SENATO DELLA REPUBBLICA

XI LEGISLATURA

Doc. LI
n. 3

RELAZIONE

SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

(ANNO 1992)

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

Presentata dal Ministro della sanità

(COSTA)

Comunicata alla Presidenza il 28 aprile 1993

Il Ministro della Sanità

Roma, 28 APR. 1993

100/ OB. 58.12/2929

Onorevole Presidente,

in ottemperanza al disposto dell'art.16 della legge 22 maggio 1978,n.194, recante "norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" provvedo a trasmetterLe la relazione, riportante solo i dati disponibili al momento, relativi all'anno 1992, che ho contestualmente inviato all'On.le Presidente della Camera dei Deputati.

Voglia accogliere i più sentiti saluti.

Raffaele Costa

On.le Sen.
Prof. Giovanni Spadolini
Presidente del Senato
della Repubblica

Roma

INDICE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

Nel presentare al Parlamento questa relazione preliminare sulla attuazione della legge n. 194 del 1978, contenente norme per la tutela della maternita' e sulla interruzione volontaria di gravidanza, relativa ai dati del 1992, va ancora una volta segnalata la pratica impossibilita' di rispettare le scadenze previste dalla legge stessa di una relazione che riporti il numero reale di aborti effettuati, oltre ad una completa analisi del fenomeno.

Entro i tempi stabiliti dalla legge, art. 16, e' possibile fornire i dati provvisori e le stime per Regioni e per l'intero Paese e non quadri analitici per tutte le Regioni, cosa possibile solo per la fine dell'anno successivo a quello a cui si riferiscono i dati.

La raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati e' infatti un processo lungo e delicato che impegna a fondo tutto il sistema di sorveglianza, dalle strutture periferiche (USL e Regioni) a quelle centrali (Istituto Superiore di Sanita' e Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale del Ministero della Sanita').

E' gia' stato riferito nelle precedenti relazioni, a cui si rimanda, i motivi per cui le Regioni hanno bisogno di tempi piu' lunghi per l'inoltro di questi dati. In estrema sintesi le Regioni si organizzano per trasferire su supporto informatico i modelli *D12/ISTAT*, oppure procedono ad una elaborazione manuale degli stessi al fine di poter compilare i questionari trimestrali messi a punto dall'Istituto Superiore di Sanita' e dal Ministero della Sanita', per fornire un quadro analitico del fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Le elaborazioni sono inoltre precedute da un controllo dell'accuratezza dell'informazione.

Normalmente e' possibile disporre dell'informazione analitica, almeno per qualche trimestre, per tutte le regioni italiane entro la fine del primo semestre dell'anno successivo a quello in considerazione, mentre l'informazione totale e' disponibile entro ottobre.

Il fenomeno dell'IVG si presenta con caratteristiche a lenta evoluzione per cui differenze significative possono essere apprezzate confrontando i dati a distanze quinquennali mentre le differenze sono appena percettibili da un anno all'altro.

Per una valutazione del fenomeno, anche alla luce delle innumerevoli ricerche condotte dall'ISS per approfondire specifiche tematiche e per identificare possibili programmi per la prevenzione dell'aborto e per il miglioramento dei servizi coinvolti, si riporta nel capitolo 2 un'analisi dell'evoluzione dell'IVG dal 1983 al 1991.

1. DATI DEL 1992

Al 1.4.1993 sono disponibili i dati relativi alle interruzioni volontarie di gravidanza per alcuni trimestri del 1992 da parte di tutte le Regioni.

Sulla base dei dati attualmente disponibili e' possibile effettuare delle stime dell'entita' dell'IVG nel 1992, tenendo conto dell'andamento del fenomeno nell'anno precedente. Nel passato queste stime si sono dimostrate corrispondenti al dato finale a meno dell'1%.

Per stimare il totale annuale delle Regioni per le quali erano noti uno o piu' trimestri si e' considerato valido anche per il 1992 la distribuzione percentuale per trimestre osservata nel 1991.

Attraverso questa procedura si e' ottenuta una stima di 152638 IVG in Italia per il 1992 (Tab. 1).

Nell'assumere valido questo valore, la riduzione rispetto al 1991 (160532 IVG) e' del 4.9%, che conferma la tendenza alla diminuzione osservata nell'ultimo decennio.

Pur trattandosi di stime, si puo' affermare che in tutte le Regioni l'andamento segue quanto osservato negli anni precedenti.

Poiche' non sono attualmente disponibili i dati della popolazione e dei nati vivi nel 1992, si sono utilizzati i corrispondenti dati del 1991 per calcolare i tassi e i rapporti di abortivita' per il 1992.

Il tasso di abortivita' (n. IVG/1000 donne 15-49 anni) e' risultato pari a 10.5, con un decremento del 4.8% rispetto al 1991 (Tab. 2), mentre il rapporto di abortivita' (n. IVG/1000 nati vivi) e' stato stimato uguale a 273.1 rispetto a 287.3 nel 1991 (decremento del 4.9%) (Tab. 3).

L'evoluzione del tasso e rapporto di abortivita' dal 1978 e' riportata in figura 1.

TAB. 1

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 1992

Dati e Stime (quest'ultime sottolineate)

Regione	TRIMESTRE I	II	III	IV	TOTALE 1992	TOTALE 1991
PIEMONTE	3655	3328	2982	2862	12827	13629
VALLE D'AOSTA	104	93	90	83	370	332
LOMBARDIA					23640	24560
BOLZANO	126	109	155	102	492	515
TRENTO	263	309	232	258	1062	1162
VENETO	1762	1578	1430	1417	6187	6455
FRIULI V.G.	791	740	679	655	2865	3142
LIGURIA	1208	1193	1177	1048	4626	4684
EMILIA ROM.	3346	3292	2872	2714	12224	13130
TOSCANA					10497	10769
UMBRIA	824	754	705	648	2931	2910
MARCHE	777	751	757	637	2922	2872
LAZIO	4795	4458	4162	3806	17221	17627
ABRUZZO	828	746	702	680	2956	3317
MOLISE	344	314	300	263	1221	1249
CAMPANIA	3757	3843	2342	2764	12706	13521
PUGLIA	5443	5333	4619	4460	19855	20464
BASILICATA	257	217	216	202	892	970
CALABRIA	1133	1281	1071	975	4460	4880
SICILIA	3007	2512	1943	2154	9616	10640
SARDEGNA	818	871	778	601	3068	3704
ITALIA					152638	160532

TAB. 2

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1992
Tassi di abortivita' dati 1992 e confronti con il 1991

REGIONE	TASSI '92	TASSI '91	%
ITALIA SETT.	10.1	10.6	- 4.7
PIEMONTE	12.1	12.9	- 6.2
V. D'AOSTA	12.9	11.6	+11.2
LOMBARDIA	10.4	10.8	- 3.7
BOLZANO	4.3	4.5	- 4.4
TRENTO	9.3	10.1	- 7.9
VENETO	5.4	5.7	- 5.3
FRIULI V. G.	9.7	10.6	- 8.5
LIGURIA	11.7	11.8	- 0.8
EMILIA ROM.	12.9	13.8	- 6.5
ITALIA CEN.	12.2	12.4	- 1.6
TOSCANA	12.2	12.5	- 2.4
UMBRIA	15.0	14.8	+ 1.4
MARCHE	8.5	8.3	+ 2.4
LAZIO	12.7	13.0	- 2.3
ITALIA MER.	11.5	12.1	- 5.0
ABRUZZI	9.5	10.6	-10.4
MOLISE	15.2	15.6	- 2.6
CAMPANIA	8.4	9.0	- 6.7
PUGLIA	18.6	19.1	- 2.6
BASILICATA	5.9	6.4	- 7.8
CALABRIA	8.3	9.1	- 8.8
ITALIA INS.	7.2	8.1	-11.1
SICILIA	7.3	8.1	- 9.9
SARDEGNA	6.9	8.3	-16.9
ITALIA	10.5	11.0	- 4.7

TAB. 3

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1992
Rapporti di abortivita' dati 1992 e confronti con il 1991

REGIONE	RAPP. '92	RAPP. '91	%
ITALIA SET.	310.8	326.8	- 4.9
PIEMONTE	386.8	411.0	- 5.9
V. D'AOSTA	383.8	344.4	+11.4
LOMBARDIA	312.2	324.3	- 3.7
BOLZANO	96.6	101.1	- 4.5
TRENTO	246.6	269.9	- 8.6
VENETO	162.5	169.6	- 4.2
FRIULI V. G.	314.2	344.6	- 8.8
LIGURIA	401.1	406.1	- 1.2
EMILIA ROM.	422.8	454.2	- 6.9
ITALIA CEN.	349.8	356.2	- 1.8
TOSCANA	402.3	412.8	- 2.5
UMBRIA	436.9	433.7	+ 0.7
MARCHE	237.5	233.5	+ 1.7
LAZIO	338.6	346.6	- 2.3
ITALIA MER.	241.1	254.3	- 5.2
ABRUZZI	244.8	274.7	-10.9
MOLISE	374.5	383.1	- 2.2
CAMPANIA	158.2	168.4	- 6.1
PUGLIA	402.4	414.7	- 3.0
BASILICATA	146.9	159.7	- 8.0
CALABRIA	189.6	207.5	- 8.6
ITALIA INS.	155.8	176.2	-11.6
SICILIA	149.4	165.4	- 9.7
SARDEGNA	179.9	217.2	-17.2
ITALIA	273.1	287.3	- 4.9

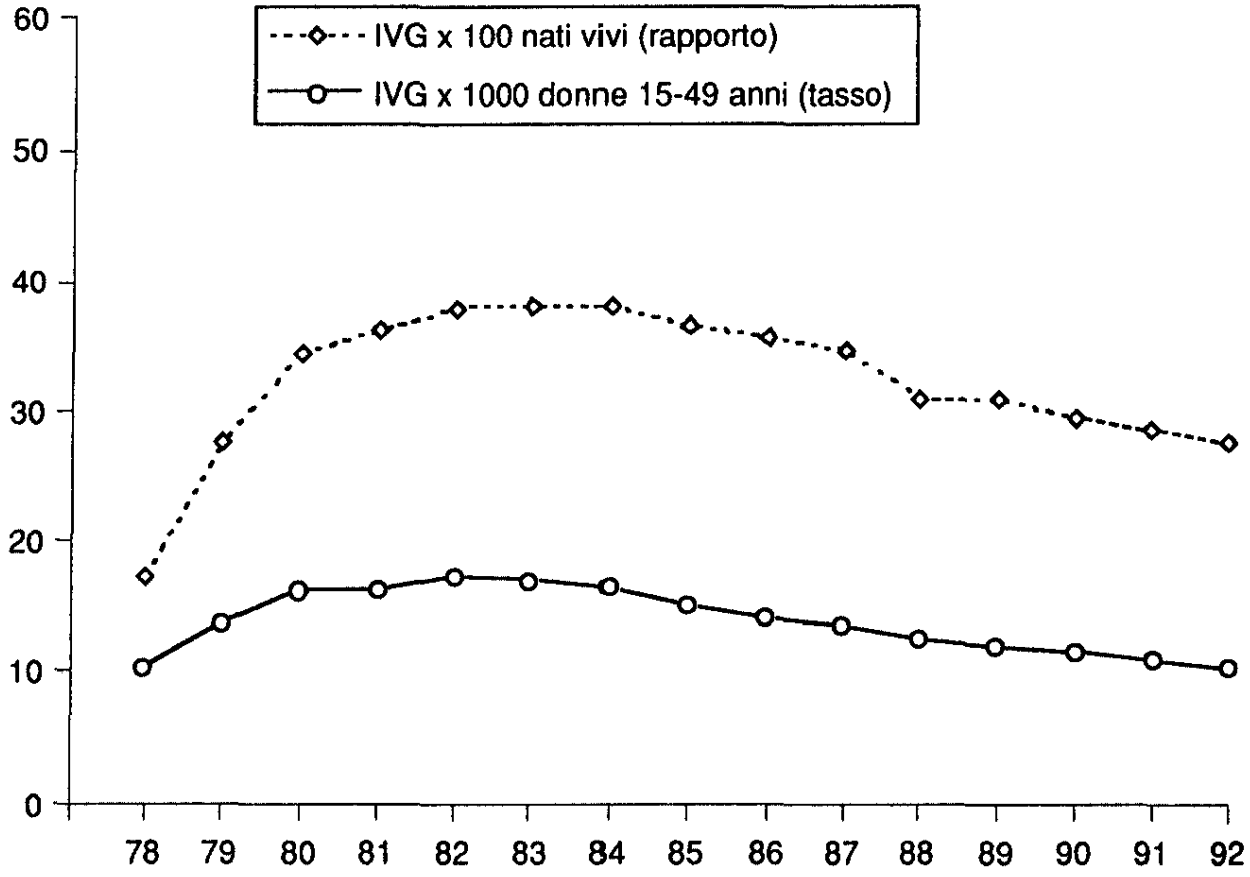


FIG. 1 **Tassi e rapporti di abortività Italia 1978-1992**

2. EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELL'IVG DAL 1983 AL 1991

Nel 1991 sono state notificate 160532 IVG, con un decremento, rispetto al 1990 del 3.3% e del 31.4 % rispetto al 1983.

Il tasso di abortivita' (n° IVG/1000 donne 15-49 aa) e' risultato 11.0, con una riduzione del 3.5% rispetto al 1990 e del 34.9 % rispetto al 1983.

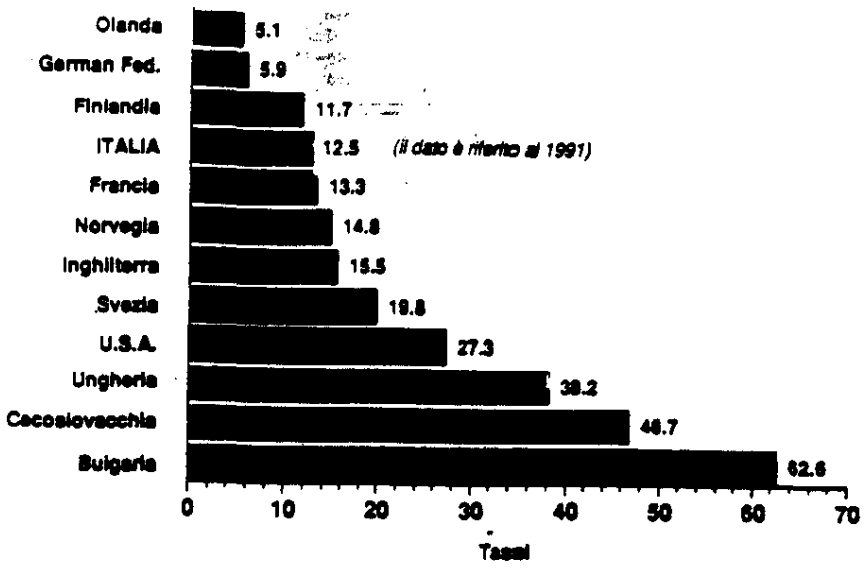
	ANNI				DIFFERENZA %	
	1983	1986	1990	1991	1990-91	1983-91
VALORI ASSOLUTI	233976	198375	165980	160532	- 3.3	- 31.4
TASSO DI ABORTIVITA'	16.9	13.9	11.4	11.0	- 3.5	- 34.9

Viene quindi confermata la tendenza alla diminuzione dell'incidenza, dell'IVG, gia' in atto dal 1983 e gia' segnalata nelle relazioni degli anni precedenti. I dati analitici dell'anno 1983 sono piu' completi di quelli del 1982, anno in cui si sono osservati i valori piu' alti di IVG. Nelle tabelle che riportano sinteticamente i dati dell'IVG sono stati messi a confronto gli anni 1983, 1986, 1990 e 1991.

Per una visione piu' globale del fenomeno, si sono confrontati nel grafico seguente i tassi di abortivita' italiani con gli ultimi dati disponibili di altri paesi. Si rammenta come a livello internazionale il tasso di abortivita' e' calcolato su donne di eta' 15-44 anni. Il dato italiano e' stato ricalcolato adeguando il denominatore.

Per una corretta valutazione del fenomeno e' necessario ipotizzare la tendenza di una quota di aborto clandestino, che come l'aborto legale e' in costante flessione.

Uno degli obiettivi della legalizzazione dell'aborto era di ridurre in modo significativo l'aborto clandestino.



Fonte: David H.P. (1992) Abortion in Europe, 1920-91: A Public Health Perspective. Studies in Family Planning, 23: 1-22.

Per quantizzare tale fenomeno si e' ricorso ad una sua stima utilizzando, la prima volta che cio' e' stato fatto, tre diversi modelli matematici che l'uno in modo indipendente dall'altro ci hanno fornito tre dati sovrapponibili, il che e' suggestivo della ragionevolezza delle stime. L'applicazione al periodo immediatamente antecedente il 1978 di uno dei tre modelli considerati aveva dato luogo ad una stima di circa 350000 aborti volontari.

	1983	1987	1990	1991	DIFFERENZA % 1990-91	1983-91
ABORTO CLANDESTINO	100000	85000	72000	60000	- 17	- 40

2.1.CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

Sostanzialmente non differiscono, anche per il 1991, le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'IVG (coniugate, di eta' superiore ai 25 anni, con uno o piu' figli, con istruzione media).

TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA'

	1983	1987	1990	1991	DIFFERENZA % 1990-91	1983-91
< 20	8.0	6.3	5.7	5.5	- 3.5	- 31.3
20-24	23.6	17.0	13.7	13.5	- 1.5	- 42.8
25-29	27.6	21.3	16.4	15.6	- 4.9	- 43.5
30-34	25.2	21.8	17.7	17.1	- 3.4	- 32.1
35-39	23.6	18.0	15.3	15.1	- 1.3	- 36.0
40-44	9.8	9.0	7.5	7.2	- 4.0	- 26.5

Si nota come i tassi di abortivita' si siano ridotti per tutti i gruppi di eta' anno dopo anno, con decrementi piu' importanti nei gruppi di eta' delle donne che maggiormente contribuiscono al fenomeno abortivo. Cio' puo' essere spiegato con una piu' facile accessibilita' e disponibilita' di informazione e di metodi per la procreazione responsabile in queste fascie di eta'.

TASSO DI ABORTIVITA' PER ETA', CONFRONTI INTERNAZIONALI

		<=19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(1983)	8.0	23.6	27.6	25.2	23.6	9.8
	(1986)	6.3	17.0	21.3	21.8	18.0	9.0
	(1990)	5.7	13.7	16.4	17.7	15.3	7.5
	(1991)	5.5	13.5	15.6	17.1	15.1	7.2
PAESI BASSI	(1986)	4.2	7.4	6.7	6.2	4.4	2.2
FINLANDIA	(1987)	15.4	19.0	12.2	9.5	8.2	7.0
DANIMARCA	(1987)	15.7	29.9	24.8	18.8	13.5	6.8
GRAN BRETAGNA	(1987)	20.9	23.8	16.4	11.3	7.2	3.0
SVEZIA	(1987)	21.5	31.2	24.6	19.0	15.6	8.2
NORVEGIA	(1987)	22.1	29.0	18.3	14.2	10.2	4.9
CECOSLOVACCHIA	(1987)	22.5	68.4	73.1	60.2	39.4	16.3
UNGHERIA	(1987)	26.1	45.0	46.6	46.5	41.3	22.1

Rispetto agli altri Paesi dell'Europa occidentale si osserva la differente distribuzione dei tassi di abortivita' per classi di eta' e la differente distribuzione percentuale tra nubili e coniugate e per parita'.

Per valutare correttamente l'andamento dell'IVG a seconda delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che vi hanno fatto ricorso e' necessario farlo rapportando l'evoluzione dei tassi di abortivita' specifici per condizione. Questo non e' sempre possibile perche' per gli ultimi anni non sono disponibili i denominatori socio-demografici aggiornati. Si ricorre allora alla distribuzione percentuale con l'avvertenza che, per esempio, un aumento nel tempo della percentuale di donne senza figli, tra quelle che hanno fatto ricorso all'IVG, non sta ad indicare che le donne senza figli hanno una tendenza ad abortire di piu', ma piuttosto che la diminuzione dell'incidenza dell'IVG tra le donne senza figli e' inferiore a quella registrata tra le donne con figli, come risulta dalle seguenti tabelle:

	1984				1988			
N. FIGLI	POP.FEMM. 15-49 aa.	N. IVG	TASSO ABORT.	DISTR. %	POP.FEMM. 15-49 aa.	N. IVG	TASSO ABORT.	DISTR. %
0	5818600	61365	10.55	27.0	6330300	56967	9.00	31.8
1	2607000	47551	18.24	20.9	2702100	36570	13.53	20.4
2	3451900	71808	20.80	31.6	3508400	54232	15.46	30.3
3	1376400	30074	21.85	13.2	1288100	21289	16.53	11.9
>=4	793500	16648	20.98	7.3	622800	10179	16.34	5.7
>=1	8228800	166081	20.18	73.0	8121400	122270	15.06	68.2
	14047400	227446	16.19		14451700	179237	12.40	

VARIAZIONE % 1984 - 1988

N. FIGLI	POP.FEMM. 15-49 aa.	N. IVG	TASSO ABORT.
0	+ 8.8	- 7.2	- 14.7
1	+ 3.6	- 23.1	- 25.8
2	+ 1.6	- 24.5	- 25.7
3	- 6.4	- 29.2	- 24.3
>=4	- 21.5	- 38.9	- 22.1
>=1	- 1.3	- 26.4	- 25.4
	+ 2.8	- 21.2	- 23.4

Pur valutando con la dovuta cautela un confronto tra percentuali, le differenze della distribuzione delle IVG tra l'Italia e gli altri Paesi dell'Europa occidentale testimoniano come in Italia il contributo prevalente all'aborto sia dato da donne coniugate con uno o piu' figli mentre nei Paesi

dell'Europa occidentale la percentuale piu' alta di IVG riguarda donne senza figli.

IVG (%) PER STATO CIVILE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

		CONIUGATE	GIA' CONIUGATE	NUBILI
ITALIA	(1983)	70.5	2.9	26.6
	(1986)	69.2	3.3	27.5
	(1990)	63.5	4.2	32.3
	(1991)	62.0	4.4	33.6
CECOSLOVACCHIA	(1987)	77.6	7.9	14.4
UNGHERIA	(1987)	68.1	10.7	21.2
GERMANIA FED.	(1988)	48.4	6.0	47.5
FRANCIA	(1986)	42.2	9.2	48.6
NORVEGIA	(1987)	39.1	6.6	54.3
PAESI BASSI	(1986)	34.4	9.3	56.2
DANIMARCA	(1987)	33.6	7.4	59.0
FINLANDIA	(1987)	32.5	9.3	58.1
GRAN BRETAGNA	(1987)	24.8	9.8	65.4

IVG (%) PER PARITA': CONFRONTI INTERNAZIONALI

		nessun figlio	1	2	3	4 o piu'
ITALIA	(1983)	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
	(1986)	28.7	19.9	31.2	13.0	7.1
	(1990)	33.6	19.8	29.7	11.6	5.2
	(1991)	33.4	20.2	30.2	11.5	4.8
CECOSLOVACCHIA	(1987)	12.4	19.9	47.8	15.8	4.0
UNGHERIA	(1987)	18.9	19.4	41.4	14.3	6.0
SVEZIA	(1987)	45.5	17.5	23.4	10.4	2.5
GERMANIA FED.	(1988)	47.4	20.3	20.9	7.5	3.8
DANIMARCA	(1987)	47.7	19.2	23.3	7.5	2.2
FINLANDIA	(1987)	50.1	17.0	20.5	9.3	3.1
NORVEGIA	(1987)	53.4	17.4	--27.1--		2.2
PAESI BASSI	(1986)	56.1	14.9	18.1	7.3	3.6
GRAN BRETAGNA	(1987)	59.7	14.3	16.0	6.7	3.3

Per quanto concerne il titolo di studio la percentuale relativa al 1991 segue il medesimo andamento gia' rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (46.7%).

Va sottolineato ancora una volta che la riduzione generale dell'IVG e' prevalentemente riconducibile ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate con uno o piu' figli , rispetto alla riduzione osservate nelle

donne non coniugate e senza figli.

Un quadro sintetico delle distribuzioni percentuali delle donne che ricorrono all'IVG secondo le caratteristiche socio-demografiche e' riportato di seguito:

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE DELLE DONNE CHE SONO RICORSE ALL'IVG. ITALIA 1983-91

	1983	1986	1990	1991
Stato civile				
nubile	26.6	27.5	33.3	33.6
coniugata	70.5	69.2	62.5	62.0
ved./sep./div.	2.9	3.3	4.2	4.4
Parita'				
0	24.6	28.6	34.5	33.4
1	22.0	19.9	19.4	20.2
2	31.5	31.2	29.4	30.2
>2	21.9	20.1	16.7	16.3
Istruzione				
elem. o meno	36.4	30.0	21.0	20.6
media inf.	39.7	42.9	46.8	46.7
media sup.	20.9	23.7	28.5	28.9
laurea	3.0	3.4	3.7	3.8
Eta'				
< 24	29.2	28.0	27.4	26.7
25-34	44.0	44.2	45.0	45.1
>=35	26.8	27.6	27.7	28.2

L'aborto in definitiva viene effettuato in prevalenza da donne che hanno gia' realizzato la dimensione "desiderata" della famiglia. Questa affermazione e' suffragata da indagini di popolazione da cui risulta che circa i due terzi delle donne intervistate indica in 2 il numero di figli desiderato.

2.2.ABORTO RIPETUTO

Col passare del tempo dalla legalizzazione aumenta, ovviamente, la popolazione a rischio di riabortire (se ad esempio si verificano costantemente 100000 aborti l'anno, dopo dieci anni la popolazione che ha gia' fatto un aborto passa da 100000 ad 1000000). Quindi con il passare del tempo deve aumentare la percentuale di IVG effettuate da donne con precedenti esperienze abortive.

Con opportuni modelli matematici si possono stimare gli aborti ripetuti "attesi" nell'ipotesi teorica che i comportamenti assunti per il controllo della fecondita' rimangano costanti nel tempo.

Per la situazione italiana il quadro risulta il seguente:

PERCENTUALI DI IVG OTTENUTE DA DONNE CON PRECEDENTE ESPERIENZA ABORTIVA (ABORTI LEGALI) - ITALIA 1983-1991

	1983	1986	1990	1991
osservati	28.2	28.5	28.9	28.6
attesi *	28.3	31.0	38.3	39.5

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: R. De Blasio, A. Spinelli, M.E. Grandolfo: Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. An. Ist. Super. Sanita', 34: 331-338; 1988.)

Si osserva un incremento di gran lunga inferiore rispetto all'atteso e cio' e' dovuto al fatto che la legalizzazione dell'aborto ha favorito una maggiore diffusione e/o piu' corretto uso dei metodi per la procreazione responsabile rispetto ai comportamenti precedenti.

Se invece, al contrario, la legalizzazione dell'aborto avesse stimolato una maggior ricorso all'aborto avremmo dovuto osservare percentuali in crescita superiori all'attesa.

2.3.MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'IVG

2.3.1.Certificazione

Per gli aborti legali che hanno avuto luogo in Italia nel 1991 la certificazione rilasciata da parte del medico di fiducia rimane prevalente (47.1%); nel 29.3% dei casi la certificazione e' stata rilasciata dal servizio ostetrico ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio familiare e' stato coinvolto solo nel 21.9% dei casi.

CERTIFICAZIONE IVG (%)	1983	1986	1990	1991
Medico fiducia	52.9	54.2	47.1	47.1
Servizio Ost. Gin.	21.4	24.0	27.9	29.3
Consultorio	24.2	20.0	22.9	21.9
Altro	1.4	1.8	2.2	1.7

Poiche' risulta che nelle Regioni con maggiore presenza di consultori familiari o nelle quali maggiore e' la certificazione rilasciata dai consultori familiari si osserva una tendenza alla riduzione dell'aborto piu' consistente e' necessario incrementare il ricorso al consultorio familiare per la certificazione. Perche' questo si ottenga e' necessario che il consultorio familiare possa prenotare direttamente le donne in ospedale per l'intervento.

Lo scarso coinvolgimento del consultorio (con l'eccezione di alcune regioni) e' in buona parte risultato di una scelta di politica sanitaria.

L'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali e' una condizione indispensabile perche' la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio. La certificazione rilasciata dal consultorio costituisce quindi il passo piu' importante per la prevenzione dell'aborto ripetuto.

Relativamente a questo aspetto l'ISS ha condotto uno studio in un consultorio familiare della RM/4 che funziona anche come centro di prenotazione per l'IVG presso l'istituto di cura pubblico presente nella stessa USL. La donna puo' richiedere direttamente la certificazione presso il consultorio e quindi viene prenotata per l'intervento oppure, ottenuta la certificazione dal proprio medico di fiducia, utilizza il consultorio come centro di prenotazione.

In tre anni di funzionamento, l'85% delle donne ha chiesto la certificazione al consultorio (per inciso, il 5% delle donne che avevano richiesto l'avvio delle procedure per ottenere

l'IVG ha invece proseguito la gravidanza, dopo il colloquio con il personale del consultorio).

Invitando la donna a tornare al consultorio per un controllo post IVG e per avviare un colloquio sui metodi per la procreazione responsabile, il 70-80 % delle donne e' tornata al consultorio ed ha effettuato una scelta contraccettiva diversa e piu' efficace rispetto ai comportamenti iniziali.

2.3.2.Eta' gestazionale

In Italia la percentuale di IVG oltre la 12° settimana e' intorno all'1% circa la meta' di quanto si osserva in Francia, Paese che ha una legislazione simile alla nostra.

EPOCA GESTAZIONALE (%)	1983	1986	1990	1991
<= 8 sett.	44.0	47.7	49.5	50.3
9-10	39.5	39.7	37.6	37.4
11-12	15.6	12.0	12.0	11.3
> 12	0.9	0.6	0.9	0.9

ABORTI OLTRE LA 12a SETTIMANA GESTAZIONALE IN ALCUNI PAESI

PAESE	N° aborti	Tasso abort.* (15-44 aa)	% aborti ≥13 sett.
ITALIA 1983	233976	18.5	0.9
1986	198375	15.9	0.6
1990	165980	13.0	1.0
1991	160532	12.5	0.9
CECOSLOVACCHIA (1987)	156600	46.7	0.4
UNGHERIA (1987)	84500	38.2	1.5
FRANCIA (1986)	166800	13.9	1.8
DANIMARCA (1987)	20800	18.3	2.5
SVEZIA (1987)	34700	19.8	4.3
CANADA (1987)	63600	10.2	11.5
INGHILTERRA E GALLES (1987)	156200	14.2	13.0

* il tasso di abortivita' utilizzato per i confronti internazionali e' calcolato considerando a denominatore il numero di donne di eta' compresa tra 15 e 44 anni.

2.3.3.Luogo dell'intervento

Tranne alcune Regioni dove e' ancora elevata la quota di interventi effettuati in casa di cura si osserva uno stabilizzarsi della quota di interventi negli istituti di cura pubblici (87.1%) verso l'11.8% di interventi che vengono effettuati in casa di cura e l'1.1% in ambulatorio.

2.3.4.Tempo di attesa tra certificazione ed intervento

Dato non compreso nel modello ISTAT D/12 standard, ma ormai elaborato da molte Regioni quale indicatore dell'efficienza dei servizi, vede solo un 7.8% degli interventi effettuati a distanza di piu' di tre settimane dalla certificazione. Il 76.2% delle IVG vengono effettuate entro 14 giorni dalla certificazione.

LUOGO, TIPO DI INTERVENTO, TIPO DI ANESTESIA E DURATA DELLA DEGENZA PER IVG (%), 1983-91

	1983	1986	1990	1991
Luogo				
Ist. cura pubbl.	87.6	83.8	87.0	87.1
Clinica convenz.	9.7	11.5	11.6	11.8
Ambulatorio	2.7	4.7	1.4	1.2
Tipo intervento				
Raschiamento	24.5	17.2	14.9	14.7
Isterosuzione	46.7	41.7	36.8	34.4
Karman	28.3	40.4	47.6	50.3
Altro	0.6	0.7	0.7	0.5
Tipo anestesia				
Generale	78.7	77.3	77.0	78.6
Locale	16.8	17.8	19.4	18.5
Altro	4.5	5.0	3.6	2.9
Durata degenza				
< 1 gg	47.5	63.4	73.0	73.5
1-2	45.2	32.5	24.5	24.3
>2	7.3	4.1	2.5	2.1

2.3.5.Tipo di intervento, di anestesia e degenza

Emerge, da un confronto con gli anni precedenti una tendenza verso metodiche meno invasive (isterosuzione - Karman), epoca gestazionale e durata della degenza minori.

Cio' non puo' non essere interpretato che in senso positivo in quanto si traduce soprattutto in rischi minori di complicanze per la salute della donna. C'e' tuttavia da segnalare l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dalla settimana gestazionale in cui esso viene praticato e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Esistono differenze molto importanti tra Regione e Regione e all'interno di esse tra singole strutture.

2.3.6.Complicanze

L'incidenza delle complicanze (emorragie, infezioni, perforazioni o lacerazioni uterine) e' simile a quella degli anni precedenti (3.8 per 1000). Da segnalare che dalla legalizzazione ad oggi non si e' verificato nessun decesso materno per causa abortiva.

2.3.7.Obiezione di coscienza

L'obiezione di coscienza mostra percentuali elevate: 65.5% i ginecologi, 54.2% gli anestesisti e 42.9% il personale paramedico. In alcune Regioni l'obiezione e' intorno all'80%.

3. CONSIDERAZIONI FINALI

Si e' evidenziato che il ricorso all'aborto, per una quota preponderante, non costituisce una scelta di elezione ma e' una conseguenza della incapacita' concreta, a fronte di una attitudine positiva, di regolare la fecondita' con metodi alternativi perche' o poco conosciuti o perche' vengono impiegati quelli a piu' alto rischio di fallimento o perche' impiegati male, a fronte di una scadente conoscenza della fisiologia della riproduzione.

Da alcuni studi risulta infatti che al momento del concepimento oltre il 70% delle donne aveva usato un qualche metodo contraccettivo (anche se prevalentemente il coito interrotto), e che nell'ultimo anno ancora maggiore (fino al 90%) era la quota di donne che aveva fatto uso di metodi contraccettivi.

Se e' pur vero che alcuni aspetti potrebbero essere ulteriormente investigati e che maggiori e piu' dettagliate conoscenze sullo stato dei servizi sarebbero necessarie, tuttavia si ritiene che le ulteriori conoscenze possono essere acquisite piu' efficacemente nel corso della realizzazione dei programmi di prevenzione e di miglioramento della qualita' dei servizi.

Nella consapevolezza di quanto lacerante sia nel tessuto sociale del paese il problema dell'aborto, tuttavia si avverte la possibilita' che molta parte del fenomeno possa essere significativamente ridotta in breve tempo realizzando programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle donne che partoriscono, alle donne (coppie) che si sposano, e alle e agli adolescenti nelle scuole. Gli interventi proposti produrranno effetti significativi anche in termini di riduzione dell'aborto clandestino. Come in ogni altro problema di prevenzione i cardini delle strategie di intervento sono: a) una chiara identificazione della popolazione bersaglio per un obiettivo da raggiungere in un tempo definito , b) una scelta dei servizi e delle procedure atte a raggiungere efficacemente la/le popolazioni bersaglio per offrire attivamente a ogni suo elemento la opportunita' della modificazione delle conoscenze, dell'attitudine e soprattutto dei comportamenti verso un controllo della fecondita' con metodi alternativi all'aborto, c) possibilita' di valutazione degli indicatori di processo, efficienza ed efficacia.

Il ruolo centrale dovrebbe essere giocato dai consultori familiari da riqualificare secondo le proposte elaborate dal Comitato Operativo Materno-Infantile (istituito presso il Centro Studi del Ministero della Sanita' dal luglio 1987 al

luglio 1989) e riportate nella relazione relativa all'anno 1989.

Completare la rete consultoriale sul territorio, completare gli organici ed eliminare le condizioni di precarieta' sono certamente punti cruciali assieme alla organizzazione di corsi di aggiornamento strettamente finalizzati alla realizzazione dei programmi di prevenzione. Si e' consapevoli dell'esistenza di barriere difficili da rimuovere e rappresentate dalla relativa indisponibilita' di altri servizi, coinvolti nel problema, a interagire con quello consultoriale. Per gli interventi presso le/gli adolescenti il problema dell'interazione si pone tra istituzioni.

In Puglia i consultori familiari stanno realizzando, promossi dalla Regione e con il coordinamento scientifico dell'Istituto Superiore di Sanita', programmi per la prevenzione dell'IVG e per la procreazione consapevole secondo i principi e le metodologie esposte nel documento predisposto dal suddetto Comitato Operativo Materno Infantile ed elencati in precedenza.
E' auspicabile che anche le altre Regioni promuovano iniziative analoghe, potendo contare sin da ora sulla disponibilita' dell'Istituto Superiore di Sanita'.

Riguardo ai servizi direttamente impegnati nell'esecuzione dell'IVG si e' visto quali sono le necessita'. E' urgente avviare in ogni Regione un processo di razionalizzazione (anche attraverso conferenze di servizi) delle procedure: istituire o migliorare il collegamento con i consultori (soprattutto per la prenotazione), utilizzare il day hospital e la struttura ambulatoriale, effettuare l'intervento con la tecnica dell'isterosuzione secondo la metodica Karman, impiegare l'anestesia locale e quindi richiedere meno analisi pre-IVG, diminuire la degenza fino a evitare il pernottamento (il tutto facendo salvi i casi particolari).

Si risparmierebbero cosi' ingenti risorse finanziarie e logistiche/umane, si salvaguarderebbe maggiormente la salute della donna, si ridurrebbero i tempi di attesa e molto probabilmente una buona parte dell'aborto tendenzialmente clandestino (quello causato dalla carenza dei servizi) avrebbe una sbocco nella legalita'.

Verrebbe inoltre ridotto il problema di assicurare il servizio mediante il convenzionamento (dei ginecologi, delle cliniche convenzionate), a causa dell'obiezione di coscienza.

Appare ancora piu' rilevante l'urgenza di realizzare i programmi descritti nelle Regioni meridionali, data la maggiore incidenza dell'aborto clandestino, il maggior bisogno di programmi educativi, lo stato attuale di carenza dei servizi direttamente o indirettamente coinvolti

nell'applicazione della legge 194.

La realizzazione a tempi rapidi delle proposte di intervento sopra delineate porterebbe a un radicale ridimensionamento del fenomeno e permetterebbe di concentrare l'attenzione su quelle componenti dell'aborto legale piu' problematiche e che richiedono studi piu' approfonditi nell'area psicosociale.

Queste indicazioni sulla possibilita' della prevenzione dell'aborto e della riorganizzazione dei servizi sono state ripetutamente riportate nelle relazioni al Parlamento per gli anni precedenti e ampiamente documentate nelle relazioni e pubblicazioni scientifiche dell'Istituto Superiore di Sanita'. Tali indicazioni sono state fatte proprie dal Comitato Operativo Materno Infantile e quindi inserite nel Progetto Obiettivo Materno Infantile del Piano Sanitario Nazionale. Esse si collocano in un contesto istituzionale caratterizzato da una chiara volonta' politica espressa attraverso la predisposizione di un finanziamento per la riqualificazione dei consultori familiari, effettuato con deliberazione CIPE del 16 febbraio 1990, nell'ambito della parziale attuazione dei programmi del Piano Sanitario con la residua disponibilita' del fondo 1988. La somma stanziata per il Progetto Materno Infantile complessivamente ammonta a 40 miliardi di cui ben 25 riservati al potenziamento dei consultori familiari. A sottolineare la volonta' politica, va messa in evidenza anche la concentrazione dell'intervento (per aumentarne la potenzialita') nelle regioni dove sono maggiori le carenze e dove il quadro sociosanitario richiede un maggiore impegno dei servizi, e in particolare dei consultori familiari, e cioe' nel Molise (con un impegno di 625 milioni), in Campania (9375 milioni), in Puglia (4375 milioni), in Calabria (1250 milioni) e in Sicilia (9375 milioni).

Le somme vengono erogate su presentazione di programmi da valutare nell'ambito del comitato di verifica di cui all'art. 17 della legge 887/84. A fronte di questa chiara volonta', alla data odierna solo la Campania ha ottenuto il finanziamento previsto avendo presentato un ben articolato programma di potenziamento dell'attivita' consultoriale, secondo le linee guida del gia' citato documento del Comitato Operativo Materno Infantile.

In conclusione si formula l'auspicio che le altre Regioni seguano l'esempio della Campania nello sviluppo dei programmi di potenziamento dei consultori familiari, avendo fiducia, come anche le esperienze coordinate dall'Istituto Superiore di Sanita' in Puglia e in Calabria stanno a confermare, nelle risorse professionali degli operatori dei consultori che meritano di essere sostenute e aiutate ad esprimersi compiutamente. Da questo punto di vista esiste la certezza della totale disponibilita' del Ministero, e in particolare di quella tecnico scientifica dell'Istituto Superiore di Sanita', a svolgere funzioni di coordinamento e di sostegno operativo, gia' peraltro dimostrato in alcune esemplari situazioni.