



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

SERVIZIO STRUTTURE, TECNOLOGIE
E SISTEMI INFORMATIVI

IL RESPONSABILE
FABIO ROMBINI

TIPO ANNO NUMERO
REG.
DEL

Ai Direttori Sistemi informativi-informatici
Ai Referenti della Rilevazione IVG e Aborto Spontaneo
Ai Direttori delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia
delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

Ai Direttori Sanitari
Ai Referenti della Rilevazione IVG e Aborto Spontaneo
delle Case di Cura private

Indirizzi pec

Oggetto: Rilevazione statistica dei casi di interruzione di gravidanza - Anno 2018: modifica della variabile Stato civile.

Al fine di contemplare anche la casistica relativa all'unione civile, l'ISTAT ha inserito delle nuove modalità per la variabile "Stato civile" nelle schede di rilevazione statistica dei casi di aborto spontaneo e interruzione volontaria di gravidanza.

Per soddisfare il nuovo adempimento, si allegano le schede di rilevazione regionali aggiornate, da utilizzare a partire dal 1/1/2018; sarà modificato analogamente anche l'applicativo web di rilevazione dati.

Per informazioni e/o chiarimenti è possibile contattare:

- Simonetta Simoni, tel. 051.527.7417, mail: flusso.ig@regione.emilia-romagna.it
- Camilla Lupi, tel. 051.527.7037, mail: flusso.ig@regione.emilia-romagna.it

Distinti saluti.

Fabio Rombini
(firmato digitalmente)

All.ti c.s.i.: Schede di rilevazione aborto spontaneo e Interruzione di Gravidanza 2018.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7576/7435

PEC: segrsst@postacert.regione.emilia-romagna.it
e-mail: segrsst@regione.emilia-romagna.it
www.regione-emilia-romagna.it

RILEVAZIONE STATISTICA DEI CASI DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

ISTITUTO DI CURA cod. 080|_|_|_|_|

AZ. SANITARIA cod. |_|_|_|

NUMERO DI RIFERIMENTO

QUADRO A - DATI SULLA GESTANTE E SULLA GRAVIDANZA

1. DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO	7. CONDIZIONE PROFESSIONALE / NON PROFESSIONALE
2. LUOGO DI NASCITA Comune o Stato estero Cod. _ _ _ _ _	7.1 Occupata C Disoccupata C In cerca di prima occupazione C Casalinga C Studentessa C Altra condizione (inabile, ritirata dal lavoro,) .. C
3. LUOGO DI RESIDENZA Comune o Stato estero Cod. _ _ _ _ _ Se in Emilia-Romagna, indicare l'AUSL (Cod.)..... _ _	Se occupata (rispondere ai quesiti 7.2 e 7.3)
4. CITTADINANZA Italiana sì C • no C Se straniera, specificare: Cod. _ _ _	7.2 Posizione nella professione Imprenditrice o libera professionista C Altra lavoratrice autonoma..... C Lavoratrice dipendente: Dirigente o direttivo C Lavoratrice dipendente: Impiegata C Lavoratrice dipendente: Operaia C Altra lavoratrice dipendente C (apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa,...)
5. STATO CIVILE Nubile C Unita civilmente C Coniugata C Già in unione civile (per Vedova C decesso del partner) C Separata C Già in unione civile (per Divorziata C scioglimento unione) C	7.3 Ramo di attività economica Agricoltura, caccia e pesca C Industria, costruzioni..... C Commercio, pubblici servizi, alberghi C Pubbl. amministr., istruzione, sanità, serv. sociali ... C Altri servizi privati C
6. TITOLO DI STUDIO Nessun titolo o Licenza di scuola elementare C Licenza di scuola media inferiore C Diploma e maturità di scuola media superiore C Laurea o altro titolo universitario C	
8. GRAVIDANZE PRECEDENTI N° nati vivi _ _ N° nati morti ^(a) _ _ N° aborti spontanei ^(b) _ _ N° interruzioni volontarie (legge 194/1978) _ _	9. ETA' GESTAZIONALE AL MOMENTO DELL'INTERUZIONE Settimane compiute di amenorrea ^(c) _ _
	10. PRESENZA MALFORMAZIONI FETALI: sì C no C non noto C

QUADRO B - DATI SULL'INTERUZIONE DELLA GRAVIDANZA

11. DATA DI EMISSIONE DEL CERTIFICATO: _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO	13. URGENZA Urgente C Non urgente..... C
12. CERTIFICAZIONE RILASCIATA DA Consultorio familiare pubblico C Medico di fiducia C Servizio ostetrico-ginecologico di Istituto di cura C Altra struttura socio-sanitaria C Mancante per imminente pericolo per la vita della donna.. C	14. IN CASO DI INTERRUZIONE DOPO I 90 GG ^(c), SPECIFICARE SE PER: Pericolo per la vita della donna C Pericolo per la salute della donna..... C

15. ASSENSO PER LA MINORE Dei genitori C Del Giudice tutelare..... C Mancante per urgenza C Mancante per interruzione dopo i 90 giorni... C	20. REGIME DI RICOVERO Ordinario C • N° giorni _ _ Day hospital C • N° accessi _ _
16. DATA DELL'INTERRUZIONE _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO <i>(in caso di metodo farmacologico inserire la data di assunzione del 1° farmaco)</i>	21. COMPLICAZIONI <i>(se più di una, indicare la più grave)</i> Nessuna C Emorragia C Infezione C Decesso C Perforazione C Lacerazione del collo C Altra ^(e) C
17. LUOGO DOVE SI E' VERIFICATA L'INTERRUZIONE <i>(in caso di metodo farmacologico indicare il luogo di assunzione del farmaco)</i> Istituto di cura pubblico C Casa di cura privata..... C Ambulatorio pubblico..... C Ambulatorio privato..... C Altro C	22. FARMACI SOMMINISTRATI (solo se metodo farmacologico) Solo mifepristone C Mifepristone + prostaglandina C Solo prostaglandina C
18. TIPO DI INTERVENTO/TRATTAMENTO UTILIZZATO ^(d) <i>(una sola risposta)</i> Raschiamento C Metodo Karman C Altre forme di isterosuzione..... C Metodo farmacologico (età gestaz. •49 gg).. C Metodo farmacologico (età gestaz. >90 gg).. C Altro C <i>In caso di Metodo farmacologico rispondere al quesito 22; se metodo farmacologico a •49 gg rispondere anche al quesito 23.</i>	23. EFFETTUAZIONE CONTROLLO IN 14ª GIORNATA ^(f) (solo se metodo farmacologico ad età gestaz. •49 gg) Presso la stessa struttura di effettuazione dell'IVG ... C Presso un'altra struttura C La donna non si è presentata al controllo C
19. TERAPIA ANTALGICA <i>(una sola risposta)</i> Anestesia totale C Anestesia locale C Analgesia senza anestesia C Sedazione profonda C Altra C Nessuna C	24. ESITO ABORTO <i>(rispondere sia in caso di aborto farmacologico che chirurgico)</i> Aborto completo C Mancato/incompleto aborto seguito da revisione di cavità C Mancato aborto e proseguimento della gravidanza C Esito aborto non accertato C

IL MEDICO CURANTE
(firma leggibile)

DATA

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
O IL PRIMARIO

NOTE:

(a) *Nato morto*: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.

(b) *Aborto spontaneo*: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

(c) In caso di settimane compiute di amenorrea > 12, l'aborto si considera effettuato dopo i 90 giorni.

(d) In caso di metodo farmacologico seguito, per mancato o incompleto aborto, da intervento chirurgico, selezionare *Metodo farmacologico* e al quesito 24 selezionare la risposta *Mancato/incompleto aborto seguito da revisione di cavità*.

(e) Non utilizzare la voce *Altra* del quesito 21 (Complicazioni) per indicare il mancato o incompleto aborto; utilizzare le apposite voci del quesito 24 (Esito aborto).

(f) In base al Profilo di assistenza per la donna che richiede l'IVG farmacologica definito dalla Regione (nota dell'Assessore alle Politiche della Salute Prot. P.G. 2010/105279 del 15/04/2010), è previsto un controllo a 14 giorni dalla somministrazione del farmaco per verificare la completezza dell'aborto.

RILEVAZIONE STATISTICA DEI CASI DI ABORTO SPONTANEO

ISTITUTO DI CURA cod. 080|_|_|_|_|

AZ. SANITARIA cod. |_|_|_|

NUMERO DI RIFERIMENTO

QUADRO A - DATI SULLA GESTANTE E SULLA GRAVIDANZA

1. DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO	7. CONDIZIONE PROFESSIONALE / NON PROFESSIONALE
2. LUOGO DI NASCITA Comune o Stato estero Cod. _ _ _ _ _	7.1 Occupata C Disoccupata C In cerca di prima occupazione C Casalinga C Studentessa C Altra condizione (inabile, ritirata dal lavoro, ...) ... C
3. LUOGO DI RESIDENZA Comune o Stato estero Cod. _ _ _ _ _ Se in Emilia-Romagna, indicare l'AUSL (Cod.) _ _ _	<u>Se occupata</u> (rispondere ai quesiti 7.2 e 7.3)
4. CITTADINANZA Italianasì C • no C Se straniera, specificare: Cod. _ _ _	7.2 Posizione nella professione Imprenditrice o libera professionista C Altra lavoratrice autonoma..... C Lavoratrice dipendente: Dirigente o direttivo C Lavoratrice dipendente: Impiegata C Lavoratrice dipendente: Operaia C Altra lavoratrice dipendente C (apprendista, lavorante a domicilio per conto d'impresa,...)
5. STATO CIVILE Nubile C Unita civilmente C Coniugata C Già in unione civile (per Vedova C decesso del partner) C Separata C Già in unione civile (per Divorziata C scioglimento unione) C	7.3 Ramo di attività economica Agricoltura, caccia e pesca C Industria, costruzioni..... C Commercio, pubblici servizi, alberghi C Pubblica amministraz., istruzione, sanità, servizi sociali ... C Altri servizi privati C
6. TITOLO DI STUDIO Nessun titolo o Licenza di scuola elementare C Licenza di scuola media inferiore C Diploma e maturità di scuola media superiore C Laurea o altro titolo universitario C	9. CONCEPIMENTO CON TECNICA DI RIPRODUZIONE
8. GRAVIDANZE PRECEDENTI N° nati vivi _ _ N° nati morti ^(a) _ _ N° aborti spontanei ^(b) _ _ N° interruzioni volontarie (legge 194/1978) _ _	MEDICO-ASSISTITA ^(c) sì... C no... C <u>Se Sì</u> , specificare il metodo seguito:
10. ETA' GESTAZIONALE AL MOMENTO DELL'ABORTO Settimane compiute di amenorrea _ _	Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione C IUI (Intra Uterine Insemination) C GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) C FIVET (Fertilisation in Vitro and Embryo Transfer) C ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection) C Altro C

QUADRO B - DATI SULL'ABORTO SPONTANEO

11. DATA DELL'ABORTO _ _ _ _ _ _ _ _ GIORNO MESE ANNO	Ambulatorio pubblico ^(d) C Ambulatorio privato C Abitazione privata C Altro (specificare) C
12. LUOGO DOVE SI E' VERIFICATA L'ESPULSIONE DELL'EMBRIONE O DEL FETO Istituto di cura pubblico C Casa di cura privata..... C	

13. TIPO DI INTERVENTO <i>(una sola risposta)</i> Raschiamento C Metodo Karman C Altre forme di isterosuzione..... C Altro (specificare) C Nessuno C	15. REGIME DI RICOVERO Ordinario C • N° giorni _ _ Day hospital C • N° accessi _ _ Ambulatoriale (senza SDO) C
14. TERAPIA ANTALGICA <i>(una sola risposta)</i> Anestesia totale C Anestesia locale C Analgesia senza anestesia C Sedazione profonda C Altra (specificare) C Nessuna C	16. COMPLICAZIONI <i>(se più di una, indicare la più grave)</i> Nessuna C Emorragia C Infezione C Decesso C Perforazione C Lacerazione del collo C Altra (specificare) C
17. CAUSA DELL'ABORTO SPONTANEO CAUSE MATERNE <u>Traumi</u> Traumi fisici professionali C Altri traumi fisici C Traumi psichici C <u>Malattie extra genitali non connesse con la gravidanza</u> Sifilide e sue conseguenze (comprese localizzazioni genitali) C Influenza ed altre virosi..... C Altre malattie infettive e parassitarie C Diabete C Altre malattie delle ghiandole endocrine (escluso lo squilibrio ormonale ovaro-placentare) C Malattie del sangue e degli organi ematopoietici C Malattie del sistema circolatorio C Malattie dell'apparato respiratorio C Malattie dell'apparato digerente C Malattie dell'apparato urinario C Altre malattie extra genitali non connesse con la gravidanza.. C <u>Malattie a sede genitale</u> Anomalie di sviluppo e di forma dell'utero C Anomalie di posizione dell'utero C Squilibrio ormonale ovaro-placentare C	Lacerazioni e flogosi del collo C Insufficienza cervicale C Endometriti C Malattie infiammatorie degli annessi C Fibriomiomi uterini C Carcinomi a sede genitale C Altre malattie genitali C <u>Malattie connesse con la gravidanza</u> Incompatibilità Rh C Altre incompatibilità di gruppo sanguigno C Tossiemie della gravidanza C CAUSE OVULARI Anomalie genetiche C Placenta previa C Altre inserzioni anomale della placenta o s.a.i. C Altre anomalie della placenta C Gravidanza molare C Gravidanza multipla C Malformazione fetale C Polidramnios ed altre cause ovulari C CAUSE INDETERMINATE Morte endouterina dell'embrione e del feto..... C Altre cause non determinate C

IL MEDICO CURANTE
(firma leggibile)

DATA

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
O IL PRIMARIO

NOTE:

(a) *Nato morto*: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purché siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.

(b) *Aborto spontaneo*: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

- (c)
1. Trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione;
 2. IUI (Intra Uterine Insemination), ovvero metodica di procreazione medico-assistita consistente nel trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina;
 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer), ovvero metodica di procreazione medico-assistita consistente nel trasferimento di gameti (maschili e femminili) nelle tube di Falloppio generalmente per via laparoscopica;
 4. FIVET (Fertilitation in vitro and Embryo Transfer), ovvero metodica di procreazione medico-assistita che prevede la fecondazione in vitro ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero;
 5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection), ovvero metodica di procreazione medico-assistita che prevede la fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero.

(d) Per ambulatorio pubblico si intende anche ambulatorio ospedaliero o di pronto soccorso ostetrico ginecologico.