



# *Ministero della Salute*

**RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA ATTUAZIONE DELLA  
LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA  
MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA  
(LEGGE 194/78)**

- DATI PRELIMINARI 2006
- DATI DEFINITIVI 2005

Roma, 4 ottobre 2007

## INDICE

PRESENTAZIONE	1
DATI PRELIMINARI ANNO 2006	9
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2005	13
1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO	13
1.1 – Valori assoluti	13
1.2 – Tasso di abortività	14
1.3 – Rapporto di abortività	16
2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG	17
2.1 – Classi di età	17
2.2 – Stato civile	19
2.3 – Titolo di studio	20
2.4 – Occupazione	21
2.5 – Residenza	21
2.6 – Cittadinanza	22
2.7 – Anamnesi ostetrica	24
2.7.1 – Nati vivi	24
2.7.2 – Aborti spontanei precedenti	26
2.7.3 – Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	27
3 – MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'IVG	29
3.1 – Documentazione e certificazione	29
3.2 – Urgenza	30
3.3 – Epoca gestazionale	30
3.4 – Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione ed intervento	32
3.5 – Luogo dell'intervento	32
3.6 – Tipo di anestesia impiegata	32
3.7 – Tipo di intervento	33
3.8 – Durata della degenza	34
3.9 – Complicanze immediate dell'IVG	35
3.10 – Obiezione di coscienza	35
TABELLE E GRAFICI	37

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2006 ed i dati definitivi relativi all'anno 2005 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

La Relazione riporta i dati raccolti dal sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG, relativi all'andamento generale del fenomeno, alle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG, alle modalità di svolgimento dell'IVG.

Riguardo il sistema di sorveglianza sulle IVG, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISTAT e con le Regioni, si conferma l'apprezzamento unanime a tutte le istituzioni coinvolte per tempestività e qualità dell'informazione su un fenomeno di tale delicatezza. Si sottolinea altresì che l'eccellente qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG non deve essere dispersa e in questo senso è necessario che segnali di difficoltà nella raccolta dei dati riportati negli ultimi anni da alcune Regioni vengano adeguatamente raccolti. Si invitano pertanto tutte le Regioni ad adottare misure idonee, anche utilizzando la consulenza tecnica messa a disposizione delle istituzioni centrali, e a promuovere momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

In merito ai dati riportati dalla relazione, in particolare si osserva:

Sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, nel 2006 sono state notificate 130'033 IVG, con un decremento del 2.1% rispetto al dato definitivo del 2005 (132'790 casi) e un decremento del 44.6 % rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2006 è risultato pari a 9.4 per 1'000, con un decremento del 2.2% rispetto al 2005 (9.6 per 1'000) e un decremento del 45.3% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000).

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2005 è risultato pari a 4.8 per 1'000 (5 per 1'000 nel 2004), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. L'abortività tra le giovani risulta più elevata nei paesi dell'Europa occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 234.7 per 1'000 con un decremento del 3.0% rispetto al 2005 (241.8 per 1'000) e un decremento del 38.3% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2005, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2005 il 29.6% del totale delle IVG, mentre, nel 1998 tale percentuale era del 10.1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando una stabilità nel numero totale degli interventi e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004 e 94'095 nel 2005, con una riduzione del 7.2% rispetto al 2004 e del 27.9% rispetto al 1996.

Nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore

competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

La sempre maggiore incidenza tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

Da alcuni anni non è stato più possibile applicare il modello matematico per la stima degli aborti clandestini perché l'errore sulla stima è dello stesso ordine di grandezza della stima stessa e per il contributo sempre più importante delle cittadine straniere che altera i parametri da inserire nel modello.

I dati relativi agli aborti ripetuti per l'anno 2005 evidenziano una percentuale del 26.3, con un lieve aumento rispetto alla percentuale dell'anno precedente (25.4), determinato dalla quota di donne straniere. Infatti l'analisi del dato riferito alle sole donne italiane risulta pari al 22.1% contro il 37.9% riferito alle donne di cittadinanza straniera. E' da sottolineare comunque che il dato percentuale di aborti ripetuti nel nostro paese resta tra i più bassi a livello internazionale.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo modeste variazioni.

Nel 90.5% dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (85.5%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (85%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda ISTAT D12, verrebbe registrata sotto la voce "anestesia generale". Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto del dato che oltre l'80% delle IVG viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. In tal senso, l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche è raccomandata.

Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2005 del 2.7%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0.7%, invariata rispetto all'anno precedente.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali. Da quanto riferito dalle Regioni, nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in cinque Regioni (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di 1'151 casi, pari allo 0.9% delle IVG effettuate nell'anno. In altri Paesi europei (Francia, Gran Bretagna, Svezia) questa metodica è ormai usata dagli anni novanta e nel 2005 più di un quarto delle donne ha scelto l'aborto farmacologico, senza che la sua introduzione abbia modificato l'andamento del tasso di abortività e il rischio di complicanze. Per quanto riguarda la registrazione del farmaco Mifepristone (nome commerciale Mifegyne, compresse da 200 mg, Titolare: Exelgyn Laboratories), si ricorda che è stata effettuata una procedura europea di "mutuo riconoscimento" conclusa il 5 luglio 1999 con la Francia come paese membro di riferimento e Austria, Belgio, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Lussemburgo e Paesi Bassi come paesi coinvolti (ove cioè il farmaco è stato successivamente commercializzato). Il farmaco risulta commercializzato anche in altri paesi

europei, quali UK e Svezia, dove il farmaco è però commercializzato per una somministrazione in associazione con farmaci differenti e in paesi extraeuropei, quali USA e Cina.

Per quanto riguarda l'Italia, ad oggi non è stata presentata alcuna domanda di autorizzazione all'immissione in commercio da parte della ditta Exelgyn Laboratories per il medicinale Mifegyne.

Nel giugno del 2007 la Commissione Europea ha approvato le raccomandazioni dell'EMEA per uniformare le indicazioni del farmaco nell'Unione Europea. Sebbene debbano essere considerate alla luce delle leggi e dei regolamenti vigenti in ogni paese, esse costituiscono un importante riferimento sanitario per i paesi membri. Le indicazioni approvate sono:

- 1) la IVG farmacologica fino a 63 giorni di amenorrea;
- 2) la preparazione della cervice uterina prima della IVG chirurgica;
- 3) la preparazione all'azione degli analoghi della prostaglandina nella IVG farmacologica;
- 4) l'induzione del travaglio in caso di morte fetale in utero e quando non è possibile utilizzare prostaglandine e ossitocici.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento, è aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (58% nel 2005, rispetto al 54.2% nel 2004) ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16.4% nel 2005, rispetto al 20.5% nel 2004), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni. Si raccomanda che le Regioni effettuino un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, oltre che del loro livello di integrazione, in particolare la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa oltre 3 settimane e la percentuale di personale obietto. A tale proposito si ricorda che l'articolo 9 della Legge affida alle Regioni il compito di garantire l'attuazione degli interventi su tutto il proprio territorio.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (35.7%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte legato al maggior ricorso da parte delle donne straniere.

Rispetto all'anno precedente, il numero dei consultori familiari pubblici risulta diminuito (2'063 nel 2005 rispetto a 2'157 nel 2004) mentre sono aumentati quelli privati (134 nel 2005 rispetto a 112 nel 2004). Il rapporto numero dei consultori per 20'000 abitanti è rimasto 0.7%, inferiore a quello previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti).

Di fronte alla tendenza delle donne italiane a rivolgersi ai medici di fiducia o ai servizi ospedalieri, piuttosto che ai consultori familiari, che potrebbe sembrare una precisa scelta delle donne, si ricorda che indagini dell'ISS condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato invece un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici, oltre che migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali.

Rispetto alla prevenzione del ricorso all'aborto, il ruolo dei consultori risulta primario. Infatti, alla luce dell'evidenza, ormai acquisita negli anni, che l'aborto rappresenta nella gran parte dei casi l'estrema ratio e non la scelta d'elezione, la prevenzione del ricorso all'aborto può essere esplicitata in tre diverse modalità.

Il più importante contributo è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti "spazi giovani" presso le sedi consultoriali.

Un secondo contributo è rappresentato dall'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento, per valutare le cause che inducono la donna alla richiesta di IVG e la possibilità di superare le stesse.

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

Si sottolinea che il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000 ha assegnato un ruolo centrale ai consultori familiari e delineato con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, le azioni da svolgere mediante offerta attiva ed i relativi indicatori. Si evidenzia altresì che negli ultimi anni anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato nei suoi documenti l'importanza di servizi strutturati e organizzati come i consultori familiari italiani.

## **Conclusioni**

La presentazione al Parlamento della Relazione sull'attuazione della legge 194/1978 e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione - come previsto dalla legge medesima - non può e non deve essere un atto formale.

Infatti il dettato della legge, esplicitamente prevedendo la necessità del monitoraggio e della valutazione annuale dei dati riferiti alle IVG e quindi dello studio dell'evoluzione del fenomeno, affida direttamente alle responsabilità istituzionali il compito del governo complessivo del sistema, al fine del raggiungimento di quelle che sono le finalità primarie della legge: la riduzione continua e progressiva dell'incidenza del fenomeno, la cancellazione dell'aborto clandestino, la promozione di una sempre maggiore competenza verso una procreazione consapevole al fine di evitare che l'aborto sia mezzo per il controllo delle nascite.

Pertanto, le evidenze che derivano dai dati riportati dal sistema di sorveglianza della legge 194/1978, che vede impegnati l'ISS e il Ministero della Salute in collaborazione con l'ISTAT da una parte, e le Regioni e le Province autonome dall'altra, devono indirizzare coerentemente le scelte programmatiche di sanità pubblica, al fine di programmare gli interventi più appropriati di prevenzione e di promozione della procreazione consapevole, di raccomandare procedure appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza e viceversa di correggere e risolvere le criticità.

L'applicazione della legge 194/1978 può - e quindi deve - essere ulteriormente migliorata. In questo senso, al fine di potenziare le strategie di sanità pubblica per la prevenzione dell'aborto, il Ministero della Salute e il governo si sono impegnati a prevedere specifici interventi, a partire dal potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari e dal rilancio ed eventuale aggiornamento del POMI, essendo la qualità e l'applicazione dei programmi strategici contenuti nel POMI, dal percorso nascita alla prevenzione dei tumori femminili, allo spazio giovani, lo strumento più efficace a produrre una ulteriore importante riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

In particolare, già con la legge 296/2006 (finanziaria 2007) sono state previste risorse per la promozione e tutela della salute delle donne e le Regioni stanno attuando programmi specifici, anche rivolti alla prevenzione dell'aborto.

Il Ministero della Salute, attraverso specifiche risorse stanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha già attivato nel luglio 2006 un Progetto nazionale "Il Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi", in collaborazione con l'ISS, indirizzato alle Regioni, che avrà una durata di 24 mesi. Tale

sperimentazione, che coinvolgerà alcune selezionate esperienze territoriali, di fronte all'obiettivo atteso di promuovere la qualità del percorso nascita attraverso un processo di valutazione condivisa degli indicatori di processo e di risultato, intende promuovere la centralità del ruolo dei servizi consultoriali.

Inoltre, in riferimento alla criticità rappresentata dal ricorso all'aborto da parte delle donne straniere, sono previsti specifici programmi e campagne di prevenzione, che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi e che prevedano il ruolo delle associazioni comunitarie e delle organizzazioni non governative per il massimo coinvolgimento possibile della popolazione femminile immigrata.

Il Ministero della Salute, altresì, d'intesa con il Ministero della Famiglia, il Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, il Ministero della Pubblica Istruzione e le Regioni, è impegnato nell'attuazione del progetto finanziato e già attivato di sperimentazione per la riorganizzazione dei consultori familiari, finalizzata a potenziarne gli interventi sociali, come previsto dalla legge 296/2006. In questo contesto, di particolare rilevanza saranno gli interventi rivolti alle/agli adolescenti, per la promozione della salute e della procreazione responsabile e alle coppie.

Il Ministero della Salute ha istituito la Commissione ministeriale sulla salute delle donne, che attraverso il lavoro di specifici gruppi di lavoro potrà offrire, anche in previsione della Prima conferenza nazionale sulla salute delle donne, ulteriori contributi propositivi e migliorativi.

Il Ministero della Salute ha inoltre istituito un Tavolo interregionale per la salute materno-infantile, evidenziando l'impegno di promuovere, tra gli altri obiettivi, anche azioni e interventi concertati al fine della promozione della prevenzione dell'aborto.

Infine, anche per sollecitare attorno allo studio dell'evoluzione del fenomeno abortivo nel nostro paese una riflessione più ampia e un dibattito pubblico che coinvolga la società nel suo insieme, si sottolineano alcune evidenze.

Innanzitutto, si sottolinea il dato eclatante relativo alla riduzione continua delle IVG tra le donne italiane, che nel 2005 sono state 94.095, con una riduzione del 60% rispetto al 1983 (anno in cui più numerose sono state le IVG). Questo significa che, pur restando il dato delle IVG tra le donne straniere una forte criticità, la responsabilità femminile rispetto alla procreazione è cresciuta nel nostro paese, dimostrando come la promozione della competenza e della consapevolezza delle donne sia l'obiettivo più importante da raggiungere.

Si ritiene opportuno richiedere all'ISS, per la prossima Relazione sull'applicazione della legge, la presentazione di alcuni dati distinti per le donne italiane e le donne straniere, in quanto la loro relativa elaborazione può offrire una più precisa analisi del fenomeno abortivo, anche suggerendo le iniziative specifiche da implementare.

Un ulteriore elemento che si intende sottolineare è che la legalizzazione dell'aborto, determinando la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino, ha comportato anche l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata. Inoltre la legalizzazione non ha favorito la diffusione del fenomeno, come da più parti si temeva, ma piuttosto la sua sostanziale riduzione, grazie alla promozione di un maggiore e più efficace ricorso a metodi di procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge. Infatti l'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate, poiché, se tale rischio fosse rimasto costante nel tempo, avremmo avuto percentuali doppie di quelle osservate, come analizzato da studi matematici riportati dalla Relazione.

Si sottolinea altresì, come già espresso nella relazione dello scorso anno, che laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini di eliminazione della legalizzazione dell'aborto, per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità e viceversa il ripristino

della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente.

Inoltre, anche alla luce del dibattito che si è sviluppato in merito alla applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, che prevede un impegno specifico dei consultori familiari ad aiutare la donna a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione volontaria di gravidanza, merita di essere approfondito il tema del rapporto tra natalità e abortività. In questo senso si ribadisce che le politiche di prevenzione dell'aborto non si identificano con le politiche per la promozione della natalità, essendo natalità e abortività fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto ed avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo, se non è associata alla promozione della procreazione responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. Vi sono paesi, infatti, ove è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, molto presumibilmente proprio per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile, inefficaci a promuovere lo sviluppo di capacità e consapevolezza, nel rispetto della scelta della donna e della coppia, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche.

Pertanto, mentre convintamente si ribadisce che nel nostro Paese è necessaria e auspicabile una vera e seria strategia di politiche pubbliche di promozione della natalità, cui le responsabilità complessive del governo sono chiamate, si ribadisce altresì che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica, attraverso un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti, nonché delle/degli operatrici/operatori dei servizi.

Il Ministro della Salute ritiene altresì opportuno verificare la possibilità di effettuare una indagine campionaria, coordinata dall'ISS, sul numero dei colloqui svolti nei consultori familiari, non rilevabile dal modello D12/ISTAT, al fine di evidenziarne - secondo il dettato della legge - la loro importanza, pur sottolineando la parzialità e quindi la scarsa significatività di una rilevazione statistica che non possa prevedere anche l'attività svolta dai medici di fiducia o dei servizi ospedalieri cui si rivolgono in gran parte le donne italiane.

Infine, in relazione al tema del ricorso all'aborto dopo i 90 giorni, non eludendo la complessità delle riflessioni ad esso collegate, si sottolinea che il ricorso all'aborto in queste età gestazionali è rigorosamente normato dalla legge. Gli articoli 6 e 7 della legge infatti prevedono ambiti precisi entro i quali si possono effettuare le IVG dopo i 90 giorni: quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna o quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un pericolo grave per la salute fisica o psichica della donna. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'IVG può essere praticata solo nel caso di grave pericolo per la vita della donna e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

In questo senso, si ribadisce non essere in alcun modo lo spirito e l'obiettivo della legge 194/1978 quello di perseguire finalità eugenetiche, bensì la salvaguardia della salute e del benessere psico-fisico della donna. Si sottolinea altresì quanto l'indicazione dei legislatori, rimandando alla continua evoluzione del progresso medico, scientifico e tecnologico la previsione della possibilità di vita autonoma del feto, si sia dimostrata saggia e lungimirante, rispettosa del valore della tutela della salute della donna e anche della vita del nascituro.

In conclusione, il Ministro della Salute, nell'affidare al Parlamento la Relazione sull'applicazione della legge 194/1978, ritiene giusto e necessario affermare che la legge ha permesso un cambiamento sostanziale del fenomeno abortivo nel nostro Paese, che la legge è



stata e continua ad essere efficace nel raggiungimento degli obiettivi attesi e che la sua applicazione può essere ulteriormente migliorata.

Il Ministro della Salute, assumendo la piena applicazione della legge 194/1978 come priorità delle scelte di sanità pubblica, non ravvisa la necessità di una sua modifica, ma viceversa sottolinea la necessità di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e delle/degli operatrici/operatori dei servizi

Il Ministro della Salute, evidenziando la complessità dei valori etici che i legislatori hanno consegnato alle istituzioni e alla società nel suo insieme, ribadisce che la legge è stata e continua a essere non solo efficace, ma saggia e lungimirante, profondamente rispettosa dei principi etici della tutela della salute della donna e della responsabilità femminile rispetto alla procreazione, del valore sociale della maternità e del valore della vita umana dal suo inizio.

Livia Turco



## DATI PRELIMINARI ANNO 2006

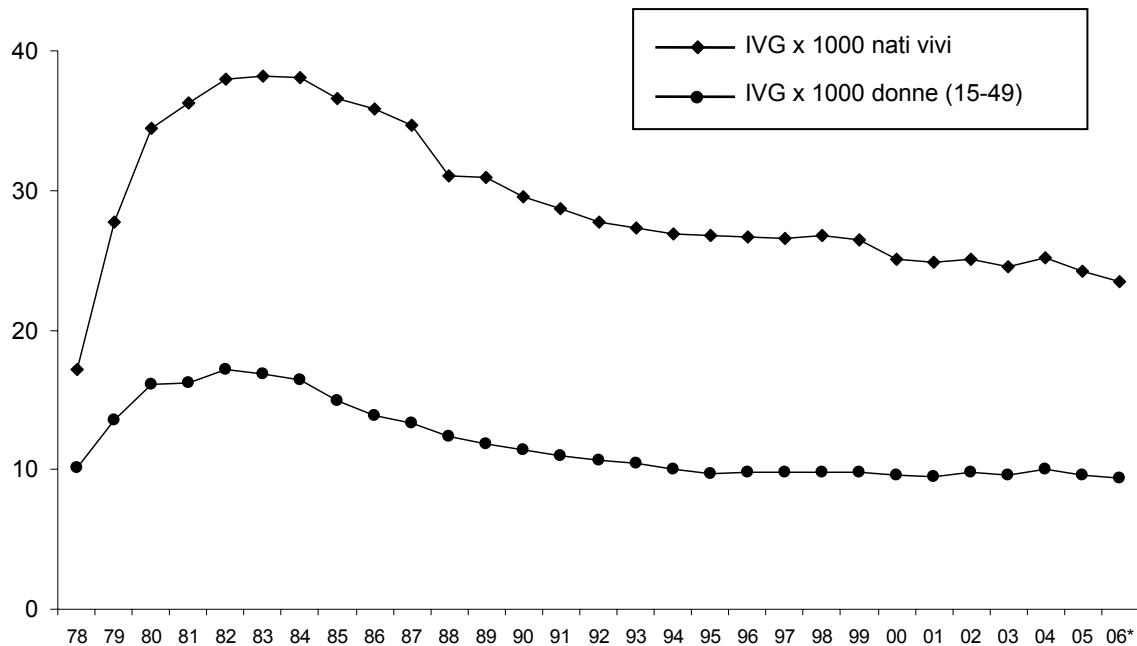
Per l'anno 2006 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Sono state notificate 130033 IVG (Tab. A), con un decremento dell'2.1% rispetto al dato definitivo del 2005 (132790 IVG) e un decremento del 44.6% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.4 per 1000 donne di età 15-49 anni ( Tab. B), con un decremento del 2.2% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2005 (9.6 per 1000) e con una riduzione del 45.3% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (549097) del 2005, forniti dall'ISTAT, ed è risultato pari a 234.7 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 3.0% rispetto al 2005 (241.8 per 1000) e un decremento del 38.3% rispetto al 1982.

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

**Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2006**



\* dato provvisorio

**Tabella A**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2006 - Valori assoluti: dati 2006 e confronti con il 2005

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2006	TOTALE 2005	VAR. %
	I	II	III	IV			
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>16496</b>	<b>15712</b>	<b>13977</b>	<b>13642</b>	<b>59827</b>	<b>60280</b>	<b>-0.8</b>
Piemonte	3094	2846	2574	2516	11030	11174	-1.3
Valle d'Aosta	78	74	57	65	274	242	13.2
Lombardia	6196	5915	5103	5034	22248	22468	-1.0
Bolzano	135	153	126	150	564	588	-4.1
Trento	371	355	332	298	1356	1243	9.1
Veneto	1898	1866	1662	1664	7090	7151	-0.9
Friuli Venezia Giulia	575	565	502	465	2107	2309	-8.7
Liguria	998	969	908	825	3700	3726	-0.7
Emilia Romagna	3151	2969	2713	2625	11458	11379	0.7
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>8251</b>	<b>7659</b>	<b>6634</b>	<b>6137</b>	<b>28681</b>	<b>29500</b>	<b>-2.8</b>
Toscana	2537	2367	1994	1774	8672	8758	-1.0
Umbria	618	580	516	464	2178	2279	-4.4
Marche	741	676	562	602	2581	2589	-0.3
Lazio	4355	4036	3562	3297	15250	15874	-3.9
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>8706</b>	<b>8218</b>	<b>6838</b>	<b>6178</b>	<b>29940</b>	<b>31143</b>	<b>-3.9</b>
Abruzzo	727	737	603	610	2677	2760	-3.0
Molise	218	157	126	150	651	616	5.7
Campania	3411	3097	2612	2138	11258	11967	-5.9
Puglia	3256	3100	2572	2405	11333	11953	-5.2
Basilicata	202	202	175	122	701	591	18.6
Calabria	892	925	750	753	3320	3256	2.0
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>3411</b>	<b>3136</b>	<b>2576</b>	<b>2462</b>	<b>11585</b>	<b>11867</b>	<b>-2.4</b>
Sicilia	2760	2520	2050	1973	9303	9497	-2.0
Sardegna	651	616	526	489	2282	2370	-3.7
<b>ITALIA</b>	<b>36864</b>	<b>34725</b>	<b>30025</b>	<b>28419</b>	<b>130033</b>	<b>132790</b>	<b>-2.1</b>

**Tabella B**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2006 - Tassi di abortività: dati 2006 e confronti con il 2005

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2006	2005	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>9.8</b>	<b>9.9</b>	<b>-1.2</b>
Piemonte	11.4	11.5	-1.2
Valle d'Aosta	9.6	8.6	12.2
Lombardia	10.0	10.2	-1.4
Bolzano	4.9	5.1	-5.2
Trento	11.6	10.7	8.5
Veneto	6.4	6.5	-1.3
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.7	-8.5
Liguria	10.9	11.2	-2.1
Emilia Romagna	12.2	12.2	-0.3
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>10.8</b>	<b>11.2</b>	<b>-3.2</b>
Toscana	10.7	10.9	-1.7
Umbria	11.1	11.8	-5.6
Marche	7.4	7.5	-0.6
Lazio	11.8	12.3	-4.0
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>8.5</b>	<b>8.8</b>	<b>-3.4</b>
Abruzzo	8.7	9.0	-3.0
Molise	8.7	8.2	6.5
Campania	7.6	8.1	-5.7
Puglia	11.2	11.8	-4.6
Basilicata	4.9	4.1	19.5
Calabria	6.7	6.5	2.8
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>7.0</b>	<b>7.2</b>	<b>-2.0</b>
Sicilia	7.5	7.7	-1.7
Sardegna	5.5	5.7	-3.1
<b>ITALIA</b>	<b>9.4</b>	<b>9.6</b>	<b>-2.2</b>

**Tabella C**

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2006 - Rapporti di abortività: dati 2006 e confronti con il 2005

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2006	2005	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>244.2</b>	<b>248.5</b>	<b>-1.7</b>
Piemonte	290.8	298.9	-2.7
Valle d'Aosta	232.4	223.9	3.8
Lombardia	251.2	254.9	-1.5
Bolzano	127.2	114.0	11.6
Trento	260.5	241.5	7.9
Veneto	151.5	155.4	-2.5
Friuli Venezia Giulia	219.9	246.5	-10.8
Liguria	304.7	310.6	-1.9
Emilia Romagna	292.5	297.1	-1.5
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>267.3</b>	<b>281.4</b>	<b>-5.0</b>
Toscana	276.2	285.4	-3.2
Umbria	277.8	285.2	-2.6
Marche	190.2	194.7	-2.3
Lazio	279.9	300.2	-6.8
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>217.0</b>	<b>226.7</b>	<b>-4.3</b>
Abruzzo	246.9	252.2	-2.1
Molise	269.1	248.9	8.1
Campania	175.6	189.4	-7.2
Puglia	304.4	318.0	-4.3
Basilicata	142.5	121.4	17.4
Calabria	179.9	178.0	1.0
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>181.5</b>	<b>184.6</b>	<b>-1.7</b>
Sicilia	184.9	186.9	-1.0
Sardegna	168.5	175.9	-4.2
<b>ITALIA</b>	<b>234.7</b>	<b>241.8</b>	<b>-3.0</b>

## 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%

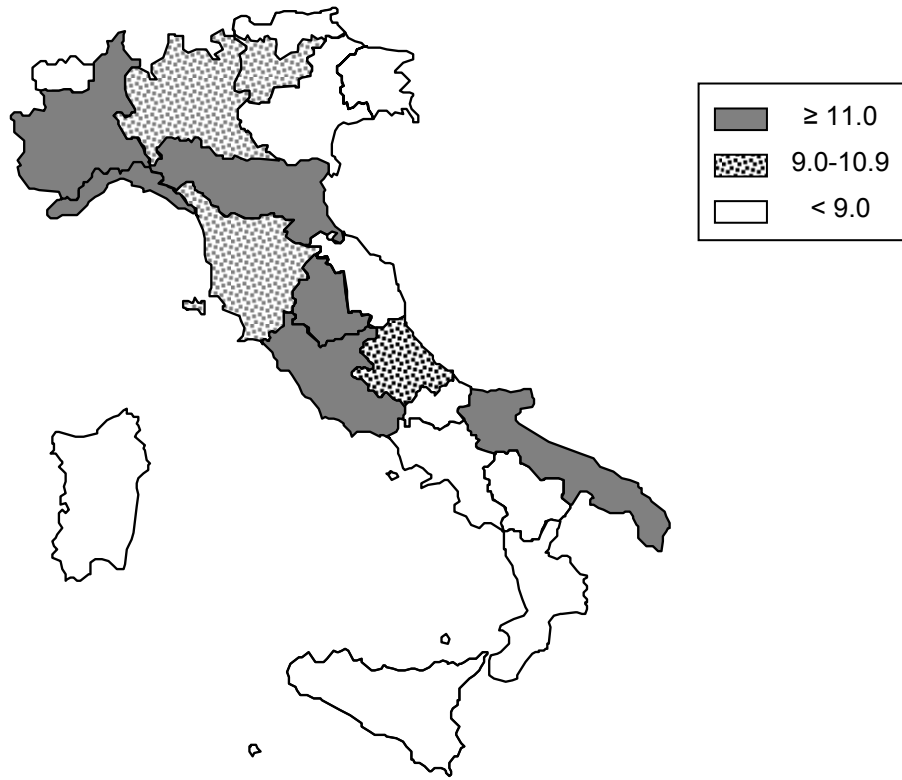
\* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

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

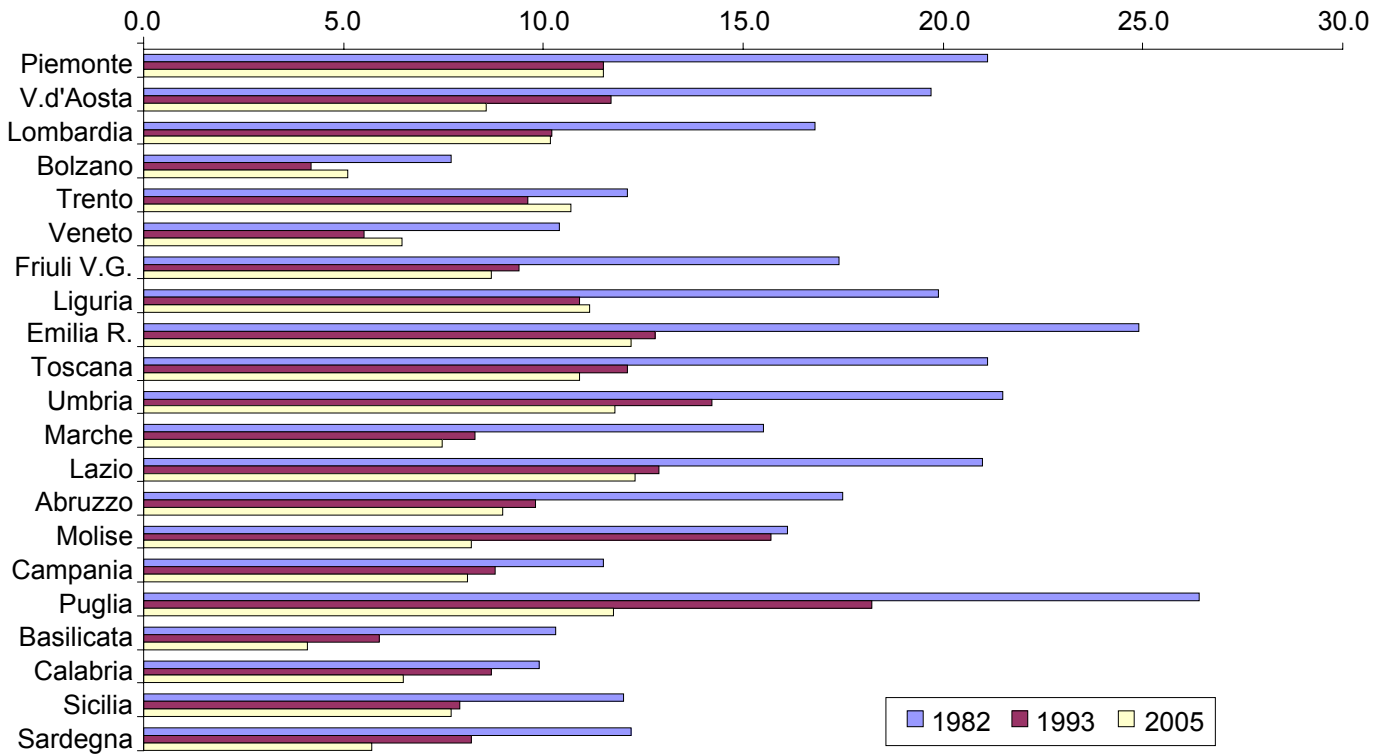
La figura 2 presenta i valori regionali per il 2005. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2005 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Emilia Romagna e in Puglia.



**Figura 2 – Tassi di abortività - 2005**

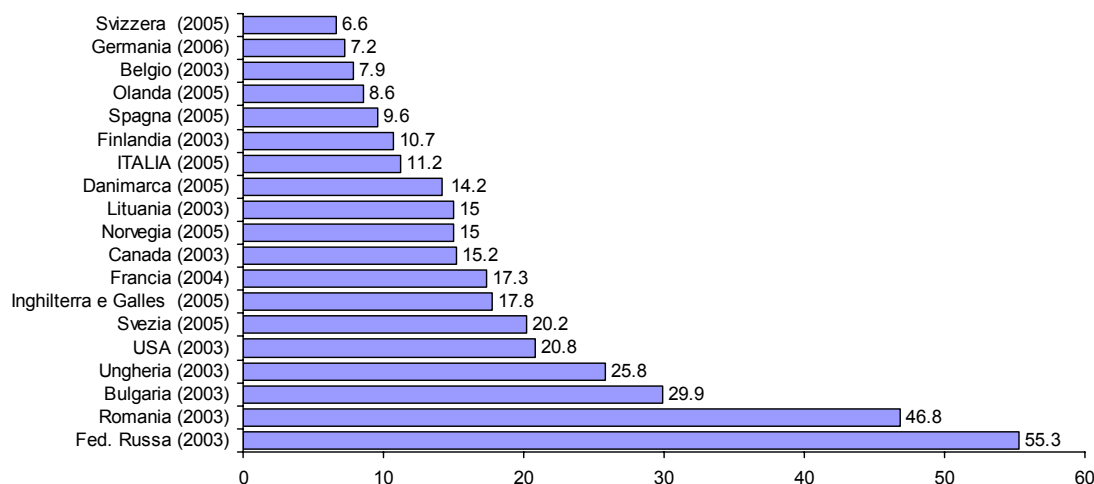


**Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2005**



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. *Études 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](http://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:

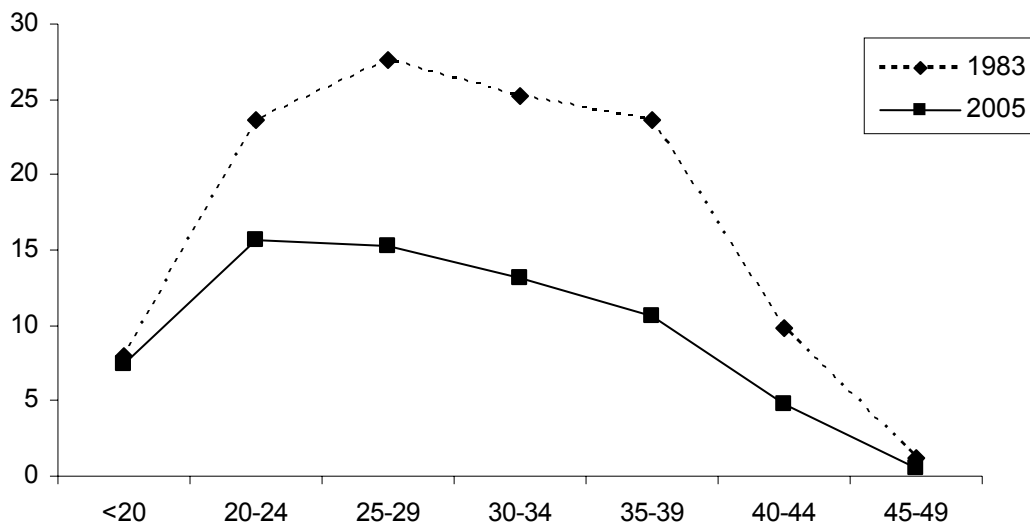
## Tassi di abortività per età, 1983-2005

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**

<b>PAESE</b>	<b>ANNO</b>	<b>&lt;20</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>
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**

	<b>Coniugate</b>	<b>Già coniugate</b>	<b>Nubili</b>
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.

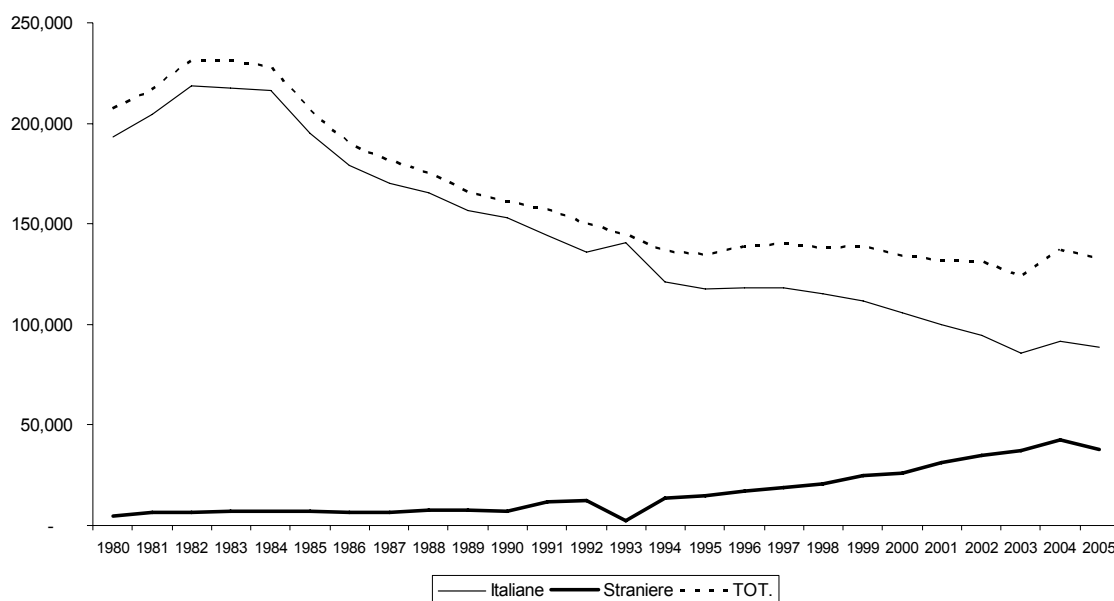
Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 124448 nel 1998, a 113656 nel 2000, 106918 nel 2001, 104403 nel 2002, 99081 nel 2003, 101392 nel 2004 e 94095 nel 2005, avendo incorporato per questi ultimi tre anni la quota attribuibile di non rilevati.

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	
	Italiene	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  $\geq 1$ .

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 2005, si ottiene il seguente quadro:

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

	<b>N° nati vivi</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 o più</b>
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**

	<b>N° figli (o nati vivi, dal 2000)</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 o più</b>
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.

### 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 2005 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti (35.7%) 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 (58.8%), in Emilia Romagna (55.8%), nel Lazio (51.4%), in Toscana (44.7%), in Umbria (40.8%), in Lombardia (38.8%) e in Veneto (37.5%) 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, 1983-2005**

	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
2005	31.0	31.3	35.7	2.0

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 0.71 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 2063 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 2005 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 (25.1%), in Emilia Romagna (21.1%), e in Puglia (11.2%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 8.9% al Nord, 13.1% al Centro, 8.5% 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 decremento degli interventi effettuati a 11-12 settimane (da 16.8% nel 2004 a 15.8% nel 2005) e un aumento di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 (da 37.0% nel 2004 al 38.4% nel 2005), rimanendo sostanzialmente costante (2.7%) 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.

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 2005, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	2.8	Marche	2.9
V. Aosta	2.9	Lazio	3.0
Lombardia	2.8	Abruzzo	1.2
Bolzano	8.0	Molise	0.9
Trento	2.7	Campania	0.7
Veneto	6.5	Puglia	1.8
Friuli V.G.	3.5	Basilicata	2.8
Liguria	2.1	Calabria	1.0
Emilia Rom.	2.8	Sicilia	2.5
Toscana	2.2	Sardegna	5.2
Umbria	1.7		
		<b>ITALIA</b>	<b>2.7</b>

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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2005)	132790	11.0	2.7
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, che può essere dovuta ad un effetto raro di ritardo di ricorso ai servizi, come avviene in generale per le donne di cittadinanza straniera, oppure al peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze volute interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

### 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 2005 è aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (58.0%, Tab. 21), rispetto al 2004 (54.2%). È diminuita molto la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane: 16.4% nel 2005, rispetto a 20.5% nel 2004. La cittadinanza straniera è associata a maggiore tempo di attesa. Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge.

### 3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2005 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, 1983-2005**

	<b>Istituto Pubblico</b>	<b>Casa di cura</b>	<b>Ambulatorio</b>
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
2005	91.1	8.9	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 2005 permane elevato (85%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda ISTAT D12, verrebbe registrata sotto la voce "anestesia generale". (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 12.4% degli interventi, senza

significative modificazioni rispetto al 2004. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2005, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

**IVG (%) per tipo di anestesia e per area geografica, 2005**

	Generale	Locale	Analgesia	Altro	Nessuna
NORD	87.4	9.4	0.9	1.8	0.5
CENTRO	72.2	24.9	0.1	0.5	2.3
SUD	89.1	9.5	0.7	0.3	0.5
ISOLE	95.7	2.9	0.4	0.0	0.9
ITALIA	85.0	12.4	0.6	1.0	0.9

Con l'eccezione delle Marche, c'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte recentemente dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guideline n.7. London: RCOG Press; 2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale. Nel 2003 l'OMS ha licenziato linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale per maggiore tutela della salute della donna e per minori costi.

### 3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2005 (Tab. 25). Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

**IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2005**

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1991	15.8	33.4	50.2	0.6
1995	14.9	24.8	57.5	2.8
2000*	15.6	19.5	63.6	1.3
2001*	15.1	21.1	62.5	1.3
2002*	14.0	23.0	61.8	1.3
2003*	15.2	22.2	61.2	1.4
2004*	13.3	20.2	64.9	1.6
2005*	12.9	19.3	66.2	1.7

\* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna, Calabria, Abruzzo e Sicilia, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 25% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia

settentrionale e centrale. Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, queste Regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso. L'analisi per area geografica è riportata nella seguente tabella:

**IVG (%) per tipo di intervento e per area geografica, 2005**

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	9.7	23.3	65.2	1.8
CENTRO*	8.2	26.3	62.2	3.3
SUD	14.5	10.4	74.3	0.7
ISOLE	32.7	12.4	53.4	1.5
ITALIA*	12.9	19.3	66.2	1.7

\* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

È da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni ad hoc dei modelli D12/ISTAT.

Si rimanda alla relazione presentata nel 2003 per un approfondimento delle problematiche relative al tipo di intervento.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO, 2003) e da altre Agenzie internazionali.

Da quanto riferito dalle Regioni, nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in cinque Regioni (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di 1151 casi, pari allo 0,9% delle IVG effettuate nell'anno.

### 3.8 Durata della degenza

Nel 90.5% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 5.3% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in alcune Regioni del Sud: Calabria, Basilicata, Abruzzo, Sardegna e Campania. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

**IVG (%) per durata della degenza, 1983-2005**

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1991	72.9	19.0	8.0
2000	83.1	12.2	4.7
2002	87.3	8.6	4.1
2003	90.4	6.4	3.2
2004	90.0	6.2	3.7
2005	90.5	5.3	4.1

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2004 è stata la seguente:

**IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2004-2005**

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
NORD	92.0	93.9	6.2	4.2	1.9	2.0
CENTRO	96.3	95.4	1.8	2.7	1.9	1.9
SUD	82.2	80.4	10.5	10.9	7.4	8.8
ISOLE	82.4	86.0	6.0	3.2	11.6	10.8
ITALIA	90.0	90.5	6.2	5.3	3.7	4.1

### 3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2005 sono state registrate 2.9 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Non si hanno sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti.

### 3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Solo poche Regioni hanno aggiornato l'informazione relativa al 2004, pertanto la tabella riporta per ogni Regione l'ultimo dato disponibile. Con questa avvertenza, per il 2005 risultano aver opposto obiezione di coscienza il 58.7% dei ginecologi, il 45.7% degli anestesisti ed il 38.6% del personale non medico.



## TABELLE E GRAFICI

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2004-2005
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 1996-2005
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale
- Tabella 29 - Valori, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività