



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 2007
- DATI DEFINITIVI 2006

Roma, 21 Aprile 2008

INDICE

PRESENTAZIONE	1
DATI PRELIMINARI ANNO 2007	7
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2006	11
1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO	11
1.1 – Valori assoluti	11
1.2 – Tasso di abortività	12
1.3 – Rapporto di abortività	14
2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG	15
2.1 – Classi di età	15
2.2 – Stato civile	17
2.3 – Titolo di studio	18
2.4 – Occupazione	19
2.5 – Residenza	19
2.6 – Cittadinanza	20
2.7 – Anamnesi ostetrica	22
2.7.1 – Nati vivi	22
2.7.2 – Aborti spontanei precedenti	23
2.7.3 – Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	24
3 – MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'IVG	27
3.1 – Documentazione e certificazione	27
3.2 – Urgenza	28
3.3 – Epoca gestazionale	28
3.4 – Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione ed intervento	30
3.5 – Luogo dell'intervento	31
3.6 – Tipo di anestesia impiegata	31
3.7 – Tipo di intervento	32
3.8 – Durata della degenza	33
3.9 – Complicanze immediate dell'IVG	33
3.10 – Obiezione di coscienza	34
TABELLE E GRAFICI	35

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente Relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2007 ed i dati definitivi relativi all'anno 2006 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.

Ringrazio tutti coloro che lavorano nel sistema di sorveglianza sulle IVG, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISTAT, in particolare i referenti regionali, per lo sforzo organizzativo straordinario che si è reso necessario per venire incontro alla mia richiesta di anticipare la presentazione della relazione, al fine di rispettare il mio impegno istituzionale di riferire sull'applicazione della legge nel periodo di vigenza del mio mandato.

Tale anticipazione ha comportato la necessità di stimare alcuni dati relativi al 2007, per la non disponibilità, a tutt'oggi, dei dati definitivi. Tenendo conto delle precedenti esperienze, i valori definitivi non dovrebbero discostarsi più dell'1% dai valori stimati.

Nonostante l'eccellente qualità del sistema di sorveglianza, si segnalano alcune difficoltà nella raccolta dei dati da parte di alcune Regioni, come già sottolineato nelle precedenti relazioni. Ancora una volta si invitano 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 2007 sono state effettuate 127'038 IVG, con un decremento del 3.0% rispetto al dato definitivo del 2006 (131'018 casi) e un decremento del 45.9% 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 2007 è risultato pari a 9.1 per 1'000, con un decremento del 3.1% rispetto al 2006 (9.4 per 1'000) e un decremento del 47.1% 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 2006 è risultato pari a 4.9 per 1'000 (4.8 per 1'000 nel 2005), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani italiane rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 224.8 per 1'000 con un decremento del 4.5% rispetto al 2006 (235.5 per 1'000) e un decremento del 40.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2006, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2006 il 31.6% 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, 94'095 nel 2005 e 90'587 nel 2006, con una riduzione del 3.7% rispetto al 2005 e del 30.6% rispetto al 1996.

In generale 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

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

La sempre maggior incidenza tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggior 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.

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle straniere, nella presente relazione, grazie alla collaborazione con l'ISTAT, vengono riportate, per le variabili significative, le distribuzioni di frequenza per cittadinanza italiana e straniera, al fine di una più accurata descrizione del fenomeno.

Tuttavia occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana e quindi vanno valutati con cautela.

Mentre nella Relazione presentata nell'anno passato la stima degli aborti clandestini per l'anno 2005 era stata presunta e non valutata, ipotizzando una persistenza residuale di aborto clandestino non superiore alle 20.000 unità, quest'anno, pur tenendo conto dei limiti già segnalati di applicabilità del modello matematico utilizzato, è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima è di 15.000 aborti clandestini e si ricorda che questo dato riguarda solo le donne italiane, in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100.000 casi nel 1983).

L'incremento della percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva, 26.9% nel 2006 rispetto a 26.3% nel 2005, si conferma determinato dal contributo delle donne straniere. Infatti per queste ultime la percentuale di aborti ripetuti è pari al 38.4%, mentre tra le italiane è 21.7%. 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 91.5% dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (84.7%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (84.8%) 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 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 2006 del 2.9%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2.2%; 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 e nel 2007 in cinque Regioni (Trento, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Puglia) per un totale di 1070 casi (ipotizzando che il valore della Toscana, che non è riuscita a fornire il dato, sia rimasto invariato).

In altri Paesi europei (Francia, Gran Bretagna, Svezia) questa metodica è ormai usata dagli anni novanta e nel 2006 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.

Si ricorda che il mifepristone nel 2007 è stato sottoposto ad una procedura di referral relativa al regime posologico ed al rischio di infezioni anche fatali da *Clostridium Sordellii*, da parte del Comitato dei medicinali per Uso Umano dell'EMEA (CHMP), secondo l'articolo 31 della Direttiva CE/2001/83 ("referral for community interest"), con una rivalutazione complessiva del profilo di efficacia/sicurezza del prodotto. Il CHMP ha concluso che "il rapporto rischi/benefici dei medicinali contenenti mifepristone nelle indicazioni concordate è favorevole", raccomandando di confermare le autorizzazioni all'immissione in commercio per il mifepristone. Il parere positivo del CHMP, adottato in data 22 marzo 2007, è stato ratificato dalla Commissione Europea con decisione vincolante per tutti i Paesi Membri in data 14 giugno 2007.

La Commissione Europea, come tra l'altro già riportato nell'ultima relazione presentata al Parlamento, ha anche approvato le raccomandazioni dell'EMEA per uniformare le indicazioni del farmaco nell'Unione Europea. Per quanto concerne il suo uso nell'IVG sono state approvate: le indicazioni all'IVG farmacologica fino a 63 giorni di amenorrea, la preparazione della cervice uterina prima della IVG chirurgica, la preparazione all'azione degli analoghi della prostaglandina nella IVG farmacologia.

In relazione alla domanda di autorizzazione all'immissione in commercio per il MIFEGYNE® (mifepristone) in Italia, si ricorda che la domanda è pervenuta all'AIFA in data 9 Novembre 2007, secondo la procedura europea di Mutuo Riconoscimento; che tale procedura registrativa risulta obbligatoria essendo il prodotto già autorizzato in Francia a partire dal 1988; che parallelamente anche in Ungheria, Lettonia, Portogallo e Romania è stata richiesta autorizzazione. Il prodotto è invece già autorizzato in Austria, Belgio, Germania, Danimarca, Grecia, Spagna, Finlandia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Estonia, Norvegia, Regno Unito e Svezia. La documentazione presentata dall'azienda in Italia a supporto della autorizzazione all'immissione in commercio è stata sottoposta dall'AIFA e dalla Commissione Tecnico Scientifica ad una fase di approfondita valutazione scientifica, che ha seguito in modo rigoroso e trasparente le tempistiche previste dalla Direttiva 2001/83 sulle procedure di Mutuo Riconoscimento. A seguito della istruttoria, la Commissione Tecnico Scientifica ha espresso un parere favorevole condividendo le valutazioni espresse dal CHMP al termine della procedura di referral ricordata.

L'iter di autorizzazione all'immissione in commercio del Mifegyne non è ancora concluso. E' necessario infatti che l'azienda presenti all'AIFA una specifica richiesta per la classificazione e la definizione del prezzo e del regime di rimborsabilità. e che il Consiglio di Amministrazione dell'AIFA esprima il proprio parere finale sulla autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale.

Nel caso di autorizzazione all'immissione in commercio, si sottolinea che deve in ogni caso essere garantito il pieno rispetto di quanto previsto dalla legge 194/78, con impiego del farmaco esclusivamente in ambito ospedaliero, con divieto di vendita al pubblico e in alternativa all'interruzione chirurgica di gravidanza e con la attivazione di un registro di carico e scarico presso le strutture sanitarie autorizzate; deve essere assicurato un monitoraggio dell'impiego e degli eventi avversi, analogamente a quanto avviene per la IVG chirurgica da parte del sistema di sorveglianza.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) è diminuita la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (56.7% nel 2006, rispetto al 58.0% nel 2005) ed è di conseguenza aumentata la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (18.0% nel 2006, rispetto al 16.4% nel 2005), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Quest'anno, inoltre, quasi tutte le Regioni sono state in grado di fornire un dato aggiornato della percentuale di personale obiettore. Si ricorda che nelle Relazioni precedenti per alcune Regioni i dati più recenti si riferivano all'anno 2003, mentre per altre addirittura al 1999. Si evince un aumento generale dell'obiezione di coscienza negli ultimi anni per tutte le professionalità. A livello nazionale, per i ginecologi si passa dal 58.7% al 69.2%; per gli anestesisti, dal 45.7% al 50.4%; per il personale non medico, dal 38.6% al 42.6%. Per alcune Regioni l'aumento è molto rilevante, soprattutto nel Sud. Ad esempio in Campania i dati sono quasi raddoppiati, in quanto l'obiezione per i ginecologi aumenta dal 44.1% al 83.0%; per gli anestesisti dal 40.4% al 73.7%; per il personale non medico, dal 50% al 74%. In Sicilia, per i ginecologi l'obiezione aumenta dal 44.1% al 84.2%; per gli anestesisti dal 43.2% al 76.4%; per il personale non medico, dal 41.1% al 84.3%. Ma anche nel Nord, come ad esempio in Veneto, l'obiezione è superiore al dato nazionale: per i ginecologi, 79.1%; per gli anestesisti, 49.7%; per il personale non medico, 56.8%.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (36.9%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte per il maggior ricorso da parte delle donne straniere.

Infatti per il 2006 questo dato è risultato 30.3% tra le donne italiane rispetto al 51.3% per le cittadine straniere. Quest'ultime ricorrono al CF in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato nel 2006 è stato 2188 e 103 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel 2005, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti).

Si conferma la necessità, come costantemente raccomandato, di un potenziamento di questi servizi e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'ISS, riguardanti il percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio.

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, come indicato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000.

Primo tra tutti i 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 qualificata, 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. A tale proposito va sottolineato che i consultori familiari sono di gran lunga più competenti nell'attivazione di reti di sostegno per la maternità, in collaborazione con i servizi sociali dei comuni e con il privato sociale.

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 definitiva si ribadisce la necessità di 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 ritornare per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Conclusioni

Anche quest'anno la Relazione al Parlamento non intende essere un atto formale, ma lo strumento istituzionale per indirizzare coerentemente le scelte programmatiche di sanità pubblica, a partire dalle evidenze riportate dal sistema di sorveglianza della legge 194/1978, al fine di correggere e risolvere le criticità, pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione e di promozione della procreazione, raccomandare le procedure più appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza.

Il dettato della legge affida alle istituzioni centrali e regionali il compito del governo del sistema, al fine del raggiungimento di quelle che sono le finalità primarie della legge stessa: 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.

In questo senso, come Ministro della Salute ho il compito di promuovere specifiche raccomandazioni alle Regioni su alcuni aspetti salienti.

Innanzitutto, si raccomanda di adottare specifici interventi di prevenzione rivolti alle donne straniere che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi. Infatti il dato eclatante relativo, da un lato, al costante aumento delle IVG da parte delle donne straniere (dovuto prevalentemente ad una loro maggiore presenza in Italia) e, contemporaneamente, dall'altro, alla riduzione continua delle IVG tra le donne italiane (che nel 2006 sono state 90'587, con una riduzione di oltre il 60% rispetto al 1982, anno in cui più numerose sono state le IVG), 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 ancora una volta come la promozione della competenza e della consapevolezza delle donne sia l'obiettivo più importante da raggiungere.

In particolare si raccomanda di promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; di organizzare i servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; di promuovere una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata.

Inoltre si richiama quanto precisato nella nota illustrativa inviata alle Regioni in data 19 febbraio 2008, sull'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia: le cittadine comunitarie, anche non iscritte al SSN, hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti, tra cui sono incluse quelle relative alla tutela della maternità e all'IVG.

Si raccomanda altresì di promuovere il potenziamento dei consultori, quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo. Si ricorda che come Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, abbiamo ultimato la ricognizione anagrafica, aggiornata all'anno 2007, dei consultori familiari e degli spazi giovani presenti sul territorio nazionale e abbiamo attivato presso il Tavolo Interregionale Materno-Infantile della Conferenza unificata un monitoraggio quantitativo e qualitativo delle attività svolte dai consultori familiari, in coerenza con le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile.

Si raccomanda inoltre di adottare misure idonee a ulteriormente ridurre la morbilità da IVG e per il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi, con la riduzione dei tempi di attesa e l'adozione di tecniche più appropriate di intervento e anestesia, anche attraverso l'aggiornamento delle procedure e del personale preposto, come previsto dall'articolo 15 della legge 194/1978.

Si raccomanda ancora di monitorare l'adeguata offerta delle prestazioni, anche in relazione all'aumento del fenomeno dell'obiezione di coscienza da parte del personale dei servizi, al fine da una parte di garantire la libertà di obiezione –riconosciuta dall'articolo 9 della legge 194/1978- e dall'altra di garantire la continuità assistenziale. Infatti in alcune Regioni l'obiezione di coscienza ha raggiunto livelli tali da prefigurare un'oggettiva condizione di grave

difficoltà per le donne nell'accesso ai servizi. In questo senso si ribadisce che sono le Regioni – in applicazione del medesimo articolo 9 della legge- che devono controllare e garantire l'attuazione della legge, anche attraverso la mobilità del personale. Si raccomanda che esse effettuino un costante monitoraggio delle modalità operative dei servizi, attraverso indicatori della disponibilità e qualità dei medesimi, in particolare la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane, i tempi di attesa oltre 3 settimane e la percentuale di personale obiettore.

Si raccomanda anche l'adozione e il raggiungimento di standard uniformi su tutto il territorio nazionale in relazione all'appropriatezza e alla qualità nel percorso della diagnosi prenatale e in particolare nei casi di anomalie cromosomiche e malformazioni, al fine di garantire l'immediata e reale presa in carico dei bisogni della donna e della coppia all'interno della rete organizzativa integrata dei servizi coinvolti, con l'offerta di équipes multidisciplinari, per garantire la più corretta informazione sulla natura delle malformazioni diagnosticate e sulla possibilità di cure, nel rispetto e in applicazione degli articoli 6 e 7 della legge 194/1978.

Si raccomanda, infine, in merito all'applicazione degli articoli 2 e 5 della legge 194/1978, l'implementazione delle misure necessarie alla rimozione delle cause che potrebbero indurre la donna all'IVG, sostenendo le maternità difficili, e la promozione dell'informazione sul diritto a partorire in anonimato, nonché su tutta la legislazione a tutela della maternità.

In conclusione, mentre si ribadisce che nel nostro Paese è necessaria e auspicabile una forte strategia di politiche pubbliche di promozione della natalità, si sottolinea che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica e che quindi 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. In più, 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 ha avuto come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente.

La legge 194/78, con la legalizzazione dell'aborto, ha favorito la sostanziale riduzione della richiesta di IVG, 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 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.

La legge 194/1978, come i dati a disposizione confermano, ha permesso un cambiamento sostanziale del fenomeno abortivo nel nostro Paese e il raggiungimento degli obiettivi attesi, nonostante la sua applicazione possa essere ulteriormente migliorata.

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. Si ribadisce pertanto la necessità non di una sua modifica, ma viceversa di un rinnovato impegno programmatico e operativo da parte di tutte le istituzioni competenti e delle/degli operatrici/operatori dei servizi.

DATI PRELIMINARI ANNO 2007

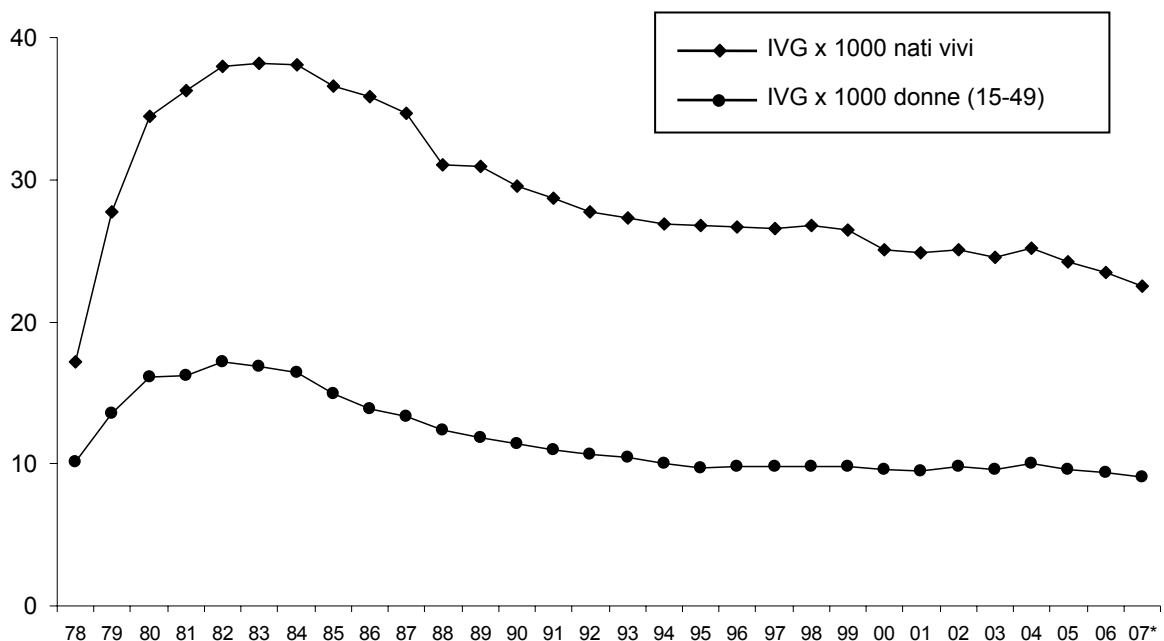
Per l'anno 2007 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 127038 (Tab. A), con un decremento del 3.0% rispetto al dato definitivo del 2006 (131018 IVG) e un decremento del 45.9% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.1 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 3.1% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2006 (9.4 per 1000) e con una riduzione del 47.1% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati stimati dei nati vivi (565173) del 2007, basati sui dati forniti dall'ISTAT, ed è risultato pari a 224.8 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 4.5% rispetto al 2006 (235.5 per 1000) e un decremento del 40.9% 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 1978-2007



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2007 - Valori assoluti: dati 2007 e confronti con il 2006

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2007	TOTALE 2006	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	16210	15200	13223	13557	58190	59829	-2.7
Piemonte	2928	2714	2358	2444	10444	11030	-5.3
Valle d'Aosta	80	76	68	82	306	274	11.7
Lombardia	6103	5664	4787	5086	21640	22248	-2.7
Bolzano	153	156	132	141	582	564	3.2
Trento	374	319	304	287	1284	1358	-5.4
Veneto	1934	1840	1593	1644	7011	7090	-1.1
Friuli Venezia Giulia	571	576	501	484	2132	2107	1.2
Liguria	924	955	847	800	3526	3700	-4.7
Emilia Romagna	3143	2900	2633	2589	11265	11458	-1.7
ITALIA CENTRALE	7831	7484	6225	6212	27752	28888	-3.9
Toscana	2403	2317	1807	1832	8359	8879	-5.9
Umbria	586	598	447	488	2119	2178	-2.7
Marche	735	658	575	590	2558	2581	-0.9
Lazio	4107	3911	3396	3302	14716	15250	-3.5
ITALIA MERIDIONALE	8565	8030	6830	6457	29882	30716	-2.7
Abruzzo	744	714	578	537	2573	2709	-5.0
Molise	210	172	136	154	672	620	8.4
Campania	3340	3146	2709	2492	11687*	12049	-3.0
Puglia	3187	2980	2536	2380	11083*	11333	-2.2
Basilicata	186	179	167	164	696	701	-0.7
Calabria	898	839	704	730	3171	3304	-4.0
ITALIA INSULARE	3186	3034	2599	2399	11214	11585	-3.2
Sicilia	2602	2414	2059	1939	9014	9303	-3.1
Sardegna	584	620	540	460	2200	2282	-3.6
ITALIA	35792	33748	28877	28625	127038*	131018	-3.0

* Il dato è stato parzialmente stimato

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2007 - Tassi di abortività: dati 2007 e confronti con il 2006

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2007	2006	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.5	9.8	-2.8
Piemonte	10.8	11.4	-4.9
Valle d'Aosta	10.7	9.6	11.6
Lombardia	9.8	10.0	-2.8
Bolzano	5.0	4.9	2.4
Trento	11.0	11.6	-5.7
Veneto	6.3	6.4	-1.2
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.0	1.2
Liguria	10.5	10.9	-4.1
Emilia Romagna	11.9	12.2	-2.1
ITALIA CENTRALE	10.4	10.9	-5.0
Toscana	10.3	11.0	-5.8
Umbria	10.8	11.1	-2.7
Marche	7.4	7.4	-0.8
Lazio	11.1	11.8	-5.8
ITALIA MERIDIONALE	8.6	8.8	-2.2
Abruzzo	8.4	8.8	-5.0
Molise	9.1	8.3	9.1
Campania	7.9*	8.2	-2.6
Puglia	11.0*	11.2	-1.5
Basilicata	4.9	4.9	0.4
Calabria	6.4	6.6	-3.2
ITALIA INSULARE	6.8	7.0	-2.7
Sicilia	7.3	7.5	-2.7
Sardegna	5.4	5.5	-2.8
ITALIA	9.1*	9.4	-3.1

* calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2007 - Rapporti di abortività: dati 2007 e confronti con il 2006

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2007*	2006	
ITALIA SETTENTRIONALE	228.8	243.6	-6.1
Piemonte	272.7	290.8	-6.2
Valle d'Aosta	266.1	232.4	14.5
Lombardia	228.3	251.2	-9.1
Bolzano	115.8	112.2	3.2
Trento	250.5	260.9	-4.0
Veneto	147.8	151.5	-2.4
Friuli Venezia Giulia	219.8	219.9	0.0
Liguria	288.2	304.7	-5.4
Emilia Romagna	277.4	292.5	-5.1
ITALIA CENTRALE	249.9	265.0	-5.7
Toscana	259.0	282.9	-8.4
Umbria	293.4	277.8	5.6
Marche	186.5	190.3	-2.0
Lazio	254.4	271.2	-6.2
ITALIA MERIDIONALE	219.8	222.7	-1.3
Abruzzo	231.4	249.8	-7.4
Molise	281.3	256.3	9.7
Campania	185.3+	188.0	-1.4
Puglia	303.0+	304.6	-0.5
Basilicata	147.2	142.5	3.3
Calabria	175.6	179.0	-1.9
ITALIA INSULARE	175.7	181.5	-3.2
Sicilia	180.2	184.9	-2.6
Sardegna	159.7	168.6	-5.3
ITALIA	224.8*	235.5	-4.5

* calcolato in base al numero di nati vivi parzialmente stimato

+ calcolato in base al numero di IVG parzialmente stimato

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2006

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2006 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 131018 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.4 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 235.5 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce al 9.0 per 1000 per le sole donne residenti, cioè, togliendo dal totale delle IVG quelle relative a donne non residenti in Italia (non comprese nel denominatore del tasso), che ammontano a 5377 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'analogha correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 225.8. Tenendo conto che nel 2005 le IVG di donne non residenti ammontarono a 5137 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività risultavano 9.2 e 232.5 con una variazione percentuale di -2.2% e -2.9% rispettivamente.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, 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 2006.

1.1 Valori assoluti

Nel 2006 si è registrato un decremento delle IVG del 2.1% rispetto al 2005; il 31.6 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2005 la percentuale era stata 29.6 %). Le IVG effettuate nel 2006 da cittadine italiane (90587, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 3.7% rispetto al 2005, (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 16585 unità, pari allo 0.1%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2006 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2006

	1983	1991	2005	2006	VARIAZIONE %	
					2006/2005	2006/1983
NORD	105430	67619	60280	59829	-0.7	-43.3
CENTRO	52423	34178	29500	28888	-2.1	-44.9
SUD	57441	44353	31143	30716	-1.4	-46.5
ISOLE	18682	14344	11867	11585	-2.4	-38.0
ITALIA	233976	160494	132790	131018	-1.3	-44.0

Per aree geografiche (Tab. 3) si hanno: nell'Italia Settentrionale 59829 IVG con un decremento dello 0.7% rispetto al 2005, nell'Italia Centrale 28888 IVG con un decremento del 2.1%, nell'Italia Meridionale 30716 IVG con un decremento dell'1.4% e nell'Italia Insulare si sono avute 11585 IVG con un decremento dell'1.3%.

Come già detto nella presentazione, pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima di 15000 aborti clandestini riguarda solo le donne italiane in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100000 casi nel 1983).

1.2 Tasso di abortività

Nel 2006, 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 9.4 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 2.1% rispetto al 2005 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 9.0 per mille, con un decremento del 2.2% rispetto all'equivalente valore per il 2005, pari a 9.2 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2006 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2006

	1983	1991	2005	2006	VARIAZIONE* %	
					2006/2005	2006/1983
NORD	16.8	10.6	9.9	9.8	-1.0	-41.7
CENTRO	19.8	12.4	11.2	10.9	-2.7	-44.9
SUD	17.3	12.1	8.8	8.8	0.0	-49.1
ISOLE	11.7	8.1	7.2	7.0	-2.8	-40.2
ITALIA	16.9	9.5	9.6	9.4	-2.1	-44.4

* 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 2006. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2006 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Emilia Romagna e in Puglia.

Figura 2 – Tassi di abortività - 2006

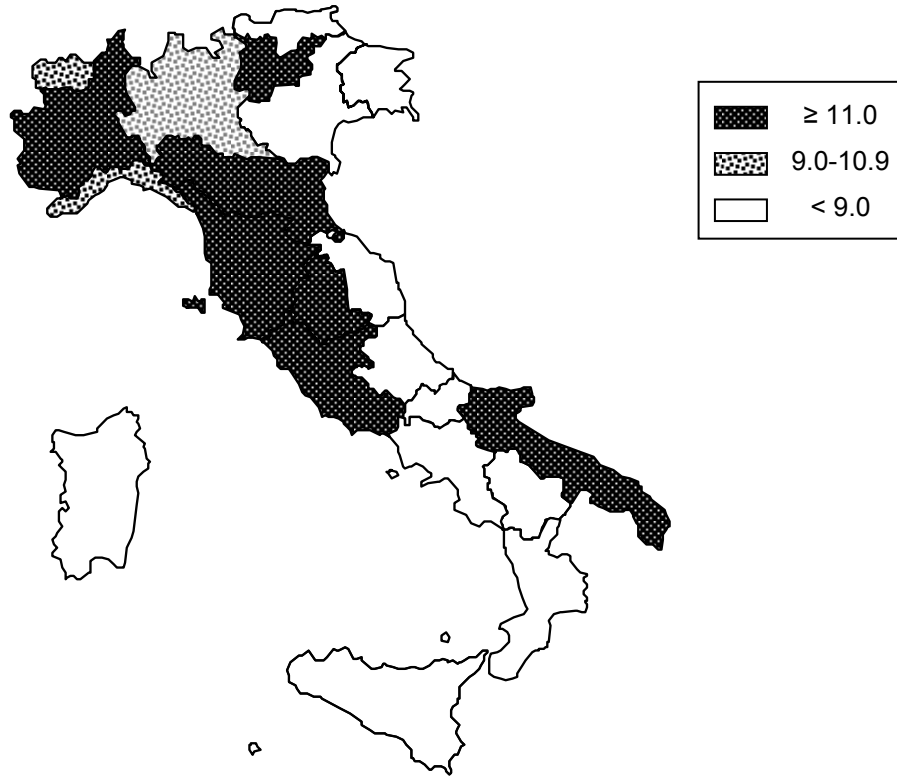
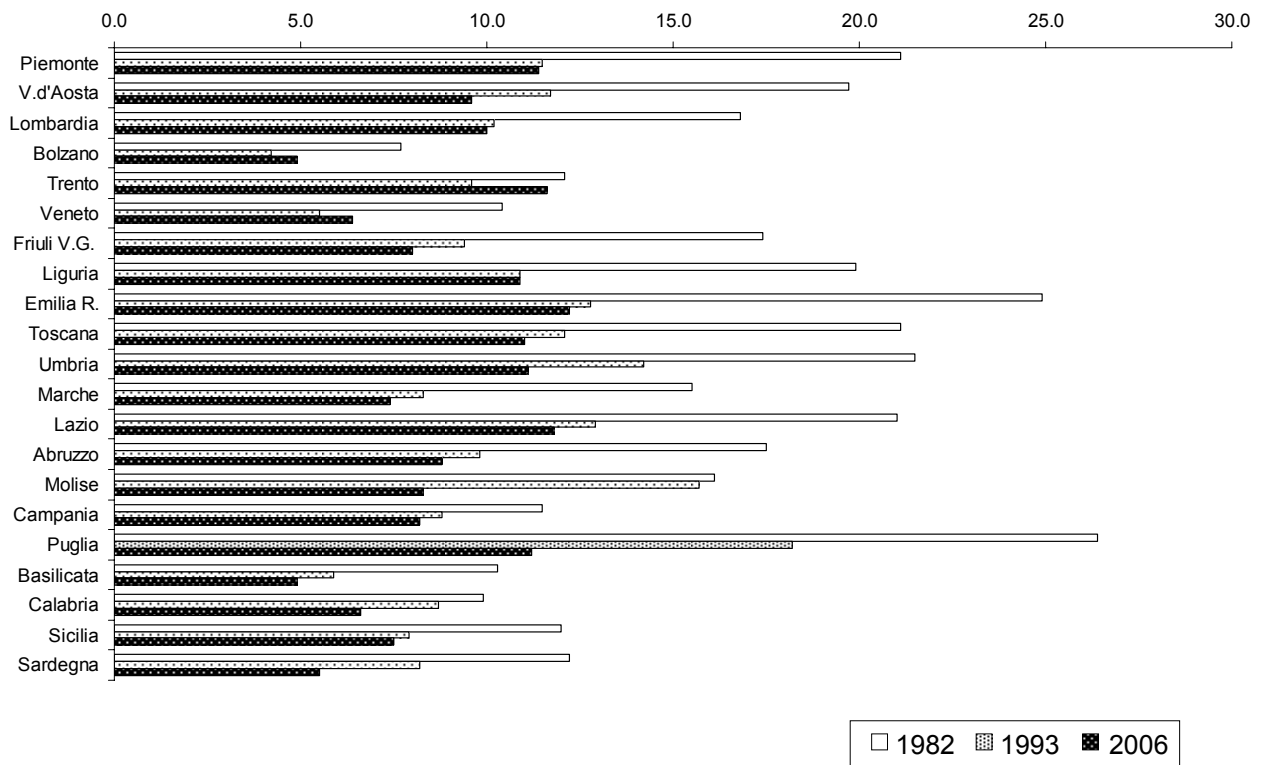
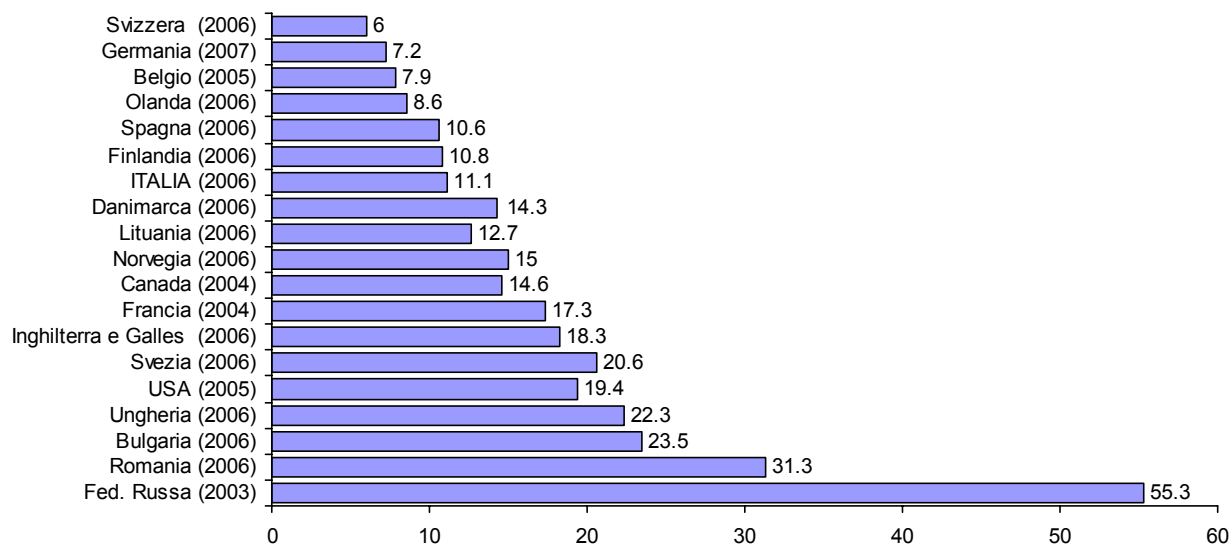


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2006



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'aver al denominatore le IVG effettuate nella Regione (quindi anche da donne provenienti da altre Regioni) e al denominatore le donne in età feconda residenti in Regione (alcune delle quali potrebbero essere andate ad abortire altrove) e i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età, come è il caso, per esempio, della falsa migrazione in quanto motivi di studio giustificano il domicilio in diversa Regione da quella di residenza e ciò riguarda le classi di età più giovani.

In ogni caso gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili (Tab. 1 e Tab. 7) in quanto la distribuzione 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:

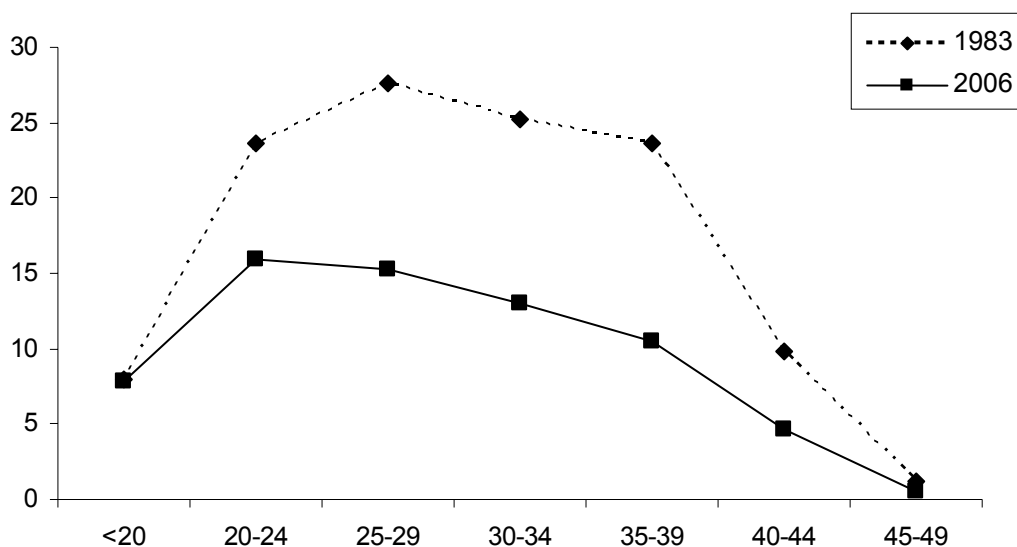
Tassi di abortività per età, 1983-2006

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 abortivita' per eta', 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

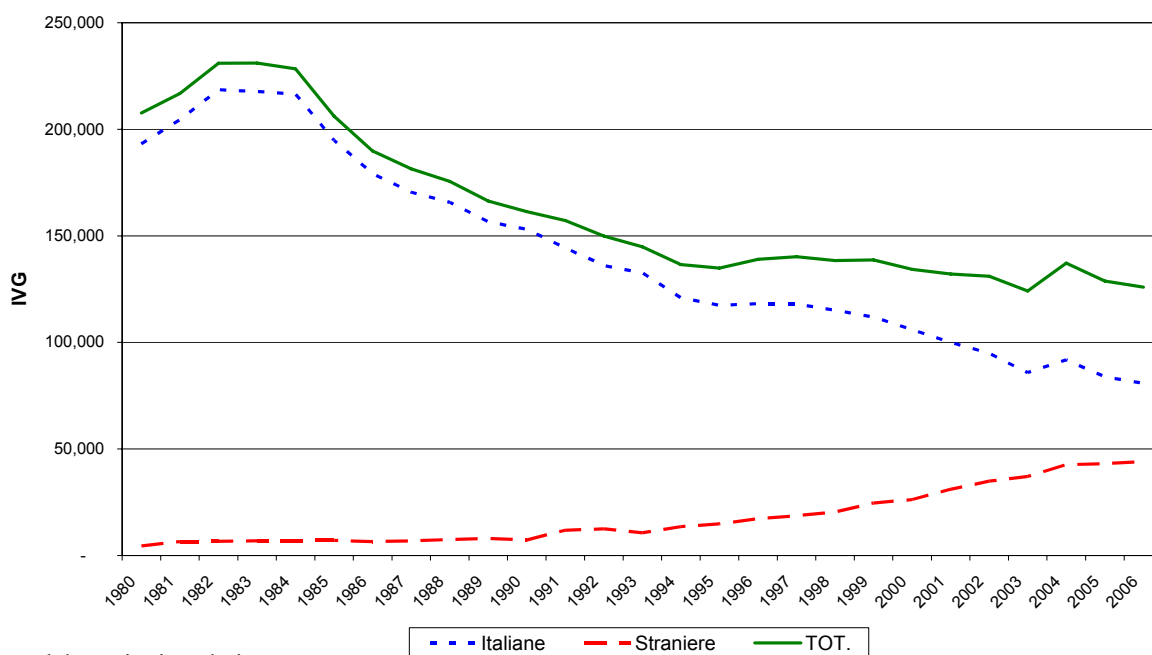
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 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.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2006

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	34.7	26.2	43.1	46.5	17.8	25.4	4.4	1.9
CENTRO	38.4	24.1	41.8	48.2	15.8	26.5	4.0	1.2
SUD	59.0	46.1	32.3	40.9	7.3	12.7	1.4	0.4
ISOLE	40.8	45.5	43.3	42.9	12.8	13.9	3.2	1.8
ITALIA	42.8	27.9	39.9	46.4	14.0	24.2	3.4	1.6

Elaborazioni su dati Istat

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 2006, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	2.1	Marche	4.0
V. Aosta	3.0	Lazio	3.1
Lombardia	3.2	Abruzzo	1.2
Bolzano	6.4	Molise	1.4
Trento	2.2	Campania	0.4
Veneto	7.2	Puglia	1.7
Friuli V.G.	5.0	Basilicata	2.4
Liguria	2.1	Calabria	1.2
Emilia Rom.	2.9	Sicilia	2.9
Toscana	2.6	Sardegna	3.5
Umbria	1.7		
		ITALIA	2.9

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni è data dalla diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre i 90 giorni di gestazione.

In ogni caso si tratta di distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra Regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi tali

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

IVG oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2006)	131018	11.1	2.9
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	(2002)	34168	8.7	14.5
INGHILTERRA E GALLES	(2006)	193737	18.3	10.8
USA	(2005)	1206200	19.4	10.8

* 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.

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 2006 è diminuita la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (56.7%, Tab. 21), rispetto al 2004 (58.0%), ed è di conseguenza aumentata la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane: 18.0% nel 2006 rispetto a 16.4% nel 2005. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2006

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	54.7	53.2	26.7	26.4	12.9	13.5	5.8	6.9
CENTRO	57.0	54.7	26.1	28.5	12.7	13.2	4.2	3.7
SUD	75.0	72.5	16.3	17.8	6.0	6.6	2.6	3.1
ISOLE	66.6	68.9	20.1	19.7	8.9	7.7	4.4	3.7
ITALIA	62.0	55.9	23.0	26.0	10.6	12.6	4.4	5.6

Elaborazioni su dati Istat

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 2006 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, 1983-2006

	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1991	87.3	11.6	1.0
1995	88.3	10.9	0.7
2000	90.6	9.1	0.3
2004	91.2	8.8	0.0
2006	91.1	8.9	0.0

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

Si riporta qui di seguito la distribuzione delle IVG per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica.

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2006

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	96.7	97.9	3.3	2.1
CENTRO	96.1	99.6	3.9	0.4
SUD	76.1	94.2	23.9	5.8
ISOLE	90.0	95.9	10.1	4.1
ITALIA	90.2	98.0	9.8	2.0

Elaborazioni su dati Istat

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2006 permane elevato (84.8%) 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 modificazioni rispetto al 2005. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2006, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per cittadinanza e area geografica:

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2006

	Generale		Locale		Analgesia	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	87.0	85.8	8.6	10.8	4.4	3.4
CENTRO	74.3	73.4	22.6	25.5	3.2	1.1
SUD	89.2	85.3	9.5	14.3	1.3	0.4
ISOLE	95.0	91.5	3.2	6.7	1.8	1.9
ITALIA	85.7	82.4	11.3	15.1	3.0	2.5

Elaborazioni su dati Istat

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 2006 (Tab. 25). Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2006

	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
2004*	13.3	20.2	64.9	1.6
2006*	12.8	22.1	62.6	2.5

* 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, sia per la cittadinanza italiana che per quella straniera. 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 e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2006

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	9.3	7.9	24.6	26.9	62.1	63.7	4.0	1.6
CENTRO	12.0	9.9	12.4	14.2	72.3	74.3	3.3	1.6
SUD	16.0	21.4	10.9	10.4	72.2	68.1	0.9	0.1
ISOLE	35.4	31.2	17.2	13.8	45.6	54.1	1.8	1.0
ITALIA	14.2	10.4	17.5	21.4	65.5	66.8	2.8	1.4

Elaborazioni su dati Istat

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. Per il 2007 questa metodica è stata utilizzata in cinque Regioni (Trento, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Puglia). La Toscana non è stata in grado di fornire il dato sul numero di IVG effettuate con questo metodo. Ipotizzando che il valore in tale Regione, come verificatosi nelle altre, non si sia modificato, il numero di interventi può essere stimato pari a 1070.

3.8 Durata della degenza

Nel 91.5% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 4.4% 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: Abruzzo, Calabria e Campania. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2006

	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
2004	90.0	6.2	3.7
2006	91.5	4.4	4.1

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2005 è stata la seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2005-2006

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
NORD	93.9	95.2	4.2	2.7	2.0	2.1
CENTRO	95.4	95.6	2.7	1.6	1.9	2.8
SUD	80.4	79.9	10.9	11.6	8.8	8.5
ISOLE	86.0	89.8	3.2	2.4	10.8	7.9
ITALIA	90.5	91.5	5.3	4.4	4.1	4.1

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2006 sono state registrate 3.4 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (Tab. 27).

Non si osservano sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti e analizzando il dato per cittadinanza.

3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Quest'anno tutte le Regioni, tranne Marche e Lazio, sono state in grado di fornire un dato aggiornato della percentuale di personale obiettore. Si evince un notevole aumento generale dell'obiezione di coscienza negli ultimi anni per tutte le professionalità, con percentuali pari al 69.2% per i ginecologi (rispetto al 59.6% della precedente relazione), 50.4% per gli anestesisti (rispetto a 46.3%) e 42.6% per il personale non medico (39% nella precedente relazione). Questi valori raggiungono percentuali particolarmente elevate nel sud Italia.

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