

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono illustrati i dati preliminari per l'anno 2009 ed i dati definitivi relativi all'anno 2008 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). I dati sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra. Il monitoraggio avviene a partire dalla compilazione dei modelli D12 dell'Istat con informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione e nell'esecuzione dell'IVG e sulle sue modalità.

I modelli D12, compilati per ciascun intervento nella struttura in cui è stato effettuato, sono poi inoltrati alla Regione di riferimento, che provvede ad analizzarli per rispondere ad un questionario trimestrale ed annuale, predisposto dall'ISS e dal Ministero, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni; quindi, con la collaborazione dell'Istat, procede all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia.

In tutti questi anni il Sistema di Sorveglianza ha reso possibile: seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati per la relazione annuale del Ministro della Salute, dare risposte a quesiti specifici e fornire indicazioni per ricerche di approfondimento. Le conoscenze acquisite hanno permesso l'elaborazione di strategie e modelli operativi per la prevenzione e la promozione della salute e per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti nell'esecuzione delle procedure relative all'intervento. Lo stesso Sistema di Sorveglianza ha consentito di verificare le ipotesi formulate per il ricorso all'IVG e l'efficacia dei programmi di prevenzione, quando applicati.

Un ringraziamento va a tutti i Referenti regionali, anche se per il 2008-2009 si sono rilevati alcuni problemi nella completezza del flusso dei modelli D12 in alcune regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna) per le quali è stato necessario integrare il dato con le informazioni raccolte dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Ancora una volta si sottolinea l'importanza di questa raccolta dati e si sollecitano tutte le Regioni ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica sulle IVG (come risulta dal confronto con altri paesi), anche utilizzando a tal fine la consulenza tecnica messa a disposizione dalle istituzioni centrali (ISS, Ministero e Istat) e promuovendo momenti di confronto sulle modalità operative a livello locale per un miglioramento della sorveglianza e dell'applicazione della legge 194. Si ribadisce, come già indicato in precedenti documenti, la pratica impossibilità da parte delle Regioni di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge.

Per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno, dalla introduzione della Legge 194 ad oggi, ancora una volta va sottolineata la costante diminuzione dell'IVG nel nostro Paese.

Nel 2009 sono state effettuate 116'933 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 3.6% rispetto al dato definitivo del 2008 (121'301 casi) e un decremento del 50.2% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi).

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2009 è risultato pari a 8.3 per 1'000, con un decremento del 3.9% rispetto al 2008 (8.7 per 1'000) e un decremento del 51.7% rispetto al 1982 (17.2 per 1'000), con valori, quindi, tra i più bassi di quanto è possibile osservare nel confronto con gli altri paesi industrializzati.

Dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2008 è risultato pari a

4.8 per 1'000 (4.8 per 1'000 nel 2007), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale.

Anche se i dati non sono strettamente comparabili, possiamo comunque portare ad esempio il paragone con alcuni dei dati più recenti (v. tab. pag. 17): per donne con meno di venti anni, nel 2008 in Italia il tasso di abortività è pari al 7.2 per mille; nello stesso anno in Inghilterra e Galles è il 24.0 per mille, e in Svezia il 24.4 per mille; in Spagna il 13.5; in Francia nel 2007 era il 15.6 per mille; negli Usa nel 2004 il 20.5 per mille. Meglio dell'Italia solo la Germania, che nel 2008 registrava un tasso del 5.0 per mille.

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1'000 nati vivi) è risultato pari a 207.1 per 1'000 con un decremento del 2.8% rispetto al 2008 (213.0 per 1'000) e un decremento del 45.5% rispetto al 1982 (380.2 per 1'000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, che è riferita solo ai dati definitivi dell'anno 2008, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2008 il 33.0% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10.1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi riguardanti le sole donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi che non disponevano dell'informazione, Regione per Regione) il dato risulterebbe essere 130'546 nel 1996, 124'448 nel 1998, 113'656 nel 2000, 106'918 nel 2001, 104'403 nel 2002, 99'081 nel 2003, 101'392 nel 2004, 94'095 nel 2005, 90'587 nel 2006, 86'014 nel 2007 e 81'753 nel 2008, con una riduzione del 5.0% rispetto al 2007 e del 37.4% rispetto al 1996, riduzioni maggiori di quelle che si osservano se si considerano tutte le donne che hanno abortito in Italia. Come calcolato dall'Istat, il tasso di abortività per le cittadine italiane di età 18-49 anni nel 2005 (ultimo anno per cui è possibile effettuare il calcolo) è risultato, quindi, 7.1 per 1'000, con una diminuzione del 19.3% rispetto al valore corrispondente del 1996 (8.8).

Tenendo conto del sempre più rilevante contributo delle donne straniere, nella presente relazione, grazie alla collaborazione con l'Istat, vengono riportate, per le variabili significative, le distribuzioni di frequenza per cittadinanza italiana e straniera, al fine di una più accurata descrizione del fenomeno.

Tuttavia occorre segnalare che questi dati, specie quelli socio-demografici, possono risentire di una difficoltà di rilevazione legata a difficoltà di comprensione della lingua italiana e quindi vanno valutati con cautela.

In generale nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate. Allo stesso tempo, però, i dati mostrano che quasi la metà delle IVG, sia fra le italiane (48.6%) che fra le donne straniere (46.7%) sono di donne con occupazione lavorativa, e solo l'11.9% delle IVG fra le italiane e il 22% fra le straniere riguardano donne disoccupate o in cerca di prima occupazione.

Riguardo allo stato civile, le IVG fra nubili e coniugate sono in percentuali simili: fra le straniere prevalgono le coniugate (49.3%), mentre fra le italiane le nubili (49.7%).

Fra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG, il 45.4% non aveva figli, così come il 33.4% delle straniere.

La sempre maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, delle culture di provenienza e dei diversi approcci alla contraccezione e all'IVG nei paesi di origine.

A fronte della continua riduzione del ricorso all'aborto tra le donne italiane, riduzione più lenta nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, il costante aumento degli aborti effettuati da donne straniere, dovuto anche al costante aumento della loro presenza nel Paese, rappresenta una criticità importante. Va però segnalato che negli ultimi 3 anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40'000 casi. Per approfondire la tematica, nel 2005-2006 l'ISS ha condotto un'indagine (i risultati sono stati pubblicati nel

rapporto ISTISAN 06/17) che mette bene in evidenza come anche per le straniere il ricorso all'aborto rappresenti, nella maggioranza dei casi, una estrema ratio, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per la procreazione responsabile, anche a causa delle scarse conoscenze generali della fisiologia della riproduzione e a quelle specifiche riguardo l'impiego corretto di metodi per la procreazione responsabile. Si conferma, quindi, che la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per l'ulteriore contenimento del fenomeno. L'attività di counselling necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo è più impegnativa nelle condizioni di maggiore svantaggio sociale, e la condizione di immigrata è particolarmente rilevante in tal senso.

Verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi.

Sono molto lieto di poterVi informare che, così come auspicato nella relazione dello scorso anno, il Ministero, tramite il CCM, è riuscito ad attivare il progetto *“Prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne straniere”*, che, coordinato dalla Regione Toscana vede la partecipazione di dieci Regioni che hanno subito aderito al progetto ed abbiamo notizia di altre Regioni interessate a partecipare.

L'obiettivo generale del progetto è quello di ridurre i tassi di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere attraverso una maggiore conoscenza dei metodi per la procreazione responsabile, dei Servizi socio-sanitari, come i consultori, delle norme a sostegno della maternità, della diffusione delle informazioni delle misure a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati.

L'obiettivo generale viene perseguito attraverso obiettivi specifici che sono rappresentati dai seguenti tre capisaldi:

1. La formazione degli operatori, mettendo a fuoco l'individuazione di punti di forza e di aree critiche nella relazione tra operatore sanitario e donne immigrate; realizzando e implementando a livello regionale pacchetti formativi partendo dalle “best practices” già sperimentate sul territorio.
2. L'accesso e fruibilità dei servizi, attraverso l'implementazione a livello regionale, con particolare attenzione ai servizi consultoriali, di metodologie risultate efficaci e di modelli organizzativi già sperimentati all'interno di strutture del SSN e del privato sociale che facilitino la presa in carico e l'individuazione di percorsi assistenziali appropriati.
3. L'informazione, mediante l'individuazione ed implementazione di modalità di offerta attiva di strumenti di educazione sanitaria adeguati ai diversi sottogruppi di popolazioni target con il coinvolgimento delle comunità straniere e delle organizzazioni non governative; informazione rivolta agli operatori sanitari e amministrativi. E' prevista inoltre la produzione e diffusione/promozione nelle diverse Regioni di materiale informativo adeguato alle realtà locali ed al proprio bacino d'utenza.

Nel 2008 si è provveduto a fornire una stima aggiornata degli aborti clandestini, dopo gli ultimi calcoli effettuati per il 2001. La stima, pari a 15'000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia Meridionale, è relativa all'anno 2005, ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. Si ricorda che questo dato riguarda solo le donne italiane, in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100.000 casi nel 1983).

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.9% , come nel 2006 e 2007. Le percentuali corrispondenti per nazionalità sono 21.6% per le italiane e 37.4% per le straniere (21.5% e 37.2%, rispettivamente, nel 2007). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è tra le più basse a livello internazionale; per un approfondimento di questo particolare aspetto si rimanda al paragrafo dedicato (2.7.3, pag.24).

Per il ricorso alla procedura di urgenza, le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Toscana (22.2%), in Emilia Romagna (14.2%) e in Campania (11.6%), a fronte di una media nazionale del 9.1%.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo modeste variazioni.

La quasi totalità degli interventi ormai avviene in day hospital con degenze inferiori ad 1 giorno (92.6% dei casi) e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (85.8%), comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato (87.6%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, solo in parte riconducibile all'utilizzo della analgesia profonda che, in assenza di uno specifico codice sulla scheda Istat D12, verrebbe registrata sotto la voce "anestesia generale". Risulta evidente che tale procedura non appare giustificata, soprattutto se si tiene conto del dato che l'80.5% delle IVG viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, ed è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. In tal senso, l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestesilogiche, è raccomandata.

Rispetto all'aborto effettuato dopo i 90 giorni, si osserva che la percentuale di IVG è stata complessivamente nel 2008 del 3.0% (era del 2.8% nel 2007). La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2.3%; quella dopo 21 settimane è stata dello 0.7%, invariata rispetto agli ultimi anni.

A questo proposito saranno a breve disponibili i risultati di una ricerca, finanziata dal Ministero, finalizzata all'analisi, in una popolazione campione multicentrica tratta da diverse aree del territorio nazionale (Nord, Centro, Sud), della corrispondenza diagnostica tra riscontri ecografici ed autoptici (riscontro diagnostico sul feto) delle patologie malformative alla base dell'interruzione volontaria di gravidanza dopo i 90 giorni.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'interruzione della gravidanza, mediante la doppia somministrazione di Mifepristone (Ru486) e prostaglandine. Il Mifepristone è regolarmente in commercio in Italia dal dicembre 2009 (determinazione AIFA del 24 novembre 2009 – G.U. n. 286 del 9 dicembre 2009). Fino a tale data per questa procedura abortiva non ci sono state rilevazioni sistematiche e i dati relativi al suo utilizzo sono stati forniti dalle regioni solo su base volontaria. Da quanto riferito dalle Regioni, nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico, è stato utilizzato in due Regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in quattro Regioni ed una Provincia Autonoma (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Trento), per un totale di 1'151 casi, pari allo 0.9% delle IVG effettuate, nel 2007 in quattro Regioni ed una Provincia Autonoma (Emilia Romagna, Toscana, Marche, Puglia e Trento) per un totale di 1'010 casi (0.8% di tutte le IVG), nel 2008 e 2009 nelle stesse aree con 703 casi (0.6%) e 857 casi (0.7%) rispettivamente. Ulteriori dati comunicati al Ministero, su base volontaria, sono disomogenei e insufficienti a descrivere compiutamente la situazione della IVG farmacologica nelle zone in cui è stata utilizzata precedentemente alla immissione in commercio del Mifepristone. Gli elementi a disposizione indicano comunque già alcune possibili criticità della procedura farmacologica: la difficoltà nel registrare gli effetti collaterali, gli eventi avversi e ad individuare la fase dell'espulsione in caso di ricovero non ordinario, o di dimissioni anticipate contro il parere medico; la perdita di dati sulla visita di follow up del 14° giorno.

Come già anticipato nella scorsa Relazione, al fine di migliorare il livello delle informazioni raccolte, a decorrere dall'anno 2010, nel modello Istat D12 sono state introdotte le voci "tipo di intervento" e la modalità "farmacologico" che permetteranno di raccogliere il dato relativo all'intervento farmacologico. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizione 2010 saranno disponibili solo nel 2012, per supplire a questa carenza informativa, è stato deciso di integrare la rilevazione dei dati riguardanti l'utilizzo di questa metodica attraverso un apposito questionario trimestrale che affiancherà, presumibilmente per circa due anni, quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Si ritiene pertanto che già dalla prossima relazione al Parlamento possano essere disponibili dati analitici riferentesi a tale metodica.

In relazione ai tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (indicatore di efficienza dei servizi) la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è simile a quella riscontrata nel 2007 (58.9% nel 2008, rispetto al 58.6%), come

simile è la percentuale di IVG effettuate oltre 3 settimane (16.4% nel 2008, rispetto al 16.7% nel 2007), persistendo comunque una non trascurabile variabilità tra Regioni.

Nel 2008 si evince un ulteriore aumento generale dell'obiezione di coscienza già presente negli ultimi anni. A livello nazionale, per i ginecologi si passa dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007 e al 71.5% del 2008; per gli anestesisti, nello stesso intervallo temporale, dal 45.7% al 52.6%; per il personale non medico, dal 38.6% al 43.3%. La tendenza, nel tempo, alla diminuzione dei tempi di attesa tra il rilascio della certificazione e l'intervento, e il contemporaneo aumento della percentuale di personale obiettore, sembrano indicare che il livello dell'obiezione di coscienza non ha una diretta incidenza nel ricorso all'IVG.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la documentazione/certificazione rimane ancora basso (38.2%), specialmente al Sud e Isole, anche se leggermente aumentato, in gran parte per il maggior ricorso ad esso da parte delle donne straniere.

Infatti per il 2008 questo dato è risultato 31.3% tra le donne italiane rispetto al 52.4% per le cittadine straniere che ricorrono al Consultorio Familiare, in quanto servizio a bassa soglia di accesso, anche grazie alla presenza della mediatrice culturale.

Il numero dei consultori familiari pubblici notificato recentemente dalle Regioni, è stato 2168 e 114 quelli privati; pertanto risultano 0.7 consultori per 20'000 abitanti, come nel 2006 e 2007, valore inferiore a quanto previsto dalla legge 34/1996 (1 ogni 20'000 abitanti). Come si può osservare da diversi anni il loro numero è in continuo mutamento (generalmente in decremento) in considerazione del fatto che vengono talvolta comunicate senza distinzione sedi principali e sedi distaccate e che continua l'accorpamento dei Consultori.

Nel corso del 2008, in seno al Tavolo materno-infantile presente presso il Coordinamento regionale della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni, con la diretta partecipazione delle Regioni e dell'Istituto Superiore di Sanità è stato predisposto un questionario ad hoc per una rilevazione specifica sui Consultori Familiari. Si è da poco completata la raccolta dei dati ed è in corso l'analisi finale di quanto pervenuto. Sulla base dei dati raccolti il Ministero, con la collaborazione dell'ISS, sta curando la predisposizione di un rapporto nazionale.

CONCLUSIONI

- Si conferma la tendenza storica alla diminuzione dell'IVG in Italia, che diventa ancor più evidente se si scorrono i dati relativi alle donne italiane rispetto a quelli delle straniere;
- Va sottolineato come il tasso di abortività in Italia sia fra i più bassi tra i paesi occidentali; particolarmente basso è quello relativo alle minorenni, ed agli aborti ripetuti;
- Si configura in questo ambito una specifica situazione italiana: il panorama dei comportamenti relativi alla procreazione responsabile e all'IVG in Italia presenta sostanziali differenze da quelli di altri paesi occidentali e in particolare europei, nei quali l'aborto è stato legalizzato. Siamo in un paese a bassa natalità ma anche basso ricorso all'IVG – dunque l'aborto non è utilizzato come metodo contraccettivo – e insieme un paese con limitata diffusione della contraccezione chimica. Altri paesi (come Francia, Gran Bretagna e Svezia, ad es.) hanno tassi di abortività più elevati a fronte di una contraccezione chimica più diffusa, e di un'attenzione accentuata verso l'educazione alla procreazione responsabile.

In generale, il tasso di abortività sembra collegarsi non soltanto ai classici fattori di prevenzione (educazione sessuale scolastica, educazione alla procreazione responsabile, diffusione dei metodi anticoncezionali, facilità di accesso alla contraccezione di emergenza), ma anche a fattori culturali più ampi.

- circa la metà degli aborti è richiesta da donne con un'occupazione lavorativa, sia fra le italiane che fra le straniere, così come le IVG sono richieste in percentuali poco differenti fra donne coniugate e nubili, sia fra italiane che fra straniere. Fra le italiane, inoltre, quasi la metà delle IVG è richiesto da donne senza altri figli, mentre fra le straniere un aborto su tre è di una donna

senza figli. Un'analisi socio-demografica più approfondita potrebbe chiarire meglio i fattori socio-culturali, più che economici, che sembrano essere alla base di una gran parte delle scelte di IVG nel nostro paese.

- Rimane elevato, ed è comunque in aumento, il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere, che seguono comportamenti differenti per nazionalità e cultura di provenienza, anche a causa dei diversi approcci ed accessi alla procreazione responsabile e all'IVG nei paesi di origine.

Prof. Ferruccio FAZIO

DATI PRELIMINARI ANNO 2009

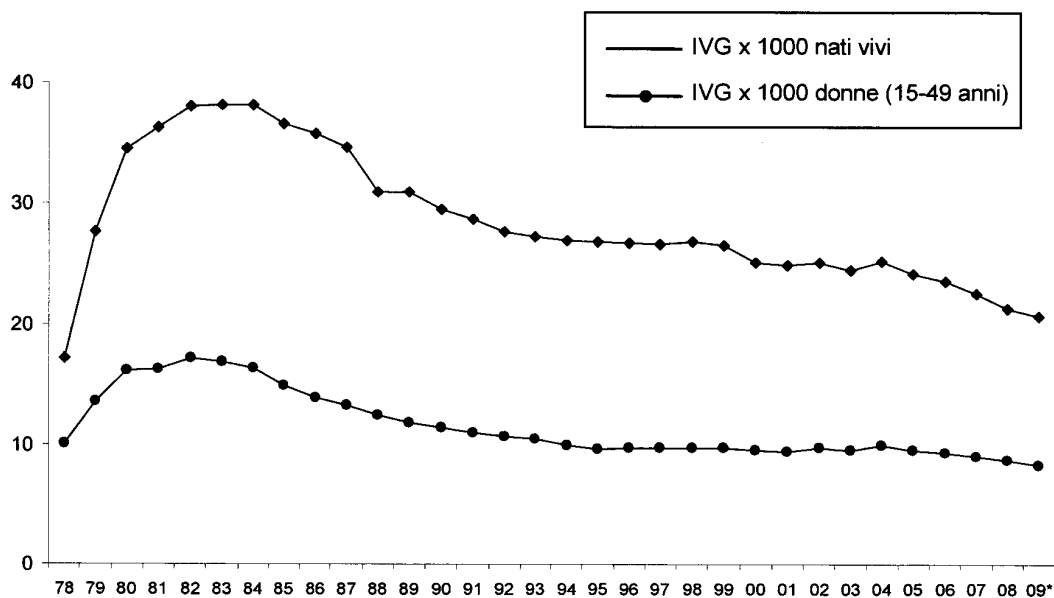
Per l'anno 2009 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Il totale di IVG risulta essere pari a 116933 (Tab. A), con un decremento del 3.6% rispetto al dato definitivo del 2008 (121301 IVG) e un decremento del 50.2% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'Istat, è risultato pari a 8.3 per 1000 donne di età 15-49 anni (Tab. B), con un decremento del 3.9% (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) rispetto al 2008 (8.7 per 1000) e con una riduzione del 51.7% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi (569366) del 2009, forniti dall'Istat, ed è risultato pari a 207.1 IVG per 1000 nati vivi (Tab. C), con un decremento del 2.8% rispetto al 2008 (213.0 per 1000) e un decremento del 45.5% rispetto al 1982.

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

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2009



* dato provvisorio

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2009 - Valori assoluti: dati 2009 e confronti con il 2008

	N. IVG per trimestre				TOTALE 2009	TOTALE 2008	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	15018	14376	12520	12127	54041	56148	-3.8
Piemonte	2723	2452	2182	2128	9485	10174	-6.8
Valle d'Aosta	63	55	54	45	217	240	-9.6
Lombardia	5499	5287	4497	4417	19700	20567	-4.2
Bolzano	150	148	133	140	571	586	-2.6
Trento	319	300	249	229	1097	1146	-4.3
Veneto	1831	1768	1667	1574	6840	6882	-0.6
Friuli Venezia Giulia	580	553	493	459	2085	2093	-0.4
Liguria	857	841	821	700	3219	3336	-3.5
Emilia Romagna	2996	2972	2424	2435	10827	11124	-2.7
ITALIA CENTRALE	7251	6817	5737	5463	25268	26172	-3.5
Toscana	2147	1998	1720	1745	7610	8077	-5.8
Umbria	532	492	440	456	1920	1918	0.1
Marche	679	675	600	494	2448	2520	-2.9
Lazio	3893	3652	2977	2768	13290	13657	-2.7
ITALIA MERIDIONALE	7756	7307	6495	5771	27329	28191	-3.1
Abruzzo	702	646	588	582	2518	2736	-8.0
Molise	181	177	157	119	634	600	5.7
Campania	3004	2896	2500	2305	10705	10891	-1.7
Puglia	2807	2619	2284	1972	9682	9962	-2.8
Basilicata	189	175	184	152	700	776	-9.8
Calabria	873	794	782	641	3090	3226	-4.2
ITALIA INSULARE	2823	2785	2422	2265	10295	10790	-4.6
Sicilia	2250	2186	1825	1718	7979	8405	-5.1
Sardegna	573	599	597	547	2316	2385	-2.9
ITALIA	32848	31285	27174	25626	116933	121301	-3.6

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2009 - Tassi di abortività: dati 2009 e confronti con il 2008

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2009	2008	
ITALIA SETTENTRIONALE	8.7	9.1	-4.4
Piemonte	9.7	10.4	-7.1
Valle d'Aosta	7.6	8.4	-9.7
Lombardia	8.8	9.2	-4.7
Bolzano	4.8	4.9	-3.2
Trento	9.2	9.7	-5.1
Veneto	6.0	6.1	-1.3
Friuli Venezia Giulia	7.8	7.9	-0.6
Liguria	9.6	9.9	-3.5
Emilia Romagna	11.1	11.6	-4.1
ITALIA CENTRALE	9.3	9.7	-4.2
Toscana	9.3	9.9	-6.2
Umbria	9.5	9.6	-1.1
Marche	6.9	7.2	-3.6
Lazio	9.9	10.2	-3.5
ITALIA MERIDIONALE	7.9	8.1	-2.6
Abruzzo	8.1	8.8	-8.5
Molise	8.6	8.1	6.2
Campania	7.3	7.4	-1.2
Puglia	9.7	10.0	-2.1
Basilicata	5.0	5.5	-9.1
Calabria	6.3	6.5	-3.8
ITALIA INSULARE	6.3	6.6	-4.3
Sicilia	6.5	6.8	-4.9
Sardegna	5.7	5.9	-2.1
ITALIA	8.3	8.7	-3.9

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2009 - Rapporti di abortività: dati 2009 e confronti con il 2008

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2009	2008	
ITALIA SETTENTRIONALE	207.8	216.5	-4.0
Piemonte	246.5	263.4	-6.4
Valle d'Aosta	176.6	197.0	-10.4
Lombardia	200.2	210.1	-4.7
Bolzano	117.8	117.6	0.1
Trento	208.4	213.0	-2.1
Veneto	142.9	142.9	0.0
Friuli Venezia Giulia	216.4	224.5	-3.6
Liguria	265.7	267.7	-0.8
Emilia Romagna	256.3	269.0	-4.7
ITALIA CENTRALE	233.4	235.9	-1.0
Toscana	239.1	257.1	-7.0
Umbria	253.7	240.1	5.7
Marche	170.9	175.7	-2.7
Lazio	243.6	238.7	2.1
ITALIA MERIDIONALE	204.6	208.4	-1.8
Abruzzo	221.8	238.4	-7.0
Molise	272.8	241.4	13.0
Campania	176.3	176.8	-0.3
Puglia	267.9	270.4	-0.9
Basilicata	150.6	159.2	-5.4
Calabria	168.2	179.5	-6.3
ITALIA INSULARE	164.3	169.3	-2.9
Sicilia	162.8	167.9	-3.1
Sardegna	169.8	174.1	-2.5
ITALIA	207.1	213.0	-2.8

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2008

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2008 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Per 4 regioni (Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna è stato necessario) per avere i dati completi integrare le informazioni ottenute con il flusso D12 Istat con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO). In totale sono state notificate 121301 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 8.7 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 213.0 per 1000 nati vivi (Tabella 1). Il tasso di abortività si riduce al 8.2 per 1000 per le sole donne residenti, cioè, togliendo dal totale delle IVG quelle relative a donne non residenti in Italia (non comprese nel denominatore del tasso), che ammontano a 5730 unità, avendo aggiunto la quota attribuibile a tale condizione del totale delle IVG per le quali non è conosciuta la residenza. Considerando trascurabile il numero di nati da donne non residenti e apportando un'analoga correzione, il rapporto di abortività risulterebbe 204.7. Tenendo conto che nel 2007 le IVG di donne non residenti ammontarono a 6825 unità (avendo aggiunto la quota di non rilevati attribuibile), i tassi e i rapporti di abortività risultavano 8.6 e 212.2 con una variazione percentuale di -4.7% e -3.5% rispettivamente.

Le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, l'andamento dei valori assoluti, dei tassi e dei rapporti di abortività per Regione di intervento dal 1982 e la figura 1 (pag.7) riporta graficamente l'evoluzione temporale dei tassi e dei rapporti di abortività. La figura 2 (pag. 13) fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2008.

Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna sempre più considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo crescente di queste donne al fenomeno dell'IVG.

1.1 Valori assoluti

Nel 2008 si è registrato un decremento delle IVG del 4.2% rispetto al 2007; il 33.0% è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2007 la percentuale era stata 32.2%). Le IVG effettuate nel 2008 da cittadine italiane (81756, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie Regioni) sono diminuite del 5.0% rispetto al 2007 (da tener conto che la popolazione in età feconda è aumentata di 81037 unità, pari allo 0.6%, grazie prevalentemente alle immigrate regolarizzate).

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2008 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2008

	1983	1991	2007	2008	VARIAZIONE %	
					2008/2007	2008/1983
NORD	105430	67619	58320	56148	-3.7	-46.7
CENTRO	52423	34178	27905	26172	-6.2	-50.1
SUD	57441	44353	29046	28191	-2.9	-50.9
ISOLE	18682	14344	11291	10790	-4.4	-42.2
ITALIA	233976	160494	126562	121301	-4.2	-48.2

Per aree geografiche (Tab. 3 e 4) si hanno: nell'Italia Settentrionale 56148 IVG con un decremento del 3.7% rispetto al 2007, nell'Italia Centrale 26172 IVG con un decremento del 6.2%, nell'Italia Meridionale 28191 IVG con un decremento del 2.9% e nell'Italia Insulare si sono avute 10790 IVG con un decremento del 4.4%.

Per quanto riguarda l'abortività clandestina, come già detto nella sintesi, pur tenendo conto dei limiti di applicabilità del modello, segnalati nelle relazioni precedenti, nel 2008 è stata effettuata una stima degli aborti clandestini per il 2005, ultimo anno per il quale sono disponibili tutti i dati per calcolare gli indici riproduttivi necessari per l'applicazione del modello stesso. La stima ottenuta di 15000 aborti clandestini, la maggior parte dei quali si riferiscono all'Italia meridionale, riguarda solo le donne italiane in quanto non si dispone di stime affidabili degli indici riproduttivi per le donne straniere. Si conferma, quindi, la contemporanea diminuzione dell'abortività legale e clandestina tra le donne italiane (quest'ultima era stata stimata pari a 100000 casi nel 1983).

1.2 Tasso di abortività

Nel 2008, il tasso di abortività, raccomandato dall'OMS come indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 8.7 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un decremento del 4.7% rispetto al 2007 (Tab. 2). Nell'introduzione al capitolo si è fatto cenno al tasso di abortività effettivo, cioè escludendo dal calcolo il contributo delle IVG effettuate da donne non residenti in Italia, che risulta 8.2 per mille, con un decremento del 4.7% rispetto all'equivalente valore per il 2007, pari a 8.6 per 1000.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2008 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2008

	1983	1991	2007	2008	VARIAZIONE* %	
					2008/2007	2008/1983
NORD	16.8	10.6	9.6	9.1	-4.5	-45.7
CENTRO	19.8	12.4	10.4	9.7	-7.2	-51.2
SUD	17.3	12.1	8.3	8.1	-3.1	-53.3
ISOLE	11.7	8.1	6.9	6.6	-4.4	-43.7
ITALIA	16.9	11.0	9.1	8.7	-4.7	-48.7

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali di tassi di abortività regionale.

La figura 2 presenta i valori regionali per il 2008. Nella figura 3 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2008 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia ed Emilia Romagna.