

2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

Le caratteristiche socio-demografiche delle donne (numero di figli, età, titolo di studio, stato civile) rappresentano fattori importanti nelle scelte riproduttive. Un'analisi più approfondita su queste caratteristiche è stata riportata nella Relazione al Parlamento presentata nell'anno 1998.

In generale le caratteristiche delle donne che più frequentemente ricorrono all'IVG si sono modificate, col trascorrere degli anni, in modo lento e costante. Tale evoluzione è dovuta ad una maggiore riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli (che in Italia corrisponde alle donne coniugate) rispetto alla pur significativa riduzione osservata nelle donne senza figli (prevalentemente nubili), come peraltro già evidenziato nelle precedenti relazioni.

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 (SK. Henshaw, S. Singh, T. Haas. The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives*, January 1999; 25 suppl: S30-8; A. Bankole, S. Singh, T. Haas. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *International Family Planning Perspectives*, 1999; 25: 68-77).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 1998 (Tab.6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella dell'anno precedente. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. È da tenere presente che per fare confronti, in linea teorica, è necessario usare il tasso standardizzato che tiene conto delle diverse composizioni per classe di età della popolazione femminile in età feconda nelle Regioni. In realtà gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono minimi (Tab. 1 e Tab. 7).

Facendo un confronto tra il 1983 e il 1998 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', 1983-98

							VARIAZIONE %	
	1983	1987	1991	1995	1997	1998	97-98	83-98
< 20	8.0	6.2	5.5	5.8	6.7	6.6	- 1.5	- 17.5
20-24	23.6	16.2	13.4	12.5	13.5	14.1	4.4	- 40.3
25-29	27.6	20.1	15.7	13.6	13.9	14.1	1.4	- 48.9
30-34	25.2	21.3	17.1	14.1	13.7	13.2	- 3.6	- 47.6
35-39	23.6	17.4	15.1	12.7	12.3	11.7	- 4.9	- 50.4
40-44	9.8	9.1	7.2	6.1	5.8	5.7	- 1.7	- 41.8
45-49	1.2	1.1	0.9	1.0	0.5	0.5	0	- 58.3

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività si siano ridotti per tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni (Fig. 3). Inoltre, dal 1995, si può osservare un leggero aumento dei tassi di abortività per le classi di età 20-24 e 25-29 anni.

L'analisi per ripartizione geografica mostra come si siano ridotte le differenze territoriali a tutte le età sebbene permanga un andamento dell'abortività al Sud spostato verso le età più avanzate (Tab. 7). Si può ipotizzare che ciò sia dovuto ad un maggior numero desiderato di figli in questa area del Paese che, di conseguenza, sposta in avanti l'età in cui più frequentemente si ricorre all'IVG.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella degli altri paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano al di sotto dei 25 anni, mentre in Italia i tassi di abortività sono maggiori nelle donne delle classi di età centrali, anche se si osservano modificazioni, come riportato precedentemente, che tendono ad avvicinare l'Italia agli altri Paesi dell'Europa occidentale.

TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(1997)	6.7	13.5	13.9	13.7	12.3	5.8
	(1998)	6.6	14.1	14.1	13.2	11.7	5.7
GERMANIA	(1995)	3.1	7.5	7.6	7.1	5.3	2.6
OLANDA	(1992)	4.2	7.4	7.2	6.6	5.0	1.9
FRANCIA	(1995)	8.9	18.2	16.6	14.4	10.8	5.3
FINLANDIA	(1996)	9.6	15.6	13.8	11.2	7.5	3.9
DANIMARCA	(1995)	14.8	22.5	21.4	19.1	12.5	5.4
NORVEGIA	(1996)	15.8	25.7	21.1	15.9	10.1	4.3
SVEZIA	(1996)	17.7	27.5	24.7	20.9	14.8	6.5
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	19.2	25.5	18.6	12.4	7.9	3.2
UNGHERIA	(1996)	30.4	46.8	48.7	43.5	30.7	13.0
BULGARIA	(1995)	32.7	85.4	84.1	60.1	30.8	10.9
USA	(1995)	32.1	50.3	32.6	17.9	9.8	3.2

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 1998 è risultato essere pari a 3.9 per 1000 (Tab. 5); l'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 70% dei casi dai genitori e nel 28.9% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Queste percentuali possono essere poco accurate, essendo il dato non indicato pari al 15.4%.

2.2 Stato civile

Le donne che ricorrono all'aborto legale in Italia sono in prevalenza coniugate. Va sottolineato ancora una volta che il progressivo aumento della percentuale di donne nubili sul totale delle donne che ricorrono all'IVG è dovuto principalmente ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate a fronte di una riduzione minore tra le nubili.

L'ISTAT, nel volume "L'abortività in Italia – tendenze e nuovi comportamenti degli anni '90" (Serie Informazioni n. 3 – 2000), ha calcolato i tassi di abortività per stato civile, per gli anni 1981 e 1991 per i quali sono disponibili le popolazioni secondo lo stato civile grazie ai censimenti, e dal 1992 al 1996, grazie all'attivazione dell'indagine sulla popolazione secondo lo stato civile.

Come si osserva nella tabella seguente, le donne coniugate sono quelle che registrano la diminuzione maggiore nel ricorso all'IVG nell'arco del decennio 1981-1991 (da 17.7 per 1000 a 11.6 per 1000, -34.5%), in particolare quelle con figli. L'analisi degli anni successivi al 1991 mostra una riduzione dei tassi fino al 1994, anno dal quale si assiste ad una loro stabilizzazione, attestatasi su valori di poco superiori al 9 per 1000. Un trend simile si osserva nelle ripartizioni geografiche,

ma a livelli diversi, soprattutto per quanto riguarda il Sud, i cui tassi tra le coniugate sono decisamente più elevati.

IVG PER 1000 DONNE IN ETA' FECONDA, PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E STATO CIVILE (anni 1981 e 1991-1996)

NUBILI							
	1981	1991	1992	1993	1994	1995	1996
NORD	15.6	10.2	9.8	9.7	9.2	9.2	9.7
CENTRO *	15.6	12.3	12.5	12.2	11.2	11.6	11.7
SUD		5.5	7.2	7.3	7.4	7.3	7.7
ISOLE	4.9	3.7	5.1	5.0	5.1	5.4	5.6
ITALIA	11.4	9.2	9.1	9.1	8.7	8.8	9.2

CONIUGATE							
	1981	1991	1992	1993	1994	1995	1996
NORD	17.5	9.1	8.2	7.6	7.1	6.8	7.0
CENTRO *	17.7	11.8	10.9	10.5	9.4	8.6	9.1
SUD		16.3	15.4	14.8	13.6	13.9	13.6
ISOLE	18.0	10.9	9.9	8.8	8.2	8.5	8.9
ITALIA	17.7	11.6	10.7	10.1	9.3	9.1	9.3

* A seguito dell'elevata percentuale di "Non indicato" attribuibile alla Regione Lazio, i tassi sono stimati negli anni 1995 e 1996

Le riduzioni dei tassi di abortività delle nubili nel corso del tempo sono state meno accentuate: si è passati dall'11.4 per 1000 del 1981 a valori nell'ordine del 9 per 1000 nel corso degli anni '90 (-19.3%). Si deve però considerare che l'abortività tra le nubili negli anni '80 era notevolmente inferiore a quella delle coniugate, mentre negli anni più recenti sono dello stesso ordine di grandezza, in maniera simile a molti Paesi europei.

L'analisi territoriale mostra tassi di abortività più alti per le nubili nel Centro e nel Nord Italia.

Questo andamento lascia pensare che uno dei fattori principali del calo dell'IVG in Italia sia la maggior diffusione dell'uso corretto dei metodi per la procreazione consapevole soprattutto tra le coniugate. Sembrerebbe, inoltre, che al Sud, a fronte di una generale buona attitudine a impiegare i metodi per la procreazione consapevole, persista ancora una difficoltà al ricorso ai metodi più efficaci e al loro corretto uso.

Le distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile del 1998 confermano la maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari (Tab. 8). Nelle quattro ripartizioni geografiche si hanno i seguenti valori:

IVG (%) PER STATO CIVILE PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	Coniugate	Già coniugate	Nubili
NORD	44.2	7.4	48.5
CENTRO	47.4	6.0	46.7
SUD	65.5	3.1	31.4
ISOLE	61.5	3.9	34.6
ITALIA	52.4	5.6	42.0

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono al di sotto 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	(1997)	54.4	45.6
	(1998)	52.4	47.6
BULGARIA	(1996)	74.8	25.3
UNGHERIA	(1996)	52.2	47.8
GERMANIA	(1995)	52.5	47.6
OLANDA	(1992)	50.2	49.8
NORVEGIA	(1993)	39.2	60.8
FRANCIA	(1995)	29.5	70.6
FINLANDIA	(1993)	26.5	73.4
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	21.4	78.6
USA	(1995)	16.2	83.8

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è il più importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 1998 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (49.0%). L'aumento osservato con il passare degli anni di questa percentuale è da ricollegare prevalentemente all'obbligatorietà dell'istruzione media a partire dagli anni '50.

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono tuttavia differenze tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

IVG (%) PER ISTRUZIONE PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	Nessun titolo	Elementare	Licenza media	Licenza superiore	Laurea
NORD	1.2	7.5	48.7	37.9	4.7
CENTRO	0.8	5.7	44.7	42.9	5.9
SUD	2.1	15.7	51.3	28.0	3.0
ISOLE	4.0	13.4	52.2	27.7	2.7
ITALIA	1.6	10.0	49.0	35.1	4.2

Dal confronto dei tassi standardizzati per età, possibile solo per il 1981 ed il 1991 (anni del censimento), si evidenzia che a livelli crescenti di scolarità corrispondono livelli decrescenti di abortività. Escludendo le donne di 15-19 anni perché non possono avere la licenza di scuola media superiore o la laurea, nel decennio considerato la riduzione è stata del 13% (da 16.9 per 1000 a 14.7 per 1000) nelle donne con titolo di studio inferiore o uguale ad elementare, del 35.5% (da 21.9 a 14.1) nelle donne con licenza media e del 36.6% (da 14.2 a 9.0) nelle donne con licenza media superiore o laurea, come riportato nel rapporto dell'ISTAT "L'interruzione di gravidanza in Italia - Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi" (Serie Argomenti n.9 - 1997).

In questo volume l'ISTAT ha anche analizzato i dati dell'IVG per condizione professionale. I tassi maggiori spettano alle casalinghe sia nel 1981 che nel 1991, con una diminuzione più rilevante tra le donne in condizione professionale rispetto alle casalinghe (-30.1% rispetto a -12.5%).

2.4 Residenza

Nel 1998 il 92.1% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab.10). Di queste l'86.5% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dai dati del 1998 si osserva una maggiore frequenza di migrazione nelle stesse Regioni degli anni precedenti (Molise, Provincia Autonoma di Trento, Umbria, Marche, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Basilicata).

È stato inoltre segnalata da parte dei funzionari regionali, la presenza, via via crescente, di donne straniere, 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 e 3258 nel 1998, quest'ultimo valore corrisponde al 2.4% del totale delle IVG. Le province nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale. Tale distribuzione territoriale è molto probabilmente derivante dalla presenza più elevata in alcune province di donne straniere piuttosto che all'offerta di servizi sul territorio.

Per una corretta valutazione dei tassi di abortività per Regione, devono essere tenuti presenti i dati sulla mobilità.

I valori riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per Regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortività, da un punto di vista metodologico, questo non è corretto perché, numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore è costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data Regione. Sarebbe più corretto utilizzare come numeratore le IVG ottenute dalle donne residenti.

A livello nazionale, poiché l'apporto delle donne non residenti in Italia non risulta molto elevato (3258 IVG nel 1998), questa differenza di provenienza del numeratore e del denominatore, nel calcolo del tasso e del rapporto di abortività, non costituisce un grosso problema. Infatti il tasso di abortività calcolato utilizzando solo le IVG di donne residenti in Italia risulta pari a 9.5, rispetto a 9.8 calcolato su tutte le IVG effettuate nel Paese nel 1998.

È possibile nella presente relazione fare questa correzione anche a livello regionale per l'anno 1998, in quanto l'ISTAT ha fornito i dati per Regione di intervento e di residenza.

La tabella 29 mostra le correzioni che bisogna apportare per avere la stima di incidenza corretta per residenza della donna. Si nota come nella provincia di Trento, in Molise, in Umbria ed in Emilia Romagna, per avere il numero di IVG effettuate da donne residenti, è necessario apportare una correzione in meno tra il 10% e il 20% sui valori assoluti di IVG effettuate nella Regione da donne residenti ovunque. Viceversa nella provincia di Bolzano e in Basilicata bisogna apportare correzioni, comprese tra il 10 e il 70% dei valori, nel senso opposto.

In generale si può osservare come le Regioni che presentano i valori più bassi per luogo di intervento tendano ad aumentare e viceversa, indicando una possibile migrazione verso Regioni con servizi quantitativamente e qualitativamente maggiori. In alcuni casi, tuttavia, può trattarsi di donne presenti in quel territorio per motivi di studio o lavoro oppure a spostamenti dovuti a motivi di vicinanza alla struttura sanitaria più che a una preferenza legata ad una migliore offerta di servizi.

Dall'analisi riportata nel volume dell'ISTAT (Serie Argomenti n.9 - 1997), la maggiore tendenza allo spostamento spetta alle nubi. Anche il titolo di studio influisce sulla mobilità: le donne con istruzione più elevata tendono, in misura maggiore, a rivolgersi ad una struttura situata al di fuori del proprio luogo di residenza per effettuare l'intervento.

2.5 Cittadinanza

Dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Nel 1995 ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997 e 13826 nel 1998. In queste 13826 cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 3258 residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 1998, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 11.

L'aumento nel tempo delle IVG effettuate da donne straniere in qualche maniera potrebbe nascondere la riduzione del fenomeno tra le donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 127700 nel 1996 a 123728 nel 1998 (anni più attendibili perché il valore dei dati mancanti è basso).

Nel 1998 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 10.1% del dato nazionale e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori.

Si tratta in ogni caso di donne generalmente domiciliate nel nostro Paese e solo marginalmente rappresentano l'espressione di un fenomeno migratorio per l'espletamento dell'intervento.

Utilizzando la distribuzione per età della popolazione femminile straniera con permesso di soggiorno fornita dal Ministero degli Interni è possibile stimare la quantità di donne straniere residenti in Italia di età compresa tra 18 e 49 anni ed il tasso di abortività per queste donne (28.7 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni) che risulta circa tre volte superiore al dato delle cittadine italiane dello stesso gruppo d'età (9.1 per 1000). Questo dato è da mettere in relazione al fatto che molte delle donne cittadine straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e che provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia.

L'analisi per età e per cittadinanza, effettuata dall'ISTAT, mostra che per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni, sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani, mentre per le donne straniere i tassi decrescono passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana; infatti mentre tra le cittadine italiane l'IVG è più frequente tra le donne di età 25-34 anni, tra le straniere sono le giovani quelle che ricorrono di più all'IVG.

TASSI DI ABORTIVITÀ VOLONTARIA PER 1000 DONNE RESIDENTI IN ITALIA, SECONDO LA CITTADINANZA E LE CLASSI D'ETÀ (Anno 1998)

Età	Cittadinanza	
	italiana	straniera
18-24	11.5	55.0
25-29	12.0	44.0
30-34	12.2	31.4
35-39	11.1	23.6
40-44	5.3	10.0
45-49	0.5	0.7

Questa analisi, sebbene preliminare, del fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia indica in maniera evidente la necessità di politiche di supporto e informazione verso le donne straniere, in particolare le giovanissime.

2.6 Anamnesi Ostetrica

2.6.1 Numero di figli

Il 58.1% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 1998 hanno almeno un figlio (Tab.12). Il confronto con gli anni precedenti mostra un aumento della percentuale delle donne senza figli.

IVG (%) PER PARITA', 1983-98

	N° figli				
	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
1997	40.2	20.3	27.0	9.1	3.4
1998	41.9	19.9	26.4	8.8	3.0

Dall'analisi riportata nel volume dell'ISTAT (Serie Argomenti n.9 - 1997) i tassi di abortività per 1000 donne coniugate e numero di figli relativi al 1991 evidenziano che il ricorso all'IVG è più contenuto per le donne senza figli e assume maggior rilievo via via che aumenta il nucleo familiare. Anche i rapporti di abortività volontaria secondo il numero dei figli, per gli anni 1981-1994, sono più elevati tra le donne con due o più figli; contemporaneamente si osserva una sensibile diminuzione nel tempo, maggiormente accentuata per le donne con tre o più figli.

Da ciò emerge la considerazione di ordine generale che, poiché in Italia nel tempo è diminuito il numero dei nati e soprattutto quelli di ordine superiore, la diminuzione dei rapporti di abortività è la conseguenza di un calo delle IVG maggiore di quello dei nati. L'unico fattore che può aver agito in questo senso è la maggiore diffusione dell'uso di metodi per la procreazione consapevole, in quanto gli altri fattori che influenzano la fecondità sono quelli involontari, ovvero l'abortività spontanea e l'infertilità, che agiscono sui concepimenti indipendentemente dal fatto che questi abbiano come esito la nascita o l'IVG.

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 1998, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) PER PARITA' E PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	N° figli				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	48.5	23.4	21.6	4.9	1.6
CENTRO	48.8	20.6	23.5	5.6	1.5
SUD	29.4	14.9	34.6	15.7	5.4
ISOLE	32.9	16.9	30.9	13.5	5.7
ITALIA	41.9	19.9	26.4	8.8	3.0

Un confronto dei valori percentuali con altri paesi europei viene presentato nella seguente tabella:

IVG (%) PER PARITA': CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	N° figli	
		0	≥ 1
ITALIA	(1997)	40.2	59.8
	(1998)	41.9	58.1
ROMANIA	(1993)	7.8	92.3
REPUBBLICA Ceca	(1996)	21.0	79.1
GERMANIA	(1996)	36.5	63.5
SVEZIA	(1996)	45.6	54.4
DANIMARCA	(1994)	45.9	54.1
FINLANDIA	(1996)	46.8	53.2
OLANDA	(1992)	48.9	51.1
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	53.8	46.2
NORVEGIA	(1993)	67.7	32.3
USA	(1995)	45.0	55.0

Considerando il numero dei parti precedenti, si hanno percentuali sostanzialmente uguali a quelle per numero di figli (Tab.13); la distribuzione percentuale per le quattro ripartizioni geografiche, nel 1998, è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) PER PARTI PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	0	1	2	3	4 o più
NORD	47.7	23.7	21.8	5.0	1.7
CENTRO	47.6	21.1	24.1	5.8	1.5
SUD	28.7	14.9	34.8	15.9	5.7
ISOLE	32.7	17.0	31.0	13.5	5.9
ITALIA	41.1	20.1	26.7	8.9	3.1

2.6.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 1998 l'89.4% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è leggermente superiore a quello rilevato nel 1997 (88.3%) e mette in evidenza una tendenza alla diminuzione delle donne che hanno dichiarato di avere avuto aborti spontanei precedenti, rispetto ai dati del 1983.

IVG (%) PER NUMERO DI ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI, 1983-98

	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
1997	88.3	9.3	1.9	0.4	0.2
1998	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2

2.6.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 1998 (Tab.15) mostrano una stabilità nella percentuale di donne che hanno già effettuato una o più IVG precedentemente. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI, 1983-98

	N° IVG precedenti				totale
	1	2	3	4	
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
1997	17.7	4.9	1.5	0.9	25.0
1998	17.4	4.8	1.5	0.8	24.6

Si tratta, come già detto nelle precedenti relazioni, di una evoluzione diversa da quella che si avrebbe se si assumesse costante nel tempo la tendenza ad abortire. Infatti, sotto questa assunzione, con modelli matematici è possibile stimare l'andamento nel tempo dell'abortività ripetuta. Dal momento della legalizzazione la proporzione di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva deve aumentare fino a raggiungere un valore stazionario dopo 30 anni (questo aumento è la conseguenza dell'aumento della popolazione in età feconda con esperienza abortiva).

Il confronto tra l'osservato e l'atteso, riportato nella tabella seguente, mostra che il plateau è stato raggiunto dopo 10 anni dalla legalizzazione e su un livello (peraltro discendente) inferiore di oltre un terzo rispetto all'atteso.

PERCENTUALI DI IVG OTTENUTE DA DONNE CON PRECEDENTE ESPERIENZA ABORTIVA (ABORTI LEGALI) - ITALIA 1987-1998

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
osservati	30.0	30.1	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0	24.6
attesi *	33.3	35.5	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: R. De Blasio, A. Spinelli, M.E. Grandolfo: Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. An. Ist. Super. Sanità, 34: 331-338; 1988.)

Considerando l'anno 1998 può notarsi come la massima frequenza delle ripetizioni sia a carico delle Regioni meridionali con il 29.7%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	N° IVG precedenti				totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	17.1	3.9	1.1	0.6	22.7
CENTRO	16.7	4.2	1.2	0.6	22.8
SUD	18.9	6.7	2.6	1.5	29.7
ISOLE	16.4	4.4	1.2	0.6	22.7
ITALIA	17.4	4.8	1.5	0.8	24.6

Nel Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Piemonte (26.3%); nel Centro, nel Lazio (24.0%); al Sud, in Puglia (36.5%); nell'Italia insulare, in Sicilia (23.9%).

Il quadro complessivo dei dati regionali relativo alle donne che, avendo fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza nel 1998, avevano effettuato in precedenza due o più IVG risulta il seguente:

REGIONI	IVG precedenti >1 (%)	REGIONI	IVG precedenti >1 (%)
Piemonte	7.3	Marche	4.8
V. Aosta	4.7	Lazio	6.7
Lombardia	4.5	Abruzzo	6.0
Bolzano	6.0	Molise	6.1
Trento	2.7	Campania	9.7
Veneto	4.5	Puglia	14.7
Friuli V.G.	6.3	Basilicata	7.5
Liguria	5.1	Calabria	4.4
Emilia Rom.	6.8	Sicilia	6.9
Toscana	5.6	Sardegna	3.8
Umbria	5.8		
		ITALIA	7.2

Per avere un quadro più completo, l'ISTAT, che dispone dei dati individuali ha analizzato le caratteristiche socio demografiche delle donne che hanno avuto aborti ripetuti (Serie Argomenti n.9 - 1997). Da ciò è risultato che il numero di IVG precedenti aumenta con l'aumentare del numero di figli e dell'età delle donne. Inoltre, a parità di numero di figli, il fenomeno è più marcato tra le nubili rispetto alle coniugate. Diversamente, un elevato livello di istruzione e l'avere un'occupazione extradomestica agiscono da fattore protettivo, come già osservato per l'abortività in generale.

Considerando infine la ripartizione geografica si osserva una maggiore concentrazione dell'aborto ripetuto al Sud rispetto al resto d'Italia, indipendentemente dalla maggior presenza di donne con figli.

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importate conferma che la tendenza al ricorso all'aborto non è costante ma in diminuzione, e la spiegazione più plausibile, sulla base di molti studi di popolazione, è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL' IVG

3.1 Certificazione

Anche per l'anno 1998 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (40.9%); nel 30.2% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio è stato coinvolto nel 27.2% dei casi (Tab.16). Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva in Piemonte (52.3%), nel Lazio (48.4%), in Emilia Romagna (37.1%), in Lombardia (32.8%), in Umbria (32.6%) ed in Veneto (30.0%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare.

IVG (%) PER LUOGO DI CERTIFICAZIONE, 1983-1998

	Medico fiducia	Servizio Ost. Gin	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
1997	41.6	31.8	24.9	1.8
1998	40.9	30.2	27.2	1.7

Confrontando la tabella 16 con quella della distribuzione dei consultori familiari sul territorio (Tab. 17), può notarsi come le più alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza dei consultori nelle Regioni; ciò sta a significare che un maggior coinvolgimento del consultorio è in buona parte il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

In generale, da un'analisi più approfondita, emerge che le nubili o le già coniugate, le donne più giovani e le meno istruite ricorrono di più al consultorio familiare (ISTAT, Serie Argomenti n.9 - 1997).

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo quanto riferito dalle Regioni) sono risultati, nel 1998, 2227 (1.6 per 10000 donne di età 15-49 anni) e 161 privati, con un leggero aumento rispetto al 1997 (2174 consultori pubblici) e una riduzione di 161 rispetto al 1995 e di 405 rispetto al 1994.

Questa riduzione è prevalentemente legata alla creazione o riorganizzazione dei distretti, presso i quali sono stati accentrati i consultori familiari e all'eliminazione delle sedi distaccate, che prima, impropriamente, influenzavano il numero dei consultori.

Va detto, comunque, che anche i dati del 1998 risultano comprensivi, in alcune Regioni, delle sedi distaccate e che alcuni consultori sono con organico non completo, soprattutto al Sud.

La legge 34/96 prevede 1 consultorio familiare ogni 20000 abitanti. Nella tabella 17 si osserva che in molte regioni la presenza dei consultori familiari pubblici è inferiore a questo rapporto; a livello nazionale tale valore risulta infatti di 0.8 per 20000 abitanti, senza differenze tra aree geografiche. Le regioni in cui questo valore è superiore a 1 sono la Val d'Aosta, il Piemonte, la Liguria, l'Emilia Romagna e la Basilicata.

Il Progetto Obiettivo materno-infantile, previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e pubblicato in G.U. n. 131 del 7.6.2000, presenta, tra gli argomenti prioritari, la riqualificazione

qualitativa e quantitativa dei consultori familiari. All'interno dei programmi da privilegiare che fanno capo al consultorio familiare vi è quello della prevenzione dell'IVG, attraverso specifiche azioni per il raggiungimento dell'obiettivo e con specifici indicatori per la valutazione delle azioni intraprese.

Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività, anche attraverso programmi di formazione permanente, restano quindi esigenze inderogabili.

3.2 Urgenza

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge è avvenuto nel 1998 nel 8.6% dei casi (Tab.18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (28.7%) ed in Emilia Romagna (25.3%).

In queste Regioni le percentuali di IVG effettuate oltre la decima settimana sono inferiori al dato di Regioni confrontabili, in particolare nella classe di età 15-19 anni

La distribuzione per aree geografiche dell'IVG con certificazione che attestava l'urgenza è la seguente: 9.3% al Nord, 13.7% al Centro, 5.6% al Sud e 3.0% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG a seconda dell'epoca gestazionale mostra che il 47.8% degli interventi viene effettuato entro l'8ª settimana, il 38.3% tra la 9ª e 10ª settimana, il 12.2% in 11ª -12ª settimana di gestazione, e l'1.7% oltre la 12ª settimana (Tab.19).

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 1998, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	1.9	Marche	1.8
V. Aosta	0	Lazio	1.6
Lombardia	2.0	Abruzzo	1.0
Bolzano	4.5	Molise	0.7
Trento	2.7	Campania	0.9
Veneto	4.3	Puglia	0.6
Friuli V.G.	2.4	Basilicata	0.2
Liguria	2.4	Calabria	0.8
Emilia Rom.	2.4	Sicilia	1.6
Toscana	2.3	Sardegna	1.5
Umbria	1.7		
		ITALIA	1.7

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni consiste nella diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le dodici settimane di gestazione.

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	(1997)	140525	11.4	1.7
	(1998)	138357	11.3	1.7
REPUBBLICA Ceca	(1996)	46500	20.7	1.1
UNGHERIA	(1996)	76600	34.7	1.1
GERMANIA	(1996)	130900	7.6	1.6
FRANCIA	(1995)	156200	12.4	2.2
DANIMARCA	(1995)	17700	16.1	2.9
NORVEGIA	(1996)	14300	15.6	3.6
SVEZIA	(1996)	32100	18.7	4.0
OLANDA	(1996)	22400	6.5	8.2
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	167900	15.6	11.4
USA	(1996)	1365700	22.9	12.1

* 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 oltre la 10^a settimana: 19.3% nelle donne con meno di 20 anni rispetto a 13.5% nelle altre. Da un'analisi dei dati individuali (ISTAT, Serie Argomenti n.9 - 1997), si osserva che più basso è il livello di istruzione della donna, più elevata è l'epoca gestazionale in cui la donna effettua l'intervento. Anche la parità è associata con la precocità dell'intervento: all'aumentare della parità aumenta la percentuale delle IVG effettuate sia entro l'ottava che entro la decima settimana.

3.4 Tempo di attesa fra certificazione ed intervento

L'informazione relativa alla data della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento è stata inserita sia nel modello D 12 standard (ISTAT) che nel questionario trimestrale sull'andamento dell'IVG a partire dal 2000. Nel 1998 è stata raccolta da 9 Regioni, quale indicatore dell'efficienza dei servizi. Su 47608 IVG per le quali è disponibile questa informazione, il 67.3% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 10.7% dei casi, con alcune variazioni regionali, sono trascorse più di 3 settimane (Tab. 21).

3.5 Luogo dell'intervento

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) mostra una sostanziale stabilizzazione con eccezione di una leggera riduzione della quota di interventi nelle case di cura. La riduzione osservata, dopo il 1987, per l'ambulatorio è da mettere in relazione alla corretta registrazione sotto questa voce dei soli interventi effettuati in struttura esterna agli istituti di cura pubblici (definizione ISTAT).

IVG (%) PER LUOGO DI INTERVENTO, 1983-98

	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
1997	90.6	8.9	0.6
1998	90.6	8.9	0.4

In alcune Regioni, Puglia e Sardegna, e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano, la percentuale di interventi effettuati in casa di cura è particolarmente elevata (Tab. 23).

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 1998 l'anestesia generale è stata impiegata nell'83.1% delle IVG (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 15.6% degli interventi, senza notevoli modificazioni rispetto al 1997. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 1998, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) PER TIPO DI ANESTESIA PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	Generale	Locale	Analgesia	Altro
NORD	86.1	12.0	1.0	0.3
CENTRO	68.4	30.7	0.7	0
SUD	86.1	12.8	0.8	0.1
ISOLE	93.5	6.2	0.2	0
ITALIA	83.1	15.6	0.8	0.2

C'è da segnalare, ancora una volta, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Da un'analisi più dettagliata (ISTAT, Serie Argomenti n.9 - 1997) è stata evidenziata una maggiore percentuale di anestesia locale tra le laureate e tra le donne di età più avanzata e con figli. Tuttavia il fattore più importante nel determinare la scelta del tipo di anestesia risulta essere il luogo dove viene effettuato l'intervento e quindi le scelte del personale che esegue l'IVG.

3.7 Tipo di intervento

Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO, 1983-98

	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
1997	16.7	21.1	60.9	1.3
1998	16.8	19.5	62.6	1.2

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (Tab. 25). Nel 1997 e 1998 si nota, dopo una progressiva fase di riduzione ed una successiva situazione di stabilità dell'uso del raschiamento, un suo leggero aumento in particolare in alcune regioni. Considerando i dati per Regioni, valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria, Sardegna, Molise ed Abruzzo, dove questa tecnica è ancora presente in più del 30% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale.

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO PER AREA GEOGRAFICA, 1998

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	13.6	24.2	61.0	1.2
CENTRO	4.0	30.0	63.5	2.5
SUD	21.0	9.9	68.4	0.7
ISOLE	31.8	15.6	51.6	0.9
ITALIA	16.8	19.5	62.6	1.2

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.

In generale il raschiamento risulta essere maggiormente presente fra donne con titolo di studio basso, donne di età più avanzata e donne con figli (ISTAT, Serie Argomenti n.9 - 1997).

Come già osservato nelle precedenti relazioni, permane la contraddizione fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale, anche tenendo conto che l'86% delle IVG viene effettuato entro la 10ª settimana gestazionale.

Considerando le differenze esistenti non solo tra Regioni ma, soprattutto all'interno delle Regioni, tra ospedali, così come accade per il tipo di anestesia e la durata della degenza, sarebbe opportuno procedere ad una omogenizzazione delle procedure adottate secondo gli standard raccomandati a livello internazionale, ciò al fine di una maggiore salvaguardia della salute della donna, oltre che di un risparmio di risorse.

3.8 Durata della degenza

Nel 1998 continua a ridursi la durata della degenza.

IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA, 1983-98

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1987	67.4	21.2	11.5
1991	72.9	19.0	8.0
1993	74.8	19.2	6.0
1995	76.9	17.5	5.5
1997	78.6	15.7	5.7
1998	79.4	15.5	5.1

Per grandi aree geografiche rispetto al 1997 la durata della degenza è stata la seguente:

IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA PER AREA GEOGRAFICA, 1997-98

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
NORD	79.3	80.5	16.2	16.3	4.6	3.2
CENTRO	89.2	88.2	7.5	8.8	3.3	2.9
SUD	74.1	74.9	18.3	18.1	7.7	7.0
ISOLE	65.8	67.7	24.0	19.9	10.2	12.5
ITALIA	78.6	79.4	15.7	15.5	5.7	5.1

Nel 79.4% la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 15.5% 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 tra Regione e Regione (Tab. 26), con degenze particolarmente lunghe in Sardegna e Calabria.

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

L'incidenza delle complicanze (Tab. 27) è pressoché simile a quella degli anni precedenti e sovrapponibile a quella di altri Paesi europei, con un valore totale di 2.9 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (1.7 per 1000).

3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Solo la regione Marche non ha fornito questa informazione. Dai dati disponibili risultano obiettori il 64.1% dei ginecologi, il 53.9% degli anestesisti ed il 55.5% del personale non medico.

Non è possibile effettuare confronti su scala nazionale con gli anni precedenti perché cambiano, di anno in anno, le Regioni notificanti e le informazioni non riguardano sempre l'intera Regione.