



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 2010
- DATI DEFINITIVI 2009

Roma 4 agosto 2011

INDICE

PRESENTAZIONE	pag. 1
DATI PRELIMINARI ANNO 2010	pag. 6
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2009	pag. 10
1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO	pag. 10
1.1 – Valori assoluti	pag. 10
1.2 – Tasso di abortività	pag. 11
1.3 – Rapporto di abortività	pag. 13
2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG	pag. 14
2.1 – Classi di età	pag. 14
2.2 – Stato civile	pag. 17
2.3 – Titolo di studio	pag. 18
2.4 – Occupazione	pag. 18
2.5 – Residenza	pag. 19
2.6 – Cittadinanza	pag. 19
2.7 – Anamnesi ostetrica	pag. 22
2.7.1 – Nati vivi	pag. 22
2.7.2 – Aborti spontanei precedenti	pag. 23
2.7.3 – Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	pag. 24
3 – MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'IVG	pag. 26
3.1 – Documentazione e certificazione	pag. 26
3.2 – Urgenza	pag. 27
3.3 – Epoca gestazionale	pag. 27
3.4 – Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione ed intervento	pag. 29
3.5 – Luogo dell'intervento	pag. 29
3.6 – Tipo di anestesia impiegata	pag. 30
3.7 – Tipo di intervento	pag. 30
3.8 – Durata della degenza	pag. 32
3.9 – Complicanze immediate dell'IVG	pag. 32
3.10 – Obiezione di coscienza	pag. 33
TABELLE E GRAFICI	pag. 34

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2010 ed i dati definitivi relativi all'anno 2009 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). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra.

Il monitoraggio avviene a partire dalla compilazione dei modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, nell'esecuzione dell'IVG e sulle sue modalità. Le Regioni provvedono a raccogliere queste informazioni dalle strutture e ad analizzarle per rispondere ad un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS e dal Ministero, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni; quindi, con la collaborazione dell'Istat, procede all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia.

In tutti questi anni il Sistema di Sorveglianza ha reso possibile seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e fornire indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno permesso l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute e per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento. Lo stesso Sistema di Sorveglianza ha consentito di verificare le ipotesi formulate per il ricorso all'IVG e l'efficacia dei programmi di prevenzione, quando applicati.

Un ringraziamento va a tutti i Referenti regionali, anche se per il 2009-2010 si sono rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12 in alcune regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna) per le quali è stato necessario integrare il dato con le informazioni raccolte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Ancora una volta si sottolinea l'importanza di questa raccolta dati e si sollecitano tutte le Regioni ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG (come risulta dal confronto con altri Paesi), anche utilizzando a tal fine la consulenza tecnica messa a disposizione dalle istituzioni centrali (ISS, Ministero e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194.

Si ribadisce, inoltre, come già indicato in precedenti documenti, la pratica impossibilità da parte delle Regioni di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio). Tuttavia si ricorda che l'Italia dispone e pubblica i dati sull'IVG in maniera più completa e tempestiva di molti altri Paesi europei.

Per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno, dalla introduzione della Legge 194 ad oggi, ancora una volta va sottolineata la costante diminuzione dell'IVG nel nostro Paese.

Nel 2010 sono state effettuate 115.372 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 2.7% rispetto al dato definitivo del 2009 (118.579 casi) e un decremento del 50.9% 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 2010

è risultato pari a 8.2 per 1'000, con un decremento del 2.5% rispetto al 2009 (8.5 per 1'000) e un decremento del 52.3% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000). Il valore italiano è tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati.

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 2009 è risultato pari a 4.4 per 1'000 (4.8 per 1'000 nel 2008), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Anche se i dati non sono strettamente comparabili, possiamo comunque portare ad esempio il paragone con alcuni dei dati più recenti (v. tab. pag.18): per donne con meno di venti anni, nel 2009 in Italia il tasso di abortività è pari al 6.9 per mille (era il 7.2 nel 2008); nello stesso anno in Inghilterra e Galles è il 23.0 per mille, e in Svezia il 22.5 per mille; in Spagna il 12.7; in Francia il 15.2; negli USA nel 2004 il 20.5.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 207.2 per 1'000 con un decremento dell'1.3% rispetto al 2009 (210.0 per 1'000) e un decremento del 45.5% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita ai dati definitivi dell'anno 2009, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il contributo all'IVG da parte delle donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2009 il 33.4% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10.1%. Nel 2009, dei 38309 aborti di donne con cittadinanza straniera 19762 (il 51.6%) sono di donne provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est.

Questo fenomeno influisce in modo marcato sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi. 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, 90'587 nel 2006, 86'014 nel 2007, 81'756 nel 2008 e 79535 nel 2009, con una riduzione del 2.7% rispetto al 2008 e del 39.1% rispetto al 1996, riduzioni maggiori di quelle che si osservano se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia. Come calcolato dall'Istat, il tasso di abortività per le cittadine italiane di età 18-49 anni nel 2005 (ultimo anno per cui è possibile effettuare il calcolo) è risultato, quindi, 7.1 per 1'000, con una diminuzione del 19.3% rispetto al valore corrispondente del 1996 (8.8).

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle donne 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.

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. Allo stesso tempo però i dati mostrano che quasi la metà delle IVG, sia fra le italiane (47.3%) che fra le donne straniere (43.8%) sono di donne con occupazione lavorativa, e solo il 13.4% delle IVG fra le italiane e il 23.4% fra le straniere riguardano donne disoccupate o in cerca di prima occupazione. Riguardo allo stato civile, le IVG fra nubili e coniugate sono in percentuali simili: fra le straniere prevalgono le coniugate (49.4%) mentre fra le italiane le nubili (50.8%). Fra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG, il 45.4% non aveva figli, così come il 31.9% delle straniere.

La maggiore incidenza dell'IVG 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 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.

A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, l'aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto al costante incremento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante. Va però segnalato che negli ultimi 4 anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40'000 casi. Per approfondire la tematica, nel 2005-2006 l'ISS ha condotto un'indagine che mette bene in evidenza come per le straniere il ricorso all'aborto rappresenta nella maggioranza dei casi una estrema ratio, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per la procreazione responsabile, anche a causa delle scarse conoscenze generali sulla fisiologia della riproduzione e quelle specifiche riguardo l'impiego corretto di tali metodi.

Si conferma, quindi, che la promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del fenomeno. L'attività di counselling necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo è più impegnativa nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso.

Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi.

Nel 2008 si è provveduto a fornire una stima aggiornata degli aborti clandestini, dopo gli ultimi calcoli effettuati per il 2001. La stima, pari a 15'000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia meridionale, è relativa all'anno 2005 (ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso). 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).

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 27.0%, valore simile a quello del 2006, 2007 e 2008 (26.9%). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 21.9% per le italiane e 38.2% per le straniere (21.6% e 37.4%, rispettivamente, nel 2008). È da tener presente che per le italiane il valore è costante da alcuni anni, e meno della metà di quanto ci si dovrebbe attendere (50%) nell'ipotesi di costanza, a trent'anni dalla legalizzazione dell'aborto, dei comportamenti riproduttivi e del rischio di gravidanza indesiderata, come stimato con modelli matematici dall'ISS. Questo dato conferma quindi la riduzione dell'incidenza dell'IVG nel nostro Paese. Inoltre la percentuale di aborti ripetuti riscontrato in Italia è tra le più basse a livello internazionale; per un approfondimento di questo particolare aspetto si rimanda al paragrafo dedicato (2.7.3 pag.27).

Per il ricorso alla procedura di urgenza, con cui si evita la settimana di riflessione prevista dalla legge 194, le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (19.3%), in Emilia Romagna (12.4%) e in Campania (11.1%), a fronte di una media nazionale del 9.2% dei casi.

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.

La quasi totalità degli interventi ormai avviene in day hospital con degenze inferiori ad 1 giorno (93.6% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (84.9%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (88.0%) 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 D12/Istat, verrebbe registrata da alcuni operatori sotto la voce "anestesia generale" o sotto la voce "altro" (ad esempio nel Veneto). Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto che l'81.2% 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 2009 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 agli ultimi anni. Anche in questo caso l'Italia ha la percentuale più bassa a livello internazionale, confrontata con il 3.7% della Germania (2007), il 9.4% di Inghilterra e Galles (2008), il 10.8% degli USA (2004) l'11.3% della Spagna (2008), il 16.9% dell'Olanda (2008).

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza, mediante la doppia somministrazione di Mifepristone (Ru486) e prostaglandine. Il Mifepristone è regolarmente in commercio in Italia dal dicembre 2009 (determinazione AIFA del 24 novembre 2009 – G.U. n. 286 del 9 dicembre 2009). Fino a tale data per questa procedura abortiva non ci sono state rilevazioni sistematiche e i dati relativi al suo utilizzo sono stati forniti dalle regioni solo su base volontaria. 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 quattro Regioni ed una Provincia Autonoma (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Trento), per un totale di 1'151 casi, pari allo 0.9% delle IVG effettuate, nel 2007 in quattro Regioni ed una Provincia Autonoma (Emilia Romagna, Toscana, Marche, Puglia e Trento) per un totale di 1'010 casi (0,8% di tutte le IVG), nel 2008 e 2009 nelle stesse aree con 703 casi (0.6%) e 857 casi (0.7%) rispettivamente.

Come già anticipato nella scorsa Relazione per integrare la rilevazione dei dati riguardanti l'utilizzo di questa metodica, poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010 saranno disponibili solo nel 2012, da parte del Ministero è stato sperimentato un apposito questionario trimestrale, complementare a quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Per la raccolta e l'analisi di questi dati è stata richiesta la collaborazione dell'ISS. Gli elementi a disposizione indicano alcune criticità nella raccolta dei dati e di conseguenza la necessità di chiarimenti da discutere con le Regioni. L'uso è avvenuto in tutte le regioni tranne Abruzzo, Calabria e Sardegna. Il dettaglio di questo monitoraggio sarà illustrato entro l'anno in un apposito documento, che sarà presentato alle commissioni parlamentari competenti.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è lievemente aumentata rispetto a quella riscontrata nel 2008 (59.3% nel 2009, rispetto al 58.9%) ed è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (15.8% nel 2009, rispetto al 16.4% nel 2008), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Nel 2009 si evince una stabilizzazione generale dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. Infatti, a livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008 e al 70.7 nel 2009; per gli anestesisti, negli stessi anni, dal 45.7% al 51.7%. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 44.4% nel 2009. La tendenza, negli stessi anni, alla diminuzione dei tempi di attesa tra il rilascio della certificazione e l'intervento, sembra però indicare che il livello dell'obiezione di coscienza non ha una diretta incidenza nel ricorso all'IVG.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (39.4%), specialmente al Sud e Isole, anche se in aumento, in gran parte per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere (52.7% rispetto a 32.7% relativo alle italiane). Le cittadine straniere ricorrono più facilmente al Consultorio Familiare in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza in alcune sedi della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato recentemente dalle Regioni, è stato 2156 e 144 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel 2006, 2007 e 2008, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti). Come si può osservare da diversi anni il loro numero è in continuo mutamento (generalmente in

decremento) in considerazione del fatto che vengono talvolta comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

In accordo e collaborazione con le Regioni è stata condotta una rilevazione specifica sui Consultori Familiari che ha portato, alla predisposizione del I rapporto nazionale: *Organizzazione e attività dei Consultori Familiari pubblici in Italia - anno 2008*, pubblicato sul portale del Ministero all'indirizzo:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf

Il Ministero della Salute/CCM nel 2010 ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere, gruppo a maggior rischio di ricorrere all'IVG come già evidenziato a pagina 2. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e l'Università degli Studi di Roma "Sapienza", e a cui hanno aderito 12 regioni, si pone come obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate.

In conclusione:

- Si sottolinea che la prevenzione dell'aborto è obiettivo primario di scelte di sanità pubblica.
 - Si conferma la tendenza storica alla diminuzione dell'IVG in Italia, che diventa ancor più evidente se si scorrono i dati relativi alle donne italiane rispetto a quelli delle straniere.
 - Si sottolinea come il tasso di abortività in Italia sia fra i più bassi tra i paesi occidentali; particolarmente basso è quello relativo alle minorenni, agli aborti ripetuti, e a quelli dopo novanta giorni di gravidanza.
 - Si configura in questo ambito una specifica situazione italiana: il panorama dei comportamenti relativi alla procreazione responsabile e all'IVG in Italia presenta sostanziali differenze da quelli di altri paesi occidentali e in particolare europei, nei quali l'aborto è stato legalizzato. Siamo in un paese a bassa natalità ma anche basso ricorso all'IVG – dunque l'aborto non è utilizzato come metodo contraccettivo – e insieme un paese con limitata diffusione della contraccezione chimica. Altri paesi (come Francia, Gran Bretagna e Svezia, ad es.) hanno tassi di abortività più elevati a fronte di una contraccezione chimica più diffusa, e di un'attenzione accentuata verso l'educazione alla procreazione responsabile.
- In generale, il tasso di abortività sembra collegarsi non soltanto ai classici fattori di prevenzione (educazione sessuale scolastica, educazione alla procreazione responsabile, diffusione dei metodi anticoncezionali, facilità di accesso alla contraccezione di emergenza), ma anche a fattori culturali più ampi.
- Circa la metà degli aborti è richiesta da donne con un'occupazione lavorativa, sia fra le italiane che fra le straniere, così come le IVG sono richieste in percentuali poco differenti fra donne coniugate e nubili, sia fra italiane che fra straniere. Fra le italiane, inoltre, quasi la metà delle IVG è richiesto da donne senza altri figli, mentre fra le straniere un aborto su tre è di una donna senza figli.
 - Rimane elevato, pur tendente a stabilizzarsi negli ultimi anni, il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, che seguono comportamenti differenti per nazionalità e cultura di provenienza, anche a causa dei diversi approcci ed accessi alla procreazione responsabile e all'IVG nei paesi di origine.

Prof. Ferruccio FAZIO

DATI PRELIMINARI ANNO 2010

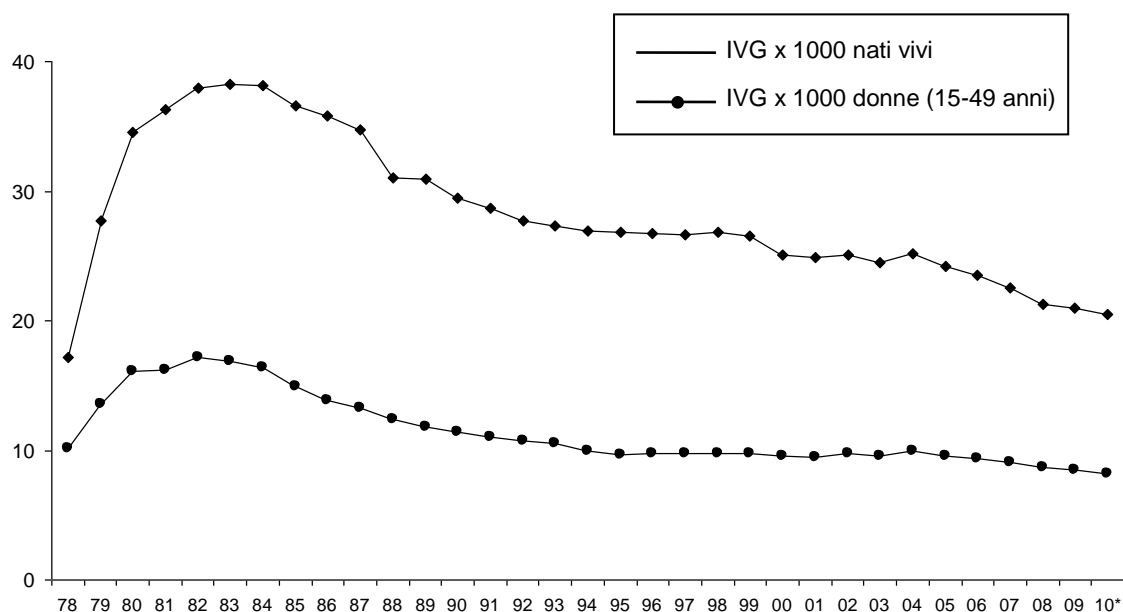
Per l'anno 2010 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 115372 (Tab. A), con un decremento del 2.7% rispetto al dato definitivo del 2009 (118579 IVG) e un decremento del 50.9% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 8.2 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 2.5% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2009 (8.5 per 1000) e con una riduzione del 52.3% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (556805) del 2010, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 207.2 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento dell'1.3% rispetto al 2009 (210.0 per 1000) e un decremento del 45.5% 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 1978-2010



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2010 - Valori assoluti: dati 2010 e confronti con il 2009

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2010	TOTALE 2009	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	14611	14133	12162	12313	53219	53958	-1.4
Piemonte	2658	2558	2133	2261	9610	9485	1.3
Valle d'Aosta	55	57	61	69	242	217	11.5
Lombardia	5309	5022	4314	4287	18932	19646	-3.6
Bolzano	154	173	138	141	606	571	6.1
Trento	225	248	233	199	905	1078	-16.0
Veneto	1799	1790	1547	1592	6728	6840	-1.6
Friuli Venezia Giulia	514	486	534	435	1969	2075	-5.1
Liguria	915	942	806	792	3455	3219	7.3
Emilia Romagna	2982	2857	2396	2537	10772	10827	-0.5
ITALIA CENTRALE	6970	6774	5535	5440	24719	25487	-3.0
Toscana	2004	2125	1788	1748	7665	7819	-2.0
Umbria	505	509	443	426	1883	1920	-1.9
Marche	644	616	524	517	2301	2458	-6.4
Lazio	3817	3524	2780	2749	12870	13290	-3.2
ITALIA MERIDIONALE	7861	7351	6152	5980	27342	28839	-5.2
Abruzzo	691	665	547	574	2477	2518	-1.6
Molise	180	157	141	90	568	666	-14.7
Campania	3139	2947	2446	2544	11076	12183	-9.1
Puglia	2788	2604	2167	1968	9525	9682	-1.6
Basilicata	178	159	140	161	638	700	-8.9
Calabria	885	819	711	643	3058	3090	-1.0
ITALIA INSULARE	2694	2687	2439	2272	10092	10295	-2.0
Sicilia	2148	2071	1823	1753	7795	7979	-2.3
Sardegna	546	616	616	519	2297	2316	-0.8
ITALIA	32136	30945	26288	26005	115372	118579	-2.7

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2010 - Tassi di abortività: dati 2010 e confronti con il 2009

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2010	2009	
ITALIA SETTENTRIONALE	8.6	8.7	-1.4
Piemonte	9.8	9.7	1.7
Valle d'Aosta	8.4	7.6	11.7
Lombardia	8.4	8.8	-3.8
Bolzano	5.1	4.8	5.8
Trento	7.5	9.0	-16.4
Veneto	6.0	6.0	-1.3
Friuli Venezia Giulia	7.4	7.8	-4.6
Liguria	10.3	9.6	8.0
Emilia Romagna	11.0	11.1	-1.3
ITALIA CENTRALE	9.1	9.4	-3.1
Toscana	9.3	9.5	-2.2
Umbria	9.3	9.5	-2.1
Marche	6.6	6.9	-5.2
Lazio	9.5	9.9	-3.4
ITALIA MERIDIONALE	7.9	8.3	-4.6
Abruzzo	8.0	8.1	-1.1
Molise	7.8	9.0	-13.8
Campania	7.6	8.3	-8.7
Puglia	9.7	9.7	-1.0
Basilicata	4.6	5.0	-7.9
Calabria	6.3	6.3	-0.2
ITALIA INSULARE	6.2	6.3	-1.3
Sicilia	6.4	6.5	-1.7
Sardegna	5.7	5.7	0.3
ITALIA	8.2	8.5	-2.5

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2010 - Rapporti di abortività: dati 2010 e confronti con il 2009

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2010	2009	
ITALIA SETTENTRIONALE	208.8	207.5	0.6
Piemonte	256.5	246.5	4.1
Valle d'Aosta	209.2	176.6	18.5
Lombardia	196.9	199.7	-1.4
Bolzano	123.1	117.8	4.6
Trento	168.8	204.8	-17.6
Veneto	143.0	142.9	0.1
Friuli Venezia Giulia	207.9	215.3	-3.4
Liguria	294.3	265.7	10.8
Emilia Romagna	258.8	256.3	1.0
ITALIA CENTRALE	229.4	235.4	-2.6
Toscana	241.1	245.7	-1.9
Umbria	252.0	253.7	-0.7
Marche	167.7	171.6	-2.3
Lazio	234.9	243.6	-3.6
ITALIA MERIDIONALE	207.3	215.9	-4.0
Abruzzo	215.7	221.8	-2.8
Molise	228.7	286.6	-20.2
Campania	187.3	200.6	-6.6
Puglia	265.0	267.9	-1.1
Basilicata	140.3	150.6	-6.8
Calabria	167.1	168.2	-0.7
ITALIA INSULARE	162.2	164.3	-1.3
Sicilia	160.4	162.8	-1.5
Sardegna	168.6	169.8	-0.7
ITALIA	207.2	210.0	-1.3

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2009

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2009 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Come accaduto lo scorso anno, per avere i dati completi di 4 regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna) è stato necessario integrare le informazioni ottenute con il flusso D12 Istat con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). In totale sono state notificate 118579 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 8.5 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 210.0 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 8.1 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 5214 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'analogia correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 200.8. Tenendo conto che nel 2008 le IVG di donne non residenti ammontarono a 5730 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività risultavano 8.2 e 204.7 con una variazione percentuale di -1.2% e -1.9% rispettivamente.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982 e la figura 1 (pag.6) riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 (pag. 12) fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2009.

Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo crescente di queste donne al fenomeno dell'IVG.

1.1 Valori assoluti

Nel 2009 si è registrato un decremento delle IVG del 2.2% rispetto al 2008; il 33.4% è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2008 la percentuale era stata 33.0%). Le IVG effettuate nel 2009 da cittadine italiane (79535, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 2.7% rispetto al 2008 (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 48526 unità, pari allo 0.3%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2009 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2009

	1983	1991	2008	2009	VARIAZIONE %	
					2009/2008	2009/1983
NORD	105430	67619	56148	53958	-3.9	-48.8
CENTRO	52423	34178	26172	25487	-2.6	-51.4
SUD	57441	44353	28191	28839	2.3	-49.8
ISOLE	18682	14344	10790	10925	1.3	-41.5
ITALIA	233976	160494	121301	118579	-2.2	-49.3

Per aree geografiche (Tab. 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 53958 IVG con un decremento del 3.9% rispetto al 2008, nell'Italia Centrale 25487 IVG con un decremento del 2.6%, nell'Italia Meridionale 28839 IVG con un incremento del 2.3% e nell'Italia Insulare si sono avute 10295 IVG con un decremento del 4.6%.

Per quanto riguarda l'abortività clandestina, come già detto nella sintesi, pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, nel 2008 è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima ottenuta di 15000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia meridionale, 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 2009, 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 8.5 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 2.5% rispetto al 2008 (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 8.1 per mille, con un decremento del 2.4% rispetto all'equivalente valore per il 2008, pari a 8.2 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2009 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2009

	1983	1991	2008	2009	VARIAZIONE* %	
					2009/2008	2009/1983
NORD	16.8	10.6	9.1	8.7	-4.5	-48.2
CENTRO	19.8	12.4	9.7	9.4	-3.3	-52.8
SUD	17.3	12.1	8.1	8.3	2.8	-52.0
ISOLE	11.7	8.1	6.6	6.3	-4.3	-46.1
ITALIA	16.9	11.0	8.7	8.5	-2.5	-50.0

* 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 2009. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2009 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia ed Emilia Romagna.

Figura 2 – Tassi di abortività – 2009

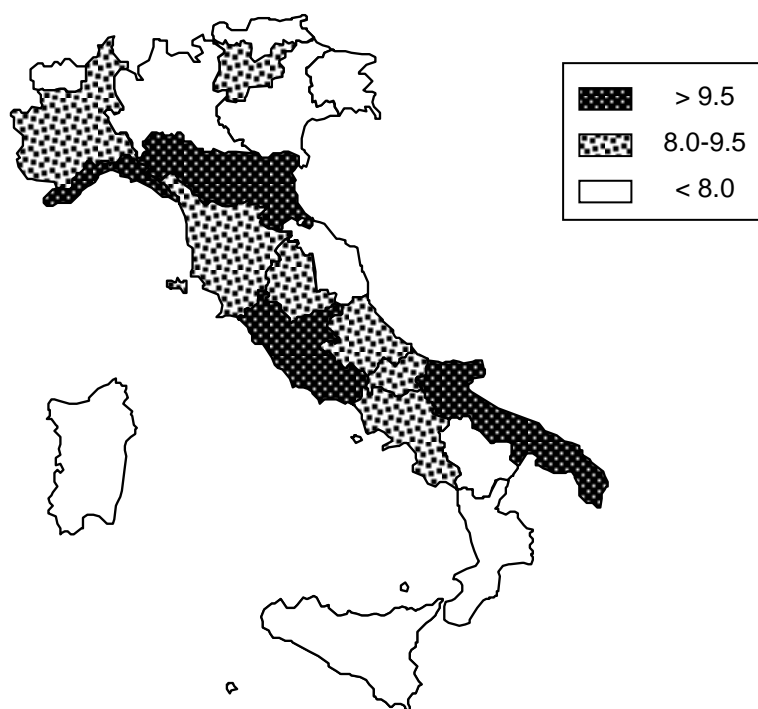
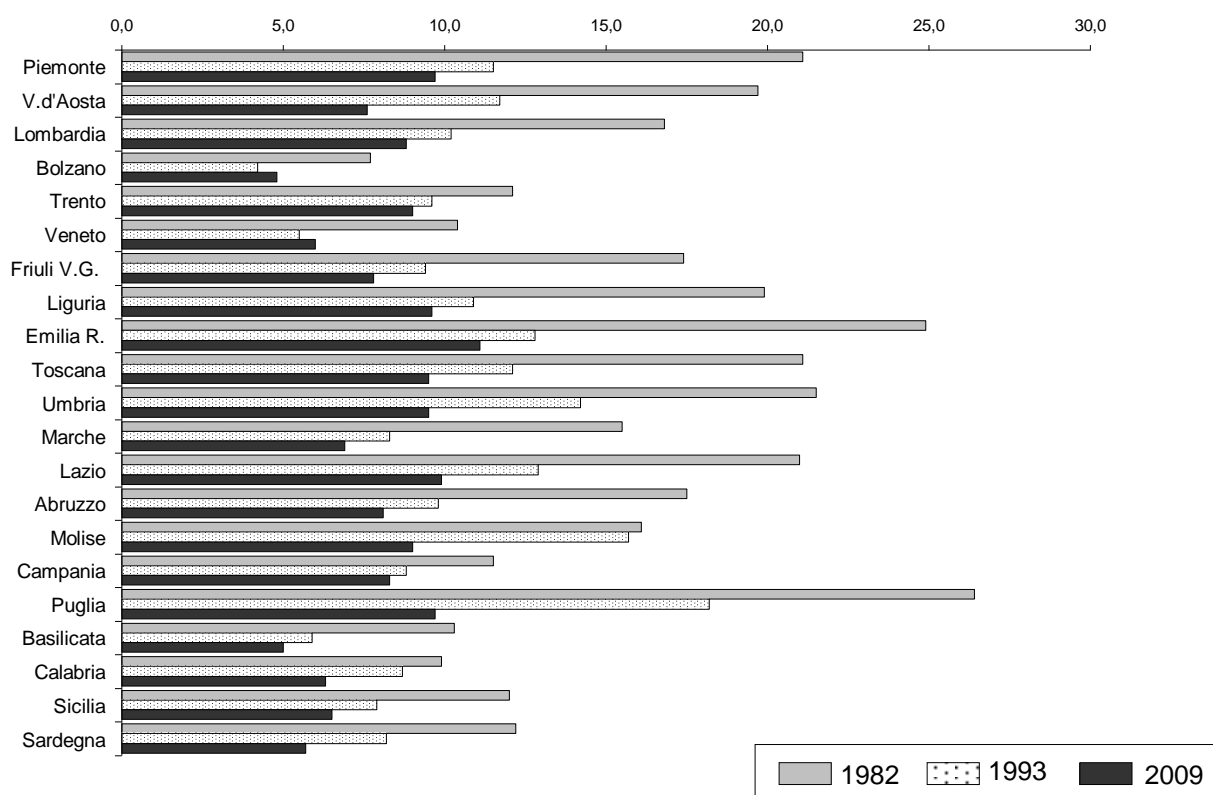
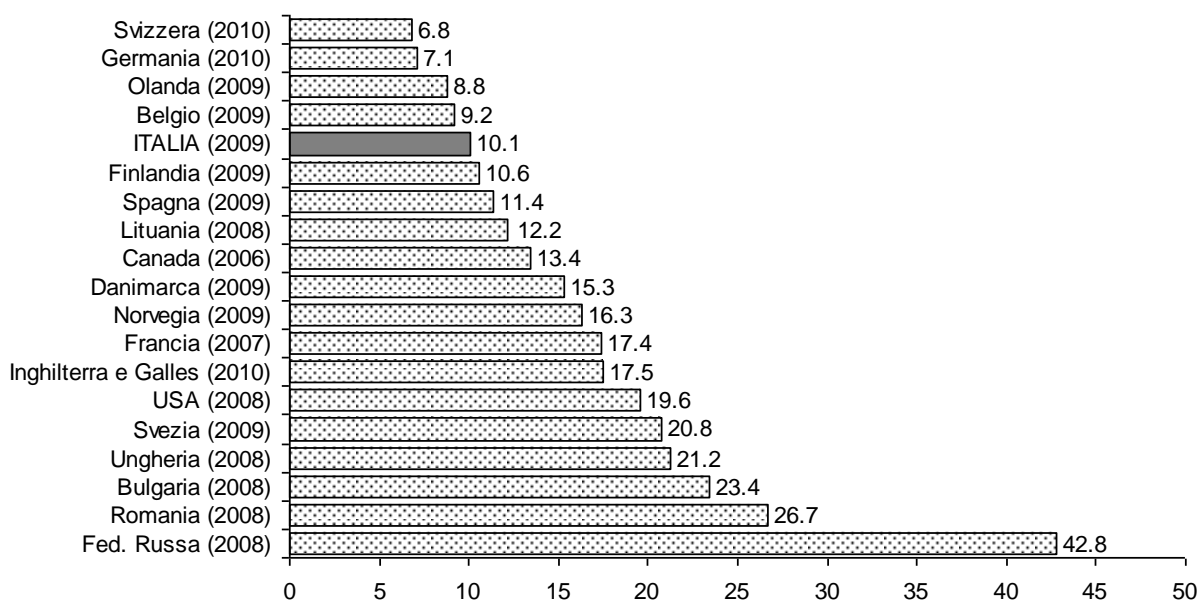


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2009



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 10.1 per 1000. Il dato italiano si attesta tra i valori più bassi.

Figura 4 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2006-2010



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2011

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2009 si sono avute 210.0 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento del 1.4% rispetto al 2008 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2009, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2009

	1983	1991	2008	2009	VARIAZIONE %	
					2009/2008	2009/1983
NORD	484.2	327.1	216.5	207.5	-4.2	-57.1
CENTRO	515.2	356.1	235.9	235.4	-0.2	-54.3
SUD	283.8	253.0	208.4	215.9	3.6	-23.9
ISOLE	205.3	176.1	169.3	164.3	-2.9	-20.0
ITALIA	381.7	286.9	213.0	210.0	-1.4	-45.0

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

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

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

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

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (Fonti: Henshaw S.K., Kost K. Trends in the characteristics of women obtaining abortion, 1974 to 2004. Guttmacher Institute, August 2008; Drees. Les interruption volontaires de grossesse en 2008 et 2009, N. 765, juin 2011; Department of Health, Government Statistical Service. Abortion Statistics, England and Wales: 2009. *Statistical Bulletin*, May 2010; The Alan Guttmacher Institute, *Latest statistics*, disponibile all'indirizzo: <http://www.guttmacher.org>; Johnstons archive, disponibile all'indirizzo: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2009 (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. Infatti, 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, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7 si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili in quanto la distribuzione per età della popolazione femminile a livello regionale non sono molto diverse.

Probabilmente la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'essere, questi, indicatori viziati dall'avere al numeratore 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). Inoltre i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età e in alcuni casi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in diversa Regione da quella di residenza e ciò riguarda le classi di età più giovani. I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati provvisori dell'Istat, sono riportati in tabella 29. Le variazioni rispetto ai valori calcolati per la regione dove avviene l'IVG, sono trascurabili tranne in alcuni casi. C'è da considerare che questi valori però risentono della mancanza di quei dati che alcune regioni non riescono a fornire entro i tempi utili per la stesura della Relazione del Ministro della Salute.

Per tali motivi nell'analisi presentata in questo rapporto viene utilizzato il tasso grezzo per regione di intervento.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2009 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

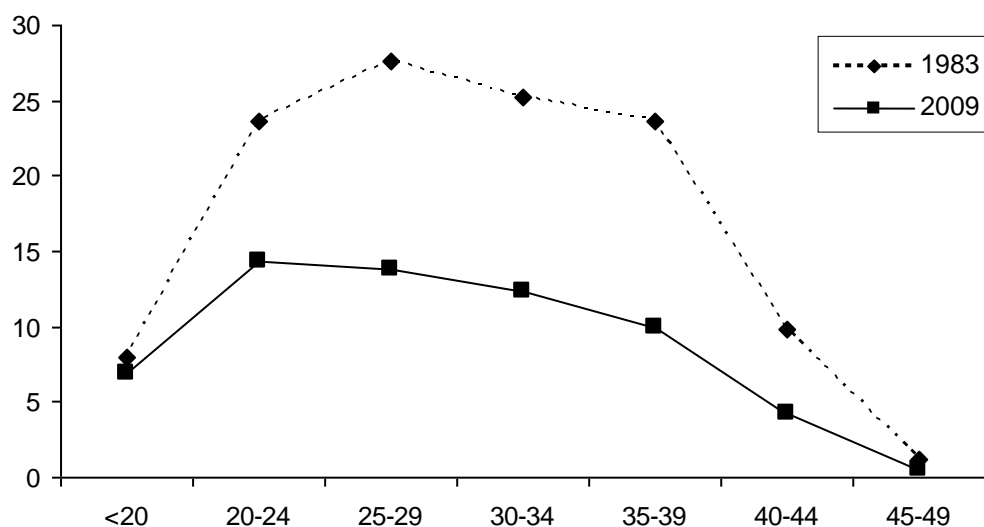
Tassi di abortività per età, 1983-2009

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2008	2009	2009/2008	2009/1983
< 20	8.0	5.5	7.2	6.9	-4.1	-14.3
20-24	23.6	13.4	14.7	14.3	-2.7	-39.3
25-29	27.6	15.7	14.0	13.8	-1.6	-50.2
30-34	25.2	17.1	12.5	12.4	-1.0	-50.9
35-39	23.6	15.1	10.0	10.0	-0.1	-57.8
40-44	9.8	7.2	4.5	4.3	-3.2	-55.8
45-49	1.2	0.9	0.4	0.5	-4.7	-62.1

* 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 e tra 20-24 anni, andamento in parte dovuto al maggior contributo in queste classi di età delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortività (Fig. 5). Anche nel 2009 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2008 in tutte le classi di età.

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2009



L'analisi per ripartizione geografica riflette anche 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 si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni. Come mostrato nella tabella seguente tali differenze si vanno riducendo nel corso degli anni.

Tassi di abortività per età, confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2009)	6.9	14.3	13.8	12.4	10.0	4.3
	(2008)	7.2	14.7	14.0	12.5	10.0	4.5
	(2004)	7.9	16.4	15.8	13.8	10.9	5.0
	(1997)	6.7	13.5	13.9	13.7	12.3	5.8
DANIMARCA	(2009)	16.4	24.8	18.7	16.9	12.9	5.0
FINLANDIA	(2009)	12.8	17.6	12.5	10.4	7.1	2.9
FRANCIA	(2009)	15.2	26.7	23.4	18.8	13.6	5.8
GERMANIA	(2008)	5.0	11.5	10.5	8.9	6.0	2.3
INGHILTERRA E GALLES	(2009)	23.0	30.0	23.0	16.0	9.0	4.0
NORVEGIA	(2009)	14.0	30.4	21.9	16.8	11.4	4.8
OLANDA	(2000)	8.6	13.0	10.1	8.4	6.2	2.9
REPUBBLICA CECA	(2008)	7.7	14.1	13.8	14.3	12.4	5.3
SPAGNA	(2009)	12.7	20.1	16.0	11.6	8.0	3.4
SVEZIA	(2009)	22.5	33.4	26.3	21.1	16.1	7.5
UNGHERIA	(2006)	17.4	27.8	28.0	26.8	21.0	4.2
USA	(2004)	20.5	39.9	29.7	18.2	9.8	3.3

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2009 è risultato essere pari a 4.4 per 1000 (Tab. 5), valore simile a quello degli anni precedenti. Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG riguardanti donne di età inferiore ai 18 anni italiane e straniere, la percentuale sul totale delle IVG effettuate dal 2000 al 2009 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2009

Anno	N. IVG donne età <18 anni		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2.7	4.1
2001	3565	227	2.7	4.1
2002	3446	306	2.9	4.7
2003	3556	428	2.8	4.5
2004	3840	526	3.0	5.0
2005	3441	605	3.0	4.8
2006	3512	608	3.2	4.9
2007	3463	637	3.3	4.8
2008	3451	624	3.4	4.8
2009	3127	592	3.2	4.4

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2009 si può osservare una leggera diminuzione nel numero sia per le italiane che per le straniere; quest'ultime hanno presentato un aumento negli anni precedenti dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro Paese. In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.2% di tutte le IVG nel 2009) con una leggera diminuzione anche nel tasso. Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 72.9% dei casi dai genitori e nel 25.9% 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.

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 2009 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (48.5% rispetto a 44.6%) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto alla più modesta riduzione tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994 e 2004, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 nel 1981 a 9.3 nel 1994 a 8.1 nel 2004) e una minor diminuzione seguita da un aumento tra le nubili negli stessi anni (da 11.5, a 8.7 e a 10.1).

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 2009, 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, 2009

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	36.2	49.8	8.6	6.4	55.2	43.7
CENTRO	35.2	47.4	8.1	6.8	56.8	45.7
SUD	53.6	51.0	4.7	7.2	41.7	41.8
ISOLE	47.5	51.7	5.8	6.3	46.7	42.1
ITALIA	42.2	49.4	7.1	6.6	50.8	44.0

Elaborazioni su dati Istat - * separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2009 le percentuali di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane in tutte le aree geografiche tranne al Sud, dove le coniugate superano il 53%.

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	(2009)	44.6	55.4
	(2008)	45.2	54.8
	(2004)	46.8	53.2
	(1997)	54.4	45.6
GERMANIA	(2008)	41.2	58.8
INGHILTERRA E GALLES	(2009)	15.0	85.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2008)	41.3	58.7
SPAGNA	(2008)	23.6	76.4
UNGHERIA	(2006)	37.9	62.1
USA	(2004)	13.8	86.2

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 2009 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (44.5%).

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 discusso ampiamente 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 2009 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2009

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.4	12.1	39.5	48.9	48.4	33.7	9.7	5.3
CENTRO	1.9	9.1	35.2	47.1	50.4	38.1	12.5	5.6
SUD	5.2	16.1	47.9	51.9	39.0	28.3	7.9	3.7
ISOLE	4.9	21.3	50.4	56.0	38.8	20.7	5.8	2.0
ITALIA	3.4	12.1	42.2	49.0	45.1	33.8	9.3	5.1

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 46.1% delle donne che hanno abortito nel 2009 risulta occupata, il 25.8% casalinga, il 10.7% 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, 2009

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera	Italiana	Straniera
NORD	62.7	45.0	12.6	24.8	12.8	25.1	11.8	5.1
CENTRO	54.4	46.6	12.4	21.5	16.6	26.7	16.5	5.3
SUD	26.9	33.5	13.2	20.2	44.1	38.0	15.8	8.3
ISOLE	27.4	36.7	19.2	24.5	38.7	34.9	14.7	3.9
ITALIA	47.3	43.8	13.4	23.4	25.1	27.3	14.2	5.5

Elaborazioni su dati Istat

Anche in questo caso si rimanda ai dati analizzati 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 2009 il 90.2% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'86.7% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre Regioni maggiore o uguale al 10%, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano al Nord, in Umbria al Centro e in Molise e Basilicata 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 10.4% ma ha anche un consistente flusso in uscita (265 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è molto più elevato di quello per Regione di intervento (6.86 per 1000 rispetto a 4.98), 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.

Infatti, nella Tabella 29, 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 (per regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per regione di intervento). 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. L'altra limitazione nell'utilizzo dei dati per regione di residenza è l'impossibilità di ottenere in tempi rapidi e utili per la relazione del Ministro della salute dell'informazione completa da tutte le regioni.

Va infine 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, 5377 nel 2006, 6825 nel 2007, 5730 nel 2008 e 5214 nel 2009 (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

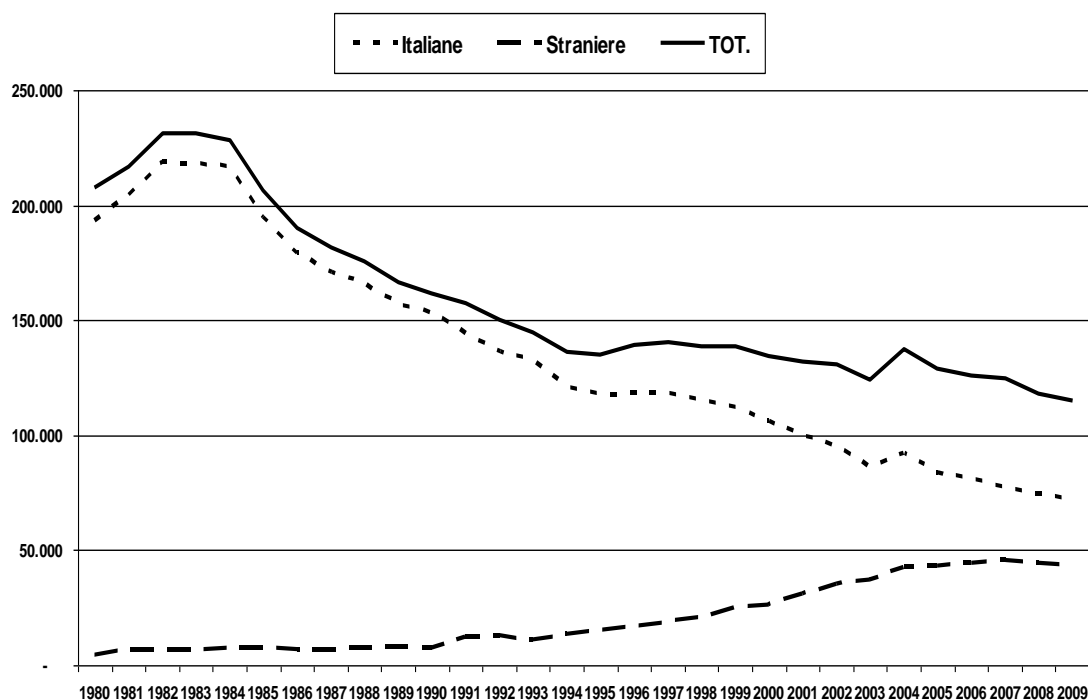
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 nel 2003, 36731 nel 2004, 37973 nel 2005, 39436 nel 2006, 40224 nel 2007, 38843 nel 2008 e 38309 nel 2009. A partire dal 2007 si è osservata quindi una stabilizzazione del valore assoluto delle IVG delle cittadine straniere. Tra le 38309 IVG effettuate da cittadine straniere nel 2009 sono comunque comprese le suddette 5214 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2009, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124448 nel 1998, a 113656 nel 2000, 106918 nel 2001, 104403 nel 2002, 99081 nel 2003, 101392 nel 2004, 94095 nel 2005, 90587 nel 2006, 86014 nel 2007, 81753 nel 2008 e 79535 nel 2009, avendo incorporato per questi ultimi cinque anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza del fenomeno), la riduzione per le donne italiane è stata da 234801 IVG a 79535, con un decremento percentuale del 66.1%.

Nel 2009 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 33.4% 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 delle donne italiane ed un incremento con una tendenza alla stabilità negli ultimi anni di quelle effettuate da donne straniere.

Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2009



Elaborazioni su dati Istat

L'ultimo valore del tasso di abortività specifico per classe di età stimato dall'Istat, sia per le cittadine italiane che per le straniere, si riferisce al 2005 per mancanza di dati dettagliati nella popolazione generale straniera dopo quell'anno. Presto saranno disponibili i dati aggiornati di popolazione e sarà quindi possibile calcolare i tassi per età per gli anni successivi.

Dall'analisi per il 2005 risulta che le donne straniere hanno in media un tasso di abortività 3-4 volte superiore rispetto alle italiane e 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 2005

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
18-24	10.5	46.1
25-29	10.0	39.6
30-34	8.8	32.7
35-39	7.6	24.5
40-44	3.7	9.3
45-49	0.4	0.9
18-49 grezzo	6.8	28.5
18-49 standardizzato	7.1	26.5

Fonte: Istat

Si ricorda che in un'indagine multicentrica del 2004 sul ricorso all'IVG tra le donne straniere, coordinata dall'ISS in collaborazione con l'ASP Lazio (Rapporto ISTISAN 06/17), 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 o 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.

A seguito di questi risultati e dell'aumento del contributo delle donne straniere al fenomeno dell'IVG, nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere. Al progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, hanno aderito 10 regioni e si pone come obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate.

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 non inserire alcun valore per 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. Nei dati 2009 un caso a parte sono i dati dell'Abruzzo, della Campania, della Sicilia e della Sardegna, dove non si tratta di informazione non rilevata ma di schede recuperate attraverso le SDO. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare anche questa parte del modello D12 e ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture dove ciò si verifica.

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 59.0% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 35.5% 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 2009, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2009

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	46.2	31.1	23.7	30.5	23.5	26.8	6.6	11.6
CENTRO	53.1	35.7	20.7	29.0	20.5	25.2	5.7	10.1
SUD	37.9	28.1	16.5	30.7	31.6	28.4	14.0	12.7
ISOLE	38.4	27.9	19.8	32.9	28.6	25.9	13.1	13.3
ITALIA	44.3	31.9	20.6	30.2	25.8	26.5	9.2	11.4

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2009 avevano uno o più nati vivi il 53.8% al Nord, il 46.9% al Centro, il 62.1% al Sud e il 61.6% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 68.9%, 64.3%, 71.9% e 72.1%. 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 l'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. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli. Questo andamento è in parte dovuto a un aumento della percentuale di queste donne nella popolazione italiana e in parte alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli.

IVG (%) per parità, 1983-2009

	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
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2007*	42.0	23.1	25.3	7.4	2.2
2008*	41.4	23.4	25.6	7.5	2.2
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3

* Nati vivi

Il confronto con altri Paesi, presentato nella seguente tabella, mostra per l'Italia percentuali simili agli altri Paesi.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2009) *	41.0	59.0
	(2008) *	41.4	58.6
GERMANIA	(2008)	40.8	59.2
INGHILTERRA E GALLES	(2009)	51.0	49.0
OLANDA	(2008)	50.4	49.6
SPAGNA	(2008)	47.3	52.7
SVEZIA	(2008)	53.0	47.0
UNGHERIA	(2006)	27.1	72.9
USA	(2004)	40.5	59.5

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2009, l'88.1% 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.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2009

	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
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2008	88.5	9.3	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2009 (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, 1983-2009

	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
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2008	18.8	5.4	1.7	1.0	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0

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, come indicato nel capitolo sulla cittadinanza. È confortante che le straniere, che sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto 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 1989-2009

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.3	26.9	26.9	26.9	27.0
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.6	44.7	44.7	44.7

(* 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.)

Analizzando il dato per cittadinanza delle donne si conferma che il leggero aumento osservato negli ultimi anni, dopo una stabilizzazione 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 (38.2% rispetto a 21.9%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2009

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.6	25.3	2.9	8.3	1.1	4.2	20.6	37.8
CENTRO	15.0	23.6	3.1	9.8	1.2	5.9	19.3	39.3
SUD	18.2	23.7	5.4	8.6	2.9	5.9	26.5	38.2
ISOLE	13.8	19.7	3.4	8.4	1.4	5.4	18.6	33.5
ITALIA	16.5	24.5	3.7	8.8	1.7	4.9	21.9	38.2

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2009 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle Regioni del Sud con il 26.5%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Liguria (30.8%); al Centro, in Toscana (28.5%); al Sud, in Puglia (34.5%).

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	(2009)	73.0	18.9	5.3	2.7	26.9	
	(2008)	73.1	18.8	5.4	2.7	26.9	
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1	
INGHILTERRA E GALLES	(2009)	66.5	25.4	6.1	2.0	33.5	
OLANDA	(2008)	66.9	23.2	6.7	3.2	33.1	
SPAGNA	(2008)	66.2	23.5	6.7	3.6	33.8	
SVEZIA	(2008)	62.1	<-----	37.9	----->	37.9	
UNGHERIA	(2006)	50.3	26.6	11.8	11.2	49.7	
USA	(2004)	53.4	26.8	<--	19.8	-->	46.6

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 nel nostro Paese 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 2009 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (39.4%) degli altri servizi (Tab. 16). Valori di molto superiori alla media nazionale, che indicano un ruolo più importante del consultorio, si osservano in Piemonte (64.2%), in Emilia Romagna (61.6%), in Umbria (51.3%), in Toscana (51.0%) e nel Lazio (48.9%).

In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, dove la carenza di servizi e di personale è più consistente. Dalla tabella seguente si identificano notevoli differenze per area geografica e per cittadinanza:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2009

	Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	41.9	59.6	31.4	17.5	25.0	21.2	1.7	1.7
CENTRO	45.2	53.8	24.9	16.6	26.3	26.8	3.6	2.8
SUD	17.6	24.5	37.6	29.2	43.4	45.1	1.4	1.2
ISOLE	14.3	19.1	31.3	23.7	53.1	56.0	1.3	1.2
ITALIA	32.7	52.7	31.9	18.8	33.4	26.6	2.0	1.9

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, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2009

	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
2007	27.7	33.0	37.2	2.2
2008	27.4	32.4	38.2	1.9
2009	27.5	31.2	39.4	1.9

Il maggior ricorso al consultorio familiare e il suo ruolo nella prevenzione dell'IVG possono essere favoriti dalla piena integrazione, nel modello dipartimentale (come raccomandato dal POMI e dalle leggi di riferimento), dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

Nel 2009 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.7 per 20000 abitanti (Tab. 17), mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 2156 consultori familiari censiti nel 2009 rispondono solo in parte a tali raccomandazioni, soprattutto al Sud, e 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 2009 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 9.2% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (19.3%), in Emilia Romagna (12.4%) e in Campania (11.1%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza è: 8.6% al Nord, 12.3% al Centro, 8.7% al Sud e 4.9% 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 il 39.6% degli interventi effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane, il 15.8% a 11-12 settimane e il 2.9% dopo la 12esima settimana.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 21.0% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 13.2% tra quelle delle italiane.

Si sottolinea che 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. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10^a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2009

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	35.8	28.7	41.9	45.9	17.0	23.6	5.2	1.8
CENTRO	38.5	28.0	42.5	50.2	14.9	20.5	4.1	1.3
SUD	60.9	50.2	30.8	38.8	6.8	10.3	1.5	0.7
ISOLE	38.9	36.1	45.8	47.4	12.3	15.4	3.1	1.0
ITALIA	43.9	31.2	39.2	46.3	13.2	21.0	3.7	1.5

Elaborazioni su dati Istat

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano nella gran parte dei casi gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili. Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2008 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane, per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetali. Si sottolinea anche la diversità per area geografica che potrebbe essere giustificata da una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni nel Nord e Centro Italia.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per Regioni, nel 2009, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	2.8	Marche	2.9
V. Aosta	4.2	Lazio	3.4
Lombardia	3.7	Abruzzo	1.3
Bolzano	6.7	Molise	2.0
Trento	4.3	Campania	0.4
Veneto	6.2	Puglia	2.2
Friuli V.G.	5.0	Basilicata	3.2
Liguria	2.1	Calabria	1.8
Emilia Romagna	3.3	Sicilia	2.2
Toscana	2.6	Sardegna	5.2
Umbria	1.7		
		ITALIA	2.9

Si ricorda che 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	(2009)	118579	10.1	2.9
	(2008)	121301	10.3	3.0
	(2006)	131018	11.1	2.9
GERMANIA	(2007)	116871	7.3	3.7
INGHILTERRA E GALLES	(2008)	189100	17.5	9.4
OLANDA	(2008)	30924	8.7	16.9
REPUBBLICA CECA	(2008)	25760	10.2	3.4
SPAGNA	(2008)	115812	11.8	11.3
SVEZIA	(2008)	38053	21.3	6.3
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.

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 è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Nel 2009 è leggermente maggiore la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (59.3%, Tab. 21), rispetto al 2008 (58.9%), ed è diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane: 15.8 nel 2009 rispetto a 16.4 nel 2008. Il dato per cittadinanza e area geografica è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2009

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	57.9	56.5	26.2	26.6	11.2	11.8	4.6	5.1
CENTRO	58.9	58.2	26.8	26.8	11.0	11.5	3.3	3.6
SUD	74.1	72.4	18.4	19.0	5.7	6.3	1.9	2.2
ISOLE	62.0	56.8	22.5	26.1	11.2	13.0	4.2	4.1
ITALIA	63.3	58.7	23.7	25.8	9.6	11.2	3.5	4.3

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. Tuttavia bisogna considerare che i tempi di attesa possono risultare brevi se la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale abbastanza avanzata, al fine di effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2009 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, 1983-2009

	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
2007	91.6	8.4	0.0
2008	91.9	8.1	0.0
2009	91.6	8.4	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, 2009

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	96.8	97.4	3.2	2.6
CENTRO	96.0	99.1	4.0	0.9
SUD	71.8	84.0	28.2	16.0
ISOLE	86.6	94.1	13.4	5.9
ITALIA	88.4	96.2	11.6	3.8

Elaborazioni su dati Istat

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2009 permane elevato (88.0%) 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 D12/Istat, potrebbe essere registrata sotto la voce "anestesia generale" (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato l'8.4% degli interventi, con una leggera diminuzione rispetto al 2008. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2009, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per cittadinanza e area geografica:

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2009

	Generale		Locale		Analgesia	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	92.9	92.0	5.2	6.1	1.9	1.9
CENTRO	82.3	78.9	17.5	20.9	0.2	0.2
SUD	92.7	90.3	6.7	9.1	0.6	0.6
ISOLE	96.5	95.1	2.3	3.2	1.2	1.7
ITALIA	91.0	88.5	7.9	10.2	1.1	1.3

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 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 minori rischi per la salute della donna, per la minore richiesta di analisi pre-IVG, per il minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2009 (Tab. 25), sebbene permane un 12.6% di interventi effettuati con

raschiamento, tecnica a maggior rischio di complicanze. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2009

	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
2007*	11.2	22.9	63.3	2.5
2008*	12.0	22.8	63.0	2.3
2009*	12.6	21.5	63.4	2.4

* 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 20% 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, 2009

	Tipo di intervento							
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Altro	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	12.6	11.7	27.9	29.3	59.4	59.0	5.0	1.8
CENTRO	11.6	7.1	10.5	15.0	77.9	77.9	1.5	0.5
SUD	11.2	14.2	10.4	11.8	78.4	74.1	1.1	0.7
ISOLE	28.7	24.4	12.7	12.3	58.6	63.3	1.6	1.3
ITALIA	13.6	11.2	17.7	22.9	68.7	65.8	2.8	1.3

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 per gli aborti precoci 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 2009 e nel 2008 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico è stato utilizzato in quattro Regioni e una Provincia Autonoma (Emilia Romagna, Toscana, Marche, Puglia e Trento) per un totale di 857 casi nel 2009 (0,7% di tutte le IVG) e 703 casi nel 2008 (0,6%). Nel 2007 l'utilizzo è avvenuto nelle stesse aree per un totale di 1110 casi (0,8%) mentre nel 2006 in Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Trento, per un totale di 1151 casi (0,9%) e nel 2005 in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi. Dal 2010 è stata inserita nella scheda D12/Istat, che viene compilata per ogni IVG effettuata in Italia, sotto la voce "tipo di intervento" la modalità "farmacologico" che permetterà di identificare meglio questa metodica.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010 saranno disponibili solo nel 2012, il Ministero della Salute ha deciso di iniziare un monitoraggio dell'utilizzo di questa metodica attraverso un apposito questionario trimestrale che affiancherà quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute ha chiesto la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le Regioni hanno inviato il dato da cui risulta che questa metodica è stata usata nel 2010 in 3775 casi (3.3% del totale delle IVG preliminarmente fornito dalle Regioni per il 2010). L'uso è avvenuto in tutte le regioni tranne Abruzzo, Calabria e Sardegna. Il dettaglio di questo monitoraggio sarà illustrato entro l'anno in un apposito documento, che sarà presentato alle commissioni parlamentari competenti.

3.8 Durata della degenza

Nel 93.6% dei casi la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 3.9% 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 Abruzzo, Sicilia e Sardegna. La tabella seguente riporta l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle IVG per durata della degenza:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2009

	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
2007	91.2	6.2	2.6
2008	92.6	4.8	2.7
2009	93.6	3.9	2.5

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2008 è stata la seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2007-2009

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
NORD	95.0	94.6	3.0	3.1	2.1	2.3
CENTRO	95.7	95.3	2.2	2.5	2.1	2.1
SUD	85.5	91.3	11.7	7.0	2.8	1.6
ISOLE	90.1	89.8	3.4	4.1	6.5	6.2
ITALIA	92.6	93.6	4.8	3.9	2.7	2.5

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2009 sono state registrate 3.9 complicanze per 1000 IVG senza distinzione sulle procedure. 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. Nel 2009 si evince una stabilizzazione generale dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. Infatti, a livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008 e al 70.7 nel 2009; per gli anestesisti, negli stessi anni, dal 45.7% al 51.7%. Per il personale non medico si è osservato un ulteriore incremento, con valori che sono passati dal 38.6% nel 2005 al 44.4% nel 2009. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano principalmente al sud: 85.2% in Basilicata, 83.9% in Campania, 82.8% in Molise, 81.7% in Sicilia e 81.3% a Bolzano. Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di più di 77% in Molise e Campania e 75.6% in Sicilia e i più bassi in Toscana (27.7%) e a Trento (31.8%). Per il personale non medico i valori sono più bassi, con un massimo di 87.0% in Sicilia e 82.0% in Molise.

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