

# SENATO DELLA REPUBBLICA

XII LEGISLATURA

Doc. XXXVII

N. 2

## RELAZIONE

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

(DATI DEFINITIVI ANNO 1993)

(DATI PRELIMINARI ANNO 1994)

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

PRESENTATA DAL MINISTRO DELLA SANITÀ  
(GUZZANTI)

---

Comunicata alla Presidenza il 1° giugno 1995

---

12-MSG-TSM-0002-0

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



## I N D I C E

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (Legge 194/78) - Sintesi . . .	Pag.	7
Introduzione . . . . .	»	13
Dati preliminari anno 1994 . . . . .	»	17
Dati definitivi anno 1993 . . . . .	»	20
1. — <i>Andamento generale del fenomeno</i> . . . . .	»	20
1.1. — Valori assoluti . . . . .	»	20
1.2. — Tasso di abortività . . . . .	»	21
1.3. — Rapporto di abortività . . . . .	»	23
2. — <i>Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG</i> . . . . .	»	24
2.1. — Classi di età . . . . .	»	24
2.2. — Stato civile . . . . .	»	25
2.3. — Titolo di studio . . . . .	»	26
2.4. — Anamnesi ostetrica . . . . .	»	27
2.4.1. - Numero di figli . . . . .	»	27
2.4.2. - Aborti spontanei precedenti . . . . .	»	28
2.4.3. - Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti . . . . .	»	29
3. — <i>Modalità di svolgimento dell'IVG</i> . . . . .	»	32
3.1. — Certificazione . . . . .	»	32
3.2. — Urgenza . . . . .	»	32
3.3. — Epoca gestazionale . . . . .	»	32
3. 4. — Residenza . . . . .	»	34
3. 5. — Luogo dell'intervento . . . . .	»	35
3. 6. — Tempo di attesa fra certificazione ed intervento . . . . .	»	35
3. 7. — Tipo di intervento . . . . .	»	35
3. 8. — Tipo di anestesia impiegata . . . . .	»	36
3. 9. — Durata della degenza . . . . .	»	37
3.10. — Complicanze immediate dell'IVG . . . . .	»	37
3.11. — Obiezione di coscienza . . . . .	»	37
4. — <i>Considerazioni finali</i> . . . . .	»	39
TABELLE E GRAFICI . . . . .	»	43
ALLEGATO: Comitato operativo materno-infantile - Centro studi Ministero della sanità - « Considerazioni sui Consultori familiari e ipotesi per la loro riqualificazione » . . . . .	»	90



*N. Ministro della Sanità*

100/258.12/4421

Roma, 1 GIUGNO 1995

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 contenente i dati preliminari dell'anno 1994 ed i dati definitivi dell'anno 1993, che ho contestualmente inviato all'On.le Presidente del Senato della Repubblica. Le allego, altresì, un rapporto di sintesi, elaborato per una più agevole lettura della relazione stessa.

Voglia gradire i più sentiti saluti.

Elio Guzzanti

---

On.le  
Dott.ssa Irene Pivetti  
Presidente della Camera  
dei Deputati

R O M A

CAMERA DEI DEPUTATI



*Il Ministro della Sanità*

100/258.12/4421

SENATO DELLA REPUBBLICA	
GABINETTO DEL PRESIDENTE	
Data	- 1 GIUG. 1995
Arrivo	.....

Roma, 1 GIUGNO 1995

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 contenente i dati preliminari dell'anno 1994 ed i dati definitivi dell'anno 1993, che ho contestualmente inviato all'On.le Presidente della Camera dei Deputati. Le allego, altresì, un rapporto di sintesi, elaborato per una più agevole lettura della relazione stessa.

Voglia gradire i più sentiti saluti.

Elio Guzzanti

---

On.le Senatore  
Prof. Carlo Scognamiglio  
Presidente del Senato della  
Repubblica

R O M A



RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITA' SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITA' E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (Legge 194/78).  
- DATI PRELIMINARI 1994  
- DATI DEFINITIVI 1993

### Sintesi

Grazie al Sistema di Sorveglianza epidemiologica dell'IVG sono note ormai da svariati anni le caratteristiche salienti del fenomeno abortivo in Italia.

La serie storica dei dati rilevati nel tempo dimostra che dopo un periodo iniziale in cui si è osservato un aumento progressivo dei casi di IVG, fenomeno comune a tutti i Paesi che hanno reso legale l'aborto (in Italia l'anno in cui si è osservato il massimo numero di interventi è stato il 1982 con 234801 casi) il fenomeno è andato riducendosi costantemente, anno dopo anno. Questa riduzione è rapportabile ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile; nonostante ciò il ricorso all'IVG rappresenta ancora, per una quota preponderante, la conseguenza di una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, della scelta di metodiche contraccettive a bassa efficacia o di una scarsa conoscenza del corretto uso.

Per il 1994, sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG è stimato pari a 143314 interventi, con un decremento del 5% rispetto al 1993.

Il tasso di abortività stimato risulta pari a 10.0 IVG per 1000 donne in età feconda ed il rapporto di abortività pari a 268.6 IVG per 1000 nati.

Il decremento, rispetto al 1993, è risultato pari al 4.8% ed all'1.6%, rispettivamente per il tasso e per il rapporto di abortività.

Come già osservato negli anni precedenti i dati definitivi non dovrebbero discostarsi da queste stime in misura superiore all'1%.

Viene quindi confermata la tendenza alla diminuzione dell'incidenza dell'IVG, segnalata nelle relazioni precedenti, già in atto dal 1983.

Per il 1993 sono disponibili tutti i dati definitivi.

Sono state notificate 150863 IVG, con un decremento del 2.8% rispetto al 1992 e del 35.7% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG.

Il tasso di abortività (n. IVG/1000 donne 15-49 anni) è risultato 10.5, con una riduzione dell'1.9% rispetto al 1992 e del 39.0% rispetto al 1982 (17.2).

Il rapporto di abortività (n. IVG/1000 nati vivi) è risultato 273.0, con una riduzione dell'1.4% rispetto al 1992 e del

28.2% rispetto al 1982 (380.2).

E' bene evidenziare che il tasso di abortivita rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

Due aspetti del fenomeno meritano di essere citati: l'aborto clandestino e l'aborto ripetuto.

Con il passare degli anni l'aborto clandestino ha mostrato una importante diminuzione. Utilizzando modelli matematici il suo valore era stato stimato nel periodo immediatamente antecedente al 1978, prima cioè della legge 194, in circa 350000 casi l'anno. Confrontando l'ultimo decennio si sono stimati per il 1983 ed il 1993 rispettivamente 100000 e 52000 aborti clandestini verificando una riduzione nel decennio pari al 48%.

La percentuale di aborti ripetuti dichiarati dalle donne mostrano negli ultimi anni, dopo un periodo di stabilità, un leggero decremento. Ciò si inserisce in un andamento diverso da quello che ci si potrebbe aspettare assumendo l'attitudine abortiva costante nel tempo. Attraverso modelli matematici è infatti possibile dimostrare che aumentando la popolazione in età feconda che ha già effettuato almeno una IVG ci si dovrebbe attendere un incremento della percentuale di aborti ripetuti con il passare del tempo, fino ad osservare una stabilizzazione trascorsi circa trenta anni dalla legalizzazione dell'aborto. La stabilizzazione osservata è stata raggiunta in un decennio invece che in trenta anni ed i valori attuali (intorno al 28%), stabili ormai da alcuni anni, sono nettamente inferiori a quelli attesi applicando il modello matematico (intorno al 41%).

Questo dato può essere considerato un altro elemento a sostegno dell'ipotesi che la riduzione dell'incidenza dell'aborto sia conseguenza di una maggiore diffusione (o di un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile.

Sostanzialmente non differiscono, anche per il 1993, le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto: coniugate, di età superiore a 25 anni, con 1-2 figli, con istruzione media.

Va sottolineato, allo stesso tempo, che la riduzione generale dell'IVG è prevalentemente riconducibile ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate con 1 o più figli, rispetto alla riduzione osservata nelle donne non coniugate e senza figli.

Anche i dati sulle metodiche adottate per l'IVG e quelli sull'efficienza dei servizi, se confrontati con i dati del 1992, hanno subito solo leggeri mutamenti. Emerge però, da un confronto con gli anni precedenti, una tendenza verso metodiche meno invasive (isterosuzione-Karman), epoca

gestazionale e durata della degenza minori .  
C'è tuttavia da segnalare ancora una volta, con evidenti differenze tra Regione e Regione, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

L'obiezione di coscienza risulta sempre elevata: nel 1993 oltre il 50% degli anestesisti e più del 60% dei ginecologi si dichiara obiettore.

Per quanto riguarda le necessità di intervento per la riqualificazione dei servizi direttamente impegnati nell'esecuzione dell'IVG, si è più volte sottolineata la necessità di: razionalizzare le procedure, istituire o migliorare i collegamenti tra Consultori e strutture, 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 un minor numero di analisi pre-IVG, superare la contraddizione emersa tra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale, diminuire la degenza fino ad evitare il pernottamento ( il tutto facendo salvi i casi particolari ).

Con ciò si salvaguarderebbe maggiormente la salute della donna, si risparmierebbero ingenti risorse finanziarie ed umane nonchè logistiche, si ridurrebbero i tempi di attesa e molto probabilmente una buona parte dell'aborto clandestino (quello causato dalla carenza dei servizi) avrebbe uno sbocco nella legalità.

La realizzazione a tempi rapidi delle proposte di intervento sopra delineate, sia nell'ambito della prevenzione che della razionalizzazione dell'attività dei servizi porterebbe sicuramente ad un radicale ridimensionamento del fenomeno e permetterebbe, quindi, di concentrare l'attenzione su quelle componenti dell'aborto legale più problematiche e che richiedono studi più approfonditi nell'area psico-sociale.

Viene quindi ripetuto l'invito alle Regioni di considerare gli indirizzi e le procedure operative che da svariati anni vengono ripetuti nelle relazioni presentate al Parlamento e distribuite a livello regionale, auspicando che i Piani Sanitari Regionali comprendano specifiche proposizioni operative al riguardo.

La riduzione del fenomeno abortivo potrebbe essere più consistente e verificarsi in tempi più brevi mediante la realizzazione di programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle partorienti, alle coppie che si sposano, alle/agli adolescenti nelle scuole e nell'applicazione di questi programmi un ruolo centrale dovrebbe essere giocato proprio dai Consultori Familiari.

Dai dati si osserva però che rimane sempre basso il ricorso al Consultorio Familiare per la certificazione, momento questo di fondamentale importanza per impostare un'attiva prevenzione dell'aborto.

Dall'analisi dei dati di incidenza di IVG per Regione si è osservato che dove sono più presenti i Consultori Familiari e dove sono più alte le percentuali di certificazioni presso i Consultori più rapido è stato il decremento dell'abortività. Ciò si potrebbe spiegare con la particolare modalità seguita dai Consultori Familiari nell'espletamento delle procedure relative alla richiesta di interruzione di gravidanza: prima dell'eventuale rilascio della certificazione la donna viene invitata a sostenere colloqui che in molti casi conseguono l'obiettivo non solo di verificare la possibilità di evitare l'IVG, ma anche di fornire elementi conoscitivi sui differenti metodi disponibili per la procreazione consapevole, rispettosi delle esigenze psicofisiche ed etico religiose delle donne.

Le più alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza di consultori nelle Regioni: ciò sta a significare che un maggior coinvolgimento del consultorio è il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

Inoltre, nell'ambito della programmazione sanitaria, il DPR 1.3.1994 ha approvato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96.

"La tutela materno-infantile" viene considerata tra i temi prioritari costituendo il Progetto Obiettivo 5-A e tra gli interventi da compiere viene indicata l'esigenza di un potenziamento e riqualificazione dei Consultori Familiari. Si auspica quindi l'attuazione delle indicazioni già riportate nel "Documento sulle attività consultoriali" elaborato all'interno del Comitato Operativo Materno-Infantile (operante presso il Centro Studi del Ministero della Sanità dal luglio 1987 al luglio 1989).

# RELAZIONE

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

(DATI DEFINITIVI ANNO 1993)

(DATI PRELIMINARI ANNO 1994)

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



Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nella presente relazione sull'attuazione della legge n.194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), vengono presentati i dati preliminari relativi all'anno 1994 nonché i dati definitivi relativi all'anno 1993, per il quale una relazione preliminare è stata presentata nell'agosto del 1994.

Come accaduto anche negli anni passati, non è stato possibile rispettare i tempi previsti dalla legge 194 per la presentazione dei dati (febbraio dell'anno successivo all'anno di riferimento).

Infatti la raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati analitici di tutte le Regioni rappresenta un processo lungo e delicato che impegna a fondo tutto il sistema di sorveglianza, dalle strutture periferiche a quelle centrali. In 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 Sanità e dal Ministero della Sanità. Le elaborazioni sono inoltre precedute da un controllo dell'accuratezza dell'informazione sia a livello locale che centrale.

Un plauso ed un vivo ringraziamento per il grande impegno profuso, il senso di responsabilità ed i risultati ottenuti va rivolto da una parte ai funzionari regionali per i dati che riescono a fornire nonostante le difficili realtà operative in cui si trovano ad agire, dall'altra ai ricercatori e funzionari dell'Istituto Superiore di Sanità e della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale per l'elaborazione, l'analisi dei dati e la stesura della relazione.

Va, inoltre, rilevato che ai tempi necessari per acquisire dati sufficientemente accurati e completi sulle IVG effettuate vanno aggiunti quelli per l'acquisizione dei dati relativi alle popolazioni di riferimento (donne in età feconda e nati vivi dell'anno in oggetto), tradizionalmente forniti dall'ISTAT. Questi valori sono disponibili o come stime (donne in età feconda) o come dati definitivi (nati vivi) solo nella seconda metà dell'anno successivo a quello in oggetto.

Per disporre dei tassi e dei rapporti di abortività relativi all'anno 1994, si è dovuto pertanto provvedere a stimare i suddetti dati di popolazione. Questi valori potranno essere suscettibili di aggiornamenti, anche se di entità trascurabile.

Si vuole sottolineare ancora una volta l'importanza del ritorno dell'informazione a coloro che raccolgono i dati.

La presente relazione verra' inviata a tutte le Regioni auspicando che venga da queste riprodotta e diffusa a tutte le USL e specificatamente a tutti i servizi coinvolti direttamente o indirettamente nell'applicazione della legge 194.

Per il 1994, sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG e' stimato pari a 143344 interventi, con un decremento del 5.0% rispetto al 1993.

Il tasso di abortivita' stimato risulta pari a 10.0 IVG per 1000 donne in eta' feconda ed il rapporto di abortivita' pari a 268.6 IVG per 1000 nati vivi.

Il decremento, rispetto al 1993, e' risultato pari al 4.8% ed all'1.6 %, rispettivamente per il tasso e per il rapporto di abortivita'.

Come gia' osservato negli anni precedenti i dati definitivi non dovrebbero discostarsi da queste stime in misura superiore all'1%.

Viene quindi confermata la tendenza alla diminuzione dell'incidenza dell'IVG, segnalata nelle relazioni precedenti, gia' in atto dal 1983.

Per il 1993 sono disponibili tutti i dati definitivi.

Sono state notificate 150863 IVG, con un decremento del 2.8% rispetto al 1992 e del 35.7% rispetto al 1982, anno in cui si e' registrato il piu' alto ricorso all'IVG (234801 casi).

Il tasso di abortivita' (N. IVG/1000 donne 15-49 anni) e' risultato 10.5, con una riduzione dell' 1.9% rispetto al 1992 e del 39.0% rispetto al 1982 (17.2).

Il rapporto di abortivita' (N. IVG/1000 nati vivi) e' risultato 273.0, con una riduzione dell' 1.4% rispetto al 1992 e del 28.2% rispetto al 1982 (380.2).

Ancora una volta si ribadisce che il tasso di abortivita' rappresenta l'indicatore piu' accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG. L'uso preferenziale di questo indicatore, come gia' segnalato, e' stato raccomandato, tra l'altro, dall'Organizzazione Mondiale della Sanita'.

Per una corretta valutazione del fenomeno e' necessario ribadire quanto gia' detto in relazioni precedenti:

1. i dati riportati riguardano sempre le IVG per Regione di intervento e non tengono conto della mobilita' delle donne che ricorrono all'IVG.

Un quadro piu' corretto, come mostrato nelle tabelle 48 e 49 puo' essere ottenuto utilizzando l'abortivita' per Regione di residenza. Le tabelle fanno riferimento agli anni 1992 e 1993, essendo questi gli ultimi anni per cui l'ISTAT ha fornito i relativi dati (dati non ancora pubblicati). Nelle relazioni precedenti sono stati riportati i confronti tra i tassi di abortivita' per Regione di residenza e per Regione di intervento, fino al 1991.

2. Si puo' ipotizzare la permanenza di aborto clandestino, stimato, nel 1993, tramite l'applicazione di modelli matematici pari a 52000 casi, il 68% dei quali effettuati al Sud. Anche questo fenomeno, col passare degli anni, ha mostrato una importante riduzione.
3. Le tendenze del fenomeno abortivo vanno sempre valutate sul lungo periodo perche' esistono fluttuazioni dovute all'inserimento, ovvero all'assenza dei dati analitici di alcune Regioni e, soprattutto in alcune Regioni meridionali, si osservano fluttuazioni dovute anche a interruzione, apertura o riapertura dei servizi per l'IVG. Il fenomeno dell'IVG si presenta, inoltre, con caratteristiche a lenta evoluzione per cui differenze significative possono essere apprezzate solo confrontando i dati su periodi abbastanza lunghi. Per questo motivo in questa relazione sono confrontati i dati a distanza quadriennale a partire dal 1983, anno in cui sono presenti dati analitici completi.

Sostanzialmente non differiscono, anche per il 1993, le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto: coniugate, di eta' superiore a 25 anni, con 1-2 figli, con istruzione media. Il ricorso all'aborto, come risulta da indagini ad hoc, effettuate dall'ISS, da altri Istituti di Ricerca e da alcune regioni, per il 70-80% deriva dal fallimento o da un uso scorretto dei metodi per il controllo della fertilita'.

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 1 o piu' figli, rispetto alla riduzione osservata nelle donne non coniugate e senza figli.

Anche i dati sulle metodiche adottate per l'IVG e quelli sull'efficienza dei servizi, se confrontati con i dati del 1992, hanno subito solo leggeri mutamenti. Emerge pero', 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, ancora una volta, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Rimane sempre basso il ricorso al consultorio familiare per la certificazione, atto questo di fondamentale importanza per una attiva prevenzione dell'aborto.

L'obiezione di coscienza risulta sempre elevata: nel 1993 oltre il 50% degli anestesisti e più del 60% dei ginecologi si dichiara obiettore.

Per avere un quadro unitario dei vari aspetti analizzati nella presente relazione, per quanto concerne il ricorso all'IVG e le strutture interessate, nonché più puntuali indicazioni riguardanti la prevenzione, si rimanda, infine, alle relazioni precedenti.

DATI PRELIMINARI ANNO 1994

Alla data odierna sono disponibili i valori definitivi di tutte le regioni relativi alle interruzioni volontarie di gravidanza del primo semestre 1994. Per il secondo semestre e' stato invece necessario stimare il numero delle IVG di quelle Regioni che non hanno, ad oggi, provveduto alla trasmissione dei dati.

Nel 1994 sono state stimate 143344 IVG (Tab. A), con una riduzione, del 5.0%, rispetto al 1993 (150863 IVG). Si conferma la tendenza costante alla diminuzione da oltre 10 anni.

Poiche' non sono attualmente disponibili i dati della popolazione del 1994, si sono utilizzati i dati di popolazione del 1993 per stimare il numero di donne in eta' feconda (15-49 anni) e quindi il relativo tasso di abortivita'.

Il tasso di abortivita' (n. IVG/1000 donne 15-49 anni) e' risultato pari a 10.0, con un decremento del 4.8% rispetto al 1993 (Tab. B).

Per quanto riguarda i nati vivi nel 1994, l'ISTAT ha fornito il dato provvisorio nazionale (533615) e per grandi ripartizioni geografiche (Nord, Centro e Sud). Non e' stato quindi possibile calcolare i rapporti di abortivita' per Regione.

Il rapporto di abortivita' nazionale e' stato stimato uguale a 268.6 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento del 1.6% rispetto al 1993. Al Nord tale valore e' risultato pari a 288.0 (- 4.9%), al Centro 335.8 (- 4.9%), al Sud e Isole 225.5 (+ 2.8%);

TAB. A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 1994  
 Dati e Stime (quest'ultime sottolineate)

Regione	TRIMESTRE				TOTALE 1993
	I	II	III	IV	
PIEMONTE	3149	2909	2578	2617	12010
VALLE D'AOSTA	88	65	69	64	336
LOMBARDIA	5902	5691	5167	5223	23142
BOLZANO	123	83	86	111	479
TRENTO	271	276	269	272	1088
VENETO	1590	1507	1475	1418	5990
FRIULI V.G.	694	626	555	555	2430
LIGURIA	1087	1105	988	1008	4188
EMILIA ROM.	3067	2974	2714	2599	11354
TOSCANA	2855	2659	2467	2384	10365
UMBRIA	753	698	582	603	2636
MARCHE	700	635	633	573	2541
LAZIO	4205	4119	3679	3548	15551
ABRUZZO	804	752	705	685	2946
MOLISE	314	291	275	250	1130
CAMPANIA	3653	3575	3070	3114	13412
PUGLIA	4895	4831	4298	4036	18060
BASILICATA	240	203	181	195	886
CALABRIA	1105	1196	971	786	4058
SICILIA	2606	2460	2433	2118	9982
SARDEGNA	961	984	723	566	3586
ITALIA	39062	37639	33918	32725	150863

TAB. B

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1994  
Tassi di abortivita' dati 1994 e confronti con il 1993

REGIONE	TASSI '94	TASSI '93	VAR. ‰
ITALIA SETT.	9.4	9.8	- 4.1
PIEMONTE	10.8	11.5	- 6.1
V. D'AOSTA	9.9	11.7	-15.4
LOMBARDIA	9.7	10.2	- 4.9
BOLZANO	3.6	4.2	-14.3
TRENTO	9.7	9.6	+ 1.0
VENETO	5.3	5.5	- 3.6
FRIULI V. G.	8.5	9.4	- 9.6
LIGURIA	11.1	10.9	+ 1.8
EMILIA ROM.	12.2	12.8	- 4.7
ITALIA CEN.	11.4	12.2	- 6.6
TOSCANA	12.3	12.1	+ 1.7
UMBRIA	13.9	14.2	- 2.1
MARCHE	7.5	8.3	- 9.6
LAZIO	11.6	12.9	-10.1
ITALIA MER.	11.1	11.6	- 4.3
ABRUZZI	9.6	9.8	- 2.0
MOLISE	14.3	15.7	- 8.9
CAMPANIA	8.9	8.8	+ 1.1
PUGLIA	16.8	18.2	- 7.7
BASILICATA	5.4	5.9	- 8.5
CALABRIA	7.7	8.7	-11.5
ITALIA INS.	7.5	8.0	- 6.3
SICILIA	7.5	7.9	- 5.1
SARDEGNA	7.3	8.2	-11.0
ITALIA	10.0	10.5	- 4.8

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 19931. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO

Dal 1982, anno in cui e' stato registrato il piu' alto ricorso all'IVG, si ha una costante diminuzione del fenomeno (Fig. 1).

Cio' testimonia un reale minor ricorso all'aborto in quanto anche l'incidenza dell'aborto clandestino, stimata mediante modelli matematici, risulta in diminuzione.

Per il 1993 sono disponibili i dati analitici di tutte le Regioni.

Al fine di offrire un confronto rapido ed agevole sull'andamento dell'IVG, la tabella 50 riporta i valori assoluti, mentre le tabelle 51 e 52 e la figura 1 forniscono l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortivita' per Regione. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortivita' per il 1993.

1.1 Valori assoluti

Nel 1993 sono state notificate 150863 IVG, con un decremento del 2.8% rispetto al 1992.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 1993, e' il seguente:

N° IVG PER AREA GEOGRAFICA, 1983-93

	1983	1987	1992	1993	VAR (%)	
					92-93	83-93
NORD	105430	81136	63855	62108	- 2.7	- 41.1
CENTRO	52423	41417	33597	33126	- 1.4	- 36.8
SUD	57441	51722	44523	42061	- 5.5	- 26.8
ISOLE	18682	17194	13291	13568	+ 2.1	- 27.4
ITALIA	233976	191469	155266	150863	- 2.8	- 35.5

In quasi tutte le Regioni si nota la tendenza alla diminuzione (Tab.1). Per aree geografiche (Tab.3) si riscontra: nell'Italia Settentrionale 62108 IVG con una diminuzione del 2.7% rispetto al 1992, nell'Italia Centrale 33126 IVG con una diminuzione dell'1.4%, nell'Italia Meridionale 42061 IVG con una diminuzione del 5.5% e nell'Italia Insulare si sono avute 13568 IVG con un incremento del 2.1%.

Per una corretta valutazione del fenomeno e' necessario tener presente la quota di aborto clandestino.

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, hanno fornito tre dati sovrapponibili, il che e' suggestivo della ragionevolezza delle stime. L'applicazione al periodo immediatamente antecedente al 1978 di uno dei tre modelli considerati aveva dato luogo ad una stima di circa 350000 aborti clandestini.

Il ricorso ad esso, come puo' osservarsi nella tabella seguente, e' stimato in costante flessione.

					DIFFERENZA %	
1983	1987	1991	1992	1993	1992-93	1983-93
100000	85000	60000	57000	52000	- 8.8	- 48

### 1.2 Tasso di abortivita'

Nel 1993 si sono avute 10.5 IVG per mille donne in eta' feconda, con una riduzione dell'1.9% rispetto al 1992.

L'andamento del tasso di abortivita' per area geografica dal 1983 al 1993 e' il seguente:

#### TASSI DI ABORTIVITA' PER AREA GEOGRAFICA, 1983-93

	1983	1987	1992	1993	VAR (%)	
					92-93	83-93
NORD	16.8	12.7	10.0	9.8	- 2.0	- 41.7
CENTRO	19.8	15.2	12.2	12.2	0.0	- 38.4
SUD	17.3	14.6	12.2	11.6	- 4.9	- 32.9
ISOLE	11.7	10.0	7.5	8.0	+ 6.7	- 31.6
ITALIA	16.9	13.3	10.7	10.5	- 1.9	- 37.9

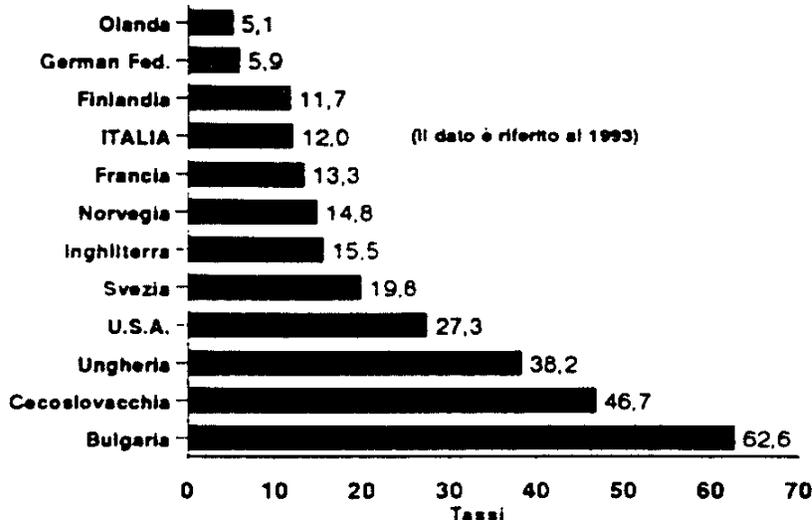
Nelle quattro ripartizioni geografiche i tassi di abortivita' per l'anno 1993 (Tab.3) sono: 9.8 al Nord; 12.2 al Centro; 11.6 al Sud e 8.0 nelle Isole.

Sul piano regionale, rispetto al 1992, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei tassi di abortivita':

Piemonte	- 5.0	Marche	+ 1.2
V.Aosta	- 9.3	Lazio	+ 1.6
Lombardia	- 1.9	Abruzzi	+ 2.1
Bolzano	- 2.3	Molise	+ 3.3
Trento	0	Campania	-11.1
Veneto	0	Puglia	- 2.2
Friuli V.G.	- 1.1	Basilicata	- 3.3
Liguria	- 4.4	Calabria	+ 2.4
Emilia Rom.	0	Sicilia	+ 9.7
Toscana	- 1.6	Sardegna	- 3.5
Umbria	- 5.3	ITALIA	- 1.9

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.

### Tassi di abortivita' per 1000 donne in eta' 15-44 anni, 1987-90



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

1.3 Rapporto di abortivita'

Nel 1993 sono state notificate 273.0 IVG per mille nati vivi, con una riduzione dell'1.4% rispetto al 1992.

L'andamento del rapporto di abortivita' per area geografica, dal 1983 al 1993, e' il seguente:

## RAPPORTI DI ABORTIVITA' PER AREA GEOGRAFICA 1983-93

	1983	1987	1992	1993	VAR (%)	
					91-93	83-93
NORD	484.2	418.0	310.4	302.8	- 2.4	- 37.5
CENTRO	515.2	442.7	345.9	353.0	+ 2.1	- 31.5
SUD	283.8	286.3	252.5	242.7	- 3.9	- 14.5
ISOLE	205.3	204.6	162.9	168.8	+ 3.6	- 17.8
ITALIA	381.7	346.7	276.9	273.0	- 1.4	- 28.5

Nel considerare il rapporto di abortivita' non bisogna pero' dimenticare come questo indicatore dipenda molto dall'andamento della natalita'.

Sul piano regionale, rispetto al 1992, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei rapporti di abortivita':

Piemonte	- 4.3	Marche	+ 3.0
V.Aosta	- 5.3	Lazio	+ 6.2
Lombardia	- 2.3	Abruzzi	- 2.2
Bolzano	- 3.4	Molise	+ 2.9
Trento	+ 2.0	Campania	- 8.6
Veneto	- 4.0	Puglia	- 0.3
Friuli V.G.	+ 5.3	Basilicata	-12.4
Liguria	- 3.5	Calabria	- 3.5
Emilia Rom.	+ 0.6	Sicilia	+ 6.1
Toscana	- 3.9	Sardegna	- 1.2
Umbria	- 1.9		
		ITALIA	- 1.4

La tabella 2 mostra le variazioni percentuali dei tassi e dei rapporti di abortivita' tra il 1992 e il 1993 a livello regionale.

## 2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

Le caratteristiche delle donne che piu' frequentemente ricorrono all'IVG si sono modificate, col trascorrere degli anni, in modo lento e costante. Tale evoluzione e' dovuta ad una maggiore riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli rispetto alla pur significativa riduzione osservata nelle donne senza figli. Per esempio, dal 1984 al 1988 la riduzione del tasso di abortivita' tra le donne con figli e' stata del 25.4% e quella tra le donne senza figli del 14.7%. Poiche' le donne con figli hanno un'eta' mediamente piu' elevata delle nullipare, questa evoluzione e' bene evidenziata dalla modificazione dei tassi di abortivita' specifici per eta' con il passare degli anni (Fig. 3).

Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla relazione dell'anno 1990.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi europei (da K. Henshaw e E. Morrow "Induced Abortion - A World Review 1990 - Supplement" Alan Guttmacher Institute).

### 2.1 Classi di eta'

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di eta' relativa all'anno 1993 (Tab.6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella dell'anno precedente. La tabella 7 riporta i tassi di abortivita' per classi di eta' ed il tasso di abortivita' standardizzato per Regione. E' da tenere presente che per fare confronti tra Regioni, in linea teorica, e' necessario usare il tasso standardizzato che tiene conto delle diverse composizioni per classe di eta' della popolazione femminile in eta' feconda nelle Regioni. In realta' gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono minimi.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 1993 si ha il seguente quadro dei tassi di abortivita' per classi di eta':

#### TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', 1983-93

	1983	1987	1992	1993	VAR (%)	
					92-93	83-93
< 20	8.0	6.2	5.6	5.8	+ 3.6	- 27.5
20-24	23.6	16.2	12.9	13.2	+ 2.3	- 44.1
25-29	27.6	20.1	15.1	14.8	- 2.0	- 46.5
30-34	25.2	21.3	16.7	16.2	- 3.0	- 35.7
35-39	23.6	17.4	14.6	14.1	- 3.4	- 40.3
40-44	9.8	9.1	6.7	6.5	- 3.0	- 33.7
45-49	1.2	1.1	0.9	0.8	-11.1	- 33.3

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Si nota come i tassi di abortivita' si siano ridotti per tutti i gruppi di eta' con il passare degli anni.

Le riduzioni maggiori si osservano tra le donne con eta' compresa tra i 25 ed i 29 anni (Fig. 3).

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortivita' per classi di eta' rispetto a quella degli altri paesi industrializzati dell'occidente.

## TASSO DI ABORTIVITA' PER ETA', CONFRONTI INTERNAZIONALI

	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA (1983)	8.0	23.6	27.6	25.2	23.6	9.8
(1987)	6.2	16.2	20.1	21.3	17.4	9.1
(1992)	5.6	12.9	15.1	16.7	14.6	6.7
(1993)	5.8	13.2	14.8	16.2	14.1	6.5
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

Per quanto riguarda le minorenni, l'assenso dei genitori (Tab.40) si e' verificato nel 64.9% dei casi. L'assenso del giudice tutelare si e' verificato nel 34.6% dei casi. Queste percentuali sembrano pero' poco attendibili, essendo il dato non indicato pari al 28.3%. Da valutare con cautela, a causa di un numero elevato di dati non rilevati, il dato dell'assenso mancante per urgenza.

2.2 Stato civile

Le donne che ricorrono all'aborto legale in Italia sono in prevalenza coniugate. Va sottolineato ancora una volta che il progressivo aumento della percentuale di donne nubili sul totale delle donne che ricorrono all'IVG e' dovuto principalmente ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate a fronte di una riduzione minore tra le nubili. Inoltre i valori italiani riferiti alle donne nubili sono molto al di sotto di quelli dell'Europa occidentale, come puo' notarsi dalla tabella sottostante:

## IVG (%) PER STATO CIVILE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

	CONIUGATE	GIA'	CONIUGATE	NUBILI
ITALIA (1983)	70.5		2.9	26.6
(1987)	67.6		3.5	28.9
(1992)	60.3		4.6	35.1
(1993)	58.8		4.6	36.5
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

Come mostrato in tab. 8 la situazione e' molto diversa tra Nord-Centro Italia e Meridione. Infatti i dati del 1993 confermano la maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari.

## IVG (%) PER STATO CIVILE PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	CONIUGATE	GIA'	CONIUGATE	NUBILI
NORD	50.3		6.5	43.1
CENTRO	52.0		5.2	42.8
SUD	74.7		2.0	23.3
ISOLE	64.5		3.3	32.3
ITALIA	58.8		4.6	36.5

2.3 Titolo di studio

La distribuzione percentuale relativa al 1993 (Tab. 9) segue il medesimo andamento gia' rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (48.2%).

L'ingresso di nuove leve nel gruppo di eta' feconda comporta un aumento percentuale delle donne con licenza media e superiore, essendo in relazione con la maggiore scolarizzazione generale. Esistono tuttavia differenze tra aree geografiche, probabilmente giustificate da differente composizione della popolazione e della diversa diffusione dell'istruzione superiore, come evidenziato dalla tabella sottostante.

## IVG (%) PER ISTRUZIONE PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	nessun titolo	elem.	lic. media	lic. sup.	laurea altro
NORD	1.1	9.4	51.6	33.9	4.0
CENTRO	0.9	9.4	46.2	38.7	4.9
SUD	2.3	26.3	44.6	24.0	2.8
ISOLE	1.9	17.3	52.6	25.2	2.9
ITALIA	1.4	14.9	48.2	31.7	3.8

2.4 Anamnesi Ostetrica2.4.1 Numero di figli

I due terzi delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 1993 hanno almeno un figlio (Tab.12) ed il confronto con gli anni precedenti mostra, come meglio specificato in precedenza, una chiara tendenza alla diminuzione.

## IVG (%) PER PARITA', 1983-93

	n. figli				
	0	1	2	3	4 o piu'
1983	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
1987	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
1992	36.4	19.8	28.7	10.9	4.2
1993	36.9	20.2	28.4	10.5	4.0

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

## IVG (%) PER PARITA' E PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	n. figli				
	0	1	2	3	4 o piu'
NORD	44.1	24.7	23.8	5.5	1.8
CENTRO	43.5	21.0	27.2	6.5	1.9
SUD	23.6	14.3	34.9	19.3	7.9
ISOLE	30.7	15.9	30.1	15.7	7.6
ITALIA	36.9	20.2	28.4	10.5	4.0

Un confronto dei valori percentuali con altri paesi europei viene presentato nella seguente tabella:

IVG (%) PER PARITA': CONFRONTI INTERNAZIONALI

	n. figli				
	0	1	2	3	4 o piu'
ITALIA (1983)	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
(1987)	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
(1992)	36.4	19.8	28.7	10.9	4.2
(1993)	36.9	20.2	28.4	10.5	4.0
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

Si hanno percentuali sostanzialmente uguali quando si considerano i parti precedenti (Tab.11); la distribuzione percentuale per le quattro ripartizioni geografiche nel 1993 e' illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) PER PARTI PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	nessun parto	1	2	3	4 o piu'
NORD	43.9	24.9	23.7	5.7	1.8
CENTRO	42.4	21.3	27.7	6.7	2.0
SUD	23.5	14.2	34.6	19.5	8.2
ISOLE	30.6	15.8	30.2	15.6	7.7
ITALIA	36.6	20.3	28.4	10.6	4.1

2.4.2 Aborti spontanei precedenti

Si rileva una tendenza alla riduzione delle percentuali di donne che hanno dichiarato di aver avuto uno o piu' aborti spontanei tra coloro che hanno fatto ricorso all'IVG (Tab.13). Una possibile spiegazione di quanto osservato puo' essere collegata alla stimata riduzione dell'aborto clandestino. Come gia' riferito in precedenti relazioni, infatti, nel periodo antecedente la legge 194/78, una quota dell'aborto spontaneo era

in realta' costituita da aborto clandestino mascherato.

IVG (%) PER NUMERO DI ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI, 1983-93

	n. aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o piu'
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1992	88.1	9.3	2.0	0.4	0.2
1993	88.7	8.9	1.8	0.4	0.2

2.4.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 1993 (Tab.14) mostrano una riduzione delle percentuali di donne che hanno gia' effettuato una o piu' IVG precedentemente. Tale tendenza e' in corso dal 1987.

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI, 1983-93

	n. IVG precedenti				
	1	2	3	4 o piu'	Totale
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1992	18.9	5.6	1.9	1.2	27.6
1993	18.9	5.5	1.8	1.2	27.4

Considerando l'anno 1993 puo' notarsi come la massima frequenza delle ripetizioni sia a carico delle Regioni meridionali con il 36.2%.

Il quadro e' il seguente:

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	n. IVG precedenti				
	1	2	3	4 o piu'	Totale
NORD	16.8	3.6	0.9	0.5	21.8
CENTRO	19.6	4.6	1.3	0.6	26.1
SUD	21.6	8.6	3.4	2.6	36.2
ISOLE	14.7	4.1	1.1	0.5	20.4
ITALIA	18.9	5.5	1.8	1.2	27.4

Le percentuali di aborti ripetuti, dichiarati dalle donne, dopo un periodo di stabilita', mostrano anche nel 1993 un leggero decremento.

Cio', come gia' detto nelle precedenti relazioni, si inserisce in un andamento diverso da quello che ci si potrebbe aspettare assumendo l'attitudine abortiva costante nel tempo.

Fatta questa assunzione, attraverso modelli matematici e' infatti possibile dimostrare che aumentando la popolazione in eta' feconda che ha gia' effettuato almeno una IVG ci si dovrebbe attendere un incremento della percentuale di aborti ripetuti con il passare del tempo, come mostrato nella tabella seguente.

PERCENTUALI DI IVG OTTENUTE DA DONNE CON PRECEDENTE  
ESPERIENZA ABORTIVA (ABORTI LEGALI) - ITALIA 1986-1993

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
osservati	28.5	30.0	30.1	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4
attesi *	31.0	33.3	35.5	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3

(\* 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.)

Nel Nord le Regioni che hanno una percentuale maggiore di ripetizioni sono il Piemonte (26.9%) e l'Emilia Romagna (24.9%); nel Centro il Lazio (27.4%); al Sud la Puglia (43.6%), nell'Italia insulare la Sicilia (27.7%).

Il quadro complessivo dei dati regionali relativo alle donne che, avendo fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza nel 1993, avevano effettuato in precedenza due o piu' IVG risulta il seguente:

Regioni	%	Regioni	%
Piemonte	7.4	Marche	5.6
V.Aosta	6.7	Lazio	6.9
Lombardia	4.6	Abruzzi	7.2
Bolzano	6.5	Molise	7.4
Trento	4.5	Campania	12.7
Veneto	3.0	Puglia	18.8
Friuli V.G.	6.1	Basilicata	9.7
Liguria	6.4	Calabria	7.8
Emilia Rom.	6.0	Sicilia	9.5
Toscana	6.2	Sardegna	3.1
Umbria	5.5		
		ITALIA	8.5

La sostanziale stabilita' delle percentuali di aborti ripetuti, in contrasto con quanto atteso, puo' essere considerata un altro elemento a sostegno della ipotesi che la riduzione dell'incidenza dell'IVG, in atto costantemente dal 1983, sia conseguenza di una maggiore diffusione (o di un piu' corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile.

### 3. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL' IVG

#### 3.1 Certificazione

Anche per l'anno 1993 la certificazione e' stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (46.3%); nel 28.9% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio e' stato coinvolto nel 22.9% dei casi (Tab.37). Un ruolo piu' importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva in Emilia Romagna (30.1%), in Lombardia (30.7%), nel Lazio (40.8%) ed in Umbria (34.4%).

CERTIFICAZIONE IVG (%)	1983	1987	1991	1992	1993
Medico fiducia	52.9	52.4	47.1	47.7	46.3
Servizio Ost. Gin.	21.4	25.7	29.3	28.2	28.9
Consultorio	24.2	20.0	21.9	22.1	22.9
Altro	1.4	1.9	1.7	2.0	1.9

Le piu' alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza dei consultori nelle Regioni (Tab.38); cio' sta a significare che un maggior coinvolgimento del consultorio e' in buona parte il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perche' la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

#### 3.2 Urgenza

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge e' avvenuto nel 1993 nel 10.0% dei casi (Tab.39). Le percentuali piu' alte si sono osservate in Emilia Romagna (27.9%) ed in Toscana (26.4%).

La distribuzione per aree geografiche e' la seguente: 10.1% al Nord, 13.5% al Centro, 7.8% al Sud e 5.5% nelle Isole.

#### 3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG a seconda dell'epoca gestazionale vede effettuarsi il 99.0% degli interventi entro la 12a settimana di gestazione, per cui gli aborti oltre il novantesimo giorno vengono a costituire l'1.0% (Tab.15).

La distribuzione degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 1993, e' riportata nella tabella seguente:

Piemonte	0.8	Marche	n.r.
V.Aosta	1.5	Lazio	0.5
Lombardia	1.4	Abruzzi	0.2
Bolzano	1.6	Molise	0.9
Trento	1.4	Campania	0.4
Veneto	2.0	Puglia	0.3
Friuli V.G.	3.2	Basilicata	0.2
Liguria	1.3	Calabria	0.4
Emilia Rom.	1.7	Sicilia	0.3
Toscana	1.2	Sardegna	1.4
Umbria	1.1		
		ITALIA	1.0

La seguente tabella riporta i confronti internazionali.

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
1987	191469	15.3	0.7
1992	155266	12.1	0.9
1993	150863	12.0	1.0
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.

In ogni caso, facendo riferimento all'epoca gestazionale in cui si e' svolto l'intervento, appare stazionario il numero delle IVG oltre la 10a settimana (12.4%), con punte piu' alte fra le piu' giovani (Tabelle 16-36).

### 3.4 Residenza

Nel 1993 il 91.2% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab.10). Di queste l'86.8% ha riguardato donne residenti nella provincia di intervento.

Dai dati del 1993 si osserva una maggiore frequenza di immigrazione nelle stesse Regioni degli anni precedenti (Provincia Autonoma di Trento, Molise, Umbria, Friuli V.G., Emilia Romagna, Marche).

E' stato inoltre segnalato, da parte dei funzionari regionali, la presenza, via via crescente, di donne straniere, in prevalenza originarie dei paesi extracomunitari che ricorrono all'IVG nel nostro Paese. Dai dati ISTAT disponibili sono risultate 461 IVG effettuate da donne residenti all'estero nel 1980, 516 nel 1987, 661 nel 1989, 993 nel 1991, 1207 nel 1992 e 1362 nel 1993. Questo valore corrisponde allo 0.9% del totale delle IVG dell'ultimo anno.

Come gia' sottolineato i dati sulla mobilita' devono essere tenuti presenti per una corretta valutazione dei tassi di abortivita' per Regione.

I dati riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per Regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortivita', da un punto di vista metodologico, questo non e' corretto perche' numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore e' costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data Regione. Sarebbe piu' corretto utilizzare come numeratore le IVG ottenute dalle donne residenti.

E' possibile nella presente relazione fare questa correzione per gli anni 1992 e 1993 in quanto questi sono gli ultimi anni per cui l'ISTAT ha fornito i dati per Regione di intervento e di residenza.

Le tabelle 48 e 49 mostrano le correzioni che bisogna apportare per avere la stima di incidenza corretta. Si nota come in Emilia Romagna, nella provincia di Trento ed in Umbria, per avere il numero di IVG effettuate da donne residenti, e' necessario apportare una correzione in meno di circa il 10% sui valori assoluti di IVG effettuate nella Regione da donne residenti ovunque. Viceversa nel Veneto, in Basilicata, in Calabria ed in Abruzzo, bisogna apportare correzioni, comprese tra il 10 e piu' del 100% dei valori, nel senso opposto.

In generale puo' osservarsi come le Regioni che presentano i valori piu' bassi tendano ad aumentare e viceversa, indicando una possibile migrazione verso Regioni con servizi quantitativamente e qualitativamente maggiori.

### 3.5 Luogo dell'intervento

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 42) mostra lo stabilizzarsi della quota di interventi negli istituti di cura pubblici, come già evidenziato negli ultimi anni.

#### IVG (%) PER LUOGO DI INTERVENTO, 1983-93

	Ist. Pubb.	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1992	87.4	11.2	1.2
1993	87.3	11.7	0.9

Le riduzioni osservata per l'ambulatorio sono da mettere in relazione alla corretta registrazione sotto questa voce dei soli interventi effettuati in struttura esterna agli istituti di cura pubblici (definizione ISTAT).

In alcune Regioni (Sardegna, Puglia, Campania) e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano e' ancora elevata la percentuale di interventi effettuata in casa di cura.

### 3.6 Tempo di attesa fra certificazione ed intervento

L'informazione relativa ai tempi di attesa non e' contenuta nel modello D 12 standard (ISTAT) ma e' raccolta da molte Regioni, quale indicatore dell'efficienza dei servizi. Nel 1993 il 78.0% delle IVG e' stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 6.4% dei casi sono trascorse piu' di 3 settimane, con una variazione da 0.5% in Molise a 16.0% in Sicilia (Tab. 41).

### 3.7 Tipo di intervento

Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

#### IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO, 1983-93

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1992	15.3	34.4	49.6	1.2
1993	14.6	31.8	52.3	1.2

Si nota una riduzione progressiva, con il passare degli anni, dell'uso del raschiamento in favore delle tecniche di isterosuzione ed in particolare del Karman. Considerando i dati

1993 per Regioni (Tab.44), valori nettamente piu' alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali - insulari (soprattutto in Calabria dove questa tecnica e' ancora presente nel 65.5% dei casi), a fronte di valori molto bassi nell'Italia centrale (ad eccezione del Lazio) e settentrionale (ad eccezione del Friuli V.G.). E' da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni dei modelli D12/ISTAT.

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	5.9	48.5	43.1	2.5
CENTRO	9.6	31.2	58.8	0.4
SUD	27.0	10.5	62.2	0.4
ISOLE	33.5	32.1	34.1	0.2
ITALIA	14.6	31.8	52.3	1.2

3.8 Tipo di anestesia impiegata

Nel 1993 l'anestesia generale e' stata impiegata nel 79.7% delle IVG, mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 17.4% degli interventi, senza sostanziali modificazioni rispetto al 1992 (Tab. 43).

Sulla base del tipo di anestesia praticata nel 1993 si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) PER TIPO DI ANESTESIA PER AREA GEOGRAFICA, 1993

	Generale	Locale	Analgesia	Altro
NORD	81.9	13.7	3.0	0.8
CENTRO	65.5	33.6	0.4	0.0
SUD	85.9	11.5	1.0	0.1
ISOLE	95.6	1.5	2.7	0.1
ITALIA	79.7	17.4	1.7	0.3

Come gia' osservato nelle precedenti relazioni, permane la contraddizione fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale.

Tenendo conto delle differenze esistenti non solo tra Regioni ma, soprattutto all'interno delle Regioni, tra ospedali, cosi' come accade per il tipo di intervento e la durata della degenza, sarebbe opportuno procedere ad una omogenizzazione delle procedure adottate secondo gli standard raccomandati a livello internazionale, cio' al fine di una maggiore salvaguardia della salute della donna, oltre che di un risparmio di risorse.

3.9 Durata della degenza

Nel 1993 continua a ridursi la durata della degenza.

## IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA, 1983-93

	giorni di degenza		
	< 1	1	>=2
1983	47.5	30.5	22.0
1987	67.4	21.2	11.5
1992	73.5	20.0	6.5
1993	74.8	19.2	6.0

Per grandi aree geografiche rispetto al 1992 la durata della degenza e' stata la seguente:

## IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA PER AREA GEOGRAFICA, 1992-93

	giorni di degenza					
	< 1		1		>= 2	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993
NORD	67.1	63.7	25.2	27.9	7.7	8.3
CENTRO	78.5	86.7	17.0	10.3	4.4	3.0
SUD	80.8	80.0	14.5	14.4	4.7	4.8
ISOLE	64.2	68.1	22.5	23.2	13.2	8.7
ITALIA	73.5	74.8	20.0	19.2	7.2	6.0

Nel 74.8% questa e' risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 19.2% dei casi la donna e' rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze tra Regione e Regione (tab. 45).

3.10 Complicanze immediate dell'IVG

L'incidenza delle complicanze (Tab. 46) e' simile a quella degli anni precedenti (3.7 per mille) e sovrapponibile a quella di altri Paesi.

3.11 Obiezione di coscienza

La tabella 47 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Risultano obiettori il 63.1% dei ginecologi, il 52.1% degli anestesisti ed il 48.3% del personale non medico.

Analizzando i dati trasmessi dalle regioni, le percentuali piu' alte di ginecologi obiettori si osservano a Bolzano, nel Veneto, in Basilicata, in Umbria e nel Molise e le percentuali piu' basse in Val d'Aosta ed in Emilia Romagna.

Tra gli anestesisti le percentuali piu' alte si hanno in Val d'Aosta, in Basilicata, in Calabria ed a Bolzano e quelle piu' basse in Umbria, in Toscana, in Friuli V.G. ed Emilia Romagna.

#### 4. CONSIDERAZIONI FINALI

Grazie al Sistema di Sorveglianza epidemiologica dell'IVG e alle ricerche e alle indagini campionarie collaterali condotte su specifici argomenti sono note ormai da svariati anni le caratteristiche salienti del fenomeno abortivo in Italia.

La serie storica dei dati rilevati nel tempo dimostra, come d'altronde ci si aspettava, che il fenomeno, dopo un suo picco osservato a distanza di pochi anni dall'approvazione della legge, e' andato riducendosi costantemente, anno dopo anno. Questo andamento, e' sicuramente legato ad una maggiore diffusione (o un piu' corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile onde evitare il ricorso all'aborto.

Come piu' in dettaglio e' stato evidenziato nelle precedenti relazioni, il ricorso all'IVG non rappresenta quindi, per una quota preponderante, una scelta di elezione, bensì una conseguenza, anche a causa di una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione, della scelta di metodiche contraccettive a bassa efficacia o di una scarsa conoscenza del corretto uso.

La riduzione del fenomeno abortivo potrebbe essere piu' consistente e verificarsi in tempi piu' brevi mediante la realizzazione di programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle partorienti, alle coppie che si sposano, alle/agli adolescenti nelle scuole.

Come gia' detto in precedenti relazioni, i punti chiave di questi programmi di prevenzione 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, efficacia ed efficienza.

Tali programmi andrebbero effettuati attraverso un attivo intervento di informazione ed educazione perche' la sessualita' venga vissuta con consapevolezza.

Anche in relazione alle modificazioni degli stili di vita, il problema deve essere proposto gia' in eta' adolescenziale e le proposte di legge, riguardanti l'introduzione dell'informazione e dell'educazione anche in questo ambito, nel quadro piu' ampio dell'educazione alla salute, esprimono questa esigenza.

A questo proposito gli operatori dei Consultori Familiari dovrebbero svolgere parte della loro attivita' di prevenzione nei confronti della popolazione scolastica (corsi di aggiornamento per i docenti e i genitori ed interventi specifici con gli

studenti in base alla programmazione scolastica annuale) favorendo l'accesso dei giovani alle strutture consultoriali (e' auspicabile l'apertura di spazi riservati ai giovani) per promuovere e proseguire il processo di conoscenza e di educazione alla salute intrapreso nella scuola.

Infatti, sia varie indagini campionarie riguardanti le conoscenze, le attitudini ed i comportamenti delle donne in eta' feconda riguardo alla procreazione cosciente e responsabile, sia gli interventi educativi-informativi effettuati nelle scuole, hanno ampiamente dimostrato scarse conoscenze sulla fisiologia della riproduzione che inficiano seriamente le possibilita' di una gestione consapevole e responsabile della fecondita'.

A questo proposito un contributo informativo-educativo e' stato dato anche da una iniziativa del Ministero della Sanita'. A completamento della campagna "Benessere Donna", realizzata nell'anno 1991, e' stato elaborato e distribuito alle UU.SS.LL., nel corso del 1993, un opuscolo, anch'esso denominato "Benessere Donna" che, riprendendo i temi della campagna (contraccezione, gravidanza, prevenzione dei tumori e menopausa), li approfondisce costituendo un valido strumento di educazione sanitaria, soprattutto se utilizzato nell'ambito dei programmi esposti.

Per quanto riguarda le necessita' di intervento per la riqualificazione dei servizi direttamente impegnati nell'esecuzione dell'IVG si e' piu' volte sottolineata la necessita' di: razionalizzare le procedure, istituire o migliorare i collegamenti tra consultori e strutture, 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 un minor numero di analisi pre-IVG, superare la contraddizione emersa fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale, diminuire la degenza fino ad evitare il pernottamento (il tutto facendo salvi i casi particolari).

Con cio' si salvaguarderebbe maggiormente la salute della donna; si risparmierebbero ingenti risorse finanziarie ed umane, nonche' logistiche; si ridurrebbero i tempi di attesa e molto probabilmente una buona parte dell'aborto clandestino (quello causato dalla carenza dei sevizi) avrebbe uno sbocco nella legalita'.

La realizzazione a tempi rapidi delle proposte di intervento sopra delineate, sia nell'ambito della prevenzione che della razionalizzazione dell'attivita' dei servizi, porterebbe sicuramente ad un radicale ridimensionamento del fenomeno e permetterebbe quindi di concentrare l'attenzione su quelle componenti dell'aborto legale piu' problematiche e che richiedono studi piu' approfonditi nell'area psico-sociale.

Viene quindi ripetuto l'invito alle Regioni di considerare gli indirizzi e le procedure operative che da svariati anni vengono ripetuti nelle relazioni presentate al Parlamento e distribuite a livello regionale, auspicando che i piani sanitari regionali comprendano specifiche proposizioni operative al riguardo.

Inoltre, nell'ambito della programmazione sanitaria, il D.P.R. 1.3.1994 ha approvato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96.

"La tutela materno-infantile" viene considerata tra i temi prioritari costituendo il Progetto Obiettivo 5-A e tra gli interventi da compiere viene indicata l'esigenza di un potenziamento e riqualificazione dei Consultori Familiari. Si auspica quindi l'attuazione delle indicazioni riportate nel "Documento sulle attività consultoriali" elaborato all'interno del Comitato Operativo Materno-Infantile (istituito presso il Centro Studi del Ministero della Sanità dal luglio 1987 al luglio 1989) e riportate nella relazione sull'IVG relativa all'anno 1989 e che ora sembra opportuno riproporre in allegato.

Completare la rete consultoriale sul territorio, completare gli organici ed eliminare le condizioni di precarietà sono certamente punti cruciali assieme alla organizzazione di corsi di aggiornamento strettamente finalizzati alla realizzazione di programmi di prevenzione.

Con deliberazione CIPE del 16 febbraio 1990, nell'ambito della parziale attuazione dei programmi del Piano Sanitario con la residua disponibilità del fondo 1988, fu predisposto un finanziamento di 25 miliardi per la riqualificazione quali-quantitativa dei Consultori Familiari in quelle regioni dove erano maggiori le carenze e dove il quadro socio-sanitario richiedeva un maggiore impegno dei servizi, e in particolare dei Consultori Familiari, e cioè 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). Tutte le regioni, tranne il Molise, hanno presentato programmi che avevano come obiettivi prioritari:

- l'istituzione di nuovi Consultori Familiari e l'adeguamento degli organici;
- l'educazione sanitaria, con particolare riferimento alla procreazione responsabile ed alla educazione sessuale in ambito scolastico;
- la prevenzione dell'aborto;
- la prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo;
- la prevenzione dell'handicap.

Campania, Puglia e Sicilia hanno già ottenuto il relativo finanziamento; per la Calabria il medesimo è in corso di definizione.

In piena sintonia con lo stesso progetto obiettivo del P.S.N. e' stato finanziato, con i fondi previsti dall'art.12 del D.L.vo. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, il Progetto di Ricerca "Prevenzione dei fattori di rischio della salute materno-infantile", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanita', avente il fine di riqualificare i servizi ed aumentare le conoscenze sia sul piano della ricerca biomedica che su quello epidemiologico.

Il progetto si articola in quattro sottoprogetti:

Fertilita', Gravidanza, Neonato e Infanzia

ed ha come principali obiettivi:

- aumentare le conoscenze nel settore ed individuare eventuali fattori di rischio;
- definire linee guida, corrette sul piano scientifico e condivise a livello nazionale;
- valutare l'efficacia e l'efficienza delle procedure di diagnosi e terapia;
- sviluppare modelli sperimentali di studi etiopatogenetici in connessione con le risultanze epidemiologiche sui fattori di rischio;
- sviluppare progetti pilota di prevenzione e la loro implementazione sul territorio.

## TABELLE E GRAFICI



## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 1 INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA - 1993

REGIONE	IVG	NATI VIVI*	DONNE 15-49 ANNI**	ABORTIVITA'		TASSO DI FECONDITA'
				RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	
PIEMONTE	12010	33016	1046026	363.8	11.5	31.6
V. D'AOSTA	336	913	28833	368.0	11.7	31.7
LOMBARDIA	23142	76263	2275900	303.4	10.2	33.5
BOLZANO	479	5194	113303	92.2	4.2	45.8
TRENTO	1084	4472	112801	242.4	9.6	39.6
VENETO	6180	38284	1128205	161.4	5.5	33.9
FRIULI V. G.	2702	8327	288655	324.5	9.4	28.8
LIGURIA	4175	11078	381713	376.9	10.9	29.0
EMILIA ROM.	12000	27569	939238	435.3	12.8	29.4
TOSCANA	10235	25811	846315	396.5	12.1	30.5
UMBRIA	2705	6359	191141	425.4	14.2	33.3
MARCHE	2823	11730	340553	240.7	8.3	34.4
LAZIO	17363	49931	1346772	347.7	12.9	37.1
ABRUZZI	2994	12212	305635	245.2	9.8	40.0
MOLISE	1228	3229	78341	380.3	15.7	41.2
CAMPANIA	13128	77453	1496080	169.5	8.8	51.8
PUGLIA	19304	48291	1062783	399.7	18.2	45.4
BASILICATA	886	6731	150727	131.6	5.9	44.7
CALABRIA	4521	25365	521199	178.2	8.7	48.7
SICILIA	9982	64873	1267323	153.9	7.9	51.2
SARDEGNA	3586	15486	438937	231.6	8.2	35.3
ITALIA	150863	552587	14360490	273.0	10.5	38.5

\* NUMERO NATI VIVI NEL 1993 (DATI DEFINITIVI FORNITI BREVI MANO DALL'ISTAT)

\*\* NUMERO DONNE 15-49 ANNI AL GENNAIO 1993 (DATI PROVVISORI FORNITI BREVI MANO DALL'ISTAT)

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 2 RAPPORTI E TASSI DI ABORTIVITA', PERCENTUALI DI CAMBIAMENTO 1992 - 1993

REGIONE	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI		TASSO PER 1000 DONNE IN ETA' 15-49	
	1992	1993	1992	1993
PIEMONTE	380.3	363.8	12.1	11.5
V. D'AOSTA	388.7	368.0	12.9	11.7
LOMBARDIA	310.6	303.4	10.4	10.2
BOLZANO	95.4	92.2	4.3	4.2
TRENTO	237.7	242.4	9.6	9.6
VENETO	168.1	161.4	5.5	5.5
FRIULI V. G.	308.2	324.5	9.5	9.4
LIGURIA	390.4	376.9	11.4	10.9
EMILIA ROM.	432.9	435.3	12.8	12.8
TOSCANA	412.8	396.5	12.3	17.1
UMBRIA	433.7	425.4	15.0	14.2
MARCHE	233.8	240.7	8.2	8.3
LAZIO	327.5	347.7	12.7	12.9
ABRUZZI	250.8	245.2	9.6	9.8
MOLISE	369.7	380.3	15.2	15.7
CAMPANIA	185.5	169.5	9.9	8.8
PUGLIA	400.8	399.7	18.6	18.2
BASILICATA	150.3	131.6	6.1	5.9
CALABRIA	184.7	178.2	8.5	8.7
SICILIA	145.1	153.9	7.2	7.9
SARDEGNA	234.4	231.6	8.5	8.2
ITALIA	276.9	273.0	10.7	10.5

TAB. 3 ABORTIVITA' IN ITALIA PER AREA GEOGRAFICA - 1993

	I.V.G.	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 A
ITALIA SETTENTRIONALE	62103	302.8	9.8
ITALIA CENTRALE	33126	353.0	12.2
ITALIA MERIDIONALE	42061	242.7	11.6
ITALIA INSULARE	13568	168.8	8.0
ITALIA	150863	273.0	10.5

TAB. 4 NUMERO DI ABORTI E PERCENTUALI DI CAMBIAMENTO 1988, 1989, 1990, 1991, 1992 E 1993

REGIONE	N. ABORTI		VAR.		N. ABORTI		VAR.		N. ABORTI		VAR.		N. ABORTI		VAR.	
	1988	1989	0	0	1990	0	0	0	1991	0	0	0	0	1992	0	0
PIEMONTE	15070	14203	- 5.8	13335	- 6.1	13629	2.2	12456	- 8.6	12010	- 3.6					
V. D'AOSTA	372	409	9.9	347	-15.2	332	- 4.3	370	11.4	336	- 9.2					
LOMBARDIA	27737	26278	- 5.3	25752	- 2.0	24560	- 4.6	23664	- 3.6	23142	- 2.2					
BOLZANO	524	522	- 0.4	530	1.5	515	- 2.8	492	- 4.5	479	- 2.6					
TRENTO	1243	1166	- 6.2	1096	- 6.0	1162	6.0	1098	- 5.5	1084	- 1.3					
VENETO	7312	6906	- 5.6	6590	- 4.6	6455	- 2.0	6242	- 3.3	6180	- 1.0					
FRIULI V. G.	3643	3422	- 6.1	3367	- 1.6	3142	- 6.7	2834	- 9.8	2702	- 4.7					
LIGURIA	5599	5033	-10.1	4899	- 2.7	4694	- 4.2	4504	- 3.8	4175	- 7.3					
EMILIA ROM.	14837	13713	- 7.6	13404	- 2.3	13130	- 2.0	12195	- 7.1	12000	- 1.6					
TOSCANA	12468	11820	- 5.2	11744	- 0.6	10769	- 8.3	10639	- 1.2	10235	- 3.8					
UMBRIA	3103	2981	- 3.9	2811	- 5.7	2910	3.5	2934	0.8	2705	- 7.8					
MARCHE	3369	3156	- 6.3	2979	- 5.5	2872	- 3.6	2822	- 1.7	2823	0					
LAZIO	20179	19471	- 3.5	18802	- 3.4	17627	- 6.2	17202	- 2.4	17363	0.9					
ABRUZZI	3807	3677	- 3.4	3593	- 2.3	3318	- 7.7	2990	- 9.9	2994	0.1					
MOLISE	1209	1195	- 1.2	1200	0.4	1249	4.1	1221	- 2.2	1228	0.6					
CAMPANIA	15940	14602	- 8.4	13744	- 5.9	13521	- 1.6	14942	10.5	13128	-12.1					
PUGLIA	21388	22632	5.8	21434	- 5.3	20464	- 4.5	19843	- 3.0	19304	- 2.7					
BASILICATA	1155	1026	-11.2	1002	- 2.3	970	- 3.2	931	- 4.0	886	- 4.8					
CALABRIA	3472	3930	13.2	4649	18.3	4831	3.9	4596	- 5.8	4521	- 1.6					
SICILIA	12665	11736	- 7.3	11255	- 4.1	10640	- 5.5	9483	-10.9	9982	5.3					
SARDEGNA	4011	3806	- 5.1	3347	- 9.4	3704	10.7	3808	2.8	3586	- 5.8					
ITALIA	179103	171684	- 4.1	165980	- 3.3	160494	- 3.3	155266	- 3.3	150863	- 2.8					

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 5 I. V. G. ED ETA' - 1993

REGIONE	< 18				>=18				
	I. V. G.	DONNE (15-17 ANNI)	TASSO PER 1000 DONNE	I. V. G.	DONNE (18-49 ANNI)	TASSO PER 1000 DONNE	I. V. G.	DONNE (18-49 ANNI)	TASSO PER 1000 DONNE
ITALIA SETT.	1749	447356	2.8	60359	5867323	97.5	60359	5867323	97.5
PIEMONTE	365	73883	3.0	11645	972143	97.0	11645	972143	97.0
V. D'AOSTA	9	2002	2.7	327	26836	97.3	327	26836	97.3
LOMBARDIA	661	164562	2.9	22481	2111338	97.1	22481	2111338	97.1
BOLZANO	14	8472	2.9	465	104831	97.1	465	104831	97.1
TRENTO	24	8293	2.2	1060	104508	97.8	1060	104508	97.8
VENETO	189	83178	3.1	5991	1045027	96.9	5991	1045027	96.9
FRIULI V. G.	64	19437	2.4	2638	269218	97.6	2638	269218	97.6
LIGURIA	116	24638	2.8	4059	357075	97.2	4059	357075	97.2
EMILIA ROM.	307	62891	2.6	11693	876347	97.4	11693	876347	97.4
ITALIA CEN.	950	201637	2.9	32176	2523149	97.1	32176	2523149	97.1
TOSCANA	308	59692	3.0	9927	786623	97.0	9927	786623	97.0
UMBRIA	61	14308	2.2	2644	176833	97.8	2644	176833	97.8
MARCHE	82	25988	2.9	2741	314570	97.1	2741	314570	97.1
LAZIO	499	101649	2.9	16864	1245123	97.1	16864	1245123	97.1
ITALIA MER.	714	347107	1.7	41347	3267658	98.3	41347	3267658	98.3
ABRUZZI	69	25072	2.3	2925	280563	97.7	2925	280563	97.7
MOLISE	34	6622	2.8	1194	71719	97.2	1194	71719	97.2
CAMPANIA	118	147088	0.9	13010	1348992	99.1	13010	1348992	99.1
PUGLIA	443	102326	2.3	18861	960457	97.7	18861	960457	97.7
BASILICATA	4	14038	0.5	882	136689	99.5	882	136689	99.5
CALABRIA	46	51961	1.0	4475	469238	99.0	4475	469238	99.0
ITALIA INS.	310	156498	2.3	13258	1549762	97.7	13258	1549762	97.7
SICILIA	221	116719	2.2	9761	1150604	97.8	9761	1150604	97.8
SARDEGNA	89	39779	2.5	3497	399158	97.5	3497	399158	97.5
ITALIA	3723	1152598	2.5	147140	13207892	97.5	147140	13207892	97.5
			3.2			11.1			11.1

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 6 I. V. G. PER CLASSI DI ETÀ - 1993

REGIONE	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		NON RIL.		TOTALE
	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	
ITALIA SETT.	96	0.2	4514	8.5	10759	20.3	12341	23.3	11572	21.8	9097	17.2	4144	7.8	473	0.9	9112	14.7	62108
PIEMONTE	21	0.7	261	8.8	584	19.6	639	21.5	674	22.7	521	17.5	243	8.2	32	1.1	9035	75.2	12010
V. D'ASTA	1	0.3	31	9.2	61	18.2	80	23.6	73	21.7	69	20.5	19	5.7	2	0.6	0	0.0	336
LOMBARDIA	32	0.1	2027	8.8	4759	20.6	5527	23.9	5046	21.8	3835	16.6	1721	7.4	194	0.8	1	0.0	23142
BOLOGNA	0	0.0	42	8.8	113	23.7	112	23.5	99	20.8	71	14.9	36	7.5	4	0.8	2	0.4	479
TRENTO	0	0.0	82	7.8	223	21.3	209	19.9	266	25.4	179	17.1	80	7.6	9	0.9	36	3.3	1084
VENEZIA	16	0.3	560	9.1	1191	19.3	1402	22.7	1312	21.2	1109	18.0	524	8.5	63	1.0	3	0.0	6180
FRIGOLI V.G.	0	0.0	284	7.6	485	18.1	624	23.3	606	22.6	490	18.3	251	9.4	19	0.7	23	0.9	2702
LIGURIA	10	0.2	376	9.0	873	20.9	968	23.2	871	20.9	715	17.1	320	7.7	39	0.9	3	0.1	4175
EMILIA ROM.	16	0.1	931	7.8	2470	20.6	2780	23.2	2625	21.9	2108	17.6	950	7.9	111	0.9	9	0.1	12000
ITALIA GEN.	57	0.2	2767	8.4	6764	20.6	7803	23.8	7139	21.7	5585	17.0	2466	7.5	262	0.8	283	0.9	33126
TOSCANA	10	0.1	891	8.8	2067	20.3	2344	23.0	2176	21.4	1783	17.5	809	7.9	102	1.0	53	0.5	10235
UMBRIA	2	0.1	183	6.8	538	20.1	614	22.9	598	22.3	474	17.7	245	9.2	23	0.9	28	1.0	2705
MARCHE	2	0.1	224	7.9	581	20.6	612	21.7	635	22.5	520	18.4	223	7.9	26	0.9	0	0.0	2823
LAZIO	43	0.3	1469	8.6	3578	20.8	4233	24.7	3730	21.7	2808	16.4	1189	6.9	111	0.6	202	1.2	17363
ITALIA MER.	51	0.1	2267	5.6	6991	17.3	8982	22.3	9679	24.0	7973	19.8	3864	9.6	544	1.3	1710	4.1	42061
ABRUZZI	17	1.1	83	5.2	260	16.3	366	23.0	398	25.0	322	20.2	134	8.4	14	0.9	1400	46.8	2994
MOLISE	2	0.2	92	7.5	193	15.8	277	22.7	290	23.8	252	20.6	105	8.6	10	0.8	7	0.6	1228
CAMPANIA	1	0.0	445	3.4	2122	16.3	2866	22.0	3154	24.2	2681	20.6	1469	11.3	269	2.1	121	0.9	13128
FUGLIA	29	0.2	1424	7.4	3533	18.5	4321	22.6	4420	23.1	3571	18.7	1642	8.6	200	1.0	164	0.8	19304
BASILICATA	0	0.0	29	3.3	138	15.8	207	23.7	193	22.1	192	22.0	107	12.3	7	0.8	13	1.5	886
CALABRIA	2	0.0	194	4.3	745	16.5	945	20.9	1224	27.1	955	21.1	407	9.0	44	1.0	5	0.1	4521
ITALIA INS.	5	0.1	436	7.4	1120	18.9	1268	21.5	1319	22.3	1115	18.9	589	10.0	59	1.0	7657	56.4	13568
SICILIA	3	0.1	159	6.8	439	18.6	536	22.8	544	23.1	478	20.3	180	7.6	15	0.6	7628	76.4	9982
SARDEGNA	2	0.1	277	7.8	681	19.1	732	20.6	775	21.8	637	17.9	409	11.5	44	1.2	29	0.8	3586
ITALIA	209	0.2	9984	7.6	25634	19.4	30394	23.0	29709	22.5	23770	18.0	11063	8.4	1338	1.0	18762	12.4	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 8 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 7 TASSI DI ABORTIVITA' PER CLASSI DI ETA' E PER REGIONE - 1993

REGIONE	ETA' (ANNI)						TASSO STANDARDIZZATO	
	< 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		45-49
ITALIA SETT.	6.9	13.4	13.9	14.6	12.4	5.5	0.7	9.9
PIEMONTE	6.7	15.4	15.5	17.9	14.4	6.4	0.9	11.7
V. D'AOSTA	9.0	14.2	16.7	16.7	16.9	4.6	0.5	11.6
LOMBARDIA	7.0	14.1	14.8	15.1	12.4	5.4	0.6	10.2
BOLZANO	2.8	6.0	5.6	5.8	4.9	2.6	0.3	4.1
TRENTO	5.9	14.0	11.4	15.9	11.7	5.4	0.6	9.6
VENETO	3.9	6.9	7.4	7.8	7.3	3.5	0.4	5.5
FRIULI V.G.	5.8	11.5	13.5	14.7	12.7	6.1	0.4	9.5
LIGURIA	8.6	15.7	15.7	15.5	13.8	5.9	0.7	11.2
EMILIA ROM.	8.4	18.3	18.6	18.6	16.0	7.0	0.8	13.0
ITALIA CEN.	8.0	16.9	18.0	17.8	15.0	6.6	0.7	12.3
TOSCANA	8.5	17.1	17.6	17.7	15.4	6.7	0.8	12.4
UMBRIA	7.5	19.8	20.8	21.5	18.0	8.9	0.9	14.4
MARCHE	5.0	11.6	11.3	12.5	10.8	4.6	0.6	8.3
LAZIO	8.5	17.7	19.5	18.6	15.3	6.6	0.6	12.9
ITALIA MER.	4.0	12.2	15.9	19.4	17.7	9.0	1.4	11.7
ABRUZZI	4.3	10.4	13.9	16.4	14.3	6.0	0.7	9.7
MOLISE	8.2	15.8	21.8	24.7	23.5	10.0	1.2	15.4
CAMPANIA	1.8	8.5	11.7	14.8	14.2	8.4	1.7	8.9
PUGLIA	8.3	20.5	25.4	29.8	26.3	12.3	1.7	18.2
BASILICATA	1.2	5.7	8.5	8.7	9.6	5.7	0.5	5.8
CALABRIA	2.2	8.8	11.1	16.1	14.0	6.4	0.8	8.7
ITALIA INS.	3.6	9.2	11.1	12.4	11.7	5.4	0.6	7.9
SICILIA	3.4	9.1	11.3	12.4	12.0	4.7	0.5	7.8
SARDEGNA	4.1	9.7	10.5	12.3	10.8	7.4	0.9	8.1
ITALIA	5.8	13.2	14.8	16.2	14.1	6.5	0.8	8.8

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 8 I. V. G. E STATO CIVILE - 1993

REGIONE	NOBILI		SEPARATE		DIVORZATE		VEDOVE		CONIUGATE		DATO NON RIL. O NCN ANALIZ.		TOTALE
	N	0*	N	0*	N	0*	N	0*	N	0*	N	0**	
ITALIA SETT.	22847	43.1	2245	4.2	830	1.6	373	0.7	26661	50.3	9152	14.7	62108
PIEMONTE	1111	37.8	131	4.5	46	1.6	29	1.0	1622	55.2	9071	75.5	12010
V. D'AOSTA	125	37.5	19	5.7	11	3.3	2	0.6	176	52.9	3	0.9	336
LOMBARDIA	10005	43.2	938	4.1	314	1.4	157	0.7	11728	50.7	0	0.0	23142
BOLZANO	256	53.4	13	2.7	7	1.5	2	0.4	201	42.0	0	0.0	479
TRENTO	565	52.2	38	3.5	8	0.7	10	0.9	461	42.6	2	0.2	1084
VENETO	2537	41.2	243	3.9	95	1.5	46	0.7	3237	52.6	22	0.4	6180
FRIULI V.G.	1100	40.8	144	5.3	51	1.9	17	0.6	1383	51.3	7	0.3	2702
LIGURIA	1872	45.0	188	4.5	87	2.1	37	0.9	1974	47.5	17	0.4	4175
EMILIA ROM.	5276	44.1	531	4.4	211	1.8	73	0.6	5879	49.1	30	0.3	12000
ITALIA CEN.	14100	42.8	1151	3.5	409	1.2	166	0.5	17112	52.0	188	0.6	33126
TOSCANA	4390	43.0	402	3.9	157	1.5	45	0.4	5207	51.0	34	0.3	10235
UMBRIA	1023	38.0	76	2.8	20	0.7	13	0.5	1557	57.9	16	0.6	2705
MARCHE	1055	37.5	58	2.1	22	0.8	4	0.1	1673	59.5	11	0.4	2823
LAZIO	7632	44.3	615	3.6	210	1.2	104	0.6	8675	50.3	127	0.7	17363
ITALIA MER.	9436	23.3	513	1.3	177	0.4	119	0.3	30288	74.7	1528	3.6	42061
ABRUZZI	434	27.3	28	1.8	17	1.1	2	0.1	1109	69.7	1404	46.9	2994
MOLISE	313	25.7	14	1.2	0	0.0	1	0.1	889	73.0	11	0.9	1228
CAMPANIA	3253	24.9	206	1.6	66	0.5	47	0.4	9473	72.6	83	0.6	13128
PUGLIA	4538	23.5	195	1.0	73	0.4	51	0.3	14445	74.8	2	0.0	19304
BASILICATA	133	15.1	7	0.8	2	0.2	5	0.6	735	83.3	4	0.5	886
CALABRIA	765	17.0	63	1.4	19	0.4	13	0.3	3637	80.9	24	0.5	4521
ITALIA INS.	1915	32.3	128	2.2	33	0.6	30	0.5	3830	64.5	7632	56.3	13568
SICILIA	493	21.0	62	2.6	10	0.4	10	0.4	1777	75.6	7630	76.4	9982
SARDEGNA	1422	39.7	66	1.8	23	0.6	20	0.6	2053	57.3	2	0.1	3586
ITALIA	48298	36.5	4037	3.0	1449	1.1	688	0.5	77891	58.8	18500	12.3	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

I. V. G. E TITOLO DI STUDIO - 1993

REGIONE	NESSUN TITOLO		LICENZA ELEMENTARE		LIC. MEDIA INFERIORE		LIC. MEDIA SUPERIORE		LAUREA O ALTRO		DATO NON RIL. TOTALE O NON ANALIZ.	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
ITALIA SETT.	562	1.1	4952	9.4	27210	51.6	17858	33.9	2119	4.0	9407	15.1
PIEMONTE	17	0.6	386	13.3	1588	54.6	811	27.9	104	3.6	9104	75.8
V. D'AOSTA	3	0.9	45	13.5	208	62.5	64	19.2	13	3.9	3	0.9
LOMBARDIA	278	1.2	2153	9.3	12348	53.4	7493	32.4	870	3.8	0	0.0
BOLZANO	7	1.5	18	3.8	330	69.6	110	23.2	9	1.9	5	1.0
TRENTO	3	0.3	42	3.9	539	49.8	456	42.1	42	3.9	2	0.2
VENETO	60	1.0	657	10.7	3248	53.0	1924	31.4	239	3.9	52	0.8
FRIULI V.G.	14	0.5	184	6.9	1391	51.9	964	36.0	126	4.7	23	0.9
LIGURIA	45	1.1	433	10.5	2018	49.0	1454	35.3	169	4.1	56	1.3
EMILIA ROM.	135	1.1	1034	8.7	5540	46.8	4582	38.7	547	4.6	162	1.3
ITALIA CEN.	283	0.9	3069	9.4	15097	46.2	12637	38.7	1603	4.9	437	1.3
TOSCANA	100	1.0	1025	10.1	5179	51.1	3368	33.2	467	4.6	96	0.9
UMBRIA	14	0.5	198	7.5	1122	42.3	1171	44.2	147	5.5	53	2.0
MARCHE	15	0.5	282	10.1	1244	41.7	1134	40.7	109	3.9	39	1.4
LAZIO	154	0.9	1564	9.1	7552	44.1	6964	40.7	880	5.1	249	1.4
ITALIA MER.	943	2.3	10590	26.3	17962	41.6	9662	24.0	1146	2.8	1758	4.2
ABRUZZI	13	0.8	219	13.8	741	46.8	553	34.9	59	3.7	1409	47.1
MOLISE	9	0.7	163	13.4	642	52.9	351	28.9	49	4.0	14	1.1
CAMPANIA	461	3.6	3221	25.0	5639	43.8	3102	24.1	447	3.5	258	2.0
PUGLIA	364	1.9	5684	29.5	8487	44.0	4319	22.4	437	2.3	13	0.1
BASILICATA	9	1.0	196	22.2	413	46.9	239	27.1	24	2.7	5	0.6
CALABRIA	87	1.9	1107	24.8	2040	41.7	1098	24.6	130	2.9	59	1.3
ITALIA INS.	108	1.9	993	17.3	3020	52.6	1448	25.2	167	2.9	7832	57.7
SICILIA	79	3.7	591	27.5	974	45.2	462	21.5	47	2.2	7829	78.4
SARDEGNA	29	0.8	402	11.2	2046	57.1	986	27.5	120	3.3	3	0.1
<b>ITALIA</b>	<b>1896</b>	<b>1.4</b>	<b>19604</b>	<b>14.9</b>	<b>63289</b>	<b>43.2</b>	<b>41605</b>	<b>31.7</b>	<b>5035</b>	<b>3.8</b>	<b>19434</b>	<b>12.9</b>

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 10 I.V.G. E LUOGO DI RESIDENZA - 1993

REGIONE	I.V.G. EFFETTUATA DA RESIDENTI NELLA REGIONE				I.V.G. EFF. DA RES. FUORI REGIONE				TOTALE		
	NELLA PROVINCIA DI INTERVENTO		FUORI PROVINCIA DI INTERVENTO		NELLA REGIONE		FUORI REGIONE				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
PIEMONTE	1238	85.3	213	14.7	1451	95.9	62	4.1	9216	76.7	12010
V. D'AOSTA	299	100.0	0	0.0	299	89.0	37	11.0	0	0.0	336
LOMBARDIA	18548	87.1	2758	12.9	21306	92.1	1836	7.9	0	0.0	23142
BOLEANO	457	100.0	0	0.0	457	95.6	21	4.4	1	0.2	479
TRENTO	788	100.0	0	0.0	788	73.2	289	26.8	7	0.6	1084
VENETO	4575	78.7	1237	21.3	5812	94.2	358	5.8	10	0.2	6180
FRIULI V. G	1912	83.4	381	16.6	2293	85.8	379	14.2	28	1.0	2702
LIGURIA	3649	95.6	166	4.4	3815	91.5	356	8.5	4	0.1	4175
EMILIA ROM.	8948	87.3	1297	12.7	10245	85.9	1686	14.1	69	0.6	12000
TOSCANA	7411	81.5	1678	18.5	9089	88.9	1137	11.1	9	0.1	10235
UMBRIA	2094	95.1	108	4.9	2202	81.4	502	18.6	1	0.0	2705
MARCHE	1676	68.9	758	31.1	2434	86.2	389	13.8	0	0.0	2823
LAZIO	15141	93.0	1148	7.0	16289	93.9	1062	6.1	12	0.1	17363
ABRUZZI	1070	71.0	436	29.0	1506	95.1	77	4.9	1411	47.1	2994
MOLISE	851	91.6	78	8.4	929	75.8	296	24.2	3	0.2	1228
CAMPANIA	10117	80.0	2523	20.0	12640	97.0	389	3.0	99	0.8	13128
PUGLIA	16537	90.1	1819	9.9	18356	95.1	948	4.9	0	0.0	19304
BASILICATA	770	93.8	51	6.2	821	93.0	62	7.0	3	0.3	886
CALABRIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4521	100.0	4521
SICILIA	2152	91.2	208	8.8	2360	99.1	22	0.9	7600	76.1	9982
SARDEGNA	2858	85.8	472	14.2	3330	97.9	71	2.1	185	5.2	3586
ITALIA	101091	86.8	15331	13.2	116422	91.2	9979	8.8	23179	15.4	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME DUE COLONNE

\*\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE COLONNE 3 E 4

\*\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 11 I. V. G. E PARTI PRECEDENTI - 1993

REGIONE	0		1		2		3		>=4		DATO NON RIL. TOTALE O NON ANALIZ.	
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**
ITALIA SETT.	23015	43.9	13065	24.9	12452	23.7	2979	5.7	955	1.8	9642	15.5
PIEMONTE	1148	38.6	734	24.7	810	27.3	201	6.8	79	2.7	9038	75.3
V. D'AOSTA	122	36.9	89	26.9	93	28.1	21	6.3	6	1.8	5	1.5
LOMBARDIA	10409	45.0	5481	23.7	5413	23.4	1406	6.1	431	1.9	2	0.0
BOLZANO	215	44.9	123	25.7	102	21.3	29	6.1	10	2.1	0	0.0
TRENTO	532	49.4	231	21.5	237	22.0	61	5.7	15	1.4	8	0.7
VENETO	2627	42.5	1429	23.1	1566	25.3	422	6.8	135	2.2	1	0.0
FRIULI V.G.	1125	42.1	696	26.0	681	25.5	130	4.9	43	1.6	27	1.0
LIGURIA	1364	37.7	1086	30.0	923	25.5	190	5.3	51	1.4	561	13.4
EMILIA ROM.	5473	45.6	3196	26.6	2627	21.9	519	4.3	185	1.5	0	0.0
ITALIA GEN.	13881	42.4	6971	21.3	9050	27.7	2182	6.7	642	2.0	400	1.2
TOSCANA	4436	43.3	2567	25.1	2543	24.8	533	5.2	156	1.5	0	0.0
UMBRIA	1048	38.7	610	22.6	840	31.1	164	6.1	43	1.6	0	0.0
MARCHE	727	30.0	597	24.6	873	36.0	191	7.9	37	1.5	398	14.1
LAZIO	7670	44.2	3197	18.4	4794	27.6	1294	7.5	406	2.3	2	0.0
ITALIA MER.	9539	23.5	5758	14.2	14061	34.6	7914	19.5	3337	8.2	1452	3.5
ABRUZZI	469	29.4	241	15.1	611	38.3	215	13.5	60	3.8	1398	46.7
MOLISE	319	26.0	152	12.4	479	39.1	212	17.3	63	5.1	3	0.2
CAMPANIA	3253	24.9	1698	13.0	4369	33.4	2532	19.4	1225	9.4	51	0.4
PUGLIA	4486	23.2	3012	15.6	6720	34.8	3724	19.3	1362	7.1	0	0.0
BASILICATA	154	17.4	92	10.4	365	41.2	192	21.7	83	9.4	0	0.0
CALABRIA	858	19.0	563	12.5	1517	33.6	1039	23.0	544	12.0	0	0.0
ITALIA INS.	1826	30.6	945	15.8	1805	30.2	932	15.6	461	7.7	7599	56.0
SICILIA	465	19.5	333	14.0	874	36.7	487	20.4	224	9.4	7599	76.1
SARDEGNA	1361	38.0	612	17.1	931	26.0	445	12.4	237	6.6	0	0.0
ITALIA	48261	36.6	26739	20.3	37368	26.4	14007	10.6	5395	4.1	19093	12.7

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 12 I. V. G. E FIGLI - 1993

REGIONE	0		1		2		3		>=4		DATO NON RIL. O NON ANALIZ.		*** TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ITALIA SETT.	23143	44.1	12978	24.7	12492	23.8	2896	5.5	928	1.8	9671	15.6	62108
PIEMONTE	1156	38.9	744	25.0	803	27.2	198	6.7	65	2.2	9038	75.3	12010
V. D'AOSTA	123	37.4	89	27.1	83	26.7	22	6.7	7	2.1	7	2.1	336
LOMBARDIA	10406	45.0	5484	23.7	5441	23.5	1383	6.0	426	1.8	2	0.0	23142
BOLZANO	214	44.7	125	26.1	102	21.3	29	6.1	9	1.9	0	0.0	479
TRENTO	545	50.3	228	21.0	237	21.9	57	5.3	17	1.6	0	0.0	1084
VENETO	2631	42.6	1438	23.3	1573	25.5	410	6.6	127	2.1	1	0.0	6180
FRIGOLI V.G.	1119	42.4	676	25.6	673	25.7	128	4.8	41	1.6	60	2.2	2702
LIGURIA	1365	37.8	1082	30.0	933	25.8	180	5.0	52	1.4	563	13.5	4175
EMILIA ROM.	5584	46.5	3112	25.9	2631	21.9	489	4.1	184	1.5	0	0.0	12000
ITALIA CEN.	13176	43.5	6355	21.0	8249	27.2	1955	6.5	566	1.9	2825	8.5	33126
TOSCANA	4460	43.6	2559	25.0	2552	24.9	519	5.1	145	1.4	0	0.0	10235
UMBRIA	1050	38.8	612	22.6	846	31.3	157	5.8	40	1.5	0	0.0	2705
MARCHE	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2823	100.0	2823
LAZIO	7666	44.2	3184	18.3	4851	27.9	1279	7.4	381	2.2	2	0.0	17363
ITALIA MER.	9561	23.6	5785	14.3	14123	34.9	7818	19.3	3214	7.9	1555	3.7	42061
ABRUZZI	469	29.4	248	15.5	616	38.6	203	12.7	59	3.7	1399	46.7	2994
MOLISE	320	26.3	154	12.6	477	39.1	211	17.3	57	4.7	9	0.7	1228
CAMPANIA	3255	25.1	1676	12.9	4338	33.4	2500	19.3	1213	9.3	146	1.1	13128
PUGLIA	4496	23.3	3046	15.8	6802	35.2	3688	19.1	1272	6.6	0	0.0	19304
BASILICATA	155	17.5	94	10.6	362	40.9	195	22.0	79	8.9	1	0.1	886
CALABRIA	866	19.2	567	12.5	1533	33.9	1021	22.6	534	11.8	0	0.0	4521
ITALIA INS.	1835	30.7	949	15.9	1797	30.1	937	15.7	454	7.6	7596	56.0	13568
SICILIA	469	19.7	336	14.1	873	36.6	488	20.5	220	9.2	7596	76.1	9982
SARDEGNA	1366	38.1	613	17.1	924	25.8	449	12.5	234	6.5	0	0.0	3586
ITALIA	47715	36.9	26067	20.2	36666	28.4	13606	10.5	5162	4.0	21647	14.3	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 13 I. V. G. E ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI - 1993

REGIONE	0		1		2		3		>=4		DATO NON RIL. O NON ANALIZ. N	TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
ITALIA SETT.	46908	89.5	4459	8.5	807	1.5	173	0.3	62	0.1	9699	62108
PIEMONTE	2396	80.6	406	13.7	118	4.0	35	1.2	17	0.6	9038	12010
V. D'AOSTA	295	90.5	27	8.3	3	0.9	1	0.3	0	0.0	10	336
LOMBARDIA	20956	90.6	1789	7.7	310	1.3	62	0.3	18	0.1	7	23142
BOLZANO	421	87.9	46	9.6	11	2.3	1	0.2	0	0.0	0	479
TRENTO	990	93.3	59	5.6	10	0.9	2	0.2	0	0.0	23	1084
VENETO	5545	89.7	528	8.5	87	1.4	17	0.3	2	0.0	1	6180
FRIULI V.G.	2342	88.3	251	9.5	53	2.0	6	0.2	1	0.0	49	2702
LIGURIA	3189	88.5	341	9.5	56	1.6	13	0.4	5	0.1	571	4175
EMILIA ROM.	10774	89.8	1012	8.4	159	1.3	36	0.3	19	0.2	0	12000
ITALIA CEN.	28847	89.2	2842	8.8	514	1.6	89	0.3	42	0.1	792	33126
TOSCANA	9150	89.4	894	8.7	146	1.4	30	0.3	15	0.1	0	10235
UMBRIA	2428	89.8	225	8.3	41	1.5	6	0.2	5	0.2	0	2705
MARCHE	1719	84.6	254	12.5	45	2.2	9	0.4	6	0.3	790	2823
LAZIO	15550	89.6	1469	8.5	282	1.6	44	0.3	16	0.1	2	17363
ITALIA MER.	35556	87.7	3708	9.1	914	2.3	232	0.6	120	0.3	1531	42061
ABRUZZI	1363	85.4	179	11.2	42	2.6	6	0.4	6	0.4	1398	2994
MOLISE	1015	84.1	149	12.3	32	2.7	8	0.7	3	0.2	21	1228
CAMPANIA	11286	86.7	1284	9.9	315	2.4	80	0.6	51	0.4	112	13128
PUGLIA	17345	89.9	1468	7.6	353	1.8	97	0.5	41	0.2	0	19304
BASILICATA	741	83.6	113	12.8	26	2.9	4	0.5	2	0.2	0	886
CALABRIA	3806	84.2	515	11.4	146	3.2	37	0.8	17	0.4	0	4521
ITALIA INS.	5063	84.8	704	11.8	159	2.7	31	0.5	14	0.2	7597	13568
SICILIA	1983	83.1	304	12.7	75	3.1	17	0.7	6	0.3	7597	9982
SARDEGNA	3080	85.9	400	11.2	84	2.3	14	0.4	8	0.2	0	3586
ITALIA	116374	88.7	11713	8.9	2394	1.8	525	0.4	238	0.2	19619	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 14 I. V. G. E ABORTI VOLONTARI PRECEDENTI - 1993

REGIONE	0		1		2		3		>=4		DATO NON RIL.		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	O NON ANALIZ.	N	
ITALIA SETT	40803	78.2	8744	16.8	1897	3.6	495	0.9	252	0.5	9917	16.0	62108
PIEMONTE	1984	73.1	527	19.4	145	5.3	38	1.4	19	0.7	9297	77.4	12010
V. D'AOSTA	253	77.1	53	16.2	20	6.1	1	0.3	1	0.3	8	2.4	336
LOMBARDIA	18310	79.1	3757	16.2	767	3.3	209	0.9	97	0.4	2	0.0	23142
BOLZANO	374	78.1	74	15.4	24	5.0	6	1.3	1	0.2	0	0.0	479
TRENTO	887	83.7	148	14.0	22	2.1	1	0.1	2	0.2	24	2.2	1084
VENETO	5219	84.5	776	12.6	136	2.2	31	0.5	17	0.3	1	0.0	6180
FRIULI V. G.	2028	76.0	476	17.8	100	3.7	41	1.5	23	0.9	34	1.3	2702
LIGURIA	2740	75.6	652	18.0	173	4.8	37	1.0	22	0.6	551	13.2	4175
EMILIA ROM.	9008	75.1	2281	19.0	510	4.3	131	1.1	70	0.6	0	0.0	12000
ITALIA GEN	23898	73.9	6349	19.6	1504	4.6	408	1.3	197	0.6	770	2.3	33126
TOSCANA	7704	75.3	1895	18.5	449	4.4	124	1.2	63	0.6	0	0.0	10235
UMBRIA	2045	75.6	511	18.9	110	4.1	22	0.8	17	0.6	0	0.0	2705
MARCHE	1538	74.8	401	19.5	86	4.2	17	0.8	13	0.6	768	27.2	2823
LAZIO	12611	72.6	3542	20.4	859	4.9	245	1.4	104	0.6	2	0.0	17363
ITALIA MER	25843	63.8	8774	21.6	3504	8.6	1361	3.4	1049	2.6	1530	3.6	42061
ABRUZZI	1227	76.9	255	16.0	75	4.7	27	1.7	12	0.8	1398	46.7	2994
MOLISE	886	73.5	230	19.1	59	4.9	22	1.8	9	0.7	22	1.8	1228
CAMPANIA	8972	68.9	2386	18.3	1009	7.7	369	2.8	285	2.2	107	0.8	13128
PUGLIA	10893	56.4	4803	24.9	2058	10.7	841	4.4	709	3.7	0	0.0	19304
BASILICATA	626	70.9	171	19.4	49	5.5	25	2.8	12	1.4	3	0.3	886
CALABRIA	3239	71.6	929	20.5	254	5.6	77	1.7	22	0.5	0	0.0	4521
ITALIA INS	4760	79.7	876	14.7	245	4.1	63	1.1	28	0.5	7596	56.0	13568
SICILIA	1726	72.3	433	18.1	157	6.6	46	1.9	24	1.0	7596	76.1	9982
SARDEGNA	3034	84.6	443	12.4	88	2.5	17	0.5	4	0.1	0	0.0	3586
ITALIA	95304	72.7	24743	18.9	7150	5.5	2327	1.8	1526	1.2	19813	13.1	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE&lt;

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 15 I. V. G. E SETTIMANA DI GESTAZIONE - 1993

REGIONE	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		DATO NON RIL. TOTALE O NON ANALIZ.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETT.	24119	45.8	20720	39.3	7016	13.3	238	0.5	337	0.6	255	0.5	9423	15.2
PIEMONTE	1320	46.5	1084	38.2	411	14.5	5	0.2	10	0.4	6	0.2	9174	76.4
V. D'AOSTA	156	46.8	136	40.8	36	10.8	1	0.3	0	0.0	4	1.2	3	0.9
LOMBARDIA	9764	42.2	9809	42.4	3242	14.0	94	0.4	161	0.7	72	0.3	0	0.0
BOLZANO	252	52.9	151	31.7	65	13.7	1	0.2	4	0.8	3	0.6	3	0.6
TRENTO	601	56.5	360	33.9	88	8.3	6	0.6	2	0.2	6	0.6	21	1.9
VENETO	2205	35.7	2675	43.4	1164	18.9	54	0.9	39	0.6	33	0.5	10	0.2
FRIULI V. G	1428	53.3	857	32.0	307	11.5	21	0.8	27	1.0	37	1.4	25	0.9
LIGURIA	1682	40.3	1913	45.8	526	12.6	13	0.3	26	0.6	15	0.4	0	0.0
EMILIA ROM.	6711	56.8	3735	31.6	1177	10.0	43	0.4	68	0.6	79	0.7	187	1.6
ITALIA CEN.	13327	46.1	11365	39.3	4027	13.9	63	0.2	91	0.3	59	0.2	4194	12.7
TOSCANA	5659	57.0	3214	32.4	944	9.5	37	0.4	50	0.5	25	0.3	306	3.0
UMBRIA	1173	52.6	828	37.1	203	9.1	9	0.4	11	0.5	5	0.2	476	17.6
MARCHE	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2823	100.0
LAZIO	6495	38.7	7323	43.7	2880	17.2	17	0.1	30	0.2	29	0.2	589	3.4
ITALIA MER.	23561	59.1	13562	34.0	2580	6.5	35	0.1	52	0.1	52	0.1	2219	5.3
ABRUZZI	832	56.4	509	34.5	132	8.9	1	0.1	2	0.1	0	0.0	1518	50.7
MOLISE	746	62.3	364	30.4	77	6.4	1	0.1	7	0.6	2	0.2	31	2.5
CAMPANIA	6114	49.0	5195	41.6	1128	9.0	8	0.1	14	0.1	30	0.2	639	4.9
PUGLIA	12612	65.4	5784	30.0	841	4.4	18	0.1	22	0.1	16	0.1	11	0.1
BASILICATA	454	52.3	320	36.9	92	10.6	0	0.0	0	0.0	2	0.2	18	2.0
CALABRIA	2803	62.0	1390	30.8	310	6.9	7	0.2	7	0.2	2	0.0	2	0.0
ITALIA INS.	2156	42.9	2006	39.9	819	16.3	21	0.4	18	0.4	9	0.2	8539	62.9
SICILIA	968	41.6	1005	43.2	346	14.9	1	0.0	5	0.2	3	0.1	7654	76.7
SARDEGNA	1188	44.0	1001	37.1	473	17.5	20	0.7	13	0.5	6	0.2	885	24.7
ITALIA	63163	49.9	47653	37.7	14442	11.4	357	0.3	498	0.4	375	0.3	24375	16.2
														150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 6 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

TAB. 16 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
PIEMONTE - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	8	38.1	8	38.1	5	23.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	76	30.4	114	45.6	58	23.2	1	0.4	0	0.0	1	0.4
20-24	222	40.4	220	40.0	104	18.9	1	0.2	3	0.5	0	0.0
25-29	259	41.9	256	41.4	99	16.9	0	0.0	1	0.2	3	0.5
30-34	348	54.5	223	35.0	62	9.7	1	0.2	2	0.3	2	0.3
35-39	263	52.9	176	35.4	54	10.9	1	0.2	3	0.6	0	0.0
>=40	141	54.7	86	33.3	29	11.2	1	0.4	1	0.4	0	0.0
TOTALE	1317	46.5	1083	38.2	411	14.5	5	0.2	10	0.4	6	0.2

TAB. 17 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
V. D'AOSTA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	0	0.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	16	51.6	10	32.3	5	16.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20-24	28	45.9	27	44.3	6	9.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25-29	35	43.8	32	40.0	11	13.9	1	1.3	0	0.0	1	1.3
30-34	34	47.2	31	43.1	6	8.3	0	0.0	0	0.0	1	1.4
35-39	32	47.1	29	42.6	6	8.9	0	0.0	0	0.0	1	1.5
>=40	11	55.0	7	35.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0
TOTALE	156	46.8	136	40.8	36	10.8	1	0.3	0	0.0	4	1.2

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 18 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
LOMBARDIA - 1993

ETA' (ANNI)	<=8			9-10			11-12			13-15			16-20			>=21			TOTALE
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	9	28.1	15	46.9	7	21.9	0	0.0	1	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	32
15-19	634	31.3	947	46.7	434	21.4	4	0.2	7	0.3	7	0.3	1	0.0	1	0.0	1	0.0	2027
20-24	1675	35.2	2214	46.5	823	17.3	14	0.3	27	0.6	27	0.6	6	0.1	6	0.1	6	0.1	4759
25-29	2234	40.4	2410	43.6	796	14.4	27	0.5	38	0.7	38	0.7	22	0.4	22	0.4	22	0.4	5527
30-34	2366	46.9	1996	39.6	598	11.9	27	0.5	35	0.7	35	0.7	24	0.5	24	0.5	24	0.5	5046
35-39	1843	48.1	1519	39.6	412	10.7	15	0.4	34	0.9	34	0.9	12	0.3	12	0.3	12	0.3	3835
>=40	1003	52.4	707	36.9	172	9.0	7	0.4	19	1.0	19	1.0	7	0.4	7	0.4	7	0.4	1915
TOTALE	9764	42.2	9808	42.4	3242	14.0	94	0.4	161	0.7	161	0.7	72	0.3	72	0.3	72	0.3	23141

TAB. 19 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
BOLZANO - 1993

ETA' (ANNI)	<=8			9-10			11-12			13-15			16-20			>=21			TOTALE
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
15-19	16	38.1	16	38.1	10	23.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	42
20-24	52	46.8	42	37.8	15	13.5	0	0.0	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	111
25-29	60	53.6	29	25.9	20	17.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	112
30-34	58	58.6	30	30.3	9	9.1	0	0.0	1	1.0	1	1.0	1	1.0	1	1.0	1	1.0	99
35-39	40	57.1	21	30.0	8	11.4	0	0.0	1	1.4	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	70
>=40	24	60.0	13	32.5	3	7.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40
TOTALE	250	52.7	151	31.9	65	13.7	1	0.2	4	0.8	4	0.8	3	0.6	3	0.6	3	0.6	474

TAB. 20 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
TRENTO - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	36	44.4	33	40.7	12	14.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20-24	100	46.1	93	42.9	23	10.6	0	0.0	0	0.0	1	0.5
25-29	112	54.9	68	33.3	19	9.3	1	0.5	1	0.5	3	1.5
30-34	170	64.4	77	29.2	13	4.9	2	0.8	0	0.0	2	0.8
35-39	110	62.9	48	27.4	16	9.1	1	0.6	0	0.0	0	0.0
>=40	54	62.8	26	30.2	3	3.5	2	2.3	1	1.2	0	0.0
<b>TOTALE</b>	<b>582</b>	<b>56.7</b>	<b>345</b>	<b>33.6</b>	<b>86</b>	<b>8.4</b>	<b>6</b>	<b>0.6</b>	<b>2</b>	<b>0.2</b>	<b>6</b>	<b>0.6</b>

TAB. 21 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
VENEZIA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	4	25.0	4	25.0	8	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	138	24.7	231	41.4	170	30.5	14	2.5	1	0.2	4	0.7
20-24	340	28.6	562	47.3	264	22.2	13	1.1	4	0.3	6	0.5
25-29	503	36.0	605	43.2	260	18.6	12	0.9	11	0.8	8	0.6
30-34	498	38.0	573	43.7	218	16.6	4	0.3	11	0.8	8	0.6
35-39	483	43.6	457	41.3	150	13.6	4	0.4	7	0.6	6	0.5
>=40	237	60.4	243	61.4	94	16.0	7	1.2	5	0.9	1	0.2
<b>TOTALE</b>	<b>2203</b>	<b>35.7</b>	<b>2675</b>	<b>43.4</b>	<b>1164</b>	<b>18.0</b>	<b>54</b>	<b>0.9</b>	<b>39</b>	<b>0.6</b>	<b>33</b>	<b>0.5</b>

TAB. 22 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
FRIULI V.3. - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	88	43.1	67	32.8	47	23.0	1	0.5	0	0.0	1	0.5
20-24	227	46.9	184	38.0	67	13.8	3	0.6	1	0.2	2	0.4
25-29	312	50.0	215	34.5	70	11.2	6	1.0	9	1.4	12	1.9
30-34	352	58.1	171	28.2	60	9.9	5	0.8	8	1.3	10	1.7
35-39	277	56.5	150	30.6	44	9.0	4	0.8	6	1.2	9	1.8
>=40	172	63.9	70	26.0	19	7.1	2	0.7	3	1.1	3	1.1
TOTALE	1428	53.3	857	32.0	307	11.5	21	0.8	27	1.0	37	1.4

TAB. 23 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
LIGURIA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	7	70.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	114	30.3	181	48.1	80	21.3	1	0.3	0	0.0	0	0.0
20-24	320	36.7	412	47.2	137	15.7	4	0.5	0	0.0	0	0.0
25-29	376	39.0	445	46.1	131	13.6	3	0.3	5	0.5	5	0.5
30-34	391	44.9	377	43.3	85	9.8	2	0.2	13	1.5	3	0.3
35-39	301	42.1	339	47.4	60	8.4	3	0.4	5	0.7	7	1.0
>=40	173	48.2	153	42.6	30	8.4	0	0.0	3	0.8	0	0.0
TOTALE	1682	40.3	1910	45.8	523	12.1	13	0.3	26	0.6	15	0.4

TAB. 24 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
EMILIA ROM. - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE												
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	TOTALE
<15	9	56.3	5	31.3	2	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16
15-19	391	42.7	357	39.0	158	17.2	4	0.4	3	0.3	3	0.3	916
20-24	1207	62.3	387	20.0	320	16.5	7	0.4	7	0.4	8	0.4	1936
25-29	1514	55.4	867	31.7	296	10.8	15	0.5	18	0.7	21	0.8	2731
30-34	1553	60.3	774	30.0	198	7.7	10	0.4	14	0.5	28	1.1	2577
35-39	1340	64.4	563	27.1	138	6.6	5	0.2	20	1.0	14	0.7	2080
>=40	690	65.8	281	26.8	65	6.2	2	0.2	6	0.6	4	0.4	1048
<b>TOTALE</b>	<b>6704</b>	<b>59.3</b>	<b>3234</b>	<b>28.6</b>	<b>1177</b>	<b>10.4</b>	<b>43</b>	<b>0.4</b>	<b>68</b>	<b>0.6</b>	<b>78</b>	<b>0.7</b>	<b>11304</b>

TAB. 25 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
TOSCANA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE												
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	TOTALE
<15	3	30.0	4	40.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10
15-19	425	48.2	317	35.9	130	14.7	3	0.3	6	0.7	1	0.1	882
20-24	1018	50.6	732	36.4	247	12.3	9	0.4	2	0.1	5	0.2	2013
25-29	1262	55.4	772	33.9	212	9.3	8	0.4	16	0.7	7	0.3	2277
30-34	1249	59.6	636	30.4	178	8.5	10	0.5	14	0.7	7	0.3	2094
35-39	1109	64.4	484	28.1	110	6.1	6	0.3	9	0.5	4	0.2	1722
>=40	571	64.7	249	28.2	57	6.5	1	0.1	3	0.3	1	0.1	882
<b>TOTALE</b>	<b>5637</b>	<b>57.1</b>	<b>3194</b>	<b>32.3</b>	<b>937</b>	<b>9.1</b>	<b>37</b>	<b>0.4</b>	<b>50</b>	<b>0.5</b>	<b>25</b>	<b>0.3</b>	<b>9880</b>

TAB. 26 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
UMBRIA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	57	37.0	68	44.2	28	18.2	0	0.0	1	0.6	0	0.0
20-24	223	48.9	181	39.7	48	10.5	1	0.2	2	0.4	1	0.2
25-29	259	51.2	196	38.7	42	8.3	4	0.8	2	0.4	3	0.6
30-34	268	55.3	172	35.5	40	8.2	2	0.4	3	0.6	0	0.0
35-39	221	57.4	130	33.8	32	8.3	0	0.0	1	0.3	1	0.3
>=40	136	62.7	66	30.4	11	5.1	2	0.9	2	0.9	0	0.0
TOTALE	1164	52.8	814	36.9	202	9.2	9	0.4	11	0.5	5	0.2

TAB. 27 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
LAZIO - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	12	32.4	16	43.2	9	24.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	430	30.2	650	45.6	342	24.0	2	0.1	0	0.0	1	0.1
20-24	1128	32.5	1565	45.1	765	22.0	2	0.1	5	0.1	6	0.2
25-29	1534	37.4	1799	43.8	757	18.4	5	0.1	2	0.0	8	0.2
30-34	1491	41.4	1573	43.7	515	14.3	5	0.1	10	0.3	9	0.2
35-39	1229	45.5	1136	42.1	321	11.9	2	0.1	9	0.3	2	0.1
>=40	606	48.8	492	39.6	141	11.3	1	0.1	2	0.2	1	0.1
TOTALE	6430	38.8	7231	43.6	2850	17.2	17	0.1	28	0.2	27	0.2

TAB. 28 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
ABRUZZI - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE				TOTALE								
	<=8	9-10	11-12	13-15									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<15	8	50.0	7	43.8	1	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16
15-19	31	37.8	37	45.1	14	17.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	82
20-24	110	42.8	114	44.4	33	12.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	257
25-29	183	68.0	53	19.7	32	11.9	0	0.0	1	0.4	0	0.0	269
30-34	216	56.0	143	37.0	25	6.5	1	0.3	1	0.3	0	0.0	386
35-39	187	58.8	109	34.3	22	6.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	319
>=40	96	65.8	45	30.8	5	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	146
TOTALE	831	56.4	508	34.5	132	9.0	1	0.1	2	0.1	0	0.0	1474

TAB. 29 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
MOLISE - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE				TOTALE								
	<=8	9-10	11-12	13-15									
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<15	1	50.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
15-19	51	56.7	27	30.0	11	12.2	0	0.0	1	1.1	0	0.0	90
20-24	108	56.3	63	32.8	19	9.9	0	0.0	1	0.5	1	0.5	192
25-29	167	62.8	86	32.3	12	4.5	0	0.0	1	0.4	0	0.0	266
30-34	180	63.6	90	31.8	12	4.2	0	0.0	1	0.4	1	0.4	283
35-39	157	63.6	70	28.3	17	6.9	1	0.4	1	0.4	1	0.4	247
>=40	78	70.3	26	23.4	5	4.5	0	0.0	2	1.8	0	0.0	111
TOTALE	742	62.3	362	30.4	77	6.5	1	0.1	7	0.6	2	0.2	1191

TAB. 30 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
CAMPANIA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE												
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
15-19	184	43.0	173	40.4	68	15.5	1	0.2	2	0.5	0	0.0	428
20-24	885	43.9	887	44.0	241	11.9	1	0.0	2	0.1	2	0.1	2018
25-29	1293	47.7	1160	42.8	244	9.0	3	0.1	4	0.1	8	0.3	2712
30-34	1474	48.9	1252	41.5	277	9.2	2	0.1	4	0.1	7	0.2	3016
35-39	1361	53.2	1016	39.7	173	6.8	1	0.0	1	0.0	7	0.3	2559
>=40	862	52.3	663	40.3	116	7.0	0	0.0	1	0.1	5	0.3	1647
TOTALE	6059	46.9	5152	41.6	1119	9.0	8	0.1	14	0.1	29	0.2	12381

TAB. 31 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
PUGLIA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE												
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	11	37.9	13	44.8	5	17.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29
15-19	790	55.5	523	36.8	108	7.6	1	0.1	1	0.1	0	0.0	1423
20-24	2152	60.9	1158	32.8	203	5.7	6	0.2	6	0.2	7	0.2	3532
25-29	2809	65.1	1294	30.0	196	4.5	8	0.2	6	0.1	4	0.1	4317
30-34	3015	68.3	1227	27.8	168	3.8	1	0.0	4	0.1	2	0.0	4417
35-39	2471	69.2	992	27.8	102	2.9	1	0.0	4	0.1	1	0.0	3571
>=40	1261	68.5	522	28.4	54	2.9	1	0.1	0	0.0	2	0.1	1840
TOTALE	12509	65.4	5729	29.9	836	4.4	18	0.1	21	0.1	16	0.1	19129

TAB. 32 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
BASILICATA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA% GESTAZIONALE												
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
15-19	7	24.1	13	44.8	9	31.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29
20-24	57	41.6	62	45.3	18	13.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	137
25-29	108	55.1	65	33.2	23	11.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	196
30-34	105	55.0	68	35.6	18	9.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	191
35-39	110	57.3	70	36.5	12	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	192
>=40	63	56.8	36	32.4	11	9.9	0	0.0	0	0.0	1	0.9	111
TOTALE	450	52.6	314	36.7	91	10.6	0	0.0	0	0.0	1	0.1	856

TAB. 33 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
CALABRII - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA% GESTAZIONALE												
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2
15-19	96	49.5	71	36.6	26	13.4	1	0.5	0	0.0	0	0.0	194
20-24	419	56.2	259	34.8	65	8.7	1	0.1	1	0.1	0	0.0	745
25-29	572	60.5	290	30.7	78	8.3	0	0.0	3	0.3	2	0.2	945
30-34	784	64.1	363	29.7	71	5.8	4	0.3	1	0.1	0	0.0	1223
35-39	637	66.8	271	28.4	45	4.7	1	0.1	0	0.0	0	0.0	954
>=40	289	64.1	135	29.9	25	5.5	0	0.0	2	0.4	0	0.0	451
TOTALE	2799	62.0	1389	30.8	310	6.9	7	0.2	7	0.2	2	0.0	4514

TAB. 34 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
SICILIA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA? GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	1	33.3	2	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	44	28.2	76	48.7	36	23.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20-24	133	31.3	198	46.6	89	20.9	1	0.2	3	0.7	1	0.2
25-29	222	42.4	213	40.7	87	16.6	0	0.0	0	0.0	1	0.2
30-34	232	43.6	237	44.5	61	11.5	0	0.0	1	0.2	1	0.2
35-39	228	48.8	187	40.0	51	10.5	0	0.0	1	0.2	0	0.0
>=40	91	46.9	84	43.3	19	9.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTALE	951	41.3	997	43.3	343	14.9	1	0.0	5	0.2	3	0.1

TAB. 35 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
SARDEGNA - 1993

ETA' (ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE											
	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<15	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15-19	66	33.3	81	40.9	47	23.7	2	1.0	2	1.0	0	0.0
20-24	202	39.1	188	36.4	120	23.2	5	1.0	2	0.4	0	0.0
25-29	237	41.9	213	37.7	107	18.9	5	0.9	2	0.4	1	0.2
30-34	245	43.5	211	37.5	101	17.9	4	0.7	1	0.2	1	0.2
35-39	249	52.8	156	33.1	61	12.9	2	0.4	4	0.8	0	0.0
>=40	186	50.7	140	38.1	33	9.0	2	0.5	2	0.5	4	1.1
TOTALE	1185	44.2	989	36.9	469	17.5	20	0.7	13	0.5	6	0.2

TAB. 36 I.V.G. PER PERIODO DI GESTAZIONE E PER ETA' DELLA DONNA  
ITALIA - 1993

ETA' (ANNI)	<=8		9-10		11-12		13-15		16-20		>=21		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	75	37.9	79	39.9	43	21.7	0	0.0	1	0.5	0	0.0	198
15-19	3690	38.7	3992	41.8	1793	18.6	35	0.4	24	0.3	12	0.1	9546
20-24	10606	44.3	9548	39.9	3607	15.1	68	0.3	67	0.3	47	0.2	23943
25-29	14051	48.6	11068	38.2	3492	12.1	99	0.3	121	0.4	110	0.4	28941
30-34	15029	53.1	10224	36.2	2715	9.6	80	0.3	124	0.4	106	0.4	28278
35-39	12648	55.9	7923	35.0	1834	8.1	47	0.2	106	0.5	65	0.3	22623
>=40	6744	57.2	4044	34.3	893	7.6	28	0.2	52	0.4	30	0.3	11791
<b>TOTALE</b>	<b>62843</b>	<b>50.1</b>	<b>46878</b>	<b>37.4</b>	<b>14377</b>	<b>11.5</b>	<b>357</b>	<b>0.3</b>	<b>495</b>	<b>0.4</b>	<b>370</b>	<b>0.3</b>	<b>125320</b>

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 37 I.V.G. E LUOGO DI CERTIFICAZIONE - 1993

REGIONE	CONSULTORIO		MEDICO FIDUCIA		SERV. OSTETRICO GINECOLOGICO		ALTRA STRUTTURA SANITARIA		DATO NON RIL. O NON ANALIZ.		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ITALIA SETT.	14469	28.0	23223	44.9	13110	25.4	874	1.7	10432	16.8	62108
PIEMONTE	494	25.2	266	13.6	1199	61.2	0	0.0	10051	83.7	12010
V. D'AOSTA	30	9.0	226	67.7	77	23.1	1	0.3	2	0.6	336
LOMBARDIA	7106	30.7	10705	46.3	4895	21.2	434	1.9	2	0.0	23142
BOLZANO	30	6.3	247	51.7	199	41.6	2	0.4	1	0.2	479
TRENTO	246	23.4	683	64.9	115	10.9	9	0.9	31	2.9	1084
VENETO	1462	23.8	2640	42.9	1877	30.5	170	2.8	31	0.5	6180
FRIULI V.G.	613	22.8	1536	57.1	471	17.5	70	2.6	12	0.4	2702
LIGURIA	960	23.2	2037	49.1	1061	25.6	88	2.1	29	0.7	4175
EMILIA ROM.	3528	30.1	4883	41.6	3216	27.4	100	0.9	273	2.3	12000
ITALIA CEN.	10187	31.5	12255	37.9	8692	26.9	1223	3.8	769	2.3	33126
TOSCANA	2219	21.8	5760	56.5	2098	20.6	111	1.1	47	0.5	10235
UMBRIA	922	34.4	1142	42.6	580	21.6	36	1.3	25	0.9	2705
MARCHE	239	8.6	1153	41.3	1108	39.7	292	10.5	31	1.1	2823
LAZIO	6807	40.8	4200	25.2	4906	29.4	784	4.7	656	3.8	17363
ITALIA MER.	4468	11.1	21548	53.6	13872	34.5	296	0.7	1877	4.5	42061
ABRUZZI	56	3.5	664	41.9	857	54.1	7	0.4	1410	47.1	2994
MOLISE	213	17.5	242	19.9	758	62.4	2	0.2	13	1.1	1228
CAMPANIA	2045	16.1	4750	37.3	5870	46.1	56	0.4	407	3.1	13128
PUGLIA	1708	8.9	12665	65.7	4791	24.8	125	0.6	15	0.1	19304
BASILICATA	25	2.8	259	29.4	597	67.7	1	0.1	4	0.5	886
CALABRIA	421	9.4	2968	66.1	999	22.2	105	2.3	28	0.6	4521
ITALIA INS.	685	11.5	3192	53.8	1946	32.8	111	1.9	7634	56.3	13568
SICILIA	295	12.6	943	40.1	1093	46.5	19	0.8	7632	76.5	9982
SARDEGNA	390	10.9	2249	62.6	853	23.8	92	2.6	2	0.1	3586
<b>ITALIA</b>	<b>29809</b>	<b>22.9</b>	<b>60218</b>	<b>46.3</b>	<b>37620</b>	<b>28.9</b>	<b>2504</b>	<b>1.9</b>	<b>20712</b>	<b>13.7</b>	<b>150863</b>

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 4 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 38

## N. CONSULTORI FAMILIARI FUNZIONANTI

	PUBBLICI		PRIVATI
	N. CONSULTORI X 10000 DONNE IN ETA' 15-49 (*)		
	1993	1993	1993
ITALIA SETT.	1331	2.1	122
PIEMONTE (*)	350	3.3	10
V. D'AOSTA (1)	18	6.2	-
LOMBARDIA	346	1.5	47
BOLZANO	1	0.1	6
TRENTO	5	0.4	1
VENETO	152	1.3	24
FRIULI V.G. (1)	58	2.0	6
LIGURIA	115	3.0	17
EMILIA ROM. (1)	286	3.0	11
ITALIA CEN.	663	2.4	13
TOSCANA (1)	304	3.6	1
UMBRIA	77	4.0	2
MARCHE	107	3.1	10
LAZIO	175	1.3	n.r.
ITALIA MER.	487	1.3	128
ABRUZZI	77	2.5	9
MOLISE	7	0.9	1
CAMPANIA	150	1.0	n.r.
PUGLIA	148	1.4	16
BASILICATA	35	2.3	1
CALABRIA	70	1.3	1
ITALIA INS.	244	1.4	14
SICILIA	172	1.4	7
SARDEGNA	72	1.6	7
ITALIA	2725	1.9	277

(\*) IL DATO E' RELATIVO AL 1992.

(1) IL DATO E' RELATIVO ANCHE ALLE SEDI DISTACCATE.

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 39 I. V. G. ED URGENZA - 1993

REGIONE	URGENTI		NON URGENTI		DATO NON RIL. O NON ANALIZ. N	TOTALE
	N	%*	N	%*		
ITALIA SETT.	5276	10.1	46911	89.9	9921	62108
PIEMONTE	206	7.8	2419	92.2	9385	12010
V. D'AOSTA	8	2.4	321	97.6	7	336
LOMBARDIA	1032	4.5	22110	95.5	0	23142
BOLZANO	15	3.1	462	96.9	2	479
TRENTO	29	2.7	1040	97.3	15	1084
VENETO	311	5.0	5850	95.0	19	6180
FRIGLI V. G.	159	5.9	2535	94.1	8	2702
LIGURIA	270	6.7	3784	93.3	121	4175
EMILIA ROM.	3246	27.9	8390	72.1	364	12000
ITALIA CEN.	4364	13.5	28008	86.5	754	33126
TOSCANA	2647	26.4	7368	73.6	220	10235
UMBRIA	26	1.0	2661	99.0	18	2705
MARCHE	77	2.8	2711	97.2	35	2823
LAZIO	1614	9.6	15268	90.4	481	17363
ITALIA MER.	3051	7.8	36239	92.2	2771	42061
ABRUZZI	44	2.8	1528	97.2	1422	2994
MOLISE	28	2.3	1174	97.7	26	1228
CAMPANIA	995	8.4	10900	91.6	1233	13128
PUGLIA	1873	9.7	17411	90.3	20	19304
BASILICATA	6	0.7	852	99.3	28	886
CALABRIA	105	2.3	4374	97.7	42	4521
ITALIA INS.	317	5.5	5410	94.5	7841	13568
SICILIA	37	1.7	2105	98.3	7840	9982
SARDEGNA	280	7.8	3305	92.2	1	3586
ITALIA	13008	10.0	116568	90.0	21287	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 2 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 40 I. V. G. E ASSENSO PER LE MINORENNI - 1993

REGIONE	DATO DAI GENITORI		DATO DAL GIUDICE TUT.		MANCANTE PER URGENZA		MANC. PER INT. OLTRE 90 GG		DATO NON RIL. O NON ANALIZ.		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ITALIA SETT.	939	69.5	410	30.3	1	0.1	2	0.1	388	22.3	1740
PIEMONTE	48	81.4	11	18.6	0	0.0	0	0.0	306	83.8	365
V. D'AOSTA	3	42.9	4	57.1	0	0.0	0	0.0	2	22.2	9
LOMBARDIA	375	57.9	270	41.7	1	0.2	2	0.3	13	2.0	661
BOLZANO	9	75.0	3	25.0	0	0.0	0	0.0	2	14.3	14
TRENTO	17	77.3	5	22.7	0	0.0	0	0.0	1	4.3	23
VENETO	140	82.4	30	17.6	0	0.0	0	0.0	12	6.6	182
FRIULI V.G.	39	61.9	24	38.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	63
LIGURIA	53	72.6	20	27.4	0	0.0	0	0.0	43	37.1	116
EMILIA ROM.	255	85.6	43	14.4	0	0.0	0	0.0	9	2.9	307
ITALIA GEN.	456	62.7	260	35.8	7	1.0	4	0.6	214	22.7	941
TOSCANA	223	79.6	54	19.3	2	0.7	1	0.4	26	8.5	306
UMBRIA	35	66.0	18	34.0	0	0.0	0	0.0	7	11.7	60
MARCHE	50	71.4	16	22.9	4	5.7	0	0.0	12	14.6	82
LAZIO	148	45.7	172	53.1	1	0.3	3	0.9	169	34.3	493
ITALIA MER.	244	54.7	201	45.1	1	0.2	0	0.0	263	37.1	709
ABRUZZI	10	76.9	3	23.1	0	0.0	0	0.0	56	81.2	69
MOLISE	10	34.5	19	65.5	0	0.0	0	0.0	5	14.7	34
CAMPANIA	15	71.4	6	28.6	0	0.0	0	0.0	96	82.1	117
PUGLIA	191	56.3	148	43.7	0	0.0	0	0.0	100	22.8	439
BASILICATA	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	75.0	4
CALABRIA	17	39.5	25	58.1	1	2.3	0	0.0	3	6.5	46
ITALIA INS.	81	64.3	45	35.7	0	0.0	0	0.0	183	59.2	309
SICILIA	28	68.3	13	31.7	0	0.0	0	0.0	180	81.4	221
SARDEGNA	53	62.4	32	37.6	0	0.0	0	0.0	3	3.4	88
ITALIA(1)	1720	64.9	916	34.6	9	0.3	6	0.2	1048	28.3	3699

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 4 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

(1) IL TOTALE DEGLI ASSENSI PER ALCUNE REGIONI NON CORRISPONDE AL NUMERO DI MINORENNI IN QUANTO ALCUNE NON AVEVANO NECESSITA' PERCHE' CONIUGATE

TAB. 41 TEMPI DI ATTESA TRA CERTIFICAZIONE E INTERVENTO - 1993

REGIONE	GIORNI												TOTALE
	<=14		15-21		22-28		>28		NON RIL.		N**		
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	
PIEMONTE	2293	78.7	472	16.2	117	4.0	33	1.1	9095	75.7	12010		
TRENTO	835	78.2	188	17.6	40	3.7	5	0.5	16	1.5	1084		
VENETO	6139	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	41	0.7	6180		
FRULI V.G.	1923	79.4	373	15.4	97	4.0	30	1.2	279	10.3	2702		
EMILIA ROM.	6772	77.8	1576	18.1	237	2.7	114	1.3	3301	27.5	12000		
LAZIO	10274	60.2	4571	26.8	1614	9.5	606	3.6	298	1.7	17363		
ABRUZZI	487	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2507	83.7	2994		
MOLISE	849	97.0	22	2.5	4	0.5	0	0.0	353	28.7	1228		
PUGLIA	16618	87.8	1642	8.7	428	2.3	236	1.2	380	2.0	19304		
BASILICATA	198	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	688	77.7	886		
SICILIA	1275	58.3	564	25.8	275	12.6	74	3.4	7794	78.1	9982		
SARDEGNA	2728	76.1	632	17.6	161	4.5	65	1.8	0	0.0	3586		
TOTALE	50391	78.0	10040	15.5	2973	4.6	1163	1.8	24752	27.7	89319		

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 4 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 42 LUOGO DOVE E' STATA EFFETTUATA L' I.V.G. - 1993

REGIONE	IST. DI CURA PUBBLICO		CLINICA CONV. AUTORIZZATA		AMBULATORIO PUBBLICO		ALTRO		DATO NON RIL. TOTALE O NON ANALIZ.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETT.	48358	96.7	1665	3.3	0	0.0	4	0.0	12081	19.5
PIEMONTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12010	100.0
V. D'AOSTA	331	98.5	1	0.3	0	0.0	4	1.2	0	0.0
LOMBARDIA	23039	99.6	103	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BOLZANO	345	72.0	134	28.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TRENTO	517	47.7	567	52.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
VENETO	6180	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
FRIULI V.G.	2621	99.5	13	0.5	0	0.0	0	0.0	68	2.5
LIGURIA	4174	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
EMILIA ROM.	11151	92.9	847	7.1	0	0.0	0	0.0	2	0.0
ITALIA CEN.	30238	91.3	1686	5.1	1202	3.6	0	0.0	0	0.0
TOSCANA	10235	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
UMBRIA	2281	84.3	0	0.0	424	15.7	0	0.0	0	0.0
MARCHE	2810	99.5	13	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
LAZIO	14912	85.9	1673	9.6	778	4.5	0	0.0	0	0.0
ITALIA MER.	30099	74.3	10271	25.4	21	0.1	101	0.2	1569	3.7
ABRUZZI	1534	96.4	33	2.1	21	1.3	4	0.3	1402	46.8
MOLISE	1223	99.9	0	0.0	0	0.0	1	0.1	4	0.3
CAMPANIA	10809	83.4	2062	15.9	0	0.0	96	0.7	161	1.2
PUGLIA	11549	59.8	7755	40.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
BASILICATA	886	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
CALABRIA	4098	90.7	421	9.3	0	0.0	0	0.0	2	0.0
ITALIA INS.	4691	74.8	1579	25.2	0	0.0	0	0.0	7298	53.9
SICILIA	2684	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7298	73.1
SARDEGNA	2007	56.0	1579	44.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ITALIA	113386	87.3	15201	11.7	1223	0.9	105	0.1	20948	13.9
										150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 4 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 43 I.V.G. E TIPO DI ANESTESIA - 1993

REGIONE	GENERALE		LOCALE		ANALGESIA		ALTRO		NESSUNA		DATO NON RIL. O NON ANALIZ.		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ITALIA SETT.	43240	81.9	7256	13.7	1565	3.0	414	0.8	331	0.6	9302	15.0	62108
PIEMONTE	2848	99.2	17	0.6	5	0.2	0	0.0	2	0.1	9138	76.1	12010
V. D'ACOSTA	331	98.5	2	0.6	1	0.3	2	0.6	0	0.0	0	0.0	336
LOMBARDIA	18084	78.2	3317	14.3	1446	6.2	173	0.7	120	0.5	2	0.0	23142
BOLZANO	474	99.4	2	0.4	1	0.2	0	0.0	0	0.0	2	0.4	479
TRENTO	1010	93.6	57	5.3	3	0.3	1	0.1	8	0.7	5	0.5	1084
VENETO	4720	76.7	1375	22.4	24	0.4	3	0.0	28	0.5	30	0.5	6180
FRIULI V.G.	2601	96.5	84	3.1	9	0.3	1	0.0	0	0.0	7	0.3	2702
LIGURIA	3480	84.5	604	14.7	6	0.1	2	0.0	26	0.6	57	1.4	4175
EMILIA ROM.	9692	81.2	1798	15.1	70	0.6	232	1.9	147	1.2	61	0.5	12000
ITALIA CEN.	21251	65.5	10911	33.6	140	0.4	16	0.0	108	0.3	700	2.1	33126
TOSCANA	7250	71.6	2810	27.7	32	0.3	5	0.0	32	0.3	106	1.0	10235
UMBRIA	2333	87.5	304	11.4	13	0.5	2	0.1	15	0.6	38	1.4	2705
MARCHE	976	39.2	1488	59.8	23	0.9	0	0.0	0	0.0	336	11.9	2823
LAZIO	10692	62.4	6309	36.8	72	0.4	9	0.1	61	0.4	220	1.3	17363
ITALIA MER.	34653	85.9	4627	11.5	385	1.0	24	0.1	657	1.6	1715	4.1	42061
ABRUZZI	1424	89.5	164	10.3	2	0.1	0	0.0	1	0.1	1403	46.9	2994
MOLISE	1213	99.2	7	0.6	0	0.0	0	0.0	3	0.2	5	0.4	1228
CAMPANIA	8586	66.7	3807	29.6	276	2.1	19	0.1	193	1.5	247	1.9	13128
PUGLIA	18781	97.3	345	1.8	79	0.4	2	0.0	92	0.5	5	0.0	19304
BASILICATA	877	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	1.0	886
CALABRIA	3772	84.3	304	6.8	28	0.6	3	0.1	368	8.2	46	1.0	4521
ITALIA INS.	5689	95.6	91	1.5	162	2.7	6	0.1	3	0.1	7617	56.1	13568
SICILIA	2126	89.9	83	3.5	152	6.4	1	0.0	3	0.1	7617	76.3	9982
SARDEGNA	3563	99.4	8	0.2	10	0.3	5	0.1	0	0.0	0	0.0	3586
ITALIA	104833	79.7	22885	17.4	2252	1.7	460	0.3	1099	0.8	19334	12.8	150863

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 5 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 44 I.V.G. E TIPO DI INTERVENTO - 1993

REGIONE	RASCHIAMENTO		ISTEROSUZIONE		KARMAN		ALTRO		DATO NON RIL. O NON ANALIZ.		TOTALE
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
ITALIA SEIT.	3128	5.9	25683	48.5	22838	43.1	1305	2.5	9154	14.7	62108
PIEMONTE	19	0.6	2655	89.8	283	9.6	0	0.0	9053	75.4	12010
V. D'AOSTA	42	12.5	261	77.7	31	9.2	2	0.6	0	0.0	336
LOMBARDIA	2063	8.9	7747	33.5	13025	56.3	307	1.3	0	0.0	23142
BOLZANO	13	2.7	8	1.7	456	95.4	1	0.2	1	0.2	479
TRENTO	7	0.6	167	15.4	897	83.0	10	0.9	3	0.3	1084
VENETO	304	4.9	1694	27.5	3386	54.9	778	12.6	18	0.3	6180
FRIULI V.G.	301	11.2	1102	41.0	1250	46.5	38	1.4	11	0.4	2702
LIGURIA	163	3.9	934	22.4	2897	69.6	169	4.1	12	0.3	4175
EMILIA ROM.	216	1.8	11115	93.1	613	5.1	0	0.0	56	0.5	12000
ITALIA CEN.	2901	9.6	9373	31.2	17675	58.8	123	0.4	231	0.8	30303
TOSCANA	575	5.6	1469	14.4	8114	79.5	47	0.5	30	0.3	10235
UMBRIA	23	0.9	2470	92.0	165	6.1	26	1.0	21	0.8	2705
MARCHE	63	2.3	2456		91.0		190	6.8	24	0.9	2823
LAZIO	2303	13.4	5434	31.6	9396	54.7	50	0.3	180	1.0	17363
ITALIA MER.	10904	27.0	4244	10.5	25149	62.2	157	0.4	1607	3.8	42061
ABRUZZI	517	32.5	98	6.2	976	61.3	2	0.1	1401	46.8	2994
MOLISE	491	40.2	358	29.3	363	29.8	8	0.7	8	0.7	1228
CAMPANIA	1708	13.2	1135	8.7	10090	77.8	39	0.3	156	1.2	13128
PUGLIA	5122	26.5	1688	8.7	12394	64.2	97	0.5	3	0.0	19304
BASILICATA	128	14.5	723	81.7	33	3.7	1	0.1	1	0.1	886
CALABRIA	2938	65.5	242	5.4	1293	28.8	10	0.2	38	0.8	4521
ITALIA INS.	1942	33.5	1861	32.1	1976	34.1	12	0.2	7777	57.3	13568
SICILIA	541	24.5	677	30.7	983	44.6	4	0.2	7777	77.9	9982
SARDEGNA	1401	39.1	1184	33.0	993	27.7	8	0.2	0	0.0	3586
ITALIA(1)	18875	14.6	41161	31.8	67638	52.3	1597	1.2	18769	12.7	148040

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 4 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

(1) ESCLUSI I DATI DELLE MARCHE IN QUANTO DIVERSAMENTE AGGREGATI

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 45 I.V.G. E DURATA DELLA DEGENZA - 1993

REGIONE	<1	1	2	3	4	5	>=6	NON RIL.	TOTALE	M1	M2								
	N	N	N	N	N	N	N	N											
ITALIA SETT.	33014	63.7	14469	27.9	3235	6.2	647	3.2	186	0.4	91	0.2	178	0.3	10288	16.6	62108	0.5	<1
PIEMONTE	840	43.3	727	37.5	285	14.7	56	2.9	7	0.4	5	0.3	21	1.1	10069	83.8	12010	0.8	1
V. D'AOSTA	17	5.1	300	90.4	13	3.9	2	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.2	336	1.0	1
LOMBARDIA	13934	60.2	7196	31.1	1590	6.9	236	3.0	73	0.3	42	0.2	70	0.3	1	0.0	23142	0.5	<1
BOLZANO	387	81.0	75	15.7	9	1.9	4	0.8	0	0.0	1	0.2	2	0.4	1	0.2	479	0.3	<1
TRENTO	1049	96.8	10	0.9	10	0.9	8	0.7	4	0.4	1	0.1	2	0.2	0	0.0	1084	0.1	<1
VENETO	2918	47.4	2604	42.3	423	6.9	145	2.4	32	0.5	14	0.2	26	0.4	18	0.3	6180	0.7	1
FRIULI V.G.	1395	52.6	828	31.2	329	12.4	73	2.8	15	0.6	4	0.2	6	0.2	52	1.9	2702	0.7	<1
LIGURIA	2354	58.3	1473	36.5	161	4.0	21	0.5	15	0.4	3	0.1	12	0.3	136	3.3	4175	0.5	<1
EMILIA ROM.	10120	84.4	1256	10.5	415	3.5	102	0.9	40	0.3	21	0.2	39	0.3	7	0.1	12000	0.2	<1
ITALIA GEN.	27410	86.7	3266	10.3	607	1.9	167	0.5	52	0.2	35	0.1	92	0.3	1497	4.5	33126	0.2	<1
TOSCANA	8168	80.9	1638	16.2	178	1.8	47	0.5	22	0.2	13	0.1	25	0.2	144	1.4	10235	0.2	<1
UMBRIA	2458	94.1	69	2.6	52	2.0	24	0.9	3	0.1	2	0.1	3	0.1	94	3.5	2705	0.1	<1
MARCHE	1793	84.2	233	10.9	57	2.7	18	0.8	10	0.5	3	0.1	16	0.8	693	24.5	2823	0.3	<1
LAZIO	14991	89.2	1326	7.9	320	1.9	78	0.5	17	0.1	17	0.1	48	0.3	566	3.3	17363	0.2	<1
ITALIA MER.	32268	80.8	5738	14.4	1445	3.6	249	0.6	73	0.2	46	0.1	133	0.3	2109	5.0	42061	0.3	<1
ABRUZZI	1102	69.6	377	23.8	89	5.6	10	0.6	3	0.2	0	0.0	3	0.2	1410	47.1	2994	0.4	<1
MOLISE	1105	93.8	53	4.5	9	0.8	3	0.3	1	0.1	2	0.2	5	0.4	50	4.1	1228	0.1	<1
CAMPANIA	10422	81.9	2108	16.6	144	1.1	9	0.1	8	0.1	8	0.1	24	0.2	405	3.1	13128	0.2	<1
PUGLIA	16741	86.7	1429	7.4	867	4.5	104	0.5	45	0.2	28	0.1	89	0.5	1	0.0	19304	0.2	<1
BASILICATA	501	77.9	65	10.1	29	4.5	42	6.5	3	0.5	2	0.3	1	0.2	243	27.4	886	0.4	<1
CALABRIA	2397	53.0	1706	37.7	307	6.8	81	1.8	13	0.3	6	0.1	11	0.2	0	0.0	4521	0.6	<1
ITALIA INS.	4065	68.1	1386	23.2	413	6.9	51	0.9	26	0.4	6	0.1	25	0.4	7596	56.0	13568	0.4	<1
SICILIA	2006	84.1	280	11.7	60	2.5	20	0.8	11	0.5	2	0.1	7	0.3	7596	76.1	9982	0.2	<1
SARDEGNA	2059	57.4	1106	30.8	353	9.8	31	0.9	15	0.4	4	0.1	18	0.5	0	0.0	3586	0.6	<1
ITALIA	96757	74.8	24859	19.2	5700	4.4	1114	3.9	337	0.3	178	0.1	428	0.3	21490	14.2	150863	0.3	<1

\* CALCOLATA SULLA SOMMA DELLE PRIME 7 COLONNE

\*\* CALCOLATA SUL TOTALE

M1 MEDIA

M2 MEDIANA

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

TAB. 46 I.V.G. E COMPLICANZE - 1993

REGIONE	EMORRAGIA		INFEZIONE		PERFORAZIONE		LACERAZIONE		ALTRO		NON RIL.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%** TOTALE
PIEMONTE	4	1.3	56	18.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9031	75.2
V. D'AOSTA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	32	9.5
LOMBARDIA	43	1.9	6	0.3	0	0.0	0	0.0	23	1.0	1	0.0
BOLZANO	1	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2
TRENTO	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	9	0.8
VENETO	3	0.5	0	0.0	2	0.3	1	0.2	9	1.5	30	0.5
FRIULI V. G.	1	0.4	2	0.7	1	0.4	0	0.0	0	0.0	7	0.3
LIGURIA	5	1.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0	2	0.5	72	1.7
EMILIA ROM.	22	1.9	0	0.0	2	0.2	2	0.2	7	0.6	185	1.5
TOSCANA	20	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	1.2	97	0.9
UMBRIA	2	0.8	1	0.4	0	0.0	0	0.0	6	2.3	98	3.6
MARCHE	13	4.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	68	2.4
LAZIO	51	3.3	3	0.2	5	0.3	1	0.1	12	0.8	1863	10.7
ABRUZZI	1	0.6	0	0.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0	1410	47.1
MOLISE	1	0.8	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	31	2.5
CAMPANIA	33	2.6	1	0.1	0	0.0	0	0.0	8	0.6	284	2.2
PUGLIA	49	2.5	5	0.3	1	0.1	0	0.0	1	0.1	2	0.0
BASILICATA	6	9.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	231	26.1
CALABRIA	15	3.4	4	0.9	0	0.0	0	0.0	3	0.7	46	1.0
SICILIA	13	5.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.8	7595	76.1
SARDEGNA	10	2.8	0	0.0	0	0.0	1	0.3	4	1.1	0	0.0
ITALIA	294	2.3	80	0.6	12	0.1	5	0.0	90	0.7	21094	14.0
												150863

\* PER 1000 CALCOLATA SUL TOTALE MENO I NON RILEVATI

\*\* PERCENTUALE CALCOLATA SUL TOTALE

TAB. 47 OBIEZIONE PER CATEGORIA PROFESSIONALE NEL SERVIZIO IN CUI SI EFFETTUA L'I.V.G. - 1993

## PERSONALE OBIETTORE

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PARAMEDICI	
	N	%	N	%	N	%
V. D'AOSTA	2	18.2	10	100.0	-	-
LOMBARDIA	597	65.5	599	50.3	N.R.	N.R.
BOLZANO (1)	9	81.8	14	70.0	10	62.5
TRENTO	19	57.6	18	42.9	17	22.7
VENETO	324	80.0	311	65.1	614	52.8
FRIULI V.G.	47	51.1	39	38.6	90	27.0
LIGURIA	102	62.5	141	53.0	99	29.2
EMILIA ROM.	154	41.0	202	41.9	284	29.1
TOSCANA	192	54.1	153	35.6	143	41.4
UMBRIA	79	75.2	17	19.0	218	64.0
MARCHE	67	63.2	86	66.7	172	71.1
LAZIO	254	66.1	198	68.7	247	47.2
MOLISE	38	67.0	28	63.6	103	68.0
CAMPANIA *	247	61.9	95	52.7	182	57.0
BASILICATA	46	79.0	37	77.0	131	67.0
CALABRIA	128	66.3	112	73.2	240	58.0
SARDEGNA	85	66.4	67	51.9	222	66.9
<b>TOTALE</b>	<b>2390</b>	<b>63.1</b>	<b>2127</b>	<b>52.1</b>	<b>2772</b>	<b>48.3</b>

\* DATI RIFERITI AL 1991

(1) RIGUARDA SOLO LA U.S.L. DI BOLZANO

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab. 48

Interruzioni Volontarie di Gravidanza 1992 - Valori assoluti, tassi e rapporti di abortivita' per regione di intervento e per regione di residenza (Fonte ISTAT)

	valori assoluti			*†	tassi abortivita'		rapporto abortivita'	
	INT	RES	RES-INT		INT	RES	INT	RES
PIEMONTE	dati incompleti							
VALLE D'AOSTA	370	355	- 15	- 4.1	12.9	12.4	388.7	372.9
LOMBARDIA	23664	22537	-1127	- 4.8	10.4	9.9	310.6	295.9
BOLZANO	491	509	+ 18	+ 3.7	4.3	4.5	95.2	98.7
TRENTO	1100	912	- 188	-17.1	9.6	8.0	238.1	197.4
VENETO	6319	7500	+1181	+18.7	5.5	6.6	170.1	201.9
FRIULI V.G.	2875	2510	- 365	-12.7	9.7	8.5	312.7	273.0
LIGURIA	4502	4494	- 8	- 0.2	11.3	11.3	390.2	389.5
EMILIA ROM.	12195	10875	-1320	-10.8	12.8	11.4	432.9	386.0
TOSCANA	10639	10001	- 638	- 6.0	12.3	11.6	412.8	388.0
UMBRIA	2923	2642	- 281	- 9.6	14.9	13.5	432.1	390.5
MARCHE	2803	2887	+ 84	+ 3.0	8.1	8.4	232.3	239.2
LAZIO	17060	16807	- 253	- 1.5	12.6	12.4	324.8	320.8
ABRUZZO	3010	3295	+ 285	+ 9.5	9.6	10.5	252.5	276.4
MOLISE	1250	1172	- 78	- 6.2	15.6	14.6	378.4	354.8
CAMPANIA	13719	13945	+ 102	+ 0.7	9.1	9.2	170.3	173.1
PUGLIA	19843	19139	- 704	- 3.5	18.6	17.9	400.8	386.6
BASILICATA	931	2059	+1128	+121.2	6.1	13.6	150.3	332.5
CALABRIA	dati incompleti							
SICILIA	9496	9659	+ 163	+ 3.3	7.2	7.3	145.3	147.8
SARDEGNA	3811	3922	+ 111	+ 2.9	8.5	8.8	234.6	241.4

\* La percentuale indica di quanto si deve ridurre (o aumentare) il numero assoluto, il tasso di abortivita' e il rapporto di abortivita' per regione di intervento per ottenere il numero assoluto, il tasso di abortivita' e il rapporto di abortivita' per regione di residenza.

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab. 49

Interruzioni Volontarie di Gravidanza 1993 - Valori assoluti, tassi e rapporti di abortivita' per regione di intervento e per regione di residenza (Fonte ISTAT)

	valori assoluti			%	tassi abortivita'		rapporto abortivita'	
	INT	RES	RES-INT		INT	RES	INT	RES
PIEMONTE	dati incompleti							
VALLE D'AOSTA	336	330	- 6	- 1.8	11.7	11.4	368.0	361.4
LOMBARDIA	23142	22003	-1139	- 4.9	10.2	9.7	303.4	288.5
BOLZANO	499	493	- 6	- 1.2	4.4	4.4	96.1	94.9
TRENTO	1081	864	- 217	-20.1	9.6	7.7	241.7	193.2
VENETO	6148	6813	+ 665	+10.8	5.4	6.0	160.6	178.0
FRIULI V.G.	2695	2418	- 277	-10.3	9.3	8.4	323.6	290.4
LIGURIA	4191	4212	+ 21	+ 0.5	11.0	11.0	378.3	380.2
EMILIA ROM.	12000	10735	-1265	-10.5	12.8	11.4	435.3	389.4
TOSCANA	10235	9470	- 765	- 7.5	12.1	11.2	396.5	366.9
UMBRIA	2698	2342	- 356	-13.2	14.1	12.3	424.3	368.3
MARCHE	2840	2806	- 34	- 1.2	8.3	8.2	242.1	239.2
LAZIO	17368	16948	- 420	- 2.4	12.9	12.6	347.8	339.4
ABRUZZO	2971	3305	+ 334	+11.2	9.7	10.8	243.3	270.6
MOLISE	1245	1103	- 142	-11.4	15.9	14.1	385.6	341.6
CAMPANIA	13128	13418	+ 290	+ 2.2	8.8	9.0	169.5	173.2
PUGLIA	19210	18889	- 321	- 1.7	18.1	17.8	397.8	391.1
BASILICATA	889	2004	+1115	+125.4	5.9	13.3	132.1	297.7
CALABRIA	dati incompleti							
SICILIA	9114	9201	+ 87	+ 1.0	7.2	7.3	140.5	141.8
SARDEGNA	3586	3637	+ 51	+ 1.4	8.2	8.3	231.6	239.5

\* La percentuale indica di quanto si deve ridurre (o aumentare) il numero assoluto, il tasso di abortivita' e il rapporto di abortivita' per regione di intervento per ottenere il numero assoluto, il tasso di abortivita' e il rapporto di abortivita' per regione di residenza.

Tab. 50 VALORI ASSOLUTI

	1982	1983	1985	1987	1989	1991	1992	1993
PIEMONTE	22586	21077	18642	15957	14203	13629	12456	12010
VALLE D'AOSTA	540	517	490	429	409	332	370	336
LOMBARDIA	37493	36279	32802	29256	26278	24560	23664	23142
BOLZANO	824	760	684	604	522	515	492	479
TRENTO	1295	1329	1310	1266	1166	1162	1098	1084
VENETO	11033	10316	8952	7729	6906	6455	6242	6180
FRIULI V.G.	5131	5183	4416	3837	3422	3142	2834	2702
LIGURIA	8219	7790	6733	5939	5033	4694	4504	4175
EMILIA ROM.	23329	22179	18548	16119	13713	13130	12195	12000
TOSCANA	17602	17182	14800	13323	11820	10769	10639	10235
UMBRIA	4042	3925	3930	3272	2981	2910	2934	2705
MARCHE	5187	5169	4710	3783	3156	2872	2822	2823
LAZIO	26130	26147	23568	21039	19471	17627	17202	17363
ABRUZZO	4900	4615	4630	4254	3677	3318	2990	2994
MOLISE	1196	1259	1153	1230	1195	1249	1221	1228
CAMPANIA	15317	15441	13688	16524	14602	13521	14942	13128
PUGLIA	24847	29250	26902	23808	22632	20464	19843	19304
BASILICATA	1497	1648	1613	1296	1026	970	931	886
CALABRIA	4826	5228	3453	4610	3930	4831	4596	4521
SICILIA	14003	14181	14728	13378	11736	10640	9483	9982
SARDEGNA	4804	4501	4845	3816	3806	3704	3808	3586
ITALIA	234801	233976	210597	191469	171684	160494	155266	150863

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab. 51 TASSI DI ABORTIVITA'

	1982	1983	1985	1987	1989	1991	1992	1993
PIEMONTE	21.1	19.7	17.4	14.9	13.4	12.9	11.8	11.5
VALLE D'AOSTA	19.7	19.1	17.6	15.2	14.3	11.6	12.9	11.7
LOMBARDIA	16.8	16.1	14.4	12.8	11.5	10.8	10.4	10.2
BOLZANO	7.7	7.1	6.2	5.4	4.6	4.5	4.3	4.2
TRENTO	12.1	12.4	11.9	11.3	10.3	10.1	9.6	9.6
VENETO	10.4	9.6	8.1	6.9	6.1	5.7	5.5	5.5
FRIULI V.G.	17.4	18.6	15.0	12.9	11.5	10.6	9.5	9.4
LIGURIA	19.9	19.0	16.4	14.5	12.5	11.8	11.4	10.9
EMILIA ROM.	24.9	23.6	19.5	16.9	14.4	13.8	12.8	12.8
TOSCANA	21.1	20.5	17.3	15.5	13.7	12.5	12.3	12.1
UMBRIA	21.5	20.8	20.5	16.9	15.3	14.8	15.0	14.2
MARCHE	15.5	15.4	13.8	11.0	9.2	8.3	8.2	8.3
LAZIO	21.0	20.4	18.0	15.8	14.4	13.0	12.7	12.9
ABRUZZO	17.5	16.1	15.5	14.0	11.9	10.6	9.6	9.8
MOLISE	16.1	16.7	14.9	15.7	15.0	15.6	15.2	15.7
CAMPANIA	11.5	11.4	9.8	11.5	9.8	9.0	9.9	8.8
PUGLIA	26.4	30.2	26.6	22.9	21.4	19.1	18.6	18.2
BASILICATA	10.3	11.3	10.9	8.7	6.8	6.4	6.1	5.9
CALABRIA	9.9	10.4	6.7	8.8	7.3	9.0	8.5	8.7
SICILIA	12.0	11.9	11.8	10.4	9.0	8.1	7.2	7.9
SARDEGNA	12.2	11.3	11.6	8.9	8.6	8.3	8.5	8.2
ITALIA	17.2	16.9	14.9	13.3	11.8	11.0	10.7	10.5

## XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab. 52 RAPPORTI DI ABORTIVITA'

	1982	1983	1985	1987	1989	1991	1992	1993
PIEMONTE	602.9	582.4	553.5	505.4	443.8	411.5	380.3	363.8
VALLE D'AOSTA	609.5	537.4	593.2	510.1	478.9	344.8	388.7	368.0
LOMBARDIA	449.0	443.8	429.7	405.1	351.8	325.1	310.6	303.4
BOLZANO	152.1	146.8	139.0	126.4	103.9	100.0	95.4	92.2
TRENTO	306.7	303.6	319.4	305.0	278.9	270.5	237.7	242.4
VENETO	265.9	254.8	229.4	217.2	188.7	168.8	168.1	161.4
FRIULI V.G.	524.7	577.0	485.6	455.6	376.4	344.8	308.2	324.5
LIGURIA	689.9	672.5	595.5	543.5	451.1	409.0	390.4	376.9
EMILIA ROM.	795.6	784.7	687.7	629.1	507.7	456.0	432.9	435.3
TOSCANA	626.5	619.6	545.8	524.1	464.6	412.4	412.8	396.5
UMBRIA	522.5	516.7	545.2	495.6	434.9	438.4	433.7	425.4
MARCHE	533.5	392.7	371.9	321.3	265.4	234.1	233.8	240.7
LAZIO	477.9	490.9	461.8	422.9	390.6	346.0	327.5	347.7
ABRUZZO	360.5	334.0	362.0	360.1	303.0	274.4	250.8	245.2
MOLISE	326.0	330.4	328.9	354.3	357.8	387.8	369.7	380.3
CAMPANIA	177.1	174.7	168.2	204.2	181.5	167.3	185.5	169.5
PUGLIA	436.7	514.0	512.6	460.5	454.0	414.0	400.8	399.7
BASILICATA	194.6	199.1	233.3	189.4	156.9	156.6	150.3	131.6
CALABRIA	160.7	167.6	125.6	178.1	153.1	205.2	181.7	178.2
SICILIA	200.2	199.0	218.7	202.3	178.8	165.3	145.1	153.9
SARDEGNA	224.9	227.6	255.8	213.0	218.6	217.0	234.4	231.6
ITALIA	380.2	381.7	365.9	346.7	310.1	286.9	276.9	273.0

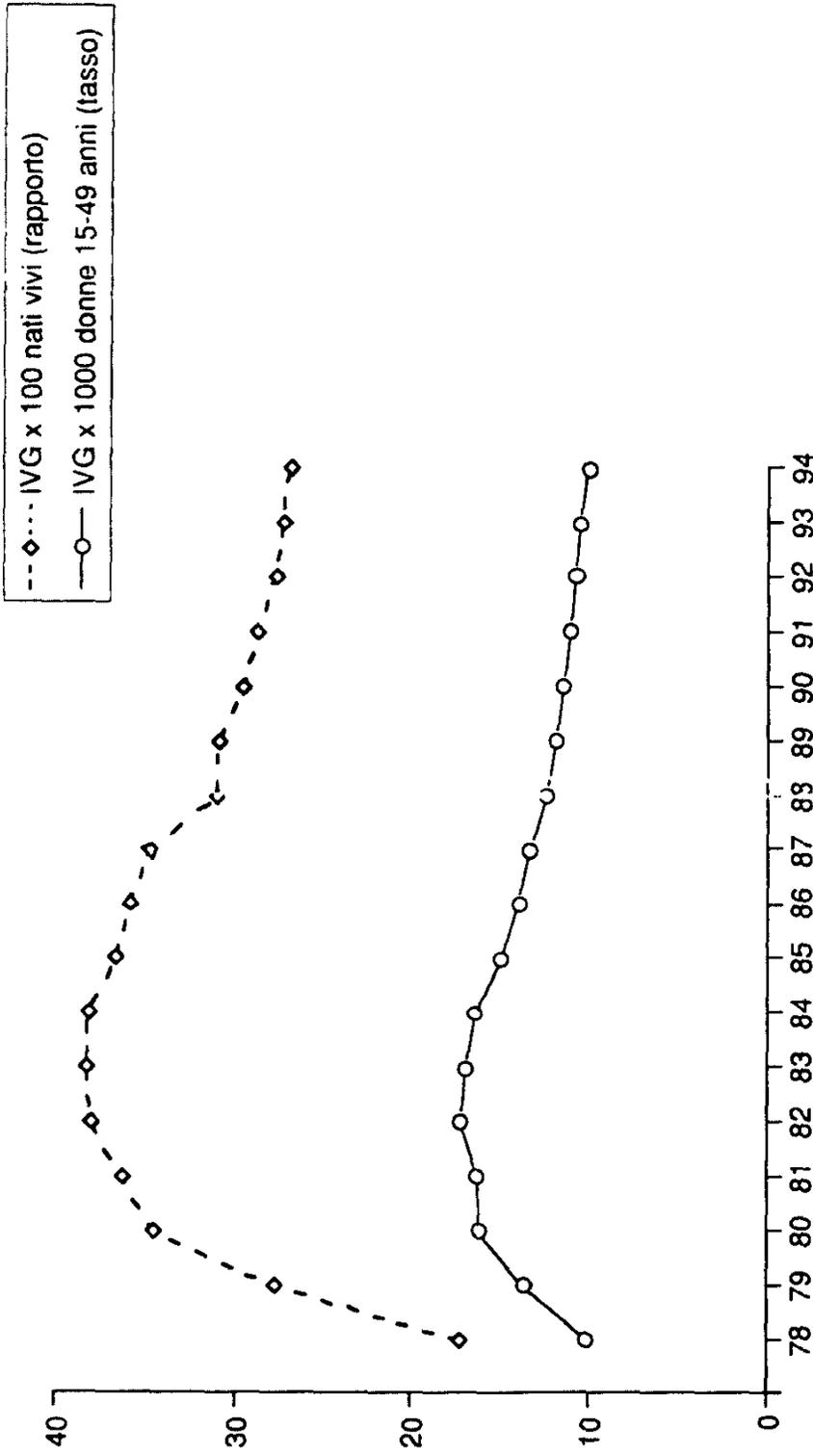


Fig. 1 Tassi e rapporti di abortività  
Italia 1978-1994

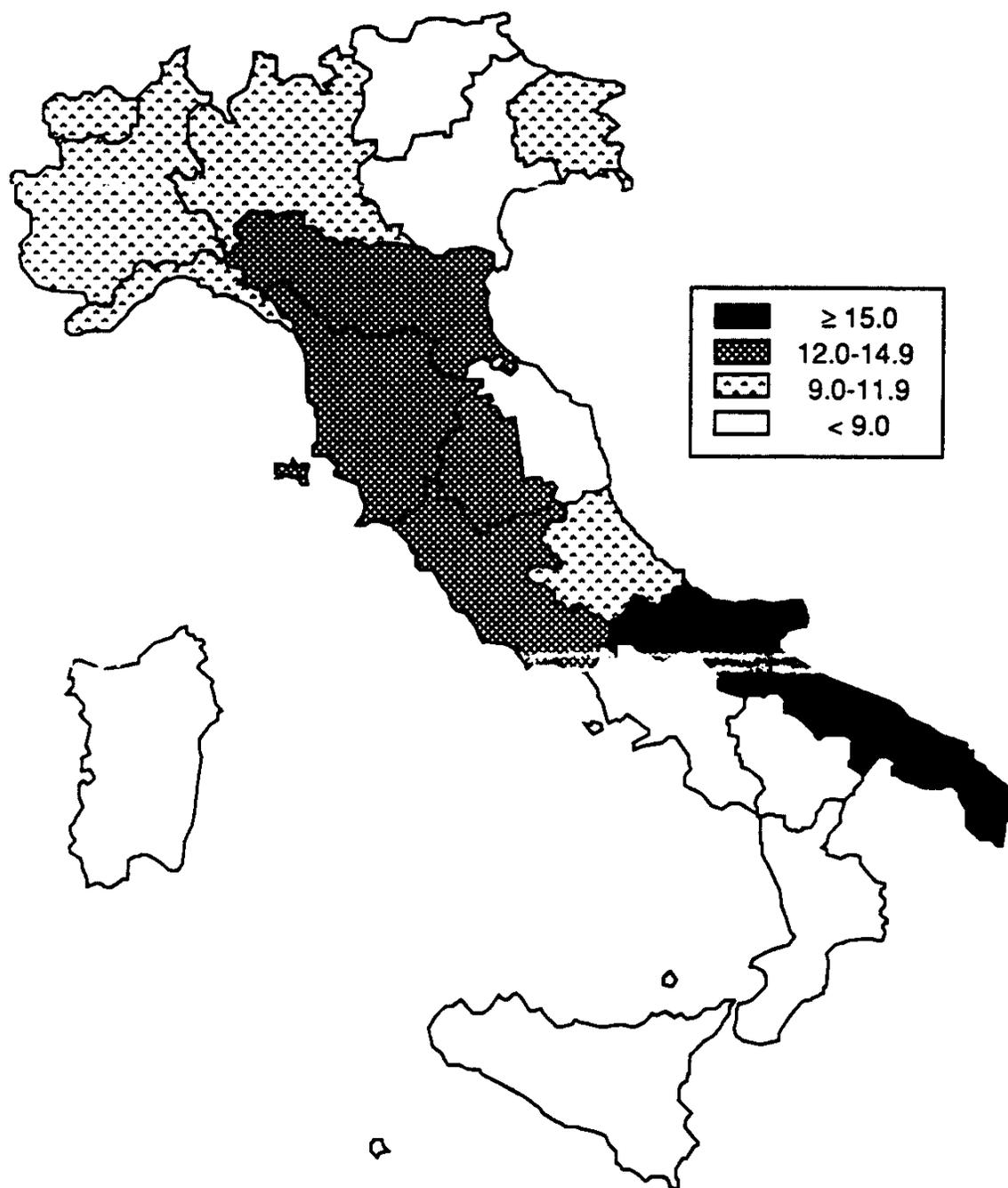
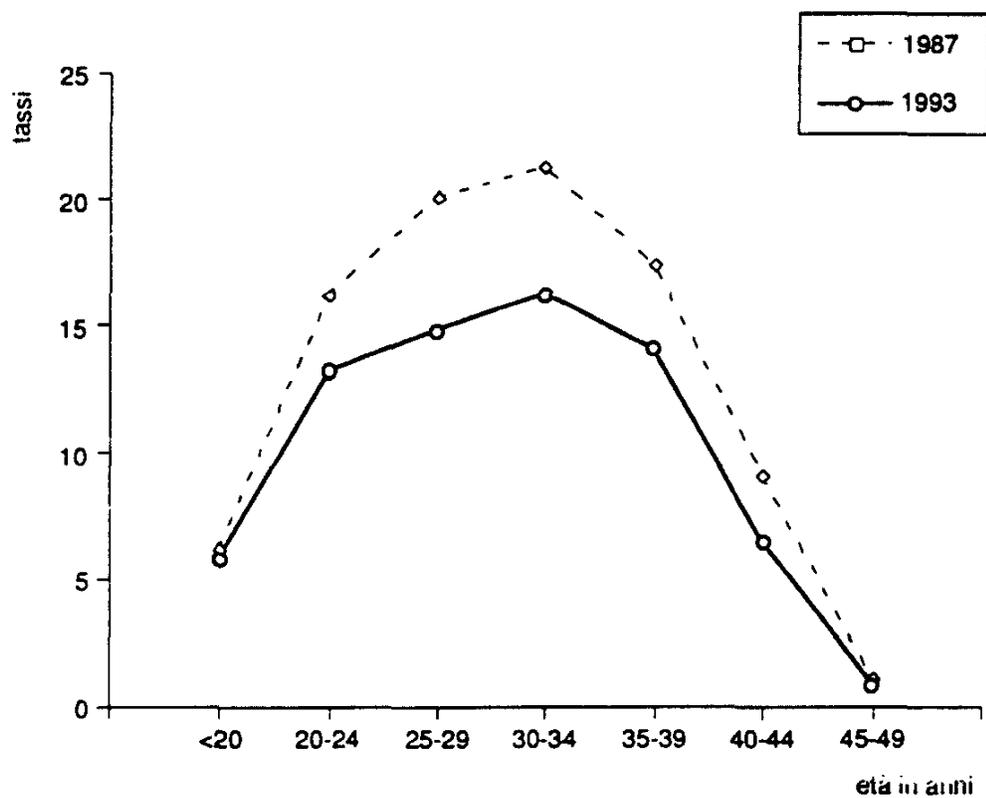


Fig. 2 Tassi di abortività - 1993



**Fig. 3 Tassi di abortività per classi di età  
Italia 1987 e 1993**

## COMITATO OPERATIVO MATERNO INFANTILE

## CENTRO STUDI MINISTERO DELLA SANITA'

## DOCUMENTO DEL SOTTOCOMITATO SULLE ATTIVITA' CONSULTORIALI

## CONSIDERAZIONI SUI CONSULTORI FAMILIARI E IPOTESI PER LA LORO RIQUALIFICAZIONE

Attualmente esiste nel nostro paese una grande varieta' di esperienze di attivita' consultoriali. Pur partendo da un unico punto di riferimento costituito dalla legge quadro, istitutiva dei consultori familiari (legge n' 405 del 1975), tra le regioni esistono differenze non trascurabili in termini di:

1. normativa regionale;
2. tasso di presenza di C.F./100.000 donne in eta' feconda;
3. figure professionali (e numero) previste e realmente presenti, anche in relazione alle ore settimanali e al rapporto di impiego;
4. tipo di utenza prevista (in alcune regioni esistono consultori pediatrici separati dai consultori familiari);
5. esistenza o meno di programmi specifici di intervento.

In questo contesto si pone la necessita' di realizzare in modo compiuto un sistema di sorveglianza sulle attivita' consultoriali. Attualmente l'ISS sta implementando tale sistema, in collaborazione con la DGMS (Dir. Gen. Medicina Sociale) e il SCPS (Serv. Centr. Programm. San.).

I primi dati sono anche riportati nella relazione del Ministro della Sanita' sulla applicazione della legge 194, per il 1986.

Attualmente sono disponibili i dati di 11 Regioni, da cui risulta che il 41% delle prestazioni ha riguardato la prevenzione (pap-test, visite senologiche, contraccezione), il 14% per consulenza psico-sociale, il 37% per motivi medici e l'8% per IVG, gravidanza e altro.

L'attivita' consultoriale si e' svolta secondo quattro principali modalita':

1. erogazione dei servizi richiesti dall'utenza che si presenta spontaneamente al consultorio; alcuni di questi servizi riguardano la consulenza, soprattutto a fini preventivi, altri consistono in vere e proprie visite mediche (in una logica ambulatoriale);
2. attivita' di educazione sanitaria, di assistenza a gruppi di utenti (che accedono al consultorio sempre spontaneamente).  
Esempi classici: preparazione al parto, informazione sui metodi per la paternita' e maternita' consapevoli.
3. attivita' rivolta alla popolazione residente:
  - a) educazione sanitaria;
  - b) programmi di prevenzione applicati a un settore definito di popolazione (esempi: prevenzione tumori femminili (Pap Test), campagne di vaccinazione contro la rosolia e il morbillo);
4. indagini epidemiologiche per la preparazione di interventi sanitari (indagini C.A.P. [Conoscenze, Attitudini e Pratica] sui metodi per la regolazione della fertilita', sulle vaccinazioni, sull'uso dei servizi sanitari, ecc.).

La Legge n. 405 del 1975, istitutiva dei consultori familiari, anche con la stessa denominazione poneva al centro dell'attenzione dell'attivita' consultoriale la famiglia nella sua unita' e complessita' relazionale; nella realta' questa centralita' non si e' ritrovata nella generalita' dei consultori, in quanto l'attivita' era basata sulla logica dell'utenza che spontaneamente si presentava al servizio, quindi le funzioni del servizio stesso sono state in qualche modo condizionate dalle richieste dell'utenza. E' difficile valutare se e quanti sforzi sono stati fatti dagli operatori consultoriali nel cercare di ricondurre all'interno della dinamica familiare il problema posto dall'utenza, anche consultando, se necessario, gli altri componenti della famiglia. E' evidente che questa possibilita' dipende dalla natura del problema, dall'attitudine dell'utente a far coinvolgere gli altri elementi del nucleo familiare e dall'attitudine di questi ultimi a farsi coinvolgere. E' anche molto comprensibile che i problemi posti dall'utenza fossero prevalentemente di carattere "sanitario" e che l'utenza fosse prevalentemente femminile o infantile. Spesso il consultorio si e' trovato a rappresentare il solo riferimento praticamente disponibile sul territorio e probabilmente anche quando cio' non era vero, il ricorso al consultorio poteva essere determinato da

una esigenza non esplicitata e non chiaramente percepita di tipo psico-sociale, anche connessa con la dinamica familiare, il tutto nascosto dal problema "sanitario". E' inoltre comprensibile come la condivisione dei problemi familiari da parte di tutti i componenti, soprattutto di sesso maschile, e' fortemente condizionata da retaggi culturali tradizionali che possono essere modificati solo in tempi sufficientemente lunghi.

E' altresì vero che proprio il modo di procedere del consultorio basato sull'utenza che arriva, pone il servizio in condizione di non poter affrontare problematiche familiari se non quando si ha una specifica richiesta da parte dell'autorità giudiziaria competente o di altre istituzioni (affidamento, etc.).

In definitiva solo la formulazione di problemi e quindi di programmi basati sulla popolazione e non sull'utenza, può permettere un approccio, rispettoso del ruolo del C.F., che tenga anche conto delle priorità'.

In questa nuova prospettiva non ci si può limitare ad esprimere l'esigenza che il C.F. si occupi degli aspetti psico-sociali connessi con la dinamica familiare, ma e' necessario individuare degli indicatori e quindi dei problemi che possano rappresentare sintomi del disagio familiare, quali ad es. l'evasione dell'obbligo scolastico, la difficoltà' di apprendimento scolastico, l'abuso dell'infanzia, etc.

Se e' chiaro che il C.F. dovrebbe essere particolarmente dedicato a sostenere la famiglia debole, non si può trascurare che in generale sono proprio i settori marginali di popolazione ad avere una estrema difficoltà' ad usufruire dei servizi sociosanitari disponibili sul territorio e che quindi se e' vero in generale che il servizio deve farsi carico di raggiungere la popolazione che potenzialmente ha il problema, questo e' tanto più vero quando ci si riferisce a quelle quote di popolazione che più hanno difficoltà' a riferirsi ai servizi.

Dal confronto delle attività' svolte dai consultori pubblici rispetto a quelli non istituiti dallo Stato e' emersa una maggiore accentuazione di questi ultimi per quanto riguarda gli interventi di natura psicosociale.

Da quanto detto risulta chiaro quanto sia difficile effettuare misure di efficacia del C.F. se non si tiene conto delle diverse modalità' con cui l'attività' viene svolta. E' necessario premettere che si deve valutare positivamente l'attività' consultoriale rivolta al soddisfacimento della richiesta dell'utenza che arriva spontaneamente, anche quando questa richiesta e' di tipo

prettamente sanitario e che quindi potrebbe essere soddisfatta da altri servizi (medico convenzionato, poliambulatorio ecc.), perche' queste richieste esprimono la domanda espressa dall'utenza che ha ritenuto il C.F. un punto di riferimento concreto per i problemi sanitari. Tuttavia l'attivita' piu' produttiva e anche piu' facilmente valutabile e' quella che consegue a specifici programmi operativi in cui, tra l'altro, siano definiti:

- a) popolazione da coinvolgere
- b) obiettivo che si vuole raggiungere
- c) scelta dei criteri di misura degli indicatori legati agli obiettivi
- d) tempi di realizzazione.

Nella maggior parte dei programmi che possono essere realizzati dai consultori familiari si rendono necessari i collegamenti funzionali con gli altri servizi sanitari e/o sociali presenti nel bacino di utenza del C.F.

L'inserimento del C.F. nei servizi distrettuali deve tener conto della peculiarita' dell'attivita' consultoriale e della necessita' di salvaguardare la sua unitarieta' funzionale e strutturale; la programmazione delle sue attivita' deve tener conto e inserirsi organicamente nella programmazione di tutta l'attivita' distrettuale e deve prevedere, in tale contesto, ogni forma di coinvolgimento e collaborazione con i medici di base, e gli operatori delle istituzioni sociali.

Cio' ha come immediata conseguenza la necessita' che i responsabili dei settori competenti delle USL o delle altre istituzioni competenti svolgano un ruolo di coordinamento nella preparazione ed esecuzione dei programmi con lo scopo principale di rimuovere le barriere che possono ostacolare il collegamento.

Inoltre non e' auspicabile che la prioritita' degli interventi consultoriali sia completamente stabilita dal C.F. stesso, pur ammettendo margini importanti di autonomia per tener conto delle realta' locali, alcuni problemi prioritari dovrebbero essere definiti a livello regionale o addirittura nazionale.

A questo proposito la selezione delle prioritita' puo' essere effettuata tenendo conto della seguente griglia: Frequenza del problema, Urgenza, possibilita' di intervento, Gravita', ed Esemplarita' pedagogica (F.U.I.G.E.).

La griglia viene utilizzata valutando gli indicatori epidemiologici corrispondenti (per es. per la frequenza: tasso di incidenza, tasso di prevalenza; per la gravita': tasso di ospedalizzazione, tasso di mortalita', tasso di letalita'). Quando si parla di possibilita' di intervento si intende fare riferimento alle condizioni operative del consultorio (risorse, personale), in relazione anche ai servizi ed istituzioni con cui e' operativamente collegato o collegabile. L'esemplarita' pedagogica puo' far riferimento sia al grado di addestramento sul campo che riceve il personale del consultorio, ed eventualmente quello di altri servizi e istituzioni, nello svolgere il programma, sia alla evoluzione della popolazione del bacino di utenza esposta al programma, verso una gestione consapevole ed informata dello stato di salute psico-fisico della persona, della coppia e della famiglia.

Queste considerazioni permettono di comprendere come non sia molto giustificato un giudizio negativo sull'attivita' dei consultori familiari istituiti dallo Stato tenendo conto che, soprattutto nelle Regioni meridionali, non sono stati attivati nel numero necessario, non sono presenti tutte le figure professionali previste, le forme contrattuali non sono ottimali per un sereno svolgimento dell'attivita', non sempre i C.F. sono stati sollecitati a operare secondo programmi definiti a livello di USL o di Regione.

E' interessante, a solo scopo esemplificativo, valutare l'attivita' dei C.F. in relazione alla legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). I dati del sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG in Italia mostrano chiaramente che il C.F. e' stato mediamente poco coinvolto nella attivita' di certificazione (25%, rispetto al 50% del medico privato e al 25% del Servizio Ostetrico-ginecologico degli Istituti di cura).

Questo dato medio nasconde grandi differenze regionali, differenze non necessariamente correlate con il tasso di presenza dei consultori, dovute invece molto probabilmente a una specifica politica sanitaria decisa a livello di regione o di USL, secondo la quale il C.F. puo' prenotare la donna per l'intervento.

Il C.F. che non ha la possibilita' di effettuare la prenotazione presso l'Istituto di cura pubblico o presso la Clinica autorizzata non risulta, nel giudizio della donna, "conveniente" rispetto alle altre possibili modalita' (il medico o il servizio ostetrico ginecologico). Questo perche' l'attivita' consultoriale, in caso di richiesta di IVG, prevede un colloquio approfondito con almeno due figure professionali (ginecologo, assistente sociale, psicologo). Durante i colloqui si tende a verificare accuratamente se ci

sono ostacoli rimovibili al proseguimento della gravidanza e, in caso di persistenza della richiesta, si fornisce per quanto possibile l'assistenza necessaria perché la donna possa ottenere l'IVG. Durante i colloqui viene iniziata la presentazione e la discussione dei metodi per la regolazione della fertilità e per la procreazione responsabile che si prevede possa continuare più proficuamente al momento della visita di controllo post-IVG a cui la donna viene invitata. Le altre due modalità sono presumibilmente più sbrigative e quindi giudicate dalla donna più "convenienti". Si è dimostrato che, laddove il C.F. può effettuare la prenotazione, non solo la donna è disposta a seguire una trafila più lunga e più impegnativa (anche dal punto di vista psicologico), ma ritorna al consultorio per la visita di controllo e per proseguire il colloquio sui metodi per la regolazione della fertilità e per la procreazione responsabile.

Pur tenendo conto del ruolo non preminente svolto dai C.F. nell'ambito dell'IVG i dati mostrano che nelle regioni con un più alto tasso di presenza dei C.F., o nelle regioni con una più alta percentuale di certificazioni presso i C.F., si è avuto un decremento più rapido del tasso di incidenza dell'aborto e un incremento minore dell'abortività ripetuta. Questa è l'unica misura attualmente disponibile dell'efficacia dell'attività consultoriale ed è una misura positiva.

Indicazioni per una riqualificazione dell'attività consultoriale.

L'attività consultoriale relativa ai problemi socio-sanitari espressi dagli utenti che si rivolgono al servizio non può essere compressa eccessivamente pena la perdita di credibilità del C.F. Gli operatori del C.F. comunque devono saper indirizzare gli utenti verso i servizi ambulatoriali presenti nel territorio che sono preposti per l'erogazione delle prestazioni richieste.

È necessario tuttavia, privilegiare l'attività consultoriale dedicata alla prevenzione che concretamente deve essere organizzata secondo programmi in cui sia definita una specifica popolazione da coinvolgere, l'obiettivo che si vuole raggiungere, i tempi necessari e i criteri di misura degli indicatori legati agli obiettivi. Tale attività di solito prevede la collaborazione del C.F. con altri servizi socio-sanitari del territorio e deve essere svolta in modo propositivo, cioè gli elementi della popolazione da coinvolgere devono essere invitati a partecipare al programma di prevenzione, un primo indicatore di efficienza è il tasso di rispondenza.

Una parte importante dell'attività di prevenzione consiste nella realizzazione di campagne di educazione socio-sanitaria da svolgere in connessione con programmi di intervento. Infine il personale del C.F. deve essere disponibile a partecipare a indagini epidemiologiche, soprattutto di tipo C.A.P., con particolare riguardo alla fase della somministrazione dei questionari.

E' presumibile, e anche auspicabile, che l'attività programmatica del C.F. sia parte integrante di programmi di intervento che vedono coinvolti altri servizi della USL e altre istituzioni sociali del territorio.

L'esigenza di caratterizzare in modo piu' pieno l'azione del Consultorio Familiare nell'ambito della famiglia non deve distogliere l'attenzione dalla necessita' per il consultorio di costruire una sua credibilita' di servizio nell'intera popolazione attraverso la realizzazione di programmi generali di prevenzione che permettano di rafforzare il legame servizio-popolazione (e quindi famiglie) in una fase non caratterizzata da una evidente patologia sanitaria e/o psico-sociale. Infatti i settori marginali della popolazione, le famiglie deboli, da cui prevalentemente emergono i problemi su cui si vuole intervenire, non sono separati fisicamente dalla popolazione generale, ma da questa provengono (esemplare l'instaurarsi del problema della tossicodipendenza nella famiglia). Peraltro gli interventi di prevenzione garantiscono la possibilita' di esporre la popolazione all'osservazione e permettono una "maggiore confidenza" verso i servizi. Gli interventi di prevenzione sono a prevalente (ma non esclusivo) carattere sanitario e sono piu' facilmente "accettati"; essi hanno anche la caratteristica di suscitare un alto livello di comunicazione orizzontale favorendo la socializzazione. Infine non bisogna dimenticare che i consultori familiari sono di fatto gli unici servizi proiettati operativamente nel territorio.

In definitiva, pur mantenendo una quota ridotta di attività piu' propriamente di tipo ambulatoriale e dovendo riservare una parte di attività per richieste di altri servizi o istituzioni (per es. Autorita' giudiziarie competenti, scuole ed altri servizi socio-sanitari), il C.F. deve capovolgere il tradizionale modo di operare passando dalla situazione in cui il servizio aspetta che l'utente con il "problema" si presenti, alla situazione in cui il servizio si fa carico di raggiungere l'utente potenzialmente con il "problema".

L'area di attività del C.F. dovrebbe riguardare la tutela a) della salute psicofisica della madre, del padre e del bambino/a (prevenzione dell'handicap, assistenza in gravidanza, preparazione al parto, bilanci di salute nella

prima infanzia), b) della salute della persona soprattutto per quanto concerne gli aspetti della procreazione responsabile e della riproduzione (pianificazione familiare, prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo, informazione ed educazione socio sanitaria ivi compresa educazione sessuale, etc.), c) delle relazioni di coppia e della famiglia, inoltre l'attività consultoriale dovrebbe prevedere l'intervento psicosociale verso le aree di alto rischio (famiglie disagiate, portatori di handicap psicofisici, abuso dell'infanzia).

E' inteso che il C.F. non dovrà effettuare interventi di secondo livello, ma dovrà eventualmente evidenziarne l'esigenza e provvedere a indirizzare correttamente l'utente.

Il consultorio familiare può assumere tre punti di vista per una azione programmatica nell'ambito degli indirizzi nazionali e della programmazione regionale:

- a) Interventi di prevenzione in settori di popolazione generale preventivamente definiti. Il C.F. si preoccupa di raggiungere ogni singolo elemento della popolazione scelta.
- b) Interventi di prevenzione su gruppi o persone a "rischio". Per esempio:
  - donne lavoratrici inserite in processi produttivi particolarmente rischiosi,
  - lavoro minorile,
  - portatori o portatrici di handicap,
  - infanzia in famiglie disagiate,
  - fumatrici in gravidanza.
  - particolari problemi di natura psico fisica dell'adolescenza.
- c) Interventi su casi gravi, anche su indicazione dell'Autorità giurisdiziarica competente. Per esempio
  - abuso dell'infanzia, devianza minorile;
  - affidamento, adozione;
  - evasione scolastica,
  - disagio scolastico (difficoltà di apprendimento, ripetizione di anni, etc.);
  - sostegno alle famiglie con componenti alcolisti o tossicodipendenti;
  - famiglia in crisi, soprattutto nella fase di separazione, eventualmente con l'assistenza del consulente legale.

La riqualificazione dei servizi consultoriali e' condizionata da un miglioramento nella organizzazione e gestione degli stessi. In particolare si individua la necessita' di enucleare le seguenti esigenze:

1. un responsabile di gestione all'interno di ciascun consultorio che risponda verso l'esterno dei programmi annuali, dell'efficacia e dell'efficienza della struttura, della trasmissione delle informazioni riguardanti l'attivita';
2. diffondere tra gli operatori una consapevolezza non solo della propria specificita' professionale, ma anche delle proprie competenze gestionali e delle responsabilita' che queste comportano, assumendo la responsabilita' operativa per la attuazione di programmi specifici;
3. individuare a livello regionale e definire in modo certo, la dipendenza dei consultori - per quanto attiene all'attuazione dei loro programmi - da un Assessorato competente tenendo presente l'esigenza di responsabilizzare in modo preminente il servizio Materno-Infantile attraverso procedure di delega o di integrazione funzionale;
4. rendere quanto piu' possibile omogeneo tra le varie Regioni l'assetto organizzativo di cui al punto precedente;
5. inserimento dei Consultori nel Distretto, salvaguardando la unitarieta' strutturale e funzionale dell'attivita' consultoriale e quindi il livello di specializzazione professionale dei suoi operatori.

Le figure professionali necessarie nel C.F. sono:

- 1 psicologo/a
- 1 ginecologo/a
- 1 pediatra
- 2 assistenti sociali
- 1 ostetrica
- 1 assistente sanitaria
- 1 vigilatrice d'infanzia o infermiera professionale specializzata in pediatria o infermiera professionale

Proposta di minima del bacino di utenza:

Si ritiene adeguata la presenza di un consultorio ogni 3000 donne in eta' feconda nelle zone rurali, ogni 6000-8000 donne nelle zone urbane, il che equivale a un consultorio ogni 10000 abitanti nelle zone rurali e a uno ogni 20000-25000 nelle zone urbane.

Proposta di orario settimanale per l'organico necessario:

- psicologo/a, 18 ore
- ginecologo/a, 18 ore
- pediatra, 18 ore
- assistente sociale, 36 ore
- ostetrica, 36 ore
- assistente sanitaria, 36 ore
- vigilatrice d'infanzia o infermiera professionale specializzata in pediatria o infermiera professionale, 36 ore

Si puo' prevedere di aumentare congruamente il numero di ore per le figure professionali non a tempo pieno nel caso ricoprono il ruolo di responsabile di gestione.

Le figure professionali non impegnate a tempo pieno completano il loro orario settimanale in due consultori contigui.

Debbono altresì essere previste, in qualità di consulenti altre figure professionali quali il pedagogo, il sociologo, il legale, il neuropsichiatra infantile, ecc. la cui utilizzazione presso i singoli consultori sarà stabilita dalle singole unità operative sulla base delle effettive esigenze.

In una parte consistente dei C.F. non istituiti dallo Stato vi è la figura del consulente familiare con funzioni di prima accoglienza, che ha ricevuto una specifica formazione. Si ritiene necessario che la componente Dir. Gen. di Medicina Sociale valuti l'utilità, il ruolo, le funzioni, la formazione e la possibilità di riconoscimento giuridico di tale figura, per una possibile estensione di più generale a tutta la rete consultoriale.

Gli operatori del C.F. hanno bisogno di una specifica preparazione alla consulenza familiare attraverso corsi, seminari, atelier pedagogici. Tale formazione dovrebbe realizzarsi attraverso lo studio di problematiche che evidenzino la valenza consulenziale dell'intervento.

Sinteticamente si ritiene di individuare nei seguenti cinque punti i passi necessari per riqualificare l'attività consultoriale:

1. Realizzare i consultori dove mancano, completare gli organici previsti, regolarizzare gli aspetti contrattuali al fine di ridurre la precarietà e possibilmente eliminarla;

2. invitare tutti i consultori ad acquisire (e collaborare a costruire) gli indicatori per il proprio bacino di utenza: tasso di natalita', fecondita', abortivita', morbosita' e mortalita' per alcune cause specifiche, incidenza del lavoro minorile, evasione dell'obbligo scolastico, delle separazioni e divorzi, degli anziani istituzionalizzati e di altri possibili indicatori di disabilita' psico-fisica della persona, della coppia e della famiglia e in generale quanto di competenza del consultorio;
3. individuare settori prioritari di intervento di prevenzione.  
Esempi: prevenzione aborto, prevenzione tumori dell'apparato riproduttivo, vaccinazioni, alimentazione, evasione dell'obbligo scolastico, prevenzione abuso dei minori, violenza contro le donne e prevenzione disagio familiare.
4. promuovere la formazione del personale dei consultori, con la metodologia dell'atelier pedagogico (modello OMS). Quindi la formazione (soprattutto la capacita' di lavoro di equipe) deve essere in relazione ai programmi e all'attivita' che e' necessario svolgere per realizzarli.
5. riconoscere il ruolo e, quindi, anche attivare provvedimenti finanziari o convenzionare, pure per quanto concerne l'attivita' di aggiornamento e formazione, i consultori familiari non istituiti dallo Stato (anche secondo quanto previsto dalla legge n. 405) che ne faranno domanda, controllando la loro rispondenza alle caratteristiche richieste: gratuita' del servizio, presenza di tutti gli operatori richiesti, e con una adeguata formazione professionale, per le attivita' previste nella convenzione o nei programmi finanziati, lavoro di equipe, interdisciplinarieta' del servizio, relazioni di lavoro annuali. I meccanismi di finanziamento dovrebbero essere agili e va identificato l'Ente (Regione, USL, Comune) a cui fare la richiesta. E' opportuno promuovere una buona collaborazione tra i Consultori istituiti dallo Stato e non, in ordine al perseguimento di obiettivi comuni che possono darsi nello svolgimento dell'attivita'. E' auspicabile che le istituzioni (per esempio il Tribunale dei minori) che richiedono l'intervento del C.F. tengano conto di entrambe le opportunita'.

Sugli esempi presi in considerazione come settori prioritari di intervento si possono articolare alcune linee programmatiche:

1) Prevenzione dell'aborto

Obiettivo: ridurre il tasso di abortivita'.

I programmi che seguono danno luogo a risultati in tempi diversi (breve, medi, lunghi) e sarebbe auspicabile che venissero promossi simultaneamente.

- A) Poiche' il 75% degli aborti riguarda donne che hanno almeno un figlio e sono coniugate, tenendo conto che nel 70-80% dei casi il ricorso all'aborto segue al fallimento (piu' realisticamente all'uso scorretto di metodi per la procreazione responsabile), si rende necessario un intervento di informazione e di educazione sanitaria sui metodi per la maternita' e paternita' consapevole in modo tale da permettere alle donne (o meglio alla coppia) di effettuare una scelta responsabile. La popolazione da coinvolgere prioritariamente e' costituita dalle donne (meglio dalle coppie) che hanno il primo figlio: all'aumentare dei figli aumenta la probabilita' che la coppia non voglia averne altri e quindi aumenta il bisogno di controllare la fecondita'.

Operatori dei consultori potrebbero prendere contatti con le partorienti per invitarle al consultorio (anche con il coniuge o il partner) per un primo bilancio di salute del neonato e per una preparazione a una procreazione consapevole.

- B) Una donna che ha abortito puo' riabortire e puo' avere necessita' di una informazione accurata e completa sui metodi per la procreazione responsabile, anche in coppia con il coniuge o il partner. Si possono individuare tre momenti in cui la donna puo' essere esposta all'informazione da parte degli operatori dei C.F.:

- 1) Al momento della certificazione. Limiti: la donna puo' essere non molto disponibile a recepire l'informazione, solo il 25% delle donne chiede la certificazione al consultorio.
- 2) Al momento dell'interruzione della gravidanza. Limiti: la donna e' in condizioni di massima indisponibilita' psicologica alla ricezione dell'informazione; non sempre e' permesso alle operatrici dei C.F. di accedere ai reparti.

3) Al momento della visita di controllo presso il C.F. Limiti: non sempre e' previsto questo ritorno ed e' difficile che una donna effettui la visita di controllo presso il consultorio se non ha richiesto a questo servizio la certificazione. Vantaggi: e' il momento di massima recettivita' dell'informazione.

Una possibile soluzione consiste nell'aumentare le certificazioni richieste ai consultori. Poiche' cio' avvenga e' necessario rendere "conveniente" l'uso di questo servizio, nonostante la complessita' e accuratezza dell'istruttoria prima del rilascio della certificazione. Una convenienza potrebbe consistere nella garanzia che i C. F., nel rispetto della loro identita' e dell'obiezione di coscienza, potrebbero prenotare la donna per l'intervento presso l'ospedale, senza lunghe file di attesa. In definitiva, i C.F. dovrebbero essere messi in condizione di gestire, alla luce di quanto sopra detto, anche le prenotazioni per l'intervento.

- C) Il C.F. potrebbe inviare lettere di invito alle coppie che si sposano per un colloquio sulla procreazione consapevole, sulla gravidanza, sulla prevenzione delle malattie, disabilita' e disagi dell'infanzia, oltre agli aspetti problematici della vita di coppia.
- D) Il C.F. potrebbe prendere contatti con gli organi collegiali delle scuole medie (soprattutto superiori) per aiutare gli insegnanti a far svolgere attivita' didattiche sulla fisiologia e patologia della riproduzione e della procreazione consapevole, con particolare riferimento ai problemi dell'igiene, delle relazioni affettive e dello sviluppo psico-sessuale. In questo contesto il C.F. potrebbe mettere a disposizione i propri locali in un giorno (o parte di esso) della settimana per riunioni di adolescenti, con la guida degli operatori del servizio. Il Consultorio Familiare potrebbe prendere contatti parallelamente con i genitori degli alunni, per aiutarli a comprendere le problematiche della pre-adolescenza e della adolescenza, con particolare attenzione a quanto attiene alla educazione sessuale.
- E) In rapporto al problema dell'aborto delle minorenni, che spesso costituisce l'epifenomeno di situazioni di conflitto familiare, di disagio esistenziale e relazionale della minore, di abuso ecc., si ipotizzano alcune linee di intervento da parte del consultorio:

- a) preventiva con azione sulla famiglia e sulla scuola;
- b) di supporto psico-sociale in collaborazione e su richiesta del Giudice Tutelare, cui e' stata chiesta l'autorizzazione dalla minore, affinche' egli abbia elementi di giudizio e la minore sia tutelata;
- c) di supporto diretto e indiretto alla ragazza che decide di portare avanti la gravidanza nonostante la situazione di disagio, indicando e contattando i sussidi e le strutture di accoglienza esistenti e fornendole l'appoggio necessario

F) Il consultorio potrebbe svolgere indagini epidemiologiche C.A.P. sulla procreazione consapevole e sulla conoscenza da parte della popolazione della disponibilita' dei servizi socio-sanitari di base, sulla attitudine a servirsene e sull'uso reale, al fine di programmare in connessione all'intervento, campagne di educazione sanitaria.

Nell'ambito della prevenzione dell'aborto il Consultorio Familiare potra', inoltre, farsi promotore presso gli Enti Locali (Comune, Regione) di iniziative sul piano della politica familiare e sociale (alloggio, lavoro, assegni familiari, ecc.) e per l'utilizzo, l'efficienza ed il potenziamento dei servizi (asilo nido, trasporti, ecc.) quando fra le cause del forzato controllo della fertilita' si individui la carenza per la famiglia di tali risorse.

Si potrebbe ipotizzare che cambiando le condizioni socioeconomiche e gli stili di vita della societa' aumenti il desiderio di fecondita' e quindi diminuisca il tasso di abortivita'. In realta' solo una piccola parte della fecondita' (meno del 10%) viene controllata con l'aborto (avendo fallito o essendo stato impiegato scorrettamente un metodo per la procreazione consapevole). Quindi un programma che promuova la natalita' non avra' effetti significativi sul tasso di abortivita', mentre determinera' una riduzione del solo rapporto di abortivita'.

## 2) Prevenzione dell'infezione da HIV

Come previsto dal documento VII della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS nel 1987 il consultorio familiare fa parte della rete assistenziale di I livello per quanto riguarda l'infezione da HIV. In particolare i consultori devono curare:

- la diffusione di informazioni concernenti le modalita' di trasmissione dell'infezione ai giovani in eta' evolutiva, alle coppie e in particolare alle donne appartenenti a categorie a rischio che aspirino alla maternita';
- l'informazione alle donne sieropositive gestanti circa il rischio di trasmissione dell'infezione al prodotto del concepimento;
- il prelievo di campioni per l'esecuzione del test per tutte le donne appartenenti a categorie a rischio, non precedentemente esaminate;
- l'avvio delle donne sieropositive ai centri di secondo livello e dei nati da madre sieropositiva agli appositi centri per il follow-up di neonati e minori sieropositivi.
- il collegamento con la prevista unita' di coordinamento nazionale per la lotta contro l'infezione da HIV nella madre e nel bambino per problematiche particolari di ordine assistenziale, sociale, etico giuridico, ecc.

### 3) Prevenzione dei tumori dell'apparato riproduttivo

Obiettivo: ridurre il tasso di incidenza dei tumori dell'apparato riproduttivo (per es. tumori al collo dell'utero, della mammella).

Per poter osservare riduzioni apprezzabili dei tassi di incidenza in tempi ragionevoli (per esempio un quinquennio), e' auspicabile che questo programma venga realizzato contemporaneamente da tutti i consultori di una provincia (e, in caso di piccole regioni, di tutta una regione). E' necessario conoscere i tassi di incidenza prima dell'inizio del programma. La popolazione da coinvolgere, costituita dalla popolazione adulta di eta' superiore ad un certo minimo stabilito, sara' definita nella sua ampiezza in base alle risorse dei C.F. e dei servizi ad essi connessi per l'espletamento del programma. In alcuni casi (tumore della prostata e del retto) il C.F. si limita a sensibilizzare la popolazione e a indirizzare gli utenti verso i presidi competenti.

Stabilita la popolazione da coinvolgere, le singole persone dovrebbero essere invitate al consultorio in date stabilite, senza creare file inutili, fornendo le risposte in tempi ragionevoli e assistendo le persone (soprattutto indirizzandole opportunamente e favorire l'accesso senza lunghi tempi di attesa) quando si rende necessario l'intervento. La lista delle persone da invitare potrebbe essere presa dalle liste elettorali.

#### 4) Vaccinazioni

Obiettivo: aumentare il tasso di accettazione delle profilassi vaccinali di massa (polio, DT o DTP, morbillo, rosolia).

Il consultorio, in collegamento con i servizi responsabili dei programmi vaccinali potrebbe svolgere le indagini domiciliari nei casi in cui il bambino non sia stato portato alla seduta vaccinale. Il consultorio potrebbe svolgere indagini C.A.P. sulle vaccinazioni per verificare lo stato delle conoscenze, delle attitudini e dei comportamenti riguardo le vaccinazioni (con particolare riferimento alle controindicazioni), intervistando i genitori di bambini (o i futuri genitori). Il consultorio potrebbe partecipare ad organizzare campagne di educazione sanitaria sul tema delle vaccinazioni, aiutando gli insegnanti a far svolgere attività didattica nelle scuole. Il prodotto di tale attività potrebbe essere oggetto di mostre a cui invitare i genitori. Il consultorio potrebbe contribuire alla realizzazione delle campagne vaccinali soprattutto per quanto concerne la fase del supporto logistico, della registrazione e della sorveglianza attiva.

#### 5) Alimentazione

Obiettivo: Prevenzione dell'obesità infantile.

Il C.F. potrebbe aiutare gli/le insegnanti a organizzare l'attività didattica sull'alimentazione. Si potrebbe invitare gli scolari a ricostruire, mediante interviste, le abitudini alimentari dei genitori e dei nonni (o di parenti anziani) in diversi periodi della loro esistenza e organizzare quadri sinottici che comprendano anche le abitudini alimentari attuali degli scolari. Il prodotto di questo lavoro potrebbe essere discusso con esperti dell'alimentazione (in alternativa consultando opuscoli che forniscono i componenti e i valori nutritivi dei diversi alimenti). Le conclusioni di tali ricerche potrebbero essere discusse in riunioni con i genitori, con la partecipazione degli operatori del C.F.. Il C.F. potrebbe organizzare indagini C.A.P. sull'alimentazione, intervistando campioni rappresentativi delle famiglie con figli in età pediatrica. Sulla base di attività quali quelle sopra valutate il C.F. può organizzare campagne di informazione e di orientamento. Sarebbe auspicabile che i bambini sovrappeso venissero visitati dal pediatra consultoriale e i genitori assieme al bambino potrebbero essere assistiti per la correzione della dieta, da uno specialista.

Altri programmi su obiettivi prioritari possono riguardare:

1. VIOLENZA SUI MINORI

L'intervento potrebbe svilupparsi partendo dall'individuazione delle situazioni a rischio tramite indagini anche sull'evasione dell'obbligo vaccinale e dell'obbligo scolastico e rapportandosi con gli operatori dei nidi, asili e scuole materne.

2. VIOLENZA ALLE DONNE

L'intervento potrebbe configurarsi in termini preventivi primari anche come aiuto agli insegnanti per sviluppare a scuola una sensibilità precoce verso tutti i fenomeni di discriminazione sessuale.

3. INSTABILITA' DI COPPIA E FAMILIARE

L'intervento potrebbe partire dalla percezione, anche tramite la scuola, del disagio psico-fisico dell'infanzia e/o della persona che accede al servizio anche per altri motivi.

4. ANZIANI

L'intervento potrebbe articolarsi aiutando gli insegnanti a sviluppare attività didattiche nelle scuole sul recupero delle tradizioni popolari (alimentazione, medicina popolare, filastrocche, artigianato, ecc.) attraverso interviste agli anziani svolte dagli alunni, che poi provvederanno a tradurre le esperienze acquisite in ricerche, attività sociali, drammatizzazioni, ecc., anche attraverso l'ausilio di esperti e la collaborazione di associazioni culturali locali. Tali attività oltre ad avere lo scopo di ritessere legami tra le generazioni con il recupero della memoria storica delle comunità, darà modo di evidenziare situazioni di disagio psicofisico nella vita relazionale dell'anziano nell'ambito della famiglia e della comunità, su cui gli operatori dei consultori familiari potranno articolare interventi di recupero in collaborazione con le altre istituzioni sociali e sanitarie.

Regioni in cui si potrebbero sperimentare i programmi proposti, individuando forme di coordinamento e di valutazione adeguate, sono:

Puglia, Sicilia, Campania, Abruzzo, Emilia Romagna, Veneto (Consultori istituiti dallo Stato);

Lazio, Marche, Liguria (Consultori non istituiti dallo Stato);

In queste regioni andrebbero individuate USL rurali, semiurbane e urbane.

Alle regioni che accettassero di procedere alla sperimentazione si potrebbe erogare un finanziamento ad hoc.

Introduzione esplicativa del documento: "Considerazioni sui Consultori Familiari e ipotesi per la loro riqualificazione".

Il documento sostiene un modello di consultorio con finalita' essenzialmente sociali di sostegno e di aiuto alla famiglia, per tutti i suoi problemi e verso tutti i suoi componenti.

La struttura operativa che ne deriva comprende una componente costituita da personale preparato in campo psico-sociale e si completa con una componente sanitaria, distinta in ostetrica ginecologica e pediatrica, che operano in sinergismo secondo un orientamento particolare che punta alla prevenzione da raggiungere, non solo attraverso la lotta ai fattori di rischio derivanti dall'ambiente biologico e fisico, ma integrando questi nei fattori di rischio sociale che tanto frequentemente si intrecciano con i primi come cause, concause e conseguenze.

Il Consultorio Familiare e' un Servizio Socio-Sanitario. Secondo l'espressione della legge costitutiva n. 405/75, esso si caratterizza per essere "il servizio di assistenza alla famiglia che ha come scopi:

- a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternita' e alla paternita' responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;

- b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalita' liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrita' fisica dell'utente;
- c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso".

Un servizio che si rivolge non solo al singolo individuo ma agli individui come persone relazionate all'interno di una coppia, di un nucleo familiare e di un gruppo sociale piu' ampio, nelle loro espressioni psicologiche, affettive, sessuali e procreative.

Il Consultorio Familiare e' nato come servizio di base per recepire e rispondere alle problematiche, e intervenire nelle circostanze, tipiche dei gruppi familiari, soprattutto in rapporto allo stato concreto dei loro bisogni e per fornire eguali possibilita' a tutti nella tutela della salute psicofisica e del benessere relazionale.

La specificita' del Consultorio Familiare, rispetto ad altri presidi dei servizi sociali e sanitari piu' specialistici, e' quella di essere una struttura operativa di base in contatto con il tessuto sociale e con i suoi bisogni primari colti nella loro

quotidianita' e normalita', oltre che nelle inevitabili disfunzioni e patologie. A differenza di altri servizi piu' specialistici il Consultorio opera con una "presa in carico" dei problemi, non aspettando che essi si manifestino ma prevenendoli attraverso la conoscenza dei bisogni effettivi della comunita' e interpretando le domande delle persone e accompagnando queste nell'impostazione e nella risoluzione dei problemi, mettendole in contatto con altri servizi, svolgendo un ruolo di raccordo e accompagnamento.

La funzione sociale del Consultorio si esplica quindi non tanto come erogazione di assistenza (tipo segretariato sociale) ma nell'attenzione attiva e preventiva verso i problemi della popolazione specifica servita da ogni Consultorio; nell'attenzione agli utenti come persone complete e complesse; nella disposizione degli operatori ad interventi duttili ed integrati, nella compresenza operativa di competenze diverse; nel lavoro di equipe guidato da una lettura dei problemi di tipo piu' relazionale-sistemico che non lineare-causale.

Ugualmente la funzione sanitaria del Consultorio si esplica non tanto come erogazione di prestazioni mediche (fruibili anche presso altri servizi), secondo un modello ambulatoriale, ma nella vigilanza, nella sensibilizzazione e nell'intervento sui fenomeni disfunzionali in termini di salute della popolazione, particolarmente dei gruppi sociali piu' a rischio, come i minori, le famiglie deboli ecc.

Il documento proposto per la riqualificazione dei consultori familiari assume tre criteri guida: il primo e' rappresentato dalla considerazione che l'attivita' consultoriale si inserisce nel quadro generale della prevenzione. Si tratta di un ambito in cui, anche quando la materia e' squisitamente sanitaria, l'approccio metodologico e la stessa realizzazione non possono prescindere da una valutazione accurata dei risvolti psico-sociali. Per esempio l'accettazione di una misura di prevenzione sanitaria ha implicazioni strettamente sociali. D'altronde la prevenzione non ha quasi mai come unico riferimento l'individuo ma l'intera collettivita' e comunque lo stesso individuo viene operativamente considerato nel contesto comunitario.

Dalle considerazioni suesposte discende il secondo criterio guida: se per prevenzione si intende l'offerta di una opportunita' per salvaguardare lo stato di benessere psicofisico e relazionale delle persone, delle coppie e delle famiglie, e' evidente che questa opportunita' deve essere attivamente offerta e non semplicemente raccomandata a tutti quelli che sono a rischio di veder compromesso il loro stato di benessere. E' quasi superfluo sottolineare che quando la prevenzione viene semplicemente raccomandata, sono proprio le realta' socialmente deboli a non richiederla spontaneamente. Se la prevenzione viene attivamente offerta anche queste aree di popolazione vengono raggiunte, stabilendo un preziosissimo contatto. E' infatti frequente trovare presente in ogni singola unita' familiare

di queste aree piu' di un problema per il quale il Consultorio Familiare puo' offrire il proprio intervento.

D'altronde, e si arriva al terzo criterio, e' necessario operare di volta in volta una selezione delle possibili problematiche di pertinenza del consultorio, secondo valutazioni di prioritá che sono di competenza degli organi superiori. La individuazione di obiettivi di intervento e' la condizione necessaria per poter formulare un programma, perche' dipende dal risultato che si vuole raggiungere la quantita' e la qualita' di risorse necessarie, le risorse essendo, ben inteso, non solo quelle umane ed economiche, ma, soprattutto nel caso del Consultorio Familiare, anche quelle rappresentate dalla facilita' di interazione con i servizi e le istituzioni sociali e sanitarie presenti nella comunita'. Se e' responsabilita' dell'autorita' competente selezionare gli obiettivi, questa deve anche assumersi la responsabilita' di verificare l'esistenza di tutte le risorse necessarie, o di garantirle.

Il documento allegato e' auspicabile che venga proposto a tutte le Regioni come linea guida per la riqualificazione delle attivita' consultoriali.

Ci si aspetta che gli assessorati competenti provvedano a svolgere un censimento aggiornato e realistico dello stato dei consultori soprattutto per quanto concerne le risorse umane e strutturali. Conseguentemente si dovrebbe prevedere una diffusione informativa del documento e successive riunioni operative con i competenti responsabili delle USL e

con gli stessi operatori dei consultori familiari, eventualmente per aggregati territoriali (per es. Provincie).

In tali riunioni si dovrebbe avviare la discussione per la riqualificazione dei servizi, in stretto rapporto con la individuazione delle priorit  di intervento a cui far seguire una prima formulazione di programmi.

Dopo questa fase, la Regione dovrebbe far proprie le ipotesi di riqualificazione e i programmi, disponendo conseguentemente delle risorse necessarie. Questa attivita' potra' essere svolta piu' proficuamente se verranno individuati ai diversi livelli responsabili di coordinamento (regioni, USL) e di esecuzione (C.F.), come previsto nel documento.

In stretta connessione con i programmi scelti si dovrebbero prevedere corsi di aggiornamento finalizzati alla traduzione operativa dei programmi individuati, cosi' come espresso nel documento allegato (pag. 11 par. 4). Si sottolinea la necessita' che in questa fase i corsi non siano di tipo accademico e solo contenutistico ma, viceversa, secondo lo schema dell'atelier pedagogico OMS, siano finalizzati alla produzione di programmi operativi di intervento, con l'apporto e la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti, di programmi in cui siano fissati gli obiettivi, i tempi, i compiti e le risorse.

Gli stessi animatori, eventualmente necessari per la gestione dei corsi, potrebbero essere esposti a specifici atelier pedagogici a livello nazionale.

Per quanto concerne la necessita' di procedere ad una fase controllata di sperimentazione, anche in vista della creazione di nuovi consultori secondo l'organigramma previsto nel documento, si ritiene utile identificare uno staff minimo di responsabili che coordini operativamente il programma di sperimentazione.

In particolare si propone che nelle regioni sedi di sperimentazione questa riguardi sia i consultori di nuova istituzione, sia un campione rappresentativo di quelli esistenti, e che nelle stesse regioni quanto precedentemente esposto trovi una completa realizzazione.

Tutte le considerazioni sopra esposte partono dalla constatazione della crisi dell'istituto consultoriale che tutti ammettono e che obbliga ad una revisione programmatica dell'attivita' consultoriale secondo le finalita' che vengono di seguito delineate e che dovranno essere attuate con una fase di sperimentazione di durata triennale. Detta fase dovra' essere praticata sia presso i consultori pubblici sia presso i consultori non istituiti dallo Stato, i quali attualmente costituiscono circa il 10% delle unita' consultoriali complessivamente operanti sul territorio nazionale.

E' nella stessa proporzione che dovrebbe essere effettuata la sperimentazione e, quindi, anche la attribuzione delle relative risorse (10%) e cio' al fine di comparare nel triennio i modelli di attivita' e selezionare quelli ritenuti migliori, il che puo' avvenire solo confrontando realta' diverse: sia pubbliche tra di loro, sia queste in confronto a quelle non istituite dallo Stato.

