

2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

Le caratteristiche delle donne che più frequentemente ricorrono all'IVG si sono modificate, col trascorrere degli anni, in modo lento e costante. Tale evoluzione è dovuta ad una maggiore riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli (che in Italia corrisponde alle donne coniugate) rispetto alla pur significativa riduzione osservata nelle donne senza figli (prevalentemente nubili). Per ulteriori approfondimenti si rinvia alla relazione dell'anno 1990.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi europei utilizzando i dati più aggiornati disponibili (K. Henshaw e E. Morrow "Induced Abortion - A World Review 1990 - Supplement" Alan Guttmacher Institute).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 1995 (Tab.6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella dell'anno precedente. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. È da tenere presente che per fare confronti tra Regioni, in linea teorica, è necessario usare il tasso standardizzato che tiene conto delle diverse composizioni per classe di età della popolazione femminile in età feconda nelle Regioni. In realtà gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono minimi (Tab. 1 e Tab. 6).

Facendo un confronto tra il 1983 e il 1995 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', 1983-95

	1983	1987	1991	1994	1995	VARIAZIONE %	
						94-95	83-95
< 20	8.0	6.2	5.5	5.8	5.8	0	- 27.5
20-24	23.6	16.2	13.4	12.6	12.5	- 0.8	- 47.0
25-29	27.6	20.1	15.7	14.1	13.6	- 3.5	- 50.7
30-34	25.2	21.3	17.1	15.0	14.1	- 6.0	- 44.0
35-39	23.6	17.4	15.1	13.0	12.7	- 2.3	- 46.2
40-44	9.8	9.1	7.2	6.1	6.1	0	- 37.8
45-49	1.2	1.1	0.9	0.7	1.0	42.9	- 16.7

Si nota come i tassi di abortività si siano ridotti per tutti i gruppi di età con il passare degli anni.

Le riduzioni maggiori si osservano nelle classi di età centrali (Fig. 3).

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 nei gruppi di età < 20 e 20-24, mentre in Italia i tassi di abortività sono maggiori nelle donne di età 25-29 e 30-34 anni.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TASSO DI ABORTIVITA' PER ETA', CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(1983)	8.0	23.6	27.6	25.2	23.6	9.8
	(1987)	6.2	16.2	20.1	21.3	17.4	9.1
	(1991)	5.5	13.4	15.7	17.1	15.1	7.2
	(1994)	5.8	12.6	14.1	15.0	13.0	6.1
	(1995)	5.8	12.5	13.7	14.1	12.7	6.2
PAESI BASSI	(1986)	4.2	7.4	6.7	6.2	4.4	2.2
FINLANDIA	(1987)	15.4	19.0	12.2	9.5	8.2	7.0
DANIMARCA	(1987)	15.7	29.9	24.8	18.8	13.5	6.8
GRAN BRETAGNA	(1987)	20.9	23.8	16.4	11.3	7.2	3.0
SVEZIA	(1987)	21.5	31.2	24.6	19.0	15.6	8.2
NORVEGIA	(1987)	22.1	29.0	18.3	14.2	10.2	4.9
CECOSLOVACCHIA	(1987)	22.5	68.4	73.1	60.2	39.4	16.3
UNGHERIA	(1987)	26.1	45.0	46.6	46.5	41.3	22.1

Per quanto riguarda le minorenni, l'assenso dei genitori (Tab. 41) si è verificato nel 65.2% dei casi. L'assenso del giudice tutelare si è verificato nel 34.5% dei casi. Queste percentuali possono non essere accurate, essendo il dato non indicato pari al 23.4%.

2.2 Stato civile

Le donne che ricorrono all'aborto legale in Italia sono in prevalenza coniugate. Va sottolineato ancora una volta che il progressivo aumento della percentuale di donne nubili sul totale delle donne che ricorrono all'IVG è dovuto principalmente ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate a fronte di una riduzione minore tra le nubili.

Nel volume monografico "L'interruzione di gravidanza in Italia", della collana "Argomenti dell'ISTAT", di prossima pubblicazione, vengono riportati i tassi di abortività per stato civile, standardizzati per età, tassi che evidenziano come la riduzione delle IVG tra gli anni 1981 e 1991 è stata più accentuata tra le donne coniugate (da 20.5 a 13.7, - 33.2%) che tra le nubili (da 11.5 a 8.9, - 22.6%). Anche tra le separate e divorziate (da 28.8 a 25.6, - 11.1%) e tra le vedove (da 10.2 a 7.9, - 22.5%) si segnalano riduzioni importanti.

I valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono molto al di sotto di quelli dell'Europa occidentale; la tabella seguente mostra la distribuzione percentuale delle IVG per stato civile in alcuni paesi europei.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

IVG (%) PER STATO CIVILE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	CONIUGATE	GIA' CONIUG.	NUBILI
ITALIA	(1983)	70.5	2.9	26.6
	(1987)	67.6	3.5	28.9
	(1991)	62.4	4.4	33.3
	(1994)	57.5	5.1	37.5
	(1995)	57.3	5.0	37.7
CECOSLOVACCHIA	(1987)	77.6	7.9	14.4
UNGHERIA	(1987)	68.1	10.7	21.2
GERMANIA FED.	(1988)	48.4	6.0	47.5
FRANCIA	(1986)	42.2	9.2	48.6
NORVEGIA	(1987)	39.1	6.6	54.3
PAESI BASSI	(1986)	34.4	9.3	56.2
DANIMARCA	(1987)	33.6	7.4	59.0
FINLANDIA	(1987)	32.5	9.3	58.1
GRAN BRETAGNA	(1987)	24.8	9.8	65.4

Come mostrato in tab. 8 la situazione è molto diversa tra Nord-Centro Italia e Meridione. Infatti i dati del 1995 confermano la maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari. Nelle quattro ripartizioni geografiche si hanno i seguenti valori:

IVG (%) PER STATO CIVILE PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	CONIUGATE	GIA' CONIUGATE	NUBILI
NORD	48.5	7.0	44.5
CENTRO	49.4	5.5	45.1
SUD	71.7	2.4	25.9
ISOLE	62.9	4.2	32.8
ITALIA	57.3	5.0	37.7

2.3 Titolo di studio

La distribuzione percentuale relativa al 1995 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (49.7%).

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono tuttavia differenze tra aree geografiche, probabilmente giustificate da differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

IVG (%) PER ISTRUZIONE PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	nessun titolo	elementare	licenza media	licenza superiore	laurea
NORD	1.2	7.9	51.3	35.4	4.2
CENTRO	1.0	7.1	47.8	39.3	4.9
SUD	2.2	20.3	48.3	26.2	2.9
ISOLE	2.3	16.8	52.2	25.6	3.1
ITALIA	1.6	12.6	49.7	32.3	3.8

Sempre nel citato rapporto dell'ISTAT, nel confronto tra i tassi standardizzati per età, si evidenzia che a livelli crescenti di scolarità corrispondono livelli decrescenti di abortività sia nel 1981 che nel 1991.

Nel decennio considerato la riduzione è stata del 13% (da 16.9 a 14.7) nelle donne con titolo di studio inferiore o uguale ad elementare, del 35.5% (da 21.9 a 14.1) nelle donne con licenza media e del 36.6% (da 14.2 a 9.0) nelle donne con licenza media superiore o laurea.

2.4 Anamnesi Ostetrica

2.4.1 Numero di figli

Poco meno dei due terzi delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 1995 hanno almeno un figlio (Tab.12). Il confronto con gli anni precedenti mostra, come meglio specificato nella relazione relativa al 1990 (Atti Parlamentari X Legislatura C.D. Doc. L.I. n. 8, 9/1/1992), una chiara tendenza alla maggiore diminuzione del tasso di abortività nelle donne con almeno un figlio rispetto alla riduzione osservata in quelle senza figli.

IVG (%) PER PARITA', 1983-95

	n. figli				
	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
1994	37.9	20.3	27.9	9.9	4.0
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 1995, si ottiene il seguente quadro:

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

IVG (%) PER PARITA' E PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	n. figli				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	45.9	24.3	22.9	5.3	1.6
CENTRO	46.4	20.6	24.9	6.1	2.1
SUD	25.7	14.7	34.6	18.0	7.1
ISOLE	31.9	14.8	31.2	15.2	7.0
ITALIA	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7

Un confronto dei valori percentuali con altri paesi europei viene presentato nella seguente tabella:

IVG (%) PER PARITA': CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	N° figli				
		0	1	2	3	4 o più
ITALIA	(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
	(1994)	37.9	20.3	27.9	9.9	4.0
	(1995)	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
CECOSLOVACCHIA	(1987)	12.4	19.9	47.8	15.8	4.0
UNGHERIA	(1987)	18.9	19.4	41.4	14.3	6.0
SVEZIA	(1987)	45.5	17.5	23.4	10.4	2.5
GERMANIA FED.	(1988)	47.4	20.3	20.9	7.5	3.8
DANIMARCA	(1987)	47.7	19.2	23.3	7.5	2.2
FINLANDIA	(1987)	50.1	17.0	20.5	9.3	3.1
NORVEGIA	(1987)	53.4	17.4	--27.1--		2.2
PAESI BASSI	(1986)	56.1	14.9	18.1	7.3	3.6
GRAN BRETAGNA	(1987)	59.7	14.3	16.0	6.7	3.3

Considerando il numero dei parti precedenti, si hanno percentuali sostanzialmente uguali (Tab.11); la distribuzione percentuale per le quattro ripartizioni geografiche, nel 1995, è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) PER PARTI PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	nessun parto				
		1	2	3	4 o più
NORD	45.5	24.4	22.9	5.5	1.7
CENTRO	45.7	21.1	25.4	6.3	1.6
SUD	25.6	14.6	34.4	18.1	7.3
ISOLE	31.8	14.8	31.2	15.0	7.2
ITALIA	38.6	20.1	27.5	10.1	3.7

2.4.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 1995 l'88.8% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 13). Questo valore è simile a quello rilevato nel 1994 e mette in evidenza una tendenza alla diminuzione delle donne che hanno dichiarato di avere avuto aborti spontanei precedenti, rispetto ai dati del 1983.

IVG (%) PER NUMERO DI ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI, 1983-95

	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
1994	88.5	9.0	1.9	0.4	0.2
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2

2.4.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 1995 (Tab.14) mostrano una tendenza alla riduzione delle percentuali di donne che hanno già effettuato una o più IVG precedentemente (25.5% rispetto a 26.3% del 1994). Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI, 1983-95

	n. IVG precedenti				totale
	1	2	3	4	
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
1994	18.4	5.2	1.7	1.0	26.3
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5

Si tratta, come già detto nelle precedenti relazioni, di una evoluzione diversa da quella che si avrebbe se si assumesse costante nel tempo l'attività abortiva. Infatti, sotto questa assunzione, con modelli matematici è possibile stimare l'andamento nel tempo dell'abortività ripetuta. Dal momento della legalizzazione la proporzione di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva deve aumentare fino a raggiungere un valore stazionario dopo 30 anni (questo aumento è la conseguenza dell'aumento della popolazione in età feconda con esperienza abortiva).

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il confronto tra l'osservato e l'atteso, riportato nella tabella seguente, mostra che il plateau è stato raggiunto dopo 10 anni dalla legalizzazione e su un livello (peraltro discendente) inferiore di oltre un terzo rispetto all'atteso.

PERCENTUALI DI IVG OTTENUTE DA DONNE CON PRECEDENTE
ESPERIENZA ABORTIVA (ABORTI LEGALI) - ITALIA 1987-1995

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
osservati	30.0	30.1	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4	26.3	25.5
attesi *	33.3	35.5	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3	42.0	42.6

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: R. De Blasio, A. Spinelli, M.E. Grandolfo: Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripeteruti in Italia. An. Ist. Super. Sanità, 34: 331-338; 1988.)

Considerando l'anno 1995 può notarsi come la massima frequenza delle ripetizioni sia a carico delle Regioni meridionali con il 32.8%.

Il quadro è il seguente:

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	n. IVG precedenti				totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	16.3	3.6	1.0	0.4	21.3
CENTRO	18.0	4.2	1.1	0.7	24.0
SUD	20.1	7.9	2.8	2.0	32.8
ISOLE	14.6	4.0	1.2	0.4	20.2
ITALIA	17.8	5.1	1.6	1.0	25.4

Nel Nord, la Regione che ha una percentuale maggiore di ripetizioni è il Piemonte (26.1%); nel Centro, il Lazio (24.9%); al Sud, la Puglia (39.9%); nell'Italia insulare, la Sicilia (24.7%).

Il quadro complessivo dei dati regionali relativo alle donne che, avendo fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza nel 1995, avevano effettuato in precedenza due o più IVG risulta il seguente:

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	6.9	Marche	4.6
V.Aosta	7.9	Lazio	6.2
Lombardia	4.5	Abruzzi	6.9
Bolzano	4.5	Molise	7.5
Trento	3.0	Campania	10.7
Veneto	3.1	Puglia	16.4
Friuli V.G.	5.8	Basilicata	8.0
Liguria	5.8	Calabria	6.3
Emilia Rom.	6.0	Sicilia	8.0
Toscana	6.4	Sardegna	3.2
Umbria	4.7		
		ITALIA	7.7

L'andamento degli aborti ripetuti, rispetto all'atteso, è una importante conferma che la tendenza al ricorso all'aborto non è costante ma in forte diminuzione, e la spiegazione più plausibile, sulla base di molti studi di popolazione, è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione responsabile, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

3. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL' IVG

3.1 Certificazione

Anche per l'anno 1995 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (45.5%); nel 29.1% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio è stato coinvolto nel 23.5% dei casi (Tab.38). Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva nel Lazio (41.3%), in Umbria (34.3%), in Emilia Romagna (33.1%) e in Lombardia (31.9%).

CERTIFICAZIONE IVG (%)					
	1983	1987	1991	1994	1995
Medico fiducia	52.9	52.4	47.8	46.1	45.5
Servizio Ost. Gin.	21.4	25.7	29.1	28.9	29.1
Consultorio	24.2	20.0	21.4	23.4	23.5
Altro	1.4	1.9	1.7	1.6	1.9

Confrontando la tabella 38 con quella della distribuzione dei consultori familiari sul territorio (Tab. 39), può notarsi come le più alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza dei consultori nelle Regioni; ciò sta a significare che un maggior coinvolgimento del consultorio è in buona parte il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo quanto riferito dalle Regioni) sono risultati, nel 1995, 2388 (1.7 per 10000 donne di età 15-49 anni) e 170 privati. Rispetto ai dati del 1994 si registra una riduzione di 214 unità. Tale riduzione si osserva soprattutto in Piemonte, Lombardia, Toscana, Marche e Sardegna ed in misura minore nella provincia autonoma di Trento, Umbria e Lazio.

Questa riduzione è prevalentemente legata sia alla creazione o riorganizzazione dei distretti, presso i quali sono stati accentrati i consultori familiari e sono state quindi eliminate le sedi distaccate, che prima, impropriamente, influenzavano il numero dei consultori.

Va detto, comunque, che anche i dati del 1995 risultano comprensivi, in alcune Regioni, delle sedi distaccate e che alcuni consultori sono con organico non completo, soprattutto al Sud.

3.2 Urgenza

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge è avvenuto nel 1995 nel 9.8% dei casi (Tab.40). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (27.7%) ed in Emilia Romagna (26.2%).

In queste Regioni le percentuali di IVG effettuate oltre la decima settimana sono inferiori al dato di Regioni confrontabili, in particolare nella classe di età 15-19 anni (Tab. 16-36).

La distribuzione per aree geografiche è la seguente: 10.1% al Nord, 14.8% al Centro, 6.3% al Sud e 5.8% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG a seconda dell'epoca gestazionale mostra che il 50.2% degli interventi viene effettuato entro l'8ª settimana, il 37.1% tra le 9 e 10 settimane, l'11.3% in 11-12ª settimana di gestazione, e l'1.4% oltre la 12ª settimana (Tab.15).

La distribuzione degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 1995, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	1.1	Marche	1.4
V.Aosta	0.4	Lazio	1.8
Lombardia	1.5	Abruzzi	0.2
Bolzano	2.5	Molise	0.6
Trento	1.7	Campania	0.4
Veneto	3.2	Puglia	0.7
Friuli V.G.	2.7	Basilicata	0.1
Liguria	1.9	Calabria	0.3
Emilia Rom.	1.9	Sicilia	0.5
Toscana	1.3	Sardegna	2.3
Umbria	1.2		
		ITALIA	1.4

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni consiste nella diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le dodici settimane di gestazione.

La seguente tabella riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

ABORTI OLTRE LA 12ª SETTIMANA GESTAZIONALE IN ALCUNI PAESI

PAESE	ANNO	N° aborti	Tasso abort.* (15-44 aa)	% aborti >12 sett.
ITALIA	(1983)	233976	18.5	0.9
	(1987)	191469	15.3	0.7
	(1991)	160494	12.5	0.9
	(1994)	142657	11.5	1.2
	(1995)	139549	11.2	1.4
CECOSLOVACCHIA	(1987)	156600	46.7	0.4
UNGHERIA	(1987)	84500	38.2	1.5
FRANCIA	(1986)	166800	13.9	1.8
DANIMARCA	(1987)	20800	18.3	2.5
SVEZIA	(1987)	34700	19.8	4.3
CANADA	(1987)	63600	10.2	11.5
INGHILTERRA E GALLES	(1987)	156200	14.2	13.0

* il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni.

Le tabelle 16-36 riportano la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna nelle diverse Regioni e Province Autonome mentre la tabella 37 riporta il dato nazionale. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG oltre la 10^a settimana.

3.4 Residenza

Nel 1995 il 91.9% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab.10). Di queste l'85.6% ha riguardato donne residenti nella provincia di intervento. Dai dati del 1995 si osserva una maggiore frequenza di immigrazione nelle stesse Regioni degli anni precedenti (Provincia Autonoma di Trento, Molise, Umbria, Emilia Romagna, Marche, Basilicata). Dalla tabella 49 si evidenziano i flussi in uscita, come verrà illustrato successivamente.

È stato inoltre segnalato, da parte dei funzionari regionali, la presenza, via via crescente, di donne straniere, in prevalenza originarie dei paesi extracomunitari che ricorrono all'IVG nel nostro Paese. Dai dati ISTAT disponibili risulta che le IVG effettuate da donne residenti all'estero è passato, con un incremento costante, da 461 casi del 1980 a 2212 casi nel 1995, quest'ultimo valore corrisponde a meno del 2% del totale delle IVG.

Come già sottolineato i dati sulla mobilità devono essere tenuti presenti per una corretta valutazione dei tassi di abortività per Regione.

I dati riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per Regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortività, da un punto di vista metodologico, questo non è corretto perché numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore è costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data Regione. Sarebbe più corretto utilizzare come numeratore le IVG ottenute dalle donne residenti.

A livello nazionale, poiché l'apporto delle donne non residenti in Italia non risulta molto elevato (2212 IVG), questa differenza di provenienza del numeratore e del denominatore nel calcolo del tasso e del rapporto di abortività non costituisce un grosso problema. Infatti il tasso di abortività calcolato utilizzando solo le IVG di donne residenti in Italia risulta pari a 9.5, rispetto a 9.7 calcolato su tutte le IVG effettuate nel Paese.

È possibile nella presente relazione fare questa correzione anche a livello regionale per l'anno 1995, in quanto l'ISTAT ha fornito i dati per Regione di intervento e di residenza.

La tabella 49 mostra le correzioni che bisogna apportare per avere la stima di incidenza corretta per residenza della donna. Si nota come in Emilia Romagna, nella provincia di Trento, in Umbria ed in Molise, per avere il numero di IVG effettuate da donne residenti, è necessario apportare una correzione in meno tra il 10% e il 20% sui valori assoluti di IVG effettuate nella Regione da donne residenti ovunque. Viceversa in Sardegna, nella provincia di Bolzano e in Basilicata bisogna apportare correzioni, comprese tra il 10 e più del 100% dei valori, nel senso opposto.

In generale può osservarsi come le Regioni che presentano i valori più bassi per luogo di intervento tendano ad aumentare e viceversa, indicando una possibile migrazione verso Regioni con servizi quantitativamente e qualitativamente maggiori.

3.5 Luogo dell'intervento

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 43) mostra lo stabilizzarsi della quota di interventi negli istituti di cura pubblici, come già evidenziato negli ultimi anni.

IVG (%) PER LUOGO DI INTERVENTO, 1983-95

	Ist. Pubb.	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1991	87.3	11.6	1.0
1994	88.2	10.9	0.8
1995	88.3	10.9	0.7

La riduzione osservata, dopo il 1987, per l'ambulatorio è da mettere in relazione alla corretta registrazione sotto questa voce dei soli interventi effettuati in struttura esterna agli istituti di cura pubblici (definizione ISTAT).

In alcune Regioni (Sardegna, Puglia e Campania) e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano è ancora elevata la percentuale di interventi effettuata in casa di cura.

3.6 Tempo di attesa fra certificazione ed intervento

L'informazione relativa ai tempi di attesa non è contenuta nel modello D 12 standard (ISTAT) ma è raccolta da molte Regioni, quale indicatore dell'efficienza dei servizi. Nel 1995, su 59010 IVG per le quali è disponibile questa informazione, l'80.4% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 5.1% dei casi, con alcune variazioni regionali, sono trascorse più di 3 settimane (Tab. 42).

3.7 Tipo di intervento

Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO, 1983-95

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1991	15.8	33.4	50.2	0.6
1994	14.0	32.9	51.3	1.7
1995	14.9	24.8	57.5	2.8

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Si nota una riduzione progressiva, con il passare degli anni, dell'uso del raschiamento in favore delle tecniche di isterosuzione ed in particolare del Karman. Considerando i dati 1995 per Regioni (Tab.45), valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria, dove questa tecnica è ancora presente nel 69.1% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale. È da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni ad hoc dei modelli D12/ISTAT.

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	9.3	34.1	52.0	4.7
CENTRO	3.3	28.1	66.2	2.4
SUD	22.9	11.8	65.0	0.3
ISOLE	36.3	26.9	32.3	4.5
ITALIA	14.9	24.8	57.5	2.8

3.8 Tipo di anestesia impiegata

Nel 1995 l'anestesia generale è stata impiegata nell'80.0% delle IVG, mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 17.3% degli interventi, senza modificazioni rispetto al 1994 (Tab. 44). Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 1995, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) PER TIPO DI ANESTESIA PER AREA GEOGRAFICA, 1995

	Generale	Locale	Analgesia	Altro
NORD	82.2	13.8	2.7	0.4
CENTRO	65.9	32.4	0.3	0.5
SUD	85.5	12.8	1.0	0
ISOLE	93.5	4.1	2.3	0
ITALIA	80.0	17.3	1.6	0.3

Come già osservato nelle precedenti relazioni, permane la contraddizione fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale, anche tenendo conto che oltre l'85% delle IVG viene effettuato entro la 10^a settimana gestazionale.

Considerando le differenze esistenti non solo tra Regioni ma, soprattutto all'interno delle Regioni, tra ospedali, così come accade per il tipo di intervento e la durata della degenza, sarebbe opportuno procedere ad una omogenizzazione delle procedure adottate secondo gli standard raccomandati a livello internazionale, ciò al fine di una maggiore salvaguardia della salute della donna, oltre che di un risparmio di risorse.

3.9 Durata della degenza

Nel 1995 continua a ridursi la durata della degenza.

IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA, 1983-95

	giorni di degenza		
	< 1	1	>=2
1983	47.5	30.5	22.0
1987	67.4	21.2	11.5
1991	72.9	19.0	8.0
1993	74.8	19.2	6.0
1994	76.1	17.8	6.2
1995	76.9	17.5	5.5

Per grandi aree geografiche rispetto al 1994 la durata della degenza è stata la seguente:

IVG (%) PER DURATA DELLA DEGENZA PER AREA GEOGRAFICA, 1994-95

	giorni di degenza					
	< 1		1		>=2	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995
NORD	68.6	69.7	23.9	23.7	7.5	6.6
CENTRO	89.0	90.9	7.8	6.4	3.2	2.6
SUD	80.5	78.6	14.4	16.0	5.1	5.5
ISOLE	58.7	57.2	28.1	30.5	13.1	12.3
ITALIA	76.1	76.9	17.8	17.5	6.2	5.5

Nel 76.9% questa è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 17.5% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze tra Regione e Regione (tab. 46).

3.10 Complicanze immediate dell'IVG

L'incidenza delle complicanze (Tab. 47) è pressoché simile a quella degli anni precedenti e sovrapponibile a quella di altri Paesi europei, con un valore totale di 2.8 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (1.8 per 1000).

3.11 Obiezione di coscienza

La tabella 48 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Non hanno fornito questa informazione Piemonte, Marche e Campania. Dai dati disponibili risultano obiettori il 61.4% dei ginecologi, il 53.0% degli anestesisti ed il 53.4% del personale non medico.

Non è possibile effettuare confronti su scala nazionale con gli anni precedenti perché cambiano, di anno in anno, le Regioni notificanti e le informazioni non riguardano sempre l'intera Regione.

Analizzando i dati trasmessi dalle regioni, le percentuali più alte di ginecologi obiettori, con valori superiori al 70% si osservano in Veneto, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e nella provincia di Bolzano, e le percentuali più basse in Val d'Aosta ed in Emilia Romagna.

Tra gli anestesisti le percentuali più alte, con valori superiori al 60% si hanno in Val d'Aosta, Lazio, Molise, Puglia, Calabria, Sicilia e nella provincia di Bolzano, e quelle più basse in Emilia Romagna, Toscana, Umbria e nella provincia di Trento.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TAB. 1
INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA - 1995

REGIONE	IVG	NATI VIVI*	DONNE 15-49 ANNI**	ABORTIVITA'		TASSO DI FECONDITA'
				RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	
PIEMONTE	10964	31787	1038116	344.9	10.6	30.6
V. D'AOSTA	255	990	28946	257.6	8.8	34.2
LOMBARDIA	20895	74962	2261097	278.7	9.2	33.2
BOLZANO	417	5143	113053	81.1	3.7	45.5
TRENTO	1092	4531	113813	241.0	9.6	39.8
VENETO	5847	37022	1125518	157.9	5.2	32.9
FRIGOLI V.G.	2275	8641	285470	263.3	8.0	30.3
LIGURIA	3843	10737	378075	357.9	10.2	28.4
EMILIA ROM.	10598	28366	933109	373.6	11.4	30.4
TOSCANA	9161	25328	842562	361.7	10.9	30.1
UMBRIA	2572	6531	192795	393.8	13.3	33.9
MARCHE	2499	11720	343100	213.2	7.3	34.2
LAZIO	14950	47002	1344585	318.1	11.1	35.0
ABRUZZI	2878	10775	309925	267.1	9.3	34.8
MOLISE	1144	2902	79469	394.2	14.4	36.5
CAMPANIA	13962	71902	1512267	194.2	9.2	47.5
PUGLIA	18207	44416	1073255	409.9	17.0	41.4
BASILICATA	853	5389	151344	158.3	5.6	35.6
CALABRIA	4422	20999	522017	210.6	8.5	40.2
SICILIA	9745	57761	1295129	168.7	7.5	44.6
SARDEGNA	2970	14441	443052	205.7	6.7	32.6
ITALIA	139549	521345	14386697	267.7	9.7	36.2

* NUMERO NATI VIVI NEL 1995 (DATI PROVVISORI FORNITI BREVI MANI DALL'ISTAT)

** NUMERO DONNE 15-49 ANNI AL 1° GENNAIO 1995 (POPOLAZIONE E MOVIMENTO ANAGRAFICO
DEI COMUNI, ANNO 1995, ISTAT)