

Figura 2 – Tassi di abortività - 2006

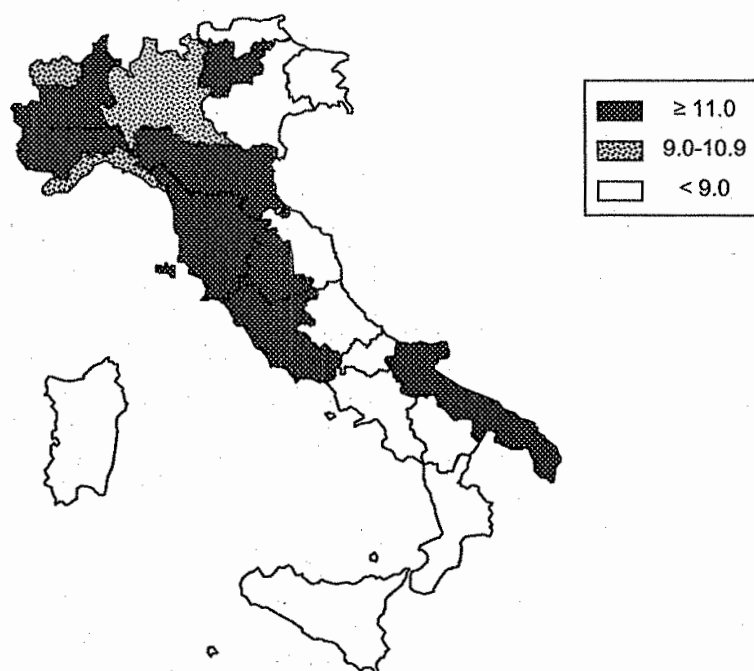
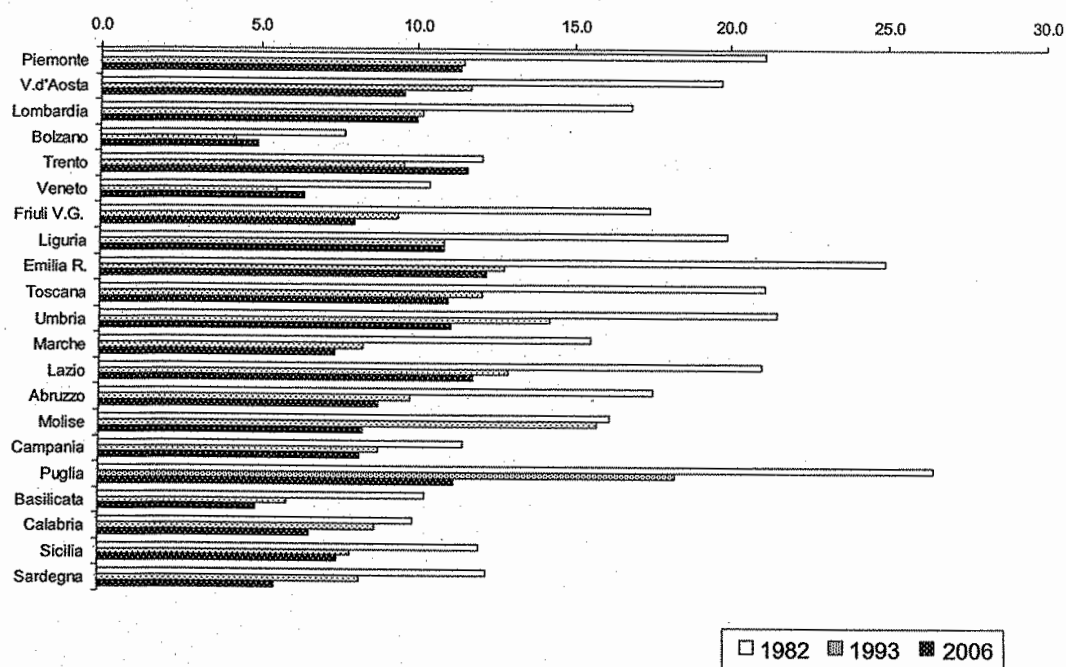
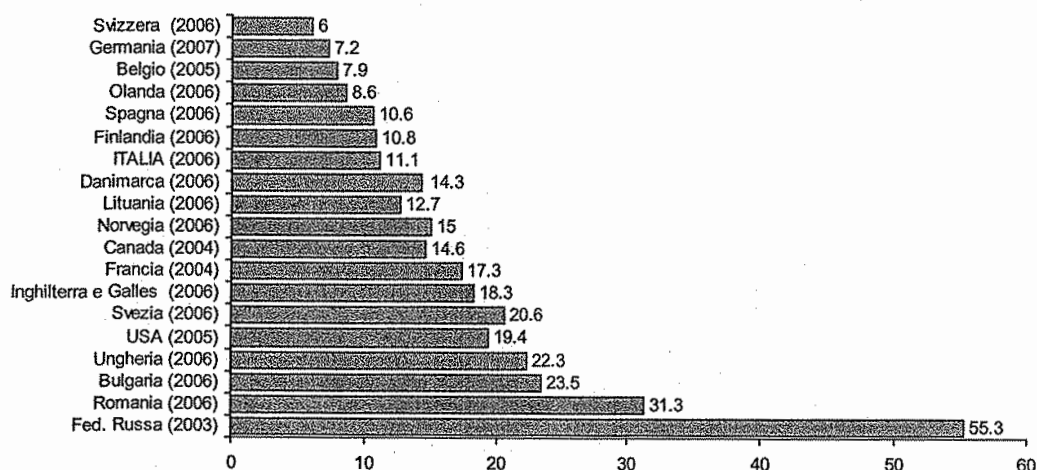


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2006



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. 2008

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2006 si sono avute 235.5 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento del 2.6% rispetto al 2005 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2006, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2006

	1983	1991	2005	2006	VARIAZIONE %	
					2006/2005	2006/1983
NORD	484.2	327.1	248.5	243.6	-2.0	-49.7
CENTRO	515.2	356.1	281.4	265.0	-5.8	-48.6
SUD	283.8	253.0	226.7	222.7	-1.8	-21.5
ISOLE	205.3	176.1	184.6	181.5	-1.7	-11.6
ITALIA	381.7	286.9	241.8	235.5	-2.6	-38.3

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: 2006. Statistical Bulletin*, 2007/01, June 2007; 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 2006 (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 2006 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

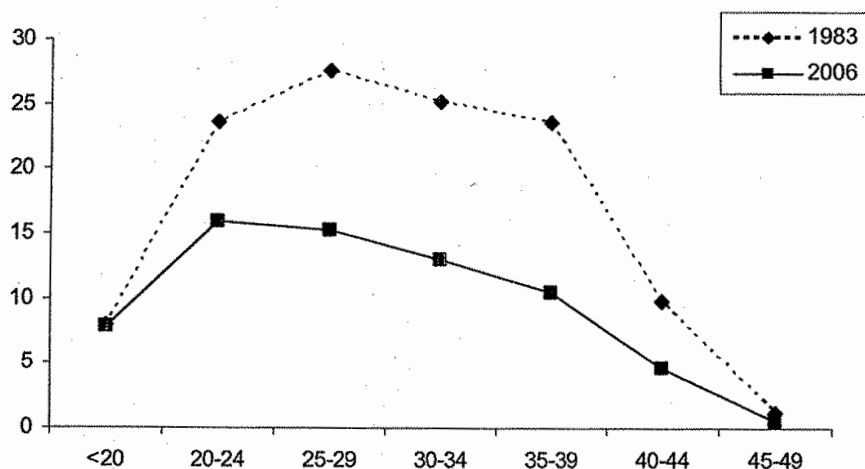
Tassi di abortività per età, 1983-2006

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2005	2006	2006/2005	2006/1983
< 20	8.0	5.5	7.6	7.8	2.6	-2.5
20-24	23.6	13.4	15.7	15.9	1.3	-32.6
25-29	27.6	15.7	15.3	15.2	-0.7	-44.9
30-34	25.2	17.1	13.2	13.0	-1.5	-48.4
35-39	23.6	15.1	10.6	10.5	-0.9	-55.5
40-44	9.8	7.2	4.8	4.7	-2.1	-52.0
45-49	1.2	0.9	0.5	0.5	0.0	-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 2006 si osserva un decremento dei tassi di abortività tranne per le donne sotto i 25 anni dove maggiore è il contributo delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortività (vedi cap.2.6).

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2006



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	(2006)	7.8	15.9	15.2	13.0	10.5	4.7
	(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
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 2006 è risultato essere pari a 4.9 per 1000 (Tab. 5), valore simile a quello degli anni precedenti; l'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 69.3% dei casi dai genitori e nel 29.8% 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 2006 (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 2006, che confermano la ancora persistente maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari, rispetto a quelle centro-settentrionali (Tab. 8). Sono di seguito riportate le distribuzioni per stato civile e cittadinanza nelle quattro ripartizioni geografiche.

IVG (%) per stato civile, cittadinanza e area geografica, 2006

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	37.5	50.1	9.0	6.0	53.5	43.9
CENTRO	38.7	47.4	7.9	5.8	53.5	46.8
SUD	55.3	53.2	5.1	8.9	39.6	37.9
ISOLE	50.2	53.2	4.8	6.7	45.0	40.1
ITALIA	43.9	49.7	7.3	6.2	48.8	44.1

Elaborazioni su dati Istat - * separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2006 le percentuali di coniugate è risultata leggermente superiore a quella osservata tra le italiane.

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	(2006)	45.8	54.3
	(2005)	46.7	53.2
	(2004)	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

Recentemente sono stati calcolati dall'Istat i tassi di abortività per stato civile negli anni 1994 e 2004, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate e un aumento tra le nubili.

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 2006 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (45.9%) .

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 e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2006 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2006

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.7	14.1	43.2	49.7	46.4	31.1	7.7	5.1
CENTRO	2.2	8.7	36.4	47.4	50.4	37.0	11.1	6.9
SUD	6.5	19.6	50.7	45.5	37.5	30.9	5.3	4.1
ISOLE	6.1	19.9	50.7	45.8	37.8	28.5	5.5	5.9
ITALIA	4.0	13.3	44.6	48.5	46.9	32.6	7.5	5.5

Elaborazioni su dati Istat

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 46.6% delle donne che hanno abortito nel 2006 risulta occupata, il 26.0% casalinga, il 10.4% 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, cittadinanza e area geografica, 2006

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera
NORD	63.2	45.5	10.6	26.6	14.4	23.7	11.8	4.2
CENTRO	51.9	46.4	11.8	23.2	19.5	25.7	16.7	4.7
SUD	29.8	30.2	13.0	26.5	43.2	35.3	14.1	8.0
ISOLE	26.0	28.8	16.7	35.7	41.7	32.6	15.5	2.9
ITALIA	48.0	43.9	12.1	25.9	26.1	25.6	13.8	4.7

Elaborazioni su dati Istat

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 2006 l'88.8% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'87.4% 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 e di Bolzano e in Lombardia, al Nord, in Umbria e Marche al Centro e in Molise, Basilicata e Abruzzo 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 12.6% 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.

In tale tabella, utilizzando i dati provvisori Istat, vengono riportate le IVG effettuate in ogni singola Regione e quelle effettuate da donne residenti nella stessa Regione (che hanno abortito nella propria Regione di residenza o in altra Regione). Quest'ultimo valore permette di calcolare il tasso di abortività per Regione di residenza che più correttamente descrive il rischio di abortività per Regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. 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, 5137 nel 2005 e 5377 nel 2006 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i contributi delle singole Regioni). 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

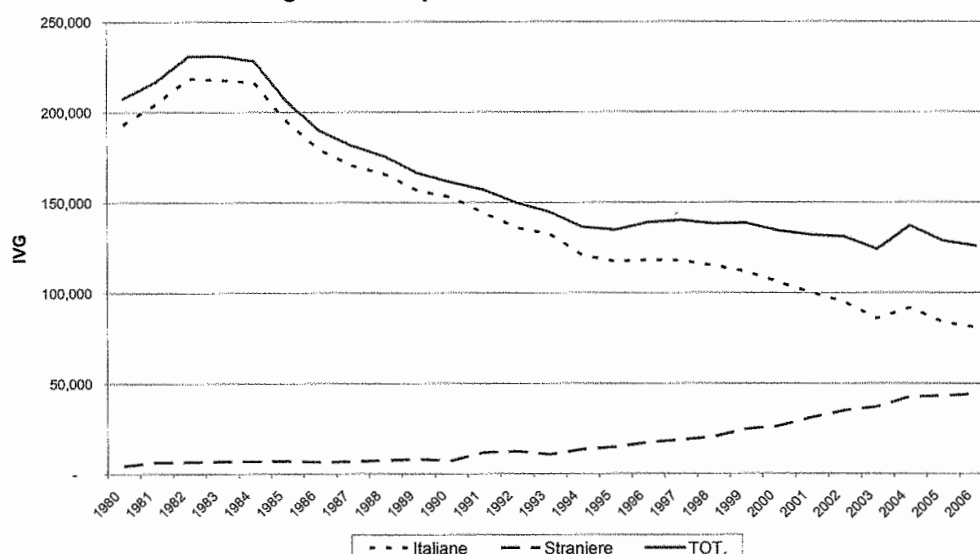
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 nel 2003, 36731 nel 2004, 37973 nel 2005 e 39436 nel 2006. Tra queste 39436 IVG effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 5377 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2006, 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, 94095 nel 2005 e 90587 nel 2006, avendo incorporato per questi ultimi tre anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982, la riduzione per le donne italiane è maggiore del 60%.

Nel 2006 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 31.6% del dato nazionale. La popolazione immigrata è soprattutto presente nelle Regioni del Centro Nord e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività. 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 (Figura 6). L'andamento delle IVG per Paese di nascita 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 1980-2006



Elaborazioni su dati Istat

Recentemente l'ISTAT ha stimato il tasso di abortività specifico per classe di età, relativo all'anno 2004, 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 2004

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
18-24	11.8	55.0
25-29	11.2	45.6
30-34	10.0	37.7
35-39	8.4	27.1
40-44	4.1	10.8
45-49	0.4	0.9
18-49 grezzo	7.8	33.0
18-49 standardizzato	7.7	29.4

Fonte: Istat

Si ritiene utile riportare quanto riferito nella relazione precedente riguardo un'indagine multicentrica del 2004 sul ricorso all'IVG tra le donne straniere, coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio. 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 e in occasione di assistenza al percorso nascita, 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 sono i dati della Sicilia e della Campania, 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 58,0% 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 cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2006, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2006

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	48.2	34.1	23.7	30.1	22.2	25.1	6.0	10.7
CENTRO	53.8	38.1	19.4	29.7	21.4	23.0	5.4	9.2
SUD	37.3	29.3	16.1	32.1	32.3	28.3	14.3	10.3
ISOLE	40.0	31.3	18.1	31.9	28.2	23.7	13.7	13.1
ITALIA	45.6	34.7	20.1	30.2	25.4	24.8	8.9	10.3

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2006 avevano uno o più nati vivi il 51,8% al Nord, il 47,2% al Centro, il 62,7% al Sud e il 60,0% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 65,9%, 61,9%, 70,7% e 68,7%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

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. L'inversione di tendenza osservata dopo il 2000 è determinata dall'aumentato contributo delle donne straniere al fenomeno abortivo.

IVG (%) per parità, 1983-2006

	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
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2000*	43.5	20.5	25.5	7.9	2.6
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2006*	41.7	23.5	25.4	7.3	2.1

* 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	(2006) *	41.7	58.3
	(2005) *	42.3	57.7
	(2004) *	42.4	57.6
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	(2005)	53.0	47.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2006, 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, 1983-2006

	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
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2006	88.8	8.7	1.8	0.5	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2006 (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, 1983-2006

	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
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2006	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9

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 1989-2006**

	1989	1990	1992	1994	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	25.0	24.5	24.9	24.2	24.3	24.9	25.4	26.3	26.9
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.5	43.8	44.2	44.4	44.5	44.6	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.)

L'aumento osservato negli ultimi anni è da imputare al sempre maggior contributo delle cittadine straniere che, come risulta dalla tabella seguente, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (38.4% rispetto a 21.7%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2006

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	15.9	24.5	3.1	8.1	1.1	4.7	20.1	37.3
CENTRO	14.8	23.1	3.3	10.7	1.2	6.8	19.3	40.6
SUD	18.4	20.5	5.6	10.4	2.8	9.5	26.8	40.4
ISOLE	13.0	16.5	2.9	6.2	1.4	4.0	17.3	26.7
ITALIA	16.1	23.5	3.8	9.0	1.6	5.7	21.6	38.2

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2006 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 28.9%. Al Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Liguria (30.0%); al Centro, in Toscana (28.9%); 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	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
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	(2006)	68.0	←	32.0	→	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.

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 2006 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti (36.9%) degli altri servizi (Tab. 16). Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano molto dalla media, si osserva in Piemonte (61.2%), in Emilia Romagna (56.9%), nel Lazio (51.0%), in Toscana (46.5%), in Umbria (42.5%) e in Lombardia (40.4%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente. Un quadro sintetico per area geografica e per cittadinanza risulta come segue:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2006

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	39.0	55.9	34.0	18.7	25.0	22.4	2.0	2.9
CENTRO	42.1	54.5	25.8	15.9	28.8	27.5	3.4	2.1
SUD	13.7	20.6	36.6	22.6	48.8	56.2	0.9	0.6
ISOLE	15.3	24.5	29.1	18.3	54.3	56.1	1.3	1.2
ITALIA	30.3	51.3	32.6	18.3	35.2	27.9	1.9	2.4

Elaborazioni su dati Istat

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.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2006

	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
2004	32.2	30.8	35.1	1.8
2006	28.1	32.9	36.9	2.1

Il maggior ricorso al consultorio familiare può essere 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 0.7 per 20000 abitanti (Tab. 17), mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2188 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, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, 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 2006 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 9.4% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (22.8%), in Emilia Romagna (20.7%), e in Puglia (10.2%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 9.3% al Nord, 12.9% al Centro, 7.6% al Sud e 4.8% 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 leggero aumento degli interventi effettuati a 11-12 settimane (da 15.8% nel 2005 a 17.2 nel 2006) e una leggera diminuzione di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 (da 38.4% nel 2005 a 36.8% nel 2006), rimanendo sostanzialmente costante (2.9%) la percentuale di IVG effettuate dopo la 12esima settimana gestazionale.

Anche per questa distribuzione 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.