

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2014 - Rapporti di abortività: dati 2014 e confronti con il 2013

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2014	2013	
ITALIA SETTENTRIONALE	193.8	202.3	-4.2
Piemonte	232.8	241.4	-3.6
Valle d'Aosta	204.5	254.0	-19.5
Lombardia	188.1	193.8	-2.9
Bolzano	99.8	123.9	-19.4
Trento	157.1	158.9	-1.2
Veneto	135.3	141.7	-4.5
Friuli Venezia Giulia	182.1	201.9	-9.8
Liguria	274.7	286.4	-4.1
Emilia Romagna	233.2	243.2	-4.1
ITALIA CENTRALE	214.0	223.2	-4.1
Toscana	235.8	239.7	-1.7
Umbria	245.6	262.9	-6.6
Marche	155.3	167.6	-7.4
Lazio	212.0	222.4	-4.7
ITALIA MERIDIONALE	210.1	205.1	2.4
Abruzzo	208.9	218.2	-4.3
Molise	192.8	190.4	1.3
Campania	199.0	188.4	5.6
Puglia	268.2	258.1	3.9
Basilicata	154.8	152.7	1.3
Calabria	149.4	160.4	-6.9
ITALIA INSULARE	164.4	174.9	-6.0
Sicilia	163.0	174.5	-6.6
Sardegna	170.0	176.5	-3.7
ITALIA	198.2	204.0	-2.8

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2013

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2013 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Per avere i dati completi di 3 regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia) 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). Lo scorso anno questa integrazione era stata necessaria anche per la Puglia, oltre che per le regioni citate, e per un numero maggiore di casi.

In totale nel 2013 sono state notificate 102'760 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 7.6 IVG per 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 204.0 IVG per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce a 7.4 per 1000 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 3328 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, con una riduzione del 3.9% rispetto al tasso per le residenti calcolato nella stessa maniera nel 2012 (7.7 per 1000). 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 2012 (203.1) risulta pari a 0.4%.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982 e la figura 1 (pag. 10) riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 (pag. 16) fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2013.

Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo elevato di queste donne al fenomeno dell'IVG; per tale motivo e per le eventuali differenze tra donne italiane e straniere in questo rapporto, come già da alcuni anni, i dati sono stati in alcuni casi analizzati suddividendoli per cittadinanza della donna.

1.1. Valori assoluti

Nel 2013 si è registrato un decremento delle IVG del 4.1% rispetto al 2012. Più di un terzo degli interventi (34.0%) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni. Le IVG effettuate nel 2013 da cittadine italiane (68'382, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite del 4.0% rispetto al 2012.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2013 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2013

	1983	1991	2012	2013	VARIAZIONE %	
					2013/2012	2013/1983
NORD	105430	67619	48468	46814	-3.4	-55.6
CENTRO	52423	34178	22912	21739	-5.1	-58.5
SUD	57441	44353	25749	24437	-5.1	-57.5
ISOLE	18682	14344	10063	9770	-2.9	-47.7
ITALIA	233976	160494	107192	102760	-4.1	-56.1

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 46'814 IVG con un decremento del 3.4% rispetto al 2012, nell'Italia Centrale 21'739 IVG (-5.1%), nell'Italia Meridionale 24'437 IVG (-5.1%) e nell'Italia Insulare si sono avute 9'770 IVG (-2.9%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato, pur tenendo conto dei suoi limiti legati principalmente alle modifiche avvenute nel nostro Paese per quanto riguarda la popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e la riproduzione (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzate e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi). Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000. Per la prima volta si è effettuata una stima anche per le donne straniere che è risultata compresa tra 3'000 e 5'000 aborti clandestini, per quanto in questo caso gli aspetti critici da un punto di vista metodologico sono ancora più rilevanti. Queste stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni, almeno per quanto riguarda le italiane (15'000 erano gli aborti clandestini stimati per le italiane nel 2005), e una notevole diminuzione rispetto agli anni 80-90 (100'000 erano i casi stimati per il 1983, 72'000 nel 1990 e 43'500 nel 1995).

1.2. Tasso di abortività

Nel 2013, 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 7.6 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento del 3.5% rispetto al 2012 (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 7.4 per 1000, con variazione di -3.9% rispetto all'equivalente valore per il 2012.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2013 è il seguente:

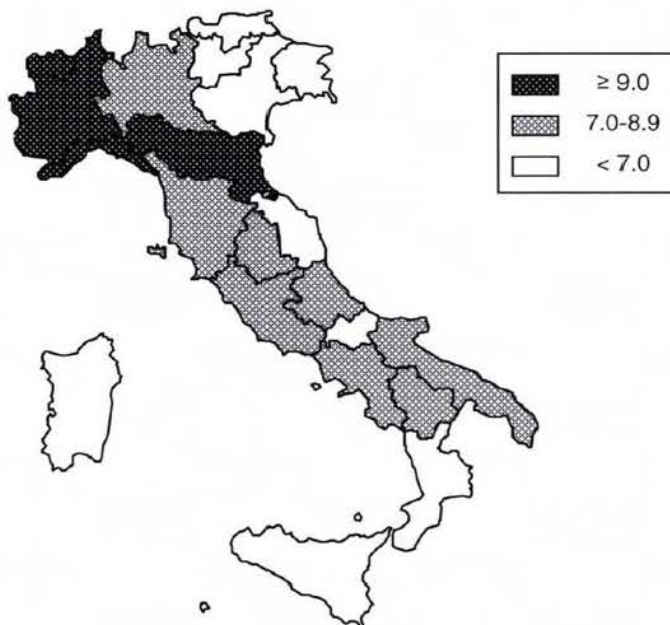
Tassi di abortività per area geografica, 1983-2013

	1983	1991	2012	2013	VARIAZIONE* %	
					2013/2012	2013/1983
NORD	16.8	10.6	8.1	7.8	-3.1	-53.5
CENTRO	19.8	12.4	8.8	8.3	-4.8	-57.9
SUD	17.3	12.1	7.7	7.4	-4.2	-57.2
ISOLE	11.7	8.1	6.4	6.3	-1.7	-45.9
ITALIA	16.9	11.0	7.9	7.6	-3.5	-54.8

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

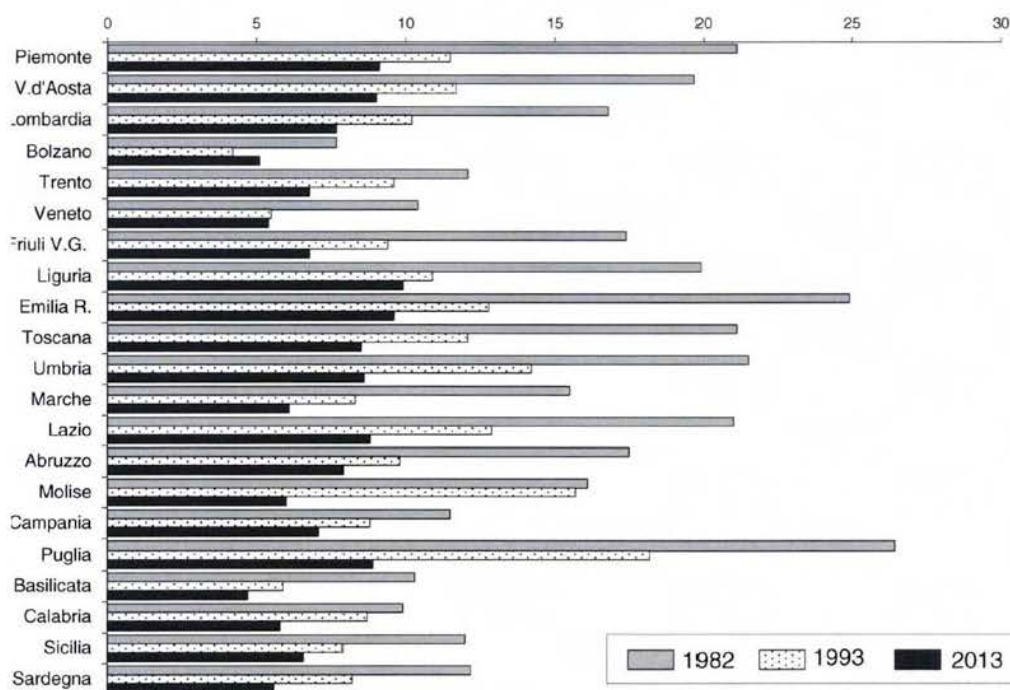
Nella tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la figura 2 presenta i valori regionali per il 2013. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2013 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia (-66.3% rispetto al 1982), Molise (-62.7%), Emilia Romagna (-61.4%), Friuli Venezia Giulia (-61.0%) e Marche (-60.8%).

Figura 2 – Tassi di abortività – Italia 2013



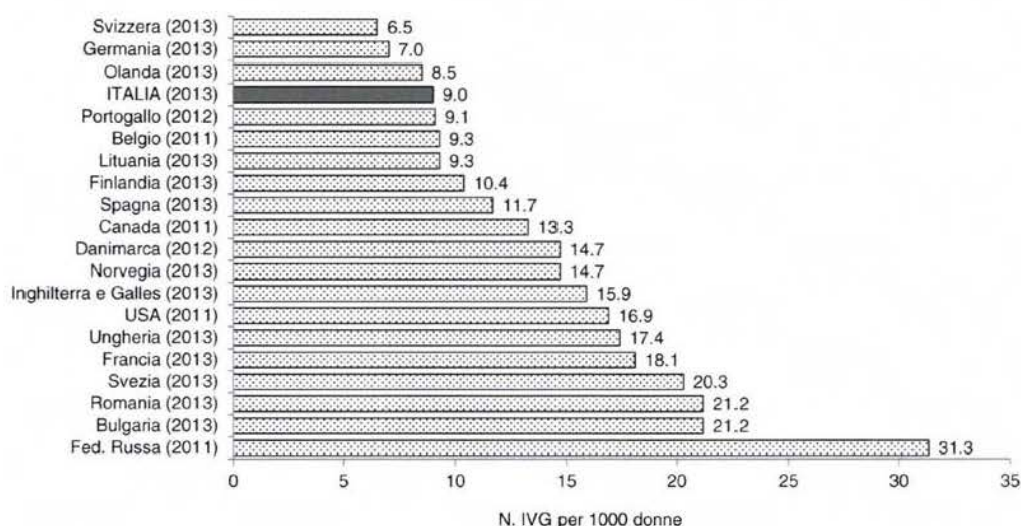
* Da notare che gli intervalli utilizzati nella classificazione dei tassi possono cambiare negli anni

Figura 3 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2013



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 9.0 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, 2011-2013



Fonte: Statistiques nationales / Eurostat; Alan Guttmacher Inst. 2014

1.3. Rapporto di abortività

Nel 2013 si sono avute 204.0 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un leggero incremento, pari a 0.4%, rispetto al 2012 (Tab. 2). E' da tener conto che tra questi 2 anni i nati sono diminuiti di 23978 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2013, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2013

	1983	1991	2012	2013	VARIAZIONE %	
					2013/2012	2013/1983
NORD	484.2	327.1	200.0	202.3	1.2	-58.2
CENTRO	515.2	356.1	223.6	223.2	-0.2	-56.7
SUD	283.8	253.0	207.2	205.1	-1.0	-27.7
ISOLE	205.3	176.1	171.5	174.9	2.0	-14.8
ITALIA	381.7	286.9	203.1	204.0	0.4	-46.6

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 in Italia. 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 andamenti, prevalentemente 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 almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. E' 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: Statistiques nationales/Eurostat/WHO European Health for all database; Alan Guttmacher Institute 2014; Svizzera: <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/adolescentes.htm>; Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo – Datos definitivos correspondientes al año 2013 – SANDAD 2015 – Ministerio De Sandad, servicios Sociales e Igualdad; Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrudd for 2013 - Register over svangerskapsavbrudd -(Abortregisteret); Inghilterra e Galles: Abortion Statistics, England and Wales: 2013 - Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales. June 2014; Olanda: Jaarrapportage 2013 van de Wet afbreking zwangerschap - Utrecht, december 2014; Germania: Statistisches Bundesamt Gesundheit Schwangerschaftsabbrüche 2013; Svezia: Aborter I Sverige under år 2013 Socialstyrelsen Dokumentbetekning).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2013 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con una diminuzione nelle donne 20-24 ed un aumento di quelle di 40-44 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 (con valori generalmente più elevati nelle classi 20-35 anni), eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7 si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili in quanto la distribuzione per età della popolazione femminile a livello regionale non sono molto diverse.

Probabilmente la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'utilizzare al numeratore di questo indicatore le IVG effettuate nella regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre regioni o all'estero) e al denominatore le donne

in età feconda residenti in Regione. 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 generalmente 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, Emilia Romagna, Umbria, 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 è più elevato quando queste sono 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 2013 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

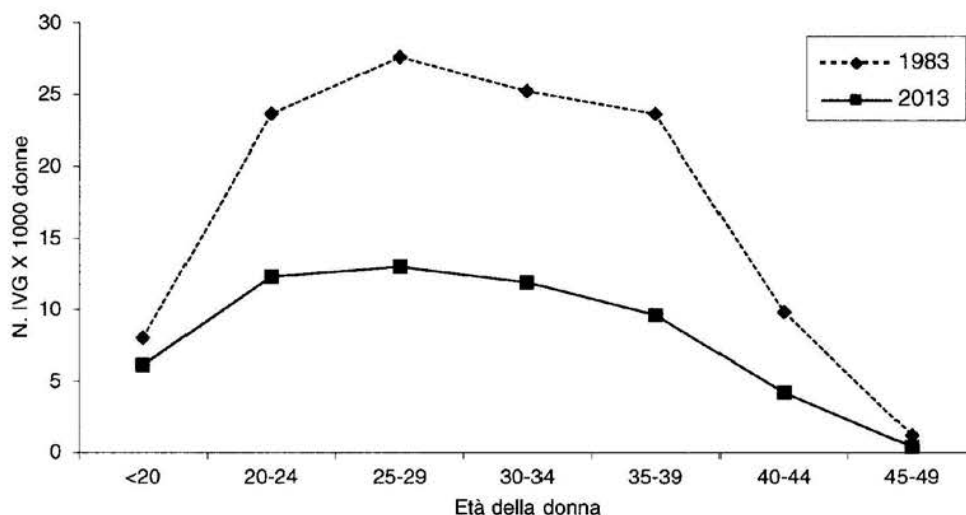
Tassi di abortività per età, 1983-2013

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2012	2013	2013/2012	2013/1983
< 20	8.0	5.5	6.3	6.1	-4.4	-24.2
20-24	23.6	13.4	13.2	12.3	-7.2	-48.0
25-29	27.6	15.7	13.3	13.0	-2.3	-53.0
30-34	25.2	17.1	12.2	11.9	-2.2	-52.8
35-39	23.6	15.1	9.8	9.6	-1.6	-59.1
40-44	9.8	7.2	4.2	4.2	1.7	-56.6
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	0.0	-67.5

* 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). Nel 2013 si osserva un decremento dei tassi di abortività rispetto al 2012 in particolare nelle donne di 20-24 anni, e un leggero aumento per quelle di 40-44 anni.

Figura 5 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2013



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	(2013)	6.1	12.3	13.0	11.9	9.6	4.2
	(2012)	6.3	13.2	13.3	12.2	9.8	4.2
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(1990)	5.6	13.8	16.5	18.0	15.6	7.6
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	(2011)	15.2	27.0	23.4	18.8	13.6	5.8
GERMANIA	(2013)	4.8	10.2	9.9	8.7	6.6	2.5
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	17.7	29.0	23.0	17.0	11.0	4.0
NORVEGIA	(2013)	10.1	24.5	21.8	16.9	11.1	4.5
OLANDA	(2013)	7.5	14.5	13.6	11.5	8.3	3.3
REPUBBLICA CECA	(2012)	6.8	12.9	13.3	13.3	11.3	5.2
ROMANIA	(2010)	16.5	27.2	28.4	26.9	19.9	7.4
SPAGNA	(2013)	12.2	19.4	16.8	13.4	9.2	3.9
SVEZIA	(2012)	18.8	32.6	27.2	21.7	15.8	8.0
SVIZZERA	(2012)	4.4	10.7	9.6	8.3	5.8	2.5
USA	(2008)	17.6	33.4	24.4	13.5	8.2	2.9

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2013 è risultato essere pari a 4.1 per 1000 (Tab. 5), valore inferiore rispetto a quello degli anni precedenti. Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG riguardanti donne di età inferiore ai 18 anni italiane e straniere, la percentuale sul totale delle IVG effettuate dal 2000 al 2013 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2013

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
2012	2761	588	3.3	4.4
2013	2616	527	3.2	4.1

Elaborazioni su dati Istat

Nel 2013 continua la diminuzione del numero assoluto di IVG per le italiane e 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 e nel 2013 anche una leggera diminuzione, 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 (3.2% di tutte le IVG nel 2013) con un tasso pari a 4.1 per 1000, valore molto più basso di quello delle maggiorenti (7.9 per 1000).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale, 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 72.0% dei casi dai genitori e nel 26.8% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 22). Le fluttuazioni delle percentuali tra le regioni possono anche dipendere dalla diversa entità dei 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 2013 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (51.4% rispetto a 41.8%) (Tabella 8). Questa modifica è in gran parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle

donne coniugate, rispetto a quella 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 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 per 1000 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.6 nel 2011) 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 a 8.3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l'importante contributo al fenomeno IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, insieme alla differenza che si osserva a livello di popolazione tra le italiane, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica osservate nel 2013, 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, 2013

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	32.2	49.3	8.0	6.2	59.8	44.5
CENTRO	31.3	47.4	7.0	6.2	61.7	46.4
SUD	50.7	50.1	5.9	7.5	43.5	42.5
ISOLE	42.1	44.8	6.0	6.5	51.9	48.7
ITALIA	38.2	48.7	7.0	6.4	54.9	44.9

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

Tra le donne che hanno effettuato IVG nel 2013 la percentuale di coniugate tra le straniere è risultata superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud i valori si equivalgono.

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	(2013)	41.8	58.2
	(2012)	42.7	57.3
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2013)	38.3	61.7
INGHILTERRA E GALLES	(2013)	16.0	84.0
NORVEGIA	(2005)	18.8	81.2
REPUBBLICA CECA	(2012)	36.8	63.2
SPAGNA	(2010)	23.8	76.2
SVIZZERA	(2010)	31.4	68.5
USA	(2008)	14.8	85.2

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. In Tab. 9 è riportata la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2013 a secondo del titolo di studio in possesso. Per la prima volta si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (42.9%).

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione femminile generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione, con una riduzione maggiore del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore (come discusso ampiamente nella relazione presentata nel 2003): i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre l'altro fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

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

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2013 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2013

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.4	9.8	31.9	41.5	47.8	38.4	17.9	10.4
CENTRO	2.7	9.0	31.3	45.6	51.7	39.0	14.2	6.4
SUD	3.7	16.6	46.1	47.0	41.8	31.7	8.5	4.8
ISOLE	4.8	17.2	47.7	54.1	39.9	25.3	7.6	3.3
ITALIA	3.1	10.8	37.5	43.8	46.0	37.1	13.4	8.3

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, Italia 1981-2010

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 43.6% delle donne che hanno abortito nel 2013 risulta occupata, il 23.9% casalinga, il 10.7% studentessa. Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (19.9% nel 2013, rispetto al 18.8% del 2012), probabilmente influenzata dalle variazioni nella popolazione femminile generale.

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, 2013

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	59.5	42.6	17.9	27.0	10.4	24.6	12.2	5.8
CENTRO	50.9	41.0	17.9	25.5	14.8	27.0	16.4	6.5
SUD	27.3	30.6	17.4	26.7	39.5	38.1	15.8	4.7
ISOLE	27.9	34.5	22.5	27.6	36.4	34.5	13.1	3.4
ITALIA	45.4	40.5	18.3	26.6	22.2	27.2	14.1	5.7

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

Nella grande maggioranza dei casi le IVG effettuate in ciascuna regione riguarda donne residenti nella regione di intervento: nel 2013 questo ha riguardato il 90.8% delle IVG (Tab. 11). Di queste l'87.1% 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 e Basilicata al Sud. Tuttavia 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 2013 presenta un flusso in entrata pari al 18.4% (114 IVG) ma ha anche un più consistente flusso in uscita (271 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 (5.81 per 1000 rispetto a 4.61), 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. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese.

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 3328 nel 2013 (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. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo un massimo nel 2007 (40'224 IVG relative a donne con cittadinanza non italiana). Da allora si è osservata una stabilizzazione del numero e successivamente un leggero decremento. Nel 2013 dai dati riferiti dalle Regioni il valore risulta essere 33'685 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, regione per regione, il valore risulta pari a 34'378 IVG. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2013, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

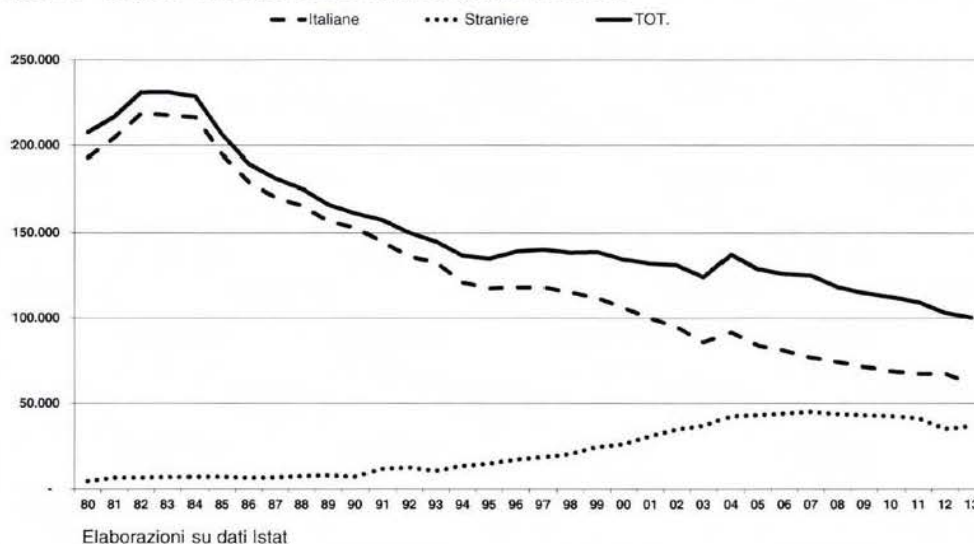
Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124'448 nel 1998, a 113'656 nel 2000, 94'095 nel 2005, 76'948 nel 2010, 71'199 nel 2012 e 68'382 nel 2013, avendo incorporato per gli ultimi otto anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'IVG in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 68'382, con un decremento percentuale del 70.9%.

Nel 2013 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 34.0% 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

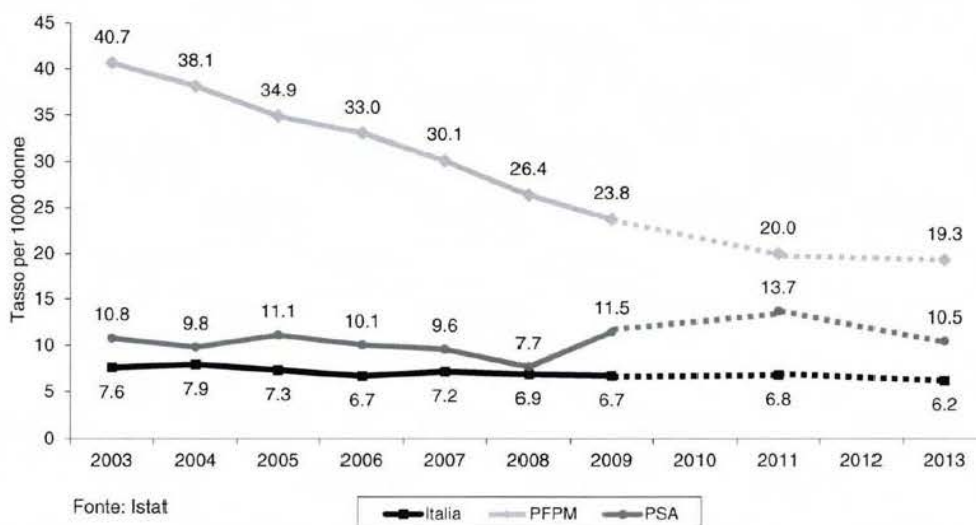
diminuzione delle IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere, con una tendenza alla stabilità e una leggera flessione negli ultimi anni.

Figura 6 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2013



Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza, l’Istat ha fornito all’ISS il quadro aggiornato dei tassi di di abortività per le donne residenti straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)¹, 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. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 7 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2013



¹ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell’America centro-meridionale, l’Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l’Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell’UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell’Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

E' 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 2013 tale rapporto risulta uguale a 3.1. Per le donne PSA negli ultimi anni i valori sono aumentati, anche se bisogna considerare che si tratta di numeri molto piccoli e quindi a rischio di forti oscillazioni.

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 2013, 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 2013

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	4.9	13.7
20-24	8.7	32.6
25-29	8.6	30.0
30-34	8.6	25.4
35-39	7.6	20.1
40-44	3.6	8.4
45-49	0.3	0.8
15-49 standardizzato	6.2	19.0

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 33 per 1.000: 3.7 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3.1).

Da studi condotti negli anni dall'ISS e altri enti emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere può dipendere da una loro scadente conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita e non da una scelta di questo metodo per il controllo della propria fecondità (Rapporto ISTISAN 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere di evitare gravidanze indesiderate si è avuta nei recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia fondamentale il counselling sulla procreazione responsabile nel percorso nascita per determinare un maggior uso dei metodi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di effettuare ciò per tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni 80 (rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamente indicata nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Inoltre 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. 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 disponibili anche sul sito del Ministero della Salute.

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 in questi casi costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente o a fare un grande lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. 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. Nel 2013 un caso a parte sono i dati dell'Abruzzo, della Campania e della Sicilia, 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 2013. Il 61.0% delle IVG è stato effettuato da donne con