

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2005 ed i dati definitivi relativi all'anno 2004 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).

Sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, nel 2005 sono state notificate 129588 IVG, con un decremento del 6.2% rispetto al 2004 (138123 casi) e un decremento del 44.8% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234801 casi).

Il tasso di abortività (N. IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9.3 per 1000, con un decremento del 6.7% rispetto al 2004 (10.0 per 1000) e un decremento del 45.9% rispetto al 1982 (17.2 per 1000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1000 nati vivi) è risultato pari a 236.4 per 1000 con un decremento del 6.2% rispetto al 2004 (251.9 per 1000) e un decremento del 37.8% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG riportata nella presente relazione fa riferimento all'anno 2004 per il quale si dispone, come si è detto, dei dati analitici definitivi.

Nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, e nel 2004 tali interventi rappresentano il 27.2% del totale delle IVG, mentre, per esempio, nel 1998 tale percentuale era del 10.1%.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i non analizzati) il dato risulterebbe essere 130546 nel 1996, 124448 nel 1998, 113656 nel 2000, 106918 nel 2001, 104403 nel 2002, 99081 nel 2003 e 101392 nel 2004. Il lieve incremento del 2004 (+2.3%) non sembra essere l'inizio di una inversione di tendenza, alla luce dei dati provvisori del 2005. Comunque, la cautela è d'obbligo nell'interpretare il trend specifico per cittadinanza perché non è detto che la non rilevazione di tale caratteristica abbia lo stesso peso nei due casi (potrebbe essere maggiore in caso di cittadine straniere, soprattutto se non residenti) e non va trascurato il possibile contributo dovuto a cittadine straniere che hanno successivamente acquisito la cittadinanza italiana.

Il sempre maggiore contributo delle donne con cittadinanza estera impone una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica (che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità), diversi comportamenti riproduttivi e diversa utilizzazione dei servizi.

In particolare, va segnalato il loro maggior ricorso al consultorio familiare per la certificazione e il maggiore ritardo nell'ottenere l'IVG.

Per un maggiore approfondimento la relazione riporta al paragrafo 2.6 un cenno sui risultati di una indagine compiuta nel 2004 dall'ISS, in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP Lazio) e con istituti di cura pubblici di diverse regioni italiane, sul ricorso all'IVG da parte di cittadine immigrate.

Come negli scorsi anni, per garantire la tempestività, le tabelle e le analisi riguardano le interruzioni di gravidanza effettuate nelle cliniche convenzionate e negli istituti di cura pubblici

delle singole Regioni. I tassi di abortività della relazione vengono calcolati rapportando tali IVG alla popolazione femminile in età feconda residente nella Regione. Ciò non è accurato perché non tutte le donne che fanno ricorso all'IVG ottengono l'intervento nella regione di residenza, e l'eventuale emigrazione non è sempre bilanciata da altrettanta immigrazione. In alcuni casi si tratta di convenienza di confine, in altri di migrazione fittizia, come nel caso di donne domiciliate in altre Regioni per motivi di studio, in altri, infine, di indisponibilità di servizi nella propria zona di residenza. In quest'ultimo caso si deve tener presente che chi ha maggiore consapevolezza è in grado di cercare il servizio altrove anche fuori regione, chi vive in condizioni di maggiore deprivazione sociale ha una minore capacità a trovare soluzione ai problemi e può contribuire all'aborto clandestino che, pur essendosi ridotto a fenomeno residuale, persiste proprio nelle regioni, prevalentemente del Sud, dove maggiore è la carenza di servizi. Nelle precedenti relazioni sono riportate le ultime stime, ottenute con modello matematico, degli aborti clandestini, dell'ordine di 20000 unità, di cui il 90% è localizzato al Sud.

Attualmente è irrealistico effettuare ulteriori valutazioni di aborto clandestino perché l'errore sulla stima è dello stesso ordine di grandezza della stima stessa e per il contributo sempre più importante delle cittadine straniere che altera i parametri da inserire nel modello.

Il fenomeno migratorio si può desumere in prima approssimazione dalla tabella 29 in cui, utilizzando i dati provvisori dell'ISTAT relativi alle sole donne residenti in Italia (quindi escludendo le residenti all'estero), vengono messi a confronto i numeri assoluti di IVG effettuate negli istituti autorizzati in ogni singola Regione, riguardanti donne residenti nella Regione stessa e donne provenienti da altre Regioni, con quelli di IVG effettuate da donne residenti in ogni singola Regione ed effettuate nella Regione stessa o in altre Regioni. I tassi di abortività per Regione più corretti sono ottenuti con questi ultimi valori: IVG effettuate da donne residenti sul totale delle donne residenti, per mille. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto coincide con quello calcolato e utilizzato nella relazione. Dalla tabella risulta evidente che in alcune Regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Queste ultime sono quelle in cui si registrano maggiori difficoltà nell'applicazione della legge, con il conseguente flusso migratorio verso altre Regioni.

Nel 2005 in Italia alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza (tecnicamente si definisce aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), di ciò si renderà conto nella relazione del prossimo anno, sulla base dei rendiconti che verranno acquisiti, con la collaborazione delle Regioni, sulle esperienze realizzate.

In materia di interruzione volontaria di gravidanza l'OMS ha recentemente rilasciato linee guida (*Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. WHO, 2003) che, nel trattare tutti gli aspetti dell'IVG e delle possibilità di prevenzione, riporta le raccomandazioni relative all'aborto medico, alla luce della revisione sistematica della letteratura scientifica.

È opportuno rilevare che nei Paesi in cui da oltre un decennio viene impiegato l'aborto medico, in aggiunta al tradizionale metodo chirurgico, non si è avuto un maggior ricorso all'interruzione di gravidanza, come taluni hanno paventato. La qual cosa non desta meraviglia se si ha fiducia nel senso di responsabilità delle donne. Tale affidamento al senso di responsabilità delle donne è dovuto proprio alla luce di come si è sviluppata l'evoluzione del ricorso all'aborto in Italia. Anche al momento della legalizzazione si avanzava il timore che la legalizzazione stessa avrebbe "banalizzato" il ricorso all'aborto. Le donne hanno fornito una dimostrazione indiscutibile sul loro desiderio e sulla loro capacità di evitare gravidanze indesiderate con i metodi della procreazione responsabile, avendo potuto contare su informazioni e su servizi adeguati per lo sviluppo di consapevolezza e capacità concrete nella gestione della propria salute.

L'iniziativa dell'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge 194/78 da parte della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, ha permesso di confermare la validità della descrizione dell'evoluzione del fenomeno fornita costantemente dalle relazioni annuali che i ministri della sanità/salute hanno sistematicamente presentato al Parlamento dalla legalizzazione ad oggi.

Il sistema di sorveglianza dell'andamento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stato progettato e viene gestito dall'ISS, dal Ministero della Salute e dalle Regioni, in collaborazione con l'ISTAT. Grazie a tale sistema non solo è stato possibile predisporre le relazioni annuali che i ministri della sanità/salute hanno presentato al Parlamento, come prescritto dalla legge, ma sono state stimulate numerose indagini e ricerche, con le quali è stato possibile formulare e verificare ipotesi scientifiche sull'evoluzione del fenomeno.

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza ha subito una importante riduzione dal 1982 al 2004 di oltre il 40%, soprattutto se si scorporano dai dati le IVG effettuate da cittadine straniere (fenomeno sempre più emergente a partire dal 1995, fino a rappresentare oltre il 27% di tutte le IVG nel 2004). La riduzione osservata conferma che il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio.

Le modalità della riduzione, più rapida per le donne più istruite, per le occupate e per le coniugate, sta a dimostrare la aumentata capacità e consapevolezza delle donne e delle coppie nell'adozione efficace dei metodi per la procreazione responsabile, grazie alla maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e la specifica attività svolta dai consultori familiari nei termini di counselling approfondito, svolto con le donne/coppie frequentanti il consultorio, o offerto attivamente nel contesto di altri programmi, come il percorso nascita e la prevenzione dei tumori femminili. Di particolare rilievo, infine, è stata l'attività svolta con i corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole e con l'organizzazione di spazi-adolescenti.

Le persone con maggiori capacità di partenza hanno maggiormente e più rapidamente beneficiato della maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

La più lenta riduzione del ricorso all'interruzione di gravidanza per le donne in condizioni di maggiore privazione sociale sta a rappresentare una non ottimale capacità di offerta attiva della promozione della salute, soprattutto a causa delle carenze di risorse (ridotto numero di consultori e carenze di organico necessari per l'offerta attiva).

Il problema costituito dal ricorso all'aborto ha sollecitato diversi approcci i cui esiti permettono di concludere che quello costituito dalla legalizzazione produce il risultato più auspicabile di riduzione del ricorso all'aborto, in Italia come altrove. Alla legalizzazione segue una riduzione più o meno rapida e più o meno sostanziale del ricorso complessivo all'aborto, le differenze essendo associate alla qualità delle politiche di promozione della procreazione responsabile e consapevole; la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino ha tra l'altro comportato l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata.

Va rilevato che laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini di restrizione del ricorso all'aborto legale, per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità; il ripristino della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente (nella letteratura scientifica si riporta l'esempio della Romania). In effetti natalità e abortività costituiscono fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto ed avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo se non è associata alla promozione della procreazione

responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. In effetti si possono osservare Paesi in cui è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, quindi con maggior ricorso all'aborto, molto presumibilmente per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile: in tali Paesi si riconoscono modelli operativi basati sulla direttività, piuttosto che sullo sviluppo di capacità e consapevolezze, con un approccio settoriale e frammentato e con una indicazione verso alcuni metodi della procreazione responsabile piuttosto che altri, giudicati astrattamente a bassa efficacia da parte degli operatori, senza tener conto che è la donna e la coppia a dover fare la scelta, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche, essendo invece compito del professionista quello di illustrare tutte le possibilità e sostenere la donna e la coppia perché il metodo scelto sia applicato in modo da massimizzarne l'efficacia nella pratica.

La peculiarità italiana dell'esistenza dei consultori familiari è la ragione della differenza, che potrebbe essere di gran lunga maggiore se i consultori familiari venissero potenziati e riqualificati secondo le indicazioni strategiche del Progetto Obiettivo Materno Infantile, peraltro norma attualmente vigente.

La prevenzione del ricorso all'aborto si può esplicare in tre diverse modalità, alla luce dell'assunzione dell'aborto come estrema ratio e non come scelta d'elezione:

Il più importante contributo in assoluto è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e, con risultati a medio — lunga scadenza, con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali; a fare il resto rimane l'attività di counselling a chi si rivolge spontaneamente al consultorio sia per una esplicita richiesta di sostegno per la procreazione responsabile, sia per altre motivazioni a partire dalle quali, con l'arte della maieutica, si può far emergere un bisogno ancora non espresso.

Un secondo contributo si ottiene attraverso l'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento o certificazione (vedi par.3.1): in uno studio pilota condotto dall'ISS, in cui il consultorio era stabilito come sede per la prenotazione dell'intervento di interruzione e quindi passava per il servizio tutta la popolazione che intendeva interrompere la gravidanza (per inciso, in tale contesto l'85% delle donne chiedeva direttamente la certificazione in consultorio), si è potuto verificare che il 5% delle donne ritornava sulla sua decisione in seguito al colloquio e veniva sostenuta per il proseguimento della gravidanza.

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio (la cui accettazione dipende dalla modalità con cui viene offerto) mediante il quale si analizza le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna ed eventualmente la coppia dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. La condizione raccomandabile, dovrebbe prevedere una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il rilascio del documento o della certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Va sottolineato che i consultori familiari sono gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, possono svolgere attività di promozione della salute mediante lo schema concettuale dell'offerta attiva.

La mancanza di consultori familiari, l'assenza di personale deputato al rilascio del documento o della certificazione e, in generale, le carenze di organico hanno ridotto le

potenzialità di questi originali servizi di primo livello nell'attività di promozione della salute, a partire dalla salute riproduttiva. Particolarmente grave risulta l'assenza in un gran numero di consultori della figura professionale di ostetrica/o. La maggiore conseguenza di tali difficoltà operative, che comprendono anche aspetti culturali e scientifici sui principi e i metodi delle strategie di promozione della salute, hanno ridotto la loro capacità di azione, soprattutto in termini di offerta attiva, il che costituisce un serio problema perché le persone che vivono in condizioni di maggiore marginalità sociale hanno una ridotta capacità di "cercare salute". Una ridotta capacità di offerta attiva da parte dei servizi consultoriali va a penalizzare proprio chi avrebbe maggior bisogno di essere coinvolto nella promozione della salute.

Introdotti in Italia almeno venticinque anni prima della presa di coscienza, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'importanza di tali servizi, dovrebbero rappresentare un vanto della sanità pubblica italiana. La maggiore riduzione del ricorso all'aborto osservata in Italia, rispetto ad altri importanti paesi europei, è ragionevole associarla alla presenza dei consultori familiari.

Commissioni nazionali, istituite dalla fine degli anni ottanta presso il Ministero della Sanità, hanno costantemente concluso riconoscendo la importanza strategica dei consultori familiari e hanno raccomandato il loro potenziamento e riqualificazione. Con conseguenze normative di tutto rilievo: dopo la prima commissione (1987-89) Donat Cattin stanziò 25 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale al Sud; dopo la seconda commissione (1995-96) Guzzanti fece varare la legge 34/1996, che ha stanziato 200 miliardi per il potenziamento dei consultori familiari in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di un consultorio ogni 20000 abitanti; la terza commissione (1998-2000) ha elaborato il Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato a giugno 2000 (Bindi) e attualmente ripreso integralmente nei Livelli Essenziali di Assistenza, varati a gennaio 2002 (Sirchia).

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile assegna un ruolo centrale ai consultori familiari e delinea con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, i corrispondenti indicatori di esito, con il seguito degli indicatori di risultato e di processo e le azioni da svolgere mediante offerta attiva.

L'uniformità delle indicazioni rappresentate nei documenti elaborati dalle citate commissioni indica il livello di condivisione nel corso del tempo delle proposte scaturite dalle analisi scientifiche dell'evoluzione dell'IVG, dagli studi e ricerche di approfondimento e dalla realizzazione di esperienze pilota. L'importanza strategica dei consultori familiari è stata sempre ribadita nel riconoscimento del loro importante ruolo nella prevenzione dell'aborto, sia in termini di promozione delle competenze sulla procreazione responsabile sia nella attività di aiuto alle donne che si rivolgono per la richiesta di IVG e che, in seguito ad approfonditi colloqui con professionisti competenti, rivedono la decisione iniziale e vengono sostenute, anche con l'ausilio delle organizzazioni di volontariato, nel proseguimento della gravidanza.

Indagini dell'ISS, condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici (in particolare i corsi di accompagnamento alla nascita) e migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali, a dimostrazione che questi servizi sono particolarmente indicati e competenti nell'attività di promozione della salute.

C'è da rilevare con preoccupazione un processo di svilimento e di impoverimento dei consultori familiari, particolarmente accentuato negli ultimi tempi, nonostante la vigenza delle normative nazionali e nonostante le ripetute dimostrazioni di maggiore qualità ottenute con le indagini dell'ISS. Non si favoriscono i processi di integrazione, si riducono gli organici e si rendono meno stabili, si riducono le risorse assegnate, peraltro sempre state scarse. Si tratta di

una evoluzione che non trova giustificazione ed è particolarmente grave, anche considerando che sono un riferimento importante per la popolazione immigrata.

È ragionevole ritenere che l'applicazione integrale del Progetto Obiettivo Materno Infantile, nel quale il percorso nascita rappresenta una componente strategica centrale, può produrre come conseguenza diretta e indiretta una ulteriore importante riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

In questa prospettiva meritano particolare attenzione le donne straniere, anche in relazione alle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi.

Il rilancio del Progetto Obiettivo Materno Infantile, con il conseguente potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari, rappresenta un impegno inderogabile dell'attuale legislatura.

Riguardo il sistema di sorveglianza sull'IVG gestito dall'ISS e dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISTAT e con le Regioni, va confermato l'apprezzamento unanime per tempestività e qualità dell'informazione su un fenomeno di tale delicatezza. La raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati analitici di tutte le Regioni rappresenta un processo complesso la cui efficienza non deve essere pregiudicata e le difficoltà insorte negli ultimi anni in alcune regioni possono essere risolte utilizzando la consulenza tecnica messa a disposizione delle istituzioni centrali.

È opportuno prestare quindi la massima attenzione a non disperdere un patrimonio di competenze ed esperienza. Le domande che costantemente si pongono all'ordine del giorno nella comunità nazionale, anche a livello istituzionale, possono trovare risposte esaurienti se viene mantenuta alta la qualità del sistema di sorveglianza.

Livia Turco

DATI PRELIMINARI ANNO 2005

Per l'anno 2005 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 129588 IVG (Tab. A), con un decremento dell' 6.2% rispetto al dato definitivo del 2004 (138123 IVG) e un decremento del 44.8% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.3 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 6.7% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2004 (10.0 per 1000) e con una riduzione del 45.9% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (548244) del 2004, forniti dall'ISTAT, ed è risultato pari a 236.4 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 6.2% rispetto al 2004 (251.9 per 1000) e un decremento del 37.8% rispetto al 1982.

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

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2005 - Valori assoluti: dati 2005 e confronti con il 2004

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2005	TOTALE 2004	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	15988	16049	13839	13581	59457	63472	-6.3
Piemonte	3018	2962	2613	2581	11174	11731	-4.7
Valle d'Aosta	74	56	60	52	242	277	-12.6
Lombardia	5963	6010	4879	4926	21778	23909	-8.9
Bolzano	140	175	120	153	588	582	1.0
Trento	354	324	285	279	1242	1316	-5.6
Veneto	1922	1960	1674	1595	7151	7417	-3.6
Friuli Venezia Giulia	558	558	573	500	2189	2398	-8.7
Liguria	967	956	923	868	3714	4003	-7.2
Emilia Romagna	2992	3048	2712	2627	11379	11839	-3.9
ITALIA CENTRALE	7597	7910	6728	6706	28941	30095	-3.8
Toscana	2301	2399	1945	2113	8758	8763	-0.1
Umbria	614	599	532	534	2279	2494	-8.6
Marche	646	716	608	619	2589	2600	-0.4
Lazio	4036	4196	3643	3440	15315	16238	-5.7
ITALIA MERIDIONALE	8563	8478	7158	6361	30560	32839	-6.9
Abruzzo	668	742	665	653	2728	2964	-8.0
Molise	169	155	166	126	616	644	-4.3
Campania	3391	3212	2593	2209	11405	12572	-9.3
Puglia	3319	3401	2805	2522	12047	12651	-4.8
Basilicata	162	144	148	137	591	624	-5.3
Calabria	854	824	781	714	3173	3384	-6.2
ITALIA INSULARE	3092	2899	2517	2127	10630	11717	-9.3
Sicilia	2466	2261	1919	1619	8260	9253	-10.7
Sardegna	626	638	598	508	2370	2464	-3.8
ITALIA	35240	35336	30242	28775	129588	138123	-6.2

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2005 - Tassi di abortività: dati 2005 e confronti con il 2004

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2005	2004	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.8	10.5	-7.2
Piemonte	11.5	12.2	-5.7
Valle d'Aosta	8.6	9.8	-12.2
Lombardia	9.9	11.0	-9.8
Bolzano	5.1	5.1	0.2
Trento	10.7	11.4	-6.4
Veneto	6.5	6.7	-4.1
Friuli Venezia Giulia	8.2	9.0	-8.8
Liguria	11.1	12.1	-8.2
Emilia Romagna	12.2	12.9	-5.3
ITALIA CENTRALE	11.0	11.5	-4.5
Toscana	10.9	11.0	-0.5
Umbria	11.8	13.1	-9.7
Marche	7.5	7.5	-1.0
Lazio	11.9	12.7	-6.4
ITALIA MERIDIONALE	8.7	9.3	-7.1
Abruzzo	8.9	9.7	-8.6
Molise	8.2	8.5	-3.9
Campania	7.7	8.5	-9.5
Puglia	11.9	12.5	-4.9
Basilicata	4.1	4.3	-4.8
Calabria	6.3	6.7	-5.9
ITALIA INSULARE	6.4	7.1	-9.0
Sicilia	6.7	7.5	-10.5
Sardegna	5.7	5.9	-3.4
ITALIA	9.3	10.0	-6.7

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2005 - Rapporti di abortività: dati 2005 e confronti con il 2004

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2005	2004	
ITALIA SETTENTRIONALE	245.0	263.4	-7.0
Piemonte	299.0	317.1	-5.7
Valle d'Aosta	223.9	259.1	-13.6
Lombardia	246.9	274.5	-10.0
Bolzano	114.0	114.8	-0.8
Trento	241.6	244.9	-1.3
Veneto	155.4	160.9	-3.4
Friuli Venezia Giulia	233.7	254.3	-8.1
Liguria	310.1	337.5	-8.1
Emilia Romagna	296.5	312.0	-5.0
ITALIA CENTRALE	278.1	297.6	-6.5
Toscana	285.4	288.1	-1.0
Umbria	285.2	323.3	-11.8
Marche	194.8	198.7	-2.0
Lazio	294.0	325.3	-9.6
ITALIA MERIDIONALE	222.7	233.5	-4.6
Abruzzo	249.3	284.5	-12.4
Molise	248.9	259.2	-4.0
Campania	180.3	193.8	-6.9
Puglia	321.9	323.6	-0.5
Basilicata	121.5	118.5	2.5
Calabria	173.5	182.7	-5.0
ITALIA INSULARE	165.5	178.9	-7.5
Sicilia	162.3	177.6	-8.6
Sardegna	177.4	183.8	-3.5
ITALIA	236.4	251.9	-6.2

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2004

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2004 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 138123 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 10.0 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 251.9 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce al 9.6 per 1000, togliendo dal totale delle IVG quelle relative a donne non residenti in Italia (non comprese nel denominatore del tasso), che ammontano a 6045 unità, avendo aggiunto la quota attribuibile a tale condizione del totale delle IVG per le quali non è conosciuta la residenza. Considerando trascurabile il numero di nati da donne non residenti e apportando un'analoga correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 240.9. Tenendo conto che nel 2003 le IVG di donne non residenti ammontarono a 5894 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività aggiustati per quell'anno risultavano 9.2 e 234.1.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, rispettivamente, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per regione dal 1982 e la figura 1 riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2004.

1.1 Valori assoluti

Nel 2004 si è registrato un incremento delle IVG del 4.5% rispetto al 2003; il 27.2 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2003 la percentuale era stata 25.9 %). Le IVG effettuate nel 2004 da cittadine italiane (101375, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono aumentate del 3.7% rispetto al 2003, (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 113664 unità, pari 0.8%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2004 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2004

	1983	1991	2003	2004	VARIAZIONE %	
					2004/2003	2004/1983
NORD	105430	67619	60217	63472	5.4	-39.8
CENTRO	52423	34178	28406	30095	5.9	-42.6
SUD	57441	44353	31918	32839	2.9	-42.8
ISOLE	18682	14344	11637	11717	0.7	-37.3
ITALIA	233976	160494	132178	138123	4.5	-41.0

Generalmente, nelle Regioni (soprattutto del Centro-Nord) dove è risultato più ampio il contributo delle cittadine straniere si osserva un incremento più consistente del numero di IVG (Tab. 4). Per aree geografiche (Tab. 3) si hanno: nell'Italia Settentrionale 63472 IVG con un incremento del 5.4% rispetto al 2003, nell'Italia Centrale 30095 IVG con un incremento del 5.9%, nell'Italia Meridionale 32839 IVG con un incremento del 2.9% e nell'Italia Insulare si sono avute 11717 IVG con un incremento dello 0.7%.

Come si è già annunciato nella precedente relazione, non ha più molto senso effettuare stime di aborto clandestino, perché si è arrivati a livelli dello stesso ordine di grandezza dell'errore della stima stessa e pertanto piccole variazioni non sono significative. Il quadro del 2004, non dissimile da quello degli ultimi anni, permette di ipotizzare una persistenza residuale dell'aborto clandestino non superiore alle 20000 unità, prevalentemente (90%) concentrato al Sud.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2004, il tasso di abortività, raccomandato dall'OMS come indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 10.0 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un incremento del 3.6% rispetto al 2003 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 9.6 per mille, con un incremento del 4.3% rispetto all'equivalente valore per il 2003, pari a 9,2 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2004 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2004

	1983	1991	2003	2004	VARIAZIONE* %	
					2004/2003	2004/1983
NORD	16.8	10.6	10.1	10.5	4.5	-37.5
CENTRO	19.8	12.4	11.0	11.5	4.5	-41.9
SUD	17.3	12.1	9.1	9.3	2.4	-46.2
ISOLE	11.7	8.1	7.0	7.1	0.4	-39.3
ITALIA	16.9	9.5	9.6	10.0	3.6	-40.8

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

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali di tassi di abortività regionale.

Per un confronto internazionale il grafico seguente riporta il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni, il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore, ed è risultato 11.6 per 1000.