

RELAZIONE
SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE
NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ
E SULLA INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA
(Anno 1997)

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella relazione al Parlamento sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) relativa ai dati definitivi 1994 e preliminari 1995 avevo manifestato l'esigenza, al di là del riferimento annuale, di un riesame organico dell'intero periodo che decorre dalla approvazione della legge che disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza.

Nel corso del 1997 l'ISTAT ha pubblicato il volume monografico "L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia" della collana "Argomenti dell'ISTAT", curato da ricercatori dell'ISTAT in collaborazione con ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità, che presenta una valutazione dell'evoluzione dell'abortività volontaria dal 1978, anno di approvazione della legge n.194, al 1995. In questa monografia l'evoluzione nelle Regioni viene studiata facendo riferimento ai tassi di abortività per Regione di residenza della donna e non per Regione di intervento ed un ampio capitolo è dedicato alla migrazione sanitaria, condizionata dalla disponibilità dei servizi nella zona di residenza della donna.

E' stato poi possibile calcolare la variazione dei tassi di abortività per stato civile, titolo di studio e condizione professionale dal 1981 al 1991, utilizzando i dati di popolazione disponibili per quegli anni censuali.

Allo scopo di offrire maggiori stimoli alla riflessione, a completamento ed approfondimento dell'analisi dei fattori correlati all'interruzione volontaria di gravidanza, nella presente relazione, che riporta i dati definitivi sull'interruzione volontaria di gravidanza per l'anno 1996 e preliminari per l'anno 1997, vengono quindi riportate alcune valutazioni estratte dalla suddetta monografia. Rispetto alle relazioni annuali presentate al Parlamento si osservano talvolta differenze nei dati dovute soprattutto al far riferimento alla Regione di residenza e non di intervento, tuttavia le conclusioni riportate confermano quanto già segnalato nelle relazioni presentate negli anni dai Ministri della Sanità.

Per il 1997, sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG è pari a 139607 interventi, con un decremento dello 0.6% rispetto al 1996.

Il tasso di abortività (N. IVG/1000 donne in età feconda 15-49 anni) è risultato pari a 9.8 senza variazione rispetto al 1996.

Il rapporto di abortività (N. IVG/1000 nati vivi) è risultato pari a 264.0, con una riduzione dell'1.2% rispetto al valore del 1996.

Si sottolinea che il tasso di abortività, come peraltro raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

Per il 1996 sono disponibili tutti i dati analitici definitivi. Sono state notificate 140398 IVG. Confrontato al dato del 1995 si osserva un leggero incremento (0.6%). Rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234801 casi) la riduzione è pari al 40.2%.

Il tasso di abortività nel 1996 è risultato 9.8, con un incremento dell'1.0% rispetto al 1995; la riduzione rispetto al 1982 (17.2 per mille donne 15-49 anni) è pari al 43.0%.

Il rapporto di abortività è risultato 267.1, con una riduzione dello 0.2% rispetto al 1995 e del 29.7% rispetto al valore osservato nel 1982 (380.2 per 1000 nati vivi).

Nella valutazione generale dell'andamento dell'IVG si deve tener conto del contributo sempre più consistente, all'incidenza del fenomeno, da parte di donne di nazionalità estera.

C'è infatti da segnalare che nel 1996, sul totale delle IVG, 9852 sono state effettuate da donne cittadine straniere (questo valore era pari a 8802 nel 1995) e di queste 2225 da donne residenti all'estero. Queste ultime IVG, pur mostrando un andamento di aumento costante, rappresentano sempre meno del 2% del totale delle IVG effettuate.

Si tratta in ogni caso di IVG di donne generalmente domiciliate nel nostro Paese e solo marginalmente rappresentano l'espressione di un fenomeno migratorio per l'espletamento dell'intervento.

Le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto, evidenziate per il 1996, seguono una evoluzione lenta determinata dalle differenti velocità di riduzione dei tassi di abortività specifici per le varie condizioni (età, parità, stato civile, istruzione).

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 la maggiore istruzione e l'essere in una condizione professionale sono fattori associati alla maggiore riduzione del ricorso all'aborto.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e quelli sull'efficienza dei servizi, se confrontati con i dati degli anni precedenti, hanno subito solo leggeri mutamenti. Emerge però, da un confronto con gli anni precedenti, una tendenza verso metodiche meno invasive (Isterosuzione - Karman) e durata della degenza minori.

Ciò si traduce soprattutto in rischi minori di complicanze per la salute della donna. C'è 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, indicando ciò una reale difficoltà della donna a farvi ricorso, sia per la non adeguata integrazione tra questo servizio e quelli presso cui viene effettuata l'IVG, sia, soprattutto al Sud, per la scarsa presenza del servizio sul territorio, per l'incompletezza della equipe consultoriale, per il limitato numero di ore delle figure professionali che dovrebbero occuparsi di questo problema o per la indisponibilità a rilasciare la certificazione.

Nel 1996 l'obiezione di coscienza risulta superiore al 50% per gli anestesisti ed al 60% per i ginecologi.

La serie storica dei dati rilevati nel tempo dimostra, ormai da molto tempo, che il fenomeno, dopo un suo massimo osservato a distanza di pochi anni dall'approvazione della legge, è andato riducendosi costantemente, anno dopo anno, e che questo andamento è sicuramente legato ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile onde evitare il ricorso dell'aborto. L'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza dell'IVG potrebbe essere la risultante di una ulteriore riduzione di incidenza nelle donne italiane e di un aumento del contributo da parte delle donne di nazionalità estera.

Anche l'andamento dell'aborto ripetuto, in diminuzione da molti anni e di valore inferiore a quanto aspettato nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità, indica un incremento dell'uso dei metodi per la procreazione responsabile.

Sulla base di queste conoscenze si avverte la possibilità che 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 donne che hanno recentemente partorito, alle coppie che si sposano, alle/agli adolescenti nelle scuole, alle donne che hanno già abortito.

Questi interventi, che andrebbero effettuati attraverso una offerta attiva di informazione ed educazione perché la sessualità venga vissuta con consapevolezza, si ritiene potrebbero produrre ulteriori riduzioni del fenomeno, anche per quanto concerne l'aborto clandestino.

Il ruolo centrale dovrebbe essere giocato dai consultori familiari, opportunamente potenziati e riqualificati.

A questo proposito è essenziale che il consultorio familiare valorizzi maggiormente l'attività di prevenzione ed è altrettanto importante superare la condizione di marginalizzazione e separazione del servizio consultoriale dal resto dei servizi socio-sanitari che operativamente sono impegnati nell'area della salute riproduttiva e dell'età evolutiva.

Si impone quindi la necessità di potenziare e riqualificare l'attività consultoriale al fine di sviluppare programmi di prevenzione a livello di popolazione.

La necessità dell'organizzazione dipartimentale dei servizi, da intendere come organizzazione strutturale e funzionale di servizi e attività omogenee, si va sempre più consolidando.

A tale proposito, con D.M. 19/9/1997 è stata istituita presso il Ministero della Sanità la "Commissione di esperti con il compito di predisporre Linee Guida sulla istituzione e funzionamento del Dipartimento materno infantile" con l'obiettivo di realizzare un coordinamento funzionale per perseguire obiettivi strategici e scelte operative finalizzate al miglioramento della qualità delle azioni di prevenzione, cura e riabilitazione in questo settore.

La stessa Commissione ha elaborato il Progetto Obiettivo materno-infantile previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che vede, come argomenti prioritari la riqualificazione qualitativa dei consultori familiari, l'assistenza perinatale e pediatrica ospedaliera, la salute della donna in tutte le fasi della vita, la tutela dell'unità madre neonato all'interno del percorso nascita, la tutela della salute del minore fino al raggiungimento dell'età adulta.

Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività, anche attraverso programmi di formazione permanente, restano esigenze inderogabili.

A fronte di queste considerazioni, i consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo quanto riferito dalle Regioni) sono risultati, nel 1996, 2329 (1.6 per 10000 donne di età 15-49 anni) e 175 privati. Rispetto ai dati del 1995 si registra una riduzione di 59 unità. Tale riduzione si osserva soprattutto in Veneto, Emilia Romagna, Umbria e Abruzzi.

Questa riduzione è prevalentemente legata alla creazione o riorganizzazione dei distretti, presso i quali sono stati accentrati i consultori familiari e sono state quindi eliminate le sedi distaccate, che prima, impropriamente, inflazionavano il numero dei consultori (tuttavia, anche i dati del 1996 risultano comprensivi, in alcune Regioni, delle sedi distaccate).

Ciò sembrerebbe indicare una diminuzione di attenzione ed un disinvestimento verso l'attività consultoriale, in contrasto con quanto già espresso nel precedente Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96 (D.P.R. 1/3/1994) che considerava tra le priorità la tutela della salute materno-infantile ed aveva previsto il potenziamento e la riqualificazione dei consultori familiari.

Oltre a questo, il decreto legge 1 dicembre 1995 n.506, convertito dalla legge 31 gennaio 1996 n. 34 recante "Disposizioni urgenti in materia di strutture e spese del Servizio Sanitario Nazionale", dispone all'art.3 che il CIPE revochi i finanziamenti relativi al I triennio del programma ex art.20 della legge 67/88 non assegnati alle Regioni, "ferma restando la riallocazione degli stessi finanziamenti nell'ambito del piano pluriennale di investimenti di cui al medesimo art.20". Inoltre, riserva una quota di 200 miliardi da destinare alla costruzione, ristrutturazione o attivazione dei consultori familiari con uno standard di 1 ogni 20000 abitanti e all'attivazione e sostegno di strutture che applicano le tecnologie previste dall'OMS per la preparazione e l'assistenza al parto, al fine di assicurare, in ogni distretto, le attività e gli obiettivi di sostegno alla famiglia ed alla coppia, di promozione e tutela della procreazione responsabile, di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza, nonché delle finalità previste dal progetto obiettivo materno-infantile del piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali.

Il riparto di tali fondi è stato effettuato con delibera CIPE del 6 maggio 1998, in corso di registrazione alla Corte dei Conti, sulla base dei progetti presentati dalle Regioni, sentita la Conferenza Stato Regioni.

REGIONI	QUOTE IN CONTO CAPITALE
ABRUZZO	21 533 364 331
BASILICATA	12 552 251 468
CALABRIA	7 884 506 799
CAMPANIA	31 975 297 383
LAZIO	15 786 789 866
LIGURIA	6 994 596 303
LOMBARDIA	46 182 373 553
MOLISE	1 881 546 405
TOSCANA	16 037 610 094
UMBRIA	3 079 660 798
VALLE D'AOSTA	
TOTALE	165 906 000 000

La citata legge prevede inoltre risorse di parte corrente da reperire con autorizzazione di spesa di £. 60 miliardi per ciascuno degli anni 1996 e 1997 a valere sul capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro all'uopo utilizzando l'accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'attivazione e la gestione dei nuovi consultori.

Le Regioni hanno presentato proposte per 38 619 463 000 lire .

REGIONI	QUOTE IN CONTO CORRENTE
ABRUZZO	4 248 000 000
BASILICATA	2 400 000 000
CALABRIA	
CAMPANIA	12 000 000 000
LAZIO	
LIGURIA	1 800 000 000
LOMBARDIA	5 217 000 000
MOLISE	1 093 000 000
TOSCANA	11 153 000 000
UMBRIA	485 463 000
VALLE D'AOSTA	223 000 000
TOTALE	38 619 463 000

La proposta di riparto dei fondi in conto corrente sarà presentata quanto prima alla Conferenza per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

(Rosy Bindi)

DATI PRELIMINARI ANNO 1997

Per l'anno 1997 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Sono state notificate 139607 IVG (Tab. A), con una riduzione dello 0.6% rispetto al 1996 (140398 IVG), e del 40.5% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività è risultato pari a 9.8 per 1000 donne di età 15-49 anni, senza variazione rispetto al 1996 (Tab. B), e con una riduzione del 43.0% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato, utilizzando i dati provvisori dei nati vivi nell'anno 1997 forniti dall'ISTAT.

Il dato stimato per il 1997 è di 528901 nati vivi. Pertanto, il rapporto di abortività è risultato pari a 264.0 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento dell'1.2 % rispetto al 1996 (Tab. C), e del 30.6% rispetto al 1982.

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

TAB. A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 1997
Valori assoluti: dati 1997 e confronti con il 1996

REGIONE	TRIMESTRE				TOTALE 1997	TOTALE 1996	VAR %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETT.	14824	14900	13997	13835	57556	57143	+ 0.7
PIEMONTE	3030	2967	2714	2525	11236	11339	- 0.9
V. D'AOSTA	63	84	60	65	272	282	- 3.5
LOMBARDIA	5424	5473	5104	5256	21257	20761	+ 2.4
BOLZANO	150	126	129	121	526	505	+ 4.2
TRENTO	286	276	281	260	1103	1034	+ 6.7
VENETO	1480	1552	1472	1499	6003	5933	+ 1.2
FRIULI V.G.	577	590	558	525	2250	2280	- 1.3
LIGURIA	998	1020	1015	942	3975	4060	- 2.1
EMILIA ROM.	2816	2812	2664	2642	10934	10949	- 0.1
ITALIA CEN.	7577	7531	7129	7051	29288	29648	- 1.2
TOSCANA	2348	2302	2165	2216	9031	9276	- 2.6
UMBRIA	679	671	635	562	2547	2640	- 3.5
MARCHE	730	697	604	630	2661	2584	+ 3.0
LAZIO	3820	3861	3725	3643	15049	15148	- 0.7
ITALIA MER.	10732	10323	9222	9042	39319	40380	- 2.6
ABRUZZO	756	791	718	718	2983	2924	+ 2.0
MOLISE	295	272	300	233	1100	1091	+ 0.8
CAMPANIA	3716	3549	3038	3257	13560	13978	- 3.0
PUGLIA	4617	4245	3907	3599	16368	17222	- 5.0
BASILICATA	192	234	196	222	844	775	+ 8.9
CALABRIA	1156	1232	1063	1013	4464	4390	+ 1.7
ITALIA INS.	3502	3593	3334	3015	13444	13227	+ 1.6
SICILIA	2718	2846	2599	2381	10544	10150	+ 3.9
SARDEGNA	784	747	735	634	2900	3077	- 5.8
ITALIA	36635	36347	33682	32943	139607	140398	- 0.6

TAB. B

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1997
Tassi di abortività: dati 1997 e confronti con il 1996

REGIONE	TASSI '97	TASSI '96	VAR. %
ITALIA SETT.	9.3	9.1	+ 2.2
PIEMONTE	11.0	11.0	0
V. D'AOSTA	9.5	9.8	- 3.1
LOMBARDIA	9.5	9.2	+ 3.3
BOLZANO	4.7	4.5	+ 4.4
TRENTO	9.8	9.1	+ 7.7
VENETO	5.4	5.3	+ 1.9
FRJULI V.G.	8.0	8.0	0
LIGURIA	10.8	10.8	0
EMILIA ROM.	11.9	11.7	+ 1.7
ITALIA CEN.	10.9	10.9	0
TOSCANA	10.9	11.0	- 0.9
UMBRIA	13.3	13.6	- 2.2
MARCHE	7.8	7.5	+ 4.0
LAZIO	11.3	11.3	0
ITALIA MER.	10.7	11.0	- 2.7
ABRUZZI	9.6	9.4	+ 2.1
MOLISE	13.8	13.7	+ 0.7
CAMPANIA	8.9	9.2	- 3.3
PUGLIA	15.2	16.0	- 5.0
BASILICATA	5.5	5.1	+ 7.8
CALABRIA	8.5	8.4	+ 1.2
ITALIA INS.	7.7	7.6	+ 1.3
SICILIA	8.1	7.8	+ 3.8
SARDEGNA	6.5	6.9	- 5.8
ITALIA	9.8	9.8	0

TAB. C

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1997
Rapporti di abortività: dati 1997 e confronti con il 1996

REGIONE	RAPPORTO '97	RAPPORTO '96	VAR. %
ITALIA SET.	266.8	271.8	- 1.8
PIEMONTE	337.8	348.3	- 3.0
V. D'AOSTA	285.1	264.0	+ 8.0
LOMBARDIA	261.2	266.2	- 1.9
BOLZANO	97.0	93.6	+ 3.6
TRENTO	237.6	223.5	+ 6.3
VENETO	150.8	152.1	- 0.9
FRIULI V. G.	243.5	250.2	- 2.7
LIGURIA	361.2	368.4	- 2.0
EMILIA ROM.	364.0	372.0	- 2.2
ITALIA CEN.	321.9	326.5	- 1.4
TOSCANA	341.0	360.3	- 5.4
UMBRIA	384.1	399.9	- 4.0
MARCHE	222.4	222.3	0
LAZIO	327.8	323.5	+ 1.3
ITALIA MER.	258.1	262.1	- 1.5
ABRUZZI	283.4	270.5	+ 4.8
MOLISE	384.3	386.6	- 0.6
CAMPANIA	191.4	196.6	- 2.6
PUGLIA	378.1	391.7	- 3.5
BASILICATA	159.2	147.4	+ 8.0
CALABRIA	228.5	218.7	+ 4.5
ITALIA INS.	192.6	187.4	+ 2.8
SICILIA	188.4	179.1	+ 5.2
SARDEGNA	209.5	220.8	- 5.1
ITALIA	264.0	267.1	- 1.2

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 19961. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO

Per il 1996 sono disponibili i dati analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 140398 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.8 ed un rapporto di abortività pari a 267.1. Questi dati confermano la diminuzione del fenomeno a partire dal 1983 ed una attuale fase di stabilizzazione (figura 1).

Al fine di offrire un confronto rapido ed agevole sull'andamento dell'IVG, la tabella 50 riporta i valori assoluti, e le tabelle 51 e 52 forniscono l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione dal 1982. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 1996.

1.1 Valori assoluti

Nel 1996 sono state notificate 140398 IVG (Tab.1), con un incremento dello 0.6% rispetto al 1995.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 1996, è il seguente:

N° IVG PER AREA GEOGRAFICA, 1983-96

	1983	1987	1991	1995	1996	VARIAZIONE %	
						95-96	83-96
NORD	105430	81136	67619	56186	57143	1.7	- 45.8
CENTRO	52423	41417	34178	29182	29648	1.6	- 43.4
SUD	57441	51722	44353	41466	40380	- 2.6	- 29.7
ISOLE	18682	17194	14344	12715	13227	4.0	- 29.2
ITALIA	233976	191469	160494	139549	140398	0.6	- 40.0

In quasi tutte le Regioni si nota la tendenza ad un piccolo incremento mentre un piccolo decremento può osservarsi nelle Regioni del Sud (Tab.4). Per aree geografiche (Tab.3) si riscontra: nell'Italia Settentrionale 57153 IVG con un incremento dell'1.7% rispetto al 1995, nell'Italia Centrale 29648 IVG con un incremento dello 1.6%, nell'Italia Meridionale 40380 IVG con un decremento del 2.6% e nell'Italia Insulare si sono avute 13227 IVG con un incremento del 4.0%.

Per la valutazione del fenomeno nella sua interezza va considerata la quota di aborto clandestino.

Come già riportato nelle precedenti relazioni è stata effettuata per l'anno 1983 una stima dell'incidenza degli aborti clandestini per Regione (Rapporto ISTISAN 85/5), utilizzando tre diversi modelli matematici che, l'uno in modo indipendente dall'altro, hanno fornito tre dati sovrapponibili, il che è indicativo della ragionevolezza delle stime.