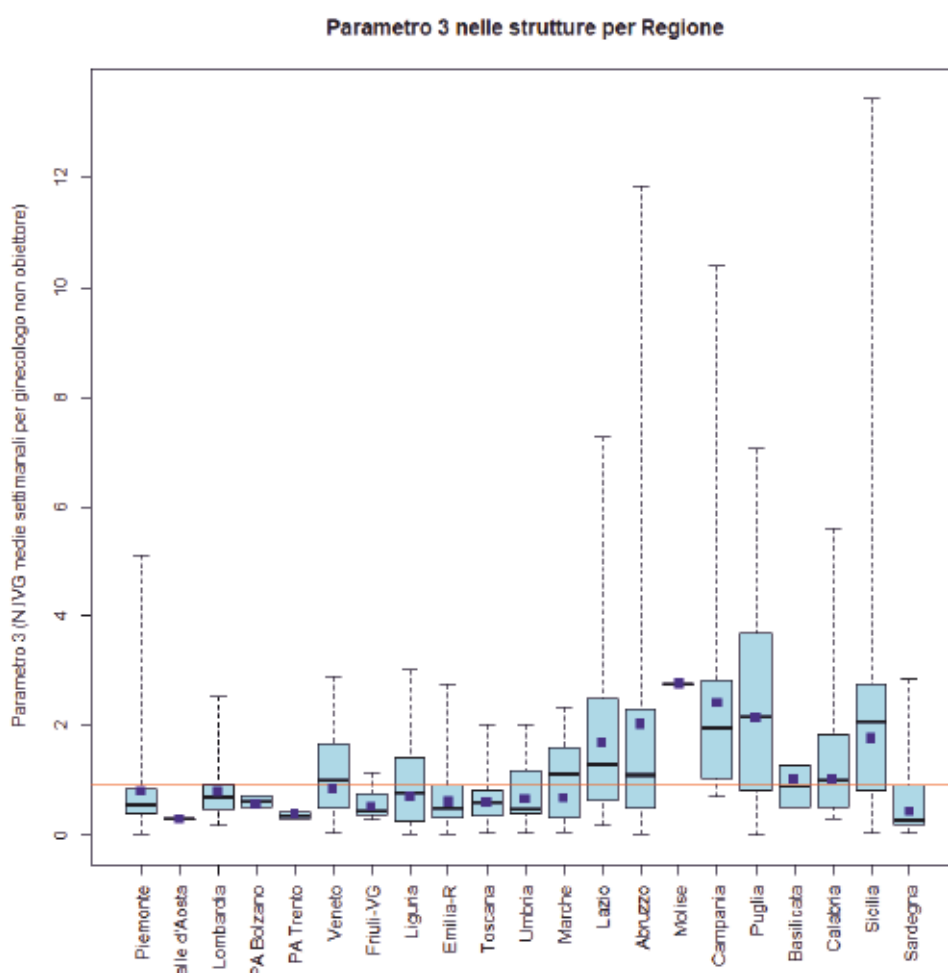
La Figura 22 rappresenta, tramite dei *box-plot*, la distribuzione per Regione delle strutture che effettuano IVG rispetto al parametro 3. Per ogni Regione sono riportati:

- valore massimo e minimo del parametro 3;
- primo e terzo quartile, che sono gli estremi del *box*;
- mediana (segmento nero);
- media regionale (quadrato blu).

La retta rossa orizzontale rappresenta la media nazionale del parametro 3.

Nella figura si può osservare in quali Regioni sono presenti delle strutture con un carico di lavoro settimanale per i ginecologi non obiettori più alto della media nazionale. In generale si rilevano delle criticità più diffuse nelle Regioni del Centro-Sud del paese.

Figura 22 – Parametro 3 (numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore) nelle strutture ospedaliere e case di cura autorizzate in cui si effettua IVG per Regione – anno 2021



Per un'analisi territoriale più approfondita, nell'Appendice B sono presenti dei grafici a dispersione che rappresentano la distribuzione dei punti IVG rispetto al numero di IVG eseguite e al parametro 3, separatamente per singola Regione.

I ginecologici non obiettori ma non assegnati al servizio IVG, cioè personale che non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza, erano il 15% nel 2018, ultimo anno in cui tale dato è stato rilevato. Il trend registrato era in aumento rispetto agli anni precedenti: erano il 9,8% nel 2017, 6,6% nel 2016. La rilevazione di questo dato sarà ripresa per il monitoraggio annuale: uno scarto consistente fra il numero dei ginecologi non obiettori e quello dei ginecologi assegnati ai servizi IVG potrebbe costituire una criticità importante per il servizio stesso.

Inoltre, si segnala che alcune strutture hanno dichiarato di aver effettuato IVG pur non avendo in organico ginecologi non obiettori, dimostrando la capacità organizzativa regionale di assicurare il servizio attraverso una mobilità del personale non obiettore presente in altre strutture, dando applicazione alla legge n. 194/78, quando all'articolo 9 dispone che: *"Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La Regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale"*.

Va anche ricordato che la concentrazione per determinate prestazioni sanitarie, tra cui l'IVG, in alcune strutture può essere il risultato di una programmazione delle amministrazioni nell'ambito dell'organizzazione delle reti dei servizi sanitari. Un monitoraggio dettagliato come quello proposto nella presente Relazione è comunque un supporto fondamentale per verificare l'offerta del servizio e i carichi di lavoro dei ginecologi non obiettori ed è stato proposto ai referenti regionali per una buona programmazione dei servizi.

5. Attività dei consultori familiari a sostegno del percorso IVG

Il consultorio familiare svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, dal *counselling* prima della procedura ai controlli medici e al *counselling* contraccettivo post-IVG, anche se non in maniera uniforme sul territorio nazionale.

L'analisi dell'attività dei consultori familiari per l'IVG nel 2021, come negli anni precedenti, è stata effettuata attraverso un monitoraggio ad hoc del Ministero della Salute. I consultori familiari che hanno dichiarato di effettuare *counselling* per l'IVG e di rilasciare certificati sono 1.379 e corrispondono al 68,4% del totale dei consultori familiari, come si evince dalla tabella 5.1.

È stato richiesto alle Regioni, come negli anni precedenti, di fornire, per ciascun consultorio familiare del proprio territorio, le seguenti informazioni:

- numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla legge n. 194/78,
- numero di certificati rilasciati,
- numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG.

Dai dati raccolti emerge, come negli anni passati, un numero di colloqui IVG superiore al numero di certificati rilasciati (46.194 colloqui e 31.065 certificati rilasciati). Ciò potrebbe indicare la capacità dei servizi consultoriali di aiutare la donna *"a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza"* (art. 5, L. 194/78).

Per quanto riguarda i controlli post IVG risulta un numero minore rispetto a quello dei certificati rilasciati, in parte perché in molti consultori il colloquio post IVG viene registrato nei flussi informativi come generica visita di controllo e quindi alcune Regioni forniscono un dato parziale. Il dato rafforza la necessità di migliorare l'integrazione ospedale-territorio e facilitare il ritorno in consultorio delle donne che hanno effettuato una IVG perché, rispetto ai servizi ospedalieri, i consultori, grazie alle equipe multi-professionali esperte nella promozione della salute, possono offrire azioni di sostegno anche di carattere psico-sociale e *counselling* personalizzati. La consulenza post-IVG è una buona occasione per promuovere la procreazione responsabile anche attraverso la scelta di un metodo contraccettivo.

Dall'agosto 2020, a seguito della Circolare del Ministero della Salute, sia gli ambulatori che i consultori sono autorizzati ad effettuare l'aborto farmacologico. Nel 2021 solo la Regione Lazio ha offerto tale opportunità in 4 consultori.

Tabella 5.1. Monitoraggio attività dei consultori familiari (CF) a sostegno del percorso IVG – anno 2021

REGIONE	n. CF*	n. CF* che effettuano counselling IVG	% CF* che effettuano counselling IVG	n. colloqui IVG effettuati	n. certificati IVG rilasciati	n. controlli post IVG effettuati	Totale IVG 2021
Piemonte	145	103	71,0%	3.483	3.639	1.500	5.361
Valle d'Aosta	10	4	40,0%	0	12	0	114
Lombardia	238	111	46,6%	5.530	4.848	2.290	10.747
P.A. Bolzano	40	4	10,0%	17	10	1	494
P.A. Trento	12	11	91,7%	552	444	325	561

Veneto	110	97	88,2%	3.418	2.272	730	4.086
Friuli-V.G.	35	28	80,0%	937	692	612	1.219
Liguria	50	30	60,0%	909	967	199	1.976
Emilia-R.	275	170	61,8%	7.258	3.744	1.926	5.701
Toscana	167	106	63,5%	2.600	2.049	1.262	4.284
Umbria	48	24	50,0%	765	596	221	856
Marche	68	3	4,4%	154	194	185	1.124
Lazio	132	116	87,9%	8.298	3.005	1.451	6.929
Abruzzo	54	41	75,9%	436	277	95	1.326
Molise	6	3	50,0%	36	33	23	242
Campania	138	104	75,4%	7.353	4.262	1.385	5.810
Puglia	145	128	88,3%	2.004	1.731	840	5.152
Basilicata	26	17	65,4%	129	105	44	399
Calabria	64	57	89,1%	470	554	3.201	1.559
Sicilia	188	179	95,2%	1.585	1.410	407	4.331
Sardegna	64	43	67,2%	260	221	97	1.382
ITALIA	2.015	1.379	68,4%	46.194	31.065	16.794	63.653

Fonte dati: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei consultori familiari, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194/78.

*includere le sedi secondarie

APPENDICE A – CARICO DI LAVORO PER GINECOLOGI NON OBIETTORI PER SINGOLO PUNTO IVG NEL 2021

REGIONE	PUNTO IVG	Parametro 3 (cfr. Capitolo 4)
PIEMONTE	Struttura n. 1	5,14
	Struttura n. 2	1,91
	Struttura n. 3	1,85
	Struttura n. 4	1,70
	Struttura n. 5	1,63
	Struttura n. 6	1,35
	Struttura n. 7	0,83
	Struttura n. 8	0,79
	Struttura n. 9	0,77
	Struttura n. 10	0,71
	Struttura n. 11	0,69
	Struttura n. 12	0,67
	Struttura n. 13	0,55
	Struttura n. 14	0,50
	Struttura n. 15	0,49
	Struttura n. 16	0,41
	Struttura n. 17	0,41
	Struttura n. 18	0,39
	Struttura n. 19	0,39
	Struttura n. 20	0,37
	Struttura n. 21	0,22
	Struttura n. 22	0,14
	Struttura n. 23	0,10
	Struttura n. 24	0,01
	Struttura n. 25	0,00
VALLE D'AOSTA	Struttura n. 1	0,29
LOMBARDIA	Struttura n. 1	2,52
	Struttura n. 2	2,26
	Struttura n. 3	1,98
	Struttura n. 4	1,98
	Struttura n. 5	1,55
	Struttura n. 6*	1,36
	Struttura n. 7	1,13
	Struttura n. 8*	1,07
	Struttura n. 9	0,98
	Struttura n. 10	0,98
	Struttura n. 11	0,95
	Struttura n. 12	0,93
	Struttura n. 13	0,92
	Struttura n. 14	0,92
	Struttura n. 15	0,88
	Struttura n. 16	0,84
	Struttura n. 17	0,84

	Struttura n. 18	0,82
	Struttura n. 19*	0,79
	Struttura n. 20	0,78
	Struttura n. 21*	0,73
	Struttura n. 22	0,73
	Struttura n. 23	0,69
	Struttura n. 24	0,66
	Struttura n. 25	0,65
	Struttura n. 26	0,64
	Struttura n. 27	0,63
	Struttura n. 28	0,62
	Struttura n. 29	0,52
	Struttura n. 30	0,51
	Struttura n. 31	0,50
	Struttura n. 32	0,48
	Struttura n. 33	0,47
	Struttura n. 34	0,47
	Struttura n. 35	0,47
	Struttura n. 36	0,47
	Struttura n. 37	0,46
	Struttura n. 38	0,46
	Struttura n. 39	0,44
	Struttura n. 40	0,41
	Struttura n. 41	0,39
	Struttura n. 42	0,35
	Struttura n. 43	0,33
	Struttura n. 44	0,23
	Struttura n. 45	0,17
	Struttura n. 46	-
	Struttura n. 47	-
	Struttura n. 48	-
P.A. BOLZANO	Struttura n. 1	0,72
	Struttura n. 2	0,51
P.A. TRENTO	Struttura n. 1*	0,41
	Struttura n. 2	0,29
VENETO	Struttura n. 1	2,88
	Struttura n. 2	2,57
	Struttura n. 3	2,48
	Struttura n. 4	2,30
	Struttura n. 5	2,11
	Struttura n. 6	1,89
	Struttura n. 7	1,70
	Struttura n. 8	1,64

	Struttura n. 9	1,33
	Struttura n. 10	1,32
	Struttura n. 11	1,30
	Struttura n. 12	1,17
	Struttura n. 13	1,10
	Struttura n. 14	1,01
	Struttura n. 15	0,95
	Struttura n. 16	0,95
	Struttura n. 17	0,84
	Struttura n. 18	0,66
	Struttura n. 19	0,53
	Struttura n. 20	0,50
	Struttura n. 21	0,50
	Struttura n. 22	0,48
	Struttura n. 23	0,43
	Struttura n. 24	0,39
	Struttura n. 25	0,35
	Struttura n. 26	0,33
	Struttura n. 27*	0,33
	Struttura n. 28	0,03
FRIULI – VENEZIA GIULIA	Struttura n. 1	1,12
	Struttura n. 2	1,00
	Struttura n. 3	0,48
	Struttura n. 4	0,42
	Struttura n. 5	0,42
	Struttura n. 6	0,39
	Struttura n. 7*	0,34
	Struttura n. 8	0,27
LIGURIA	Struttura n. 1	3,00
	Struttura n. 2	1,90
	Struttura n. 3	1,41
	Struttura n. 4	1,02
	Struttura n. 5	0,77
	Struttura n. 6	0,66
	Struttura n. 7*	0,25
	Struttura n. 8	0,06
	Struttura n. 9	0,01
	Struttura n. 10	-
	Struttura n. 11	-
EMILIA - ROMAGNA	Struttura n. 1	2,75
	Struttura n. 2	1,61
	Struttura n. 3	1,60
	Struttura n. 4	1,55
	Struttura n. 5	1,02
	Struttura n. 6	0,97

	Struttura n. 7	0,93
	Struttura n. 8	0,89
	Struttura n. 9	0,59
	Struttura n. 10	0,58
	Struttura n. 11	0,56
	Struttura n. 12	0,50
	Struttura n. 13	0,50
	Struttura n. 14	0,49
	Struttura n. 15	0,46
	Struttura n. 16	0,45
	Struttura n. 17	0,44
	Struttura n. 18*	0,44
	Struttura n. 19	0,37
	Struttura n. 20	0,32
	Struttura n. 21	0,32
	Struttura n. 22	0,32
	Struttura n. 23	0,25
	Struttura n. 24	0,17
	Struttura n. 25	0,16
	Struttura n. 26	0,07
	Struttura n. 27	0,01
TOSCANA	Struttura n. 1	2,01
	Struttura n. 2	1,80
	Struttura n. 3	1,66
	Struttura n. 4	1,13
	Struttura n. 5	1,13
	Struttura n. 6	0,86
	Struttura n. 7	0,84
	Struttura n. 8	0,80
	Struttura n. 9	0,79
	Struttura n. 10	0,66
	Struttura n. 11	0,65
	Struttura n. 12	0,61
	Struttura n. 13	0,61
	Struttura n. 14	0,59
	Struttura n. 15	0,47
	Struttura n. 16	0,47
	Struttura n. 17	0,46
	Struttura n. 18	0,45
	Struttura n. 19	0,45
	Struttura n. 20	0,36
	Struttura n. 21	0,35
	Struttura n. 22	0,33
	Struttura n. 23	0,27
	Struttura n. 24	0,14
	Struttura n. 25	0,13
	Struttura n. 26	0,07

UMBRIA	Struttura n. 27	0,03
	Struttura n. 1	2,00
	Struttura n. 2	1,34
	Struttura n. 3*	1,16
	Struttura n. 4	0,91
	Struttura n. 5	0,46
	Struttura n. 6	0,41
	Struttura n. 7	0,40
	Struttura n. 8	0,31
Struttura n. 9	0,04	
MARCHE	Struttura n. 1	2,32
	Struttura n. 2	1,64
	Struttura n. 3	1,60
	Struttura n. 4	1,57
	Struttura n. 5	1,25
	Struttura n. 6	1,10
	Struttura n. 7	0,41
	Struttura n. 8	0,36
	Struttura n. 9	0,24
	Struttura n. 10	0,07
	Struttura n. 11	0,05
	Struttura n. 12	-
	Struttura n. 13	-
LAZIO	Struttura n. 1	7,27
	Struttura n. 2	5,76
	Struttura n. 3	3,82
	Struttura n. 4	2,54
	Struttura n. 5	2,52
	Struttura n. 6	2,46
	Struttura n. 7	2,31
	Struttura n. 8	1,91
	Struttura n. 9*	1,82
	Struttura n. 10	1,30
	Struttura n. 11	1,26
	Struttura n. 12	0,90
	Struttura n. 13	0,72
	Struttura n. 14	0,64
	Struttura n. 15	0,61
	Struttura n. 16	0,49
	Struttura n. 17	0,39
	Struttura n. 18	0,32
	Struttura n. 19	0,31
	Struttura n. 20	0,20
	Struttura n. 21	0,18
	Struttura n. 22	0,18
	Struttura n. 23	0,01
	Struttura n. 24	-

ABRUZZO	Struttura n. 1*	11,84
	Struttura n. 2	2,65
	Struttura n. 3	1,91
	Struttura n. 4	1,09
	Struttura n. 5	0,62
	Struttura n. 6	0,36
	Struttura n. 7	0,02
	Struttura n. 8	-
MOLISE	Struttura n. 1	2,75
CAMPANIA	Struttura n. 1	10,40
	Struttura n. 2	3,39
	Struttura n. 3	3,13
	Struttura n. 4	2,82
	Struttura n. 5	2,82
	Struttura n. 6	2,66
	Struttura n. 7	2,44
	Struttura n. 8	2,23
	Struttura n. 9	2,20
	Struttura n. 10	1,70
	Struttura n. 11	1,33
	Struttura n. 12	1,11
	Struttura n. 13	1,02
	Struttura n. 14	1,02
	Struttura n. 15	0,90
	Struttura n. 16	0,86
	Struttura n. 17	0,82
	Struttura n. 18	0,69
	Struttura n. 19	-
PUGLIA	Struttura n. 1	7,07
	Struttura n. 2	5,16
	Struttura n. 3	4,69
	Struttura n. 4	4,20
	Struttura n. 5	3,68
	Struttura n. 6	3,23
	Struttura n. 7	2,90
	Struttura n. 8	2,40
	Struttura n. 9	2,20
	Struttura n. 10	2,07
	Struttura n. 11	1,58
	Struttura n. 12	1,44
	Struttura n. 13	0,85
	Struttura n. 14	0,82
	Struttura n. 15	0,70
	Struttura n. 16	0,58
	Struttura n. 17	0,10
	Struttura n. 18	0,00

	Struttura n. 19	-
	Struttura n. 20	-
	Struttura n. 21	-
BASILICATA	Struttura n. 1	1,27
	Struttura n. 2	1,25
	Struttura n. 3	0,51
	Struttura n. 4	0,52
CALABRIA	Struttura n. 1	5,61
	Struttura n. 2	5,18
	Struttura n. 3	1,83
	Struttura n. 4	1,12
	Struttura n. 5	1,00
	Struttura n. 6	0,86
	Struttura n. 7	0,50
	Struttura n. 8	0,49
	Struttura n. 9	0,29
SICILIA	Struttura n. 1	13,43
	Struttura n. 2	6,34
	Struttura n. 3	4,57
	Struttura n. 4	3,34
	Struttura n. 5	3,18
	Struttura n. 6	2,86
	Struttura n. 7	2,75
	Struttura n. 8	2,75
	Struttura n. 9	2,57
	Struttura n. 10	2,27
	Struttura n. 11	2,23
	Struttura n. 12	2,23
	Struttura n. 13	2,18
	Struttura n. 14	1,93
	Struttura n. 15	1,86
	Struttura n. 16	1,84
	Struttura n. 17	1,64
	Struttura n. 18	1,14
	Struttura n. 19	1,00
	Struttura n. 20	0,81
	Struttura n. 21	0,75
	Struttura n. 22	0,44
	Struttura n. 23	0,36
	Struttura n. 24	0,33
	Struttura n. 25	0,02
	Struttura n. 26	0,02
	Struttura n. 27	-
	Struttura n. 28	-
SARDEGNA	Struttura n. 1	2,84
	Struttura n. 2	2,09
	Struttura n. 3	1,14
	Struttura n. 4	0,91

Struttura n. 5	0,61
Struttura n. 6	0,51
Struttura n. 7	0,30
Struttura n. 8	0,24
Struttura n. 9	0,24
Struttura n. 10	0,20
Struttura n. 11	0,20
Struttura n. 12	0,15
Struttura n. 13	0,12
Struttura n. 14	0,03

**Strutture della Regione Toscana che eseguono IVG sia nel reparto di ostetricia e/o ginecologica sia in ambulatorio ai sensi della Circolare del 12 agosto 2020 – Aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”.*

***Strutture ambulatoriali pubbliche e consultori della Regione Lazio che eseguono IVG ai sensi della Circolare del 12 agosto 2020 – Aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”.*

Strutture evidenziate in verde con l’asterisco: due strutture hanno il personale in comune, quindi il parametro è calcolato congiuntamente.

Le strutture per cui è presente un trattino (-) nella colonna del parametro 3 sono quelle in cui si effettuano IVG anche se non sono presenti ginecologi non obiettori in organico, pertanto il parametro non si può calcolare.

Fonti dati:

- *Elenco delle strutture dai Modelli di rilevazione HSP11 “Dati anagrafici delle strutture di ricovero”, HSP11bis “Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero”, HSP12 “Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate”, HSP13 “Posti letto per disciplina delle case di cura private” - Quadro E “Dati relativi ai posti letto per l’attività accreditata”.*
- *Punti IVG dalla piattaforma web Istat “GINO++” e dal monitoraggio ad hoc sull’obiezione di coscienza, effettuato dal Ministero della Salute in collaborazione con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194/78.*

APPENDICE B – CARICO DI LAVORO DEI GINECOLOGI NON OBIETTORI PER REGIONE

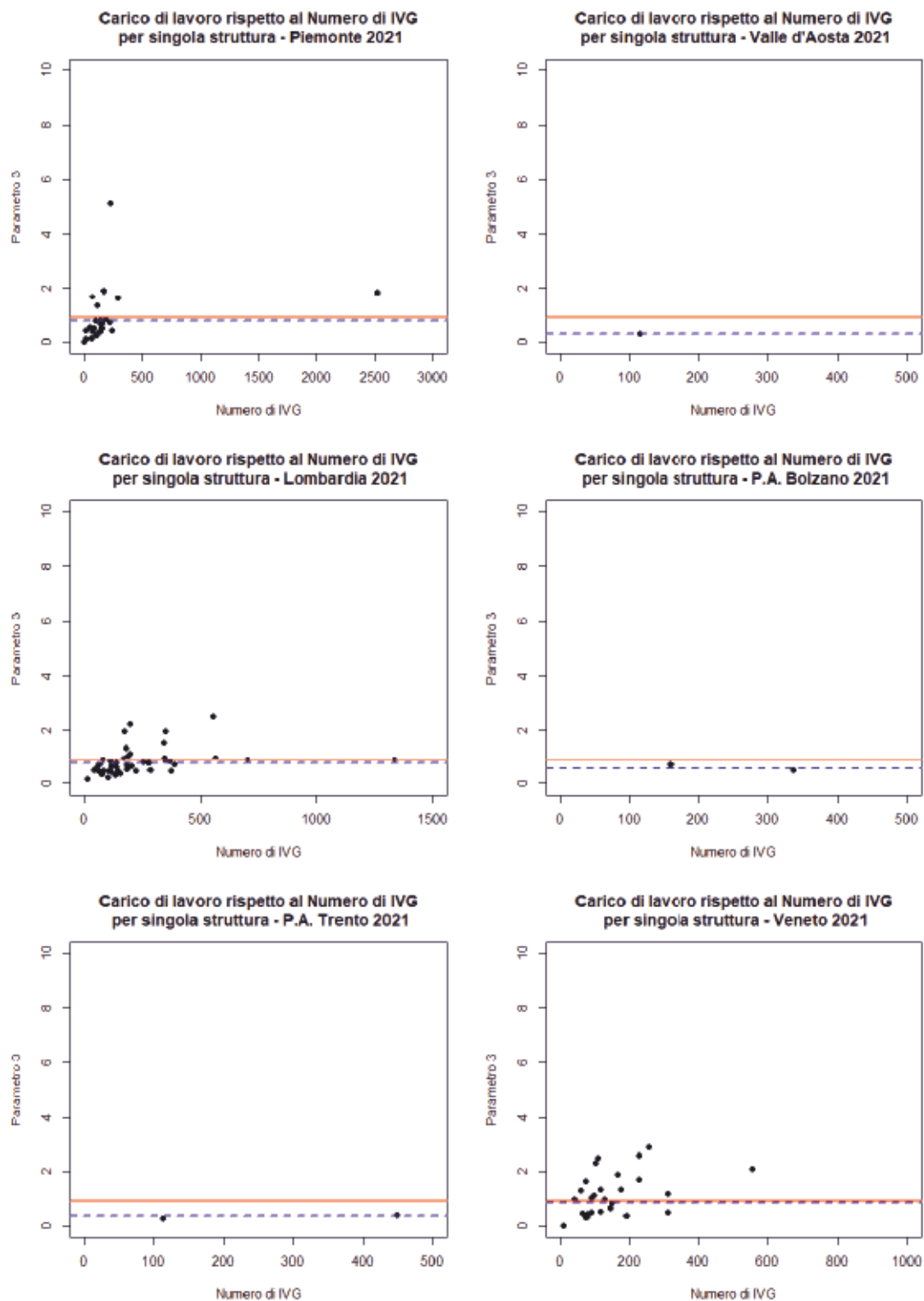
Nei seguenti grafici a dispersione sono rappresentate le strutture ospedaliere e case di cura autorizzate che hanno effettuato IVG nel 2021 per singola Regione, rispetto a due dimensioni:

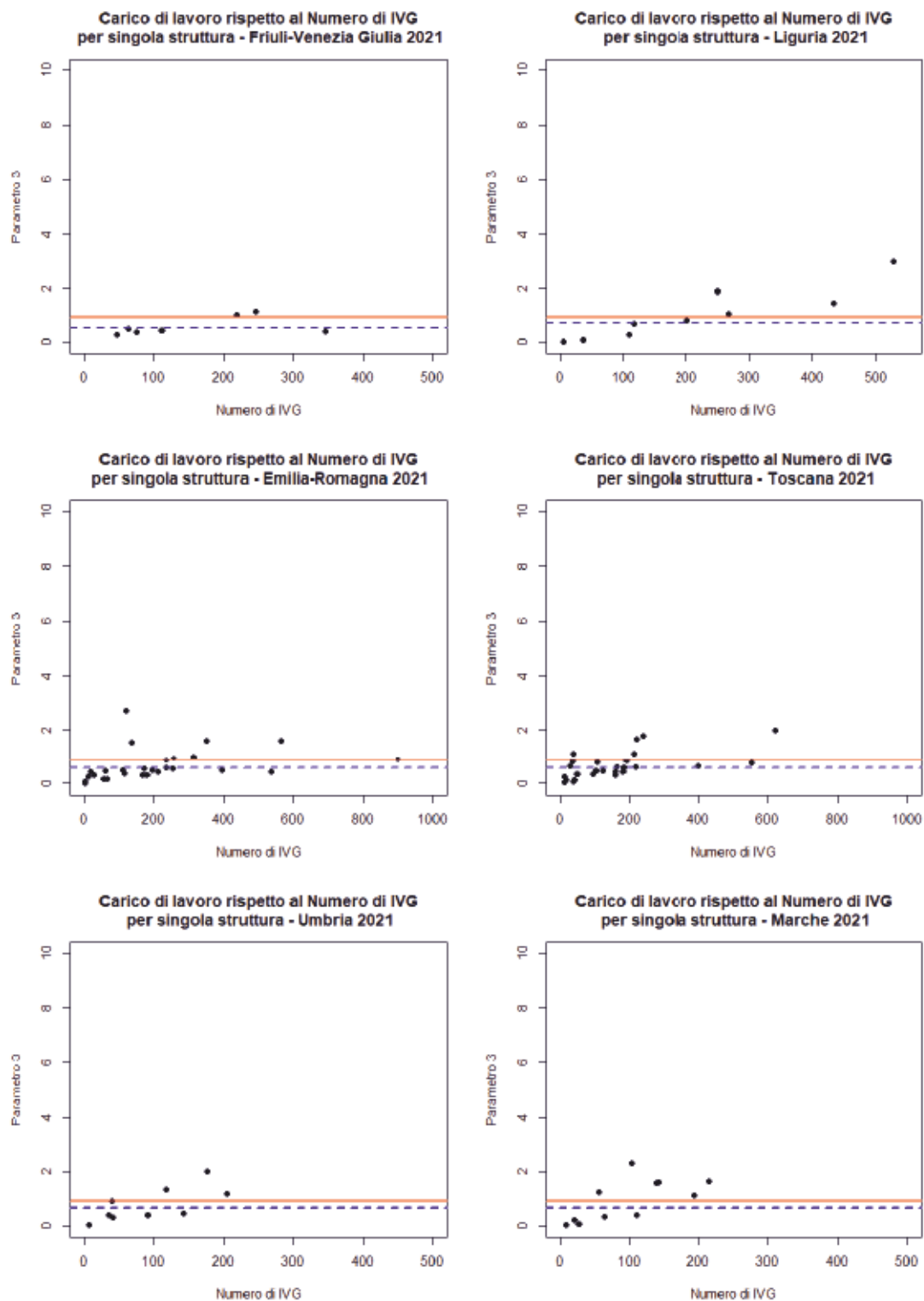
- L'asse delle ascisse rappresenta il numero di IVG effettuate nel 2021 nelle strutture;
- L'asse delle ordinate rappresenta il parametro 3, ovvero il carico di lavoro medio settimanale dei ginecologi non obiettori della struttura, espresso come numero medio di IVG settimanali per ginecologo non obiettore (cfr. Capitolo 4).

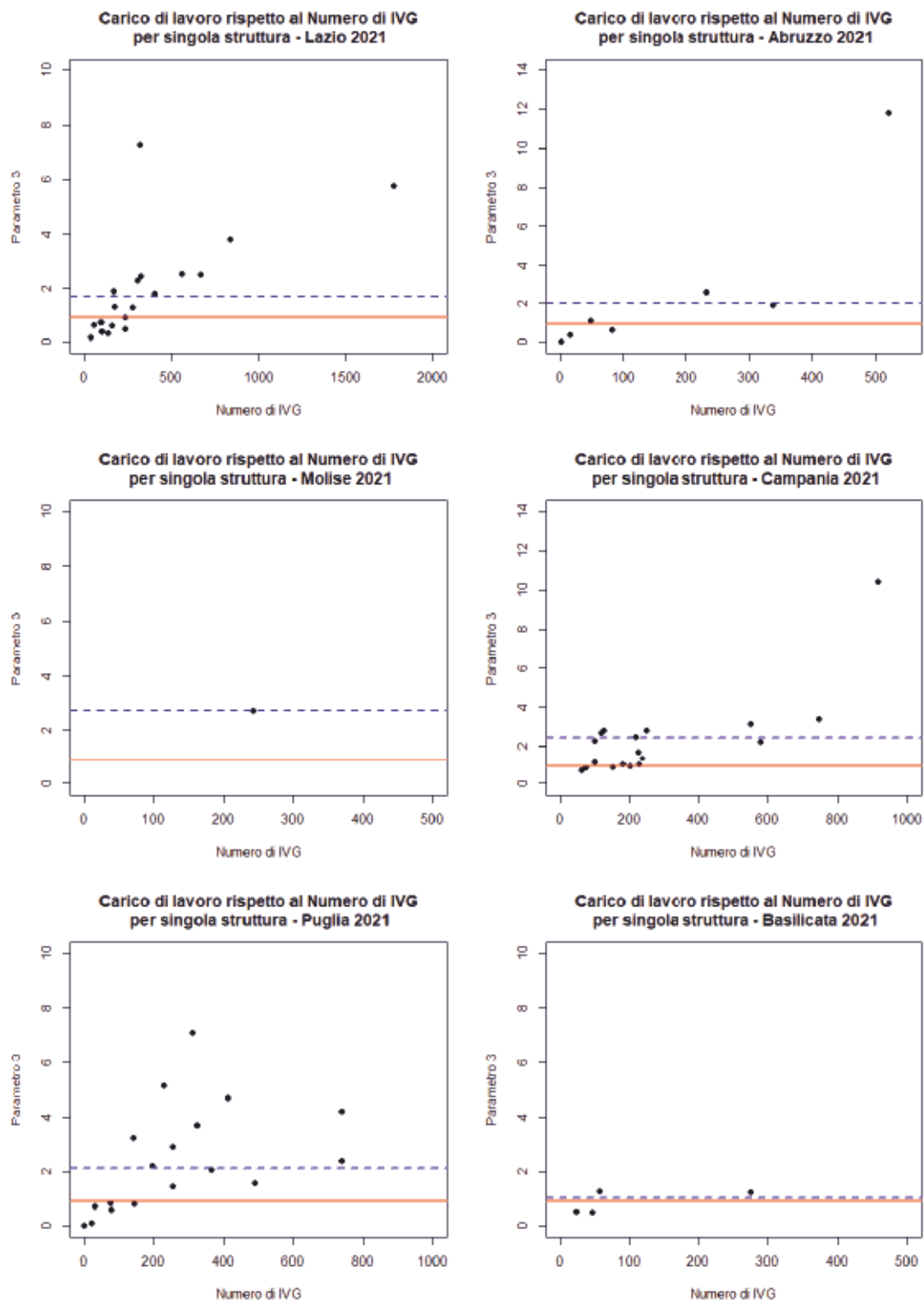
La retta rossa continua rappresenta la media nazionale del parametro 3 (0,90 IVG medie settimanali per ginecologo non obiettore). La retta blu tratteggiata rappresenta la media regionale del parametro 3.

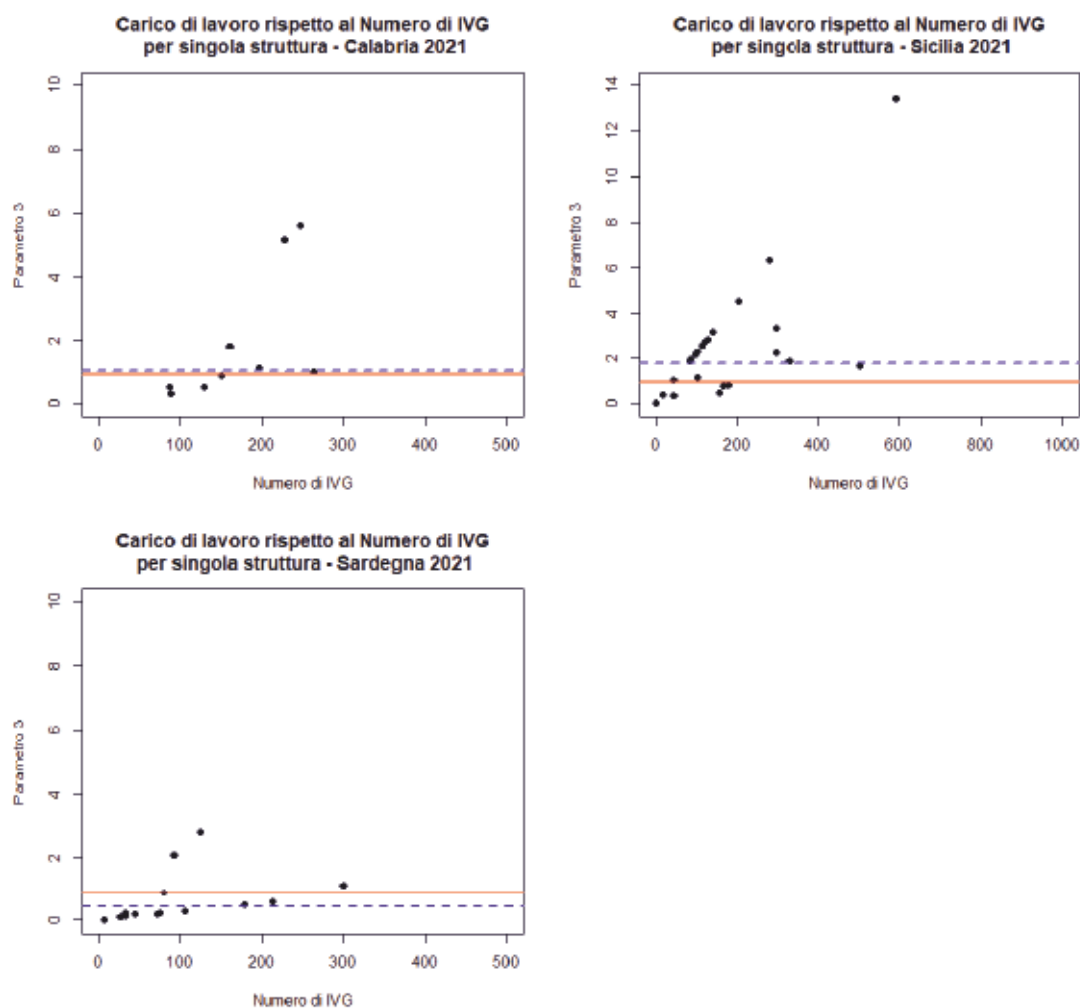
Si segnala che nei seguenti grafici non sono riportate le strutture che eseguono IVG pur non avendo ginecologi non obiettori in organico. Le strutture in questione si trovano in Lombardia (3 strutture), Liguria (2), Marche (2), Lazio (1), Abruzzo (1), Campania (1), Puglia (3), Sicilia (2).

Osservando i grafici, si può notare come alcune Regioni non abbiano strutture con un carico di lavoro significativamente superiore alla media nazionale; altre Regioni hanno delle criticità limitate a una singola struttura (ad esempio Piemonte o Abruzzo); altre Regioni invece hanno criticità a carico di diverse strutture (ad esempio Campania, Puglia e Sicilia) e di conseguenza presentano un valore medio regionale del parametro 3 superiore alla media nazionale.







**Fonti dati:**

- Numero di ginecologi obiettori e non obiettori rilevato tramite monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza, effettuato annualmente dal Ministero della Salute in collaborazione con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della legge n. 194/78;
- numerosità delle IVG per singolo punto IVG rilevata dalla piattaforma web Istat "GINO++".

TABELLE 2021

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento 2020-2021
Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
Tabella 4 - Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 2009-2021
Tabella 5 - IVG ed età
Tabella 6 - IVG per classi di età
Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di età e per Regione
Tabella 8 - IVG e stato civile
Tabella 9 - IVG e titolo di studio
Tabella 10 - IVG e occupazione
Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
Tabella 12 - IVG e cittadinanza
Tabella 13 - IVG e nati vivi
Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
Tabella 16 - IVG e luogo di rilascio documento o certificazione
Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
Tabella 18 - IVG ed urgenza
Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e per età della donna
Tabella 21 - Tempi di attesa tra certificazione ed intervento
Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
Tabella 26 - IVG e durata della degenza
Tabella 27 - IVG e complicanze
Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG
Tabella 29 - Valori assoluti, tassi e rapporti di abortività per Regione di intervento e per Regione di residenza
Tabella 30 - Valori assoluti – anni 1982-2021
Tabella 31 - Tassi di abortività – anni 1982-2021
Tabella 32 - Rapporti di abortività – anni 1982-2021

