

## DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2011

### 1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO

Per il 2011 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le regioni. Come accaduto lo scorso anno, per avere i dati completi di 5 regioni (Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12 Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'integrazione quest'anno, grazie al lavoro svolto dalle Regioni e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza, ha riguardato un numero inferiore di casi rispetto al 2010.

In totale nel 2011 sono state notificate 111'415 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 8.0 IVG per 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 206.0 IVG per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 7.7 per 1000 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 3823 relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso), calcolate avendo anche ridistribuito le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna. Tenendo conto che nel 2010 le IVG di donne non residenti ammontavano a 4234 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile per ciascuna regione), il tasso di abortività risultava 8.0 con una variazione percentuale rispetto al 2011 pari a -3.8%. Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione e la variazione rispetto al 2010 (208.3) risulta pari a -1.1%.

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 riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 fornisce, invece, il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2011.

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; per tale motivo in questa relazione i dati sono stati in alcuni casi analizzati considerando la cittadinanza della donna (italiana o straniera).

#### 1.1. Valori assoluti

Nel 2011 si è registrato un decremento delle IVG del 3.9% rispetto al 2010. Ormai più di un terzo degli interventi (34.3% nel 2011) riguarda cittadine straniere (nel 2010 la percentuale era pari a 34.2%). Le IVG effettuate nel 2011 da cittadine italiane (73'468, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite del 4.5% rispetto al 2010 (da tener conto che la popolazione in età feconda è diminuita di 38'164 unità).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2011 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2011

	1983	1991	2010	2011	VARIAZIONE %	
					2011/2010	2011/1983
NORD	105430	67619	53311	51093	-4.2	-51.5
CENTRO	52423	34178	24828	23674	-4.6	-54.8
SUD	57441	44353	27732	26446	-4.6	-54.0
ISOLE	18682	14344	10110	10202	0.9	-45.4
ITALIA	233976	160494	115981	111415	-3.9	-52.4

Per aree geografiche (Tab. 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 51'093 IVG con un decremento del 4.2% rispetto al 2010, nell'Italia Centrale 23'674 IVG con un decremento del 4.6%, nell'Italia Meridionale 26'446 IVG con un decremento del 4.6% e nell'Italia Insulare 10'202 IVG con un incremento dello 0.9%.

Per quanto riguarda l'abortività clandestina, come già detto nella parte iniziale, 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 15'000 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 100'000 casi nel 1983).

## 1.2. Tasso di abortività

Nel 2011, il tasso di abortività, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 8.0 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 3.6% rispetto al 2010 (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 7.7 per 1000, con un decremento del 3.8% rispetto all'equivalente valore per il 2010, pari a 8.0 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2011 è il seguente:

**Tassi di abortività per area geografica, 1983-2011**

	1983	1991	2010	2011	VARIAZIONE* %	
					2011/2010	2011/1983
NORD	16.8	10.6	8.6	8.2	-4.2	-51.0
CENTRO	19.8	12.4	9.1	8.7	-4.6	-56.1
SUD	17.3	12.1	8.0	7.7	-4.0	-55.5
ISOLE	11.7	8.1	6.2	6.4	1.8	-45.8
ITALIA	16.9	11.0	8.3	8.0	-3.6	-52.8

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

Nella tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la figura 2 presenta i valori regionali per il 2011. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2011 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana ed Emilia Romagna.

Figura 2 – Tassi di abortività – 2011

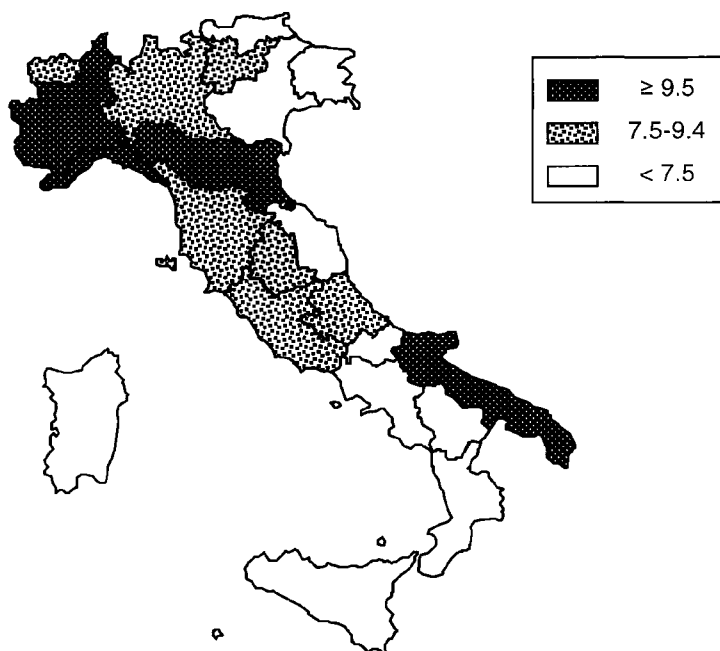
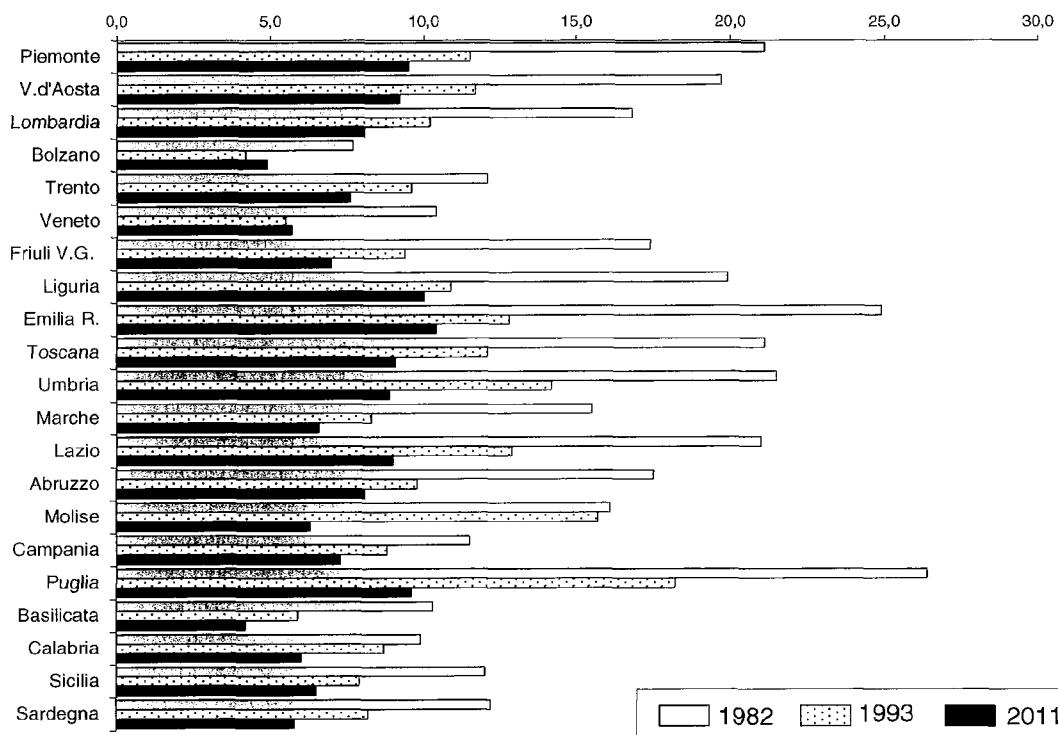
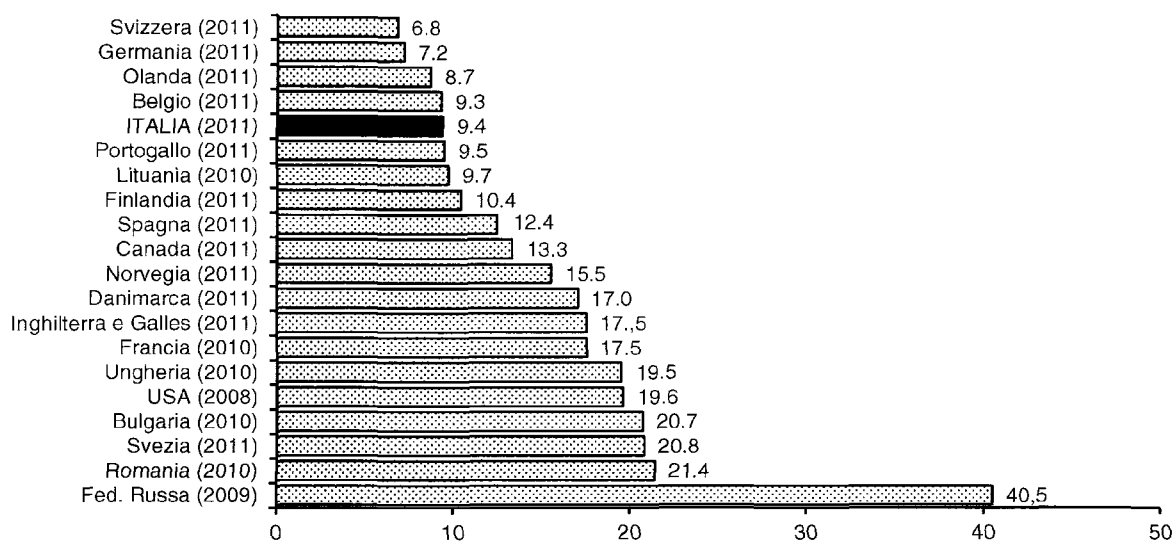


Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2011



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 9.4 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

**Figura 4 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2008-2011**



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

### 1.3. Rapporto di abortività

Nel 2011 si sono avute 206.0 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento dell'1.1% rispetto al 2010 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2011, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

#### Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2011

	1983	1991	2010	2011	VARIAZIONE %	
					2011/2010	2011/1983
NORD	484.2	327.1	209.1	206.4	-1.3	-57.4
CENTRO	515.2	356.1	230.4	225.1	-2.3	-56.3
SUD	283.8	253.0	210.3	207.0	-1.6	-27.1
ISOLE	205.3	176.1	162.5	169.0	4.0	-17.7
ITALIA	381.7	286.9	208.3	206.0	-1.1	-46.0

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. Nell'interpretazione dei dati bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività regionali.

## 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 che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

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: Sveriges Officiella Statistik: Aborter 2011; Zdravotnická statistika: potraty 2011; Office Fédéral de la Statistique OFS: Actualites OFS. Statistiques des interruptions de grossesse 2010; Department of Health, Government Statistical Service. Abortion Statistics, England and Wales: 2011. Statistical Bulletin, May 2011; THL/SVT Tilastorapportit/FOS Statistikrapport/OFS Statistical report 32/2011; Folkehelseinstituttet: Rapport om svangerskapsavburudd for 2012; The Alan Guttmacher Institute, Latest statistics, disponibile all'indirizzo: <http://www.guttmacher.org>; Johnstons archive, disponibile all'indirizzo: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion>; Aldersrelaterede og generel abortkvotienter samt antal aborter 1974-2010, disponibile all'indirizzo: <http://www.sexogsamfund.dk>; Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013; Interruption Voluntaria del Embarazo, Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

### 2.1. Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2011 (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 le distribuzioni 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'utilizzare al numeratore di questo indicatore 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 non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi (Trento e Emilia Romagna, dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Molise e Basilicata, le cui donne residenti in gran numero si recano in altre regioni per effettuare l'IVG e il cui tasso sarebbe più elevato se queste fossero incluse). C'è da considerare che questi dati sono ancora provvisori, con un certo numero di IVG non ancora notificate e con Regioni che non riescono a fornire i dati completi relativi alla residenza della donna entro i tempi utili per la stesura della Relazione del Ministro della Salute.

Per tali motivi nell'analisi presentata in questa relazione, come negli anni precedenti, viene utilizzato il tasso grezzo per regione di intervento.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2011 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

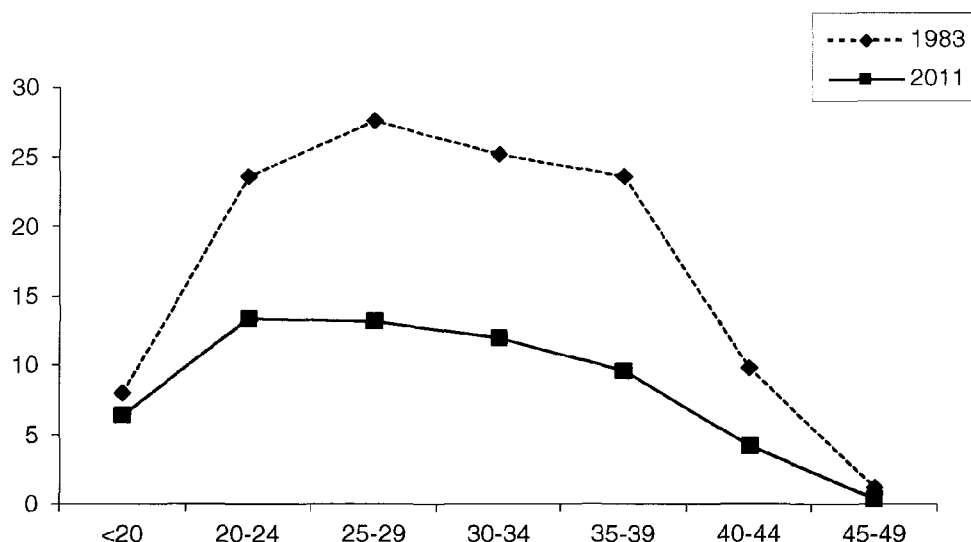
#### Tassi di abortività per età, 1983-2011

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2010	2011	2011/2010	2011/1983
< 20	8.0	5.5	6.7	6.4	-3.5	-19.6
20-24	23.6	13.4	14.0	13.4	-3.8	-43.0
25-29	27.6	15.7	13.6	13.2	-2.9	-52.2
30-34	25.2	17.1	12.3	12.0	-2.0	-52.3
35-39	23.6	15.1	9.9	9.6	-3.0	-59.2
40-44	9.8	7.2	4.4	4.2	-3.4	-57.0
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	-6.8	-65.6

\* 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 2011 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2010 in tutte le classi di età.

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2011



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	(2011)	6.4	13.4	13.2	12.0	9.6	4.2
	(2010)	6.7	14.0	13.6	12.3	9.9	4.4
	(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	(2010)	15.0	25.6	19.5	17.1	13.0	5.3
FINLANDIA	(2010)	12.1	17.0	13.0	9.8	7.7	3.0
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	(2011)	20.0	30.0	23.0	17.0	10.0	4.0
NORVEGIA	(2011)	12.7	27.6	22.8	16.6	11.3	4.4
OLANDA	(2011)	13.8	25.7	21.8	17.1	14.0	6.8
REPUBBLICA Ceca	(2011)	7.1	13.3	13.5	13.6	11.8	5.5
ROMANIA	(2010)	16.5	27.2	28.4	26.9	19.9	7.4
SPAGNA	(2011)	13.7	21.3	17.7	13.4	9.2	3.8
SVEZIA	(2011)	19.8	33.1	26.5	21.6	16.8	8.3
SVIZZERA	(2010)	4.5	10.7	9.6	8.3	5.8	2.5
USA	(2010)	19.8	39.9	28.6	17.1	9.5	3.2

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2011 è risultato essere pari a 4.5 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 e il tasso di abortività relativo a queste donne dal 2000 al 2011.

#### IVG tra le minorenni, 2000-2011

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
2010	3091	626	3.3	4.5
2011	3008	586	3.4	4.5

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2011 si può osservare una leggera diminuzione nel numero sia per le italiane che per le straniere. L'incremento osservato nei primi anni del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro Paese. A partire dal 2005 si è osservata una stabilizzazione, come per il contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tab. 12).

In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.4% di tutte le IVG nel 2011) con un tasso inferiore a 5.0 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenni (8.2 per 1000).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani sotto i venti anni in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale, in linea con la loro moderata attività sessuale e con l'uso estensivo del profilattico riscontrati in alcuni recenti studi (De Rose A, Dalla Zuanna G. (ed) Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 74.2% dei casi dai genitori e nel 25.3% 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 casi con informazione mancante (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 2011 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (49.8% rispetto a 43.4%) (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, 2004 e 2010, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.7 nel 2010) e una minor diminuzione seguita da un aumento e successiva diminuzione tra le nubili negli stessi anni (da 11.5, a 8.7, a 10.1 e 8.4).

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 2011, 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, 2011

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	34.2	49.9	8.4	6.2	57.4	43.8
CENTRO	32.3	47.0	8.0	6.1	59.7	46.9
SUD	51.8	53.0	4.9	6.3	43.3	40.7
ISOLE	45.1	46.7	6.2	7.0	48.7	46.3
ITALIA	40.2	49.4	7.0	6.3	52.8	44.3

Elaborazioni su dati Istat - \*separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2011 la percentuale di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane in tutte le aree geografiche.

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	(2011)	43.4	56.6
	(2010)	43.8	56.2
	(2004)	46.8	53.2
	(1997)	54.4	45.6
GERMANIA	(2011)	38.7	61.3
INGHILTERRA E GALLES	(2011)	16.0	84.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2011)	37.4	61.2
SPAGNA	(2010)	23.6	75.6
SVIZZERA	(2010)	31.4	68.5
UNGHERIA	(2006)	37.9	62.1
USA	(2008)	14.8	85.2

### 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 2011 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (43.5%).

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.

Inoltre, 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 2011 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

#### IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2011

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1.8	9.7	38.0	48.9	48.5	35.6	11.7	5.8
CENTRO	1.6	9.5	34.4	45.9	50.7	38.5	13.2	6.1
SUD	5.3	18.3	46.8	46.4	41.0	31.3	6.9	4.0
ISOLE	5.1	18.5	50.2	52.5	38.5	25.6	6.2	3.5
ITALIA	3.2	11.1	41.4	47.9	45.5	35.4	9.9	5.6

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, insieme con l'Istat si è condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2010. Nel trentennio il tasso di abortività è diminuito tra le donne con il diploma di scuola superiore o laurea (da 14 per 1000 nel 1981 a 6 per 1000 nel 2010), mentre è rimasto costante tra quelle con diploma di scuola media inferiore dal 1991 dopo un'iniziale diminuzione. Il tasso delle donne con titolo di studio basso, non si è modificato nel tempo, anzi ultimamente mostra valori in aumento, come si osserva nella tabella seguente (De Rose A, Dalla Zuanna G. (ed) Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

**Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di 20-49 anni**

Titolo di studio	1981	1991	2001	2010
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	15
Diploma e Laurea	14	9	7	6

Queste variazioni possono essere spiegate dal fatto che le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e i loro comportamenti sul controllo della fecondità. C'è anche da considerare che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere che, come verrà presentato di seguito, hanno livelli di abortività più elevati.

#### 2.4. Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 45.9% delle donne che hanno abortito nel 2011 risulta occupata, il 24.6% casalinga, il 10.4% studentessa.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile della popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

**IVG (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica, 2011**

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	62.4	44.7	14.6	25.9	11.5	24.2	11.4	5.2
CENTRO	54.6	45.3	13.0	20.7	15.7	28.3	16.7	5.7
SUD	28.6	33.9	14.4	25.8	39.5	32.8	17.5	7.6
ISOLE	28.5	40.1	18.2	25.6	39.3	31.3	14.1	3.0
ITALIA	47.3	43.4	14.6	24.6	23.5	26.5	14.5	5.5

Elaborazioni su dati Istat

Anche in questo caso si è effettuata con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe. Infatti dal 1981 al 2009 i tassi sono passati da 19.0 a 10.3 IVG per 1000 tra le casalinghe e da 15.2 a 7.0 per le occupate (De Rose A, Dalla Zuanna G. (ed) Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013 ).

## 2.5. Residenza

Nel 2011 l'89.3% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'86.5% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre regioni maggiore o uguale al 10%, nella Provincia Autonoma di Trento al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise, Puglia 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: nel 2011 presenta un flusso in entrata pari al 10.9% ma ha anche un consistente flusso in uscita (297 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 (6.35 per 1000 rispetto a 4.18), 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 (donne che vivono ai confini tra due regioni) 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 l'informazione completa da tutte le regioni.

Va infine segnalata la presenza, via via crescente, di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese perché nella gran parte dei casi attualmente domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è aumentato da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000 e 3823 nel 2011 (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

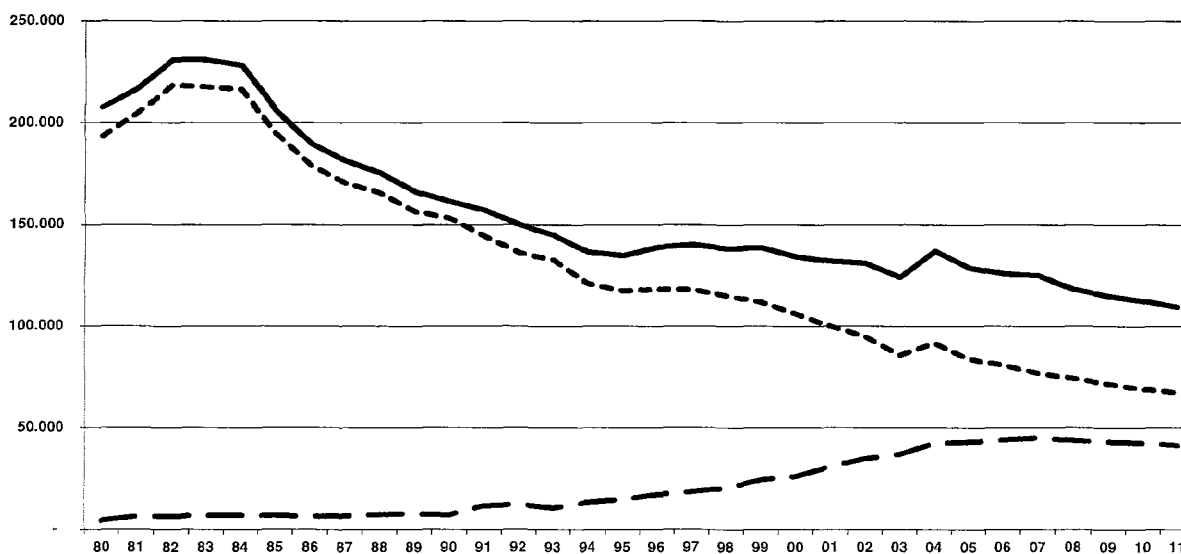
Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9'850 nel 1996, 11'978 nel 1997, 13'904 nel 1998, 18'915 nel 1999, 21'477 nel 2000, 25'316 nel 2001, 29'703 nel 2002, 33'097 nel 2003, 36'731 nel 2004, 37'973 nel 2005, 39'436 nel 2006, 40'224 nel 2007, 38'843 nel 2008, 38'309 nel 2009, 38'331 nel 2010 e 37'489 nel 2011. A partire dal 2007 si è osservata quindi una stabilizzazione del numero di IVG delle cittadine straniere, con una recente flessione. Tra le 37'489 IVG effettuate da cittadine straniere nel 2011 sono comunque comprese le suddette 3823 IVG effettuate da residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2011, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124'448 nel 1998, a 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, 81'753 nel 2008, 79'535 nel 2009, 76'948 nel 2010 e 73'468 nel 2011, avendo incorporato per gli ultimi sette 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 234'801 IVG a 73'468, con un decremento percentuale del 68.7%.

Nel 2011 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 34.3% 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.

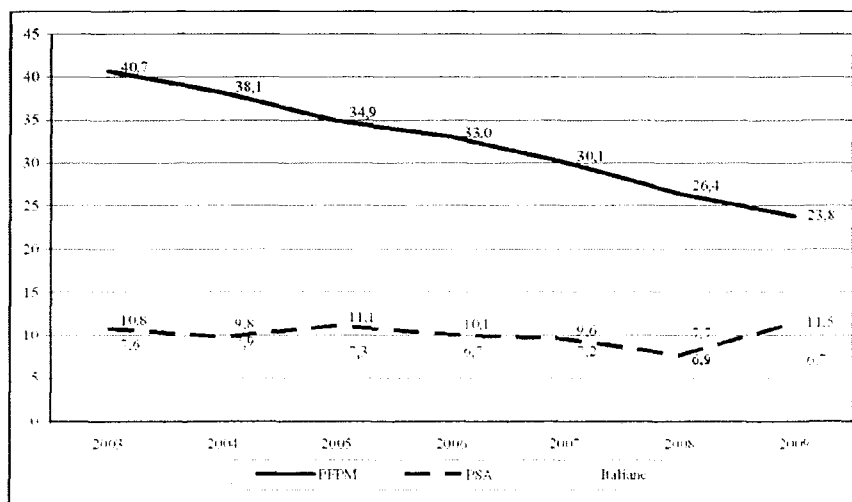
Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 6). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione delle IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere, con una tendenza alla stabilità e una leggera flessione negli ultimi anni.

Figura 6 – IVG per Paese di nascita 1980-2011



Elaborazioni su dati Istat

A fine 2011 l'Istat ha terminato il calcolo delle stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per sesso, età e cittadinanza dal 2003 al 2009. Ciò ha permesso di calcolare anche i tassi di abortività per le straniere. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente.

**Figura 7 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2009**

Fonte: Istat

È interessante osservare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM sono 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2009 tale rapporto risulta uguale a 3.6. Per le donne PSA i valori quasi si equivalgono a quelli delle italiane.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2009, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

**Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2009**

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	5,6	21,5
20-24	9,6	44,1
25-29	9,2	35,4
30-34	9,0	30,8
35-39	7,8	24,7
40-44	3,6	10,4
45-49	0,4	0,9
18-49 standardizzato	6,6	24,1

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 3-4 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni, sia per le italiane che per le straniere. Con riferimento a questa classe di età i tassi delle straniere arrivano a quasi il 45 per 1.000: 4.6 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3.7).

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. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di donne immigrate. Hanno aderito le Regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento, attraverso la partecipazione degli operatori consultoriali ed ospedalieri di 34 Aziende sanitarie e 9 Aziende ospedaliere. Nel suo ambito è stato organizzato un corso a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avranno il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel loro lavoro è stato fornito loro del materiale didattico sotto forma di un DVD prodotto nell'ambito del progetto. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi coinvolti, oltre l'86% delle aziende partecipanti ha formalizzato, da parte delle proprie direzioni, il documento programmatico inerente i dettagli della sperimentazione dei percorsi organizzativi da realizzare nella loro realtà locale e quasi il 92% ha consegnato la relazione finale sulle azioni svolte ed i risultati raggiunti. In generale si sono osservati miglioramenti nelle aree di intervento che, oltre al percorso IVG, hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervicocarcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre hanno osservato dei miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione

ed alla procreazione responsabile, e incrementi di circa il 15-20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG. Infine sono stati prodotti diversi materiali di comunicazione per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue, con il coinvolgimento delle comunità di donne straniere.

I decrementi osservati recentemente nei tassi di abortività tra le donne immigrate sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

## 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 2011 un caso a parte sono i dati dell'Abruzzo, della Campania, della Puglia, della Basilicata, 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 difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli presenti può essere un altro fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero di nati vivi dichiarati dalla donna nel 2011. Il 59.7% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 35.8% 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 è diversa l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) di ciascun tasso specifico di abortività per parità: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità  $\geq 1$ .

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2010, si ottiene il seguente quadro:

**IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2011**

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	47.2	30.6	23.5	29.7	22.7	27.8	6.6	11.9
CENTRO	54.5	34.7	19.9	29.5	19.8	25.3	5.7	10.5
SUD	38.0	25.5	17.6	32.8	30.6	28.3	13.8	13.4
ISOLE	37.5	26.5	21.2	32.8	27.4	26.5	13.9	14.2
ITALIA	44.9	30.9	20.8	30.1	25.0	27.1	9.3	11.8

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2011 avevano uno o più nati vivi il 52.8% al Nord, il 45.5% al Centro, il 62.0% al Sud e il 62.5% nelle Isole; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 69.4%, 65.3%, 74.5% e 73.5%. 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, 1983-2011

	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
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	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	(2011) *	40.3	59.7
	(2010) *	40.6	59.4
GERMANIA	(2011)	40.4	59.6
INGHILTERRA E GALLES	(2011)	49.0	51.0
OLANDA	(2010)	50.3	49.7
SPAGNA	(2011)	45.4	54.6
SVEZIA	(2011)	52.4	47.6
UNGHERIA	(2006)	27.1	72.9
USA	(2010)	39.1	61.0

\* Nati vivi