

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono presentati i dati preliminari per l'anno 1999 nonché i dati definitivi relativi all'anno 1998 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG per il 1999 è pari a 139386 interventi, con un incremento dello 0.7% rispetto al 1998 (138357 casi).

Il tasso di abortività (N. IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9.9, con un leggero incremento dello 0.9% rispetto al 1998.

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1000 nati vivi) è risultato pari a 266.9 con un decremento dello 0.6% rispetto al valore del 1998.

Per il 1998 sono disponibili tutti i dati analitici definitivi. Sono state notificate 138357 IVG. Confrontato al dato del 1997 si osserva un decremento dell'1.5%. Rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234801 casi), la riduzione è pari al 41.1%.

Il tasso di abortività nel 1998 è risultato 9.8, invariato rispetto al 1997; la riduzione rispetto al 1982 (17.2 per 1000 donne 15-49 anni) è pari al 43.0%.

Il rapporto di abortività è risultato 268.4, con un incremento dello 1.0% rispetto al 1997 ed una riduzione del 29.4% rispetto al valore osservato nel 1982 (380.2 per 1000 nati vivi).

Nella valutazione generale dell'andamento dell'IVG in Italia si deve tener conto di quanto le donne di nazionalità estera influiscano, in modo sempre più consistente, sull'incidenza del fenomeno.

Nel 1998, infatti, 13826 IVG sono state effettuate da donne straniere che corrisponde al 10.1% del totale delle IVG. Questo valore era pari a 8967 nel 1995, 9850 nel 1996 e 11978 nel 1997.

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.

In generale, in Italia, le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto seguono, come già evidenziato da alcuni anni, una evoluzione lenta determinata dalle differenti velocità di riduzione dei tassi di abortività specifici per le varie condizioni (età, parità, stato civile, istruzione).

La riduzione dell'IVG nel suo insieme è prevalentemente riconducibile ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate con 1 o più figli, rispetto alla riduzione osservata nelle donne non coniugate e senza figli. Anche l'istruzione di livello superiore e l'essere in una condizione professionale sono fattori associati alla maggiore riduzione del ricorso all'aborto.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e quelli sull'efficienza dei servizi, se confrontati con i dati degli anni precedenti, hanno subito solo leggeri mutamenti. Nel 79% dei casi la degenza è risultata inferiore a un giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata; ciò comporta rischi minori di complicanze per la salute della donna. C'è tuttavia da segnalare, ancora una volta, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Rimane sempre basso il ricorso al consultorio familiare per la certificazione (27.2%), indicando ciò una reale difficoltà della donna a farvi ricorso, sia per la non adeguata integrazione tra questo servizio e quelli presso cui viene effettuata l'IVG sia, soprattutto al Sud, per la scarsa presenza del

servizio sul territorio, per l'incompletezza della equipe consultoriale, per il limitato numero di ore delle figure professionali che dovrebbero occuparsi di questo problema o per la indisponibilità a rilasciare la certificazione.

Nel 1998 l'obiezione di coscienza risulta superiore al 50% per gli anestesisti ed al 60% per i ginecologi.

La serie storica dei dati rilevati nel tempo dimostra che le IVG, dopo un loro massimo osservato a distanza di pochi anni dall'approvazione della legge, si sono ridotte in modo costante, anno dopo anno. Considerando sia gli aborti notificati che quelli ancora clandestini, si può calcolare che nel 1998 vi sono stati circa duecentomila casi in meno rispetto al valore stimato prima dell'approvazione della Legge 194/78 e al valore massimo osservato nel 1982-83. Questo andamento è sicuramente legato ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile onde evitare il ricorso all'aborto. Anche l'andamento dell'aborto ripetuto, in diminuzione da molti anni e di valore inferiore a quanto atteso nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità, conferma questa ipotesi.

L'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza dell'IVG potrebbe essere la risultante di una ulteriore riduzione di incidenza nelle donne italiane e dell'aumentato numero di IVG effettuato da donne di cittadinanza estera. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato risulterebbe essere 127700 nel 1996 e 123728 nel 1998, anni più attendibili perché il valore dei dati mancanti è basso.

Il numero di IVG effettuate da donne straniere è aumentato (10.1% del dato nazionale del 1998 rispetto al 7.1% del 1995) e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG in conseguenza della più alta presenza di immigrate in tali territori.

Utilizzando la distribuzione per età della popolazione femminile straniera con permesso di soggiorno fornita dal Ministero degli Interni, è possibile stimare la quantità di donne straniere residenti in Italia di età compresa tra 18 e 49 anni ed il tasso di abortività per queste donne (28.7 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni) che risulta circa tre volte superiore al dato delle cittadine italiane dello stesso gruppo d'età (9.1 per 1000).

Tale popolazione deve quindi meritare particolare attenzione ed interventi specifici educativi e preventivi, anche in riferimento alle diversità di costume e cultura, necessità, peraltro già evidenziata nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nell'Obiettivo IV "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli", il quale fa riferimento anche agli stranieri immigrati quali gruppi sociali meno favoriti e con minori opportunità di salute, nonché nel Progetto Obiettivo Materno Infantile e nello specifico Progetto Obiettivo Salute degli Immigrati, quest'ultimo in avanzata fase di realizzazione.

Per quanto riguarda la popolazione italiana, sulla base delle conoscenze ormai consolidate del fenomeno, si avverte la possibilità che una ulteriore riduzione dell'IVG potrebbe essere favorita dalla realizzazione di programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle donne che hanno recentemente partorito, alle coppie che si sposano, alle/agli adolescenti nelle scuole, alle donne che hanno già abortito.

Questi interventi, che andrebbero effettuati attraverso una offerta attiva di informazione ed educazione perché la sessualità venga vissuta con consapevolezza, si ritiene potrebbero produrre anche ulteriori riduzioni dell'aborto clandestino.

I consultori familiari, opportunamente potenziati e riqualificati, dovrebbero giocare un ruolo centrale a questo riguardo. 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 dunque esigenze inderogabili.

A riguardo è stato di recente adottato il Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al "Piano Sanitario Nazionale 1998-2000" (D.M. 24.4.2000 pubblicato nella G.U. del 7.6.2000, n. 131-Supplemento n. 89) nel quale sono indicati, tra gli obiettivi prioritari, l'organizzazione dipartimentale dell'area Materno Infantile e la riqualificazione qualitativa e quantitativa dei Consulori Familiari.

La funzione consultoriale è inoltre chiaramente indicata anche nel Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" all'art. 3-quinquies (Funzioni e risorse del Distretto).

C'è da rilevare come a tutt'oggi, dalla emanazione della legge 405/75 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei Consulori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei servizi consultoriali.

Sebbene la legge n. 34/96 preveda un consultorio ogni 20000 abitanti si deve tuttavia constatare che in molte regioni la presenza dei consulori familiari pubblici è inferiore a questo rapporto; a livello nazionale tale valore risulta essere 0.8 per 20000 abitanti, senza differenze tra aree geografiche. Inoltre, negli ultimi anni, il numero dei Consulori Familiari si è andato riducendo in modo significativo.

Il consultorio deve integrarsi nella rete dei servizi territoriali a livello distrettuale, ma deve essere salvaguardato il lavoro di équipe, fondamentale per garantire globalità e unitarietà dell'approccio preventivo nell'attuazione degli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e in particolare, sul tema specifico, per quanto attiene il controllo della fertilità e la procreazione responsabile nonché la prevenzione dell'TVG.

L'esigenza di integrazione nel modello dipartimentale, e soprattutto la messa in rete dei Consulori Familiari con gli altri servizi sia sanitari che socio-assistenziali degli Enti Locali, impone un loro adeguamento nel numero, nelle modalità organizzative e nell'organico, privilegiando l'offerta attiva di interventi di promozione della salute.

Sul piano organizzativo l'integrazione deve essere completamente attivata da una parte all'interno del consultorio familiare stesso, tra figure a competenza prevalentemente sanitaria e quelle a competenza psico-sociale e socio-assistenziale, sviluppando il lavoro di équipe e dall'altra con gli altri servizi e U.O. territoriali nonché con le U.O. ospedaliere.

E' necessario che vengano stabiliti rapporti permanenti tra i vari presidi e servizi, anche al fine di garantire percorsi di assistenza agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di elevato rischio sociale o sociosanitario.

La realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale deve basarsi sulla complementarità dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente.

Tale approccio, perseguito nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, non può che determinare, attraverso l'integrazione sociosanitaria, una volta ridefiniti i livelli essenziali, uniformi ed

appropriati di assistenza, una riallocazione delle risorse in base alle priorità individuate quali obiettivi di salute leggibili e attuabili anche nel processo di definizione del budget delle strutture operative da parte delle A.S.L. nel rispetto degli indirizzi organizzativi e dei criteri di finanziamento espressi dalle amministrazioni regionali.

Infine, e concludo, sulla base delle riflessioni suscitate dall'osservazione del fenomeno ed a seguito delle modifiche apportate dall'ISTAT al modello D12 a partire dalla rilevazione relativa all'anno 2000, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, si è provveduto ad aggiornare il questionario trimestrale con il quale le Regioni raccolgono i dati sull'interruzione volontaria di gravidanza.

A questo proposito va sottolineato come la raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati analitici di tutte le regioni rappresenta un processo lungo e delicato che impegna a fondo tutto il sistema di sorveglianza, dalle strutture periferiche a quelle centrali.

Un plauso, quindi, ed un vivo ringraziamento per il grande impegno profuso, il senso di responsabilità ed i risultati ottenuti va rivolto da una parte ai funzionari regionali per i dati che riescono a fornire nonostante le difficili realtà operative in cui si trovano ad agire, dall'altra ai funzionari del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità ed ai ricercatori del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità per l'elaborazione, l'analisi dei dati e la stesura della relazione.

(Umberto Veronesi)

DATI PRELIMINARI ANNO 1999

Per l'anno 1999 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Sono state notificate 139386 IVG (Tab. A), con un incremento dello 0.7% rispetto al dato definitivo del 1998 (138357 IVG) e un decremento del 40.6% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività è risultato pari a 9.9 per 1000 donne di età 15-49 anni, valore invariato rispetto al 1998 (Tab. B) e con una riduzione del 42.4% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi nell'anno 1999 forniti dall'ISTAT, pari a 522335 per tutto il territorio; vi sono state 266.9 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento dello 0.6% rispetto al 1998 (Tab. C) e del 29.8% rispetto al 1982.

L'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività negli anni è illustrato in Figura 1.

TAB. A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 1999 - Valori assoluti: dati 1999 e confronti con il 1998

REGIONE	TRIMESTRE				TOTALE 1999	TOTALE 1998	VAR %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETT.	15884	15182	14131	13696	58893	57075	3.2
PIEMONTE	3130	3032	2701	2575	11438	10599	7.9
V. D'AOSTA	78	79	71	78	306	297	3.0
LOMBARDIA	5914	5678	5216	5171	21979	21329	3.0
BOLZANO	146	116	112	123	497	552	-10.0
TRENTO	289	289	259	267	1104	1081	2.1
VENETO	1731	1629	1544	1492	6396	6030	6.1
FRIULI V.G.	614	579	590	534	2317	2296	0.9
LIGURIA	1025	960	964	911	3860	3998	-3.5
EMILIA ROM.	2957	2820	2674	2545	10996	10893	0.9
ITALIA CEN.	8110	7691	6900	6628	29329	29751	-1.4
TOSCANA	2402	2354	2115	2008	8879	9081	-2.2
UMBRIA	667	638	566	482	2353	2401	-2.0
MARCHE	731	693	616	595	2635	2723	-3.2
LAZIO	4310	4006	3603	3543	15462	15546	-0.5
ITALIA MER.	11068	9979	8797	8013	37857	38340	-1.3
ABRUZZO	848	769	658	567	2842	2851	-0.3
MOLISE	259	238	238	185	920	975	-5.6
CAMPANIA	4092	3667	3144	2957	13860	13685	1.3
PUGLIA	4396	3983	3597	3344	15320	15579	-1.7
BASILICATA	260	250	179	172	861	934	-7.8
CALABRIA	1213	1072	981	788	4054	4316	-6.1
ITALIA INS.	3773	3544	3216	2774	13307	13191	0.9
SICILIA	2999	2871	2502	2161	10533	10376	1.5
SARDEGNA	774	673	714	613	2774	2815	-1.5
ITALIA	38835	36396	33044	31111	139386	138357	0.7

TAB. B

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1999 - Tassi di abortività: dati 1999 e confronti con il 1998

REGIONE	TASSI '99	TASSI '98	VAR. %
ITALIA SETT.	9.6	9.3	3.2
PIEMONTE	11.4	10.5	8.6
V. D'AOSTA	10.6	10.3	2.9
LOMBARDIA	9.9	9.6	3.1
BOLZANO	4.4	4.8	-8.3
TRENTO	9.7	9.5	2.1
VENETO	5.8	5.4	7.4
FRIULI V.G.	8.5	8.3	2.4
LIGURIA	10.9	11.1	-1.8
EMILIA ROM.	12.0	11.8	1.7
ITALIA CEN.	11.0	11.1	-0.9
TOSCANA	10.9	11.1	-1.8
UMBRIA	12.3	12.5	-1.6
MARCHE	7.8	8.0	-2.5
LAZIO	11.7	11.7	0.0
ITALIA MER.	10.5	10.6	-1.4
ABRUZZO	9.3	9.2	1.1
MOLISE	11.8	12.4	-4.8
CAMPANIA	9.2	9.1	1.3
PUGLIA	14.6	14.7	-0.7
BASILICATA	5.7	6.2	-8.1
CALABRIA	7.8	8.3	-6.0
ITALIA INS.	7.8	7.7	1.4
SICILIA	8.3	8.1	2.5
SARDEGNA	6.4	6.4	0.0
ITALIA	9.9	9.8	0.9

TAB. C

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 1999 - Rapporti di abortività: dati 1999 e confronti con il 1998

REGIONE	RAPPORTO '99	RAPPORTO '98	VAR. %
ITALIA SET.	271.6	267.0	1.7
PIEMONTE	333.9	313.6	6.5
V. D'AOSTA	307.5	308.7	-0.4
LOMBARDIA	281.9	273.5	3.1
BOLZANO	90.1	107.0	-15.8
TRENTO	221.8	222.6	-0.4
VENETO	153.4	149.5	2.6
FRIULI V. G.	262.5	249.9	5.0
LIGURIA	359.6	370.2	-2.9
EMILIA ROM.	344.6	355.3	-3.0
ITALIA CEN.	313.6	325.0	-3.5
TOSCANA	334.9	342.2	-2.1
UMBRIA	372.3	377.8	-1.5
MARCHE	219.8	232.0	-5.3
LAZIO	317.6	331.4	-4.2
ITALIA MER.	262.2	265.1	-1.1
ABRUZZO	293.8	285.2	3.0
MOLISE	351.3	369.0	-4.8
CAMPANIA	209.7	205.8	1.9
PUGLIA	369.1	376.9	-2.1
BASILICATA	156.9	173.9	-9.8
CALABRIA	213.3	229.4	-7.0
ITALIA INS.	197.0	201.3	-2.1
SICILIA	198.8	197.3	0.8
SARDEGNA	190.3	217.7	-12.6
ITALIA	266.9	268.4	-0.6

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 1998

1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO

Per il 1998 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 138357 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.8 ed un rapporto di abortività pari a 268.4. Questi dati confermano la diminuzione del fenomeno a partire dal 1983 ed una attuale fase di stabilizzazione (figura 1).

Al fine di offrire un confronto rapido ed agevole sull'andamento dell'IVG, la tabella 30 riporta i valori assoluti, e le tabelle 31 e 32 forniscono l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione dal 1982. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 1998.

1.1 Valori assoluti

Nel 1998 sono state notificate 138357 IVG (Tab.1), con un decremento dell'1.5% rispetto al 1997; di queste, 13826 sono state effettuate da donne cittadine straniere. Questo dato, disponibile solo dal 1995, risulta in aumento (8967 nel 1995, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997) e rappresenta, nel 1998, il 10.1% di tutte le IVG effettuate in Italia.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 1998 è il seguente:

N° IVG PER AREA GEOGRAFICA, 1983-98

	1983	1987	1991	1995	1997	1998	VARIAZIONE %	
							97-98	83-98
NORD	105430	81136	67619	56186	57672	57075	- 1.0	- 45.9
CENTRO	52423	41417	34178	29182	29934	29751	- 0.6	- 43.2
SUD	57441	51722	44353	41466	39475	38340	- 2.9	- 33.3
ISOLE	18682	17194	14344	12715	13444	13191	- 1.9	- 29.4
ITALIA	233976	191469	160494	139549	140525	138357	- 1.5	- 40.9

In quasi tutte le Regioni si nota la tendenza, salvo alcune eccezioni, ad una ulteriore piccola riduzione del fenomeno (Tab.4). Per aree geografiche (Tab.3) si riscontra: nell'Italia Settentrionale 57075 IVG con una riduzione dell'1.0% rispetto al 1997, nell'Italia Centrale 29751 IVG con una riduzione dello 0.6%, nell'Italia Meridionale 38340 IVG con un decremento del 2.9% e nell'Italia Insulare si sono avute 13191 IVG con un decremento dell'1.9%.

Per la valutazione del fenomeno nella sua interezza va considerata la quota di aborto clandestino.

Come già riportato nelle precedenti relazioni la prima stima dell'incidenza degli aborti clandestini per Regione è stata effettuata per l'anno 1983 (Rapporto ISTISAN 85/5), utilizzando tre diversi modelli matematici che, l'uno in modo indipendente dall'altro, hanno fornito tre dati sovrapponibili, il che è indicativo della ragionevolezza delle stime e della validità dei modelli.

Da allora il ricorso ad esso, è stato stimato utilizzando uno dei tre modelli matematici applicati nel 1983; il valore stimato per l'anno 1998 è pari a 27000 (l'82 % dei quali effettuati al Sud e Isole). Il fenomeno risulta in costante flessione, come può osservarsi nella tabella seguente:

1983	1987	1991	1995	1997	1998	VARIAZIONE %	
						97-98	83-98
100000	85000	60000	43500	30500	27000	-11.5	-73.0

L'applicazione al periodo immediatamente antecedente al 1978 di uno dei tre modelli considerati aveva dato luogo ad una stima di circa 350000 aborti clandestini.

1.2 Tasso di abortività

Il tasso di abortività, come peraltro raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e già detto nelle precedenti relazioni, rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

Nel 1998 si sono avute 9.8 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab.1), lo stesso tasso riscontrato dal 1996.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 1998 è il seguente:

TASSI DI ABORTIVITA' PER AREA GEOGRAFICA, 1983-98

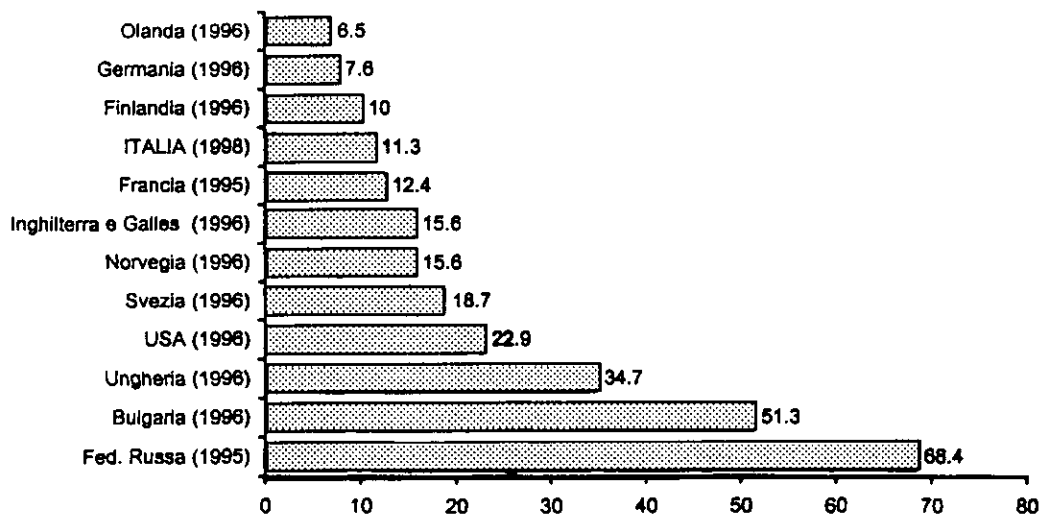
	1983	1987	1991	1995	1997	1998	VARIAZIONE %	
							97-98	83-98
NORD	16.8	12.7	10.6	9.0	9.3	9.3	0	- 44.6
CENTRO	19.8	15.2	12.4	10.7	11.1	11.1	0	- 43.9
SUD	17.3	14.6	12.1	11.4	10.8	10.6	- 1.9	- 38.7
ISOLE	11.7	10.0	8.1	7.3	7.7	7.7	0	- 35.0
ITALIA	16.9	13.3	11.0	9.7	9.8	9.8	0	- 42.0

Sul piano regionale, rispetto al 1997, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei tassi di abortività:

REGIONI	Variazione %	REGIONI	Variazione %
Piemonte	- 3.7	Marche	2.6
V. Aosta	9.6	Lazio	0.9
Lombardia	1.1	Abruzzo	- 4.2
Bolzano	4.3	Molise	-10.1
Trento	- 2.1	Campania	1.1
Veneto	0	Puglia	- 3.9
Friuli V.G.	2.5	Basilicata	10.7
Liguria	2.8	Calabria	- 2.4
Emilia Rom.	0	Sicilia	0
Toscana	0.9	Sardegna	- 3.0
Umbria	- 4.6		
		ITALIA	0

Per un confronto internazionale il grafico seguente riporta il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Si rammenta come a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni. Il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore.

TASSI DI ABORTIVITÀ PER 1000 DONNE IN ETÀ 15-44 ANNI, 1995-98



Fonti:

SK. Henshaw, S. Singh, T. Haas. Recent Trends in Abortion Rates Worldwide. International Family Planning Perspectives. 1999; 25 (1): 44-48.

1.3 Rapporto di abortività

Nel 1998 si sono avute 268.4 IVG per 1000 nati vivi, con un incremento dell'1% rispetto al 1997 (Tab.2).

L'andamento del rapporto di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche, dal 1983 al 1998, è il seguente:

RAPPORTI DI ABORTIVITÀ PER AREA GEOGRAFICA, 1983-98

	1983	1987	1991	1995	1997	1998	VARIAZIONE %	
							97-98	83-98
NORD	484.2	418.0	327.1	277.9	267.3	267.0	- 0.1	- 44.9
CENTRO	515.2	442.7	356.1	322.2	329.0	325.0	- 1.2	- 36.9
SUD	283.8	286.3	253.0	265.2	259.1	265.1	2.3	- 6.6
ISOLE	205.3	204.6	176.1	176.1	192.6	201.3	4.5	- 1.9
ITALIA	381.7	346.7	286.9	267.7	265.7	268.4	1.0	- 29.7

Sul piano regionale, rispetto al 1997, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei rapporti di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità):

REGIONI	Variazione %	REGIONI	Variazione %
Piemonte	- 7.2	Marche	4.3
V. Aosta	8.3	Lazio	- 2.4
Lombardia	4.6	Abruzzo	0.6
Bolzano	10.3	Molise	- 4.0
Trento	- 6.3	Campania	6.4
Veneto	- 1.8	Puglia	- 0.5
Friuli V.G.	1.3	Basilicata	9.2
Liguria	2.4	Calabria	0.7
Emilia Rom.	- 2.4	Sicilia	4.7
Toscana	- 0.8	Sardegna	3.9
Umbria	- 1.6		
		ITALIA	1.0

La tabella 2 mostra le variazioni percentuali dei tassi e dei rapporti di abortività tra il 1997 e il 1998 a livello regionale.