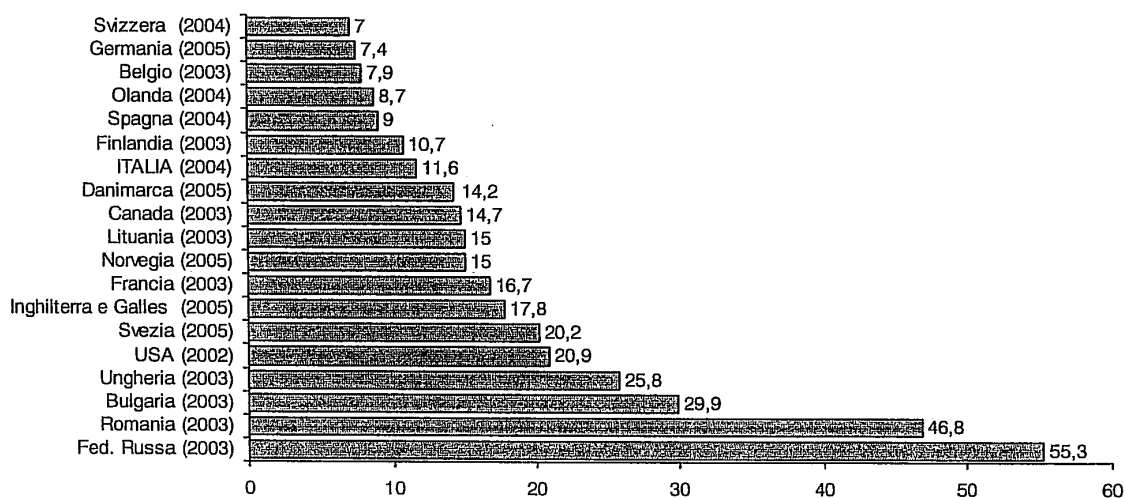


Tassi di abortività per 1000 donne in età 15-44 anni, 2002-2004

Fonte: Conseil de l'Europe, "Evolution démographique récente en Europe", 2004

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2004 si sono avute 251.9 IVG per 1000 nati vivi (Tab.1), con un incremento del 2.8% rispetto al 2003 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2003, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2004

	1983	1991	2003	2004	VARIAZIONE %	
					2004/2003	2004/1983
NORD	484.2	327.1	257.8	263.4	2.2	-45.6
CENTRO	515.2	356.1	286.1	297.6	4.0	-42.2
SUD	283.8	253.0	226.0	233.5	3.3	-17.7
ISOLE	205.3	176.1	177.9	178.9	0.6	-12.9
ITALIA	381.7	286.9	245.0	251.9	2.8	-34.0

Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati, entrambe condizionate dall'aumentata presenza delle cittadine straniere e comprese le non residenti che non compaiono con il loro contributo a denominatore ma solo a numeratore, e nell'interpretazione bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

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

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

I diversi trend in diminuzione dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre nell'ultimo decennio si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore, in generale, e oltre quattro volte per le più giovani. Questo spiega sia l'aumento del tasso di abortività per le donne di età inferiore a 25 anni, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. Quindi è necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli anni. In particolare va evitato l'errore tecnico di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione, in quanto la valutazione della tendenza può essere effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (Fonti: Finer L.B., Henshaw S.K. *Abortion Incidence and Services In the United States in 2000. Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(1):6-15. Ministère de la Santé et de la protection sociale. Drees, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2002. Etudes et Résultats*, n.348, octobre 2004. Government Statistical Service. *Abortion Statistics, England and Wales: 2002. Statistical Bulletin*, 2003/23, October 2003 revised July 2004. The Alan Guttmacher Institute, *latest statistics* sul sito Internet www.guttmacher.org.)

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2004 (Tab. 6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella dell'anno precedente. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per regione. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali, perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età.

Tuttavia la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'essere, questi, indicatori viziati dall'aver al denominatore le IVG effettuate nella regione (quindi anche da donne provenienti da altre regioni) e al denominatore le donne in età feconda residenti in regione (alcune delle quali potrebbero essere andate ad abortire altrove) e i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età, come è il caso, per esempio, della falsa migrazione in quanto motivi di studio giustificano il domicilio in diversa regione da quella di residenza e ciò riguarda le classi di età più giovani.

In ogni caso gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili (Tab. 1 e Tab. 7) in quanto le distribuzioni per età a livello regionale non sono molto diverse. Per tale motivo nell'analisi di prima approssimazione del fenomeno viene considerato il tasso grezzo.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2004 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

Tassi di abortività per età, 1983-2004

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2003	2004	2004/2003	2004/1983
< 20	8.0	5.5	7.5	7.9	5.2	-1.9
20-24	23.6	13.4	16.0	16.4	3.1	-30.3
25-29	27.6	15.7	15.0	15.8	4.9	-42.9
30-34	25.2	17.1	13.2	13.8	4.8	-45.3
35-39	23.6	15.1	10.4	10.9	4.7	-53.9
40-44	9.8	7.2	4.8	5.0	5.6	-48.5
45-49	1.2	0.9	0.5	0.4	-2.2	-63.3

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

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni (Fig. 3). Nel 2004 si osserva un aumento dei tassi di abortività, che certamente riflette il sempre maggiore contributo delle cittadine straniere, la cui struttura per classe di età è più giovane rispetto alle italiane.

L'analisi per ripartizione geografica riflette il differente effetto del contributo delle straniere, in quanto la loro presenza non è omogenea su tutto il territorio nazionale.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella degli altri paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano al di sotto dei 25 anni, mentre in Italia i tassi di abortività sono maggiori nelle donne delle classi di età centrali, anche se nel corso degli anni si vanno riducendo tali differenze.

Tassi di abortività per età, confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2004)	7.9	16.4	15.8	13.8	10.9	5.0
	(2003)	7.0	14.9	14.1	12.3	9.7	4.5
	(2002)	7.5	15.8	14.8	13.3	10.7	5.0
OLANDA	(1992)	4.2	7.4	7.2	6.6	5.0	1.9
GERMANIA	(1997)	5.5	11.3	10.8	9.1	6.5	2.8
FRANCIA	(2002)	14.3	27.4	22.5	18.7	13.4	5.6
FINLANDIA	(1997)	11.0	15.8	13.7	10.9	7.1	3.4
DANIMARCA	(1995)	14.8	22.5	21.4	19.1	12.5	5.4
NORVEGIA	(1996)	15.8	25.7	21.1	15.9	10.1	4.3
SVEZIA	(1996)	17.7	27.5	24.7	20.9	14.8	6.5
INGHILTERRA E GALLES	(2002)	22.2	30.1	21.4	14.2	9.3	3.7
USA	(1996)	30.3	50.7	33.6	18.2	9.9	3.2
UNGHERIA	(1996)	30.4	46.8	48.7	43.5	30.7	13.0
BULGARIA	(1996)	34.2	82.5	84.6	63.0	33.6	11.4

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2004 è risultato essere pari a 5.0 per 1000 (Tab. 5); l'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 69.7% dei casi dai genitori e nel 29.2% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Le fluttuazioni delle percentuali tra le regioni possono anche dipendere dalla diversa entità dei non rilevati, se questi ultimi non sono ripartibili secondo le modalità dei rilevati.

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio di legalizzazione in cui prevaleva nettamente il contributo della condizione di coniugata, si è osservata negli ultimi anni una tendenza alla parificazione della distribuzione percentuale tra le due condizioni, confermata nel 2004 (Tabella 8). La più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto alla più modesta riduzione tra le nubili, fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche il sempre più importante contributo delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, anche se solo in parte, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2004, che confermano la ancora persistente maggiore prevalenza di coniugate nelle regioni meridionali/insulari, rispetto a quelle centro-settentrionali (Tab. 8). Nelle quattro ripartizioni geografiche si hanno i seguenti valori:

IVG (%) per stato civile e per area geografica, 2004

	Coniugate	Già coniugate	Nubili
NORD	42.5	8.2	49.3
CENTRO	43.0	7.2	49.8
SUD	57.6	5.3	37.1
ISOLE	51.0	4.9	44.1
ITALIA	46.8	7.1	46.1

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono inferiori di quelli dell'Europa occidentale, anche se c'è un avvicinamento nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

IVG(%) per stato civile: confronti internazionali

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(2004)	46.8	53.2
	(2003)	46.8	53.2
	(2002)	48.1	51.9
BULGARIA	(1996)	74.8	25.3
GERMANIA	(1997)	52.2	47.8
UNGHERIA	(1996)	52.2	47.8
OLANDA	(1992)	50.2	49.8
NORVEGIA	(1996)	46.6	53.4
FRANCIA	(1997)	27.1	72.9
FINLANDIA	(1995)	25.7	74.3
INGHILTERRA E GALLES	(2002)	20.2	78.8
USA	(1996)	19.9	80.1

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne per titolo di studio che hanno effettuato l'IVG nel 2004 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (46.8%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione, con una riduzione maggiore del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore (come documentato nella relazione presentata nel 2003): i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre l'altro fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

IVG (%) per istruzione e per area geografica, 2004

	Nessuno/Licenza Elementare	Licenza Media	Licenza Superiore	Laurea
NORD	7.3	47.3	39.3	6.1
CENTRO	5.1	40.6	45.1	9.2
SUD	8.8	50.2	36.3	4.7
ISOLE	7.9	51.1	36.6	4.4
ITALIA	7.2	46.8	39.7	6.3

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 46.8% delle donne che hanno abortito nel 2004 risulta occupata, il 27.5% casalinga, l'10.3% studentessa.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile della popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

IVG (%) per occupazione e per area geografica, 2004

	Occupata	Disoccupata o in cerca di prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra
NORD	57.6	15.8	18.3	8.1	0.3
CENTRO	50.1	15.4	22.7	11.2	0.5
SUD	28.0	12.3	45.6	12.6	1.5
ISOLE	25.7	14.7	44.4	15.0	0.3
ITALIA	46.8	14.7	27.5	10.3	0.6

Anche in questo caso si rimanda alla relazione presentata nel 2003 per una valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una maggiore riduzione del ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe.

2.5 Residenza

Nel 2004 l'89.7% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'87.1% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre regioni maggiore o uguale al 10%, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, in Friuli Venezia Giulia, in Emilia Romagna, al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo e Molise al Sud. È necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella regione considerata che vanno ad abortire in altre regioni) per avere un quadro più completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: presenta un flusso in entrata pari al 9.4% ma ha anche un consistente flusso in uscita, prevalentemente verso la Puglia, per la non disponibilità dei servizi per l'IVG a Matera, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è poco meno del doppio di quello per regione di intervento, come è riportato in tabella 29, in cui sono posti a confronto i due indicatori. Da tale tabella si ha una più corretta informazione dei tassi di abortività per regione in quanto si tiene conto della mobilità in entrata e in uscita.

I valori riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortività, da un punto di vista metodologico, questo non è corretto perché, numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore è costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data regione. Sarebbe più corretto utilizzare come numeratore le IVG effettuate ovunque dalle donne residenti. A tal fine, utilizzando i dati individuali provvisori forniti dall'ISTAT (che non comprendono i casi non analizzati della regione Sicilia), è stato possibile mettere a confronto IVG, tassi e rapporti di abortività per regione di residenza e regione di intervento, avendo escluso i non rilevati e le residenti all'estero, avendo cura di non dare valore alle situazioni in cui, come per esempio la Sicilia, la quota di non rilevati o non analizzati non è trascurabile. Le migrazioni tra regioni sono in parte dovute a convenienza di confine, in parte a migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro Nord sedi di università), in parte a carenza di servizi in alcune aree della regione non controbilanciata dai servizi esistenti in altre parti, spesso per convenienza di spostamento (per esempio in Basilicata è più conveniente andare da Matera a Bari che a Potenza).

Va inoltre segnalata la presenza, via via crescente, di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei paesi extracomunitari, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese. Dai dati ISTAT disponibili risulta che il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è passato, con un incremento costante, da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3258 nel 1998, 3703 nel 1999, 3651 nel 2000, 5091 nel 2001, 6399 nel 2002, 5894 nel 2003 e 6045 nel 2004 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati, sommando i contributi delle singole regioni), pari al 4,5% del totale delle IVG. Le Regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione immigrata.

2.6 Cittadinanza

Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia,

9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 nel 2003 e 36731 nel 2004. Tra queste 36731 effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 6045 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2004, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 124448 nel 1998, a 113656 nel 2000, 106918 nel 2001, 104403 nel 2002, 99081 nel 2003 e 101392, avendo incorporato per questi ultimi due anni la quota attribuibile di non rilevati.

Nel 2004 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 27.2% del dato nazionale e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori. Ad esempio in quasi tutte le regioni del Centro-Nord la percentuale di IVG riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 25%, sfiorando o superando in molti casi il 30%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Nella relazione precedente è stato riportato uno studio dell'ISTAT per la stima del tasso di abortività specifico per classe di età, relativo all'anno 2000, sia per le cittadine italiane che per le straniere. Da tale studio risulta che quest'ultime hanno in media un tasso di abortività 3 volte superiore rispetto alle italiane, la differenza aumenta per le classi di età più giovani.

Nel 2004 l'ISS ha coordinato, in collaborazione con l'ASP Lazio, un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'IVG tra le donne immigrate.

Lo studio è stato condotto abbinando a una indagine quantitativa (605 donne intervistate) una qualitativa, con interviste in profondità (43 donne coinvolte). Lo studio ha considerato donne provenienti da Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina. L'uso combinato della metodologia quantitativa e di quella qualitativa ha permesso di esplorare più nel profondo il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere, evidenziando la varietà di profili, di culture e di comportamenti, alla luce dei risultati dell'indagine quantitativa.

Sebbene il campione esaminato non possa essere considerato rappresentativo di tutte le donne straniere che richiedono IVG nel nostro Paese, tuttavia i risultati ottenuti permettono di comprendere l'esistenza di determinanti comuni dovuti alla storia di migrazione di queste donne, pure in presenza di notevoli differenze legate ai vissuti e alle culture di origine che tendono a determinare le scelte sul piano della salute riproduttiva. Certamente donne che provengono da Paesi in cui l'IVG è usata molto frequentemente, come ad esempio in Romania, raggiungendo valori di 5 donne l'anno che abortiscono ogni 100 in età feconda, non cambieranno le loro abitudini nel giro di un anno o due. A ciò si aggiungono le condizioni di precarietà in cui queste donne vivono: mancanza di permessi di soggiorno, lavori non in regola, la solitudine e la mancanza di una famiglia con cui confidarsi e che sia di supporto.

In generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è risultata scadente: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile, conosce superficialmente i metodi per la procreazione responsabile e li utilizza in modo improprio (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

Le motivazioni per l'IVG maggiormente riportate sono l'aver raggiunto il numero di figli desiderato e i problemi economici, a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane.

Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico e da un servizio IVG. In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte

dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

Lo studio evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di counselling sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. E' necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il counselling sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane. I risultati dell'indagine sono riportati nel Rapporto Istisan: L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. A cura di Angela Spinelli, Emanuela Forcella, Samantha Di Rollo e Michele E. Grandolfo 2006,ii,115p, Rapporto ISTISAN,06/17 <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=1977&lang=1&tipo=5>.

2.7 Anamnesi ostetrica

Come già si è accennato nei paragrafi precedenti, la conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno e la sua evoluzione nel tempo.

Va rilevato un potenziale problema di qualità dei dati per il possibile errore compiuto da chi compila il modello D12 di saltare le voci corrispondenti alla storia riproduttiva quando è in tutto o in parte negativa (zero nati vivi, aborti spontanei e aborti volontari) invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si è costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati, che, nel caso siano di entità non trascurabile (> 5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva. Un caso a parte è la regione Sicilia, dove non si tratta di informazione non rilevata ma di schede non disponibili per l'analisi.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna. Il 57.6% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34.8% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente). Si tratta di un esempio evidente di come si modifica una distribuzione percentuale per modalità di parità quando nel tempo l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) dei tassi specifici di abortività per parità è diversa: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 2004, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi) e per area geografica, 2004

	N° nati vivi				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	43.7	25.8	23.0	5.7	1.8
CENTRO	47.7	23.5	21.9	5.3	1.6
SUD	35.4	17.5	32.0	11.8	3.3
ISOLE	40.7	18.0	27.7	10.3	3.3
ITALIA	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2

Le percentuali di IVG effettuate da donne che hanno avuto uno o più nati vivi sono 56.3% al Nord, 52.3% al Centro, 64.6% al Sud, 59.3% nelle Isole.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che la informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12 dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia "figli" per il confronto con gli anni precedenti.

IVG (%) per parità, 1983-2004

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
1987	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
1991	35.1	19.5	29.3	11.4	4.8
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
1998	41.9	19.9	26.4	8.8	3.0
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2000*	43.5	20.5	25.5	7.9	2.6
2001*	43.6	21.4	24.8	7.8	2.5
2002*	43.4	21.8	25.0	7.5	2.3
2003*	43.0	22.8	24.7	7.3	2.2
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2

* Nati vivi

Un confronto con altri Paesi viene presentato nella seguente tabella:

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2004) *	42.4	57.6
	(2003) *	43.0	57.0
	(2002) *	43.4	56.6
BULGARIA	(1996)	19.1	80.9
REPUBBLICA Ceca	(1996)	21.0	79.1
GERMANIA	(1997)	36.3	63.7
USA	(1995)	45.0	55.0
FRANCIA	(1997)	45.6	54.4
SVEZIA	(1996)	45.6	54.4
DANIMARCA	(1994)	45.9	54.1
FINLANDIA	(1996)	46.8	53.2
NORVEGIA	(1996)	47.9	52.1
OLANDA	(1992)	48.9	51.1
INGHILTERRA E GALLES	(2002)	52.8	47.2

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2004, l'88.8% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore, simile a quello rilevato nell'ultimo decennio, conferma l'assestamento delle percentuali di IVG ottenute da donne con storia di aborto spontaneo, dopo la diminuzione osservata nel primo decennio di attuazione della Legge, dal 1983.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2004

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2001	89.8	8.2	1.5	0.3	0.1
2002	89.5	8.4	1.6	0.3	0.1
2003	88.7	8.9	1.8	0.5	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2004 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2004

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2001	17.1	4.7	1.5	0.8	24.2
2002	17.2	4.9	1.5	0.8	24.3
2003	17.4	5.0	1.5	1.0	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo quasi 30 anni dalla legalizzazione una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso. Il leggero incremento dei valori osservati negli ultimi anni è conseguenza del contributo delle immigrate che hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane. È confortante che le straniere, che sono nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio tra le italiane. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2004

	1989	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004
osservati	30.0	28.9	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0	24.5	24.9	24.2	24.3	24.9	25.4
attesi *	36.9	38.3	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8	44.2	44.4	44.5	44.6	44.6

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338.)

Considerando l'anno 2004 si può notare che, nonostante nelle regioni centro-settentrionali ci sia il maggior contributo delle cittadine straniere, la più alta frequenza delle ripetizioni, come

negli anni precedenti, si ha nelle Regioni del Sud con il 27.5%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) per IVG precedenti e per area geografica, 2004

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	18.0	4.9	1.4	1.0	25.3
CENTRO	17.2	5.1	1.6	1.2	25.2
SUD	18.0	6.2	2.1	1.2	27.5
ISOLE	14.1	3.6	1.1	0.6	19.4
ITALIA	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4

Al Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Liguria (27.8%); al Centro, in Umbria (27.2%); al Sud, in Puglia (34.9%).

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano è comunque tra i più bassi a livello internazionale.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2004)	74.6	17.6	5.1	2.7	25.4
SPAGNA	(1996)	77.0	18.0	3.9	1.2	23.0
FRANCIA	(1997)	75.3	19.1	4.1	1.5	24.7
INGHILTERRA E GALLES	(2002)	69.0	←	31.0	→	31.0
NORVEGIA	(1996)	68.0	23.6	6.2	2.1	32.0
DANIMARCA	(1995)	62.4	22.6	9.1	5.9	37.6
SVEZIA	(1996)	62.3	25.3	8.4	4.0	37.7
UNGHERIA	(1996)	55.0	26.4	10.7	8.0	45.0
USA	(1996)	54.7	26.9	11.2	7.2	45.3
REPUBBLICA Ceca	(1996)	52.2	27.0	12.8	8.0	47.8

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importante conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto non è costante ma in diminuzione (escludendo il contributo delle straniere), e la spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. Modalità di svolgimento dell' IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Impropriamente si è sempre usato il termine certificazione, dalla dizione del modello D12, per il documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia. Nel documento (Art.5 della legge 194/78), si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni. Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Si rilascia un certificato anche in caso di interruzione di gravidanza oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge.

Anche per il 2004 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti (35.1%) degli altri servizi (Tab. 16). Da poco meno di un decennio si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere, le quali ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale.

Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano molto dalla media, si osserva in Piemonte (59.0%), in Emilia Romagna (50.8%), nel Lazio (50.3%), in Toscana (45.8%), in Umbria (41.3%), e in Veneto (39.6%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2004

	Medico di fiducia	Servizio Ost. Ginec.	Consultorio	Altro
1983	52.9	21.4	24.2	1.4
1987	52.4	25.7	20.0	1.9
1991	47.8	29.1	21.4	1.7
1995	45.5	29.1	23.5	1.9
1999	38.6	31.0	28.7	1.7
2000	36.0	32.2	30.1	1.7
2001	34.6	31.8	31.6	1.9
2002	34.4	30.8	32.7	2.0
2003	33.7	30.1	34.4	1.9
2004	32.2	30.8	35.1	1.8

Il maggior ricorso al consultorio familiare è favorito dalla piena integrazione, nel modello dipartimentale (come raccomandato dal POMI e dalle leggi di riferimento) dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

Il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è 0.74 per 20000 abitanti (Tab. 17), mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per 20000. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2151 consultori familiari censiti rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud e, soprattutto, ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, rendono conto del ridotto ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa: per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta.

3.2 Urgenza

Nel 2004 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 9.8% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (27.2%), in Emilia Romagna (20.6%), in Basilicata (14.7%) e in Campania (12.7%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 8.9% al Nord, 13.2% al Centro, 9.8% al Sud e 4.6% nelle Isole. Non si registrano significative variazioni negli ultimi anni.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione (Tab. 19) mostra un aumento degli interventi effettuati a 11-12 settimane (da 15.9% nel 2003 al 16.8% nel 2004) e una riduzione di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 (da 38.8% nel 2003 al 37.0% nel 2004), rimanendo sostanzialmente costante (2.6%) la percentuale di IVG effettuate dopo la 12esima settimana gestazionale. Anche in questo caso si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. In effetti, percentuali più elevate di interventi a 11-12 settimane di gestazione si osservano nelle Regioni del Centro e del Nord, dove si ha il maggior contributo delle straniere.

La percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione. Non va trascurato, inoltre, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate. A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui certamente le donne straniere hanno molto minore accesso. Non desta purtroppo meraviglia che le donne di cittadinanza estera abbiano più difficoltà di accesso ai servizi per quanto riguarda le IVG entro i 90 giorni, mentre le stesse hanno minore accesso alle indagini prenatali (anche per i costi non trascurabili).

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regioni, nel 2004, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	2.5	Marche	2.9
V. Aosta	3.3	Lazio	2.5
Lombardia	2.7	Abruzzo	2.0
Bolzano	4.7	Molise	1.3
Trento	3.0	Campania	1.6
Veneto	6.9	Puglia	1.6
Friuli V.G.	3.9	Basilicata	1.7
Liguria	1.8	Calabria	1.5
Emilia Rom.	2.7	Sicilia	2.6
Toscana	2.3	Sardegna	3.6
Umbria	1.5		
		ITALIA	2.6

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni consiste nella diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le dodici settimane di gestazione e che si tratta in ogni caso di distribuzioni percentuali delle modalità, settimane gestazionali, che hanno valenza diversa, come si è detto, se entro le 12 settimane o oltre, cioè a dire che se in una regione si ha un tasso effettivo di abortività basso perché il livello di consapevolezza verso la procreazione responsabile è molto elevato tanto da ridurre le gravidanze indesiderate, in quella stessa regione si può avere una maggiore estensione della diagnosi prenatale con conseguente aumento di interruzioni di gravidanze inizialmente desiderate, in tal caso non meraviglia avere una più alta percentuale di IVG oltre la 12^a settimana.

La seguente tabella riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2004)	138123	11.7	2.6
REPUBBLICA CECA	(1996)	46500	20.7	1.1
UNGHERIA	(1996)	76600	34.7	1.1
GERMANIA	(1997)	130900	7.7	1.7
FRANCIA	(2002)	205627	16.7	2.2**
DANIMARCA	(1995)	17700	16.1	2.9
NORVERGIA	(1996)	14300	15.6	3.6
SVEZIA	(1996)	32100	18.7	4.0
OLANDA	(1996)	22400	6.5	8.2
INGHILTERRA E GALLES	(2002)	175932	16.2	12.6
USA	(2000)	1310000	21.3	12.0***

* il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni. ** il dato si riferisce al 1995. *** il dato si riferisce al 1997.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, il che in parte può essere dovuto ad un effetto vero, come in generale per le donne di cittadinanza straniera, di ritardo di ricorso ai servizi, oppure può dipendere dal peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze volute, interrotte successivamente per diagnosi prenatali sfavorevoli.

3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, indicatore dell'efficienza dei servizi, è stata inserita nel modello D12 standard (ISTAT) a partire dal 2000. Nel 2004 si è ridotta la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (Tab.21), rispetto al 2003 (62.1%). È aumentata molto anche la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane: 20.5% nel 2004, rispetto a 14.5% nel 2003. La cittadinanza straniera è associata a maggiore tempo di attesa. L'aumento delle IVG a settimana gestazionale più avanzata, entro i novanta giorni e l'aumento del tempo di attesa sono due indicatori, correlati, di maggiori difficoltà nell'applicazione della legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2004 la distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2004

	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1991	87.3	11.6	1.0
1995	88.3	10.9	0.7
2000	90.6	9.1	0.3
2001	90.7	9.1	0.3
2002	90.8	9.1	0.1
2003	91.8	8.2	0.0
2004	91.2	8.8	0.0

Nella provincia autonoma di Trento, in Puglia, in Sardegna è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2004 l'anestesia generale è stata impiegata nell'84.5% delle IVG (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 13.2% degli interventi, senza significative modificazioni rispetto al 2003. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2004, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche: