

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2008 ed i dati definitivi relativi all'anno 2007 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). Essa riporta i dati raccolti dal sistema di sorveglianza epidemiologica delle IVG, relativi all'andamento generale del fenomeno, alle caratteristiche delle donne che vi fanno ricorso, alle modalità di svolgimento dell'IVG.

Il monitoraggio avviene a partire dalla compilazione dei modelli D12 dell'Istat che prevede informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio della certificazione e nell'intervento e sulle modalità dell'intervento.

Per ogni intervento di IVG viene compilato un modello Istat D12, e successivamente inoltrato dalla struttura in cui è stato effettuato l'intervento alla Azienda Sanitaria, e quindi alla Regione di riferimento, la quale raccoglie i dati di tutti i modelli pervenuti dalle strutture sanitarie di competenza, per rispondere ad un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS e dal Ministero.

I dati così raccolti vengono trasmessi all'ISS e al Ministero che, in costante contatto con le Regioni, provvedono a valutarli ed elaborarli; in collaborazione con l'Istat vengono poi predisposte tabelle ed analisi definitive per la relazione finale.

La relazione al Parlamento rappresenta lo strumento istituzionale che, sulla base dalle evidenze riportate dal sistema di sorveglianza, può indirizzare in modo coerente le scelte programmatiche di sanità pubblica, centrali ma soprattutto regionali, finalizzate a correggere e risolvere le criticità, pianificare gli interventi più adeguati di prevenzione, raccomandare le procedure più appropriate in termini di maggior tutela della salute della donna e di maggiore efficienza.

Il dettato della legge affida, infatti, alle istituzioni centrali e regionali il compito del governo del sistema, per il raggiungimento delle finalità primarie della legge stessa: la riduzione continua e progressiva dell'incidenza del fenomeno, l'abbattimento dell'aborto clandestino, la promozione di una sempre maggiore competenza verso una procreazione consapevole al fine di evitare che l'aborto sia mezzo per il controllo delle nascite.

Un ringraziamento a tutti coloro che lavorano nel sistema di sorveglianza sulle IVG, gestito dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, in collaborazione con l'Istat, specialmente ai Referenti regionali. Tra questi un particolare apprezzamento quest'anno è rivolto ai Referenti delle Regioni Campania e Sicilia che sono riusciti a recuperare, con uno straordinario sforzo organizzativo, quella completezza e qualità nella raccolta delle informazioni che negli ultimi anni aveva mostrato alcune criticità.

A differenza dello scorso anno in cui l'autorità politica ha voluto anticipare i tempi della presentazione per assolvere ai compiti istituzionali nei tempi del mandato di governo, quest'anno si è tornati alle scadenze degli anni precedenti per poter garantire una maggiore completezza dell'informazione. Si ribadisce, 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.

Si anticipa, poi, che al fine di migliorare il livello delle informazioni raccolte, a decorrere dall'anno 2010, nel modello Istat D12 verranno introdotte le voci che permetteranno di raccogliere il dato relativo all'intervento farmacologico e l'eventuale presenza di diagnosi di malformazioni nel caso di IVG dopo i 90 giorni.

Per valutare il fenomeno dell'IVG nella relazione si utilizzano il numero assoluto di IVG, il tasso di abortività (cioè il numero di IVG per 1000 donne in età feconda, fra 15 e 49 anni), considerato l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, e il rapporto di abortività (numero di IVG per 1000 nati vivi).

Per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno, nel 2008 sono state effettuate 121'406 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 4.1% rispetto al dato definitivo del 2007 (126'562 casi) e un decremento del 48.3% 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 2008 è

risultato pari a 8.7 per 1'000, con un decremento del 4.6% rispetto al 2007 (9.1 per 1'000) e un decremento del 49.4% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000).

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2007 è risultato pari a 4.8 per 1'000 (4.9 per 1'000 nel 2006), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani italiane rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Anche se i dati non sono strettamente comparabili, poiché i sistemi di sorveglianza e monitoraggio degli altri paesi occidentali non sempre sono efficienti come quello italiano, possiamo comunque portare ad esempio il paragone con alcuni dei dati più recenti (v. tab. pag.16): per donne con meno di venti anni, nel 2007 in Italia il tasso di abortività è pari a 7.5 per mille; nello stesso anno in Inghilterra e Galles è 25 per mille; nel 2006 in Francia è 16.4 per 1000; nel 2004 negli Usa è 20.5 per mille, e nel 1996 in Svezia era già a 17.7 per mille.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 213.3 per 1'000 con un decremento del 4.9% rispetto al 2007 (224.3 per 1'000) e un decremento del 43.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2007, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2007 il 32.2% del totale delle IVG, (nel 2006 la percentuale era stata 31.6%), mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10.1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi riguardanti le sole donne italiane.

Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005, 90'587 nel 2006 e 86'014 nel 2007, con una riduzione del 5.0% rispetto al 2006 e del 34.1% rispetto al 1996. 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). Il dato corrispondente per le donne straniere è 26.5 per mille (v. tab. pag.20).

Le IVG effettuate da cittadine straniere nel 2007 sono state 40224, di cui 21717 di donne provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est (circa la metà), e 6825 effettuate da donne residenti all'estero.

Tenendo conto della rilevanza dell'IVG tra le 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.

La sempre 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, delle culture di provenienza, e dei differenti approcci alla contraccezione e all'IVG nei paesi di origine.

A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, il costante aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto anche al costante aumento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante. Tuttavia, l'indagine svolta dall'ISS sulle IVG effettuate dalle donne straniere nel 2005-2006 (i risultati sono stati pubblicati nel rapporto ISTISAN 06/17) mette bene in evidenza come anche per le straniere il ricorso all'aborto rappresenti, nella maggioranza dei casi, una estrema ratio, e si debba anche a una scarsa conoscenza generale della fisiologia della riproduzione e a scarse conoscenze specifiche riguardo l'impiego corretto di metodi per la procreazione responsabile. Si conferma, quindi, che la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie sia un obiettivo

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. Questi interventi, potrebbero essere l'obiettivo di specifiche progettualità riguardanti in particolare: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute materno-infantile; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata.

Nella Relazione dello scorso anno, cui si rimanda, 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 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).

Gli aborti clandestini, in Italia come altrove, vengono stimati mediante modelli matematici per i quali si rimanda alla letteratura specializzata.

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.9% , come nel 2006. Le percentuali corrispondenti per nazionalità sono 21.5% per le italiane e 37.2% per le straniere (21.6% e 38.2%, rispettivamente, nel 2006). 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. 23).

Per il ricorso alla procedura di urgenza, le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (22.7%), In Emilia Romagna (14.7%) e in Campania (12.8%).

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 (91.2% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (86.2%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (86.8%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda ISTAT D12, verrebbe registrata sotto la voce "anestesia generale". Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto del dato che l'80.8% 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 2007 del 2.8%. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2.1%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0.7%, invariata rispetto agli ultimi anni.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza. 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). Dal 2010 sarà 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.

Attualmente per questa procedura abortiva non esistono rilevazioni sistematiche. I dati forniti da alcune regioni in cui si è stato applicato il metodo farmacologico, indicano una prassi di ricovero in day hospital: in Emilia Romagna, per esempio, il profilo di assistenza per l'IVG con metodo farmacologico che l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione ha trasmesso alle Aziende Sanitarie regionali prevede due accessi in day-hospital a distanza di due giorni per la somministrazione dei due farmaci, oltre ad una visita ambulatoriale di controllo in 14ª giornata.

Relativamente al 2007, su 563 IVG effettuate con metodo farmacologico, solo per una si è verificato un ricovero di due giorni. Le altre 562 sono state effettuate in regime di ricovero in day hospital come previsto dall'assessorato regionale. In 37 casi (6.6%) alla procedura farmacologica ha fatto seguito una revisione di cavità causa mancato o incompleto aborto.

Anche in provincia di Trento la modalità di gestione dell'aborto farmacologico avviene in regime di day hospital. In prima giornata la donna rimane 4 ore; il terzo giorno – che corrisponde al secondo day hospital – la donna rimane 7 ore; il terzo day hospital viene effettuato a distanza di 15 giorni dal secondo accesso e la donna rimane 1 ora. Nel 2007 le IVG con questo metodo sono state 153.

E' evidente la discrepanza fra l'uso, segnalato, che si fa di prassi di questa procedura abortiva, e quello consigliato da due diversi pareri del CSS; in particolare, secondo il parere del 18.3.2004 "i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica solo se l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero". Tra le motivazioni addotte c'è "la non prevedibilità del momento in cui avviene l'aborto", e "il rispetto della legislazione vigente che prevede che l'aborto avvenga in ambito ospedaliero". Secondo il successivo parere del 20.12.2005 "l'associazione di mifepristone e misoprostolo deve essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla predetta legge e la donna deve essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto".

Ad oggi l'iter di autorizzazione all'immissione in commercio in Italia non risulta ancora concluso.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) è aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento (58.6% nel 2007, rispetto al 56.7% nel 2006) ed è di conseguenza diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16.7% nel 2007, rispetto al 18.0% nel 2006), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Quest'anno, inoltre, anche le Marche e il Lazio sono state in grado di fornire un dato aggiornato della percentuale di personale obiettore così da completare quell'aggiornamento già presentato nella Relazione dello scorso anno. Si ricorda che nelle Relazioni precedenti quella dello scorso anno per alcune Regioni i dati più recenti si riferivano all'anno 2003, mentre per altre addirittura al 1999. Si evince un ulteriore aumento generale dell'obiezione di coscienza negli ultimi anni. A livello nazionale, per i ginecologi si passa dal 58.7% del 2005 al 69.2% del 2006 al 70.5% del 2007; per gli anestesisti, negli stessi tre anni, dal 45.7% al 52.3%; per il personale non medico, dal 38.6% al 40.9%. Per alcune Regioni l'aumento è molto rilevante. Percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano nel Lazio (85.6%), in Basilicata (84.1%), in Campania (83.9%), in Sicilia (83.5%) e in Molise (82.8%). Anche per gli anestesisti i valori più elevati si osservano al sud (con un massimo di più di 77% in Molise e Campania) e i più bassi in Toscana (29.0%) e a Trento (31.6%). Per il personale non medico i valori sono più bassi, con un massimo di 82.5% in Sicilia e 82.0% in Molise.

La diminuzione dei tempi di attesa tra rilascio della certificazione ed intervento, e, il contemporaneo aumento della percentuale di personale obiettore, sembrano 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 (37.2%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere.

Infatti per il 2007 questo dato è risultato 30.6% tra le donne italiane rispetto al 51.2% per le cittadine straniere. Quest'ultime ricorrono al CF in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato recentemente dalle Regioni, è stato 2085 e 116 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel 2006, 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 (sempre decrescente comunque) anche in considerazione del fatto che vengono talvolta comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Nel corso del 2008, in seno al Tavolo materno-infantile presente presso il Coordinamento regionale della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni, con la diretta partecipazione delle

Regioni e dell'Istituto Superiore di Sanità è stato predisposto un questionario ad hoc per una rilevazione specifica sui Consultori Familiari. Si è da poco completato la raccolta dei dati ed è in corso la verifica qualitativa dei dati pervenuti.

Sulla base di questi dati sarà quindi predisposto, da parte del competente Ufficio del Ministero con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, un rapporto nazionale in cui saranno rappresentati gli aspetti organizzativi regionali, l'evoluzione della normativa regionale in materia, gli aspetti strutturali ed organizzativi di questi servizi, le progettualità in corso e le varie attività svolte.

CONCLUSIONI

- 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;

- Va sottolineato come il tasso di abortività in Italia sia fra i più bassi tra i paesi occidentali; particolarmente basso è quello relativo alle minorenni, ed agli aborti ripetuti;

- 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, in parte da indagare, e che bisognerà mettere meglio a fuoco.

- Rimane elevato, ed è comunque in aumento, 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.

Maurizio Sacconi

DATI PRELIMINARI ANNO 2008

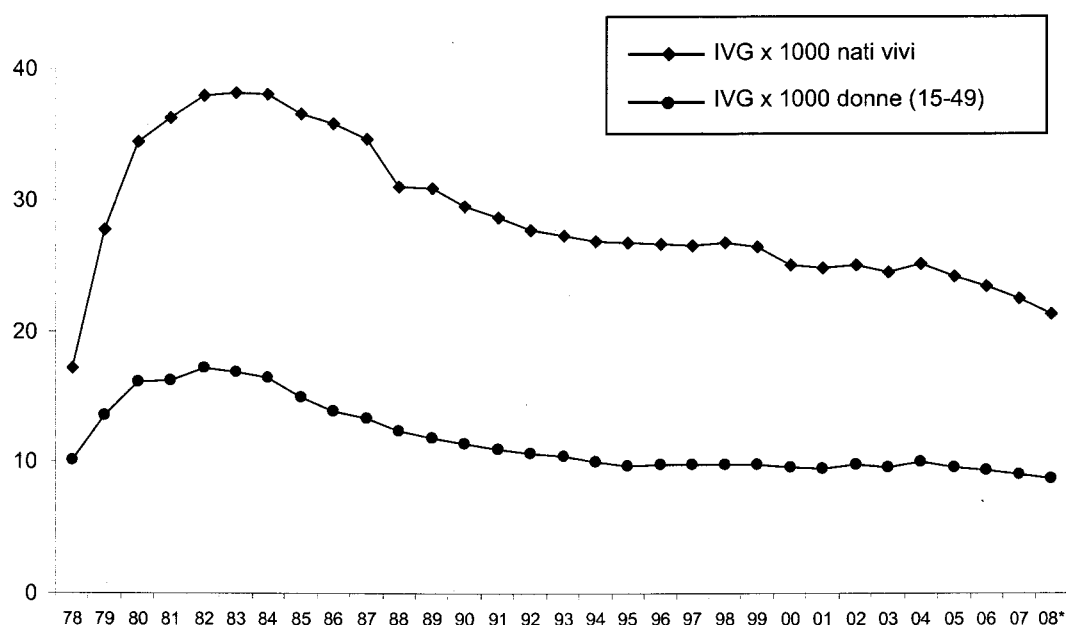
Per l'anno 2008 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 121406 (Tab. A), con un decremento del 4.1% rispetto al dato definitivo del 2007 (126562 IVG) e un decremento del 48.3% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 8.7 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 4.6% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2007 (9.1 per 1000) e con una riduzione del 49.4% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (569224) del 2008, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 213.3 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 4.9% rispetto al 2007 (224.3 per 1000) e un decremento del 43.9% rispetto al 1982.

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

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2008



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2008 - Valori assoluti: dati 2008 e confronti con il 2007

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2008	TOTALE 2007	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	15455	14745	12863	12917	55980	58320	-4.0
Piemonte	2865	2687	2248	2374	10174	10444	-2.6
Valle d'Aosta	58	67	51	64	240	306	-21.6
Lombardia	5635	5409	4620	4704	20368	21715	-6.2
Bolzano	154	138	126	168	586	582	0.7
Trento	283	319	295	249	1146	1284	-10.7
Veneto	1928	1761	1630	1563	6882	7009	-1.8
Friuli Venezia Giulia	589	544	487	504	2124	2180	-2.6
Liguria	879	907	787	763	3336	3526	-5.4
Emilia Romagna	3064	2913	2619	2528	11124	11274	-1.3
ITALIA CENTRALE	7467	6971	5846	5821	26105	27905	-6.5
Toscana	2239	2145	1860	1833	8077	8508	-5.1
Umbria	561	513	400	444	1918	2119	-9.5
Marche	676	654	558	565	2453	2562	-4.3
Lazio	3991	3659	3028	2979	13657	14716	-7.2
ITALIA MERIDIONALE	8126	7645	6511	6097	28379	29046	-2.3
Abruzzo	745	696	674	621	2736	2513	8.9
Molise	165	164	137	145	611	674	-9.3
Campania	3154	2957	2529	2432	11072	11539	-4.0
Puglia	2912	2751	2258	2041	9962	10453	-4.7
Basilicata	214	214	174	174	776	696	11.5
Calabria	936	863	739	684	3222	3171	1.6
ITALIA INSULARE	3120	2998	2549	2275	10942	11291	-3.1
Sicilia	2366	2353	1927	1759	8405	9044	-7.1
Sardegna	754	645	622	516	2537	2247	12.9
ITALIA	34168	32359	27769	27110	121406	126562	-4.1

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2008 - Tassi di abortività: dati 2008 e confronti con il 2007

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2008	2007	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.1	9.6	-4.8
Piemonte	10.4	10.8	-3.7
Valle d'Aosta	8.4	10.7	-22.1
Lombardia	9.1	9.8	-6.7
Bolzano	4.9	5.0	-0.5
Trento	9.7	11.0	-11.7
Veneto	6.1	6.3	-2.8
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.2	-3.0
Liguria	9.9	10.5	-5.3
Emilia Romagna	11.6	11.9	-2.6
ITALIA CENTRALE	9.7	10.4	-7.4
Toscana	9.9	10.5	-6.2
Umbria	9.6	10.8	-11.1
Marche	7.0	7.4	-5.4
Lazio	10.2	11.1	-7.9
ITALIA MERIDIONALE	8.1	8.3	-2.5
Abruzzo	8.8	8.2	7.8
Molise	8.2	9.1	-9.5
Campania	7.5	7.8	-4.3
Puglia	10.0	10.4	-4.4
Basilicata	5.5	4.9	11.8
Calabria	6.5	6.4	1.2
ITALIA INSULARE	6.7	6.9	-3.0
Sicilia	6.8	7.4	-7.2
Sardegna	6.2	5.5	13.5
ITALIA	8.7	9.1	-4.6

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2008 - Rapporti di abortività: dati 2008 e confronti con il 2007

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2008	2007	
ITALIA SETTENTRIONALE	215.8	229.1	-5.8
Piemonte	263.4	270.7	-2.7
Valle d'Aosta	197.0	259.1	-24.0
Lombardia	208.1	226.3	-8.0
Bolzano	117.6	115.9	1.5
Trento	213.0	247.7	-14.0
Veneto	142.9	149.3	-4.3
Friuli Venezia Giulia	227.8	229.3	-0.6
Liguria	267.7	290.7	-7.9
Emilia Romagna	269.0	281.5	-4.5
ITALIA CENTRALE	235.2	251.3	-6.4
Toscana	257.1	266.9	-3.7
Umbria	240.1	281.2	-14.6
Marche	171.0	184.9	-7.5
Lazio	238.7	254.7	-6.3
ITALIA MERIDIONALE	210.0	214.1	-1.9
Abruzzo	238.4	225.9	5.5
Molise	245.9	275.2	-10.7
Campania	179.7	184.5	-2.6
Puglia	271.5	285.8	-5.0
Basilicata	159.2	143.5	10.9
Calabria	179.3	174.8	2.6
ITALIA INSULARE	171.6	179.0	-4.1
Sicilia	167.9	183.2	-8.4
Sardegna	185.1	163.6	13.2
ITALIA	213.3	224.3	-4.9

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2007

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2007 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 126562 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.1 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 224.3 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce al 8.5 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 6825 unità, avendo aggiunto la quota attribuibile a tale condizione del totale delle IVG per le quali non è conosciuta la residenza. Considerando trascurabile il numero di nati da donne non residenti e apportando un'analoga correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 212.2. Tenendo conto che nel 2006 le IVG di donne non residenti ammontarono a 5377 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività risultavano 9.0 e 225.8 con una variazione percentuale di -4.4% e -5.6% rispettivamente.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione dal 1982 e la figura 1 (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 2007.

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 2007 si è registrato un decremento delle IVG del 3.4% rispetto al 2006; il 32.2 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2006 la percentuale era stata 31.6 %). Le IVG effettuate nel 2007 da cittadine italiane (86014, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 5.0% rispetto al 2006, (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 4084 unità, pari allo 0.03%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2007 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2007

	1983	1991	2006	2007	VARIAZIONE %	
					2007/2006	2007/1983
NORD	105430	67619	59829	58320	-2.5	-44.7
CENTRO	52423	34178	28888	27905	-3.4	-46.8
SUD	57441	44353	30716	29046	-5.4	-49.4
ISOLE	18682	14344	11585	11291	-2.5	-39.6
ITALIA	233976	160494	131018	126562	-3.4	-45.9

Per aree geografiche (Tab. 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 58320 IVG con un decremento del 2.5% rispetto al 2006, nell'Italia Centrale 27905 IVG con un decremento del 3.4%, nell'Italia Meridionale 29046 IVG con un decremento del 5.4% e nell'Italia Insulare si sono avute 11291 IVG con un decremento del 2.5%.

Come già detto nella premessa, pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima 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 2007, il tasso di abortività, raccomandato dall'OMS come indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9.1 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 3.4% rispetto al 2006 (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 8.6 per mille, con un decremento del 4.4% rispetto all'equivalente valore per il 2006, pari a 9.0 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2007 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica. 1983-2007

	1983	1991	2006	2007	VARIAZIONE* %	
					2007/2006	2007/1983
NORD	16.8	10.6	9.8	9.6	-2.5	-43.2
CENTRO	19.8	12.4	10.9	10.4	-4.5	-47.4
SUD	17.3	12.1	8.8	8.3	-4.9	-51.9
ISOLE	11.7	8.1	7.0	6.9	-2.0	-41.1
ITALIA	16.9	11.0	9.4	9.1	-3.4	-46.2

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

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

La figura 2 presenta i valori regionali per il 2007. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2007 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia ed Emilia Romagna.

Figura 2 – Tassi di abortività - 2007

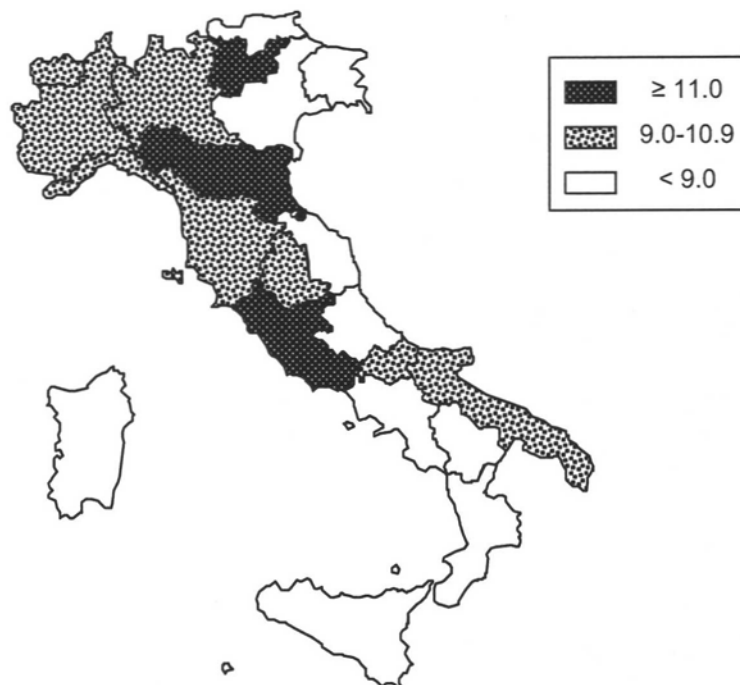


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione. anni 1982. 1993 e 2007

