

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2005

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2005 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 132790 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.6 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 241.8 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce al 9.2 per 1000, togliendo dal totale delle IVG quelle relative a donne non residenti in Italia (non comprese nel denominatore del tasso), che ammontano a 5137 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 232.5. Tenendo conto che nel 2004 le IVG di donne non residenti ammontarono a 6045 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività aggiustati per quell'anno risultavano 9.6 e 240.9.

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 2005.

1.1 Valori assoluti

Nel 2005 si è registrato un decremento delle IVG del 3.9% rispetto al 2004; il 29.6 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2004 la percentuale era stata 27.2 %). Le IVG effettuate nel 2005 da cittadine italiane (94095, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 7.2% rispetto al 2004, (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 74856 unità, pari allo 0.5%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2005 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2005

	1983	1991	2004	2005	VARIAZIONE %	
					2005/2004	2005/1983
NORD	105430	67619	63472	60280	-5.0	-42.8
CENTRO	52423	34178	30095	29500	-2.0	-43.7
SUD	57441	44353	32839	31143	-5.2	-45.8
ISOLE	18682	14344	11717	11867	-1.3	-36.5
ITALIA	233976	160494	138123	132790	-3.9	-43.2

Per aree geografiche (Tab. 3) si hanno: nell'Italia Settentrionale 60280 IVG con un decremento del 5.0% rispetto al 2004, nell'Italia Centrale 29500 IVG con un decremento del 2.0%, nell'Italia Meridionale 31143 IVG con un decremento del 5.2% e nell'Italia Insulare si sono avute 11867 IVG con un incremento dell'1.3%.

Come già detto nella presentazione, 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 2005, 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 2005, 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 9.6 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 4.4% rispetto al 2004 (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 9.2 per mille, con un decremento del 4.2% rispetto all'equivalente valore per il 2004, pari a 9.6 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2005 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2005

	1983	1991	2004	2005	VARIAZIONE* %	
					2005/2004	2005/1983
NORD	16.8	10.6	10.5	9.9	-5.7%	-41.1%
CENTRO	19.8	12.4	11.5	11.2	-2.6%	-43.4%
SUD	17.3	12.1	9.3	8.8	-5.4%	-49.1%
ISOLE	11.7	8.1	7.1	7.2	1.4%	-38.5%
ITALIA	16.9	9.5	10.0	9.6	-4.0%	-43.2%

* 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.

La figura 2 presenta i valori regionali per il 2005. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2005 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Emilia Romagna e in Puglia.

Figura 2 – Tassi di abortività - 2005

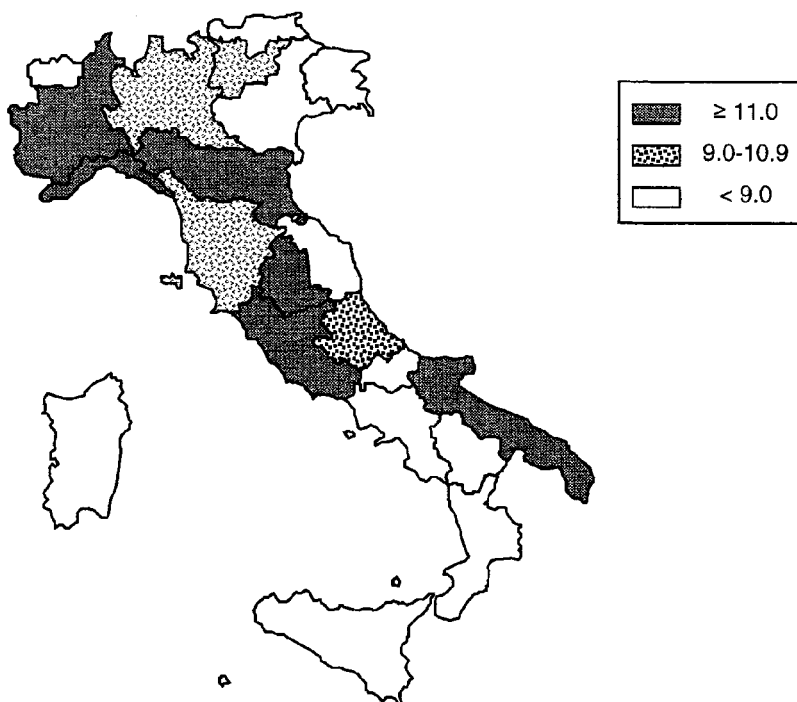
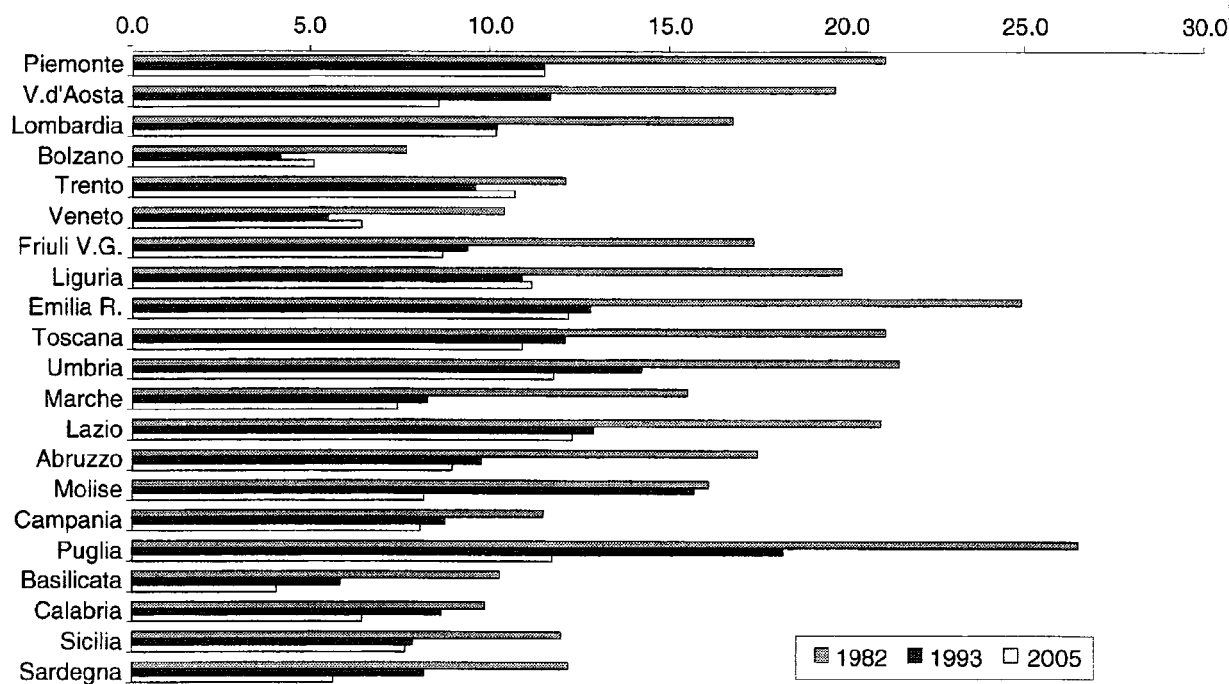
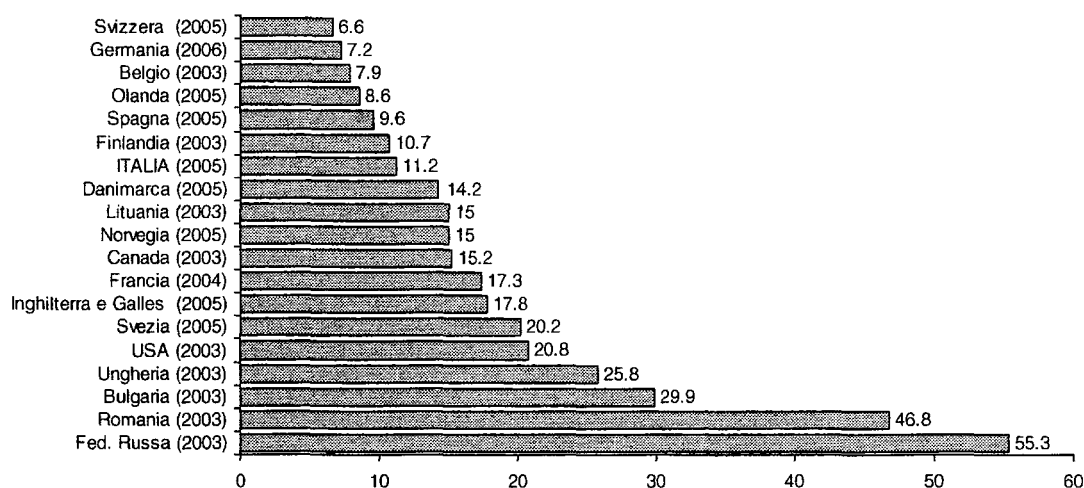


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2005



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 4 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 11.2 per 1000. Il dato italiano si attesta tra i valori più bassi.

Figura 4 - Tassi di abortività per 1000 donne in età 15-44 anni, 2003-2006



Fonte: Conseil de l'Europe, "Evolution démographique récente en Europe", 2004 - Statistiques nationales OFS - Alan Guttmacher Inst. 2005

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2005 si sono avute 241.8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento del 4.0% rispetto al 2004 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2005, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2005

	1983	1991	2004	2005	VARIAZIONE %	
					2005/2004	2005/1983
NORD	484.2	327.1	263.4	248.5	-5.7%	-48.7%
CENTRO	515.2	356.1	297.6	281.4	-5.4%	-45.4%
SUD	283.8	253.0	233.5	226.7	-2.9%	-20.1%
ISOLE	205.3	176.1	178.9	184.6	3.2%	-10.1%
ITALIA	381.7	286.9	251.9	241.8	-4.0%	-36.7%

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 des Solidarités. Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). *Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Etudes et Résultats*, n. 522, septembre 2006; Department of Health, Government Statistical Service. *Abortion Statistics, England and Wales: 2005. Statistical Bulletin*, 2006/01, July 2006; The Alan Guttmacher Institute, *Latest statistics* sul sito Internet www.guttmacher.org; J Rademakers, *Abortus in Nederland, 1993-2000*, Stisan, 2002).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2005 (Tab. 6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella degli ultimi anni. 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 delle relative popolazioni residenti.

Poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti, eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali.

Tuttavia la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'essere, questi, indicatori viziati dall'avere 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 2005 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

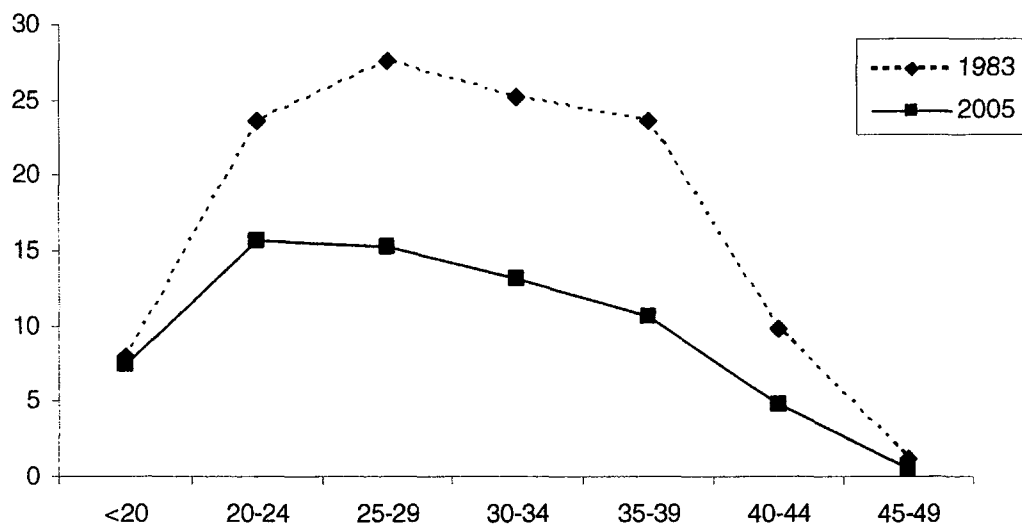
Tassi di abortività per età, 1983-2005

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2004	2005	2005/2004	2005/1983
< 20	8.0	5.5	7.9	7.6	-3.8%	-1.3%
20-24	23.6	13.4	16.4	15.7	-4.3%	-33.5%
25-29	27.6	15.7	15.8	15.3	-3.2%	-44.6%
30-34	25.2	17.1	13.8	13.2	-4.3%	-47.6%
35-39	23.6	15.1	10.9	10.6	-2.2%	-55.1%
40-44	9.8	7.2	5.0	4.8	-4.0%	-51.0%
45-49	1.2	0.9	0.4	0.5	25%	-58.3%

* 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. 5). Anche nel 2005 si osserva un decremento dei tassi di abortività, nonostante il sempre maggiore contributo delle cittadine straniere, la cui struttura per classe di età è più giovane rispetto alle italiane.

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2005



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	(2005)	7.6	15.7	15.3	13.2	10.6	4.8
	(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
OLANDA	(2000)	8.6	13.0	10.1	8.4	6.2	2.9
GERMANIA	(1997)	5.5	11.3	10.8	9.1	6.5	2.8
FRANCIA	(2004)	16.4	27.2	23.4	18.8	13.6	5.7
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	(2005)	23.0	32.0	24.0	15.0	9.0	4.0
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 2005 è risultato essere pari a 4.8 per 1000 (Tab. 5); l'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 68.6% dei casi dai genitori e nel 29.9% 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 2005 (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 2005, 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, 2005

	Coniugate	Già coniugate	Nubili
NORD	42.7	8.0	49.4
CENTRO	43.2	7.4	49.4
SUD	56.2	5.3	38.5
ISOLE	52.3	4.8	42.9
ITALIA	46.7	6.9	46.3

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	(2005)	46.7	53.2
	(2004)	46.8	53.2
	(2003)	46.8	53.2
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	(2005)	17.2	82.8
USA	(1996)	19.9	80.1

Una recente analisi dell'Istat, che ha permesso di calcolare i tassi di abortività per stato civile negli anni 1993 e 2003, mostra una diminuzione tra le coniugate e un leggero aumento tra le nubili. Anche in questo caso sarà importante valutare in un futuro quanto questi cambiamenti siano determinati dal ricorso sempre più frequente all'IVG da parte di donne straniere presenti in Italia.

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 2005 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (46.5%) .

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, 2005

	Nessuno/Licenza Elementare	Licenza Media	Licenza Superiore	Laurea
NORD	7.8	46.2	39.7	6.4
CENTRO	5.1	41.5	44.3	9.1
SUD	8.3	50.6	36.2	4.9
ISOLE	7.8	50.2	37.0	5.0
ITALIA	7.3	46.5	39.7	6.5

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 45.8% delle donne che hanno abortito nel 2005 risulta occupata, il 27.9% casalinga, il 10.1% 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, 2005

	Occupata	Disoccupata o in cerca di prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra
NORD	56.5	16.6	18.5	8.2	0.3
CENTRO	49.9	15.3	23.6	10.7	0.6
SUD	27.2	13.5	45.8	12.2	1.4
ISOLE	26.4	17.0	43.0	13.5	0.1
ITALIA	45.8	15.6	27.9	10.1	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 2005 l'89.2% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'86.8% 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%, nella Provincia Autonoma di Trento, in Friuli Venezia Giulia, in Lombardia e Valle d'Aosta, al Nord, in Umbria al Centro e in 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 all'8.7% ma ha anche un consistente flusso in uscita, prevalentemente verso la Puglia, 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.

La tabella 29 in cui, utilizzando i dati provvisori dell'ISTAT relativi alle sole donne residenti in Italia (quindi escludendo le residenti all'estero), mette 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 emigratorio verso altre Regioni.

In questa valutazione c'è comunque da tener sempre presente che possono esistere spostamenti di convenienza per vicinanza dei servizi o migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud) che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università

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, 6045 nel 2004 e 5137 nel 2005 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati, sommando i contributi delle singole Regioni), pari al 4,0% 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

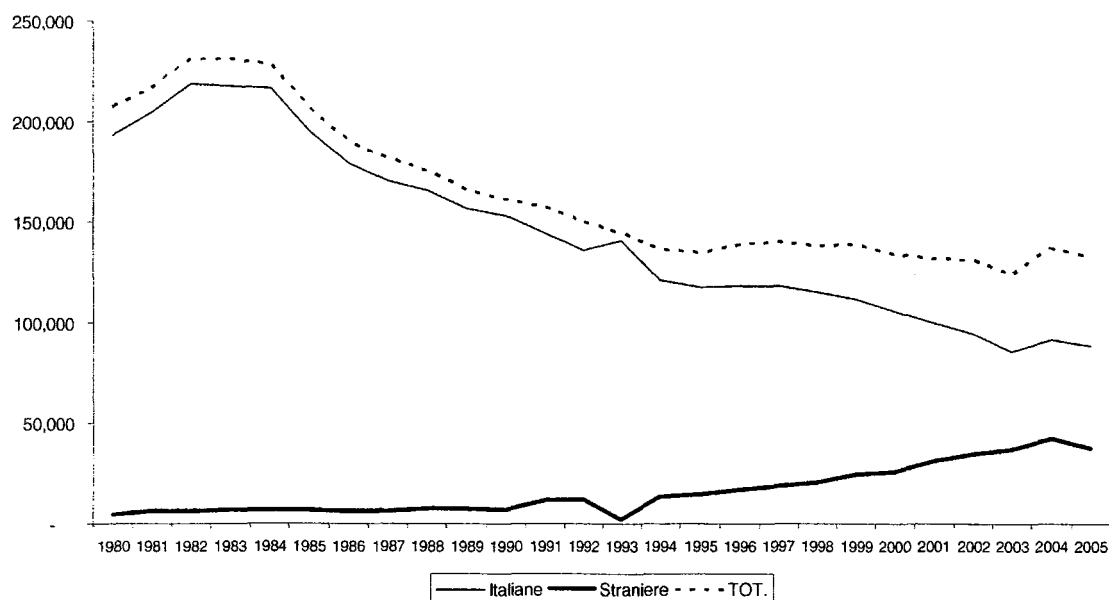
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 nel 2003, 36731 nel 2004 e 37973 nel 2005. Tra queste 37973 IVG effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 5137 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2005, 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, 101392 nel 2004 e 94095 nel 2005, avendo incorporato per questi ultimi tre anni la quota attribuibile di non rilevati.

Nel 2005 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 29.6% 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 30%, sfiorando o superando in molti casi il 35%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995.

Nella Figura 6 è riportato l'andamento delle IVG per Paese di nascita che riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione delle IVG tra le donne italiane ed un continuo incremento tra le donne straniere.

Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2005

Recentemente l'ISTAT ha stimato il tasso di abortività specifico per classe di età, relativo all'anno 2003, sia per le cittadine italiane che per le straniere. Da tale studio risulta che quest'ultime hanno in media un tasso di abortività 3-4 volte superiore rispetto alle italiane, la differenza aumenta per le classi di età più giovani.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2003

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
18-24	11.2	56.1
25-29	10.4	48.0
30-34	9.2	39.3
35-39	7.6	26.4
40-44	3.9	10.5
45-49	0.4	0.7
18-49 grezzo	7.3	34.5
18-49 standardizzato	7.8	34.0

Fonte: Istat

Nel 2004 l'ISS ha coordinato, in collaborazione con l'ASP Lazio, un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'IVG tra le donne immigrate che è stata descritta nella relazione presentata lo scorso anno. Da questa indagine è risultato che, in generale la conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile è 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.

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 57.7% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34.7% 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 2005, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi) e per area geografica, 2005

	N° nati vivi				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	42.9	26.1	23.1	6.0	1.9
CENTRO	47.7	23.8	21.6	5.2	1.6
SUD	36.9	17.9	31.2	11.0	3.1
ISOLE	38.8	18.5	28.8	10.9	3.0
ITALIA	42.3	23.1	25.1	7.4	2.2

Le percentuali di IVG effettuate da donne che hanno avuto uno o più nati vivi sono 57.1% al Nord, 52.2% al Centro, 63.2% al Sud, 61.2% 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, 1983-2005

	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
2005*	42.3	23.1	25.1	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	(2005)	42.3	57.7
	(2004) *	42.4	57.6
	(2003) *	43.0	57.0
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	(2005)	53.0	47.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2005, l'88.9% 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, 1983-2005

	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
2005	88.9	8.5	1.8	0.5	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2005 (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, 1983-2005

	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
2005	18.1	5.4	1.6	1.1	26.3

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	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	25.5	24.8	25.0	24.5	24.9	24.2	24.3	24.9	25.4	26.3
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8	44.2	44.4	44.5	44.6	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 2005 si può notare che, nonostante nelle Regioni centro-settentrionali ci sia il maggior contributo delle cittadine straniere, la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 29.0%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) per IVG precedenti e per area geografica, 2005

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	18.7	5.1	1.4	1.0	26.2
CENTRO	17.4	5.6	1.7	1.4	26.1
SUD	19.0	6.4	2.2	1.4	29.0
ISOLE	14.1	3.9	1.1	0.5	19.6
ITALIA	18.1	5.4	1.6	1.1	26.3

Al Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Emilia Romagna (29.3%); al Centro, in Toscana (27.8%); al Sud, in Puglia (35.7%).

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	(2005)	73.7	18.1	5.4	2.7	26.3
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	(2005)	67.7	←	32.3	→	32.3
OLANDA	(2002)	68.1	23.4	5.7	2.7	31.9
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.