

1.3 Rapporto di abortività

Nel 1997 si sono avute 265.7 IVG per mille nati vivi, con una riduzione dello 0.5% rispetto al 1996 (Tab.2).

L'andamento del rapporto di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche, dal 1983 al 1997, è il seguente:

RAPPORTI DI ABORTIVITA' PER AREA GEOGRAFICA, 1983-97

	1983	1987	1991	1995	1996	1997	VARIAZIONE %	
							96-97	83-97
NORD	484.2	418.0	327.1	277.9	271.8	267.3	- 1.7	- 44.8
CENTRO	515.2	442.7	356.1	322.2	326.5	329.0	0.8	- 36.1
SUD	283.8	286.3	253.0	265.2	262.1	259.1	- 1.1	- 8.7
ISOLE	205.3	204.6	176.1	176.1	187.4	192.6	2.8	- 6.2
ITALIA	381.7	346.7	286.9	267.7	267.1	265.7	- 0.5	- 30.4

Sul piano regionale, rispetto al 1996, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei rapporti di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità):

REGIONI	Variazione %	REGIONI	Variazione %
Piemonte	- 3.0	Marche	0
V. Aosta	8.0	Lazio	5.0
Lombardia	- 1.8	Abruzzo	4.8
Bolzano	3.6	Molise	- 0.6
Trento	6.3	Campania	- 1.6
Veneto	0.1	Puglia	- 3.3
Friuli V.G.	- 1.4	Basilicata	8.0
Liguria	- 1.9	Calabria	4.1
Emilia Rom.	- 2.2	Sicilia	5.2
Toscana	- 4.2	Sardegna	- 5.1
Umbria	- 4.0	ITALIA	- 0.5

La tabella 2 mostra le variazioni percentuali dei tassi e dei rapporti di abortività tra il 1996 e il 1997 a livello regionale.

2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

Le caratteristiche socio-demografiche delle donne (numero di figli, età, titolo di studio, stato civile) rappresentano fattori importanti nelle scelte riproduttive. Un'analisi più approfondita su queste caratteristiche è stata effettuata nella Relazione al Parlamento dello scorso anno utilizzando i tassi calcolati dall'ISTAT, pubblicati nel 1997 nella monografia "L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia" della collana Argomenti dell'ISTAT.

In generale 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), come peraltro già evidenziato nelle precedenti relazioni.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (SK. Henshaw, S. Singh, T. Haas. The incidence of abortion worldwide. International Family Planning Perspectives, January 1999; 25 suppl: S30-8; A. Bankole, S. Singh, T. Haas. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. International Family Planning Perspectives, 1999; 25 (2): 68-77).

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 1997 (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, 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. 7).

Facendo un confronto tra il 1983 e il 1997 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', 1983-97

							VARIAZIONE %	
	1983	1987	1991	1995	1996	1997	96-97	83-97
< 20	8.0	6.2	5.5	5.8	6.4	6.7	4.7	- 16.3
20-24	23.6	16.2	13.4	12.5	13.1	13.5	3.1	- 42.8
25-29	27.6	20.1	15.7	13.6	13.6	13.9	2.2	- 49.6
30-34	25.2	21.3	17.1	14.1	14.0	13.7	- 2.1	- 45.6
35-39	23.6	17.4	15.1	12.7	12.5	12.3	- 1.6	- 47.9
40-44	9.8	9.1	7.2	6.1	6.1	5.8	- 4.9	- 40.8
45-49	1.2	1.1	0.9	1.0	0.5	0.5	0	- 58.3

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività si siano ridotti per tutti i gruppi di età. Le riduzioni maggiori si osservano nelle classi di età centrali (Fig. 3), specialmente nelle donne di 25-29 anni (- 49.6% tra il 1997 ed il 1983).

L'analisi per ripartizione geografica mostra come si siano ridotte le differenze territoriali a tutte le età sebbene permanga un andamento dell'abortività al Sud spostato verso le età più avanzate (Tab. 7). Si può ipotizzare che ciò sia dovuto ad un maggior numero desiderato di figli in questa area del Paese che, di conseguenza, sposta in avanti l'età in cui più frequentemente si ricorre all'IVG.

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 nel gruppo di età 20-24, mentre in Italia i tassi di abortività sono maggiori nelle donne di età 25-29 e 30-34 anni, anche se si osservano piccole modificazioni, come riportato precedentemente, che tendono ad avvicinare l'Italia agli altri Paesi.

TASSO DI ABORTIVITA' PER ETA', CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(1996)	6.4	13.1	13.6	14.0	12.5	6.1
	(1997)	6.7	13.5	13.9	13.7	12.3	5.8
GERMANIA	(1995)	3.1	7.5	7.6	7.1	5.3	2.6
OLANDA	(1992)	4.2	7.4	7.2	6.6	5.0	1.9
FRANCIA	(1995)	8.9	18.2	16.6	14.4	10.8	5.3
FINLANDIA	(1996)	9.6	15.6	13.8	11.2	7.5	3.9
DANIMARCA	(1995)	14.8	22.5	21.4	19.1	12.5	5.4
NORVEGIA	(1996)	15.8	25.7	21.1	15.9	10.1	4.3
SVEZIA	(1996)	17.7	27.5	24.7	20.9	14.8	6.5
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	19.2	25.5	18.6	12.4	7.9	3.2
UNGHERIA	(1996)	30.4	46.8	48.7	43.5	30.7	13.0
BULGARIA	(1995)	32.7	85.4	84.1	60.1	30.8	10.9
USA	(1995)	32.1	50.3	32.6	17.9	9.8	3.2

Per quanto riguarda le minorenni, l'assenso dei genitori (Tab. 41) si è verificato nel 65.4% dei casi, mentre nel 34.2% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare. Queste percentuali possono essere poco accurate, essendo il dato non indicato pari al 18.9%.

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 "L'interruzione di gravidanza in Italia", ISTAT 1997, sono stati calcolati i tassi di abortività per stato civile, standardizzati per età per gli anni 1981 e 1991 in quanto, grazie ai censimenti si è resa disponibile la distribuzione della popolazione femminile per stato civile per quegli anni.

La riduzione delle IVG risulta 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.

Questo andamento lascia pensare che uno dei fattori principali del calo dell'IVG in Italia sia la maggior diffusione dell'uso della contraccezione più visibile, ovviamente, tra le coniugate che hanno una vita di coppia stabile.

I livelli di abortività volontaria secondo la ripartizione geografica e lo stato civile mostrano la forte eterogeneità del fenomeno nel territorio italiano. Infatti anche i dati del 1997 confermano la maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari (Tab. 8). Nelle quattro ripartizioni geografiche si hanno i seguenti valori:

IVG (%) PER STATO CIVILE PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	Coniugate	Già coniugate	Nubili
NORD	45.8	7.4	46.8
CENTRO	48.6	5.5	45.9
SUD	68.0	3.0	28.9
ISOLE	63.7	3.8	32.6
ITALIA	54.4	5.4	40.2

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono al di sotto di quelli dell'Europa occidentale, anche se c'è un avvicinamento nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

IVG (%) PER STATO CIVILE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(1996)	56.2	43.8
	(1997)	54.4	45.6
BULGARIA	(1996)	74.8	25.3
UNGHERIA	(1996)	52.2	47.8
GERMANIA	(1995)	52.5	47.6
OLANDA	(1992)	50.2	49.8
NORVEGIA	(1993)	39.2	60.8
FRANCIA	(1995)	29.5	70.6
FINLANDIA	(1993)	26.5	73.4
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	21.4	78.6
USA	(1995)	16.2	83.8

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è il più importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 1997 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (49.1%). L'aumento osservato con il passare degli anni di questa percentuale è da ricollegare prevalentemente all'obbligatorietà dell'istruzione media a partire dagli anni '50.

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

IVG (%) PER ISTRUZIONE PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	Nessun titolo	Elementare	Licenza media	Licenza superiore	Laurea
NORD	1.0	7.3	49.2	37.9	4.5
CENTRO	0.9	6.1	45.8	42.1	5.2
SUD	1.9	16.9	50.5	27.7	3.0
ISOLE	3.2	16.0	50.9	27.1	2.9
ITALIA	1.5	10.7	49.1	34.7	4.1

Dal confronto dei tassi standardizzati per età, possibile solo per il 1981 ed il 1991 (anni del censimento), si evidenzia che a livelli crescenti di scolarità corrispondono livelli decrescenti di abortività. Escludendo le donne di 15-19 anni perché non possono avere la licenza di scuola media superiore o la laurea, 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, come riportato nel rapporto dell'ISTAT già menzionato.

L'ISTAT ha anche analizzato i dati dell'IVG per condizione professionale. I tassi maggiori spettano alle casalinghe sia nel 1981 che nel 1991, con una diminuzione più rilevante tra le donne in condizione professionale rispetto alle casalinghe (-30.1% rispetto a -12.5%).

2.4 Anamnesi Ostetrica

2.4.1 Numero di figli

Il 60% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 1997 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.

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

IVG (%) PER PARITA', 1983-97

	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
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
1996	39.5	20.1	27.3	9.5	3.6
1997	40.2	20.3	27.0	9.1	3.4

Dall'analisi riportata nel volume dell'ISTAT si osservano rapporti di abortività volontaria secondo il numero dei figli, per gli anni 1981-1994, più elevati tra donne con due o più figli e, contemporaneamente, una sensibile diminuzione nel tempo in tutti i gruppi, maggiormente accentuata per le donne con tre o più figli.

Da ciò emerge la considerazione di ordine generale che, poiché in Italia nel tempo è diminuito il numero dei nati e soprattutto quelli di ordine superiore, la diminuzione dei rapporti di abortività è la conseguenza di un calo delle IVG maggiore di quello dei nati. L'unico fattore che può aver agito in questo senso è la maggiore diffusione dell'uso della contraccezione, in quanto gli altri fattori che influenzano la fecondità sono quelli involontari, ovvero l'abortività spontanea e l'infertilità, che agiscono sui concepimenti indipendentemente dal fatto che questi abbiano come esito la nascita o l'IVG.

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 1997, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) PER PARITA' E PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	N° figli				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	47.7	23.6	22.2	5.0	1.6
CENTRO	46.6	21.5	24.0	5.9	2.0
SUD	27.4	15.5	34.9	16.0	6.2
ISOLE	30.7	16.8	31.9	14.4	6.1
ITALIA	40.2	20.3	27.0	9.1	3.4

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
ITALIA	(1996)	39.5	60.5
	(1997)	40.2	59.8
ROMANIA	(1993)	7.8	92.3
REPUBBLICA Ceca	(1996)	21.0	79.1
GERMANIA	(1996)	36.5	63.5
SVEZIA	(1996)	45.6	54.4
DANIMARCA	(1994)	45.9	54.1
FINLANDIA	(1996)	46.8	53.2
OLANDA	(1992)	48.9	51.1
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	53.8	46.2
NORVEGIA	(1993)	67.7	32.3
USA	(1995)	45.0	55.0

Considerando il numero dei parti precedenti, si hanno percentuali sostanzialmente uguali a quelle per numero di figli (Tab.11); la distribuzione percentuale per le quattro ripartizioni geografiche, nel 1997, è illustrata nella tabella seguente:

IVG (%) PER PARTI PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	0	1	2	3	4 o più
NORD	47.1	23.9	22.3	5.1	1.7
CENTRO	46.8	21.7	23.9	5.9	1.6
SUD	27.2	15.5	34.9	16.1	6.3
ISOLE	30.5	16.7	31.7	14.8	6.3
ITALIA	39.9	20.4	27.0	9.2	3.4

2.4.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 1997 l'88.3% 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 1996 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, 1983-97

	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
1996	88.5	9.0	1.9	0.4	0.2
1997	88.3	9.3	1.9	0.4	0.2

2.4.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 1997 (Tab.14) mostrano una stabilità nella percentuale di donne che hanno già effettuato una o più IVG precedentemente. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI, 1983-97

	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
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
1996	17.4	4.9	1.6	0.9	24.8
1997	17.7	4.9	1.5	0.9	25.0

Si tratta, come già detto nelle precedenti relazioni, di una evoluzione diversa da quella che si avrebbe se si assumesse costante nel tempo la tendenza ad abortire. 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).

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 1987-1997

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
osservati	30.0	30.1	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0
attesi *	33.3	35.5	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5

(* 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 ripetuti in Italia. An. Ist. Super. Sanità, 34: 331-338; 1988.)

Considerando l'anno 1997 può notarsi come la massima frequenza delle ripetizioni sia a carico delle Regioni meridionali con il 30.0%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	N° IVG precedenti				totale
	1	2	3	4 o più	
NORD	17.2	4.0	1.0	0.5	22.7
CENTRO	17.6	4.1	1.1	0.6	23.4
SUD	18.8	6.9	2.7	1.6	30.0
ISOLE	16.9	4.5	1.2	0.7	23.3
ITALIA	17.7	4.9	1.5	0.9	25.0

Nel Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Emilia Romagna (24.7%); nel Centro, nel Lazio (24.6%); al Sud, in Puglia (37.3%); nell'Italia insulare, in Sicilia (25.2%).

Il quadro complessivo dei dati regionali relativo alle donne che, avendo fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza nel 1997, avevano effettuato in precedenza due o più IVG risulta il seguente:

REGIONI	Variazione %	REGIONI	Variazione %
Piemonte	7.8	Marche	5.4
V. Aosta	4.4	Lazio	6.0
Lombardia	4.4	Abruzzo	6.3
Bolzano	5.3	Molise	5.9
Trento	2.3	Campania	9.8
Veneto	4.3	Puglia	15.2
Friuli V.G.	6.0	Basilicata	7.3
Liguria	5.5	Calabria	5.1
Emilia Rom.	6.4	Sicilia	7.1
Toscana	5.9	Sardegna	3.4
Umbria	5.4	ITALIA	7.3

Per avere un quadro più completo, l'ISTAT, che dispone dei dati individuali ha analizzato le caratteristiche socio demografiche delle donne che hanno avuto aborti ripetuti. Da ciò è risultato che il numero di IVG precedenti aumenta con l'aumentare del numero di figli e dell'età delle donne. Inoltre, a parità di numero di figli, il fenomeno è più marcato tra le nubili rispetto alle coniugate. Diversamente, un elevato livello di istruzione e l'essere occupato agiscono da fattore protettivo, come già osservato per l'abortività in generale.

Considerando infine la ripartizione geografica si osserva una maggiore concentrazione dell'aborto ripetuto al Sud rispetto al resto d'Italia, indipendentemente dalla maggior presenza di donne con figli.

In conclusione l'andamento degli aborti ripetuti, rispetto all'atteso, è una importate 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 1997 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (41.6%); nel 31.8% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio è stato coinvolto nel 24.9% dei casi (Tab.38). Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva nel Lazio (43.9%), in Emilia Romagna (35.2%), in Umbria (33.8%), in Lombardia (31.6%) ed in Veneto (28.8%).

IVG (%) PER LUOGO DI CERTIFICAZIONE, 1983-1997

	Medico fiducia	Servizio Ost. Gin	Consultorio	Altro
1983	52.9	21.4	24.2	1.4
1987	52.4	25.7	20.0	1.9
1991	47.8	29.1	21.4	1.7
1995	45.5	29.1	23.5	1.9
1996	43.3	30.6	24.5	1.6
1997	41.6	31.8	24.9	1.8

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.

In generale, da un'analisi più approfondita, emerge che le nubili o già coniugate, le donne più giovani e le meno istruite ricorrono di più al consultorio familiare.

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo quanto riferito dalle Regioni) sono risultati, nel 1997, 2174 (1.5 per 10000 donne di età 15-49 anni) e 154 privati, con una riduzione di 155 unità rispetto al 1996, di 214 rispetto al 1995 e di 458 rispetto al 1994.

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 1997 risultano comprensivi, in alcune Regioni, delle sedi distaccate e che alcuni consultori sono con organico non completo, soprattutto al Sud.

Il Progetto Obiettivo materno-infantile previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevede, tra gli argomenti prioritari, la riqualificazione quali-quantitativa dei consultori familiari e all'interno dei programmi da privilegiare che fanno capo al consultorio familiare vi è quello della prevenzione dell'aborto, programma che prevede specifiche azioni per il raggiungimento dell'obiettivo e specifici indicatori per la valutazione delle azioni intraprese.

Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività, anche attraverso programmi di formazione permanente, restano quindi esigenze inderogabili.

3.2 Urgenza

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge è avvenuto nel 1997 nel 9.2% dei casi (Tab.40). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (29.0%) ed in Emilia Romagna (27.5%).

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: 10.2% al Nord, 13.7% al Centro, 6.4% al Sud e 2.9% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG a seconda dell'epoca gestazionale mostra che il 49.1% degli interventi viene effettuato entro l'8ª settimana, il 37.0% tra le 9 e 10 settimane, il 12.1% in 11ª -12ª settimana di gestazione, e l'1.7% oltre la 12ª settimana (Tab.15).

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 1997, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	2.4	Marche	1.9
V. Aosta	0	Lazio	2.1
Lombardia	2.1	Abruzzo	0.4
Bolzano	4.8	Molise	0.3
Trento	2.2	Campania	0.7
Veneto	4.1	Puglia	0.8
Friuli V.G.	3.1	Basilicata	0.2
Liguria	2.3	Calabria	0.6
Emilia Rom.	2.5	Sicilia	1.1
Toscana	1.8	Sardegna	1.5
Umbria	1.3		
		ITALIA	1.7

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.

IVG OLTRE LA 12^a SETTIMANA GESTAZIONALE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 aa)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(1996)	140398	11.3	1.4
	(1997)	140525	11.4	1.7
REPUBBLICA Ceca	(1996)	46500	20.7	1.1
UNGHERIA	(1996)	76600	34.7	1.1
GERMANIA	(1996)	130900	7.6	1.6
FRANCIA	(1995)	156200	12.4	2.2
DANIMARCA	(1995)	17700	16.1	2.9
NORVERGIA	(1996)	14300	15.6	3.6
SVEZIA	(1996)	32100	18.7	4.0
OLANDA	(1996)	22400	6.5	8.2
INGHILTERRA E GALLES	(1996)	167900	15.6	11.4
USA	(1996)	1365700	22.9	12.1

* 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, anche se c'è una tendenza alla riduzione dell'intervento a settimane più avanzate. Da un'analisi dei dati individuali si osserva che più basso è il livello di istruzione della donna, più elevata è l'epoca gestazionale in cui la donna effettua l'intervento. Anche la parità è associata con la precocità dell'intervento: all'aumentare della parità aumenta la percentuale delle IVG effettuate sia entro l'ottava che entro la decima settimana.

3.4 Residenza

Nel 1997 il 92.3% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab.10). Di queste l'85.5% ha riguardato donne residenti nella provincia di intervento. Dai dati del 1997 si osserva una maggiore frequenza di immigrazione nelle stesse Regioni degli anni precedenti (Provincia Autonoma di Trento, Molise, Umbria, Emilia Romagna, Basilicata, Marche, Friuli Venezia Giulia e Toscana).

È stato inoltre segnalata 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 il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è passato, con un incremento costante, da 461 casi del 1980 a 2225 casi nel 1996 e 2443 casi nel 1997, quest'ultimo valore corrisponde all'1.8% del totale delle IVG. Le provincie nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale. Tale distribuzione territoriale è molto probabilmente derivante dalla presenza più elevata in alcune provincie di donne straniere piuttosto che all'offerta di servizi sul territorio. Inoltre dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Nel 1995 ci sono state 8802 donne straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9852 nel 1996 e 11786 nel 1997. In queste 11786 cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 2443 residenti all'estero.

L'aumento nel tempo delle IVG effettuate da donne straniere in qualche maniera nasconde la riduzione del fenomeno tra le donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato risulterebbe essere 130747 nel 1995, 130546 nel 1996 e 128739 nel 1997.

Il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde, all'8.4% del dato nazionale del 1997 e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori.

Si tratta in ogni caso di donne generalmente domiciliate nel nostro Paese e solo marginalmente rappresentano l'espressione di un fenomeno migratorio per l'espletamento dell'intervento.

Utilizzando i dati della popolazione femminile straniera forniti dal Ministero degli Interni e da una stima calcolata dall'Università Statale di Milano per la Commissione del Ministero degli Interni sulla presenza straniera in Italia, è possibile estrapolare il tasso di abortività per queste donne (circa 17 per 1000 donne straniere in età feconda) che risulta di molto superiore al dato delle cittadine italiane (9.8 per 1000).

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 (2443 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 9.4, rispetto a 9.8 calcolato su tutte le IVG effettuate nel Paese nel 1997.

È possibile nella presente relazione fare questa correzione anche a livello regionale per l'anno 1997, 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 nella provincia di Trento, in Emilia Romagna, 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 Valle d'Aosta 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. In alcuni casi, tuttavia, può trattarsi di donne presenti in quel territorio per motivi di studio o lavoro oppure a spostamenti dovuti a motivi di vicinanza alla struttura sanitaria più che a una preferenza legata ad una migliore offerta di servizi.

Dall'analisi riportata nel volume dell'ISTAT la maggiore tendenza allo spostamento spetta alle nubili. Anche il titolo di studio influisce sulla mobilità: le donne con istruzione più elevata tendono, in misura maggiore, a recarsi ad una struttura situata al di fuori del proprio luogo di residenza per effettuare l'intervento.

3.5 Luogo dell'intervento

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 43) mostra un leggero aumento della quota di interventi negli istituti di cura pubblici.

IVG (%) PER LUOGO DI INTERVENTO, 1983-97

	Istituto Pubblico	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
1995	88.3	10.9	0.7
1996	89.9	9.4	0.7
1997	90.6	8.9	0.6

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, Puglia e Sardegna, e nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano, la percentuale di interventi effettuati in casa di cura è particolarmente elevata.

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 alcune Regioni, quale indicatore dell'efficienza dei servizi. Nel 1997, su 48845 IVG per le quali è disponibile questa informazione, il 69.6% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 7.9% 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, 1983-97

	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
1995	14.9	24.8	57.5	2.8
1996	15.0	27.9	55.8	1.4
1997	16.7	21.1	60.9	1.3

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (Tab. 45). Nel 1997 si nota, dopo una progressiva fase di riduzione ed una successiva situazione di stabilità dell'uso del raschiamento, un suo leggero aumento in particolare in alcune regioni. Considerando i dati per Regioni, valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria, in Molise ed in Sardegna dove questa tecnica è ancora presente in più del 40% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale.

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	12.7	29.1	56.5	1.7
CENTRO	3.1	28.7	65.3	2.8
SUD	21.5	10.5	67.5	0.5
ISOLE	31.2	16.9	51.3	0.6
ITALIA	16.7	21.1	60.9	1.3

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.

In generale il raschiamento risulta essere maggiormente presente fra donne con titolo di studio basso, donne di età più avanzata e donne con figli.

3.8 Tipo di anestesia impiegata

Nel 1997 l'anestesia generale è stata impiegata nell'82.7% delle IVG, mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 15.3% degli interventi, senza notevoli modificazioni rispetto al 1996 (Tab. 44). Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 1997, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) PER TIPO DI ANESTESIA PER AREA GEOGRAFICA, 1997

	Generale	Locale	Analgesia	Altro
NORD	86.0	11.3	1.6	0.3
CENTRO	66.7	31.5	0.9	0.1
SUD	86.1	12.2	1.2	0
ISOLE	93.7	5.7	0.5	0
ITALIA	82.7	15.3	1.2	0.2

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 10ª settimana gestazionale.