

- [5] Chandra A. (et al.) (2013), "Infertility and Impaired Fecundity in the United States, 1982–2010: Data From the National Survey of Family Growth", *National Health Statistics Report*, N. 67, August 2013. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr067.pdf>
- [6] AISP (2013), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Cap. I "Cambia la biologia della riproduzione?", pp. 17-42.
- [7] www.iss.it/rpma
- [8] World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility (1999), The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding, in Fertility and Sterility, World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028299002745>
- [9] Istat (2014), Gravidanza, parto e allattamento al seno, *Statistica Report* 9 dicembre 2014. <http://www.istat.it/it/archivio/141431>
- [10] AISP (2013), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Cap. II "Le trasformazioni nella vita sessuale", pp. 43-59.
- [11] WHO (2016), Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, International Report from the 2013/2014 survey, Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents, 7, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal-hbhc-2016-study-20132014-survey>
- [12] Barbagli M., Dalla Zuanna G., Garelli F. (2010), *La sessualità degli italiani*, Il Mulino.
- [13] ISS (2000), *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*, ISTISAN 7/00.
- [14] AISP (2013), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Cap. IV "Il lento tramonto del coito interrotto", pp. 81-96.
- [15] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015*, (ST/ESA/SER.A/349). <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
- [16] Leridon H. (2010), "Human fecundity: situation and outlook", *Population & Societies*, 471, INED, October 2010. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19139/population.societies.2010.472.human.fecundity.en.pdf
- [17] de la Rochebrochard E. (2001), "Stérilité, fertilité: la part des hommes", *Population & Societies*, 371, INED, September 2001. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18715/publi_pdf2_pop_and_soc_english_371.en.pdf
- [18] ECEC-European Consortium for Emergency Contraception (2016), An update on access to emergency contraception in European Union countries. <http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2016/04/UPDATE-Access-to-EC-in-EU-countries-ECEC-April2016.pdf>
- [19] Kiechle M., Neuenfeldt M. (2017), Experience with oral emergency contraception since the OTC switch in Germany, *Arch Gynecol Obstet*. 295(3): 651-660. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5315704/>
- [20] Nappi R.E. et al. (2014), Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volume 19, Issue 2 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13625187.2013.865164>
- [20] EllaOne foglietto illustrativo <http://www.my-personaltrainer.it/Foglietti-illustrativi/Ellaone.html>
- [21] Norlevo foglietto illustrativo <http://www.my-personaltrainer.it/Foglietti-illustrativi/Norlevo.html>
- [23] Piffer et al. (2014), "Rilevazione degli aborti spontanei in Pronto Soccorso nella PA di Trento", *Rapporto Osservasalute*, Capitolo Salute materno-infantile, 254-259. http://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2014-arg-11_materno_infantile.pdf
- [23] Fropa L., Vasselli S. (1997) "La misurazione dell'abortività spontanea sulla base delle statistiche ufficiali correnti: problemi e metodi", *Quaderni di ricerca*, Istat (4).
- [24] Wang X. et al. (2003), "Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study", *Fertil Steril*, 79:577. [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(02\)04694-0/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(02)04694-0/pdf)
- [25] Regan L., Rai R. (2000), "Epidemiology and the medical causes of miscarriage", *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 14:839.
- [26] WHO, Effectiveness of Family Planning Methods https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/pdf/contraceptive_methods_508.pdf

Fonti utilizzate:

- Istat, Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° Gennaio, anni 2015 e 2016 (per il calcolo della media 2015) <http://demo.istat.it/>
- Istat, Bilancio Demografico Mensile e popolazione residente per sesso, anni 2015 e 2016 <http://demo.istat.it/>
- Istat, Iscritti all'anagrafe per nascita, anno 2015 <http://demo.istat.it/>
- Istat, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2013 <http://www.istat.it/it/archivio/7740>
- Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza, anno 2015 <http://www.istat.it/it/archivio/9025>
- Istat, Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo, anno 2015 <http://www.istat.it/it/archivio/197015>

Risultati

Le stime, effettuate per gli anni 2014, 2015 e 2016, presentano valori instabili, seppur compresi in un intervallo abbastanza ristretto che va dai 10.000 ai 13.000 casi. Questo è essenzialmente dovuto al fatto che la contraccezione d'emergenza proprio negli ultimi due anni (2015 e 2016) è stata oggetto di profonde modifiche nell'utilizzo, modifiche dovute a recenti disposizioni dell'AIFA che hanno reso possibile l'acquisto di alcuni farmaci senza ricetta medica per le donne maggiorenni. Sarà cura del Ministero (insieme con l'ISS e l'Istat) replicare la stima per gli anni a venire, affinando ulteriormente il modello con dati sempre più aggiornati e consolidati.

2 – ANALISI DELL'ABORTIVITA' SPONTANEA

Obiettivo

Valutare la presenza di IVG-fai-da-te e/o clandestine che possano aver dato luogo ad eventi registrati come aborti spontanei (AS) precoci (cioè nelle prime 9 settimane di gestazione).

Metodi

Gli eventi di AS vengono suddivisi in due categorie: AS precoci (entro le 9 settimane di gestazione) e AS tardivi (oltre le 9 settimane di gestazione).

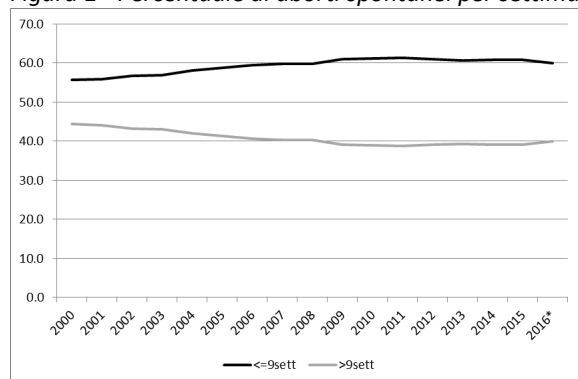
Per questi due gruppi vengono calcolate le relative percentuali sul totale dei casi per verificare se per gli AS precoci ci sia stato un incremento che possa far supporre la presenza di IVG-fai-da-te e/o clandestine.

Sempre in riferimento ai due gruppi vengono calcolati i tassi per età.

Risultati

Dalla Figura 1 si evince che oltre la metà dei casi di AS ospedalizzati avvengono entro le 9 settimane di gestazione; questa quota è leggermente aumentata dal 2000 al 2011 dei casi per poi assestarsi attorno al valore del 60%.

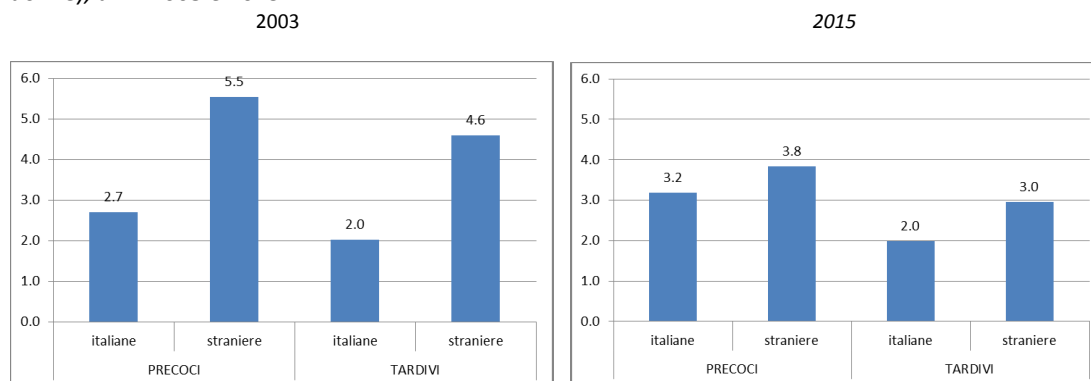
Figura 1 - Percentuale di aborti spontanei per settimane di gestazione, anni 2000-2016



Nota: * dato provvisorio.

Questa distinzione tra eventi precoci ed eventi tardivi viene mantenuta nel calcolo dei tassi dove è stata considerata anche la cittadinanza della donna.

Figura 2 - Tassi standardizzati di abortività spontanea per cittadinanza ed età gestazionale (per 1000 donne), anni 2003 e 2015



La diminuzione degli eventi di aborto spontaneo sperimentata nel corso degli anni si evidenzia dal confronto tra i due grafici (con la sola eccezione degli AS precoci tra le donne italiane). La maggior parte degli eventi avviene, come già mostrato, in epoca gestazionale precoce.

Si rammenta che l'indagine Istat rileva solo i casi di AS ospedalizzati (sia in regime di ricovero ordinario che day hospital), perdendo quindi tutti i casi che si risolvono in ambulatorio e/o si fermano al pronto Soccorso e che dovrebbero essere nella maggior parte dei casi AS avvenuti nelle prime settimane di gestazione.

Resta quindi difficile suffragare l'ipotesi di IVG 'mascherate' da AS alla luce dei presenti dati parziali; potrebbero essere di ausilio i dati delle SDO che, pur considerando solo i ricoveri, rilevano eventuali complicazioni nella codifica delle diagnosi.

Però, come descritto nel paragrafo successivo, tale codifica attualmente non riporta alcuna informazione utile allo scopo.

3- UTILIZZO DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Obiettivo

Rilevare dalla fonte Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) casi 'sospetti' di IVG clandestine e/o IVG fai da te.

Metodi

Nei modelli di rilevazione delle IVG e degli aborti spontanei (AS) viene rilevata l'eventuale complicazione a seguito dell'intervento con le seguenti voci: emorragia, infezione, decesso, mancato/incompleto aborto (solo per IVG), altro.

Ipotizzando un aborto clandestino, si presuppone che la donna si presenti in ospedale solo in caso di complicazioni, tra cui ad esempio un'emorragia.

La complicazione emorragia nelle SDO viene codificata come segue:

- per le IVG: 635.1=Aborto indotto legalmente complicato da emorragia tardiva o eccessiva
- per gli AS: (634.1, 636.1, 637.1, 638.1, 639.1)=Altre gravidanze con esito abortivo complicato da emorragia ritardata o eccessiva

Risultati

La situazione nelle varie fonti è la seguente:

	IVG Istat	IVG Sdo	AS Istat	AS Sdo
Totale casi	87369	85444	63635	65540
-con emorragia	199	310	390	507

Se consideriamo come complicazione l'infezione invece che l'emorragia i numeri sono ancora più bassi, nell'ordine di qualche decina.

Probabilmente nei dati Istat l'informazione sulla complicazione è sottostimata; in ogni caso anche nelle SDO ci sono valori che non fanno pensare ad una quota di AS conseguenza di una IVG-fai-da-te. Sarebbe utile sapere le modalità di codifica dei casi che arrivano in ospedale per i quali il medico sospetti appunto una IVG-fai-da-te. Questo è stato chiesto ad alcuni operatori sanitari ma non è stato possibile individuare dei codici da poter utilizzare.

In letteratura le SDO sono state utilizzate per stimare le IVG laddove l'aborto non era (ancora) legale, quindi principalmente negli anni Ottanta/Novanta. In questi casi la classificazione delle complicanze in gravidanza veniva "distribuita" tra probabili IVG e probabili AS sulla base di informazioni aggiuntive richieste agli operatori sanitari all'interno degli ospedali. Nel nostro caso abbiamo già la distinzione tra IVG e AS, per rilevare eventuali *misreporting* (IVG mascherate da AS?) dovremmo disporre di informazioni aggiuntive al momento non disponibili.

Proposta

L'indagine Istat sugli AS rileva solo i casi ospedalizzati (sia in regime di ricovero ordinario che day hospital), perdendo quindi tutti i casi che si risolvono in ambulatorio e/o si fermano al pronto Soccorso (plausibilmente gli AS avvenuti nelle prime settimane di gestazione). Un'analisi condotta dalla PA di Trento² rileva che "Mediamente, il 46.0% dei casi osservati in Pronto Soccorso è registrato anche nel flusso Istat". Sarebbe quindi utile poter analizzare anche gli archivi delle prestazioni ambulatoriali e gli accessi in Pronto Soccorso per avere una stima quantitativa più affidabile del fenomeno.

² Piffer et al. (2014), "Rilevazione degli aborti spontanei in Pronto Soccorso nella PA di Trento", *Rapporto Osservasalute*, Capitolo Salute materno-infantile, 254-259.

Bibliografia

- Guttmacher Institute, International Union for the Scientific Study of Population (2010), “Chapter 6 - The Abortion Incidence Complications Method: A Quantitative Technique”, in *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*.
- Juarez F. et al. (2008), “Estimates of Induced Abortion in Mexico: What’s Changed Between 1990 and 2006?”, *International Family Planning Perspectives*, 34(4): 158-68.
- Rossier C. (2003), “Estimating Induced Abortion rates: A Review”, *Studies in Family Planning* 34(2), 87-102.

ALLEGATO: ELABORAZIONE ISTAT “VERSO I 40 ANNI DALLA LEGGE SULL’ABORTO ... “



1. Introduzione

In Italia da ormai quasi quarant’anni l’aborto volontario è stato legalizzato mediante la Legge 194 del maggio 1978, che ne ha anche disciplinato le modalità di accesso.

Il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione annuale sull’attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione (art.16). Il fenomeno viene ampiamente descritto sia con riferimento alle caratteristiche delle donne che fanno ricorso all’interruzione volontaria della gravidanza (IVG) che alle modalità dell’intervento stesso. Negli ultimi anni la relazione si è arricchita di informazioni anche sull’offerta territoriale del servizio.

Questo è stato possibile grazie ai dati raccolti con l’indispensabile e prezioso lavoro delle Regioni/P.A., dati che vanno ad alimentare il Sistema di sorveglianza dell’Istituto Superiore di Sanità e l’indagine dell’Istat.

La legge italiana risulta essere una delle meno restrittive al mondo [Centre for Reproductive Rights; UN-Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2014] e consente alle donne di effettuare l’lvg in un contesto protetto alla presenza di personale medico e sanitario. La possibilità di avere un’lvg “accessibile e sicura” non è associata ad un elevato ricorso della stessa [Ganatra B. *et al.*, 2017].

Questo studio effettuato a livello mondiale [Ganatra B. *et al.*, 2017] suddivide gli aborti volontari come segue:

SAFE ABORTION (ABORTO SICURO)	UNSAFE ABORTION (ABORTO NON SICURO)	
	LESS-SAFE ABORTION (ABORTO POCO SICURO)	LEAST-SAFE ABORTION (ABORTO PER NIENTE SICURO)
<i>Provided by health-care workers and with methods recommended by World Health Organization</i> Effettuato da operatori sanitari e con metodi raccomandati dall’Organizzazione Mondiale della Sanità	<i>Done by trained providers using non-recommended methods or using a safe method but without adequate information or support from a trained individual</i> Effettuato da personale formato utilizzando metodi non raccomandati o usando metodi sicuri ma senza informazioni adeguate o supporto da parte di personale sanitario formato	<i>Done by untrained people using dangerous, invasive methods</i> Effettuato da personale non qualificato e utilizzando metodi pericolosi o invasivi

Nello studio si evince quindi che laddove l’aborto viene praticato in maniera sicura – quindi con la presenza di personale sanitario – il ricorso all’intervento (incidenza dell’aborto o tasso di abortività) presenta in generale valori più bassi.

La conferma di ciò si ha dal continuo trend decrescente che caratterizza l’abortività volontaria in Italia, sottolineato ogni anno dalle Relazioni al Parlamento³.

Quest’anno la Relazione si arricchisce di un approfondimento che ha come obiettivo quello di calare il fenomeno dell’aborto volontario in un contesto più ampio, che ne analizzi le dinamiche alla luce di cambiamenti avvenuti nella società negli ultimi quarant’anni.

³ In Ganatra B. *et al.* (2017) per l’Italia viene indicato un valore dell’87% di *safe abortions* poiché per l’OMS il raschiamento non costituisce un metodo raccomandato; nonostante questo continua ad essere utilizzato nell’11.4% dei casi ancora nel 2016.

Un parallelo con la fecondità si rende necessario per evidenziare analogie o divergenze tra i due esiti riproduttivi: nascita e aborto. La donna posta di fronte a questa scelta può agire in maniera differente in relazione al contesto sociale e in base alle capacità di *empowerment* acquisite nel corso degli anni; l'analisi prende in considerazione quindi anche l'eventuale relazione di coppia, lo status occupazionale e il titolo di studio acquisito.

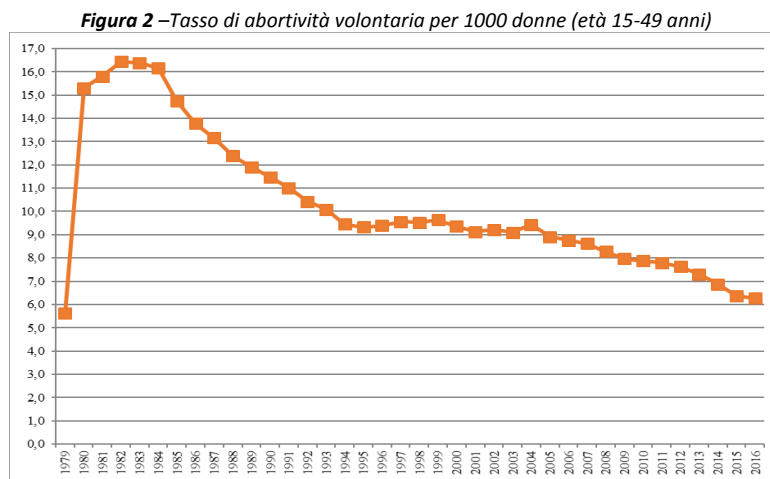
Altri fattori più "personali" agiscono a loro volta nella gestione della pianificazione familiare: i comportamenti sessuali e la contraccezione hanno ripercussioni dirette nelle scelte riproduttive e nel corso dei quattro decenni considerati sono stati oggetto di grandi cambiamenti.

In questa analisi, laddove possibile, vengono separate le donne italiane dalle cittadine straniere; non si può prescindere da tale distinzione vista la crescente presenza della componente straniera degli ultimi anni che, come osservato in tutte le precedenti Relazioni, presenta comportamenti diversi in tema di salute riproduttiva oltre a una differente composizione strutturale⁴.

La presenza di una serie storica di dati sufficientemente lunga permette anche di iniziare ad osservare il fenomeno da un diverso punto di vista, quello 'longitudinale' che focalizza l'attenzione sulle generazioni di donne che vengono seguite durante il percorso di vita, in questo caso quella riproduttiva, che va dai 15 ai 49 anni.

2. Il declino dell'aborto volontario

Il calo del ricorso all'aborto volontario in Italia è stato ampiamente descritto e analizzato dall'Istat in numerose occasioni, tra cui il Rapporto sulla Popolazione del 2013 dell'Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione [AISP, 2013]; una Statistica Report monotematica [Istat, 2014a] e un *ebook* sui cambiamenti nella vita delle donne [Istat, 2015]. I tassi si sono ridotti per tutte le classi di età della donna con le relative specificità, ma non in maniera lineare; si possono infatti delineare quattro periodi (Figura 2).



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anni 1979-2016.

- 1) *Dal 1979 al 1984*: subito dopo la legge il picco di crescita mostra l'uscita dalla clandestinità delle lvg che ora vengono registrate in maniera ufficiale. Il massimo (16,4 per mille) si raggiunge negli anni 1982 e 1983, dopo un necessario periodo di "assestamento" durato cinque anni durante il quale le Regioni hanno dovuto organizzare il flusso della nuova rilevazione.

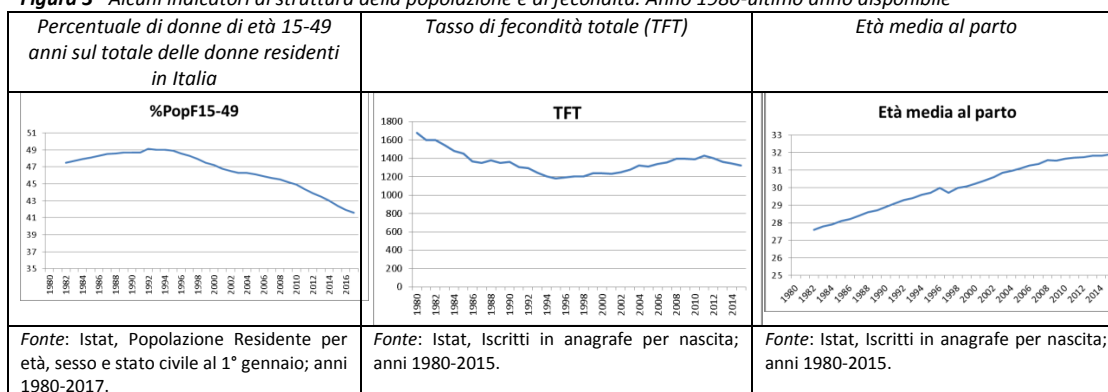
⁴ È pur vero che nelle statistiche ufficiali dell'Istat sull'IVG vengono quasi sempre considerate tutte e solo le donne residenti in Italia; tra queste ci sono quindi sia cittadine italiane che cittadine straniere. Queste ultime, rispetto alle straniere non residenti, risultano essere maggiormente insediate nel territorio e nella cultura italiana e con atteggiamenti sempre più simili a quelli delle donne autoctone.

- 2) *Dal 1985 al 1995*: è un decennio caratterizzato da un decremento continuo: si passa da 14,8 a 9,3 lvg per mille donne (-37%) con un tasso di abortività che scende al di sotto del 10 per mille.
- 3) *Dal 1996 al 2004*: i valori del tasso restano sostanzialmente stabili e compresi tra il 9,1 e il 9,6 per mille.
- 4) *Dal 2005 al 2016*: riprende il declino dell'abortività volontaria ininterrotto fino al 2016 (ultimo dato disponibile).

Per comprendere meglio l'entità della variazione, oltre al tasso (che correttamente rapporta il fenomeno alla cosiddetta "popolazione a rischio") è di grande impatto considerare che il numero di IVG è passato da oltre 230mila casi a poco meno di 85mila nel 2016, con una diminuzione consistente del 63%.

Vari fattori possono aver contribuito a questo fenomeno, tra cui quelli strutturali legati alla diminuzione del contingente delle donne residenti in Italia in età feconda (15-49 anni), contingente che si è sempre più ridotto a partire dagli anni Novanta, nonostante l'ingresso di giovani donne immigrate: la percentuale più elevata, pari a 49.1% di tutte le donne residenti in Italia, si è registrata nel 1992 ed è diminuita in maniera continua fino a raggiungere il 41.6% nel 2017 (Fig. 3).

Figura 3 — Alcuni indicatori di struttura della popolazione e di fecondità. Anno 1980-ultimo anno disponibile



Questa "carezza" di donne dovrebbe aver avuto le stesse conseguenze sugli altri esiti riproduttivi, ad esempio sulla fecondità. L'indicatore principale utilizzato per lo studio di questo fenomeno è il tasso di fecondità totale (Tft) che misura il numero medio di figli per donna: dalla Figura 3 si assiste ad un andamento decrescente solo per il primo periodo e fino al 1995 (anno di minimo storico con 1.19 figli per donna). Dal 1995 la fecondità è cresciuta fino al 2010 (1.46 figli per donna) per poi sperimentare una nuova fase di decrescita tuttora in corso: nel 2015 le residenti in Italia hanno avuto in media 1.35 figli per donna [Istat, 2017]⁵.

La ripresa osservata dal 1995 al 2010 (differentemente dall'abortività che non ha mai mostrato andamenti crescenti lungo tutto il periodo) potrebbe avere come spiegazione un anticipo delle nascite, ma osservando l'andamento dell'età media al parto questo non appare: il fenomeno della fecondità si sposta infatti verso età più mature raggiungendo i 31.9 anni nel 2015 (+4.3 anni rispetto al 1980)⁶.

⁵ Nel decennio che parte da metà degli anni Novanta ha avuto un peso sempre maggiore la popolazione femminile straniera che per entrambi i fenomeni (abortività volontaria e fecondità) presenta livelli più elevati e una propensione ad anticiparli rispetto alle donne italiane. Questo aspetto verrà approfondito successivamente.

⁶ Tra i fenomeni riproduttivi andrebbero considerati anche gli aborti spontanei, in Italia definiti come "interruzione involontaria della gravidanza provocata da cause patologiche; in particolare, ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di gestazione" L'indagine dell'Istat (nata in contemporanea a quella delle IVG) rileva solo i casi di aborto spontaneo ospedalizzati, quindi quelli per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. I casi non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono pertanto rilevati. Quindi disponiamo solo di una parte di tutti gli eventi possibili, quantificata nel 2015 come l'11.4% delle gravidanze diagnosticate. Inoltre negli

Sembrirebbe quindi che i due fenomeni (fecondità e abortività) non vadano di pari passo e non siano dipendenti solo da effetti di struttura (composizione della popolazione femminile per età) e di calendario (decisione di anticipare/posticipare gli eventi). Ovviamente la scelta di portare avanti una gravidanza o di interromperla dipende da molteplici fattori siano essi legati al contesto sociale in cui si vive, sia all'ambiente più intimo e familiare dove vengono prese tali decisioni.

Obiettivo della presente relazione è proprio quello di calare il fenomeno dell'abortività volontaria in un contesto più ampio che possa far luce, almeno in parte, sulle condizioni che hanno portato la donna a scegliere di effettuare un'IVG piuttosto che a portare avanti la gravidanza.

3. L'ottica longitudinale

3.1 La costruzione delle generazioni

La disponibilità di una serie storica importante che copre ormai quasi un quarantennio consente di effettuare una lettura interessante del fenomeno. Considerando i dati dall'anno 1982 (primo anno di disponibilità per l'Istat di dati con qualità accettabile) all'anno 2016 (ultimo completo disponibile), si possono confrontare le generazioni di donne che in questo arco temporale hanno sperimentato almeno una volta nel loro periodo fertile (15-49 anni) l'aborto volontario, quindi donne della stessa età ma nate e vissute in periodi differenti. Il confronto delle generazioni consente di apprezzare i cambiamenti dei comportamenti delle donne della stessa età nei confronti del fenomeno, in relazione anche al diverso contesto sociale in cui hanno vissuto.

L'Istat, nel Rapporto Annuale dell'anno 2016 [Istat, 2016; 2014b], ha effettuato un'interessante lettura per generazione dei fenomeni demografici e sociali, ed è in questo quadro complesso che proveremo a inserire e a spiegare (laddove possibile) il fenomeno dell'abortività volontaria.

Le varie generazioni analizzate sono state raggruppate ed "etichettate" principalmente secondo il contesto storico di appartenenza e vengono riportate nella Tabella 1. I dati delle IVG, come già specificato, coprono il periodo che va dal 1982 al 2016 e considerano solo le donne in età feconda; per questi due motivi non si riescono a coprire tutte le generazioni individuate dal suddetto studio dell'Istat. Nella tabella vengono riportati in neretto gli anni per i quali sono disponibili i dati delle IVG.

Tabella 1 –Anni di nascita delle generazioni, denominazione ed età delle donne

Generazioni		Nome generazione	Età delle donne e anni di calendario corrispondenti													
Iniziale	Finale		15	20	25	30	35	40	45							
1937	1945	Ricostruzione	1952	1960	1957	1965	1962	1970	1967	1975	1972	1980	1977	1985	1982	1990
1946	1954	Impegno (baby boom 1)	1961	1969	1966	1974	1971	1979	1976	1984	1981	1989	1986	1994	1991	1999
1955	1965	Identità (baby boom 2)	1970	1980	1975	1985	1980	1990	1985	1995	1990	2000	1995	2005	2000	2010
1966	1980	Transizione	1981	1995	1986	2000	1991	2005	1996	2010	2001	2015	2006	2020	2011	2025
1981	1995	Millennio	1996	2010	2001	2015	2006	2020	2011	2025	2016	2030	2021	2035	2026	2040
1996	2015	Reti	2011	2030	2016	2035	2021	2040	2026	2045	2031	2050	2036	2055	2041	2060

La lettura della Tabella 1 per riga consente di individuare le generazioni e le donne che ne fanno parte; ad esempio la prima generazione, chiamata *Generazione della ricostruzione* comprende le donne nate tra il 1937 e il 1945 le quali hanno avuto 15 anni tra il 1952 e il 1960, hanno avuto 20 anni tra il 1957 e il 1965, e così via. I dati delle IVG (che, ricordiamolo, partono per l'Istat dal 1982) riferite a questa generazione sono disponibili solo per donne di età compresa tra i 38 e i 49 anni. Poiché per facilitarne la lettura nella tabella vengono indicate solo le età a cadenza quinquennale (dai 15 ai 45

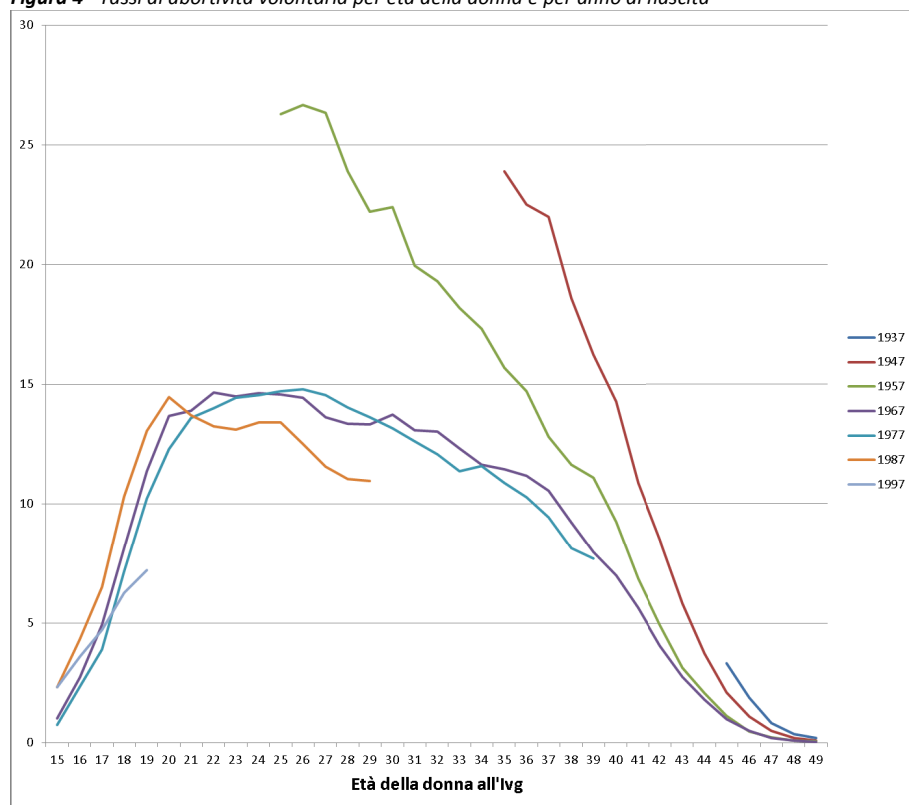
ultimi anni la presenza della *spending review* attuata in tutte le Regioni ha fatto sì che sempre più casi fossero trattati in ambulatorio piuttosto che in regime ospedaliero: questa potrebbe essere una parziale spiegazione del calo del numero di aborti spontanei registrato dal 2011 dopo un incremento più o meno continuo dal 1986. Per dovere di cronaca si informa che il numero di casi rilevati nel 2015 (ultimo anno disponibile) risulta pari a 63'635.

anni) si evidenziano le donne della suddetta generazione che hanno avuto 40 anni nel 1985 e i 45 anni tra il 1982 e il 1990. Ovviamente per queste generazioni più anziane non si dispongono dei dati riferiti alle età più giovani poiché sarebbero antecedenti al 1978, anno di approvazione della Legge 194 e quindi dell'istituzione dell'indagine Istat sulle IVG.

Con riferimento all'ultima generazione detta *Generazione delle reti*, la situazione è opposta: le donne che ne fanno parte sono nate tra il 1996 e il 2015 ed hanno avuto (o avranno) 15 anni tra il 2011 e il 2030, 20 anni tra il 2016 e il 2035, ... Sono generazioni ancora "in vita" poiché non sono uscite dal campo di osservazione non avendo raggiunto l'età massima dei 49 anni; manca loro ancora una gran parte di vita riproduttiva, nello specifico mancano i dati delle età meno giovani.

Le altre generazioni si trovano nel mezzo e quindi sperimentano situazioni intermedie a quelle appena descritte. Vale la pena evidenziare che l'unica generazione completa per la quale si dispongono dei dati a tutte le età è quella delle donne nate nel 1967 che hanno avuto 15 anni nel 1982 e 49 nel 2016 (Fig. 4).

Figura 4 – Tassi di abortività volontaria per età della donna e per anno di nascita

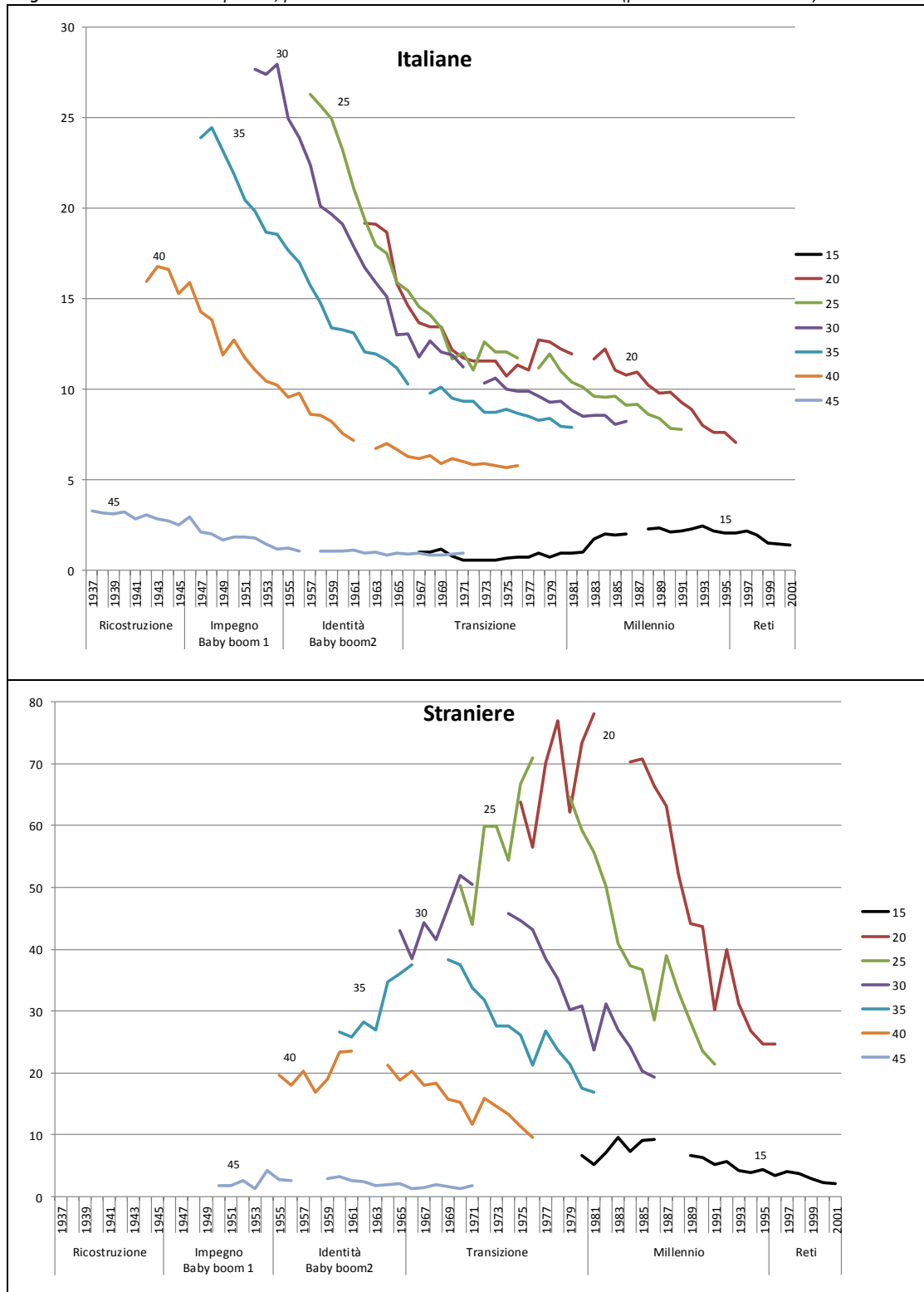


Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Nella figura viene ben evidenziato quanto esplicitato precedentemente: le generazioni, ad eccezione di quella nata nel 1967, risultano incomplete o nella parte iniziale o nella parte finale della loro vita riproduttiva. Per questo si è reso necessario proseguire nell'analisi utilizzando un diverso tipo di rappresentazione che permetta di sfruttare al meglio la parziale informazione disponibile.

Nella Figura 5 sono state riportate le donne che hanno fatto IVG alle età 15, 20, 25, 30, 35, 40 e 45 nate in diversi anni di calendario (dal 1937 al 2001). Ogni linea quindi rappresenta le IVG fatte da donne della stessa età ma nate in anni diversi, che hanno vissuto in contesti diversi e che sono state quindi raggruppate ed etichettate secondo le loro caratteristiche.

Figura 5 –Tassi di abortività per età, per anno di nascita e cittadinanza della donna (per 1.000 donne residenti)



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Nella costruzione delle generazioni sono state estratte le donne con cittadinanza straniera poiché, come ampiamente descritto nella Relazione, presentano livelli di abortività (e in generale comportamenti riproduttivi) molto diversi. Questo è visibile anche dalla Figura 5 che mostra livelli molto più elevati per le donne straniere (fino a 80 IVG per 1000 donne) rispetto alle italiane (massimo di 28 IVG per 1000 donne).

L'informazione sulla cittadinanza è presente solo a partire dall'anno 1995, quindi la serie storica delle donne straniere risulta necessariamente più breve.

Prima di analizzare nel dettaglio livelli e trend è necessario acquisire alcune informazioni "tecniche" per una corretta lettura dei grafici. Ogni linea rappresenta l'età della donna al momento dell'IVG e il trend viene costruito all'aumentare dell'anno di nascita, quindi della generazione di appartenenza. Ad esempio, osservando il grafico delle italiane, la riga in basso a sinistra si riferisce alle donne che hanno fatto l'IVG a 45 anni e che sono nate negli anni dal 1937 al 1971. Se si sommano l'anno di nascita e l'età, si ottiene l'anno di rilevazione del dato, pertanto per le 45enni nate nel 1937 l'anno di rilevazione corrisponde al 1982 (inizio del periodo di osservazione) e per le 45enni nate nel 1971, invece corrisponde al 2016 (fine del periodo di osservazione). Considerando per le straniere la stessa linea, questa risulta più corta poiché la prima generazione considerata è quella nata nel 1950⁷.

Analogamente la riga in basso a destra mostra il trend delle IVG effettuate da donne di 15 anni di età appartenenti a diverse generazioni: per le italiane la serie storica parte dalle quindicenni nate nel 1967 e termina con quelle nate nel 2001; per le straniere la prima generazione disponibile è quella del 1980.

In entrambi i grafici le linee si interrompono in corrispondenza dell'anno 2002 (anno di rilevazione non di nascita, quindi anno in cui è stata fatta l'IVG) in quanto non è disponibile la distinzione tra donne italiane e donne straniere. L'interruzione delle linee avviene in anni generazionali diversi poiché nel 2002 hanno 15 anni le donne nate nel 1987, hanno 20 anni le nate nel 1982 e così via.

Nel modello D12/Istat l'informazione sulla cittadinanza viene rilevata a partire dall'anno 1995, ma per la costruzione dei tassi è necessario che anche il denominatore abbia la stessa informazione⁸. L'Istat rileva la popolazione straniera residente per età e sesso a partire dall'anno 2003; per gli anni precedenti (dal 1995 al 2001) sono stati utilizzati i permessi di soggiorno che possono costituire una buona approssimazione della presenza straniera in Italia, però è anche vero che sono numeri molto "sensibili" alle norme legislative e quindi risentono delle regolarizzazioni avvenute nel corso degli anni. È per questo che la prima parte delle linee riferite alle donne straniere presenta un andamento molto irregolare.

Per le donne straniere si evidenzia un picco verso il basso in corrispondenza dell'anno censuario 2011: in questa occasione il contingente della popolazione residente nelle anagrafi viene rettificato creando una discontinuità nella serie storica. Questo avviene ovviamente anche per le donne italiane, però l'impatto è meno visibile essendo la numerosità molto più elevata.

Dopo questa necessaria premessa e tornando all'analisi dei dati, dalla Figura 5 si evidenzia un trend tendenzialmente decrescente per tutte le età, sia per le italiane che per le straniere. In entrambi i casi le donne ventenni, a partire da quelle nate all'inizio degli anni Ottanta, presentano in assoluto il ricorso più elevato all'IVG, mentre precedentemente erano quelle di 25 anni.

L'unica eccezione al generale andamento decrescente sembrano essere i tassi delle giovani italiane (15 e 20 anni) che hanno sperimentato un incremento, seppur lieve, seguito da una stabilizzazione e una discesa nelle recenti generazioni. Questo aspetto verrà approfondito nel paragrafo 3.4.

⁷ Con un banale calcolo si osserva che le IVG delle donne italiane sono state effettuate nel periodo che va dal (1937+45) 1982 al (1971+45) 2016, quindi si è potuta sfruttare tutta la serie storica a disposizione. Invece per le donne straniere il primo anno disponibile risulta essere il (1950+45) 1995, primo anno per il quale, come già accennato, si rileva la cittadinanza della donna.

⁸ Prima del 1995 la presenza straniera in Italia è ancora un fenomeno marginale, quindi il numero di IVG delle donne italiane è stato rapportato al totale della popolazione residente.

3.2 I cambiamenti strutturali e familiari

La prima generazione individuata è quella detta *Generazione della ricostruzione* (nata negli anni 1926-1945) che ha vissuto nel dopoguerra e che ne è stata protagonista. Si tratta di un gruppo che, a seguito della ripresa economica post-bellica, ha dato vita a una serie di cambiamenti che hanno avuto ripercussioni socio-demografiche nelle generazioni a venire. I giovani di questa generazione hanno vissuto negli anni Cinquanta e nei primi anni Sessanta; dalla Tabella 2 si possono rilevare delle importanti trasformazioni avvenute nel 1952 rispetto al 1926 (anni di riferimento della *Generazione della ricostruzione* e di quella precedente).

Tabella 2 – Popolazione e principali indicatori socio-demografici. Anni 1926 e 1952

INDICATORI	1926	1952
Popolazione residente al 1 gennaio (migliaia)	39339	47540
Quoziente di mortalità infantile	126.5	63.5
Speranza di vita alla nascita		
maschi	42.3	63.9
femmine	34.6	67.9
Numero medio figli per donna	3.51	2.34
Tasso di primo nuzialità femminile (per mille)	834.9	862.0
Sposi che sottoscrissero l'atto di matrimonio (per cento)		
maschi	10.4	2.7
femmine	16.7	4.1
Casalinghe al momento del matrimonio (per cento)	62.6	70.0
Tasso di attività (per cento)		
maschi	86.2	80.8
femmine	31.6	26.0

Fonte: Istat (2016), p. 57.

La popolazione aumenta soprattutto grazie al guadagno in speranza di vita acquisito in poco tempo: in meno di trent'anni gli uomini passano da 49.3 a 63.9 anni, le donne da 52.1 a 67.9 anni. Un contributo non indifferente viene dato dalla forte riduzione della mortalità infantile che si dimezza: da 126.5 morti nel primo anno di vita (per 1000 nati vivi) del 1926 si scende a 63.5 nel 1952. Questo fa sottintendere migliori condizioni di vita per tutti che si traducono anche in un aumento dei matrimoni: si recupera il tempo perduto e ci si sposa di più (il tasso di primo nuzialità femminile passa da 834.9 per 1000 donne a 862.0).

Nonostante l'aumento dei matrimoni la fecondità diminuisce passando da 3.51 figli per donna a 2.34. La condizione femminile inizia a sperimentare dei cambiamenti positivi con l'introduzione (nel 1946) del suffragio universale delle donne e con un impulso al processo di scolarizzazione di tutta la popolazione che è il preludio ad un ruolo futuro più consapevole e più incisivo della figura femminile all'interno della società. La percentuale di sposi che non sottoscrissero l'atto di matrimonio rappresenta un'efficace informazione indiretta sul livello di analfabetismo della popolazione: nel 1926 questa era pari al 10.4% degli uomini e 16.7% delle donne, nel 1952 si è ridotta rispettivamente a 2.7% e 4.1%.

Nonostante questi miglioramenti a livello sociale, la famiglia continua ad essere ancora di tipo patriarcale con donne prevalentemente casalinghe (70% al momento del matrimonio nel 1952) e poco presenti nel mondo del lavoro, con tassi di attività⁹ pari a circa un terzo di quelli degli uomini (26.0% contro 80.8%).

⁹ Il tasso di attività rapporta le persone in forza di lavoro (occupati e disoccupati) sul totale della popolazione.

Sul ricorso all'aborto volontario si può dire ben poco poiché per questa generazione si dispone di tassi riferiti solo alle donne di età 37-49 anni. Sono quelle che per prime hanno usufruito della legge 194/78 facendo emergere nella legalità un fenomeno prima sommerso: i livelli che inizialmente appaiono elevati sono destinati a diminuire nel corso del tempo e delle successive generazioni.

La *Generazione della ricostruzione*, che come abbiamo visto ha sperimentato una forte ripresa economica post-bellica, ha dato luogo alle generazioni del *baby boom* nate negli anni 1946-1965. La classificazione dell'Istat le suddivide a sua volta in due gruppi per sottolineare i grandi cambiamenti sociali e culturali avvenuti negli anni Settanta grazie all'impegno dei giovani dell'epoca, denominati appunto *Generazione dell'impegno* (nascite dal 1946 al 1954). È in questi anni che viene infatti promulgata la legge 194/78 insieme ad altre leggi che hanno avuto un forte impatto nella trasformazione dei modelli familiari, tra cui la legge sul divorzio nel 1970.

Nel 1975 è stata emanata anche la legge n. 151 detta "Riforma del diritto di famiglia italiano" che ha apportato profonde revisioni nei principi costituzionali di eguaglianza tra coniugi e di ampia tutela della filiazione naturale. Tra le modifiche sostanziali apportate infatti vi furono:

- il passaggio dalla potestà del marito alla potestà (ora "responsabilità genitoriale") condivisa dei coniugi;
- l'uguaglianza tra coniugi (si passa dalla potestà maritale all'eguaglianza fra coniugi);
- il regime patrimoniale della famiglia (separazione dei beni o comunione legale/convenzionale);
- la revisione delle norme sulla separazione personale dei coniugi (dalla separazione per colpa alla separazione per intollerabilità della prosecuzione della convivenza);
- l'abbassamento dell'acquisizione della maggiore età da 21 a 18 anni.

La seconda parte della generazione del baby boom viene denominata *Generazione dell'identità* (nascite dal 1955 al 1965) che segue a quella precedente dell'impegno e "sfrutta" per prima le conquiste acquisite. Entrambe danno avvio alla cosiddetta "seconda transizione demografica" caratterizzata, come di seguito specificato, da una fecondità sempre più bassa e sempre più posticipata e da nuovi modelli familiari¹⁰.

Questa generazione nata, come abbiamo detto, negli anni 1946-1965, ha vissuto il suo periodo giovanile durante la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Novanta. In questo lungo periodo in Italia continuano ad aumentare i guadagni in termini di sopravvivenza espressi sia dall'aumento della speranza di vita alla nascita che dalla diminuzione ancora più intensa della mortalità infantile, indicatore utilizzato (tra gli altri) a livello internazionale per valutare lo stato di salute di una popolazione. L'Italia si avvia pertanto a diventare uno tra i Paesi al mondo con più alti livelli di sopravvivenza (Tab. 3).

Tabella 3 – Principali indicatori dei comportamenti familiari e riproduttivi. Anni 1952, 1976 e 1996

INDICATORI	1952	1976	1996
Numero medio figli per donna	2.34	2.11	1.22
Età media al parto	29.7	27.5	29.9
Nati fuori dal matrimonio (per cento)	3.4	3.1	8.3
Tasso di primo nuzialità femminile (per mille)	862.0	892.4	609.6
Età media al primo matrimonio delle spose	27.1	25.1	26.8
Matrimoni civili (per cento matrimoni)	2.4	9.4	20.3
Separazioni legali (per 100mila abitanti)	10.9	38.1	101.2

Fonte: Istat (2016), p. 59.

¹⁰ In demografia la prima transizione demografica è caratterizzata dal passaggio di una popolazione da alti livelli di mortalità e di natalità, ad una a bassi livelli di entrambi i fenomeni. Questo obiettivo è raggiungibile principalmente tramite progressi nel campo igienico-sanitario e con un generale miglioramento delle condizioni di vita, oltre al progressivo abbandono di livelli di fecondità naturale.

Le donne sono le principali protagoniste dei cambiamenti a venire, principalmente a causa dell'incremento sorprendente del livello di istruzione: nel Censimento del 1981 la percentuale di donne in età riproduttiva con almeno il diploma di scuola media superiore è pari a 19.3%, quasi si raddoppia nel 1991 raggiungendo il 35.0%. Questo traguardo acquisito permette alle donne di uscire dal ruolo quasi unico di regina del focolare domestico e di entrare pieno titolo nel mondo del lavoro: nei due censimenti infatti diminuisce considerevolmente la quota di donne solo casalinghe: 41.2% nel 1981 e 33.1% nel 1991.

Questi "nuovi impegni" (lo studio e il lavoro) hanno un impatto diretto sullo slittamento dei tempi di formazione della famiglia, quindi sulla nuzialità e sulla decisione di fare un figlio.

Appare evidente come nel corso di venti anni (un tempo relativamente breve se si parla di cambiamenti sociali) – tra la metà degli anni Settanta e la metà degli anni Novanta – siano cambiate le prospettive "familiari e riproduttive" dei giovani italiani.

Nel 1976 sono presenti ancora i postumi del boom economico, quindi, rispetto a venti anni prima, si assiste a un aumento della nuzialità e un anticipo sia del matrimonio che della nascita di un figlio. I grandi cambiamenti familiari sono però ancora in fase di gestazione: aumentano (dal 2.4% al 9.4%) i matrimoni civili ma non i nati fuori dal matrimonio che restano circa il 3% del totale. Il forte aumento delle separazioni sembra essere più un fattore strutturale che effettivo dovuto alla nuova legislazione del 1970 che fa emergere improvvisamente il fenomeno. In questo contesto che si può definire ancora "tradizionale" il numero medio di figli per donna continua a decrescere, arrivano a 2.11, ancora al di sopra (seppur di poco) della soglia dei due figli per donna necessari al ricambio generazionale.

I grossi cambiamenti si evidenziano successivamente, quando i due eventi (matrimonio e figlio) vengono ancora posticipati e sempre meno vanno di pari passo: nel 1996 i nati fuori dal matrimonio sono l'8.3%, ci si sposa sempre meno (e sempre più con rito civile), ci si separa di più. Negli anni Novanta comunque il matrimonio è ancora la modalità prevalente per fare famiglia e per fare figli, quindi una mancata nuzialità non compensata nella stessa misura da unioni libere ha determinato un contenimento della fecondità che raggiunge il suo minimo storico nel 1995 con un numero medio di figli per donna pari a 1.19.

Le successive generazioni nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e gli anni Ottanta (etichettate come *Generazione di transizione*) hanno dato il via a fine anni Novanta all'espressione dei nuovi comportamenti familiari. Questi sono ormai caratteristica attuale della società del nuovo millennio nel quale stanno vivendo i giovani delle generazioni nate tra il 1981 e il 1995, non a caso definite proprio *Generazione del millennio*.

Questi cambiamenti sono illustrati nella Figura 6 che mostra il passaggio alla vita adulta nelle varie generazioni. Questo momento è un evento molto complesso che coinvolge vari aspetti nella vita degli individui (da studente a occupato, da vita in famiglia a vita indipendente, dall'assenza alla presenza di figli). Considerando la formazione di una propria famiglia e quindi l'uscita dalla famiglia di origine come evento indicativo dell'ingresso nella vita adulta, si può osservare come nel corso delle generazioni questo transito avvenga sempre più in ritardo.