

Statistics - Department of Health; Olanda: Jaarrapportage 2014 van de Wet afbreking zwangerschap – Utrecht, oktober 2015 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Germania: Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2015 - Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2016; Svezia: Statistics on induced abortions 2014 - Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen; Danimarca: Historical abortion statistics, Denmark - Abortion Statistics and other data-Johnston's Archive; Repubblica Ceca: Potraty CR 2013 – Zdravotnicka Statistika; Finlandia: Induced abortions in the Nordic countries 2013 – National Institute for Health and Welfare – Helsinki; Romania: Historical abortion statistics, Romania - Abortion Statistics and other data -Johnston's Archive; Francia: Les interruptions volontaires de grossesse 2015 en France – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; Population 1 January by five years age group and sex – Database Eurostat - <http://ec.europa.eu/eurostat/data/statistics-a-z/abc>; Abortion Surveillance — United States, 2012 – Surveillance Summaries November 27, 2015– CDC; U.S. Abortion Statistics – Facts and figures relating to the frequency of abortion in the United States – ABORT73.COM.

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa agli anni 2015 e 2014 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con una diminuzione nelle donne di 15-19 e 20-24 anni ed un aumento di quelle di 40-44 anni rispetto al 2013. 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 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 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 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 i dati raccolti dall'Istat non risultano ancora completi, con un certo numero di IVG non notificate ed è pertanto impossibile fare elaborazioni per 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 2015 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

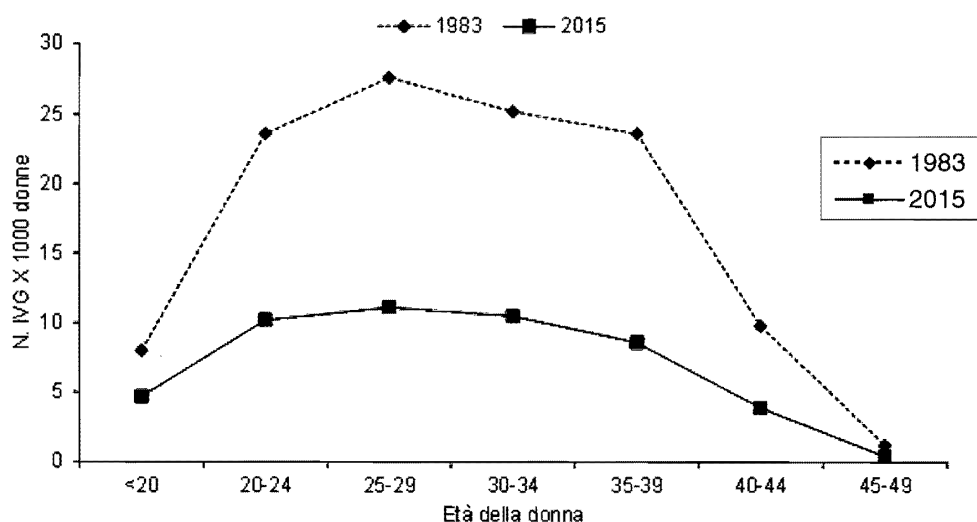
Tassi di abortività per età, 1983-2015

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2015/2014	2015/1983
< 20	8.0	5.5	5.2	4.7	-9.4	-41.0
20-24	23.6	13.4	11.0	10.2	-7.6	-57.0
25-29	27.6	15.7	12.0	11.1	-7.4	-59.6
30-34	25.2	17.1	11.3	10.5	-7.2	-58.3
35-39	23.6	15.1	9.3	8.6	-7.4	-63.4
40-44	9.8	7.2	4.2	3.9	-7.8	-60.1
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	-5.3	-70.0

* 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. 6). Nel 2015 si osserva un decremento di tutti i tassi di abortività rispetto al 2014, in particolare nelle donne con meno di 20 anni.

Figura 6 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2015



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 nella classe 20-24 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	(2015)	4.7	10.2	11.1	10.5	8.6	3.9
	(2014)	5.2	11.0	12.0	11.3	9.3	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
FRANCIA	(2015)	7.6	27.2	26.1	20.0	15.0	5.1
GERMANIA	(2015)	4.3	9.3	9.7	8.7	6.9	2.6
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	15.0	27.0	23.0	17.0	12.0	4.0
NORVEGIA	(2014)	9.6	21.8	20.7	15.9	11.4	4.2
OLANDA	(2014)	6.5	14.1	13.6	12.0	8.6	3.5
REPUBBLICA CECA	(2013)	7.0	12.8	13.5	13.0	11.2	5.1
SPAGNA	(2014)	9.9	16.6	15.3	12.3	8.6	3.8
SVEZIA	(2014)	15.1	29.6	27.3	22.3	16.7	7.9
SVIZZERA	(2015)	3.4	8.7	8.9	7.6	6.5	2.8
USA	(2012)	9.2	23.3	18.9	12.4	7.3	2.8

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2015 è risultato essere pari a 3.1 per 1000 (Tab. 5), valore inferiore rispetto a quello degli anni precedenti e che mostra una tendenza alla diminuzione dal 2005. 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 2015 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2015

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
2014	2383	472	3.2	3.7
2015	2164	357	2.9	3.1

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2014-2015 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 2015 anche una notevole 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 2014 e 2.9% nel 2015), con un tasso pari a 3.7 per 1000 nel 2014 e 3.1 per 1000 nel 2015, valori molto più bassi di quelli delle maggiorenni (7.3 e 6.8 per 1000 rispettivamente nei 2 anni).

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 e Istat. Come cambia la vita delle donne, 2004-2014. Istat, 2015).

L'assenso per l'intervento è stato rilasciato prevalentemente dai genitori (75.4% dei casi nel 2014 e 75.7% nel 2015, Tab. 22) con alcune differenze tra regioni che potrebbero anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che comunque sono in diminuzione negli anni.

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 2014-15 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (51.9% nel 2014 e 53.2% nel 2015) (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 2015, 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, 2015

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	30.2	48.8	7.1	6.6	62.6	44.6
CENTRO	28.6	46.7	7.0	5.6	64.4	47.7
SUD	49.1	50.0	6.0	7.9	44.9	42.1
ISOLE	40.5	47.0	6.4	5.4	53.1	47.6
ITALIA	36.4	48.3	6.7	6.4	56.9	45.2

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

La tabella evidenzia la differenze tra nord-centro e sud-isole tra le italiane; tra le straniere queste differenze sono meno evidenti e in generale la percentuale di coniugate tra queste donne è 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 a 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	(2015)	40.1	59.9
	(2014)	41.3	58.7
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2015)	37.9	62.1
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	16.0	84.0
REPUBBLICA Ceca	(2013)	34.2	65.8
SVIZZERA	(2014)	30.0	70.0
USA	(2012)	14.7	85.3

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 2014 e 2015 a seconda del titolo di studio in possesso. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (42.8% nel 2014 e 43.1% nel 2015), come nel 2013.

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 2014-5 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2015

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	1.6	9.0	29.4	40.1	48.6	38.7	20.4	12.2
CENTRO	4.7	9.8	30.7	45.9	48.8	37.1	15.8	7.2
SUD	3.2	14.2	46.1	48.4	41.2	32.4	9.4	5.1
ISOLE	3.9	16.4	48.0	54.5	39.7	25.3	8.4	3.8
ITALIA	2.9	10.2	36.6	43.3	45.5	36.9	15.0	9.7

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 nell'ultimo anno per cui è disponibile il dato, 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 42.9% delle donne che hanno abortito nel 2015 risulta occupata, il 22.8% casalinga, il 10.8% studentessa. Negli ultimi anni si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (21.1% nel 2015 e 20.8% nel 2014 rispetto al 19.9% del 2013 e il 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, 2015

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	58.4	41.0	19.4	27.8	9.9	25.1	12.4	6.0
CENTRO	48.7	39.1	22.7	29.0	13.5	26.1	15.1	5.8
SUD	30.0	30.4	18.6	25.7	39.7	40.1	11.7	3.8
ISOLE	28.8	28.2	26.0	34.6	33.4	33.9	11.7	3.3
ITALIA	45.1	38.7	20.6	28.2	21.17	27.5	12.7	5.6

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 2014 questo ha riguardato il 91.9% delle IVG e il 92.2% nel 2015 (Tab. 11), valori in aumento rispetto al 2013 (90.8%). Delle IVG effettuate da donne residenti in regione nel 2015 l'87.9% 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, come negli anni precedenti. 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 2015 presenta un flusso in entrata pari al 16.0% (89 IVG) ma ha anche, come è riportato in tabella 29, un più consistente flusso in uscita (162 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: 5.63 per 1000 rispetto a 4.63. Il tasso di abortività calcolato per le donne residenti descrive più correttamente 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 29 risulta evidente che in alcune regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese, con il conseguente flusso emigratorio verso altre regioni. Le Regioni, per ottenere il dato sulle donne residenti che effettuano l'IVG in altre regioni, devono rivolgersi all'Istat.

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, con una flessione negli ultimi anni: 3328 nel 2013, 2564 nel 2014 e 2366 nel 2015 (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

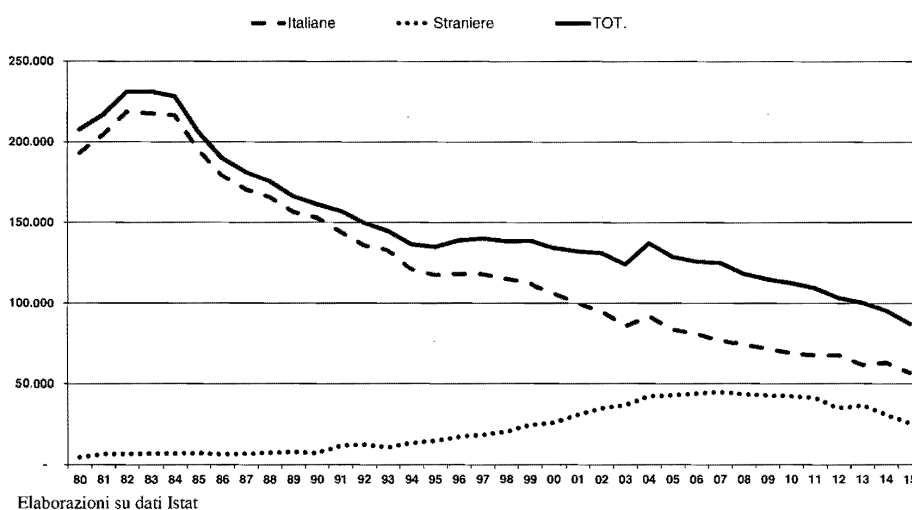
Nel 1995, anno in cui si è iniziata a rilevare sistematicamente l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8'967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo 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 2015 e 2014, dai dati riferiti dalle Regioni, il valore risulta essere 27'168 e 31'028 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, regione per regione, il valore risulta pari a 27'255 nel 2015 e 31'557 nel 2014. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2014 e 2015, 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, 68'382 nel 2013, 65'021 nel 2014 e 60'384 nel 2015, 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 60'384, con un decremento percentuale del 74.3%.

Nel 2015 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 31.1% del dato nazionale e 33.0% nel 2014. 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.

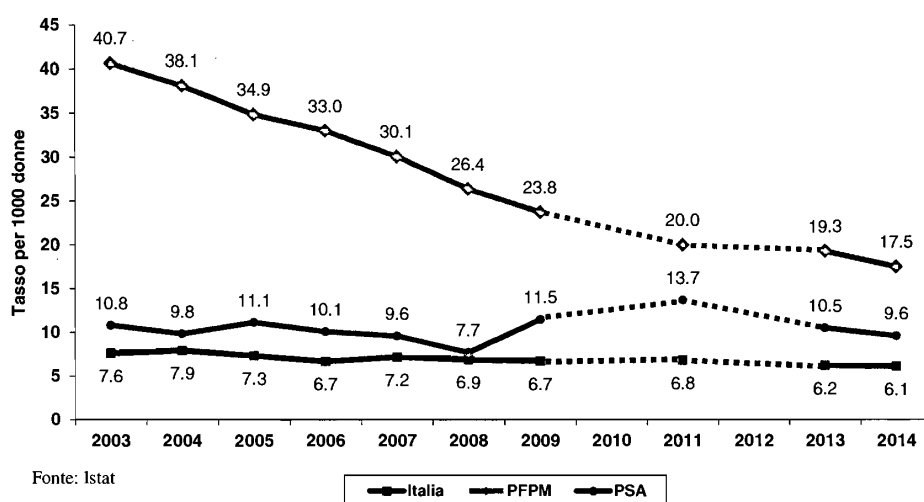
Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 7). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione del numero di IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni.

Figura 7 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2015



Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2014 dei tassi 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 8. 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 8 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2014



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 2014 tale rapporto risulta uguale a 2.9. Per le donne PSA si tratta di numeri molto piccoli e quindi i valori dei tassi di abortività sono 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 2014, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

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.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2014

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	4.4	13.3
20-24	8.2	28.9
25-29	8.4	27.0
30-34	8.5	23.0
35-39	7.7	18.2
40-44	3.6	7.8
45-49	0.3	0.6
15-49 standardizzato	6.1	17.2

Fonte: Istat

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 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 39 per 1.000: 3.5 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 2.9).

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 più 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 che si è concluso a dicembre 2012. 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 avevano 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, con il coinvolgimento anche delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue e disponibili 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 2014 un caso a parte sono i dati 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 2015 il 60.6% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio (61.5% nel 2014) e il 37.2% 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 ≥ 1 .

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2015, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2015

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	48.3	27.6	22.8	27.7	22.0	30.6	7.0	14.1
CENTRO	52.6	31.4	21.2	26.8	20.5	29.7	5.7	12.1
SUD	37.4	20.8	19.6	31.5	30.2	33.0	12.8	14.6
ISOLE	36.6	23.0	22.1	30.0	26.7	30.9	14.6	16.2
ITALIA	44.8	27.5	21.5	28.0	24.5	30.7	9.2	13.8

Elaborazioni su dati Istat

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2015 avevano uno o più nati vivi il 51.8% al Nord, il 47.4% al Centro, il 62.6% al Sud e il 63.4% nelle Isole, mostrando differenze per area geografica; le percentuali corrispondenti per le straniere sono: 72.4%, 68.6%, 79.2% e 77.0%. 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 fino agli anni 2000, seguita da una stabilizzazione.

IVG (%) per parità, 1983-2015

	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
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
2012*	39.7	24.0	25.9	8.1	2.3
2013*	39.0	24.3	26.2	8.1	2.4
2014*	38.5	24.2	26.6	8.2	2.5
2015*	39.4	23.4	26.4	8.2	2.5

* 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	(2015) *	39.4	60.6
	(2014) *	38.5	61.5
GERMANIA	(2015)	39.1	60.9
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	46.0	54.0
OLANDA	(2014)	47.6	52.4
SPAGNA	(2014)	44.7	55.3
SVIZZERA	(2014)	51.0	49.0
REPUBBLICA CECA	(2013)	28.7	71.3
USA	(2012)	40.3	59.7

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2015, l'86.5% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è uguale a quello rilevato nel 2013-14 ed è simile a quello rilevato negli anni passati, non dando indicazioni di variazione dell'andamento e del fenomeno.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2015

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2
2012	87.0	10.2	2.1	0.5	0.2
2013	86.5	10.6	2.1	0.5	0.3
2014	86.4	10.8	2.1	0.5	0.3
2015	86.5	10.5	2.2	0.5	0.3

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2015 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2015

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8
2012	18.6	5.3	1.6	1.1	26.6
2013	19.0	5.2	1.6	1.0	26.8
2014	19.1	5.4	1.7	1.1	27.3
2015	19.0	5.3	1.6	1.0	26.9

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo 30 anni dalla legalizzazione una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali), Italia 1989-2015

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2010	2013	2014	2015
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.3	25.4	26.9	27.2	26.8	27.3	26.9
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.5	44.6	44.6	44.7	44.7	44.8	44.8

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R. Spinelli A. Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338).

C'è inoltre da tener presente che dagli anni '90 è aumentata l'immigrazione nel nostro Paese e di conseguenza il contributo delle immigrate sul fenomeno dell'IVG, come già riportato nel capitolo sulla cittadinanza. Tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane. Quindi, se si considerassero solo le donne italiane, tale andamento di riduzione e di differenza con il dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne del 2015, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (38.3% rispetto a 21.6%).

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica. 2015

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.6	26.0	3.3	8.3	1.2	4.0	21.2	38.4
CENTRO	14.9	25.2	3.2	9.0	1.1	4.9	19.3	39.2
SUD	18.0	22.8	5.0	9.7	2.1	6.4	25.1	38.9
ISOLE	14.2	19.7	3.3	6.2	1.2	5.6	18.7	31.4
ITALIA	16.4	25.2	3.8	8.6	1.4	4.6	21.6	38.3

Elaborazioni su dati Istat

Considerando l'anno 2015 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle regioni del Sud con il 25.1%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Emilia Romagna (32.3%); al Centro, in Toscana (30.5%); al Sud, in Puglia (36.0%). Le differenze regionali possono dipendere in parte dal numero di casi con questa variabile non riportata (che spesso sarebbe zero come valore). Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare tutti i campi, anche nel caso di risposta "0" o "nessuno".

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano rimane il più basso a livello internazionale.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2015)	73.1	19.0	5.3	2.6	26.9
	(2014)	72.8	19.1	5.4	2.8	27.3
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
INGHILTERRA E GALLES	(2015)	62.0	27.0	8.0	3.0	38.0
OLANDA	(2014)	64.4	23.9	7.6	4.1	35.6
SPAGNA	(2014)	62.5	24.8	8.2	4.6	37.5
SVEZIA	(2014)	57.1	n.r.	n.r.	n.r.	42.9
USA	(2012)	55.7	24.6	11.0	8.6	44.2

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importate conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (specialmente se si esclude il contributo delle straniere) e la spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste per legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, in cui si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della Legge 194/78). Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge (art. 5).

Anche per il 2014 e 2015 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (41.6%) degli altri servizi (Tab. 16): 41.9% nel 2014 e 42.3% nel 2015. Le regioni in cui si osservano valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna con un 68.8% nel 2015, Piemonte (62.7%), PA di Trento (59.0%) e Umbria (58.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e del personale.

Dalla tabella seguente si identificano notevoli differenze per area geografica e per cittadinanza:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2015

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	47.8	60.7	24.5	16.3	25.8	21.7	1.9	1.4
CENTRO	45.5	50.6	17.9	17.8	26.9	23.2	9.7	8.5
SUD	25.5	33.6	28.0	19.2	44.3	44.9	2.2	2.3
ISOLE	20.4	33.4	20.8	14.4	57.2	51.2	1.6	0.9
ITALIA	37.9	53.8	23.8	16.9	34.9	26.2	3.4	3.1

Elaborazioni su dati Istat

Da diversi anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. È confortante che le straniere, che sono per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile spesso nella condizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.