



Ministero della Salute

RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA ATTUAZIONE DELLA LEGGE CONTENENTE NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (LEGGE 194/78)

✓ *DATI DEFINITIVI 2016*

Roma, 22 dicembre 2017

Indice

PRESENTAZIONE	1
SISTEMA DI RACCOLTA DATI.....	10
DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2016	12
Andamento generale del fenomeno	12
1.1 Valori assoluti	14
1.2 Tasso di abortività	15
1.3 Rapporto di abortività	18
Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG.....	18
2.1 Classi di età	19
2.2 Stato civile	22
2.3 Titolo di studio	23
2.4 Occupazione	24
2.5 Residenza.....	25
2.6 Cittadinanza.....	26
2.7 Anamnesi ostetrica	29
2.7.1 Numero di nati vivi	29
2.7.2 Aborti spontanei precedenti	31
2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti	31
Modalità di svolgimento dell'IVG	34
3.1 Documentazione e certificazione	34
3.2 Urgenza	35
3.3 Epoca gestazionale.....	36
3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione.....	38
3.5 Luogo dell'intervento	39
3.6 Tipo di anestesia impiegata.....	40
3.7 Tipo di intervento	41
3.8 Durata della degenza	43
3.9 Complicanze immediate dell'IVG	44
OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2015 e 2016)	45
1. Andamento generale.....	45
2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale	45
<i>PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili</i>	46
<i>PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita</i>	49
<i>PARAMETRO 3: Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore</i> ..	50
3. Attività dei consultori familiari per l'IVG	57
TABELLE 2016.....	60
APPENDICE: STIMA ABORTI CLANDESTINI.....	95
ALLEGATO: ELABORAZIONE ISTAT “VERSO I 40 ANNI DALLA LEGGE SULL’ABORTO ... “	105

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

nella presente Relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi all'anno 2016 sull'attuazione della Legge 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

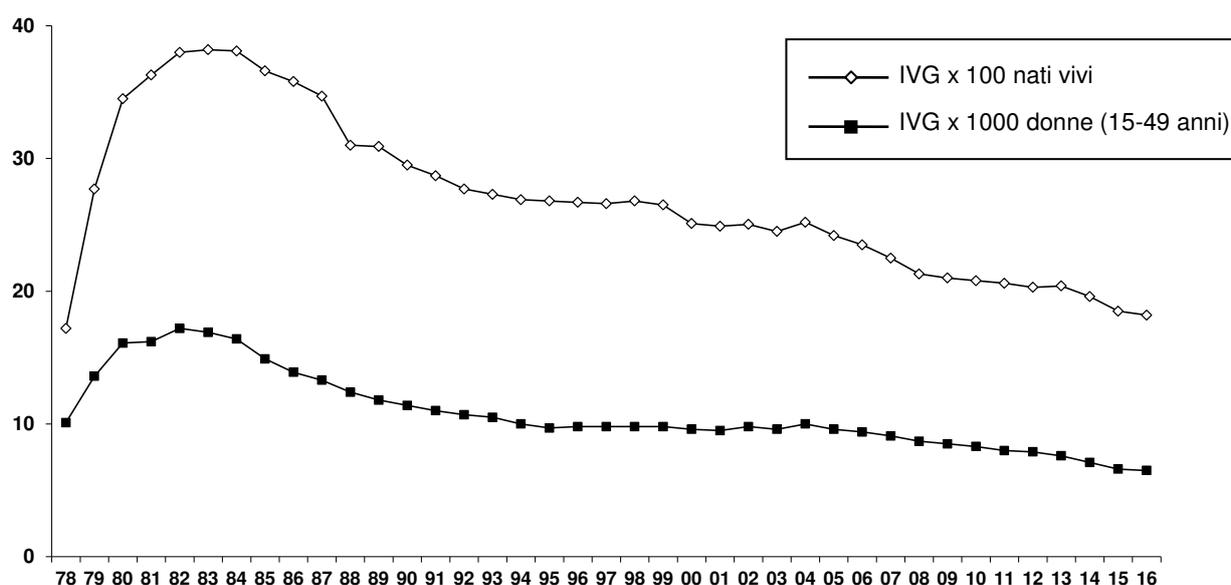
Quest'anno, per poter arrivare ad avere il dato definitivo relativo a tutto 2016 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a ottobre 2017. Presentiamo inoltre anche i risultati del monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza; dall'inizio del mio mandato questo ambito della legge 194 è oggetto di particolare attenzione e di un monitoraggio estremamente dettagliato e articolato, nel territorio, a livello sub-regionale, che richiede ogni anno una interrogazione ad hoc alle regioni. Quest'anno i dati del carico di IVG settimanali per ciascun ginecologo non obiettore sono stati raccolti e calcolati per ogni singola struttura di ricovero.

Infine, con l'avvicinarsi dei 40 anni dalla approvazione della legge 194, entrata in vigore il 22 maggio 1978, ho chiesto all'Istat di offrire una lettura di questo lungo periodo di applicazione della legge, contestualizzando la raccolta dati contenuta nelle relazioni annuali al Parlamento con i cambiamenti più significativi avvenuti nel Paese, considerando soprattutto le caratteristiche delle generazioni di donne che si sono succedute, seguendone il percorso di vita riproduttiva, che va dai 15 ai 49 anni. Lo studio dell'Istat, allegato alla presente relazione, consente di collocare i dati sulla legalizzazione dell'aborto all'interno delle dinamiche sociali e demografiche italiane degli ultimi quaranta anni e suggerisce chiavi di lettura, ipotesi interpretative e spunti di riflessione.

DATI DEFINITIVI 2016

- Prosegue l'andamento in diminuzione del fenomeno, anche se in entità minore rispetto al 2014 e, in particolare, 2015;
- Nel 2016 il numero di IVG riferito dalle regioni è stato pari a 84'926, con una diminuzione del 3.1% rispetto al 2015, anno in cui la riduzione delle IVG rispetto all'anno precedente è stata sensibilmente maggiore (-9.3%). Per il terzo anno di seguito il numero totale delle IVG è stato inferiore a 100'000, più che dimezzato rispetto ai 234'801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, per la prima volta il valore scende al di sotto di 60'000: la riduzione dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.7%, passando da 234'801 a 59'423 nel 2016.
- Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (numero di IVG per 1000 donne tra 15 e 49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG, è stato 6.5 per 1000 nel 2016, rispetto a 6.6 nel 2015, con una riduzione dell'1.7%. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale (v. par.1.2).
- Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2016 è risultato pari a 182.4, con un decremento pari a 1.4% rispetto al 2015, anno in cui questo valore è stato pari a 185.1. E' da considerare che in questi due anni i nati della popolazione presente sul territorio nazionale sono diminuiti di 7.910 unità.

Figura 1 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2016



Caratteristiche delle donne che fanno ricorso a IVG

Il ricorso all'IVG nel 2016 è diminuito in tutte le prime fasce di età, mentre è leggermente aumentato nelle donne dai 35 anni in su. I tassi di abortività più elevati restano fra le donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2016 il 46.5% delle donne italiane che hanno abortito era in possesso di licenza media superiore, mentre il 45.9% delle straniere aveva la licenza media. Il 47.4% delle italiane risultava occupata (in aumento rispetto al 2015, quando le occupate erano il 42.9%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 39.2%. Per le italiane la percentuale delle nubili (57.8%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (35.6%), mentre nelle straniere le percentuali sono molto più simili (46.8% le coniugate, 47.3% le nubili). Il 43.9% delle donne italiane che ha eseguito una IVG non aveva figli.

IVG di donne straniere

Dopo un aumento importante nel tempo, le IVG fra le straniere si sono stabilizzate e negli ultimi 3 anni cominciano a mostrare una tendenza alla diminuzione: sono il 30.0% di tutte le IVG nel 2016 rispetto a 31.1% nel 2015. E' in diminuzione anche il loro tasso di abortività (15.7 per 1000 nel 2015 rispetto a 17.2 per 1000 nel 2014 e 40.7 nel 2003), permanendo comunque una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte (v. par.2.6).

Aborto fra le minorenni

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2016 è risultato essere pari a 3.1 per 1000, valore identico a quello del 2015, ma in diminuzione rispetto agli anni precedenti (3.7 nel 2014, 4.4 nel 2012), con livelli più elevati nell'Italia centrale; i 2.596 interventi effettuati da minorenni sono pari al 3.0% di tutte le IVG (erano il 2.9% nel 2015). 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 (v. par. 2.1).

Aborti ripetuti

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 26.4% (26.9% nel 2014), valore simile a quello rilevato negli ultimi 10 anni. Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2016 sono 22.1% per le italiane e 37.0% per le straniere (erano 20.8% e 37.7%, rispettivamente, nel 2012). La percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi (v. par. 2.7.3).

Modalità di svolgimento dell'IVG

La metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2016 (52.2% dei casi). È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2016 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 15.7% dei casi, rispetto al 15.2% del 2015 e al 12.9% del 2014. Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto fra le regioni.

Si riscontra una tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre le 12 settimane di gestazione: 5.3% nel 2016, 5.0% nel 2015, 4.7% nel 2014, rispetto al 3.8% nel 2012. Una percentuale che rimane comunque fra le più basse a livello internazionale. Le donne straniere vi ricorrono per il 2.9%, mentre le italiane per il 6.4%, probabilmente per il minore accesso delle straniere alle analisi prenatali.

Continua la tendenza all'aumento del ricorso alla procedura d'urgenza: è avvenuto nel 17.8% dei casi rispetto al 16.7% dei casi nel 2015, l'11.6% del 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (33.6%), Piemonte (31.9%), Lazio (29.4%), Emilia Romagna (24.0%) e in Toscana (22.6%).

Anche per il 2016 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.9%) degli altri servizi.

Tempi di attesa

Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei servizi). La percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti aumentata: è il 66.3% nel 2016, era il 65.3% nel 2015 e il 59.6% nel 2011.

È diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa: 12.4% nel 2016 rispetto a 13.2% nel 2015 e 2014, e al 15.7% nel 2011.

Mobilità regionale

Il 91.4% delle IVG viene effettuata nella regione di residenza, di cui l'86.5% nella provincia di residenza, corrispondenti ad una bassa mobilità fra le regioni e in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del SSN. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

Offerta del servizio e obiezione di coscienza (anni 2015 e 2016)

È proseguita l'attività del "Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194", attivato presso il Ministero della Salute il 18 luglio 2013 rilevando i dati sull'obiezione di coscienza sia per il 2015 che per il 2016.

Si è ritenuto opportuno continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati dal 2013 e 2014, i cui risultati sono stati pubblicati nelle precedenti relazioni al Parlamento, e per il terzo parametro, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, si è scesi a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

In particolare, riguardo al **parametro 1 - offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili** - il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, a livello nazionale aggregando il dato comunicato dalle regioni al sistema di sorveglianza IVG, nel 2015 risulta pari a 648 e nel 2016 a 614, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2015 risulta pari a 385, cioè il 59.4% del totale e 371 (60.4% del totale) nel 2016, valore numericamente in diminuzione ma percentualmente in aumento rispetto all'anno precedente.

Nel 2016, il confronto fra il totale delle sedi fisiche di strutture di ricovero con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione mostra che solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite. Per il resto la copertura è adeguata.

Il **parametro 2 - offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita** - rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78, contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Per il 2015 si conferma la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 18% delle nascite (era il 20% nel 2014), il numero di punti IVG è pari all'82% del numero di punti nascita (era il 74% nel 2014), di molto superiore rispetto a quello che sarebbe se si rispettassero le proporzioni fra IVG e nascite. Per il 2016 non è stato possibile calcolare questo parametro perché al momento in cui questa relazione va in stampa, i dati sui punti nascita effettivamente attivi non sono ancora consolidati.

Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita: a livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), nel 2015 si contano 3.4 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.2:1, cioè ogni 10 strutture in cui si fa IVG ce ne sono poco meno di 12 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

I dati del **parametro 3 - carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore** – sono sostanzialmente stabili, sia per il 2015 che per il 2016. Considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.3 della Valle d’Aosta alle 8.1 del Molise nel 2015 che poi nel 2016 diventa 9.0, con una media nazionale di 1.3 IVG a settimana nel 2015 e 1.6 IVG a settimana nel 2016 (leggermente inferiori o uguali agli anni precedenti: 1.6 nel 2014 e 2013, 1.4 nel 2012).

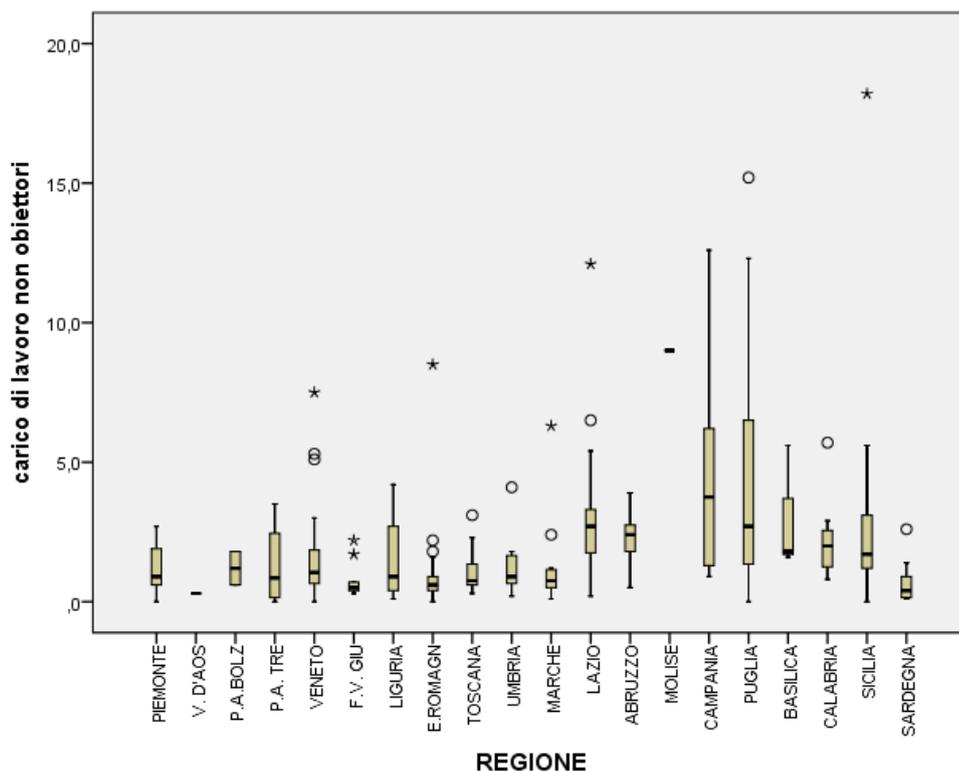
Per quest’anno il terzo parametro è stato valutato a livello di singola struttura ospedaliera, attraverso i dati rilevati con il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute.

Per il 2015, delle 336 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo 3 presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier cioè valori “anomali”).

Per il 2016, delle 356 strutture IVG per le quali le Regioni hanno fornito i dati, solo 5 presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier).

Si auspica che tale analisi di dettaglio per singola struttura venga effettuata dalle amministrazioni locali (regione o Asl/Distretto) per evidenziare eventuali problematiche e garantire un’appropriata organizzazione dei servizi.

Come mostra il seguente grafico box plot, la situazione nel 2016 è diversa da regione a regione, ma nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all’interno del territorio regionale. Gli outlier, cioè i valori “anomali” che si discostano molto dalla media regionale (indicati come punti isolati nel grafico con * e °), sono molto pochi e presenti solo in alcune regioni.



Dall'evoluzione storica dei dati, relativamente al parametro 3 considerato a livello nazionale, si vede come questo carico di lavoro si sia dimezzato dal 1983, anno in cui corrispondeva a 3.3 IVG settimanali: un risultato dovuto complessivamente al più che dimezzamento delle IVG in trent'anni rispetto alla quasi costanza del numero dei non obiettori, che negli ultimi due anni risultano aumentati in numero assoluto.

Dai dati comunicati dalle regioni è emerso che, a livello nazionale, nel 2015 l'8% dei ginecologi non obiettori, pari a 98 ginecologi, e il 6.6% nel 2016, pari a 69 ginecologi, è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza.

I dati suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi una parte dei non obiettori viene assegnata ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale in coerenza con le richieste). Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. Si noti che delle tre regioni in cui si segnalano forti scostamenti del carico di lavoro medio regionale, per ciascun ginecologo non obiettore, due (Puglia e Sicilia) dispongono anche di personale non obiettore non assegnato ai servizi IVG.

Allo stesso tempo i medesimi dati, sempre relativamente alle singole strutture, hanno consentito di evidenziare quelle situazioni in cui le aziende sanitarie hanno risolto situazioni potenzialmente critiche.

Il numero di non obiettori, nonostante quelli non assegnati al servizio IVG, risulta quindi congruo, anche a livello locale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto, anche nelle situazioni di maggiore scostamento dai valori medi, non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG.

Consultori familiari

Anche per il 2015 e 2016 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati nel 2015 per l'85% dei consultori (come nel 2014), mentre per il 2016 solo per il 69%. In entrambi gli anni il dato della Campania è pervenuto in maniera parziale. In generale, il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere, e tende a diminuire (29.7% vs 70.5% nel 2015 e 23.1% vs 70.9% nel 2016).

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 Legge 194/78).

Quaranta anni

La disponibilità di una serie storica di dati di applicazione della Legge 194/78, che copre quasi un quarantennio, consente di leggere il fenomeno dell'aborto volontario attraverso le generazioni delle donne che in questo arco di tempo lo hanno sperimentato almeno una volta nella loro vita. Si tratta di confrontare donne della stessa età che sono nate e vissute in periodi diversi: per esempio quando parliamo del comportamento delle quindicenni nei confronti dell'IVG, ci si riferisce alle donne che hanno effettuato un aborto volontario a quindici anni, paragonando le quindicenni nate

nel 1965 (primo anno in cui sono disponibili i dati della serie) con quelle nate negli anni successivi, fino al 2001 (ultimo anno in cui sono disponibili i dati della serie). Questo tipo di lettura “longitudinale” (cioè che legge i fenomeni considerandone i parametri caratteristici raccolti in un determinato momento e poi seguendone l’evoluzione nel tempo) è stata effettuata dall’Istat ed è allegata alla presente Relazione. Paragonare, ad esempio, le quindicenni nate in anni diversi significa confrontare generazioni diverse che l’Istat, nel suo Rapporto Annuale del 2016, ha raggruppato ed “etichettato” secondo il contesto storico di appartenenza: la generazione della Ricostruzione (persone nate fra il 1937 e il 1945), quella dell’Impegno (baby boom1, 1946-1954), dell’Identità (baby boom 2, 1955-1965), della Transizione (1966-1980), del Millennio (1981-1995), delle Reti (1996-2015).

Nell’analisi delle generazioni, come per molti dei dati presentati in questa relazione, sono state estratte le donne con cittadinanza straniera, viste le profonde differenze rispetto alle donne italiane nei livelli di abortività e nei comportamenti riproduttivi.

L’analisi dell’abortività volontaria è corredata dai dati sull’uso e diffusione della contraccezione nel nostro Paese, insieme ai cambiamenti riguardanti matrimonio, convivenze, numero dei partner, autonomia delle donne in ambito economico e nelle scelte riproduttive.

Il quadro risultante è articolato e complesso. Di seguito sono indicate alcune fra le osservazioni principali, non certo esaustive dell’intero studio effettuato:

- l’aborto volontario, dopo una prima fase iniziale, è costantemente diminuito, anche secondo l’analisi generazionale, e non è mai stato un mezzo di controllo delle nascite;
- la separazione sempre più netta fra sessualità e procreazione aumenta il tempo che intercorre fra l’inizio della attività sessuale e la nascita del primo figlio: è questo un periodo in cui le gravidanze sono spesso indesiderate;
- sia per le donne italiane che per le straniere, nelle ultime generazioni sono le ventenni a mostrare un ricorso più elevato all’IVG;
- i tassi di abortività delle giovanissime (tra i 15 e i 20 anni) delle generazioni più recenti mostrano un andamento diverso rispetto a quello di altre fasce d’età: pur restando fra i valori più bassi dei Paesi occidentali, hanno avuto negli ultimi anni prima un aumento, seguito da una stabilizzazione e poi da una diminuzione, quest’ultima meno evidente nelle 15-16enni. Ciò potrebbe essere legato alla tendenza all’aumento nelle giovanissime del numero dei partner, che si ridimensiona con l’età, e all’inizio sempre più precoce dei rapporti sessuali. Al tempo stesso, tuttavia, si osserva in Italia, in questa fascia di età, una minore diffusione della contraccezione ormonale, rispetto ad altri Paesi europei con cui siamo soliti confrontarci (Svezia, Gran Bretagna, Francia), dove a un utilizzo nettamente maggiore della pillola contraccettiva corrisponde tuttavia un altrettanto maggiore tasso di abortività;
- dati recenti sulla contraccezione mostrano tra i giovani (15-24enni di entrambi i sessi) una diffusione sempre maggiore del profilattico, che ha la duplice funzione di minimizzare il rischio di gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili. Rispetto agli altri Paesi europei siamo ancora distanti dalla diffusione più massiccia della pillola contraccettiva, notoriamente più efficace del profilattico. Nonostante ciò fra le giovani italiane si osserva una percentuale bassa di gravidanze e una bassa abortività. Ciò può essere parzialmente spiegato dal fatto che i nostri giovani, rispetto ai paesi Nord Europei, restano più a lungo in famiglia, trovandosi a gestire anni di attività sessuale (non solo in età adolescenziale) continuando a vivere con i propri genitori. Questo fa sì che la frequenza dei rapporti sessuali e il numero dei partner, seppur in aumento rispetto alle generazioni precedenti, siano comunque inferiori rispetto ai coetanei di altri paesi europei;

- Il livello di istruzione è risultato fortemente associato al ricorso all'IVG: donne con titolo di studio più basso presentano valori di abortività più elevati in tutte le generazioni. L'*empowerment* delle donne rappresenta quindi uno strumento efficace per indirizzare le loro scelte riproduttive in maniera più consapevole.

Conclusioni

- ✓ dal 1983 l'IVG è in continua e progressiva diminuzione in Italia; attualmente il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei paesi occidentali;
- ✓ un terzo delle IVG totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo in percentuale, in numero assoluto e nel tasso di abortività;
- ✓ in generale sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le regioni; la mobilità fra le regioni e province è in linea con quella di altri servizi del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ riguardo l'esercizio dell'obiezione di coscienza e l'accesso ai servizi IVG, si conferma quanto osservato nelle precedenti relazioni al Parlamento: per quanto riguarda i carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore, sia su base regionale che considerando le singole strutture, pur in presenza di casi che si discostano dalla media, non emergono particolari criticità nei servizi di IVG.

In particolare, si osserva che le IVG vengono effettuate nel 60.4% delle strutture disponibili, con una copertura adeguata, tranne che in Campania e P.A. Bolzano (dati 2016). Il numero dei punti IVG, paragonato a quello dei punti nascita, mostra che mentre il numero di IVG è pari a circa il 18% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari all'82% del numero di punti nascita, superiore, cioè a quello che sarebbe rispettando le proporzioni fra IVG e nascite. Confrontando poi punti nascita e punti IVG non in valore assoluto, ma rispetto alla popolazione femminile in età fertile, a livello nazionale, ogni 10 strutture in cui si fa una IVG, ce ne sono poco meno di 12 in cui si partorisce. Infine, valutando le IVG settimanali a carico di ciascun ginecologo non obiettore, considerando 44 settimane lavorative in un anno, a livello nazionale ogni non obiettore ne effettua 1.6 a settimana. Questo stesso parametro, calcolato a livello di singola struttura, mostra che per il 2015, delle 336 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo 3 presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale. Per il 2016, le strutture IVG che hanno riportato il dato sono 356 e sono 5 quelle con carichi di lavoro di molto superiori alla media regionale. Anche in questi casi, si tratta comunque di un carico di IVG per ciascun non obiettore che non dovrebbe impegnare tutta la sua attività lavorativa. Continuano ad essere rilevati i ginecologi non obiettori non assegnati ai servizi IVG - l'8% nel 2015, pari a 98 ginecologi, e il 6.6% nel 2016 pari a 69 ginecologi - probabilmente perché, in gran parte di questi casi, il numero dei non obiettori viene ritenuto superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG e quindi parte di questo personale viene assegnato ad altri servizi. Il numero dei non obiettori nelle strutture ospedaliere sembra congruo rispetto alle IVG effettuate;

- ✓ il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere;
- ✓ l'analisi dei quaranta anni di applicazione della legge 194, effettuata dall'Istat, conferma il calo costante dell'abortività in Italia, anche nell'analisi longitudinale delle generazioni. La diminuzione di donne in età fertile e il calo della loro fecondità, i cambiamenti importanti per la nuzialità, la condizione occupazionale delle donne e la loro maggiore autonomia nelle

scelte riproduttive, la separazione netta fra sessualità (sempre più precoce) e genitorialità (sempre più tardiva) che fa aumentare il periodo di tempo in cui si vuole evitare una gravidanza: all'interno di questi fattori, principalmente, è stata collocata la lettura dell'abortività volontaria in Italia, dalla quale emerge che non è mai diventata un mezzo di controllo delle nascite, nonostante gli importanti cambiamenti generazionali avvenuti. Le giovanissime (15-20 anni) delle generazioni più recenti sono l'unico gruppo per cui si è verificato un (lieve) aumento del ricorso all'IVG, fenomeno che sta comunque rientrando e che si presenta a livelli inferiori rispetto a molti Paesi occidentali. Lo stare a lungo in famiglia, in Italia, può rappresentare una sorta di "protezione" da quei comportamenti rischiosi che portano a concepimenti indesiderati;

- ✓ il quadro generale descritto dall'Istat è ricco, articolato e complesso: vogliamo offrirlo alla società italiana tutta, in allegato alla presente Relazione, come autorevole riferimento per le riflessioni che sicuramente si svilupperanno nei prossimi mesi, in occasione della ricorrenza dei quaranta anni di applicazione della legge stessa.

La presente Relazione sarà integralmente tradotta in inglese e resa disponibile alla comunità nazionale e internazionale sul sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Beatrice Lorenzin

SISTEMA DI RACCOLTA DATI

Nella presente relazione vengono analizzati e illustrati i dati definitivi relativi al 2016 sull'attuazione della legge 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 dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Il modello contiene informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne, sui servizi coinvolti nel rilascio del documento/certificazione, su quelli che effettuano l'intervento e sulle sue modalità di esecuzione. Le regioni provvedono a raccogliere queste informazioni dalle strutture e ad analizzarle 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/Istat. 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.

Dalla sua attivazione nel 1980, il Sistema di Sorveglianza ha permesso di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire i dati e la relativa analisi per la relazione annuale al Parlamento 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 realizzati.

Quest'anno, per poter arrivare ad avere il dato definitivo relativo a tutto 2016 (anno precedente a quello in corso) è stato necessario prorogare la raccolta dati e il loro controllo fino a ottobre 2017. Grazie all'ottimo lavoro svolto dai professionisti che si occupano di ciò a livello locale, dalle Regioni, dall'Istat e dal gruppo di coordinamento del Sistema di Sorveglianza dell'ISS non è stato necessario, come negli anni passati, integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza con il dato proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Alcuni referenti regionali hanno fatto tuttavia presente difficoltà nel ricevere i dati dalle strutture dove vengono effettuate le IVG e la chiusura di alcuni servizi IVG. In alcuni casi sono inoltre stati rilevati alcuni problemi nella completezza delle informazioni raccolte con i modelli D12/Istat. In particolare si segnala la presenza di un elevato numero di informazioni mancanti per alcune variabili nei dati del 2016 provenienti dalla Lombardia e dalla Puglia.

Tutte le regioni e, per loro tramite, le realtà locali (ASL e strutture) sono sollecitate ad adottare misure idonee affinché permanga nel tempo immutata l'eccellenza della qualità del Sistema italiano di Sorveglianza epidemiologica delle IVG che dispone e pubblica i dati in maniera più completa e tempestiva rispetto a molti altri Paesi europei.

A tal fine le istituzioni centrali (ISS, Ministero della Salute e Istat) si sono sempre dimostrate disponibili ad aiutare gli uffici regionali a risolvere i problemi che si presentano, a suggerire procedure per una migliore raccolta dati a livello territoriale e a partecipare agli auspicati periodici momenti di confronto a livello locale sulla qualità del flusso informativo, sulla qualità delle procedure per assicurare l'applicazione della Legge 194, sull'andamento

del fenomeno e per la messa a punto e la verifica dell'efficacia delle proposte di miglioramento.

La legge 194 è molto esplicita a questo proposito. Nell'art. 16 afferma "Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie [alla relazione del Ministro della salute] entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro". Tuttavia, come già indicato in precedenti relazioni, le regioni denunciano la pratica impossibilità di recuperare, controllare ed elaborare tutte le informazioni da inviare agli Organi Centrali per la predisposizione della relazione ministeriale nei tempi indicati dalla legge (mese di febbraio dell'anno successivo). L'ISS concorda con tale affermazione, data la complessità della gestione accurata e completa del flusso informativo che rende impossibile il rispetto di questa scadenza, ma ritiene che non sempre a questo flusso dati venga prestata la giusta attenzione e che ci siano margini di miglioramento per la sua completezza di informazioni e tempistica.

Per assicurare continuità e buona qualità della raccolta dei dati e una piena applicazione della legge, il Ministero della Salute ha promosso un progetto coordinato dall'ISS della durata di un anno (da marzo 2015 a marzo 2016). Nel corso del progetto sono stati organizzati incontri tra l'ISS, il Ministero della Salute e i referenti regionali del Sistema di sorveglianza IVG e del Tavolo Tecnico per la piena applicazione della L.194/78 ed è stata svolta un'indagine per valutare le problematiche presenti a livello locale.

Tutte le regioni hanno aderito e mandato alcune informazioni all'ISS. Molte regioni hanno ormai informatizzato il flusso dei dati utilizzando strumenti locali o il software fornito gratuitamente dall'ISS. Sono emerse sia criticità che buone pratiche a livello regionale, con notevoli differenze e peculiarità talvolta anche all'interno dei territori regionali. Per questo motivo appare di grande importanza che le regioni producano, oltre ai dati da comunicare a Ministero e ISS ai fini della Relazione al Parlamento prevista dalla Legge 194/78, anche report locali, in modo da individuare con maggiore puntualità le peculiarità del territorio regionale, contestualizzandole nella situazione geografica, demografica, sociale e nell'organizzazione sanitaria regionale, spesso profondamente diverse fra le regioni e talvolta anche all'interno delle regioni stesse (ad esempio aree metropolitane e province, oppure zone caratterizzate da immigrazione con gruppi etnici specifici e molto diversi fra loro).

Infine è stato realizzato, nel febbraio del 2016, un corso di formazione accreditato per i referenti regionali in cui sono state presentate dall'ISS e dall'Istat le tecniche di controllo dei dati e sono stati illustrati esempi su come superare le principali criticità sul flusso dati e sull'applicazione della Legge 194, anche attraverso soluzioni trovate in alcune regioni. Al corso hanno partecipato 30 referenti regionali di 17 regioni ed il materiale prodotto, incluso un fac-simile di rapporto che le regioni possono utilizzare per divulgare i propri dati, è stato messo a disposizione dei referenti di tutte le regioni.

Infatti, ancora una volta, si ricorda l'importanza in un buon sistema di sorveglianza del ritorno tempestivo dell'informazione a livello locale, aspetto essenziale per il miglioramento della qualità dei dati da parte del territorio e prima attività utile per instaurare azioni di prevenzione e di miglioramento dei servizi. A tal fine si auspica che un numero sempre maggiore di regioni producano dei rapporti sull'IVG e svolgano riunioni con i professionisti coinvolti per discutere i dati prodotti e l'applicazione della Legge 194.

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELLE IVG EFFETTUATE NEL 2016

Andamento generale del fenomeno

Per il 2016 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le regioni. I dati, come negli anni precedenti, si riferiscono alle regioni dove è stato effettuato l'intervento, indipendentemente dal luogo di residenza della donna.

A differenza degli anni precedenti non è stato necessario integrare le informazioni ottenute dal flusso del Sistema di Sorveglianza dell'IVG, basato sui D12/Istat, con il dato proveniente dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

In totale nel 2016 sono state notificate 84'926 IVG (Tab. 1), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno, anche se in misura minore rispetto a quello osservato nel 2015 (-3.1% rispetto al dato del 2015 e un decremento del 63.8% rispetto al 1982, anno in cui si è osservato il più alto numero di IVG in Italia, 234'801 casi). Diminuzioni percentuali particolarmente elevate si osservano in Campania, Lazio, PA di Trento e Valle d'Aosta. La distribuzione per trimestre mostra, come negli anni precedenti, valori più bassi nella seconda parte dell'anno.

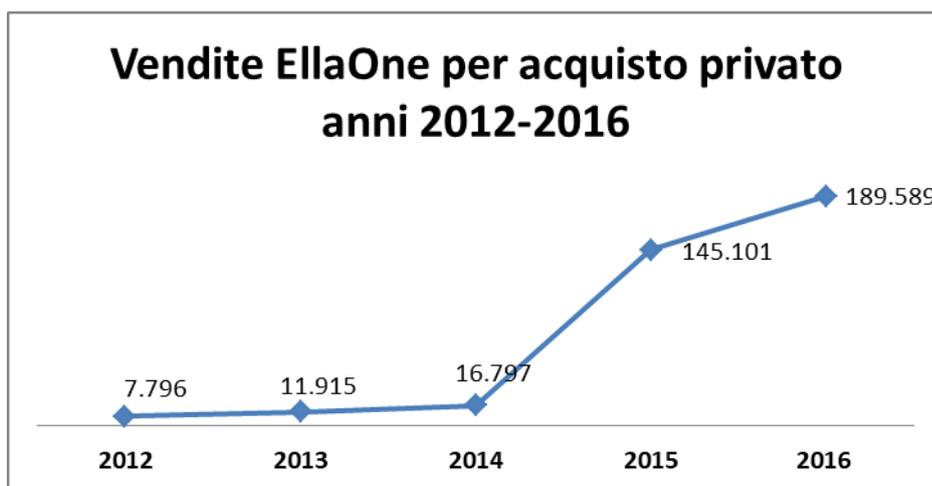
IVG per trimestre nel 2016 e confronti con il 2015

	N. IVG per trimestre (2016)				TOTALE	TOTALE	VAR.
	I	II	III	IV	2016	2015	%
ITALIA SETTENTRIONALE	10978	10178	8949	9065	39170	39728	-1.4
Piemonte	1891	1716	1617	1581	6805	6917	-1.6
Valle d'Aosta	47	45	42	40	174	184	-5.4
Lombardia	3996	3678	3177	3260	14111	14304	-1.3
Bolzano	141	146	135	141	563	517	8.9
Trento	197	178	150	159	684	726	-5.8
Veneto	1397	1316	1167	1160	5040	5044	-0.1
Friuli Venezia Giulia	421	357	333	325	1436	1488	-3.5
Liguria	753	697	635	584	2669	2700	-1.1
Emilia Romagna	2135	2045	1693	1815	7688	7848	-2.0
ITALIA CENTRALE	5095	4721	4089	3958	17863	18770	-4.8
Toscana	1700	1553	1382	1275	5910	6100	-3.1
Umbria	346	351	291	315	1303	1365	-4.5
Marche	447	458	353	360	1618	1688	-4.1
Lazio	2602	2359	2063	2008	9032	9617	-6.1
ITALIA MERIDIONALE	5715	5411	4506	4203	19835	20746	-4.4
Abruzzo	458	461	455	420	1794	1866	-3.9
Molise	114	100	79	105	398	356	11.8
Campania	2287	2157	1667	1449	7560	8284	-8.7
Puglia	2167	1996	1682	1616	7461	7574	-1.5
Basilicata	157	143	140	124	564	557	1.3
Calabria	532	554	483	489	2058	2109	-2.4
ITALIA INSULARE	2286	2142	1912	1718	8058	8395	-4.0
Sicilia	1781	1625	1485	1306	6197	6457	-4.0
Sardegna	505	517	427	412	1861	1938	-4.0
ITALIA	24074	22452	19456	18944	84926	87639	-3.1

L'andamento di questi ultimi anni, come già presentato lo scorso anno, potrebbe essere almeno in parte collegato alla determina AIFA del 21 aprile 2015 (G.U. n.105 dell'8 maggio 2015) che elimina, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica dell'Ulipristal acetato (ellaOne), contraccettivo d'emergenza meglio noto come "pillola dei 5 giorni dopo".

I dati AIFA delle vendite dell'Ulipristal acetato (ellaOne), in Figura 2, continuano a mostrare, infatti, un incremento significativo nel 2015 rispetto agli anni precedenti (7'796 confezioni nel 2012, 11'915 nel 2013, 16'797 nel 2014 e 145'101 nel 2015), con un aumento anche nel 2016, ma più contenuto (189'589 confezioni).

Figura 2 – Vendite Ulipristal acetato (ellaOne) per acquisto privato - anni 2012-2016



(Fonte dati anni 2012-2015: AIFA; Fonte dati anno 2016: Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004)

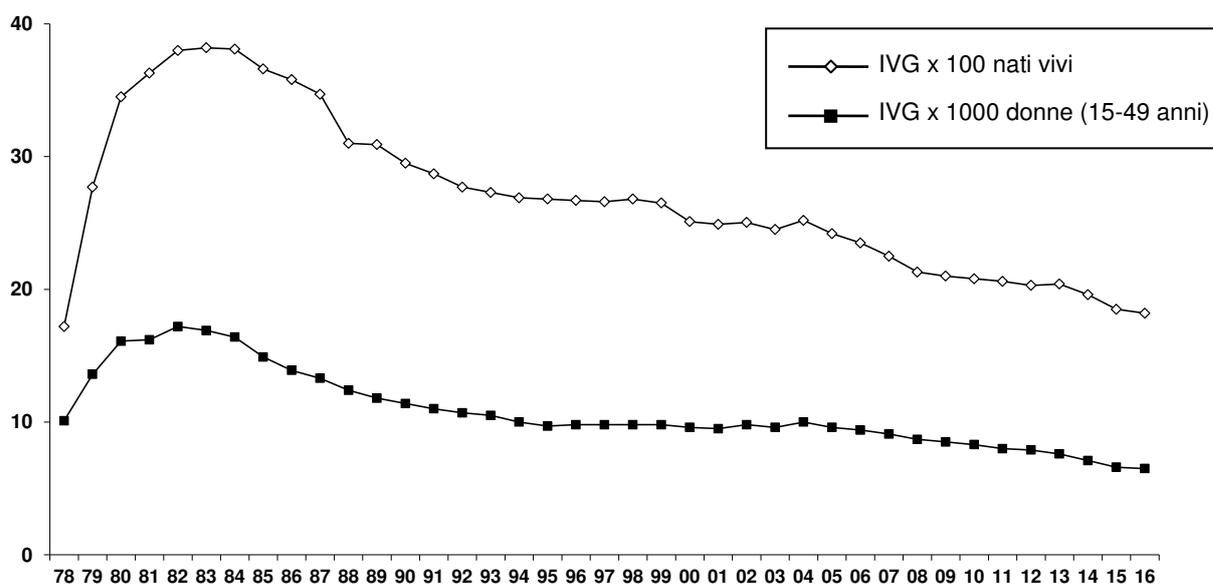
Si segnala inoltre che, sempre nell'ambito della contraccezione d'emergenza, nel 2016 la determina AIFA del 1 febbraio 2016 (G.U. n.52 del 3 marzo 2016) ha eliminato, per le maggiorenni, l'obbligo di prescrizione medica del Levonorgestrel (Norlevo), noto come "pillola del giorno dopo", che nel 2016 ha registrato un dato di vendita pari a 214'532 confezioni (come rilevato dalla Fonte del Ministero della Salute -Tracciabilità del Farmaco - DM 15 luglio 2004), in aumento rispetto al 2015 in cui, la stessa fonte, registrava 161'888 confezioni di Norvelo distribuite.

Anche i due indicatori dell'abortività (tasso e rapporto) confermano l'andamento in diminuzione. Infatti il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1000 donne di 15-49 anni residenti in Italia) è risultato pari a 6.5 per 1000 nel 2016, con un decremento dell'1.7% rispetto al 2015 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali) e con una riduzione del 62.4% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività (N. IVG rispetto a 1000 nati vivi) è risultato pari a 182.4 per 1000 nel 2016, con una riduzione dell'1.4% rispetto al 2015 e un decremento del 52.0% rispetto al 1982.

L'andamento negli anni dei tassi e dei rapporti di abortività (quest'ultimo indicatore riportato a 100 nati vivi invece che 1000 per permettere di inserirlo nello stesso grafico) è illustrato in Figura 3.

Figura 3 – Tassi e Rapporti di abortività – Italia 1978-2016



Il tasso di abortività si riduce a 6.2 per 1000 nel 2016 se si considerano le IVG delle sole donne residenti, cioè togliendo dal totale delle IVG le 2956 relative alle donne non residenti in Italia (popolazione non compresa nel denominatore del tasso), calcolate avendo anche ridistribuito le IVG per le quali non è conosciuta la residenza della donna, con una riduzione del 3.1% rispetto al tasso per le residenti calcolato nella stessa maniera nel 2015 (6.4 per 1000). Poiché il numero dei nati vivi utilizzato per il calcolo del rapporto di abortività si riferisce alla popolazione presente non è necessario apportare alcuna correzione.

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.

1.1 Valori assoluti

Nel 2016 si è registrato un decremento delle IVG del 3.1% rispetto al 2015 (Tab. 4). Circa un terzo degli interventi (30.0%) ha riguardato cittadine straniere, come ormai si osserva da diversi anni (Tab. 12). Le IVG effettuate nel 2016 da cittadine italiane (59'423, avendo aggiunto la quota stimata di cittadine italiane dei non rilevati nelle varie regioni) sono diminuite dell'1.6% rispetto al 2015 (60'384). Tra le straniere la diminuzione in termini di valori assoluti (sempre sui valori calcolati ridistribuendo i casi in cui non stata riportata la cittadinanza) è risultata maggiore: -6.4%.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2016 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2016

	1983	1991	2014	2015	2016	VARIAZIONE %	
						2016/2015	2016/1983
NORD	105430	67619	43916	39728	39170	-1.4	-62.8
CENTRO	52423	34178	20259	18770	17863	-4.8	-65.9
SUD	57441	44353	23564	20746	19835	-4.4	-65.5
ISOLE	18682	14344	8829	8395	8058	-4.0	-56.9
ITALIA	233976	160494	96578	87639	84926	-3.1	-63.7

Per aree geografiche (Tab. 1, 3 e 4) nel 2016 si hanno: nell'Italia Settentrionale 39'170 IVG con un decremento del 1.4% rispetto al 2015, nell'Italia Centrale 17863 IVG (-4.8%), nell'Italia Meridionale 19'835 IVG (-4.4%) e nell'Italia Insulare si sono avute 8'058 IVG (-4.0%).

Per quanto riguarda l'abortività clandestina l'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una stima degli aborti clandestini per il 2012, utilizzando lo stesso modello matematico applicato nel passato, pur tenendo conto dei suoi limiti legati principalmente alle modifiche avvenute nel nostro Paese per quanto riguarda la popolazione (diminuzione delle donne in età fertile e aumento della popolazione straniera) e la riproduzione (desiderio di un numero inferiore di figli, spostamento dei concepimenti ad età più avanzate e mancanza di dati sulla diffusione di metodi contraccettivi). Il numero di aborti clandestini per le donne italiane è stimato compreso nell'intervallo tra 12'000 e 15'000. Per la prima volta si è effettuata una stima anche per le donne straniere che è risultata compresa tra 3'000 e 5'000 aborti clandestini, per quanto in questo caso gli aspetti critici da un punto di vista metodologico sono ancora più rilevanti. Queste stime indicano una stabilizzazione del fenomeno negli ultimi anni, almeno per quanto riguarda le italiane (15'000 erano gli aborti clandestini stimati per le italiane nel 2005), e una notevole diminuzione rispetto agli anni 80-90 (100'000 erano i casi stimati per il 1983, 72'000 nel 1990 e 43'500 nel 1995).

Nel 2016 l'Istat, in collaborazione con l'ISS, ha messo a punto un nuovo modello di stima con informazioni più aggiornate e più recenti su vari aspetti, ad esempio struttura della popolazione in età fertile, tendenze della fecondità, contraccezione. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è stata considerata anche la contraccezione d'emergenza che proprio negli ultimi due anni (2015 e 2016) è stata oggetto di profonde modifiche nell'utilizzo e nella diffusione, a seguito delle recenti disposizioni dell'AIFA che ne hanno reso possibile l'acquisto senza ricetta medica per le donne maggiorenni. Questo aspetto ha fatto sì che le nuove stime effettuate presentino valori instabili, seppur compresi in un intervallo abbastanza ristretto che va dai 10.000 ai 13.000 casi. Una conferma della bassa entità del fenomeno viene anche dalle analisi condotte sulle complicanze associabili a casi sospetti di aborti clandestini e sull'aborto spontaneo (vedi appendice). Sarà cura del Ministero (insieme con l'ISS e l'Istat) replicare la stima per gli anni a venire, affinando ulteriormente il modello con dati sempre più aggiornati e consolidati.

1.2 Tasso di abortività

Nel 2016 il tasso di abortività, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 6.5 IVG per 1000 donne in età 15-49 anni (Tab. 1), con un decremento dell'1.7% rispetto al 2015, anno in cui il tasso è stato pari a 6.6 per 1000 (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 6.2 per 1000 nel 2016.

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2016 è riportato nella tabella seguente.

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2016

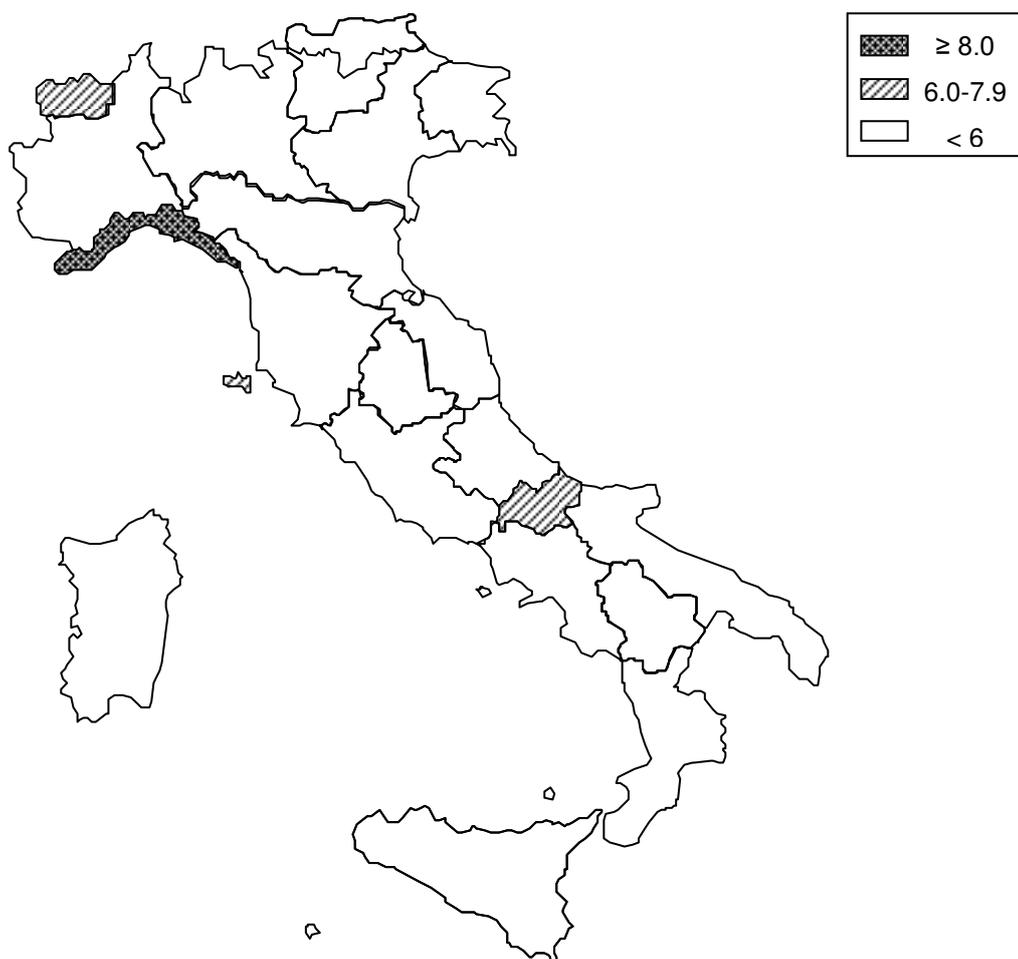
	1983	1991	2014	2015	2016	VARIAZIONE* %	
						2016/2015	2016/1983
NORD	16.8	10.6	7.3	6.7	6.7	0.2	-60.1
CENTRO	19.8	12.4	7.6	7.1	6.9	-3.4	-65.4
SUD	17.3	12.1	7.1	6.4	6.2	-2.8	-64.3
ISOLE	11.7	8.1	5.7	5.5	5.4	-2.4	-54.3

ITALIA	16.9	11.0	7.1	6.6	6.5	-1.7	-61.9
--------	------	------	-----	-----	-----	------	-------

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

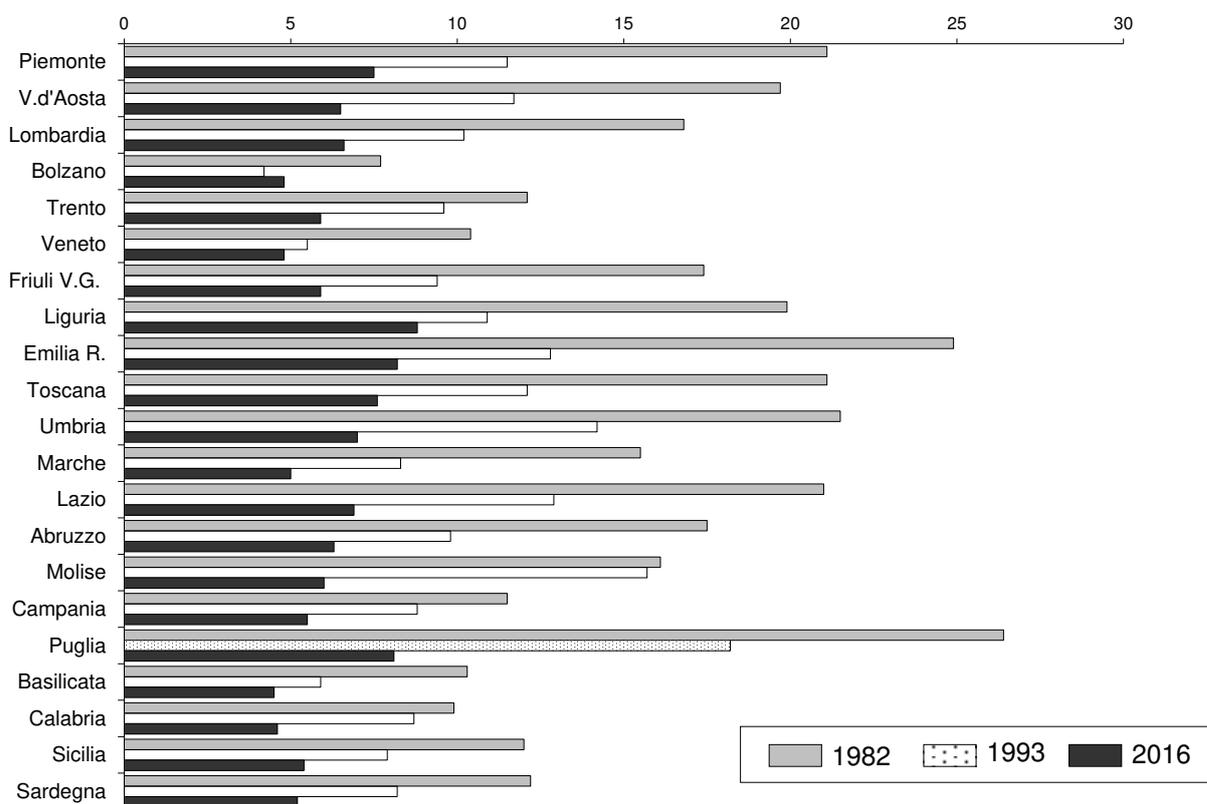
Nella Tabella 2 sono riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei tassi di abortività a livello nazionale e regionale (per regione di intervento), mentre la figura 4 presenta i valori regionali per il 2016. Nei confronti nel tempo e tra regioni bisogna considerare le differenze nella presenza della popolazione straniera, visto il contributo elevato di queste donne al fenomeno dell'IVG; per tale motivo e per le eventuali differenze tra donne italiane e straniere in questo rapporto, come già da alcuni anni, i dati sono stati in alcuni casi analizzati suddividendoli per cittadinanza della donna.

Figura 4 – Tassi di abortività – Italia 2016



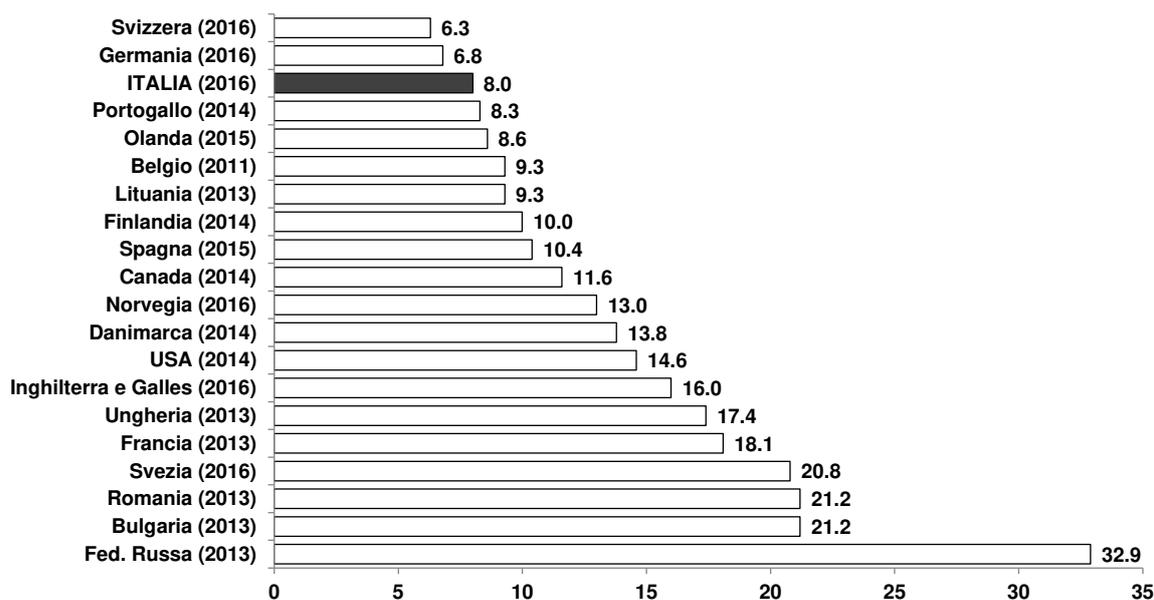
Nella figura 5 è riportato il confronto dei tassi di abortività negli anni 1982, 1993 e 2016 per ciascuna Regione. Si osserva una generale diminuzione, in particolare in Puglia (-69.3% rispetto al 1982), nelle Marche (-67.7%), in Umbria (-67.4%), nel Lazio e in Emilia Romagna (-67.1%).

Figura 5 – Tassi di abortività per Regione, anni 1982, 1993 e 2016



Per un confronto internazionale sono riportati in figura 6 il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Poiché 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 ed è risultato 8.0 per 1000. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi.

Figura 6 - Tassi di abortività per 1000 donne di età 15-44 anni in vari Paesi, 2011-2016



Fonte: Statistiques nationales.

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2016 si sono avute 182.4 IVG per 1000 nati vivi (Tab. 1), con un decremento, pari a 1.4%, rispetto al 2015, anno in cui questo valore è stato pari a 185.1 per 1000 (Tab. 2). E' da tener conto che tra questi due anni i nati della popolazione presente sono diminuiti di 7'910 unità.

L'andamento, dal 1983 al 2016, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2016

	1983	1991	2014	2015	2016	VARIAZIONE* %	
						2016/2015	2016/1983
NORD	484.2	327.1	194.6	182.7	184.2	0.8	-62.0
CENTRO	515.2	356.1	214.0	211.4	199.9	-5.4	-61.2
SUD	283.8	253.0	202.6	182.9	177.6	-2.9	-37.4
ISOLE	205.3	176.1	159.3	156.3	155.4	-0.6	-24.3
ITALIA	381.7	286.9	196.2	185.1	182.4	-1.4	-52.2

* variazione percentuale calcolata sui rapporti arrotondati a due cifre decimali

Le variazioni dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati, entrambe condizionate dall'aumentata presenza delle cittadine straniere in Italia. Nell'interpretazione dei dati bisogna tenerne conto, soprattutto quando si effettuano confronti con gli anni precedenti.

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali negli ultimi due anni dei rapporti di abortività regionali.

Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

I diversi andamenti, prevalentemente in diminuzione, dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG, con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre, negli ultimi 15-20 anni si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, donne che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore. Questo spiega almeno in parte le modifiche che si sono osservate sia nei tassi di abortività per età, sia nelle evoluzioni delle distribuzioni percentuali. E' necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli anni. In particolare va evitato l'errore tecnico di interpretare l'aumento della percentuale di IVG per una specifica condizione come un aumento della tendenza ad abortire in quella stessa condizione, in quanto la valutazione della tendenza può essere effettuata solo considerando il tasso specifico di abortività che tiene conto anche delle variazioni a livello di popolazione.

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 (Fonti utilizzate: Svizzera: Statistique des Interruptions de grossesse 2016 - Office federal de la statistiques (FSO); Spagna: Interrupción Voluntaria del Embarazo - Datos definitivos correspondientes al año 2015 - Sanidad - Ministerio De Sanidad - Servicios Sociales e Igualdad; Finlandia; Induced abortions in the Nordic countries 2015 - National Institute for Health and Welfare - Helsinki - www.thl.fi/fi/web/thlfi-en/statistics; Inghilterra e Galles:

Abortion Statistics, England and Wales: 2016 – Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales – National Statistics - Department of Health; Olanda: Jaarrapportage 2015 van de Wet afbreking zwangerschap – Utrecht, oktober 2017 - Ministerie van Volkgezondheid, Welzijn en Sport; Germania: Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche 2016 - Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017; Svezia: Statistics on induced abortions 2016 - Sveriges officiella statistik – Socialstyrelsen; Norvegia: Rapport om svangerskapsavbrot for 2016 – Folkehelseinstituttet; Repubblica Ceca: Potraty CR 2014-2015 – Zdravotnicka Statistika; Romania: Historical abortion statistics, Romania - Abortion Statistics and other data -Johnston’s Archive; Francia: Les interruptions volontaires de grossesse 2016 en France – Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques; Database Eurostat - <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; USA: Abortion Surveillance — United States, 2013 – Surveillance Summaries November 25, 2016– CDC; U.S. Abortion Statistics – Facts and figures relating to the frequency of abortion in the United States – ABORT73.COM e Alan Guttmacher Institute 2014, <https://www.guttmacher.org/united-states/abortion>.

2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa al 2016 (Tab. 6) non si discosta da quella degli ultimi anni, con un ulteriore aumento di quelle di 40-44 anni rispetto al 2015. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per Regione. Quest’ultimo è, in linea di principio, l’indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali perché tiene conto delle eventuali differenze regionali di composizione per classi di età delle relative popolazioni residenti. Infatti, poiché i tassi di abortività specifici per età sono molto differenti (con valori generalmente più elevati nelle classi 20-34 anni), eventuali differenze nella struttura per età delle popolazioni residenti renderebbero il tasso grezzo di abortività poco utilizzabile per i confronti regionali. Tuttavia, confrontando i dati della tabella 1 e della tabella 7 si osserva che gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili in quanto le distribuzioni per età della popolazione femminile a livello regionale non sono molto diverse.

Probabilmente la distorsione maggiore non proviene dall’uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall’utilizzare al numeratore di questo indicatore le IVG effettuate nella regione (quindi anche quelle da donne residenti in altre regioni o all’estero) e al denominatore le donne in età feconda residenti in Regione. Inoltre i flussi migratori non necessariamente sono omogenei per classe di età e in alcuni casi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in diversa Regione da quella di residenza e ciò riguarda generalmente le classi di età più giovani.

I tassi e i rapporti per regione di residenza, calcolati utilizzando i dati dell’Istat, sono riportati in tabella 29. Le variazioni rispetto ai valori calcolati per la regione dove avviene l’IVG non sono sostanziali, tranne che in alcuni casi (in particolare Emilia Romagna, Umbria, Toscana e PA Trento, dove il tasso di abortività si abbassa considerando solo le donne residenti, e Basilicata e Molise, le cui donne residenti in gran numero si recano in altre regioni per effettuare l’IVG e il cui tasso è più elevato quando queste sono incluse).

Nell’analisi presentata in questa relazione, come negli anni precedenti, viene utilizzato il tasso grezzo per regione di intervento.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2016 si ha il seguente quadro dell’andamento dei tassi di abortività per classi di età:

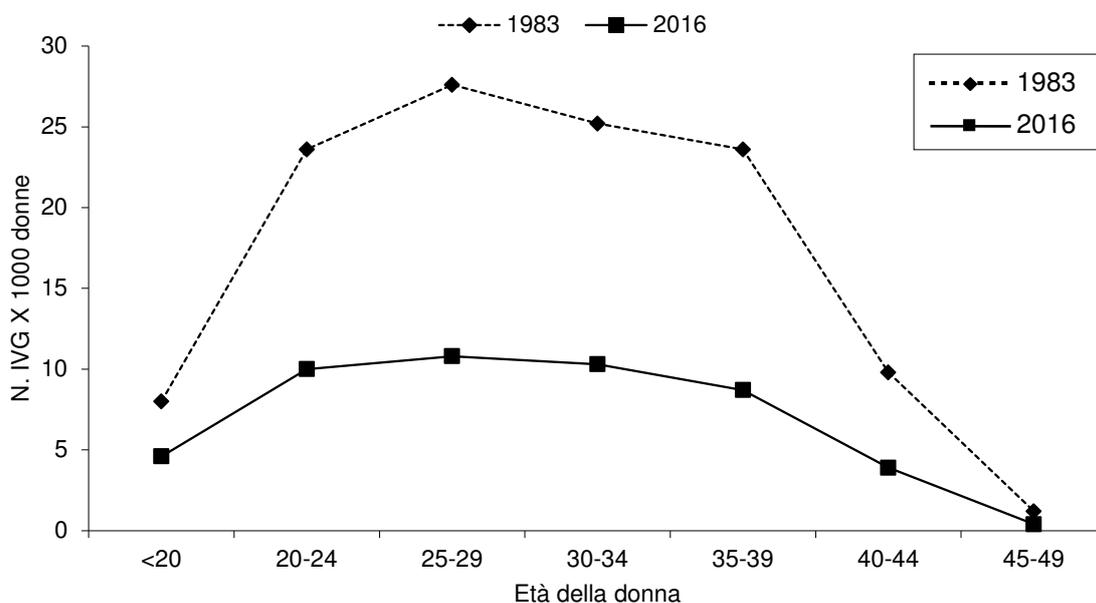
Tassi di abortività per età, 1983-2016

Classi di età	Anni					VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2014	2015	2016	2016/2015	2016/1983
< 20	8.0	5.5	5.2	4.7	4.6	-2.1	-42.3
20-24	23.6	13.4	11.0	10.2	10.0	-1.2	-57.5
25-29	27.6	15.7	12.0	11.1	10.8	-3.1	-60.9
30-34	25.2	17.1	11.3	10.5	10.3	-1.8	-59.1
35-39	23.6	15.1	9.3	8.6	8.7	0.6	-63.2
40-44	9.8	7.2	4.2	3.9	3.9	0.3	-60.0
45-49	1.2	0.9	0.4	0.4	0.4	0	-70.0

* variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni (-42.3%) e tra 20-24 anni (-57.5%), andamento in parte dovuto al maggior contributo in queste classi di età delle cittadine straniere, sia per presenza che per livelli di abortività (Fig. 7). Nel 2016, rispetto al 2015, si è osservato un decremento dei tassi di abortività nelle donne con meno di 35 anni e un leggero aumento tra quelle di 35-44 anni.

Figura 7 – Tassi di abortività per classi di età – Italia, 1983 e 2016



L'analisi per ripartizione geografica riflette anche il differente effetto del contributo delle straniere, in quanto la loro presenza non è omogenea su tutto il territorio nazionale.

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella di diversi paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano nella classe 20-24 anni, mentre in Italia si hanno tassi di abortività abbastanza elevati anche nelle donne di età 30-39 anni. Come mostrato nella tabella seguente tali differenze si vanno riducendo nel corso degli anni.

Tassi di abortività per età. Confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2016)	4.6	10.0	10.8	10.3	8.7	3.9
	(2015)	4.7	10.2	11.1	10.5	8.6	3.9
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(1990)	5.6	13.8	16.5	18.0	15.6	7.6
FRANCIA	(2016)	10.0	26.0	24.9	20.0	15.0	6.0
GERMANIA	(2016)	4.0	9.0	9.4	8.8	6.8	2.7
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	14.5	27.0	23.6	17.4	12.0	4.0
NORVEGIA	(2016)	7.6	19.0	19.3	16.1	10.8	4.1
OLANDA	(2015)	6.1	13.8	14.0	12.3	9.2	3.6
REPUBBLICA CECA	(2014)	6.4	12.4	13.0	13.0	11.0	5.5
SPAGNA	(2015)	9.4	16.7	15.2	12.5	8.8	3.8
SVEZIA	(2016)	13.4	29.0	29.8	24.5	17.9	8.3
SVIZZERA	(2016)	3.5	8.4	8.6	7.9	6.4	2.9
USA	(2013)	8.2	21.8	18.2	11.8	7.0	2.5

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2016 è risultato essere pari a 3.1 per 1000 (Tab. 5), valore identico a quello del 2015, ma in diminuzione rispetto agli anni precedenti. Nella tabella seguente si riporta l'andamento del numero delle IVG riguardanti donne di età inferiore ai 18 anni italiane e straniere, la percentuale sul totale delle IVG effettuate dal 2000 al 2016 e il tasso di abortività relativo a queste donne.

IVG tra le minorenni, 2000-2016

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2.7	4.1
2001	3565	227	2.7	4.1
2002	3446	306	2.9	4.7
2003	3556	428	2.8	4.5
2004	3840	526	3.0	5.0
2005	3441	605	3.0	4.8
2006	3512	608	3.2	4.9
2007	3463	637	3.3	4.8
2008	3451	624	3.4	4.8
2009	3127	592	3.2	4.4
2010	3091	626	3.3	4.5
2011	3008	586	3.4	4.5
2012	2761	588	3.3	4.4
2013	2616	527	3.2	4.1
2014	2383	472	3.2	3.7
2015	2164	357	2.9	3.1
2016	2155	345	3.0	3.1

*Elaborazioni su dati Istat

Nel 2016 continua la diminuzione del numero assoluto di IVG per le italiane e per le straniere. L'incremento osservato nei primi anni del contributo delle straniere tra le IVG effettuate da minori è dovuto principalmente al crescere del fenomeno migratorio nel nostro

Paese. A partire dal 2005 si è osservata una stabilizzazione e dal 2015 anche una notevole diminuzione, come per il contributo di tutte le cittadine straniere al fenomeno IVG (Tab. 12).

In generale il contributo delle minorenni all'IVG in Italia rimane basso (3.0% di tutte le IVG nel 2016 rispetto a 2.9% nel 2015), con un tasso pari a 3.1 per 1000 nel 2016 (stesso valore del 2015), valore molto più basso di quelli delle maggiorenni (6.7 per 1000).

Confrontato con i dati disponibili a livello internazionale, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale, in linea con la loro moderata attività sessuale e con l'uso estensivo del profilattico riscontrati in alcuni recenti studi (De Rose A., Dalla Zuanna G. (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013 e Istat. Come cambia la vita delle donne, 2004-2014. Istat, 2015).

Come negli anni precedenti, l'assenso per l'intervento è stato rilasciato prevalentemente dai genitori (75.8%, Tab. 22) con alcune differenze tra regioni che potrebbero anche dipendere dalla diversa entità dei casi con informazione mancante (non rilevati) che sono in diminuzione negli anni ma permangono particolarmente elevati in Toscana, Lombardia e Umbria.

2.2 Stato civile

Rispetto al primo decennio di legalizzazione in cui prevaleva nettamente il contributo della condizione di coniugata, si è osservata negli ultimi anni una tendenza alla parificazione della distribuzione percentuale tra le due condizioni, confermata nel 2014-15 in cui la percentuale delle nubili è ormai superiore a quella delle coniugate (54.8% nel 2016 rispetto a 53.2% nel 2015) (Tabella 8). Questa modifica è in parte dovuta alla più consistente riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne coniugate, rispetto a quella tra le nubili, che fa aumentare il peso relativo di quest'ultime nella ripartizione delle IVG per stato civile. Questo è confermato dai tassi di abortività per stato civile calcolati dall'Istat negli anni 1981, 1994, 2004 e 2011, che mostrano una diminuzione negli anni tra le coniugate (da 20.5 per 1000 nel 1981 a 9.3 nel 1994, 8.1 nel 2004 e 6.6 nel 2011) e una minor diminuzione seguita da un aumento e successiva diminuzione tra le nubili negli stessi anni (da 11.5, a 8.7, a 10.1 e a 8.3). Inoltre è da considerare che un numero sempre maggiore di famiglie italiane è costituito da coppie conviventi non sposate per cui l'attuale categoria "nubili" non è del tutto comparabile con quella dei decenni precedenti.

La ripartizione percentuale per stato civile riflette anche l'importante contributo al fenomeno IVG delle cittadine straniere, tra le quali anche la distribuzione per tale variabile è diversa da quella tra le italiane. Ciò spiega, insieme alla differenza che si osserva a livello di popolazione tra le italiane, le diverse distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile e per area geografica/regioni osservate nel 2016 (Tab. 8). Sono di seguito riportate le distribuzioni per stato civile e cittadinanza nelle quattro ripartizioni geografiche.

IVG (%) per stato civile. cittadinanza e area geografica, 2016

	Coniugate		Già coniugate*		Nubili	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	30.4	47.8	7.1	6.1	62.5	46.1
CENTRO	27.7	46.3	6.3	5.2	65.9	48.5
SUD	46.6	45.8	6.3	7.4	47.1	46.8
ISOLE	40.3	41.0	5.9	4.4	53.7	54.6
ITALIA	35.6	46.8	6.6	5.9	57.8	47.3

Elaborazioni su dati Istat - *separate, divorziate e vedove

La tabella evidenzia tra le italiane delle notevoli differenze tra Nord-Centro e Sud-isole; tra le straniere queste differenze sono meno evidenti e in generale la percentuale di coniugate tra queste donne è superiore a quella osservata tra le italiane (come negli anni precedenti); solo al Sud i valori si equivalgono.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono generalmente inferiori 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	(2016)	38.8	61.2
	(2015)	40.1	59.9
	(2000)	50.0	50.0
	(1990)	62.5	37.5
GERMANIA	(2016)	39.0	61.0
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	16.0	84.0
REPUBBLICA CECA	(2014)	34.4	65.6
SVIZZERA	(2014)	30.0	70.0
USA	(2013)	14.8	85.2

2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è un importante indicatore di condizione sociale. In Tab. 9 è riportata la distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2016 a secondo del titolo di studio in possesso. Si rileva una lieve prevalenza di donne in possesso di licenza media superiore (43.3%) come osservato negli anni precedenti.

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione femminile generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione, con una riduzione maggiore del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore (come discusso ampiamente nella relazione presentata nel 2003): i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre l'altro fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono differenze nella distribuzione percentuale per istruzione e per cittadinanza tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione (più straniere al Nord e Centro Italia) e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

In generale le donne straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2016 presentano una scolarizzazione più bassa rispetto alle donne italiane.

IVG (%) per istruzione, cittadinanza e area geografica, 2016

	Nessuno/Licenza Elementare		Licenza Media		Licenza Superiore		Laurea	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	2.0	9.6	32.5	45.7	50.0	36.8	15.6	7.9
CENTRO	5.6	11.5	28.0	44.6	49.3	37.2	17.1	6.7
SUD	3.2	18.4	43.9	45.7	42.6	30.9	10.4	5.0
ISOLE	4.0	18.1	47.6	55.2	39.1	22.0	9.3	4.7
ITALIA	3.2	11.6	36.6	45.9	46.5	35.5	13.7	7.1

Elaborazioni su dati Istat

Per comprendere meglio l'evoluzione dell'IVG per livello d'istruzione, insieme con l'Istat si è condotta un'analisi dei tassi di abortività per titolo di studio dal 1981 al 2011. Nel trentennio il tasso di abortività è diminuito tra le donne con il diploma di scuola superiore o laurea (da 14 per 1000 nel 1981 a 6 per 1000 nel 2011), mentre è rimasto costante tra quelle con diploma di scuola media inferiore dal 1991 dopo un'iniziale diminuzione. Il tasso delle donne con titolo di studio basso non si è modificato nel tempo, anzi nell'ultimo anno per cui è disponibile il dato, mostra valori in aumento, come si osserva nella tabella seguente (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di 20-49 anni. Italia 1981-2011

Titolo di studio	1981	1991	2001	2011
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
Diploma e Laurea	14	9	7	6

Queste variazioni possono essere spiegate dal fatto che le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e i loro comportamenti sul controllo della fecondità. C'è anche da considerare che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere che, come verrà presentato di seguito, hanno livelli di abortività più elevati. Questi dati sembrano indicare la necessità di interventi di prevenzione specifici per questi gruppi di donne.

2.4 Occupazione

In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per stato occupazionale, da cui si evidenzia che il 44.0% delle donne che hanno abortito nel 2016 risulta occupata, il 22.1% casalinga, il 10.6% studentessa. Dopo 4 anni in cui si è osservata una diminuzione della percentuale delle occupate e un aumento delle disoccupate (21.1% nel 2015 e 20.8% nel 2014 rispetto al 19.9% del 2013 e il 18.8% del 2012), nel 2016 vi è un aumento delle occupate (42.9% nel 2015) e una diminuzione delle disoccupate (20.9%), probabilmente influenzata dalle variazioni nella popolazione femminile generale.

Come per il titolo di studio, esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per tale variabile della popolazione generale e dal diverso impatto del contributo delle cittadine straniere, con articolazione per stato occupazionale diverso da quello delle italiane.

IVG (%) per occupazione, cittadinanza e area geografica, 2016

	Occupata		Disoccupata o in cerca di prima occupazione		Casalinga		Studentessa o altra condizione	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
NORD	59.9	41.1	18.2	29.5	10.5	24.2	11.4	5.3
CENTRO	53.4	40.5	17.9	26.4	13.2	27.5	15.5	5.6
SUD	32.8	31.9	17.5	24.4	37.9	40.4	11.7	3.3
ISOLE	28.9	28.2	23.5	34.6	35.7	33.5	11.9	3.7
ITALIA	47.4	39.2	18.6	28.3	21.8	27.4	12.3	5.1

Elaborazioni su dati Istat.

Anche in questo caso si è effettuata con l'Istat un aggiornamento della valutazione dei diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per stato occupazionale da cui si evidenzia, come già accennato, una minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe. Infatti dal 1981 al 2009 i tassi sono passati da 19.0 a 10.3 IVG per 1000 tra le casalinghe e da 15.2 a 7.0 per le occupate (De Rose A, Dalla Zuanna G (ed). Rapporto sulla popolazione – Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Società editrice il Mulino, 2013).

2.5 Residenza

Nella grande maggioranza dei casi le IVG effettuate in ciascuna regione riguarda donne residenti nella regione di intervento: nel 2016 questo ha riguardato il 91.4% delle IVG (Tab. 11), valore leggermente inferiore a quello del 2015 (92.2%) e del 2014 (91.9%), ma in aumento rispetto al 2013 (90.8%). Delle IVG effettuate da donne residenti in regione nel 2016 l'86.5% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dalla tabella si osserva una percentuale di immigrazione da altre regioni maggiore o uguale al 10% nella Provincia Autonoma di Trento al Nord, in Umbria al Centro e in Abruzzo, Molise e Basilicata al Sud, come negli anni precedenti. Tuttavia è necessario conoscere i flussi in uscita (donne residenti nella regione considerata che vanno ad abortire in altre regioni) per avere un quadro più completo del fenomeno migratorio. L'esempio della Basilicata è paradigmatico: nel 2016 presenta un flusso in entrata pari al 19.5% (110 IVG) ma ha anche, come è riportato in tabella 29, un consistente flusso in uscita simile (114 IVG), prevalentemente verso la Puglia, tanto che il tasso di abortività per residenti in Basilicata è più elevato di quello per regione di intervento: 5.42 per 1000 rispetto a 4.51. Il tasso di abortività calcolato per le donne residenti descrive più correttamente il rischio di abortività per regione in quanto il numeratore (N. IVG effettuate ovunque da donne residenti) e il denominatore (N. donne in età feconda residenti) sono omogenei. Quando il flusso migratorio netto è zero il tasso corretto (per regione di residenza) coincide con quello calcolato e utilizzato in questa relazione (per regione di intervento). Dalla tabella 29 risulta evidente che in alcune regioni i tassi di abortività utilizzati nella relazione sovrastimano la reale incidenza dell'aborto, in altre la sottostimano. Questi dati sono importanti per valutare l'eventuale carenza di servizi in alcune aree del Paese, con il conseguente flusso emigratorio verso altre regioni. Le regioni, per ottenere il dato sulle donne residenti nel proprio territorio che effettuano l'IVG in altre regioni, devono rivolgersi all'Istat.

In questa valutazione c'è comunque da tener sempre presente che possono esistere spostamenti di convenienza per vicinanza dei servizi (donne che vivono ai confini tra due regioni) o migrazioni fittizie (per esempio studentesse del Sud che vivono nelle città del Centro-Nord sedi di università). L'altra limitazione nell'utilizzo dei dati per regione di residenza è la difficoltà di ottenere in tempi rapidi e utili per la relazione del Ministro della Salute l'informazione completa da tutte le regioni.

Va infine segnalata la presenza, via via crescente, di donne residenti all'estero, in prevalenza originarie dei paesi a forte pressione migratoria, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese perché nella gran parte dei casi attualmente domiciliate in Italia. Il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è aumentato negli anni da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3651 nel 2000, con una flessione negli ultimi anni: 3328 nel 2013, 2564 nel 2014, 2366 nel 2015 (avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati e sommato i contributi delle singole regioni). Nel 2016 si osserva un aumento delle residenti all'estero (2956 IVG, sempre avendo aggiunto la quota parte attribuibile dei non rilevati per regione). Le regioni nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione immigrata, ad eccezione della Campania dove questa percentuale è particolarmente elevata (7.0%).

2.6 Cittadinanza

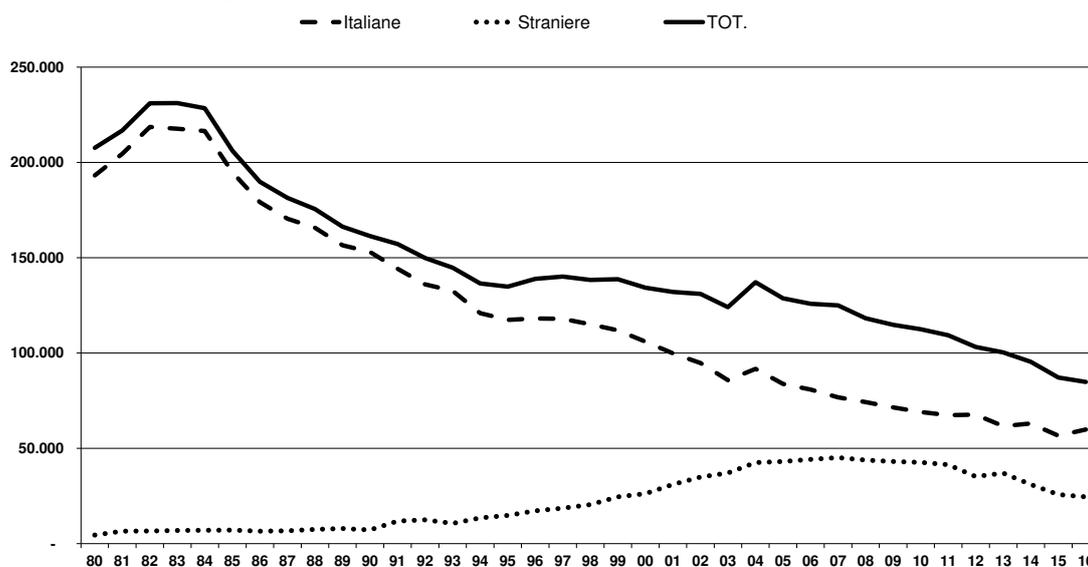
Nel 1995, anno in cui si è iniziata a rilevare sistematicamente l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8'967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia. Questo valore è aumentato negli anni (in coincidenza con l'aumento dei cittadini stranieri nel nostro Paese), raggiungendo un massimo nel 2007 (40'224 IVG relative a donne con cittadinanza non italiana). Da allora si è osservata una stabilizzazione del numero e successivamente un leggero decremento. Nel 2016, dai dati riferiti dalle regioni, il valore risulta essere 25'435 IVG; se si ridistribuiscono i casi con questa variabile non rilevata, regione per regione, il valore risulta pari a 25'503. I dati dettagliati per regione sulla cittadinanza delle donne che, nel 2016, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una continua diminuzione da 124'448 nel 1998, a 113'656 nel 2000, 94'095 nel 2005, 76'948 nel 2010, 68'382 nel 2013, 65'021 nel 2014, 60'384 nel 2015 e 59'423 nel 2016, avendo ridistribuito per gli ultimi nove anni la quota attribuibile di non rilevati. Assumendo un contributo irrisorio delle cittadine straniere all'IVG nell'anno 1982 (anno di massima incidenza dell'IVG in Italia), la riduzione per le donne italiane è stata da 234'801 IVG a 59'423, con un decremento percentuale del 74.7%.

Nel 2016 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 30.0% del dato nazionale, valore in diminuzione rispetto agli anni precedenti (31.1% nel 2015 e 33.0% nel 2014). In generale la popolazione immigrata è soprattutto presente nelle regioni del Centro Nord dell'Italia e il loro contributo al fenomeno inflaziona pesantemente il numero di IVG e il tasso di abortività, specie in queste regioni. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

Per un confronto a partire dal 1980 è necessario utilizzare il Paese di nascita in quanto la cittadinanza è stata rilevata, a livello nazionale, solo dal 1995 (Figura 8). L'andamento delle IVG per Paese di nascita riflette il dato osservato per cittadinanza e mostra una continua diminuzione del numero di IVG delle donne italiane ed un incremento di quelle effettuate da donne straniere fino al 2004, seguito da una tendenza alla stabilità fino al 2011 e da una flessione negli ultimi anni.

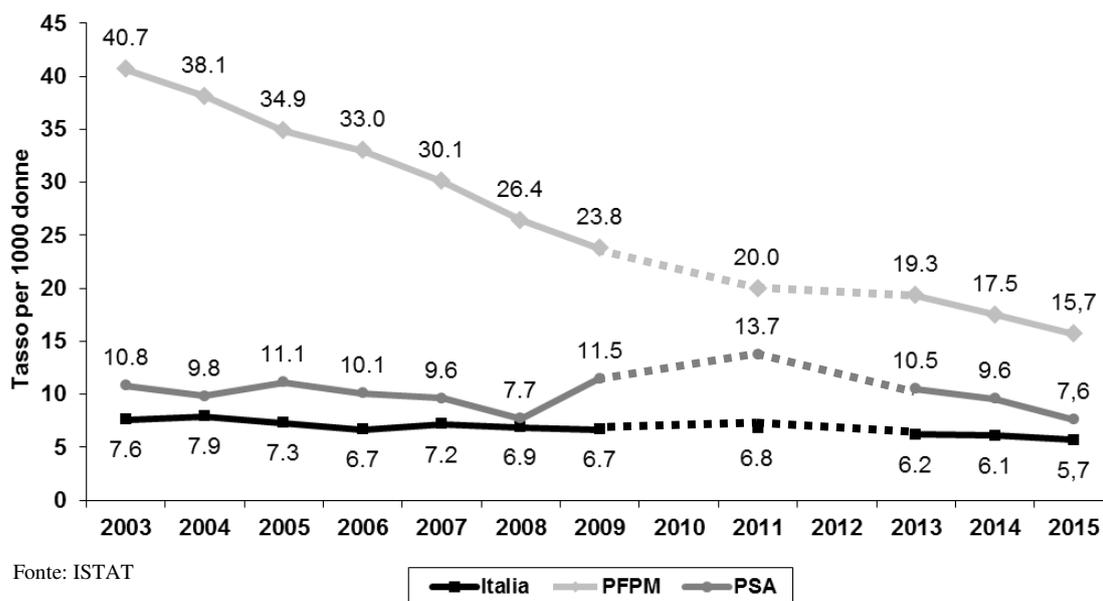
Figura 8 – Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2016



Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più completo del fenomeno per cittadinanza è necessario valutare l'andamento dei tassi di abortività. L'Istat, disponendo dei dati di popolazione delle donne straniere residenti in Italia, ha calcolato e fornito all'ISS il quadro aggiornato al 2015 dei tassi di abortività per le donne residenti straniere e italiane. Considerando tre raggruppamenti delle cittadinanze, donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)¹, da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana, si conferma la decrescita dei tassi di abortività volontaria tra le italiane ma anche un forte decremento tra le straniere, specie quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM), come illustrato nella figura seguente. Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Figura 9 – Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2015



Fonte: ISTAT

¹ I PFPM includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad eccezione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda), i paesi entrati nell'UE a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e quindi Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei paesi di nuova adesione UE. Gli apolidi non sono stati inclusi.

È interessante rilevare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne PFPM sono 5.4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2015 tale rapporto risulta uguale a 2.8. Per le donne PSA si tratta di numeri molto piccoli e quindi i valori dei tassi di abortività sono a rischio di forti oscillazioni.

Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La disposizione di stime di popolazione, non solo per cittadinanza ma anche per età, permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata. Nella tabella seguente sono riportati i dati relativi al 2015, con il confronto italiane e straniere per classi di età.

Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2015

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	4.0	10.3
20-24	7.8	27.0
25-29	8.1	24.5
30-34	8.0	21.4
35-39	7.2	16.6
40-44	3.5	7.5
45-49	0.3	0.6
15-49 standardizzato	5.7	15.7

Fonte: Istat.

Per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno permane quella di 20-24 anni per le straniere (con un tasso 3.5 volte superiore a quello delle italiane), mentre per le italiane i tassi più alti si osservano tra quelle di 25-29 anni (8.1 per 1000).

Da studi condotti negli anni dall'ISS e altri enti emerge che il più frequente ricorso all'IVG da parte delle donne straniere può dipendere da una loro scadente conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile e dalle condizioni di vita e non da una scelta di questo metodo per il controllo della propria fecondità (Rapporto ISTISAN 06/17).

Una conferma dell'attitudine positiva delle donne straniere a evitare gravidanze indesiderate si è avuta nei più recenti studi condotti dall'ISS sulle partorienti (Rapporti Istisan 11/12 e 12/39). Tali studi indicano, inoltre, quanto sia fondamentale il *counselling* sulla procreazione responsabile nel percorso nascita per determinare un maggior uso dei metodi alla ripresa dei rapporti sessuali. La raccomandazione di effettuare ciò per tutte le donne (straniere e italiane) è stata fornita già alla fine degli anni Ottanta (ISS. Rapporto Istisan 91/25) ed è ampiamente indicata nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Inoltre nel 2010 il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che si è concluso a dicembre 2012. Il progetto, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'ISS e Sapienza-Università di Roma, aveva i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; il potenziamento dell'organizzazione dei servizi per favorirne l'accessibilità e il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso la partecipazione delle comunità di donne immigrate.

Hanno aderito le regioni: Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento. Nel suo ambito è stato organizzato un corso a cui hanno partecipato 32 professionisti regionali e 5 rappresentanti delle Società Scientifiche che avevano il compito, come formatori, di svolgere della formazione a livello locale. Per aiutarli nel loro lavoro è stato fornito loro del materiale didattico sotto forma di un DVD prodotto nell'ambito del progetto. Per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione dei servizi coinvolti, oltre l'86% delle aziende partecipanti ha formalizzato, da parte delle proprie direzioni, il documento programmatico inerente i dettagli della sperimentazione dei percorsi organizzativi da realizzare nella loro realtà locale e quasi il 92% ha consegnato la relazione finale sulle azioni svolte ed i risultati raggiunti. In generale si sono osservati miglioramenti nelle aree di intervento, che oltre al percorso IVG hanno riguardato il percorso nascita, lo screening per il cervicocarcinoma e l'educazione alla salute rivolta ai giovani. Alcune aziende, che hanno messo in atto gli interventi per almeno un semestre, hanno osservato dei miglioramenti nelle conoscenze delle donne straniere relative alla contraccezione ed alla procreazione responsabile e incrementi di circa il 15/20% delle donne che tornano ai consultori per il controllo post-IVG. Infine sono stati prodotti diversi materiali di comunicazione, con il coinvolgimento anche delle comunità di donne straniere, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, la tutela della maternità e la prevenzione dell'abbandono del neonato, tradotti in 8 lingue e disponibili sul sito del Ministero della Salute.

I decrementi osservati recentemente nei tassi di abortività tra le donne immigrate sembrano indicare che tutti gli sforzi fatti in questi anni, specie dai consultori familiari, per aiutare a prevenire le gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG stiano dando i loro frutti anche nella popolazione immigrata.

2.7 Anamnesi ostetrica

Come già si è accennato nei paragrafi precedenti, la conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno e la sua evoluzione nel tempo.

Va rilevato un potenziale problema di qualità dei dati per il possibile errore compiuto da chi compila il modello D12/Istat di non inserire alcun valore per le voci corrispondenti alla storia riproduttiva quando è in tutto o in parte negativa (zero nati vivi, aborti spontanei e aborti volontari) invece di riportare il valore zero. A livello regionale e centrale si è in questi casi costretti a registrare come non rilevata l'informazione corrispondente o a fare un grande lavoro di pulizia dati in fase di controllo ed analisi. Poiché le distribuzioni percentuali sono calcolate sui dati rilevati, la conseguenza di tale errore è una diminuzione della percentuale di IVG effettuate da donne senza storia di nati vivi, aborti spontanei e/o aborti volontari. Pertanto i confronti tra regioni e nel tempo vanno effettuati tenendo conto del peso dei non rilevati che, nel caso siano di entità non trascurabile (>5%), possono inficiare l'informazione relativa alle distribuzioni percentuali per le varie voci della storia riproduttiva. Ancora una volta si raccomanda agli operatori addetti di compilare anche questa parte del modello D12/Istate ai referenti regionali di segnalare il problema alle strutture dove ciò si verifica.

2.7.1 Numero di nati vivi

Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli presenti può essere un altro fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale delle IVG per Regione e per numero

di nati vivi dichiarati dalla donna. Nel 2016 il 60.6% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio, percentuale identica a quella osservata nel 2015, e il 36.9% da donne con almeno 2 figli (agli inizi degli anni ottanta tali percentuali erano 75% e 50%, rispettivamente). Si tratta di un esempio evidente di come si modifica una distribuzione percentuale per modalità di parità quando nel tempo è diversa l'evoluzione (in questo caso, la diminuzione) di ciascun tasso specifico di abortività per parità: la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 1 . C'è anche da considerare che negli anni sono anche diminuite le coppie con 2 o più figli nella popolazione generale.

Analizzando l'informazione per cittadinanza nelle 4 aree geografiche, nel 2016, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per parità (nati vivi), cittadinanza e area geografica, 2016

	N° nati vivi							
	0		1		2		3 o più	
	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.	Italiane	Stran.
NORD	45.4	27.2	24.4	27.8	22.5	30.4	7.7	14.6
CENTRO	53.1	32.3	21.3	26.3	19.9	29.7	5.7	11.7
SUD	38.3	22.7	19.8	28.9	29.3	32.9	12.6	15.4
ISOLE	37.1	29.1	22.0	26.7	27.4	29.5	13.5	14.7
ITALIA	43.9	28.1	22.2	27.5	24.5	30.5	9.3	13.9

Elaborazioni su dati Istat.

Tra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG nel 2016 avevano uno o più nati vivi il 54.6% al Nord, il 46.9% al Centro, il 61.7% al Sud e il 62.9% nelle Isole, mostrando differenze per area geografica; le percentuali corrispondenti per le straniere presentano differenze meno marcate per area geografica, rispettivamente: 72.8%, 67.7%, 77.2% e 70.9%. Quindi tra le donne straniere che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli, il che è anche determinato dalla maggiore fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, ha molto più contenuto informativo il numero di figli viventi che l'informazione su nati vivi e nati morti, attualmente presente nel modello D12/Istat dopo la modifica intervenuta nel 2000. Tuttavia, in prima approssimazione, la nuova variabile "nati vivi" può essere usata alla stessa stregua della vecchia "figli" per il confronto con gli anni precedenti. Nel tempo si è osservato un aumento della percentuale di donne senza figli fino agli anni 2000, seguita da una stabilizzazione.

IVG (%) per parità, 1983-2016

	N° figli (o nati vivi, dal 2000)				
	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
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8
2004*	42.4	22.8	25.2	7.4	2.2
2007*	42.0	23.1	25.3	7.4	2.2
2009*	41.0	23.5	25.6	7.6	2.3
2010*	40.6	23.8	25.7	7.6	2.3
2011*	40.3	23.9	25.6	7.9	2.3
2012*	39.7	24.0	25.9	8.1	2.3
2013*	39.0	24.3	26.2	8.1	2.4
2014*	38.5	24.2	26.6	8.2	2.5
2015*	39.4	23.4	26.4	8.2	2.5
2016*	39.4	23.7	26.2	8.3	2.4

* Nati vivi

Il confronto con altri Paesi, presentato nella seguente tabella, mostra per l'Italia percentuali simili.

IVG (%) per parità: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(2016) *	39.4	60.6
GERMANIA	(2016)	39.0	61.0
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	45.0	55.0
OLANDA	(2015)	47.6	52.3
SPAGNA	(2015)	44.8	55.2
SVIZZERA	(2014)	51.0	49.0
REPUBBLICA CECA	(2014)	28.3	71.7
USA	(2014)	41.0	59.0

* Nati vivi

2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2016, l'85.9% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 14). Questo valore è inferiore a quello rilevato negli anni passati, non dando indicazioni di variazione dell'andamento e del fenomeno. C'è da segnalare che 4 regioni nel 2016 presentano un numero abbastanza elevato di casi con questa variabile non riportata: Puglia, Lombardia, Sardegna e Umbria.

IVG (%) per numero di aborti spontanei precedenti, 1983-2016

	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
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2
2004	88.8	8.6	1.9	0.5	0.3
2007	89.0	8.7	1.7	0.4	0.2
2009	88.1	9.3	1.8	0.4	0.3
2010	88.0	9.5	1.9	0.4	0.2
2011	87.4	9.9	2.0	0.5	0.2
2012	87.0	10.2	2.1	0.5	0.2
2013	86.5	10.6	2.1	0.5	0.3
2014	86.4	10.8	2.1	0.5	0.3
2015	86.5	10.5	2.2	0.5	0.3
2016	85.9	11.2	2.2	0.5	0.2

2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

I dati del 2016 (Tab. 15) confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con storia di una o più IVG precedenti. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) per IVG precedenti, 1983-2016

	N° IVG precedenti				Totale
	1	2	3	4 o più	
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
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9
2009	18.9	5.3	1.6	1.1	27.0
2010	19.0	5.4	1.7	1.1	27.2
2011	18.8	5.3	1.6	1.1	26.8
2012	18.6	5.3	1.6	1.1	26.6
2013	19.0	5.2	1.6	1.0	26.8
2014	19.1	5.4	1.7	1.1	27.3
2015	19.0	5.3	1.6	1.0	26.9
2016	18.7	5.2	1.5	0.9	26.4

L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione della reale diminuzione nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate e conseguente ricorso all'IVG: infatti, se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo 40 anni dalla legalizzazione una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire. La tabella seguente mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso.

Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2016

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2002	2006	2010	2014	2015	2016
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.3	26.9	27.2	27.3	26.9	26.4
attesi *	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.5	44.6	44.7	44.8	44.8	44.8

(* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R. Spinelli A. Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;24: 331-338.)

C'è inoltre da tener presente che dagli anni '90 è aumentata l'immigrazione nel nostro Paese e di conseguenza il contributo delle immigrate sul fenomeno dell'IVG, come già riportato nel capitolo sulla cittadinanza. Poiché tali donne hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane, se si considerassero solo le donne italiane, tale andamento di riduzione e di differenza con il dato atteso sarebbe ancora più marcato.

Come risulta dalla tabella seguente, analizzando il dato per cittadinanza delle donne che hanno fatto un IVG nel 2016, si conferma che le cittadine straniere presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (37.0% rispetto a 22.1%), anche se in diminuzione nel tempo.

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica. 2016

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	17.3	25.3	3.4	8.4	1.2	4.0	21.9	37.7
CENTRO	14.9	23.4	2.7	9.0	1.2	5.0	18.7	37.3
SUD	18.3	20.8	5.1	9.6	2.5	6.1	25.9	36.5
ISOLE	13.8	18.2	3.6	6.4	1.4	3.1	18.8	27.7
ITALIA	16.7	23.9	3.7	8.6	1.6	4.5	22.1	37.0

Elaborazioni su dati Istat.

Considerando l'anno 2016 si può notare che per le cittadine italiane la più alta frequenza delle ripetizioni si ha nelle regioni del Sud con il 25.9%. Considerando tutte le donne (tabella 15), la percentuale maggiore di ripetizioni al Nord si ha in Emilia Romagna (30.6%); al Centro, in Toscana (28.6%); al Sud, in Puglia (34.2%). Le differenze regionali possono dipendere in parte dal numero di casi in cui questa variabile non è riportata nel modello D12/Istat (che spesso corrisponde a “zero IVG precedenti”). Ancora una volta si ricorda ai compilatori del modello D12/Istat di compilare tutti i campi, anche nel caso di risposta “0” o “nessuno”.

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano rimane il più basso a livello internazionale.

IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2016)	73.6	18.7	5.2	2.4	26.3
	(2015)	73.1	19.0	5.3	2.6	26.9
	(2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	62.0	27.7	7.8	3.2	38.0
OLANDA	(2015)	64.6	23.9	7.9	4.4	35.2
SPAGNA	(2015)	62.4	24.8	8.2	4.6	37.5
SVEZIA	(2016)	56.3	n.r.	n.r.	n.r.	43.7
USA	(2013)	55.0	--- 36.2 ---		8.8	45.0

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è un'importante conferma che il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese non è costante ma in diminuzione (specialmente se si esclude il contributo delle straniere). La spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

Modalità di svolgimento dell'IVG

3.1 Documentazione e certificazione

Quando la donna si rivolge a una delle strutture previste dalla legge per l'iter pre-IVG, viene redatto dal medico un documento firmato anche dalla donna, a cui viene rilasciata una copia, si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni (Art.5 della legge 194/78). Trascorso tale periodo la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza, sulla base del documento rilasciato. Il rilascio del documento avviene dopo gli accertamenti e i colloqui previsti dall'Art.5. Questo documento è spesso chiamato impropriamente certificato, dalla dizione presente nel modello D12/ Istat.

In realtà il certificato viene rilasciato solo quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento o in caso di IVG oltre i 90 giorni, secondo le modalità previste dalla legge (art. 5).

Anche per il 2016 il consultorio familiare ha rilasciato più documenti e certificazioni (42.9%) degli altri servizi (Tab. 16). Le regioni in cui si osservano nel 2016 valori di molto superiori alla media nazionale, indicatore di un ruolo più importante del consultorio, sono le stesse degli anni precedenti: Emilia Romagna (68.1%), Piemonte (63.1%), Umbria (60.2%) e PA di Trento (58.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare, probabilmente a causa della minor presenza dei servizi e del personale.

Dalla tabella seguente si identificano notevoli differenze per area geografica e per cittadinanza:

IVG (%) per certificazione, cittadinanza e area geografica, 2016

	Documento/Certificazione							
	Consultorio Fam.		Medico di fiducia		Serv. Ost. Ginec.		Altra struttura	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	48.0	61.5	24.7	16.1	25.5	20.8	1.9	1.6
CENTRO	45.8	51.2	16.8	17.3	27.1	22.8	10.3	8.7
SUD	26.1	37.1	27.4	19.7	43.6	39.5	2.9	3.7
ISOLE	20.4	32.5	21.6	12.9	55.3	52.8	2.7	1.7
ITALIA	38.2	54.5	23.7	16.7	34.4	25.2	3.8	3.7

Elaborazioni su dati Istat

Negli anni si è osservata una tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari, specialmente a partire dalla metà degli anni '90. Prevalentemente questo andamento può essere determinato dal contributo delle donne straniere, le quali, come rilevato dalla tabella precedente, ricorrono più frequentemente a tale servizio, in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. È confortante che le straniere, che per quanto riguarda il ricorso alle metodiche per la procreazione responsabile sono spesso nella stessa condizione delle italiane di 35 anni fa, utilizzino i servizi sanitari, in particolare i consultori familiari, visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio di aborto tra le italiane. Forse la riduzione del tasso di abortività tra le cittadine straniere osservato recentemente, come riportato nel capitolo sulla cittadinanza, può essere in parte imputabile al lavoro svolto da questi servizi. Si ha così una ulteriore ragione al potenziamento e riqualificazione dei consultori familiari secondo le indicazioni del POMI, con particolare riferimento alla mediazione culturale e a un modello dipartimentale dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali.

La tabella seguente mostra l'andamento nel tempo.

IVG (%) per luogo di rilascio del documento o certificato, 1983-2016

	Medico di fiducia	Servizio Ost. Ginec.	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
1999	38.6	31.0	28.7	1.7
2000	36.0	32.2	30.1	1.7
2004	32.2	30.8	35.1	1.8
2007	27.7	33.0	37.2	2.2
2009	27.5	31.2	39.4	1.9
2010	26.0	30.9	40.4	2.6
2011	25.3	30.5	40.7	3.4
2012	24.3	30.5	42.0	3.1
2013	22.9	32.3	41.6	3.1
2014	21.7	33.0	41.9	3.4
2015	21.4	33.0	42.3	3.3
2016	21.6	31.7	42.9	3.7

Nel 2016 il tasso di presenza dei consultori familiari pubblici è risultato pari a 0.6 per 20000 abitanti (Tab. 17), valore uguale a quello del 2015 e leggermente più basso di quello degli anni precedenti, mentre la legge 34/96 ne prevede 1 per lo stesso numero di abitanti. Nel POMI sono riportati organico e orari di lavoro raccomandati ma purtroppo i 1944 consultori familiari pubblici censiti nel 2016 (erano 1970 nel 2015) rispondono solo in parte a tali raccomandazioni e ben pochi sono organizzati nella rete integrata dipartimentale, secondo le indicazioni strategiche, sia organizzative che operative raccomandate dal POMI stesso. L'assenza della figura medica o la sua indisponibilità per il rilascio del documento e della certificazione, la non integrazione con le strutture in cui si effettua l'IVG, oltre alla non adeguata presenza del consultorio sul territorio, riducono il ruolo di questo fondamentale servizio. Viene così vanificata una preziosa risorsa per la maggiore disponibilità ed esperienza nel contesto socio-sanitario e, grazie alle competenze multidisciplinari, più in grado di identificare i determinanti più propriamente sociali, al fine di sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, di aiutarla nel percorso IVG e ad evitare che l'evento si verifichi nuovamente.

3.2 Urgenza

Nel 2016 il ricorso al 3° comma dell'art. 5 della legge 194/78 è avvenuto nel 17.8% dei casi rispetto al 16.7% del 2015, al 14.7% del 2014, al 13.4% del 2013 e all'11.6% del 2011 (Tab. 18). Questo aumento negli anni può essere un indicatore di problemi di liste di attesa, di servizi disponibili per l'effettuazione dell'IVG o di necessità di ricorso all'urgenza per poter svolgere l'intervento con il Mifepristone e prostaglandine entro i tempi previsti nel nostro Paese (49 giorni di gestazione). Percentuali più alte e superiori al valore nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (33.6%), in Piemonte (31.9%), nel Lazio (29.4%), in Emilia Romagna (24.0%) e in Toscana (22.6%).

La distribuzione per area geografica delle IVG con certificazione attestante l'urgenza nel 2016 risulta: 16.8% al Nord, 23.7% al Centro, 18.2% al Sud e 8.5% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione del 2016 (Tab. 19) mostra che il 46.8% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (come lo scorso anno), il 13.1% a 11-12 settimane e il 5.3% dopo la 12esima settimana (valori leggermente superiori a quelli osservati nel 2015). La percentuale di IVG entro 8 settimane gestazionali è aumentato negli ultimi anni (nel 2012 era pari al 41.8% delle IVG), incremento probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo, come tecnica per effettuare l'IVG, del Mifepristone e prostaglandine, che viene usata a epoca gestazionale precoce. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di IVG oltre 12 settimane di gestazione: 5.3% nel 2016, 5.0% nel 2015, 4.7 nel 2014 rispetto a 4.2% nel 2013 e 3.8% nel 2012.

Anche per questa distribuzione si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Come si osserva dalla tabella seguente, infatti, 15.8% delle IVG che ha riguardato donne straniere è stato effettuato a 11-12 settimane di gestazione rispetto a 11.9% tra quelle delle italiane.

IVG (%) per epoca gestazionale, cittadinanza e area geografica, 2016

	Epoca gestazionale							
	≤8		9-10		11-12		> 12	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	47.0	43.0	32.5	37.5	13.5	16.2	7.0	3.4
CENTRO	48.7	41.6	33.2	40.6	12.2	15.4	5.9	2.3
SUD	52.9	41.9	32.4	41.4	9.0	14.6	5.6	2.2
ISOLE	43.6	39.7	36.8	39.9	12.6	17.4	7.0	2.9
ITALIA	48.6	42.4	33.1	38.9	11.9	15.8	6.4	2.9

Elaborazioni su dati Istat.

Si sottolinea che la percentuale di interventi effettuati a 11-12 settimane è un indicatore della disponibilità e qualità dei servizi, oltre che del loro livello di integrazione con gli altri servizi. Va tuttavia sottolineata la possibilità che alcune strutture decidano di non effettuare IVG oltre una certa settimana gestazionale (ad esempio la 10a o oltre i primi 90 giorni) e che questo possa avere dei risvolti nelle distribuzioni osservate. Si segnala, comunque, che possibili complicanze hanno una maggiore incidenza a settimane gestazionali più avanzate.

A differenza delle interruzioni di gravidanza entro i 90 giorni, quelle effettuate dopo tale termine riguardano nella gran parte dei casi gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere hanno generalmente minore accesso per difficoltà di conoscenza e costi non trascurabili (rapporto Istisan 11/12). Non desta quindi meraviglia che tra le donne di cittadinanza estera che sono ricorse all'IVG nel 2016 si osservino percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane (2.9%) rispetto alle italiane (6.4%), per il motivo sopra citato e forse anche per la maggior presenza di donne giovani nella popolazione immigrata, quindi a minor rischio di malformazioni fetali e di conseguente ricorso a un'IVG terapeutica. Si sottolinea anche la diversità per area geografica che potrebbe essere giustificata da una maggiore disponibilità di servizi che effettuano IVG oltre 90 giorni nel Nord e Centro Italia.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana di gestazione per regione, nel 2016, è riportata nella tabella seguente:

REGIONE	%	REGIONE	%
Piemonte	5.2	Marche	5.3
Valle d'Aosta	6.4	Lazio	4.8
Lombardia	6.1	Abruzzo	4.4
Bolzano	7.3	Molise	1.1
Trento	5.6	Campania	6.0
Veneto	7.3	Puglia	4.6
Friuli Venezia Giulia	5.3	Basilicata	6.1
Liguria	4.2	Calabria	4.5
Emilia Romagna	4.8	Sicilia	5.5
Toscana	4.7	Sardegna	10.1
Umbria	2,0		
		ITALIA	5.3

Percentuali particolarmente elevate si sono osservate in Sardegna, Veneto e nella PA di Bolzano. Alcune regioni hanno anche riferito un numero elevato di casi con informazione non rilevata per questa variabile: Sardegna (23.2%), Basilicata (18.8%), Umbria (14.6%) e Puglia (10.6%). Si sottolinea ancora una volta l'importanza da parte dei professionisti che operano nelle strutture di riportare tutte le informazioni richieste sui modelli D12/Istat e da parte dei referenti regionali di monitorare che questo avvenga.

Si ricorda che in ogni caso l'analisi si basa su distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare nella gran parte dei casi con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all'aumento dell'età materna. Nel confronto tra regioni e nel tempo è necessario tener conto di entrambi tali aspetti.

La tabella 20 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Come negli anni passati, si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG a 11-12 settimane, che può essere dovuta ad un ritardo al ricorso ai servizi, come avviene in generale per le donne di cittadinanza straniera, oppure al peso relativo nella distribuzione percentuale, in quanto a età più giovane si hanno meno gravidanze interrotte dopo il primo trimestre a causa di una diagnosi prenatale sfavorevole.

La tabella seguente 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 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(2016)	84926	8.0	5.3
	(2015)	87639	8.1	5.0
	(2006)	131018	11.1	2.9
DANIMARCA	(2014)	15097	13.8	4.3
FINLANDIA	(2014)	10120	10.0	7.0
GERMANIA	(2016)	98721	6.8	2.9
INGHILTERRA E GALLES	(2016)	185596	16.0	8.5
NORVEGIA	(2016)	13169	13.0	4.3
OLANDA	(2015)	30803	8.6	18.6
REPUBBLICA CECA	(2014)	21893	10.3	4.5
SPAGNA	(2014)	94796	10.5	10.6
SVEZIA	(2016)	38000	20.8	6.4
SVIZZERA	(2016)	10256	6.3	5.0
USA	(2014)	926200	14.6	11.3

* 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.

3.4 Tempo di attesa fra rilascio del documento o certificazione e intervento

L'informazione relativa alla data del rilascio del documento o della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, è stata inserita nel modello D12/Istat standard a partire dal 2000. Negli ultimi anni è leggermente aumentata la percentuale di IVG effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento: 59.6% nel 2011, 61.5% nel 2012, 62.3% nel 2013, 64.8% nel 2014, 65.3% nel 2015 e 66.3% nel 2016 (Tab. 21). Corrispondentemente è leggermente diminuita la percentuale di IVG effettuate dopo oltre tre settimane di attesa: 12.4% nel 2016 rispetto a 15.7% nel 2011, 15.5% nel 2012, 14.6% nel 2013, 13.2% nel 2014 e nel 2015. Questi andamenti potrebbero essere collegati all'aumento del ricorso all'urgenza (paragrafo 3.2) e al Mifepristone+prostaglandine come tecnica di intervento (paragrafo 3.7). C'è anche da segnalare che per questa variabile si nota negli ultimi anni un miglioramento della qualità del flusso, con una diminuzione dei casi in cui questa informazione non è stata rilevata (solo 0.4% nel 2016 rispetto a 2.5% nel 2014 e 4.2% nel 2010).

Il tempo di attesa rispetto alla cittadinanza della donna e area geografica dove l'intervento è stato effettuato è riportato nella tabella seguente.

IVG % per tempi di attesa, cittadinanza e area geografica, 2016

	Tempi di attesa							
	≤14		15-21		22-28		>28	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	Straniere
NORD	70.1	65.9	20.0	23.9	7.4	7.8	2.5	2.4
CENTRO	69.5	67.2	19.9	22.6	7.0	7.1	3.6	3.1
SUD	67.0	63.3	19.7	20.5	9.0	10.1	4.3	6.1
ISOLE	67.5	65.5	18.0	20.4	9.5	10.5	5.0	3.6
ITALIA	68.8	65.9	19.7	23.0	8.0	8.0	3.5	3.1

Elaborazioni su dati Istat.

Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione a livello regionale in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della

legge. Valori elevati di tempi di attesa superiori a 3 settimane si sono riscontrati nel 2016 in particolare in Valle d'Aosta (41.4% delle IVG), in Umbria (25.8%), in Calabria (21.6%) e in Veneto (21.2%).

Va infine considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi anche nel caso in cui la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale abbastanza avanzata, al fine di effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

3.5 Luogo dell'intervento

Nel 2016 la distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2016

	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
2000	90.6	9.1	0.3
2004	91.2	8.8	0.0
2007	91.6	8.4	0.0
2011	92.1	7.9	0.0
2013	93.5	7.5	0.0
2014	94.2	5.8	0.0
2015	94.3	5.7	0.0
2016	94.5	5.5	0.0

La quasi totalità delle IVG (94.5% nel 2016) viene effettuata negli Istituti pubblici, con una tendenza negli anni a un minor ricorso alle Case di cura convenzionate. Come negli anni passati, in Puglia, in Sardegna nella PA di Trento, in Campania e nelle Marche è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura, superando il 10%.

Si riporta qui di seguito la distribuzione delle IVG per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica.

IVG % per luogo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2016

	Luogo di intervento			
	Istituto pubblico		Casa di cura	
	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	98.2	97.8	1.8	2.2
CENTRO	92.0	93.5	8.0	6.5
SUD	83.5	90.4	16.5	9.6
ISOLE	93.0	97.3	7.0	2.7
ITALIA	92.3	95.7	7.7	4.3

Elaborazioni su dati Istat.

Per avere un quadro più dettagliato della disponibilità dei servizi a livello locale, da qualche anno viene anche riportata in questa relazione una tabella, con i dati riferiti dalle regioni, sul numero di strutture con Reparto di ostetricia e/o ginecologia e strutture che effettuano l'IVG (Tab. 23bis). Essendo stata evidenziata la necessità di differenziare fra strutture e stabilimenti (cioè sedi dove si effettuano degli interventi di ostetricia e ginecologia ma non necessariamente con reparti) dal 2014 è stato richiesto alle regioni il dato differenziato che è stato riportato in tabella. In totale si tratta nel 2016 di 535 strutture e 614 stabilimenti di cui 371 effettuavano l'IVG (60,4% del totale); il numero di strutture nel 2015 risultavano leggermente superiori (un totale di 580 strutture e 648 stabilimenti di cui 385 effettuanti IVG) mentre era leggermente inferiore la proporzione di strutture effettuanti sul totale (59,4%). Negli anni precedenti si era osservata un trend in diminuzione anche di questa percentuale: 59,6% nel 2014, 60,0% nel 2013 e 64,0% nel 2012. Esiste una grande variabilità a livello territoriale: nel 2016 si va da un minimo di 24,1% in Campania, 25,0% nella PA di Bolzano e 33,3% in Molise a 100% in Valle d'Aosta e Liguria, 96,6% in Toscana, 92,3% in Umbria e 88,2% in Sardegna.

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2016 permane elevato (64,5%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene ci sia un evidente trend in diminuzione: 80,1% nel 2012, 76,6% nel 2013, 73,0% nel 2014, 69,0% nel 2015. Dal 2012 è stata introdotta nel modello D12/Istat la "sedazione profonda" come modalità a sé stante per questa variabile (Tab. 24). La sedazione profonda risulta essere stata utilizzata nel 12,8% dei casi (in aumento rispetto al 2,0% del 2012, il 4,5% del 2013, l'8,0% del 2014 e il 10,1% nel 2015) con un'ampia variabilità regionale (da 0 casi nella PA di Bolzano e Molise a 50,2% in Veneto). In generale le regioni del Centro-Nord dichiarano un utilizzo maggiore della sedazione profonda mentre nel Sud e nelle isole è più diffusa l'anestesia generale.

Anche la modalità "nessuna anestesia" è aumentata notevolmente: da 5,7% del 2012 si è arrivati al 15,6% dei casi. Questo incremento può essere principalmente dovuto all'aumento come tecnica per l'IVG del Mifepristone. E' inoltre possibile che ancora alcune regioni o ASL non abbiano ancora utilizzato per il 2016 questa nuova classificazione indicata dall'Istat o non abbiano adattato i propri software di registrazione dei dati. Si raccomanda alle regioni e alle strutture di utilizzare sempre gli ultimi modelli inviati dall'Istat.

Il ricorso all'anestesia locale ha riguardato solo il 3,9% degli interventi (6,6% nel 2012), in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Infatti, nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline n.7. London: RCOG Press; 2011) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione (come nella gran parte dei casi in Italia) non è necessario il ricorso all'anestesia generale e quella locale è preferibile. Nel 2012 l'OMS ha licenziato la seconda edizione delle linee guida "Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems" che confermano la raccomandazione sull'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che la generale, per minori rischi per la salute della donna. Peraltro all'anestesia locale si associa una minore richiesta di analisi pre-IVG, un minore impegno di personale e infrastrutture e di conseguenza minori costi. Ciò non è indifferente nella organizzazione dei servizi, anche tenendo conto della elevata percentuale di personale che presenta obiezione di coscienza. Le regioni dovrebbero promuovere corsi di formazione su tale procedura e la sua diffusione.

L'ampio uso dell'anestesia generale è ancora più evidente se non si considerano gli interventi effettuati con Mifepristone+prostaglandine, in cui l'anestesia non è necessaria: le

percentuali salgono a 76.6% per l'anestesia generale, 4.7% per l'anestesia locale e 15.1% per la sedazione profonda.

Nella tabella seguente sono riportate le distribuzioni del tipo di anestesia praticata per cittadinanza e area geografica nel 2016.

IVG (%) per tipo di anestesia, cittadinanza e area geografica, 2016

	Generale		Locale		Analgesia		Sed. Profonda		Altra/nessuna	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	68.0	74.4	2.9	3.5	3.7	3.2	20.6	16.4	25.3	18.9
CENTRO	64.4	65.5	9.6	14.6	0.4	0.5	19.1	25.7	25.6	19.4
SUD	83.0	86.2	3.0	5.3	0.7	0.5	5.5	6.1	13.3	8.0
ISOLE	82.9	88.6	0.4	0.4	1.4	1.9	5.9	4.6	15.2	9.1
ITALIA	73.8	74.6	3.8	6.3	1.9	2.1	13.9	16.7	20.5	17.0

Elaborazioni su dati Istat.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2016 (Tab. 25), sebbene permane un 11.4% di interventi effettuati con raschiamento, in aumento rispetto al 2015 (9.3%) e tecnica a maggior rischio di complicanze. Questo incremento può essere in parte dovuto al contributo della Lombardia, regione dove questa metodica è abbastanza diffusa e che dopo 3 anni ha nuovamente fornito il dettaglio di questa variabile e ha quindi contribuito al valore nazionale. Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2016

	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
2000*	15.6	19.5	63.6	1.3
2004*	13.3	20.2	64.9	1.6
2007*	11.2	22.9	63.3	2.5
2009*	12.6	21.5	63.4	2.4
2010 ^a	11.4	20.3	62.9	5.4
2011 ^a	11.4	19.8	59.6	9.1
2012 ^a	11.7	19.6	58.0	10.7
2013 ^a	9.9	16.6	59.0	14.5
2014 ^a	9.1	17.8	57.0	16.2
2015 ^a	9.3	17.0	55.6	18.2
2016 ^a	11.4	16.8	52.2	19.6

* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati - ** esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati

^a Per un confronto con gli anni precedenti sono incluse nella voce "Altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano in alcune regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Sardegna e Abruzzo, dove questa tecnica è ancora utilizzata in più del 30% dei casi, come negli anni precedenti), in Friuli Venezia Giulia (24.0%), in Veneto (18.3%) e in Lombardia (16.7%), a fronte di valori contenuti in

diverse altre regioni (meno del 5% in Molise, Basilicata, Umbria, Marche, Piemonte e Campania). Poiché questa tecnica è associata a un maggior rischio di complicanze, le regioni dovrebbero attivarsi al fine di ridurre il ricorso.

L'analisi per area geografica e cittadinanza è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) per tipo di intervento, cittadinanza e area geografica, 2016

	Tipo di intervento											
	Raschiamento		Isterosuzione		Karman		Mifepristone		Mifepristone +Prostag		Farmacol. +Altro	
	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.	Ita.	Str.
NORD	12.5	11.1	22.7	23.9	40.5	46.5	1.6	0.9	19.7	16.2	2.9	1.4
CENTRO	8.7	9.5	12.8	16.2	53.5	57.6	0.7	0.5	20.3	13.4	3.9	2.7
SUD	7.6	11.8	6.2	4.3	71.4	76.0	1.5	0.4	11.5	6.6	1.7	0.8
ISOLE	21.1	18.7	19.4	18.8	42.8	52.2	2.8	1.5	10.3	6.8	3.7	2.0
ITALIA	11.4	11.1	15.8	19.3	52.0	53.2	1.6	0.8	16.4	13.9	2.9	1.8

Elaborazioni su dati Istat.

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.

Da ormai più di 10 anni (2005) alcuni istituti in Italia hanno iniziato per l'interruzione della gravidanza l'utilizzo dell'approccio farmacologico con Mifepristone (RU486) e prostaglandine (anche definito aborto medico in alternativa all'aborto chirurgico), così come già presente da diversi anni in altri Paesi e come raccomandato per gli aborti precoci nelle linee guida elaborate dall'OMS (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - Second edition. WHO, 2012) e da altre Agenzie internazionali. Fino al 2009 questo farmaco non era tuttavia in commercio in Italia ed era necessario acquistarlo all'estero.

L'iter di autorizzazione in commercio in Italia del Mifepristone (MIFEGYNE®) si è concluso il 30 luglio 2009, quando il Consiglio di amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha espresso parere favorevole. Poiché i dati raccolti con la scheda D12/Istat edizioni 2010-12 non permettevano un monitoraggio preciso di questa metodica, il Ministero della Salute decise di iniziare una specifica raccolta dati con un apposito questionario trimestrale che ha affiancato per il 2010 e 2011 quello attuale del Sistema di Sorveglianza. Il Ministero della Salute chiese la collaborazione dell'ISS per la raccolta e l'analisi di questi dati. Tutte le regioni inviarono il dato da cui è risultato che questa metodica era stata usata nel 2010 in 3836 casi (3.3% del totale delle IVG per il 2010) e 7432 casi nel 2011 (6.7%). L'uso era avvenuto nel 2010 in tutte le regioni, tranne Abruzzo e Calabria, e nel 2011 non era stato utilizzato solo nelle Marche. Il dettaglio di questo monitoraggio è presentato nel Rapporto del Ministero della Salute "Interruzione Volontaria di Gravidanza con mifepristone e prostaglandine. Anni 2010 – 2011" disponibile sul portale del Ministero della Salute.

Per il 2016 tutte le regioni sono state in grado di fornire l'informazione dettagliata del tipo di intervento, come riportata nella scheda D12/Istat che prevede anche la suddivisione dell'aborto farmacologico in "Solo Mifepristone", "Mifepristone+prostaglandine", e "Sola Prostaglandina". Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e prostaglandine e l'utilizzo ormai in tutte le regioni.

La tabella seguente riporta l'utilizzo dal 2005 al 2016 di questo metodo:

Anno	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N. di IVG con RU486	132	857	3836	7432	7855	8114	10257	11134	13255

% sul totale IVG	0.1	0.7	3.3	6.7	7.3	9.7	12.9	15.2	15.7
N. Regioni	2	5	18	20	20	20	21	21	21

Il ricorso all'aborto medico varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture. Valori percentuali più elevati si osservano nell'Italia settentrionale, in particolare in Liguria (41.7% di tutte le IVG nel 2016), Piemonte (35.8%), Emilia Romagna (28.3%) e Toscana (23.7%), come riportato in tabella 25.

Queste percentuali aumentano se si considerano solo le IVG effettuate entro 7 settimane di gestazione, con circa un intervento su 2 fatto con tale metodica (53.1%).

Non si sono evidenziate grandi differenze sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno fatto ricorso a questo metodo, anche se in generale sono meno giovani, più istruite, in maggior proporzione di cittadinanza italiana e nubili rispetto a tutte le altre che hanno abortito con altra metodica. Dai dati del modello D12/Istat relativi al 2016, l'85.9% delle IVG effettuate con Mifepristone+prostaglandine sono avvenute entro i 49 giorni di gestazione, come indicato in Italia (Supplemento ordinario della GU del 9/12/2009).

Dalla raccolta dati ad hoc effettuata nel 2010-11 si era rilevato che, sebbene la gran parte delle regioni e delle strutture avessero adottato come regime di ricovero quello ordinario con l'ospedalizzazione della donna, molte di loro (76%) hanno richiesto la dimissione volontaria dopo la somministrazione di Mifepristone o prima dell'espulsione completa del prodotto abortivo, con successivi ritorni in ospedale per il completamento della procedura e nel 95% dei casi le donne sono tornate al controllo nella stessa struttura. Inoltre nel 96.9% dei casi non vi era stata nessuna complicazione immediata e la necessità di ricorrere per terminare l'intervento all'isterosuzione o alla revisione della cavità uterina si era presentata nel 5.3% dei casi. Anche al controllo post dimissione nel 92.9% dei casi non era stata riscontrata nessuna complicanza. Questi dati sono simili a quanto rilevato in altri Paesi e a quelli riportati in letteratura e sembrano confermare la sicurezza di questo metodo.

3.8 Durata della degenza

Nell'88.9% delle IVG del 2016 la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 5.0% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte (Tab. 26). Negli ultimi anni si è osservata una stabilizzazione delle IVG con degenza inferiore alle 24 ore:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2016

	Giorni di degenza		
	< 1	1	≥ 2
1983	47.5	30.5	22.0
1991	72.9	19.0	8.0
2000	83.1	12.2	4.7
2004	90.0	6.2	3.7
2007	91.2	6.2	2.6
2008	92.6	4.8	2.7
2009	93.6	3.9	2.5
2010	92.1	4.9	2.9
2011	90.3	5.8	3.9
2012	89.9	5.7	4.3
2013	88.6	6.5	4.8
2014	87.6	5.9	6.6
2015	89.8	4.6	5.6

Confrontando i dati delle varie regioni vengono confermate nette differenze, con percentuali maggiori di degenze di 2 o più giorni in Piemonte, Valle d'Aosta, Calabria e Sicilia e Puglia.

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza tra 2015 e 2016 è illustrata nella tabella seguente, mostrando una diminuzione della degenza inferiore a 1 giorno e un aumento di quelle di un giorno o superiori a un giorno, in particolare al Sud, andamento opposto di quello osservato lo scorso anno. Si raccomanda le regioni di valutare questa variabile nel proprio territorio per evidenziare le strutture in cui la degenza è particolarmente alta per capirne le motivazioni.

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2015-2016

	Giorni di degenza					
	< 1		1		≥ 2	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
NORD	88.8	88.2	4.7	5.2	6.7	6.6
CENTRO	96.0	96.1	1.5	1.4	2.6	2.6
SUD	87.5	85.2	6.3	7.9	6.2	6.8
ISOLE	86.3	85.3	7.4	5.4	6.3	9.2
ITALIA	89.8	88.9	4.6	5.0	5.6	6.0

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

Nel 2016 sono state registrate 6.0 complicanze per 1000 IVG (Tab. 27) valore inferiore a quello del 2015 (7.3 per 1000) e 2014 (7.4), in particolare della voce "altro" (che invece era aumentata in precedenza). Non si osservano differenze per cittadinanza mentre è presente una forte variabilità regionale. Inoltre nel 2016 è stato segnalato un decesso avvenuto successivamente a IVG in Campania. Il Ministero della Salute ha inviato una commissione di esperti al fine di valutare la sussistenza del nesso causale e il caso è anche sotto esame da parte del Sistema di Sorveglianza della Mortalità Materna, coordinato dall'ISS. Si ricorda che purtroppo l'interruzione volontaria di gravidanza, come tutti gli interventi sanitari e il parto, non è esente da rischio di complicanze, fino al possibile decesso. Naturalmente molto dipende dalle condizioni in cui si verifica la procedura. Generalmente l'IVG effettuata in una struttura sanitaria da personale competente è una procedura sicura con un rischio di mortalità inferiore all'aborto spontaneo e al parto. Nel nostro Paese il numero di donne morte la cui causa è in qualche maniera collegabile all'IVG è molto basso e inferiore a quello indicato in letteratura.

Dal 2015 il modello D12/Istat permette di registrare più di una complicanza per ciascuna IVG e di raccogliere il dato sul mancato/incompleto aborto. Tuttavia, molte regioni stanno ancora aggiornando i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare questa ulteriore informazione in maniera completa per poter procedere ad un'analisi più articolata, a livello nazionale, su tutte le possibili complicanze.

OFFERTA DEL SERVIZIO IVG e OBIEZIONE DI COSCIENZA (dati 2015 e 2016)

1. Andamento generale

Nella presente relazione si riportano i dati relativi all'obiezione di coscienza in riferimento agli anni 2015 e 2016 (in continuità con le precedenti relazioni in cui erano stati riportati i dati fino al 2014), forniti attraverso un monitoraggio ad hoc che integra i dati rilevati dal sistema di sorveglianza IVG.

Infatti, i dati relativi alla numerosità in termini assoluti del numero di obiettori e non obiettori di coscienza non sono inseriti nei modelli D12/Istat (che si riferiscono alle donne che effettuano le IVG) ma vengono richiesti annualmente dal Sistema di Sorveglianza alle Regioni. La richiesta si riferisce a tutto il personale operante negli istituti di cura con Reparto di ostetricia e ginecologia o solo ginecologia.

La tabella 28 – che si allega sia per l'anno 2015 che 2016 - mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. In entrambi gli anni si conferma la tendenza alla stabilizzazione delle quote di ginecologi obiettori e non obiettori, dopo un notevole aumento negli anni: a livello nazionale. Si è passati dal 58.7% del 2005, al 69.2% del 2006, al 70.5% del 2007, al 71.5% del 2008, al 70.7% nel 2009, al 69.3% nel 2010 e 2011, al 69.6% nel 2012, al 70.0% nel 2013, al 70.7% nel 2014, al 70.5% nel 2015 e al 70.9% nel 2016.

Tra gli anestesisti la situazione è più stabile con una variazione da 45.7% nel 2005 a 50.8% nel 2010, 47.5% nel 2011 e 2012, 49.3% nel 2013, 48.4% nel 2014, 47.5% nel 2015 e 48.8% nel 2016. Per il personale non medico si è osservata nel 2015-6 una leggera diminuzione (42.3% nel 2015 e 44.0% nel 2016 rispetto a 45.8% nel 2014 e 46.5% del 2013) dopo l'incremento osservato dal 2005 (38.6%).

Si osservano notevoli variazioni tra regioni, come si evince dalle tabelle 28, sia per l'anno 2015 che 2016.

E' opportuno sottolineare che, secondo quanto indicato nell'art.9 della Legge 194/78, *“gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8.”* Il controllo e la garanzia che ciò si verifichi è affidato alle Regioni. Comunque il personale deve ricordare che *“L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento”* (art. 9 della Legge 194).

2. Risultati monitoraggio regionale e sub-regionale

In continuità con quanto riportato nella precedente relazione al Parlamento, presentata il 7 dicembre 2016, anche quest'anno per monitorare la piena applicazione della Legge 194/78, in relazione all'obiezione di coscienza esercitata secondo quanto stabilito dall'art.9 della legge stessa, sono stati stimati tre parametri relativi all'offerta del servizio IVG, sia in termini di strutture presenti nel territorio - in numero assoluto e in rapporto alla popolazione femminile in età fertile - che rispetto alla disponibilità del personale sanitario dedicato, considerando il carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore. Si tratta degli stessi parametri già utilizzati per effettuare il monitoraggio ad hoc nazionale, condotto su base

regionale, su alcuni aspetti dell'applicazione della Legge, di cui si è dato conto anche nelle relazioni al Parlamento presentate nel 2014, nel 2015 e nel 2016.

In particolare, per individuare eventuali criticità, soprattutto riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto all'accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge, è stato ritenuto un valido indicatore il carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore, calcolato rapportando il numero complessivo di IVG effettuate nell'anno al numero di ginecologi non obiettori presenti nelle strutture, riferito alle 44 settimane lavorative annuali. Un ulteriore approfondimento effettuato, a partire dallo scorso anno, è stata la valutazione anche dell'eventuale numero di non obiettori assegnati dalle amministrazioni stesse a servizi non di IVG, proprio per garantire che l'indicatore scelto fosse aderente alla realtà.

Come condiviso con i rappresentanti di tutte le regioni, coinvolti nel Tavolo di lavoro per la piena applicazione della Legge 194 istituito presso il Ministero della Salute, nuovamente per gli anni 2015 e 2016 è stato concordato di stimare gli stessi parametri anche a livello sub-regionale (ASL/distretto e per il parametro 3 a livello di singola struttura di ricovero), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge il più possibile a livello locale e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

Si illustrano quindi nel dettaglio i tre parametri:

- ✓ **parametro 1:** *Offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili;*
- ✓ **parametro 2:** *Offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita;*
- ✓ **parametro 3:** *Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore.*

che permettono di inquadrare l'offerta del servizio in funzione della domanda e della disponibilità di risorse strumentali e professionali, calcolati con riferimento agli anni sia 2015 che 2016.

2.1. Analisi dei parametri sull'offerta del servizio

PARAMETRO 1: Offerta del servizio in termini di numero assoluto di strutture disponibili

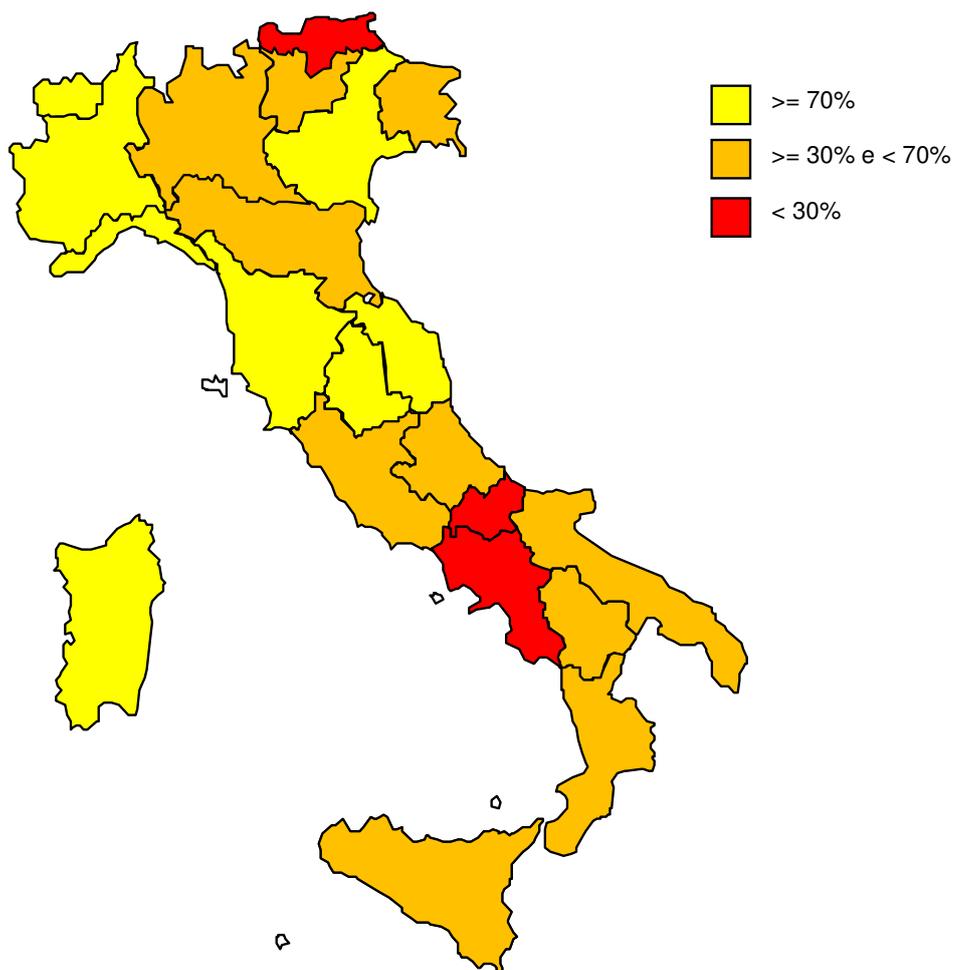
Dall'analisi delle schede pervenute e sulla base del confronto con i dati raccolti dall'ISS e dall'Istat emerge che il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia (intese a livello di sede fisica, denominati nei flussi informativi "stabilimenti") a livello nazionale nel 2015 risulta pari a 648 e nel 2016 è stato pari a 614, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG nel 2015 risulta pari a 385, cioè il 59.4% del totale (era il 59.6% nel 2014) mentre nel 2016 il numero di strutture che effettuano IVG è stato pari a 371, cioè il 60.4% del totale. Si è verificato cioè un lieve aumento percentuale di strutture disponibili.

Le tabelle che seguono mostrano il confronto, in valori assoluti, fra il totale degli stabilimenti con reparto di ginecologia e i punti IVG per ogni regione nell'anno 2015 e nell'anno 2016; i dati 2015 confermano quanto rilevato negli anni precedenti, e cioè che solo in tre casi (P.A. Bolzano, Molise e Campania), di cui due regioni molto piccole, abbiamo un numero di punti IVG inferiore al 30% delle strutture censite, come evidenziato anche nella figura 10 e 11. Per il resto la copertura è più che soddisfacente.

Numero di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2015

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	46	35	76,1%	Marche	16	13	81,3%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	53	19	35,8%
Lombardia	97	63	64,9%	Abruzzo	16	9	56,3%
P.A. Bolzano	9	2	22,2%	Molise	4	1	25,0%
P.A. Trento	8	5	62,5%	Campania	85	23	27,1%
Veneto	44	34	77,3%	Puglia	41	23	56,1%
Friuli V. Giulia	14	9	64,3%	Basilicata	5	3	60,0%
Liguria	15	13	86,7%	Calabria	15	10	66,7%
Emilia-Romagna	54	37	68,5%	Sicilia	60	29	48,3%
Toscana	32	28	87,5%	Sardegna	20	16	80,0%
Umbria	13	12	92,3%	Totale	648	385	59,4%

Figura 10 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle sedi fisiche strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2015

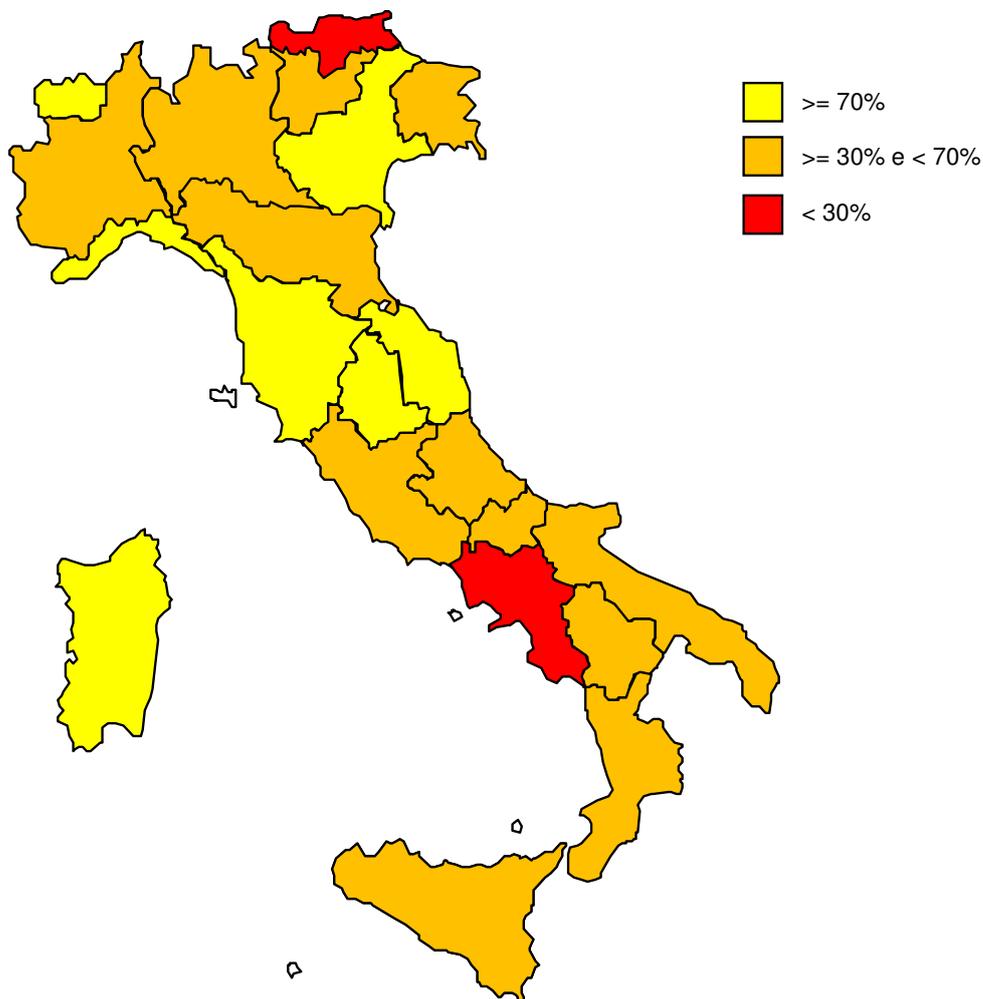


Nel 2016 i casi con una copertura sotto il 30% sono solo due (P.A. Bolzano e Campania).

Numero di sedi fisiche (stabilimenti) con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione, Anno 2016

Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale strutture	Strutture in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	46	30	65,2%	Marche	17	14	82,4%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	41	20	48,8%
Lombardia	97	62	63,9%	Abruzzo	15	10	66,7%
P.A. Bolzano	8	2	25,0%	Molise	3	1	33,3%
P.A. Trento	8	4	50,0%	Campania	87	21	24,1%
Veneto	40	30	75,0%	Puglia	34	22	64,7%
Friuli V. Giulia	13	9	69,2%	Basilicata	5	4	80,0%
Liguria	13	13	100,0%	Calabria	15	7	46,7%
Emilia-Romagna	54	36	66,7%	Sicilia	58	30	51,7%
Toscana	29	28	96,6%	Sardegna	17	15	88,2%
Umbria	13	12	92,3%	Totale	614	371	60,4%

Figura 11 Mappa dell'Italia con la percentuale per Regione delle sedi fisiche di strutture che effettuano Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Anno 2016



PARAMETRO 2: Offerta del servizio in termini relativi rispetto alla popolazione fertile e ai punti nascita

Per avere un termine di confronto e capire meglio il livello di attuazione della Legge 194/78, nel quadro nazionale dell'organizzazione del SSN riferito alla gravidanza, si è ritenuto opportuno contestualizzare i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Delle 648 strutture nazionali con reparto di ostetricia e ginecologia, censite nel 2015 (614 nel 2016), 450 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dato al 1 gennaio 2016 da fonte Cedap rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale), pari al 73.3% del totale (era 76.4% nel 2014).

I nati vivi in Italia nel 2015 sono stati 476'933 (fonte Cedap); nello stesso anno le IVG sono state 87'639, con un rapporto di 5.4:1 (l'anno precedente era 5.1:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IVG è di 1.3:1 (come negli anni precedenti).

Si accentua, quindi, la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari al 18% rispetto al numero delle nascite, il numero di punti IVG è pari all' 82% di quello dei punti nascita.

Nella Tabella seguente viene riportato il confronto fra punti nascita e punti IVG, non in valore assoluto, ma normalizzati rispetto alla popolazione femminile in età fertile, sia per l'anno 2015 che per il 2016.

A livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.4 punti nascita, contro 2.9 punti IVG, con un rapporto di 1.2:1, cioè ogni 10 strutture in cui si fa l'IVG, ce ne sono un po' meno di 12 in cui si partorisce. Ci avviciniamo a un rapporto di 1:1 fra punti IVG e punti nascita, nonostante le IVG siano il 18% delle nascite.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

Tasso dei Punti nascita e Punti IVG per Regione ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), Anno 2015

Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni	Regione	n° di punti nascita (*) per 100'000 donne 15-49 anni	n° di strutture in cui si pratica IVG per 100'000 donne 15-49 anni
Piemonte	2,9	3,5	Marche	4,3	4,3
Valle d'Aosta	3,7	3,7	Lazio	2,5	1,9
Lombardia	3,1	3,1	Abruzzo	4,1	3,1
P.A. Bolzano	5,1	1,7	Molise	5,9	1,5
P.A. Trento	5,1	4,3	Campania (**)	3,1	1,1
Veneto	3,6	3,1	Puglia	4,6	2,8
Friuli Venezia Giulia	3,8	3,4	Basilicata	3,9	2,4
Liguria	3,6	3,2	Calabria	3,3	2,2
Emilia-Romagna	1,2	1,6	Sicilia	4,7	2,4
Toscana	3,2	3,6	Sardegna	4,7	4,4
Umbria	5,3	6,3	Totale	3.4	2.9

(*) punti nascita pubblici o privati accreditati (Fonte: Ministero della Salute - Cedap 2015 rielaborato dal Comitato Percorso Nascita nazionale)

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Per il 2016 non è stato possibile calcolare questo parametro perché al momento in cui questa relazione va in stampa, i dati sui punti nascita effettivamente attivi non sono ancora consolidati.

Scendendo nel dettaglio, in alcune Regioni c'è un numero maggiore o uguale di punti IVG rispetto a quello dei punti nascita (Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo), addirittura in controtendenza rispetto al rapporto fra nascite e IVG.

Ma anche nei casi in cui il rapporto è più basso (es.: Sicilia, dove ogni 4.0 punti nascita, ci sono 2.5 punti IVG), comunque il rapporto è sempre superiore a quello che ci sarebbe se si seguissero le proporzioni fra nascite e IVG.

È importante ricordare che un obiettivo della politica sanitaria italiana, secondo l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, è quello della messa in sicurezza dei punti nascita, che prevede una riorganizzazione degli stessi con la chiusura di quelli in cui si effettuano meno di 500 parti l'anno. L'obiettivo di ridurre i punti nascita è finalizzato a concentrare i parti in strutture più adeguate, con requisiti strutturali, tecnologici e di dotazione di personale in numero adeguato e con più esperienza, in grado così di garantire una maggiore sicurezza dell'evento nascita per una piena tutela della salute della donna e del bambino.

Secondo tale approccio sarebbe opportuno monitorare, per quanto riguarda le IVG, i punti che ne effettuano poche, analogamente a quanto accade per i punti nascita. Tale considerazione vale ancor di più per le IVG tardive, quelle dopo il primo trimestre di gravidanza, casi in cui l'intervento andrebbe eseguito solo nelle strutture con un reparto di terapia intensiva neonatale, considerando la necessità di assistere l'eventuale nato vivo, a seguito di IVG tardiva.

Preso atto che la numerosità delle strutture è più che adeguata alle IVG effettuate in Italia, si approfondisce di seguito il rapporto tra IVG e operatori sanitari non obiettori.

PARAMETRO 3: Offerta del servizio IVG, tenuto conto del diritto di obiezione di coscienza degli operatori, in relazione al numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore

Dai dati relativi al numero di IVG effettuate e il numero di ginecologi non obiettori si rileva, come mostra la tabella seguente, che il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore, basato sulla rilevazione ad hoc su base regionale avviata dal Ministero, sia nel 2015 che nel 2016 è variato di poco rispetto a quello rilevato nel 2014; in generale si registra quasi per tutte le regioni una leggera diminuzione (anche in relazione alla riduzione del numero di IVG), unica eccezione in Molise dove il carico di lavoro è raddoppiato (poiché i ginecologi non obiettori sono passati da 2 ad 1), che comunque si attesta a 9 IVG settimanali.

Entrando nel merito dei dati, sia quelli relativi al 2015 che al 2016, a livello aggregato regionale, indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale medio per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno (valore utilizzato come standard nei progetti di ricerca europei), il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.3 della Valle d'Aosta alle 8.1 del Molise nel 2015 che poi nel 2016 diventa 9.0, con una media nazionale di 1.3 IVG a settimana nel 2015 e 1.6 IVG a settimana nel 2016, dati leggermente inferiori o uguali sia al 2014 che al 2013.

Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore - anni 2012-16 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute

Regione	Carico di lavoro settimanale IVG per non obiettore				
	dato 2012 - rilevazione ad hoc per regione	dato 2013 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2014 - rilevazione ad hoc per asl	dato 2015 - rilevazione ad hoc per struttura	dato 2016 - rilevazione ad hoc per struttura
Piemonte	1.3	1.7	1.7	1.3	1.3
Valle D'Aosta	0.4	0.6	0.4	0.3	0.3
Lombardia	1.4	1.4	1.7	2,7	n.d.
P.A. Bolzano	1.5	3.5	1.3	1.1	1.2
P.A. Trento	1.2	1.0	0.9	0.8	0.8
Veneto	1.3	1.1	1.5	1.2	1.2
Friuli Venezia Giulia	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6
Liguria	1.4	2.0	1.3	1.2	1.3
Emilia-Romagna	-	1.0	1.0	0.8	0.7
Toscana	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Umbria	0.9	1.1	1.2	1.0	1.1
Marche	0.8	1.0	0.9	0.8	0.8
Lazio	4.2	3.4	3.2	3.8	2.6
Abruzzo	2.8	1.9	3.0	2.4	2.4
Molise	-	4.7	4.7	8.1	9.0
Campania	3.3	3,5 (*)	2,3 (**)	0,0 (**)	1,4 (**)
Puglia	2.4	3.1	3.5	3.0	3.0
Basilicata	2.8	2.0	2.9	2.5	2.5
Calabria	2.2	1.6	2.2	1.9	1.9
Sicilia	0.7	4.0	3.8	2.1	1.7
Sardegna	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6
TOTALE	1.4	1.6	1.6	1.3	1.6

(*) dato calcolato su base aggregata regionale in quanto non pervenuto per ASL

(**) dato pervenuto in maniera parziale

Si conferma, quindi, quanto già osservato nelle scorse relazioni al Parlamento, relativamente all'applicazione della Legge 194/78: il numero dei non obiettori a livello regionale sembra congruo rispetto al numero delle IVG effettuate, e il numero di obiettori di coscienza non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG. Quindi gli eventuali problemi nell'accesso al percorso IVG potrebbero essere riconducibili ad una inadeguata organizzazione territoriale.

Una stima della variazione negli anni del numero medio degli interventi di IVG a carico del personale non obiettore, calcolata sulla base del dato aggregato regionale fornito dal Sistema di sorveglianza IVG dell'ISS, mostra che dal 1983 al 2016 le IVG eseguite mediamente all'anno da ciascun non obiettore si sono dimezzate, passando da un valore di 145.6 IVG nel 1983 (pari a 3.3 IVG a settimana) a 57.3 IVG nel 2016 (pari a 1.3 IVG a settimana), come mostra la seguente tabella.

Evoluzione storica dal 1983 al 2016 degli interventi di IVG, del numero di ginecologi non obiettori e del carico di lavoro per IVG a livello nazionale (dato desunto dal dato aggregato regionale fornito dal sistema di sorveglianza IVG)

anno	N. IVG	N. ginecologi non obiettori	N. IVG l'anno per ogni ginecologo non obiettore	N. IVG a settimana per ogni ginecologo non obiettore
1983	233'976	1'607	145.6	3.3
1992	155'266	1'415	109.7	2.5
2001	132'234	1'913	69.1	1.6
2011	111'415	1'507	73.9	1.6
2013	102'760	1'490	69.0	1.6
2014	96'578	1'408	68.6	1.6
2015	87'639	1'480	59.2	1.3
2016	84'926	1'481	57.3	1.3 (*)

(*) La differenza fra la media 1.6 della tabella precedente e 1.3 di questa è dovuta al fatto che quest'ultima è calcolata a partire dal dato aggregato regionale fornito dalle regioni all'ISS attraverso il sistema di sorveglianza IVG, mentre 1.6 della tabella precedente è calcolato sui dati forniti dalle regioni sulle singole strutture di ricovero, attraverso il monitoraggio ad hoc, dati che per alcune regioni (Lombardia, Campania) sono mancanti e non completi determinando quindi una base di calcolo differente.

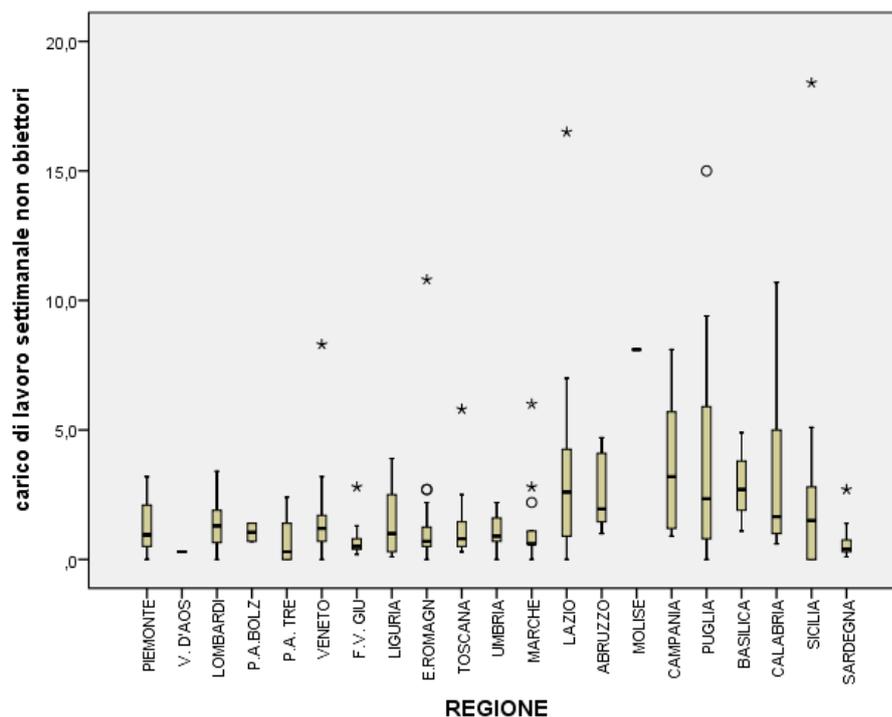
Si nota un aumento in numero assoluto dei ginecologi non obiettori, negli ultimi due anni, e una sostanziale stabilità del numero dei non obiettori nel corso dei quasi 40 anni di applicazione della legge, a fronte di un più che dimezzamento delle IVG. Il numero globale dei ginecologi che non esercita il diritto all'obiezione di coscienza è quindi sempre stato congruo al numero degli interventi di IVG complessivo.

Quest'anno, anche in considerazione della riorganizzazione territoriale delle ASL, il dato relativo al terzo parametro, cioè il carico di lavoro settimanale a carico di ogni ginecologo non obiettore, è stato valutato a livello ancora più di dettaglio, rispetto a quanto riportato nella relazione dell'anno precedente, è stato cioè calcolato in riferimento alle singole strutture di ricovero. La situazione, per l'anno 2015 e 2016, è riassunta nei seguenti grafici box plot (figura 12 e 13) e nelle relative tabelle dei dati che mostrano i valori medi e massimi registrati rispettivamente a livello regionale e a livello di singola struttura.

Il grafico box plot, o diagramma a scatola e baffi, è una rappresentazione grafica utilizzata per descrivere la distribuzione di una variabile, simmetrica o asimmetrica che sia, tramite semplici indici di dispersione e di posizione (minimo, primo quartile, mediana, terzo quartile, massimo). Più le linee e i rettangoli sono lunghi, maggiore è la variabilità.

Come è evidente anche graficamente per quanto riguarda il carico di lavoro settimanale per IVG di ogni ginecologo non obiettore, la situazione è diversa da regione a regione, ma comunque nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale. Gli outlier ,cioè i valori "anomali" che si discostano molto dalla media regionale (indicati come punti isolati nel grafico con *, per valori con più di 3 differenze interquartili dai valori estremi, e °, per valori da 1.5 a 3 differenze interquartili dai valori estremi), sono molto pochi e presenti solo in alcune regioni.

Figura 12 Grafico box plot del carico di lavoro settimanale medio per IVG per regione per ginecologo non obiettore (valori per singola struttura di ricovero). Anno 2015.

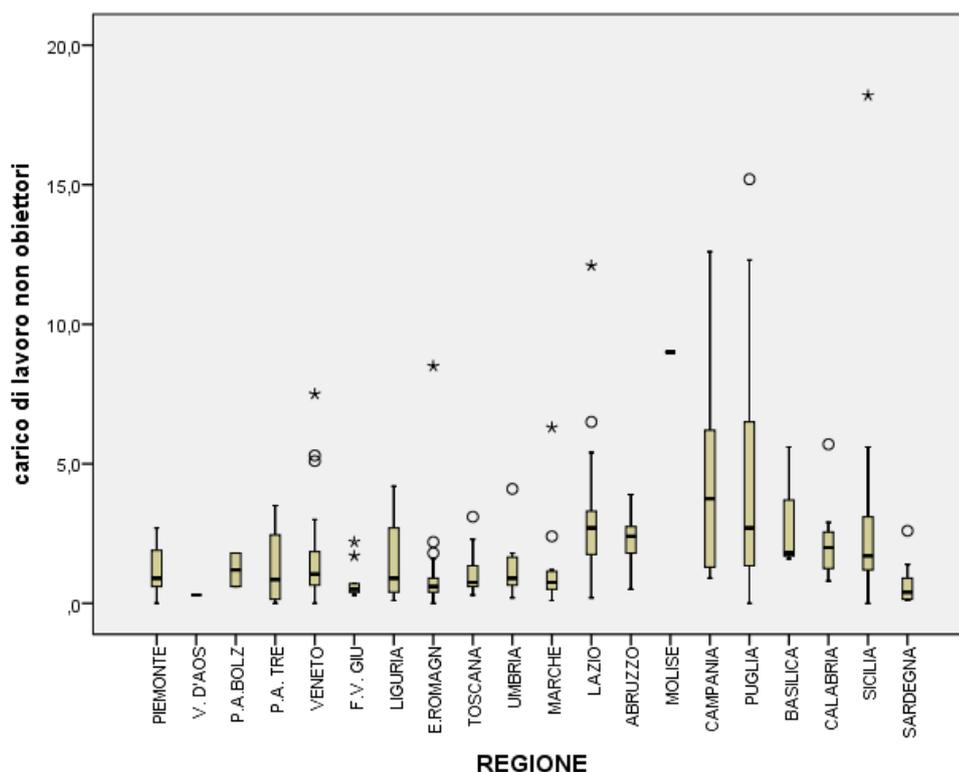


Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2015

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
PIEMONTE	1.3	3.2
V. D'AOSTA	0.3	0.3
LOMBARDIA	1.3	3.4
P.A. BOLZANO	1.0	1.4
P.A. TRENTO	0.8	2.4
VENETO	1.4	8.3
F.V. GIULIA	0.8	2.8
LIGURIA	1.3	3.9
E. ROMAGNA	1.2	10.8
TOSCANA	1.1	5.8
UMBRIA	1.1	2.2
MARCHE	1.3	6.0
LAZIO	3.3	16.5
ABRUZZO	2.6	4.7
MOLISE	8.1	8.1
CAMPANIA (*)	3.5	8.1
PUGLIA	3.6	15.0
BASILICATA	2.9	4.9
CALABRIA	3.3	10.7
SICILIA	2.1	18.4
SARDEGNA	0.7	2.7

(*) dato pervenuto in maniera parziale

Figura 13 Grafico box plot del carico di lavoro settimanale medio per IVG per regione per ginecologo non obiettore (valori per singola struttura di ricovero). Anno 2016.



Carico di lavoro medio settimanale per IVG per ginecologo non obiettore per regione calcolato a partire dal dato di dettaglio delle singole strutture di ricovero (valori medio e massimo). Anno 2016

Regioni	Valore medio regionale	Valore massimo per singola struttura IVG
PIEMONTE	1.2	2.7
V. D'AOSTA	0.3	0.3
LOMBARDIA	1.2	1.8
P.A. BOLZANO	n.d.	n.d.
P.A. TRENTO	1.3	3.5
VENETO	1.6	7.5
F.V. GIULIA	0.8	2.3
LIGURIA	1.5	4.2
E. ROMAGNA	1.0	8.5
TOSCANA	1.0	3.1
UMBRIA	1.3	4.1
MARCHE	1.3	6.3
LAZIO	3.2	12.1
ABRUZZO	2.3	3.9
MOLISE	9.0	9.0
CAMPANIA (*)	12.6	4.0
PUGLIA	4.2	15.2
BASILICATA	3.0	5.6
CALABRIA	2.3	5.7
SICILIA	2.8	18.2
SARDEGNA	0.7	2.6

(*) dato pervenuto in maniera parziale

Per il 2015, delle 336 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo tre presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier) e superiori alle 11 IVG settimanali: una in Sicilia, con 18.4 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 2.1); una nel Lazio, con 16.5 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.3) e una in Puglia, con 15.0 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.6). Altre 7 strutture, distribuite in diverse regioni, registrano un carico di lavoro per ginecologo non obiettore tra i 7 e gli 11 interventi IVG settimanali, tutti gli altri valori risultano molto inferiori, prossimi alle medie regionali.

Per il 2016, delle 356 strutture IVG per le quali le regioni hanno fornito i dati, solo cinque presentano valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier) e superiori alle 9 IVG settimanali: una in Sicilia, con 18.2 IVG a settimana, (rispetto alla media regionale di 2.1); due in Puglia, di cui una con un carico di lavoro medio settimanale per i ginecologi non obiettori di 15.2 IVG a settimana e l'altra dove è di 12.3 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.6); una in Campania, con un carico di lavoro settimanale per IVG pari a 12.6; una nel Lazio, con una media 12.1 IVG a settimana (rispetto alla media regionale di 3.3).

Va notato che anche nei pochi casi di maggiore scostamento dalla media regionale, si tratta di un numero di interventi che non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere altre attività oltre le IVG.

Inoltre si segnala che ben 14 strutture, delle 336 rilevate nel 2015 e 75 strutture, delle 356 rilevate nel 2016, risultano aver effettuato IVG pur non avendo in organico ginecologi non obiettori, dimostrando la capacità organizzativa regionale di assicurare il servizio attraverso una mobilità del personale non obiettore presente in altre strutture, dando applicazione alla legge 194, quando all'art.9 dispone che: "Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'art.7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5,7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

Al fine di considerare gli operatori in relazione al tempo di lavoro effettivo presso la struttura ed escludere la possibilità di contare più volte uno stesso operatore presente in strutture diverse, anche per l'anno 2015 e 2016, il monitoraggio ha previsto la rilevazione dei ginecologi non obiettori anche in termini di FTE (Full Time Equivalent) dove l'unità di misura FTE corrisponde al numero di unità riparametrato rispetto ad un lavoratore a tempo pieno. Il valore in FTE pari ad 1 equivale ad una persona che lavora a tempo pieno, un lavoratore part-time al 50% corrisponde a 0.5 FTE. Tuttavia, per entrambi gli anni, si conferma che il carico di lavoro settimanale rilevato rispetto al numero di ginecologi non obiettori in termini di unità di personale non risulta sostanzialmente diverso da quello rilevato in termini di FTE, come già rilevato negli anni precedenti.

In continuità con quanto già fatto per il 2014, anche per il 2015 e il 2016, inoltre, sempre per garantire che i valori medi fossero rappresentativi della situazione reale è stato chiesto alle regioni se ci fossero ginecologi non obiettori non assegnati al servizio IVG. Dai dati comunicati dalle regioni è emerso che a livello nazionale l'8% dei ginecologi non obiettori nel 2015, pari a 98 ginecologi, e il 6.6% nel 2016, pari a 69 ginecologi, è assegnato ad altri servizi e non a quello IVG, cioè non effettua IVG pur non avvalendosi del diritto all'obiezione di coscienza. Si tratta di una quota rilevata nel 2015 in 53 strutture di undici regioni: Piemonte, Lombardia, P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna. Nel 2016, invece, la presenza di ginecologi non obiettori assegnati ad altri servizi e non a quello IVG è stato rilevato in 38 strutture di nove regioni: Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna.

Questo approfondimento ha consentito di mettere a fuoco ancora una volta la disomogeneità territoriale nell'impatto della disponibilità di non obiettori rispetto alla richiesta di IVG. I dati raccolti per singola struttura ospedaliera suggeriscono che, nella maggior parte delle strutture in cui i non obiettori non sono assegnati ai servizi IVG, la disponibilità di personale non obiettore sembra superiore alle necessità: in altre parole in questi casi il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi parte di questo personale viene assegnato dalle stesse amministrazioni locali ad altri servizi (ricordiamo che gli interventi di IVG sono sempre programmati, quindi ci sono le condizioni per distribuire il personale adeguatamente rispetto alle richieste senza effettuare trasferimenti permanenti fra le strutture stesse, ma limitati alle giornate dedicate alle IVG). Un'ulteriore conferma del fatto che, in generale, non sembra essere il numero di obiettori di per sé a determinare eventuali criticità nell'accesso all'IVG, ma probabilmente il modo in cui le strutture sanitarie si organizzano nell'applicazione della Legge 194/78. Si noti che delle tre regioni in cui si segnalano forti scostamenti del carico di lavoro medio regionale, per ciascun ginecologo non obiettore, due (Puglia e Sicilia) dispongono anche di personale non obiettore non assegnato ai servizi IVG.

Va anche ricordato che la concentrazione di alcune prestazioni sanitarie, come ad esempio l'IVG, in alcune strutture potrebbe essere non una difformità non voluta, ma il risultato di una programmazione delle amministrazioni, volta ad accorpate i servizi nel territorio stesso. Un monitoraggio dettagliato come quello proposto nella presente relazione è comunque un supporto fondamentale per verificare effettivamente l'offerta del servizio e i carichi di lavoro dei ginecologi non obiettori che è stato proposto ai referenti regionali per una buona programmazione dei servizi.

Relativamente ai tempi di attesa sulla base dei dati disponibili si vede come in alcune regioni all'aumentare degli obiettori di coscienza diminuiscano i tempi di attesa delle donne, e, viceversa, in altre regioni al diminuire del numero di obiettori aumentino i tempi di attesa, contrariamente a quanto si potrebbe immaginare, quindi non c'è correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che, naturalmente, variano da regione e regione (e probabilmente anche all'interno della stessa regione).

Ricordiamo che, già ad oggi, è possibile per l'organizzazione sanitaria regionale attuare sia forme di mobilità del personale sia forme di reclutamento differenziato.

3. Attività dei consultori familiari per l'IVG

Anche per il 2015 e 2016 è stata effettuata la rilevazione dell'attività dei consultori familiari per l'IVG, e sono stati raccolti i dati nel 2015 per l'85% dei consultori (come nel 2014), mentre per il 2016 solo per il 69%. In entrambi gli anni non risulta pervenuto il dato della Campania.

Oltre alle informazioni sul numero di ginecologi in servizio, obiettori e non, rilevate sia in valore assoluto che in termini di Full Time Equivalent, è stato richiesto, come gli anni precedenti, anche il numero di donne che hanno effettuato il colloquio previsto dalla Legge 194/78, il numero di certificati rilasciati, il numero di donne che hanno effettuato controlli post IVG (in vista della prevenzione di IVG ripetute).

La raccolta dati è particolarmente difficoltosa, considerando anche la grande difformità territoriale dell'organizzazione dei consultori stessi, che mutano spesso di numero a causa di accorpamenti e distinzioni fra sedi principali e distaccate, la cui differenziazione spesso non è chiara e risponde a criteri diversi fra le diverse regioni. La raccolta è stata ulteriormente complicata nel 2016 dalla riorganizzazione territoriale effettuata in molte regioni (accorpamenti di ASL o creazione di aziende uniche). Inoltre è emerso che molte sedi di consultorio familiare sono servizi per l'età evolutiva o dedicati agli screening dei tumori femminili pertanto non svolgono attività connesse al servizio IVG. Anche questo ambito di rilevazione conferma la grande variabilità tra le Regioni, in questo caso nel ricorso al consultorio per le attività collegate all'IVG.

Le differenze che si osservano in parte sono dovute al fatto che la rilevazione, anche se migliorata, non ha una copertura completa in tutte le Regioni; è necessario inoltre tenere conto delle diverse modalità organizzative a livello locale, nel rapporto tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri, nella presa in carico della donna che vi si rivolge per una IVG.

In generale il numero degli obiettori di coscienza nei consultori, pur nella non sempre soddisfacente copertura dei dati, è molto inferiore rispetto a quello registrato nelle strutture ospedaliere, e tende a diminuire (29.7% vs 70.5% nel 2015 e 23.1% vs 70.9% nel 2016).

Il fatto che il numero di colloqui IVG sia superiore al numero di certificati rilasciati, potrebbe indicare l'effettiva azione per aiutare la donna "a rimuovere le cause che la porterebbero all'interruzione della gravidanza" (art. 5 L.194/78).

Monitoraggio attività dei consultori familiari per l'IVG - anno 2015

REGIONE	n° consultori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consultori	n° ginec. (in FTE)	% obiet.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTAL E IVG Anno 2014
Piemonte	145	72%	139.7	11%	5974	4781	2064	6917
Valle d'Aosta	9	60%	1.8	36%	nd	nd	nd	184
Lombardia	241	100%	334.5	38%	10616	9036	9328	14304
P.A. Bolzano	4	10%	6.1	2%	38	17	15	517
P.A. Trento	12	100%	3.5	4%	644	435	290	726
Veneto	102	45%	56.7	34%	4079	2442	980	5044
Friuli Ven. Giulia	24	71%	15.6	5%	4712	1102	1092	1488
Liguria	52	90%	85.0	34%	1396	1261	182	2700
Emilia Romagna	172	60%	117.6	27%	10009	4848	2067	7848
Toscana	159	75%	49.1	25%	4066	2965	1626	6100
Umbria	37	77%	30.1	17%	1038	987	296	1365
Marche	59	82%	15.2	28%	1236	1107	600	1688
Lazio	136	80%	60.5	8%	7684	5010	2123	9617
Abruzzo	41	72%	14.0	16%	477	232	68	1866
Molise	5	83%	8.0	88%	205	35	52	356
Campania (*)	39	25%	36.9	1%	2149	1481	321	8284
Puglia	132	90%	61.2	13%	2712	2288	1281	7574
Basilicata	21	57%	22.0	50%	146	253	200	557
Calabria (*)	2	3%	0.5	0%	11	8	5	2109
Sicilia	183	98%	153.7	46%	2696	2240	1116	6457
Sardegna	56	76%	47.6	29%	509	387	110	1938
TOTALE	1631	69%	1258,2	29%	60397	40915	23816	87639

(*) rilevazione parziale

Si osserva inoltre che l'attività effettuata per quanto riguarda i controlli post IVG è minore rispetto a quella dei colloqui e anche dei certificati rilasciati, segno che è necessario ancora puntare su una migliore integrazione ospedale-territorio. Tuttavia in Lombardia i colloqui post IVG sono maggiori dei certificati rilasciati, un dato che potrebbe indicare che spesso negli ospedali in cui si sono effettuate le IVG è efficace il suggerimento per un colloquio post-IVG in consultorio, più adeguato rispetto alle strutture ospedaliere a effettuare azioni di sostegno e *counselling* personalizzato e costante, nel tempo. La consulenza post-IVG è una buona occasione di promozione per una procreazione responsabile, pertanto sarebbe importante promuoverla e implementarla ulteriormente.

Monitoraggio attività dei consulenti familiari per l'IVG - anno 2016

REGIONE	n° consulenti che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. consulenti	n° ginec. (in FTE)	% obiet.	colloqui IVG	certificati IVG	controlli post IVG	TOTAL E IVG Anno 2014
Piemonte	143	71%	144.4	8%	6233	4883	1990	6805
Valle d'Aosta	9	60%	1.8	36%	nd	nd	nd	174
Lombardia	196	100%	nd	nd	9175	7479	7779	14111
P.A. Bolzano	4	10%	6.1	2%	23	12	3	563
P.A. Trento	12	100%	3.5	0%	573	422	269	684
Veneto	104	45%	68.5	27%	4580	2502	878	5040
Friuli Ven. Giulia	25	74%	15.6	5%	2818	599	608	1436
Liguria	49	84%	71.0	42%	1296	1267	168	2669
Emilia Romagna	178	63%	118.6	22%	10344	4645	2159	7688
Toscana	158	77%	45.3	24%	4014	3133	1733	5910
Umbria	36	77%	31.2	11%	1055	944	365	1303
Marche	40	56%	17.7	25%	1170	1069	649	1618
Lazio	132	78%	60.1	9%	7675	4818	2191	9032
Abruzzo	42	74%	16.8	19%	664	315	104	1794
Molise	6	100%	8.0	88%	244	47	63	398
Campania (*)	13	8%	5.2	3%	502	341	158	7560
Puglia	130	89%	61.2	14%	2871	2317	1189	7461
Basilicata	21	57%	22.0	32%	211	325	284	564
Calabria	57	83%	85.0	1%	920	893	363	2058
Sicilia	181	97%	140.8	50%	2860	1966	1005	6197
Sardegna	58	78%	44.8	31%	398	316	108	1861
TOTALE	1581	69%	967.4	23%	57626	38293	22066	84926

(*) rilevazione parziale

TABELLE 2016

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza
- Tabella 2 - Percentuali cambiamento 2015 - 2016
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica
- Tabella 4 - Percentuali di cambiamento, 2003 - 2016
- Tabella 5 - IVG ed età
- Tabella 6 - IVG per classi di età
- Tabella 7 - Tassi di abortività per età e regione
- Tabella 8 - IVG e stato civile
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio
- Tabella 10 - IVG e occupazione
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza
- Tabella 13 - IVG e nati vivi
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti
- Tabella 18 - IVG ed urgenza
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e età della donna
- Tabella 21 - Attesa tra certificazione ed intervento
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG
- Tabella 23bis - Strutture/stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano IVG
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza
- Tabella 27 - IVG e complicanze
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale 2015 e 2016
- Tabella 29 - Valori, tassi e rapporti per Regione di intervento e per Regione di residenza
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività

APPENDICE



STIMA ABORTI CLANDESTINI

Su richiesta del Ministero della Salute e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istat ha provveduto ad effettuare una stima delle interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) clandestine tramite l'analisi di diverse metodologie e loro applicazione (laddove possibile e pertinente alla realtà italiana).

Queste sono state le tecniche analizzate:

1. Metodo delle nascite evitate
2. Analisi dell'abortività spontanea
3. Utilizzo delle Schede di dimissione ospedaliera

1. METODO DELLE NASCITE EVITATE

Obiettivo:

Determinare l'ammontare delle nascite attese applicando alla popolazione femminile italiana dei tassi di fecondità naturale. Da questo ammontare teorico vanno sottratte le nascite "evitate" dovute essenzialmente ai seguenti fattori (di seguito descritti nel dettaglio):

- sterilità
- infertilità
- allattamento
- attività sessuale
- utilizzo di contraccettivi
- aborti spontanei
- interruzioni volontarie di gravidanza

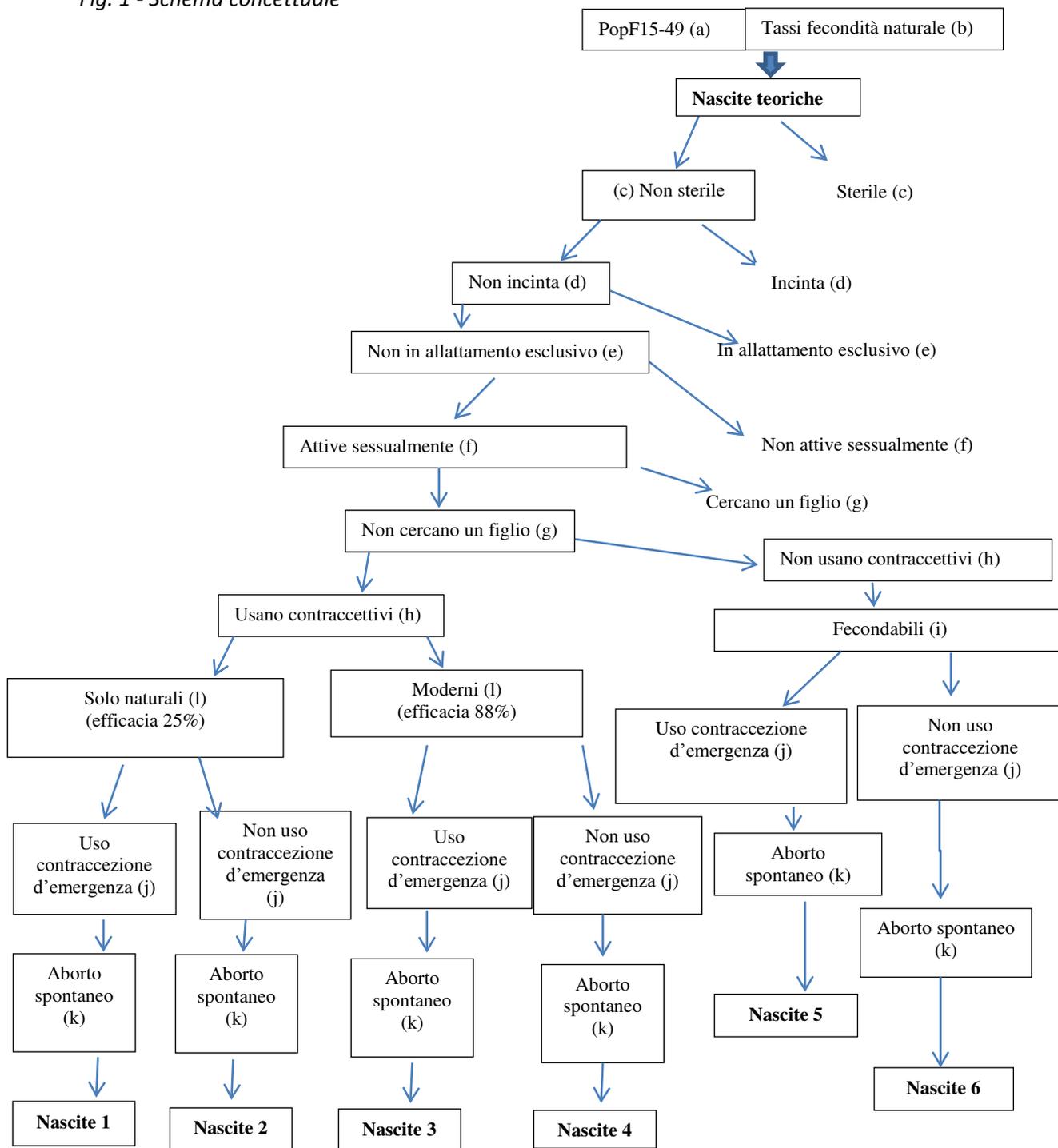
L'eventuale differenza positiva tra il numero di nascite attese e il numero di nascite registrate fornisce un'indicazione sulle nascite "mancate" dovute ad un ricorso clandestino dell'IVG.

Metodi

È stato ripreso lo schema concettuale utilizzato dall'ISS [1] al quale sono stati applicati i necessari aggiornamenti dovuti essenzialmente a due fattori: 1) cambiamenti comportamentali delle donne in ambito di salute riproduttiva; 2) disponibilità di dati più completi e più recenti.

La Figura 1 e le relative note esplicative mostrano i passaggi concettuali (e anche operativi) effettuati per il calcolo delle nascite attese. Sono stati utilizzati dati di tre anni: 2014, 2015 e 2106. Laddove possibile sono state distinte le classi di età: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49.

Fig. 1 - Schema concettuale



$$\text{Nascite attese} = \sum_{i=1,6} \text{Nascite}_i$$

$$\text{IVG clandestine} = \text{Nascite attese} - \text{Nascite registrate} - \text{IVG registrate}$$

Note:

- (a) Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. E' stata calcolata la popolazione femminile media di 15-49 anni [2].
- (b) Si riferiscono a popolazioni che non operano un controllo deliberato della fecondità [3].
- (c) Una quota di donne risulta fisiologicamente sterile [4,5,6,7] e va eliminata dal contingente. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (d) Le donne incinte nell'anno t vanno eliminate dal contingente. Queste hanno presumibilmente partorito tra settembre dello stesso anno t e agosto dell'anno t+1. Sono stati quindi presi i dati mensili sulle nascite dall'indagine Bilancio mensile [2]. Mancando l'informazione sull'età, i totali sono stati distribuiti secondo i pesi percentuali delle classi di età dell'indagine Iscritti in anagrafe per nascita [2].
- (e) Una quota di donne che allattano nell'anno t va eliminata dal contingente, poiché l'allattamento esclusivo al seno induce sterilità [8]. Sono stati utilizzati i dati sull'allattamento al seno dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013 [9]. Le donne che potrebbero essere in allattamento nell'anno t sono quelle che hanno partorito durante l'anno t, più quelle che hanno partorito tra settembre e dicembre dell'anno t-1 (considerando 4 mesi di durata media). Poiché le nascite dei mesi settembre-dicembre dell'anno t sono state già eliminate con le donne incinte (punto d), si considerano le nascite del periodo tra settembre t-1 e agosto dell'anno t.
- (f) Le donne che dichiarano di non aver avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi vanno eliminate dal contingente [10,11,12]. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (g) Le donne che cercano un figlio vanno eliminate dal contingente. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine sulla Salute 2012-2013.
- (h) Il contingente si divide in base all'utilizzo o meno di contraccettivi [12,13,14,15]. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (i) Non tutte le donne che hanno rapporti sessuali non protetti per 12 mesi riescono ad avere una gravidanza: viene quindi applicato un indice di fecondabilità [6,16,17]. Una coppia che dopo un anno di rapporti regolari e non protetti non riesce a concepire è in genere considerata infertile [7].
- (j) I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013 che non si riferiscono agli ultimi 12 mesi, bensì nell'arco di tutta la vita (*ever use*). Sono stati quindi aggiustati analizzando vari studi internazionali [18,19,20]. Sono stati utilizzati i dati forniti dall'AIFA e dal Ministero della Salute sulle vendite della pillola del giorno dopo Norlevo e della pillola dei cinque giorni dopo EllaOne per gli anni 2014-2016. [21,22].
- (k) Non tutte le gravidanze iniziate giungono a termine. Circa il 15-20% delle gravidanze clinicamente evidenti esita in aborto spontaneo e la percentuale è maggiore (anche fino al 40%) se si considerano tutte le gravidanze, anche quelle non diagnosticate [23,24,25,26].
- (l) I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine sulla Salute 2012-2013 [10,11,26].

Riferimenti bibliografici:

- [1] ISS (1983), *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - 1983*, ISTISAN 85/5.
- [2] <http://demo.istat.it/>
- [3] The American College of Obstetrician&Gynecologists (2014), Female Age-Related Fertility Decline, Committee Opinion, 589/2014, March. Fig.1 Pag.2.
<https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co589.pdf?dmc=1&ts=20171016T1317384400>
- [4] Leridon H. (2008) "A new estimate of permanent sterility by age: Sterility defined as the inability to conceive", *Population Studies*, 62(1), 15-24.
<http://www.tandfonline.com/toc/rpst20/62/1?nav=toCList#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDgwLzAwMzI0NzIwNzAxODAwMjA3QEBA MQ==>

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

Fonti utilizzate:

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

Risultati

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

2 – ANALISI DELL'ABORTIVITA' SPONTANEA

Obiettivo

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

Metodi

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

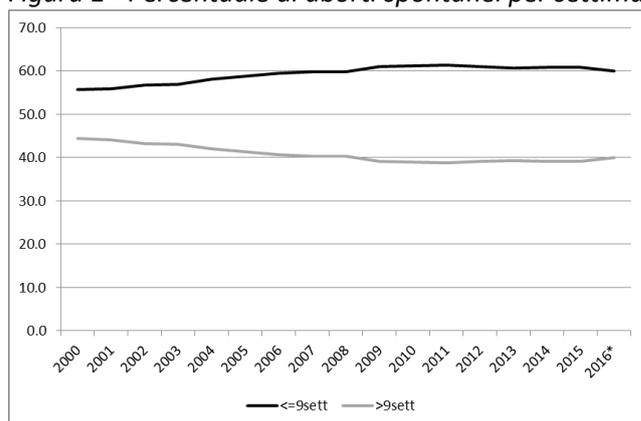
Per questi due gruppi vengono calcolate le relative percentuali sul totale dei casi per verificare se per gli AS precoci ci sia stato un incremento che possa far supporre la presenza di IVG-fai-da-te e/o clandestine.

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

Risultati

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

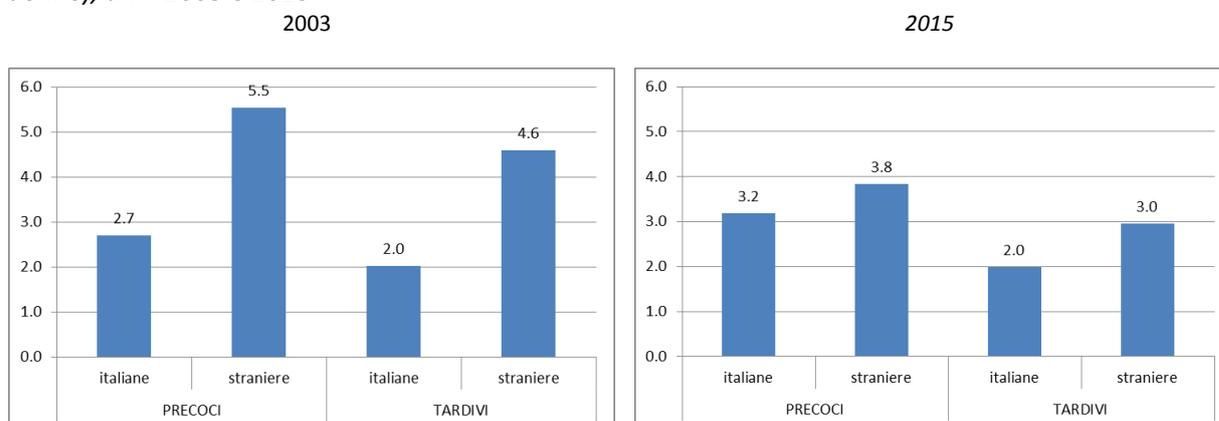
Figura 1 - Percentuale di aborti spontanei per settimane di gestazione, anni 2000-2016



Nota: * dato provvisorio.

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

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



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

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

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

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

3- UTILIZZO DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Obiettivo

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

Metodi

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

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

La complicazione emorragia nelle SDO viene codificata come segue:

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

Risultati

La situazione nelle varie fonti è la seguente:

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

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

Probabilmente nei dati Istat l'informazione sulla complicazione è sottostimata; in ogni caso anche nelle SDO ci sono valori che non fanno pensare ad una quota di AS conseguenza di una IVG-fai-da-te.

Sarebbe utile sapere le modalità di codifica dei casi che arrivano in ospedale per i quali il medico sospetti appunto una IVG-fai-da-te. Questo è stato chiesto ad alcuni operatori sanitari ma non è stato possibile individuare dei codici da poter utilizzare.

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

Proposta

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

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

Bibliografia

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

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



1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

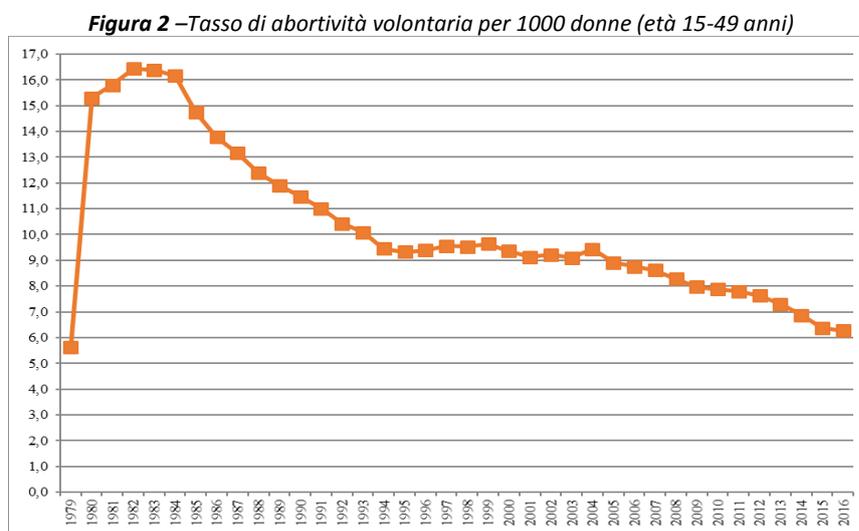
Altri fattori più "personali" agiscono a loro volta nella gestione della pianificazione familiare: i comportamenti sessuali e la contraccezione hanno ripercussioni dirette nelle scelte riproduttive e nel corso dei quattro decenni considerati sono stati oggetto di grandi cambiamenti.

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

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

2. Il declino dell'aborto volontario

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



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

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

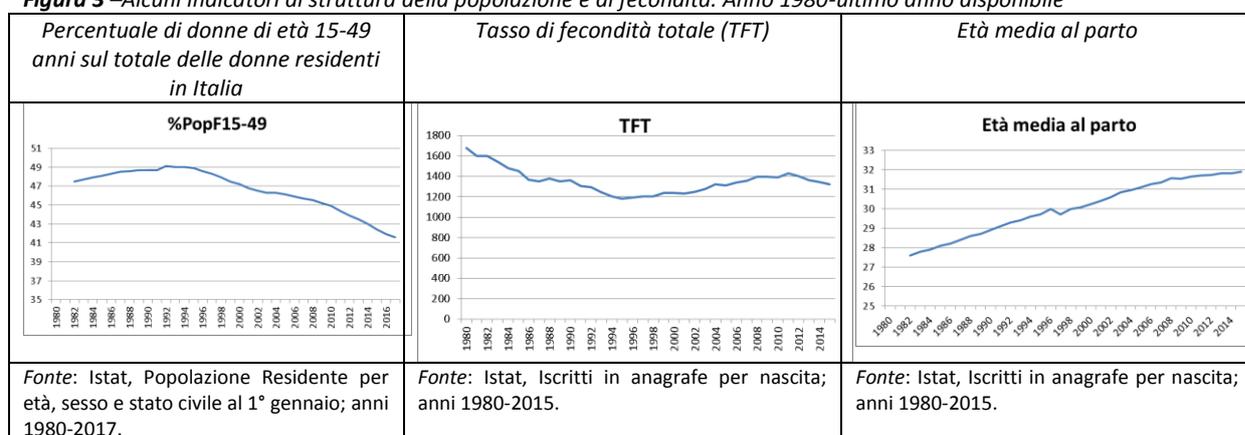
⁴ È pur vero che nelle statistiche ufficiali dell'Istat sull'IVG vengono quasi sempre considerate tutte e solo le donne residenti in Italia; tra queste ci sono quindi sia cittadine italiane che cittadine straniere. Queste ultime, rispetto alle straniere non residenti, risultano essere maggiormente insediate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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3. L'ottica longitudinale

3.1 La costruzione delle generazioni

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

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

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

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

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

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

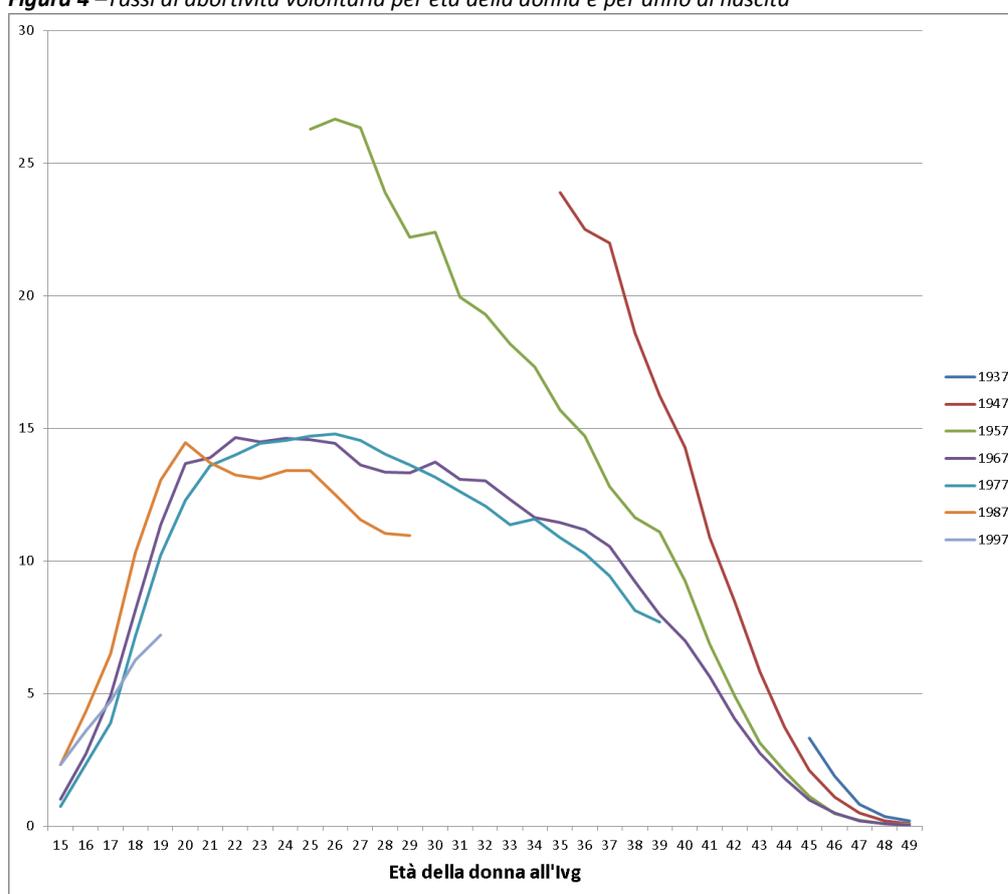
ultimi anni la presenza della *spending review* attuata in tutte le Regioni ha fatto sì che sempre più casi fossero trattati in ambulatorio piuttosto che in regime ospedaliero: questa potrebbe essere una parziale spiegazione del calo del numero di aborti spontanei registrato dal 2011 dopo un incremento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

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

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

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

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

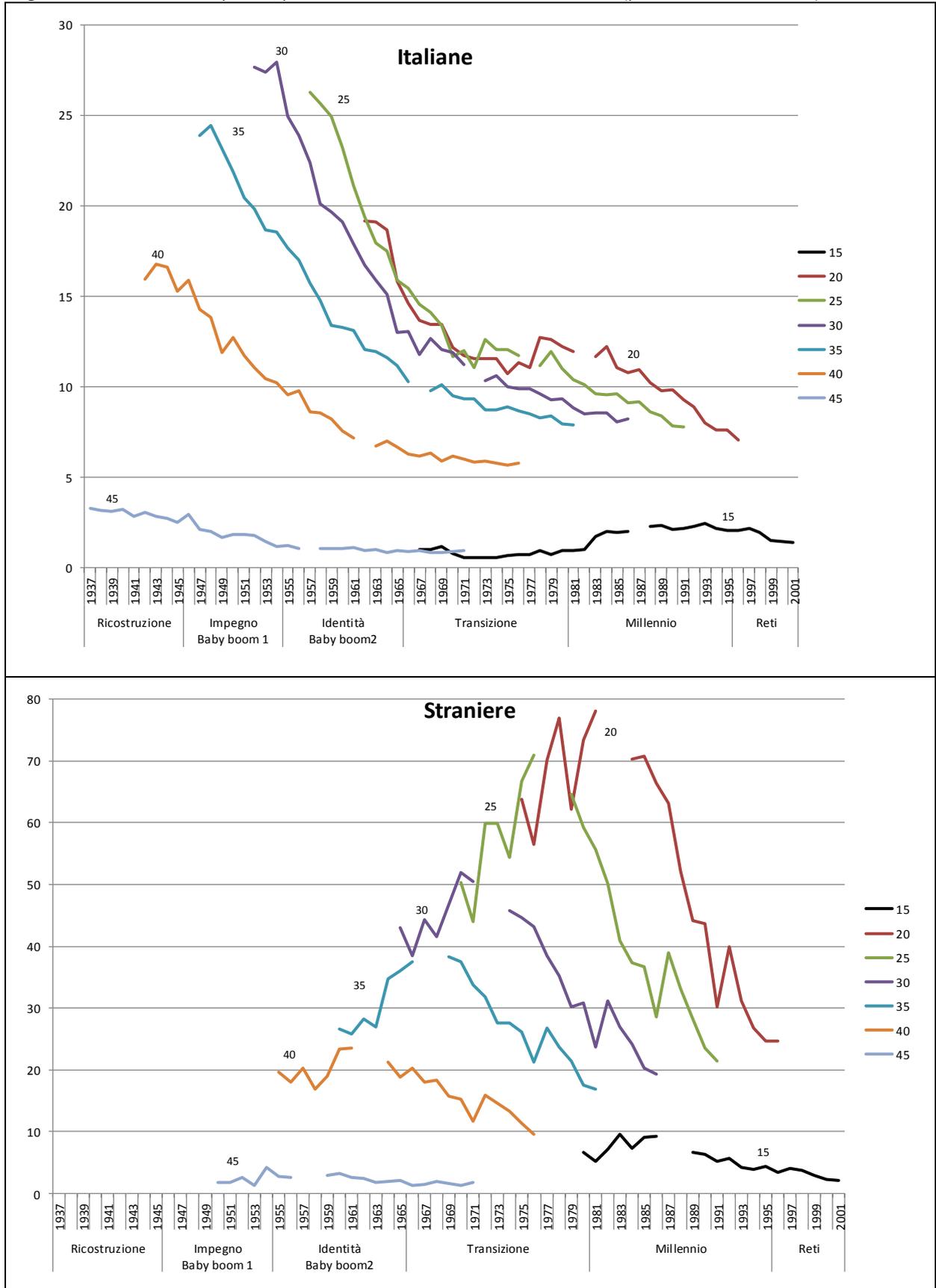


Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

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

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

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



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 I cambiamenti strutturali e familiari

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

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

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

Fonte: Istat (2016), p. 57.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Istat (2016), p. 59.

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

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

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

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

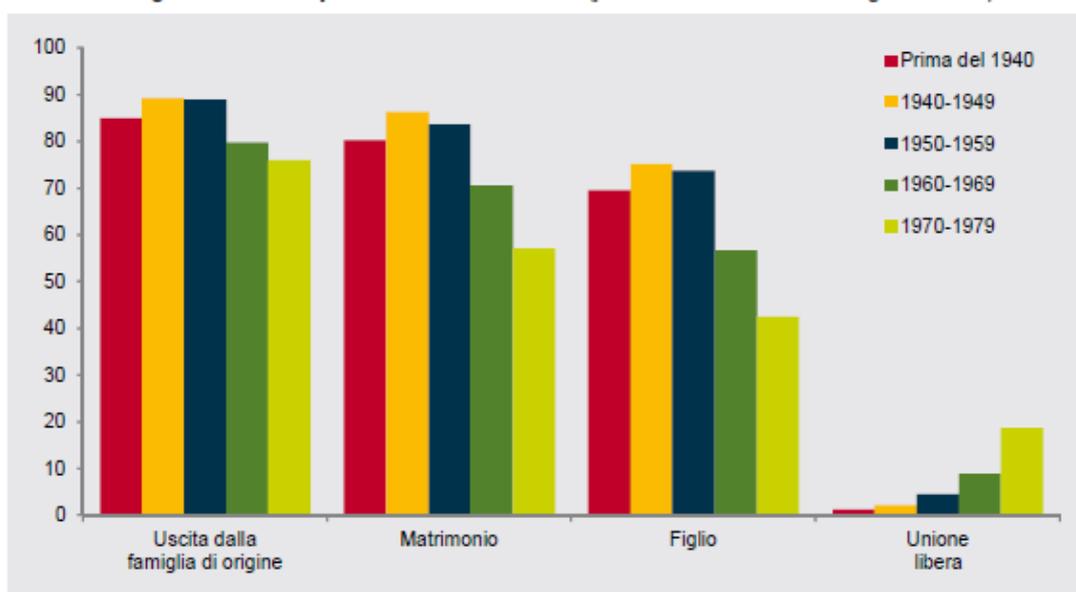
Nel 1976 sono presenti ancora i postumi del boom economico, quindi, rispetto a venti anni prima, si assiste a un aumento della nuzialità e un anticipo sia del matrimonio che della nascita di un figlio. I grandi cambiamenti familiari sono però ancora in fase di gestazione: aumentano (dal 2.4% al 9.4%)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

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

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

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

Figura 6 – Donne che hanno sperimentato almeno un evento familiare prima dei 30 anni per generazione e tipo di evento - Anno 2009 (per 100 donne della stessa generazione)



Fonte: Istat, Indagine Famiglia e soggetti sociali

Fonte: Istat (2016), p. 77.

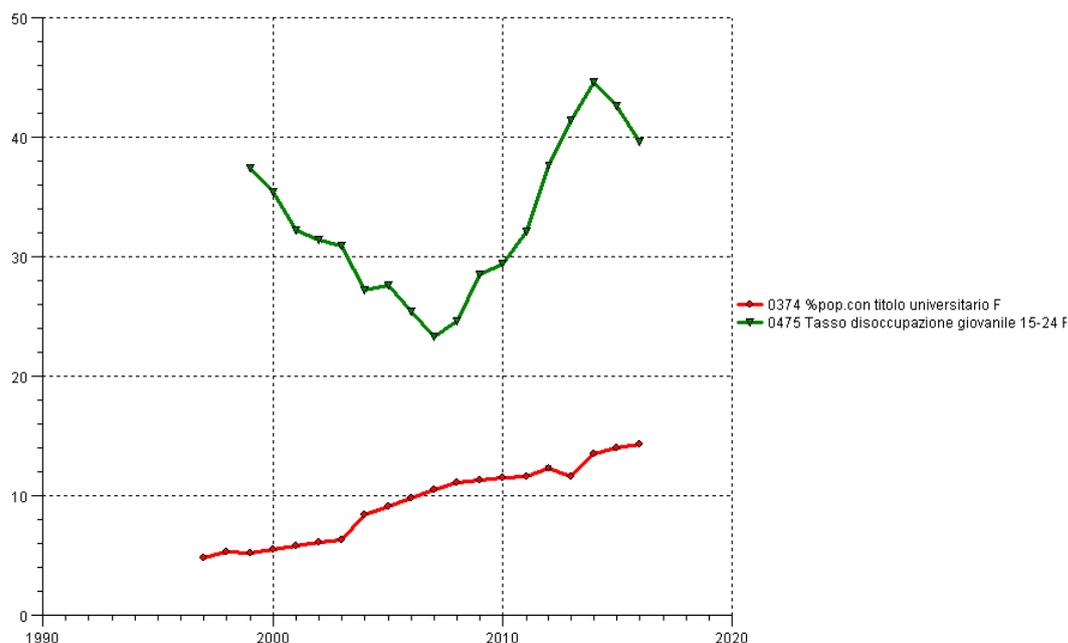
A partire dalle generazioni degli anni Sessanta diminuisce la percentuale di donne che entro i 30 anni escono dalla famiglia di origine, così come quella delle donne della stessa età che contraggono matrimonio o che fanno un figlio. L'unione libera risulta in crescita pur essendo una scelta per meno del 20% delle donne delle ultime generazioni di trentenni: il 57.1% di loro ha infatti contratto matrimonio.

Nel corso di tre generazioni scende in modo vertiginoso la percentuale di donne che ha fatto un figlio: si passa dal 74% delle trentenni nate negli anni Quaranta a meno della metà (42.5%) di quelle nate negli anni Settanta.

L'uscita dalla famiglia di origine è stata effettuata dal 76% delle trentenni nate nelle generazioni più giovani, questo vuol dire che un quarto di loro vive ancora insieme ai genitori.

Non sono disponibili i dati delle generazioni ancora più giovani (nate dopo gli anni Settanta) poiché in gran parte ancora non hanno terminato il ciclo di vita riproduttiva, però se le tendenze vengono confermate ci saranno ancora più donne che sempre più a lungo permarranno nella casa dei genitori posticipando, volenti o nolenti, l'ingresso nella vita adulta. Sono individui entrati nel mondo del lavoro con un livello di studio più elevato dei propri genitori (più lauree e più titoli post-laurea) ma sono anche i primi a subire le conseguenze della recessione economica, con minori opportunità di lavoro sia in termini quantitativi che qualitativi. Il tasso di disoccupazione giovanile, dopo una flessione nei primi anni Duemila (con livelli comunque superiori al 20%) infatti mostra un incremento continuo dal 2007 al 2014 raggiungendo il valore del 44.7%. Segue una flessione negli ultimi due anni che potrebbe indicare una ripresa positiva se il trend nel prossimo futuro sarà confermato (Fig. 7).

Figura 7 – Percentuale di donne con titolo universitario e tasso di disoccupazione giovanile



Fonte: Istat, Health for All Italia.

La decisione di “mettere su famiglia” viene quindi posticipata sempre di più e la scelta di proseguire (o meno) un’eventuale gravidanza non programmata dipende anche dalle condizioni socio-economiche della donna fin qui illustrate.

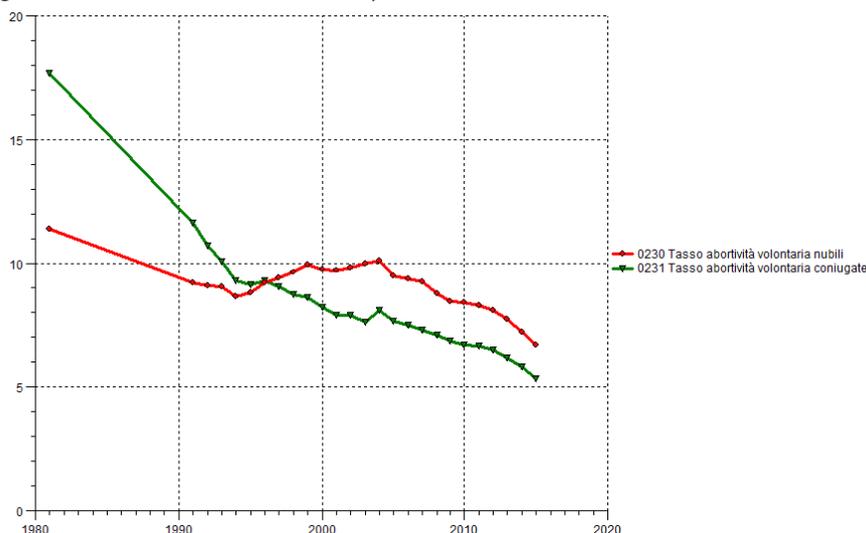
Nonostante tutti questi cambiamenti strutturali e le più recenti difficoltà nella formazione di una famiglia, il ricorso all’aborto volontario da parte delle donne non ha mai avuto un generale incremento significativo (vedi Fig. 5). I tassi hanno sempre un trend tendenzialmente decrescente anche se nelle ultime generazioni (a partire da quelle nate a metà degli anni Settanta) i livelli più elevati si riscontrano tra le donne di 20-24 anni che hanno superato quelli delle donne di 25-29 anni.

L’essere in coppia o meno può avere una grande influenza nella decisione di portare avanti una gravidanza, per questo l’indagine Istat sulle IVG rileva lo stato civile della donna. Negli ultimi anni però la diffusione delle convivenze ha ridotto il significato statistico ma anche sostanziale dello stato civile: basti pensare che al censimento del 2011 il 9% delle coppie (pari a 1.242.434 coppie) è risultato non coniugato.

Nonostante questo aspetto alcune analisi statistiche più dettagliate hanno mostrato che fino a metà degli anni Novanta lo stato civile ha un “peso” determinante nella scelta se effettuare o meno una IVG e le donne coniugate presentano un rischio maggiore rispetto alle non coniugate, in qualsiasi classe di età¹¹. Successivamente invece questa variabile non sempre risulta significativa e sono invece le nubili (intese quindi come non coniugate) a presentare un rischio maggiore. Questo cambiamento, che ha avuto inizio proprio a metà degli anni Novanta è stato illustrato anche in altri studi [Bocuzzo, Loghi, 1999] e appare evidente anche dal trend dei tassi per stato civile (Fig. 8).

¹¹ Sono stati applicati vari modelli logistici ai dati degli anni 1995 e 2014 aventi come variabile dicotomica di risposta Ivg/Nato vivo. La scelta degli anni è stata obbligata dalla disponibilità delle informazioni: il 1995 è il primo anno per il quale si dispone della cittadinanza della donna, il 2014 è l’ultimo anno disponibile dei dati sui nati vivi dei Certificati di Assistenza al Parto (Cedap) del Ministero della Salute.

Figura 8 – Tassi di abortività volontaria per stato civile della donna



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Nell'ultimo periodo la caratteristica che appare più discriminante nella scelta se proseguire o meno la gravidanza risulta essere lo status occupazionale: in particolare il rischio minore di effettuare una IVG si presenta tra le donne occupate rispetto a quelle non occupate. La differente classificazione di questa variabile nei vari anni e tra le varie fonti non consente di effettuare un confronto temporale distinguendo ulteriormente le non occupate in casalinghe, studentesse, in cerca di prima occupazione, disoccupate¹².

Queste modifiche si coniugano bene con i cambiamenti già osservati del ruolo della donna nella società. La presenza forte di un modello di famiglia tradizionale faceva sì che per le vecchie generazioni la vita riproduttiva si svolgesse in gran parte all'interno del matrimonio quindi anche decisioni importanti come il proseguimento (o meno) della gravidanza veniva presa principalmente all'interno della coppia: la donna quindi era più spesso coniugata e casalinga. Le profonde trasformazioni hanno spostato parte della vita riproduttiva al di fuori del matrimonio e hanno dato più autonomia decisionale alla donna. Gran parte di questo traguardo è dovuto al forte incremento del livello di istruzione femminile: nella popolazione sono diminuite le donne con basso titolo di studio mentre sono aumentate le donne laureate e diplomate. Questa composizione ovviamente si riflette anche tra le donne che fanno IVG: quelle con alto titolo di studio (diploma e laurea) passano dal 23% del 1980 al 53% del 2016, mentre quelle con basso titolo (licenza elementare) passano dal 41% al 6%. Ma per valutare la reale propensione all'aborto volontario va calcolato il tasso (così come fatto per classi di età) rapportando i casi di IVG di donne con titolo di studio basso, medio o alto alle donne in età feconda con lo stesso titolo di studio: l'evoluzione dell'abortività nel tempo appare infatti molto diversa secondo il livello di istruzione (Tab. 4).

Tabella 4 – Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di età 20-49

	1981	1991	2001	2011
<i>Titolo di studio</i>				
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
Diploma e laurea	14	9	7	6

Nota. La distribuzione delle donne per titolo di studio – necessaria per costruire i tassi standardizzati – è stata ricavata dai Censimenti (anni 1981, 1991, 2001 e 2011).

Il ricorso all'IVG diminuisce di continuo tra le donne con titolo di studio alto, mentre fra quelle con livello medio sembra rimasto costante a partire dal 1991. Osservando invece il tasso riferito alle

¹² Questa disomogeneità nelle classificazioni rende difficoltoso anche il calcolo dei tassi sulla popolazione femminile per stato occupazionale. Gli ultimi aggiornamenti, come riportato nella Relazione, risalgono al 2009 dove risulta un minor ricorso all'IVG per le occupate rispetto alle casalinghe, con una diminuzione dei tassi per entrambi.

donne con un basso titolo di studio, il valore risulta in aumento nell'ultimo periodo, dopo una sostanziale stabilità. Ciò appare plausibile in quanto le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e modificato i loro comportamenti relativamente al controllo della fecondità¹³.

A conferma di ciò l'analisi statistica condotta tra il 1995 e il 2014 mostra un peso più rilevante della variabile titolo di studio nell'anno 2014 rispetto al 1995: un titolo di studio basso può più che raddoppiare il rischio di ricorrere ad un'IVG.

L'investimento quindi in termini di istruzione femminile effettuato nel corso delle generazioni ha avuto un forte impatto nella diminuzione dei livelli di abortività: nonostante il fatto che sempre più spesso la vita riproduttiva si sia sganciata dal matrimonio, la presenza di un rischio di gravidanza in un contesto familiare non tradizionale non sembra aver portato ad un ricorso più elevato all'IVG. L'empowerment delle donne rappresenta quindi uno strumento efficace per indirizzare le loro scelte riproduttive in maniera più consapevole.

Questo aspetto, che coinvolge motivazioni più personali quali le scelte di fecondità, la sessualità e l'utilizzo della contraccezione, viene analizzato nel paragrafo successivo.

3.3 Le scelte riproduttive, i comportamenti sessuali e la contraccezione

Vediamo ora come questi cambiamenti familiari e soprattutto l'uscita sempre più tardi dalla famiglia di origine abbiano avuto impatto sulle scelte di fecondità, e come questa sia stata regolamentata (o meno) dall'utilizzo della contraccezione e dal ricorso all'aborto volontario.

Abbiamo già visto (Fig. 3) come la fecondità, espressa dal tasso di fecondità totale che indica il numero medio di figli per donna, dopo un lungo declino sperimentato fino al 1995, presenti una ripresa (solo fino al 2010) dovuta principalmente al crescere delle nascite con almeno un genitore straniero.

Il posticipo dell'età media al parto nel corso delle generazioni può spiegare solo in parte questo continuo declino della fecondità che nel 2016 si attesta a 1.34 figli per donna.

Prima di andare a declinare la fecondità per ordine di nascita è necessario mostrare che negli ultimi anni le donne straniere hanno adottato comportamenti più simili alla popolazione italiana (Tab. 5).

Tabella 5 – Tasso di fecondità totale ed età media al parto per cittadinanza. Anni 2008, 2010 e 2014-2016

	TFT			Età media al parto		
	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale
2008	1.34	2.65	1.45	31.7	27.5	31.1
2010	1.34	2.43	1.46	31.9	28.1	31.3
2014	1.29	1.97	1.37	32.1	28.6	31.5
2015	1.27	1.94	1.35	32.3	28.7	31.7
2016	1.26	1.97	1.34	32.4	28.7	31.8

Fonte: Istat (2017), p. 2.

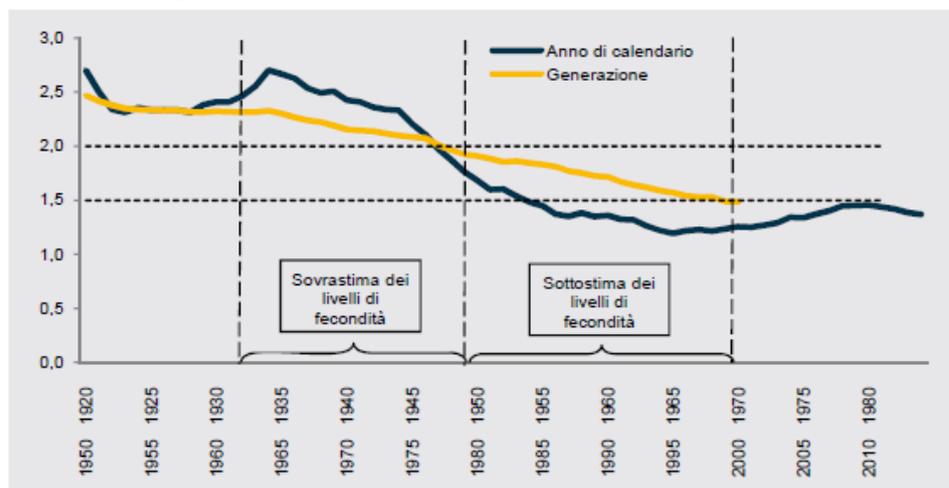
Nonostante la fecondità delle italiane sia più bassa e più tardiva di quella delle donne straniere, il Tft di queste ultime è ormai sceso sotto la soglia di due figli per donna (valore necessario al ricambio generazionale) e l'età media al parto è risultata in crescita. Per entrambi gli indicatori la differenza con le donne italiane si è ridotta: nel 2008 il Tft è più alto tra le straniere di 1.31 figli, mentre nel 2016 la differenza è solo di 0.71. Nel 2008 le italiane con figli erano più "vecchie" delle straniere di 4.2 anni, nel 2016 lo sono di 3.7 anni.

Il comportamento riproduttivo risente quindi del calendario delle nascite: quando è in atto una spiccata posticipazione, come nella fase attuale, il numero medio di figli per donna si abbassa rapidamente.

¹³ Va sottolineato che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere (circa il 60%) che, come già riscontrato, presenta livelli di abortività significativamente più elevati.

Nell'ottica longitudinale che contraddistingue la presente analisi, l'andamento della discendenza finale delle generazioni (cioè il Tft calcolato per anno di nascita della donna e non per anno di evento) non mostra sensibili discontinuità in relazione ad eventi congiunturali, quindi consente di analizzare le tendenze di fondo dei comportamenti riproduttivi (Fig. 9).

Figura 9 – Numero medio di figli per donna per generazione (1920-1970) e anno di calendario (1952-2014)



Fonte: Istat, Tavole di fecondità regionale

(a) Per proporre nello stesso grafico le misure per contemporanei e per generazioni, si è accostato al tasso di fecondità totale di periodo relativo al 1950 quello della generazione delle nate nel 1920, generazione che nel 1950 si trovava all'età media al parto. Tale distanza (trenta anni) è stata mantenuta costante per gli altri anni riportati nel grafico.

Fonte: Istat (2016), p. 62.

Il numero medio di figli per donna calcolato per generazione continua a decrescere senza soluzione di continuità. Si va da quasi 2.5 figli delle donne nate negli anni Trenta, appartenenti alla *Generazione della ricostruzione*, ai circa 2 figli per donna delle generazioni dell'immediato secondo dopoguerra (anni 1945-49) che hanno dato luogo ai due *baby boom* già descritti, per arrivare ad un livello inferiore a 1.5 figli per le donne nate negli anni Settanta che rappresentano la *Generazione di transizione*, quella che è stata precursore dei grandi cambiamenti familiari descritti nel precedente paragrafo e che ha posticipato le intenzioni riproduttive. Non è possibile andare oltre e considerare le generazioni più recenti poiché per definizione il Tft calcolato per anno di nascita impone necessariamente che la discendenza sia stata conclusa e quindi che tutte le donne in età riproduttiva (15-49 anni) vengano considerate. Questo ovviamente non è avvenuto per le generazioni più giovani¹⁴.

Con riferimento all'abortività abbiamo già visto (Fig. 2) che il trend è decrescente lungo tutto il periodo di disponibilità dei dati, non ci sono 'oscillazioni' come nell'indicatore della fecondità che possano evidenziare un palese anticipo o posticipo degli eventi. L'età media all'aborto resta pressoché invariata attorno al valore di 30 anni. Solo dall'osservazione dei tassi di abortività per classi di età (Tab. 6) si nota un 'ringiovanimento' del fenomeno: la classe con il valore più elevato si sposta dai 30-34 anni (durante gli anni Ottanta e Novanta) ai 20-24 nei primi anni Duemila. Dal 2011 è la classe 25-29 a detenere il primato anche se la differenza con le classi contigue è praticamente quasi nulla. Gli indicatori sintetici (tasso di abortività totale ed età media) non colgono questo fenomeno poiché a tutte le età i tassi hanno avuto un decremento consistente di oltre il 50% tra il 1985 e il 2016; tra le più giovani la riduzione è stata 'solo' del 37%.

14 Per le generazioni che hanno già vissuta gran parte del periodo riproduttiva è stato possibile effettuare una stima della discendenza finale.

Tabella 6 – Tassi di abortività volontaria per classi di età. Italia, anni 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2016

Anni	Classi di età						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1980	6.2	21.6	25.1	24.8	19.3	9.6	1.2
1985	7.0	19.5	23.5	23.5	19.2	9.1	1.0
1990	5.6	14.3	17.1	18.1	15.5	7.2	0.8
1995	6.1	12.3	13.2	13.5	12.0	5.7	0.6
2000	7.1	14.3	13.6	12.8	10.7	4.9	0.5
2005	7.1	14.4	14.3	12.4	10.2	4.6	0.4
2010	6.5	13.0	12.8	11.9	9.6	4.2	0.4
2016	4.4	9.5	10.3	10.1	8.6	4.0	0.4
Variazione 2016-1980	37%	-51%	-56%	-57%	-55%	-57%	-64%

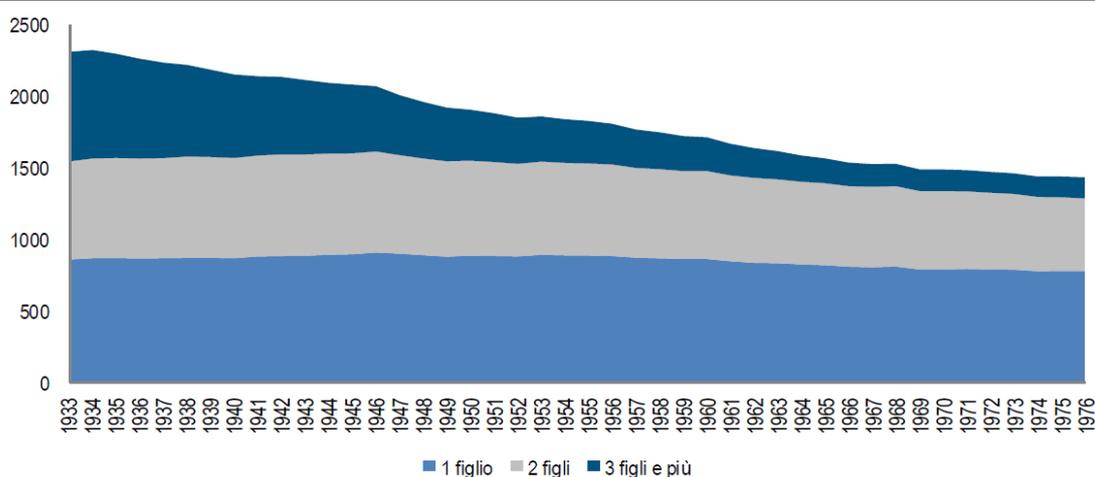
Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Con questi risultati non si può affermare che l'IVG sia stata utilizzata dalle donne come strumento per pianificare le nascite, piuttosto, come già riportato nelle precedenti Relazioni del Ministro della Salute al Parlamento, sia stata invece l'estrema ratio per rimediare a fallimenti contraccettivi.

L'ottica generazionale sembra rafforzare questa ipotesi: come già osservato dalla Figura 8 il periodo in cui il Tft per anno di calendario risulta inferiore al Tft per generazione indica un rinvio della fecondità quindi un'intenzione delle donne di posticipare l'evento nascita. Si tratta delle donne nate negli anni Cinquanta e Sessanta che nel nostro studio longitudinale sono state indicate come le generazioni del baby boom (Figura 5). Tra queste donne non si rileva un incremento del ricorso all'IVG che, come già detto, possa far pensare ad un suo impiego nel raggiungere l'obiettivo di posticipare le nascite. A tutte le età infatti (dipendentemente dalla disponibilità dei dati) i tassi di abortività decrescono in modo continuo: tralasciando le giovani di 15 e 20 anni per i quali la serie storica disponibile per queste generazioni è molto breve (pur evidenziando un calo), alle età successive (dai 25 ai 45 anni) la diminuzione è di oltre il 50%.

Una diminuzione della fecondità così marcata in Italia è avvenuta insieme a profonde modificazioni nella composizione della discendenza finale per ordine di nascita (Fig. 10) [Istat, 2017].

Figura 10 – Tasso di fecondità totale per ordine di nascita e generazione



(a) Le generazioni delle nate dal 1968 al 1976 non hanno ancora completato la propria storia riproduttiva e i valori per le età finali sono stati stimati.

Fonte: Istat (2017), p. 11.

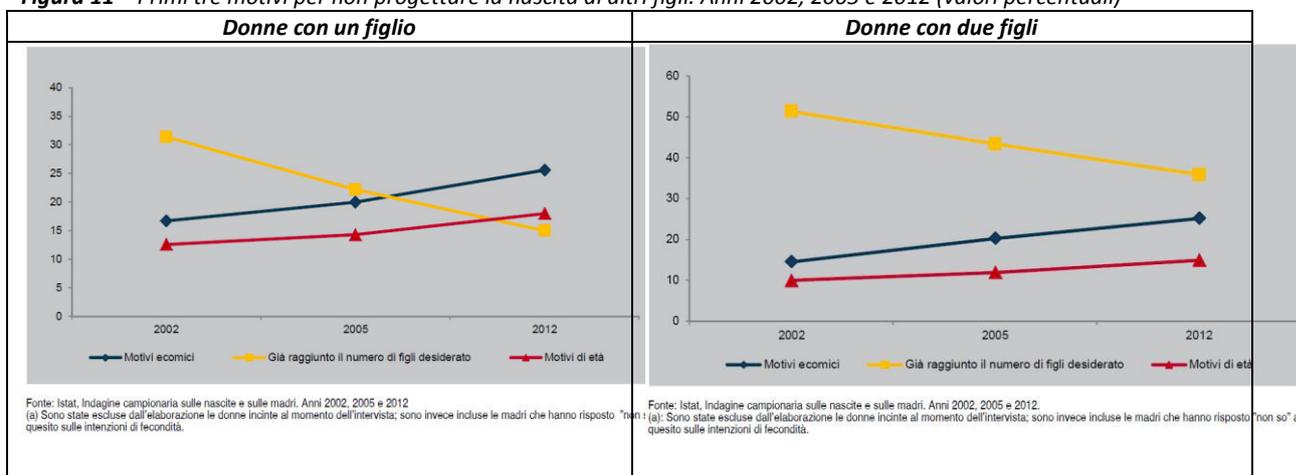
I tassi di fecondità riferiti alle nascite del primo ordine hanno subito una variazione relativamente contenuta e questo sta a significare che il forte calo della fecondità che ha interessato il nostro Paese non può essere attribuito alla rinuncia delle donne a diventare madri. Anche l'evoluzione dei tassi di fecondità del secondo ordine presenta un andamento simile con una riduzione appena più marcata per le giovani generazioni. Sono i tassi di fecondità del terzo ordine e successivi ad essersi

drasticamente ridotti: si può quindi affermare che la diminuzione della fecondità in Italia è stata gran parte il risultato della rarefazione dei figli di ordine successivo al secondo.

Però tra le giovani generazioni si individuano i primi forti segnali di riduzione delle nascite in generale. Tra le donne nate nel 1950 solo l'11.1% resta senza figli; tra quelle nate nel 1960 tale percentuale è pari al 13.4% mentre tra quelle nate nel 1976 si arriva al 21.8%. Se la tendenza fosse confermata per le ultime generazioni (*Generazione del millennio*), si assisterà ad una quota non indifferente di donne senza figli. Nel contempo aumentano, seppur di poco, le donne con un solo figlio e diminuiscono drasticamente quelle con due o più figli.

Vale la pena fare una piccola digressione per illustrare se questa discendenza finale al di sotto della soglia dei due figli per donna (e in ulteriore diminuzione) sia veramente l'espressione effettiva delle intenzioni delle donne. L'indagine dell'Istat "Indagine campionaria sulle nascite e sulle madri" rileva, tra le altre cose, le intenzioni riproduttive delle donne [Istat, 2014c]. Qui si riporta il grafico con le motivazioni per non volere un altro figlio, ma si rimanda alla lettura del testo per i necessari approfondimenti (Fig. 11).

Figura 11 – Primi tre motivi per non progettare la nascita di altri figli. Anni 2002, 2005 e 2012 (valori percentuali)



Fonte: Istat (2014c), p. 78.

Nel caso di donne con un solo figlio la motivazione principale per non volerne altri nel 2012 non è l'aver già raggiunto il numero di figli desiderato ma sono i motivi economici a pesare di più, seguiti da motivi legati all'età, probabilmente già ritenuta troppo avanzata a causa del continuo rinvio. Invece circa la metà delle donne con già due figli potrebbe "accontentarsi" del numero raggiunto, pur essendoci una quota non indifferente di madri che rinuncia a fare il terzo figlio.

La legge 194/78, pur avendo come obiettivo la legalizzazione dell'aborto volontario, viene denominata *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, quindi sotto il cappello della parola "maternità" possono e devono essere intraprese azioni politiche e sociali che aiutino le donne a raggiungere i livelli di fecondità desiderati.

Dopo questa parentesi possiamo ad analizzare l'indicatore che coniuga fecondità e abortività, cioè il rapporto di abortività che mette a denominatore i nati vivi, diversamente dal tasso che invece considera la popolazione femminile. Eventuali oscillazioni di questo indicatore possono quindi essere determinati da cambiamenti nel ricorso all'IVG e/o da modifiche, come appena visto, nella fecondità (Tab. 7).

Tabella 7 – Rapporto di abortività e percentuale di Ivg per numero di nascite precedenti

	Numero nati vivi precedenti				
	Nessuno	Uno	Due	Tre o più	Totale
<i>Rapporto di abortività (Ivg per 1000 nati)</i>					
1980	151.9	203.3	907.6	1276.7	321.0
1990	197.8	157.9	773.4	1249.4	288.6
2008	181.3	143.6	637.4	877.6	228.0
2014	146.0	124.9	534.4	710.5	182.4
<i>Distribuzione di Ivg per numero di nati precedenti (%)</i>					
1980	23.8	20.2	30.9	23.2	100.0
1990	33.8	19.1	30.1	16.8	100.0
2008	40.8	22.9	25.7	9.6	100.0
2014	38.2	23.7	26.3	10.5	100.0

Fonti: per le IVG 1980, 1990, 2008, 2014: Indagine Istat “Interruzioni volontarie della gravidanza”; per le nascite 1980 e 1990 indagine Istat sulle nascite; per le nascite 2008 e 2014 Indagine del Ministero della Salute sui Certificati di assistenza al parto (Cedap).

Nel periodo considerato (1980-2014), si assiste a una diminuzione dell’indicatore indipendentemente dal numero di nascite precedenti all’IVG: passa da 321 IVG ogni 1000 nati vivi a 182.4. Questo risultato è la composizione di una maggiore diminuzione dei casi di IVG tra il 1980 e il 2014 (-54%) rispetto a quella relativa alle nascite (-23%). Il dettaglio relativo al numero di nati precedenti mostra invece che il rapporto è aumentato tra il 1980 e il 1990 e solo in corrispondenza di casi di IVG non preceduti da nascite (negli altri casi è sempre diminuito). La quota di IVG da donne senza figli è quasi raddoppiata in valore percentuale (da 23.8% nel 1980 a 40.8% nel 2008) ma poiché le prime nascite sono rimaste pressoché costanti, il valore del rapporto solo in questo caso ha subito un incremento. Dalla distribuzione percentuale delle IVG si evidenzia come nel corso del tempo l’aborto si sia ‘spostato’ verso la prima parte della storia riproduttiva della donna (fenomeno già visto in relazione all’età), tanto che il 38.2% dei casi nel 2014 risulta essere riferito ad IVG non precedute da nascite, contro il 23.8% dell’anno 1980 e il 33.8% del 1990.

Questa modifica strutturale nelle scelte riproduttive è stata frutto anche di comportamenti diversificati nel corso del tempo in materia di sessualità e contraccezione.

Nelle generazioni più vecchie si può ben immaginare come l’attività sessuale e riproduttiva sia quasi interamente concentrata all’interno del matrimonio. Indagini che rilevano informazioni su questi argomenti sono relativamente recenti, ma in alcuni casi riportano informazioni riferite all’anno di nascita della donna e non solo all’anno di conduzione dell’indagine¹⁵. Possiamo quindi tornare sufficientemente indietro nel tempo da arrivare alle donne nate negli anni Trenta (appartenenti alla *Generazione della ricostruzione*) e sapere che l’età mediana¹⁶ al primo rapporto sessuale è di circa 18 anni per gli uomini e di 21 anni per le donne, senza sostanziali cambiamenti rispetto alla generazione precedente [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010, p. 25] (Tab. 8).

15 Ad esempio negli anni 2006-2007 sono state condotte alcune ricerche finanziate anche dal Ministero dell’Università e della Ricerca nell’ambito del progetto *La sessualità degli italiani: orientamenti, valori e comportamenti*, coordinato dall’Università di Bologna cui hanno partecipato anche l’Università di Torino e l’Università di Padova [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010].

16 L’età mediana rappresenta l’età esatta in cui il 50% della generazione oggetto di studio ha vissuto l’evento (in questo caso il primo rapporto sessuale). Nel caso dei primi eventi viene utilizzata al posto dell’età media.

Tabella 8 – Indicatori sull'attività sessuale delle donne per generazione

	Età mediana al primo rapporto sessuale	%con primo rapporto prima del 16° compleanno
1913-22	22.0	n.d.
1923-32	21.5	n.d.
1933-42	21.0	n.d.
1937-46	21.0	4.5
1947-56	20.1	6.1
1957-66	18.9	12.0
1967-76	19.1	13.2
1977-82	18.5	15.4
1983-89	18.5	18.2
1990	n.d.	22.0
1995	n.d.	22.0
1999	n.d.	18.0

Fonti: AISP (2013), p. 45; WHO, 2016 p.180.

È a partire dagli anni Settanta, epoca di grandi cambiamenti sociali, che si intravedono anche i primi mutamenti nell'attività sessuale, attività che viene intrapresa sempre più precocemente e sempre più svincolata da intenzioni riproduttive. La percentuale di donne che ha il primo rapporto prima dei sedici anni (indicatore calcolato anche a livello internazionale) inizia ad essere significativa (oltre il 10%) a partire proprio dalle donne nate a fine anni Cinquanta-inizio anni Sessanta per arrivare al 22% tra le ultime generazioni [AISP, 2013; WHO, 2016], con un lieve calo (18%) tra le giovanissime.

Tra le ultime generazioni quindi un quinto delle donne ha avuto il primo rapporto prima del sedicesimo compleanno, valore molto simile a quello degli uomini (23% per i nati nel 1999). Si va riducendo così il divario tra uomini e donne che presentano comportamenti sempre più simili.

Questa convergenza si riflette anche sulla frequenza dei rapporti sessuali e sul numero dei partner. L'indagine sulla sessualità degli italiani, condotta nel 2006, ha evidenziato un aumento del numero medio di rapporti sessuali al mese tra il 1976 e il 2006: si tratta comunque di un incremento contenuto pari a un rapporto sessuale in più al mese in trent'anni [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010, p. 63]. Purtroppo non ci sono dati più recenti che possano confermare il proseguimento (o meno) di questa tendenza.

Incrementi più sostanziali si rilevano invece nel numero di partner: a partire dalle generazioni degli anni Cinquanta aumenta la percentuale di donne che ha avuto due o più partner nel corso della vita, mentre diminuisce quella con un solo partner. Per le donne delle generazioni più recenti degli anni Settanta cresce la quota di quelle con più di sei partner. Il sesso quindi ha sempre più spazio nella vita delle giovani generazioni ed è sempre più svincolato dalla riproduzione.

Sono sempre le donne nate negli anni Cinquanta a dare l'avvio a comportamenti meno tradizionali durante il periodo degli anni Settanta, caratterizzato, come già visto, da grandi cambiamenti sociali. Il legame tra attività sessuale e riproduzione si fa sempre meno stringente causando un aumento del periodo tra il primo rapporto sessuale e la nascita del primo figlio: si passa da circa 2 anni per le donne delle generazioni più "tradizionali" a circa 12 anni per quelle più "moderne". Ricordiamo che le giovani generazioni non hanno ancora terminato il loro ciclo di vita riproduttiva quindi questi indicatori non sono calcolabili, ma se le tendenze osservate manterranno il loro corso, questo divario non potrà che aumentare.

L'anticipazione dell'inizio della vita sessuale e il posticipo della fecondità hanno come diretta conseguenza un aumento degli anni da "coprire" con metodi contraccettivi per evitare una gravidanza indesiderata.

È noto da vari studi che il declino della fecondità che ha dato luogo alla prima transizione demografica (insieme al declino della mortalità) è avvenuto grazie all'utilizzo quasi esclusivo del coito interrotto per due motivi principali: non erano ancora disponibili o molto diffusi i metodi "moderni" e la società di tipo patriarcale poneva la sessualità esclusivamente appannaggio dell'uomo.

Non sono molte le ricerche in Italia che danno informazioni a livello nazionale sulla contraccezione ed essendo state condotte in tempi e contesti differenti non sempre i risultati sono del tutto confrontabili¹⁷. È complicato quindi effettuare confronti temporali e ancor di più generazionali. Vengono comunque riportate le tendenze in atto per analizzare il passaggio da una contraccezione “naturale” a una di tipo più moderno e quindi più efficace¹⁸.

Tra le donne in coppia è presente una quota che non utilizza contraccettivi pari a poco più del 20% e sembra restare costante tra il 1979 e il 2006 (Tab. 9). Anche gli ultimi dati che si riferiscono al 2013 presentano una percentuale simile (22.9%). In quest’ultimo caso sono state chieste le motivazioni per il mancato uso e, come prevedibile, prevale la ricerca di un figlio (25.1%) seguita dall’assunzione del rischio di gravidanza (20.8%).

Tabella 9 – Percentuale di utilizzo di metodi contraccettivi (per 100 coppie con la donna in età fertile). Anni 1979, 1996 e 2006

	1979	1996	2006
Nessuno	23	54	22
Coito interrotto	46		22
Metodi naturali	7		4
Profilattico	10	16	19
Pillola	10	16	24
Spirale	2	7	4
Altro	2	7	5
Totale	100	100	100

Fonte: AISP (2013), p. 82.

L’indagine del 1979 rileva un uso del coito interrotto del 46%, valore che si dimezza nell’indagine del 2006 arrivando al 22%. Questo metodo quindi perde il primato a favore della pillola (che aumenta dal 10% al 24%) e del profilattico (dal 10% al 19%). Nel confronto tra i dati delle indagini viene riportato un breve studio generazionale, limitatamente agli anni disponibili: le donne in coppia degli anni Cinquanta solo nel 31% dei casi hanno utilizzato una contraccezione più efficace che prevede l’uso di pillola e/o spirale e/o profilattico e questa percentuale aumenta a oltre il 40% tra le donne nate negli anni Sessanta, per poi diventare più consistente nelle ultime generazioni degli anni Ottanta per le quali però si dispone del dato solo per le donne più giovani. Anche se si tratta di uno studio parziale fa chiaramente intendere come il declino del coito interrotto sia stato continuo e inesorabile. È ampiamente condiviso dagli studiosi che sia stato il metodo principale per il controllo delle nascite nelle generazioni più vecchie dove la gestione della sessualità e della riproduzione era principalmente appannaggio dell’uomo. Nonostante ciò dati più recenti riferiti al 2013 riportano un suo utilizzo ancora importante e pari a circa il 20%.

Uscendo dall’ambito della coppia e focalizzando l’attenzione sui giovani, i dati più aggiornati riferiti all’indagine del 2013 indicano un utilizzo della contraccezione in generale dell’88.5% tra le donne di età 18-29 anni che hanno avuto un rapporto sessuale negli ultimi 12 mesi. Prima di analizzare nel dettaglio i metodi utilizzati va sottolineata la presenza di una quota di giovani donne (11.5%) e di giovani uomini (8.2%) che non utilizza alcun contraccettivo adducendo come motivazioni principali “Mi sono assunto/a il rischio “ e “Non ci ho pensato”. Sarebbe opportuno che queste ragazze e ragazzi migliorino la consapevolezza del rischio di gravidanza indesiderata cui vanno incontro, oltre al non trascurabile rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili.

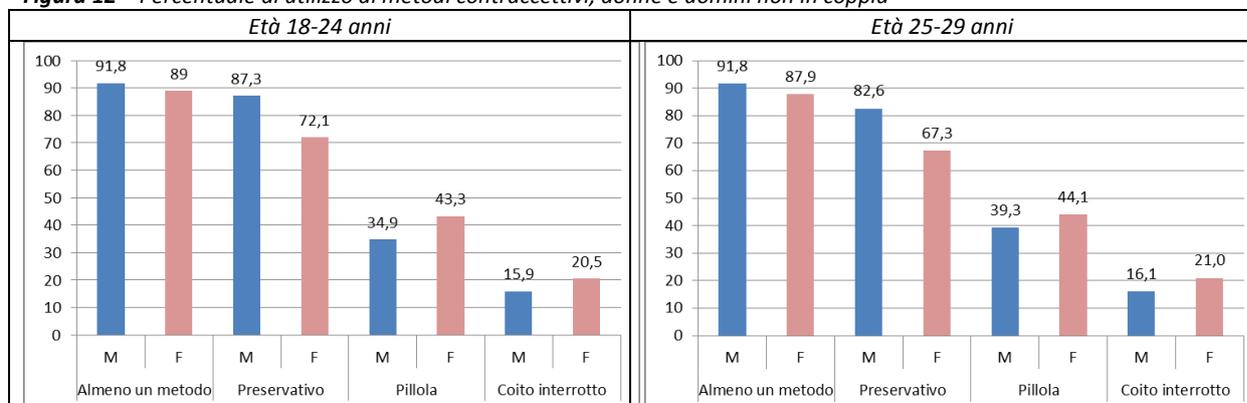
Come appare evidente dal confronto dei due grafici nella Figura 12, il preservativo ha la massima diffusione tra i giovani che hanno dichiarato di usare almeno un metodo contraccettivo: oltre l’80% dei maschi e circa il 70% delle femmine, con più alta prevalenza tra i più giovani di età 18-24 anni. Già

17 Indagini campionarie che hanno una rappresentatività a livello nazionale sono le seguenti: Prima indagine nazionale sulla fecondità condotta nel 1979, Seconda indagine nazionale sulla fecondità condotta nel 1995; Indagine sulla sessualità degli italiani condotta nel 2006, Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari condotta nel 2012-2013.

18 La diffusione della contraccezione è uno degli indicatori che le Nazioni Unite hanno inserito tra gli obiettivi del miglioramento della salute materna all’interno del progetto *Millennium Development Goals* per il 2015. <http://www.un.org/millenniumgoals/>

dai dati delle precedenti indagini [AISP, 2013 p. 87] si rileva un aumento considerevole dell'utilizzo del preservativo nelle ultime generazioni. La pillola viene indicata principalmente dalle donne con un utilizzo superiore al 40% in entrambe le classi di età. Una quota non marginale dei giovani continua ad usare il coito interrotto: oltre il 20% tra le donne e poco meno tra gli uomini.

Figura 12 – Percentuale di utilizzo di metodi contraccettivi, donne e uomini non in coppia



Nota: I tassi sono stati calcolati considerando le donne sessualmente attive.

Fonte: Indagine sulla Salute, 2013.

La pillola, pur essendo usata da poco meno della metà delle ragazze, non ha raggiunto ancora livelli di utilizzo propri di Paesi “moderni” dal punto di vista di copertura dalle gravidanze indesiderate. Inoltre la permanenza di uno zoccolo duro che ancora fa uso del coito interrotto fa intendere che la “rivoluzione contraccettiva” non sia stata ancora compiuta appieno e che l’Italia, rispetto ad altri Paesi europei, ha ancora del cammino da fare verso una contraccezione più diffusa e più efficace.

Uno spazio va certamente dedicato alla contraccezione di emergenza, più conosciuta come “pillola del giorno dopo” anche se ci sono principi attivi differenti che la rendono efficace fino a 5 giorni dopo il rapporto considerato a rischio. Nella precedente Relazione al Parlamento è stato evidenziato un incremento delle vendite dell’Ulipristal acetato (ellaOne) a seguito della determina dell’AIFA del 2015 che elimina, per le maggiorenti, l’obbligo di prescrizione medica.

I dati a disposizione per un confronto internazionale sull’utilizzo di questo metodo però sono antecedenti al 2015 e quindi non risentono di questo aspetto. In Italia la percentuale di donne che hanno dichiarato di averla utilizzata almeno una volta nella vita negli anni 2009-13 è stata pari al 12,5%, risultando un valore basso se confrontato con quello di altri Paesi (Tab. 9)

Tabella 9 – Uso della pillola del giorno dopo in alcuni Paesi europei (per 100 donne). Anni vari tra il 2009 e il 2013

PAESE	Uso di Contraccezione d'emergenza tra le donne 14-49 anni (nel corso della vita "ever use")
UK	61,0
Svezia	59,0
Francia	22,0
Olanda	21,0
Danimarca	20,0
Austria	18,0
Spagna	14,7
Germania	13,0
Italia*	12,5

Fonte: <http://www.ec-ec.org/>; Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

In uno studio internazionale che ha analizzato le attitudini delle donne di cinque Paesi all’utilizzo della contraccezione di emergenza [Nappi et al., 2014] risultava che tra le italiane che hanno avuto un rapporto non protetto, solo il 20% ha fatto ricorso alla “pillola del giorno dopo”, valore uguale a quello delle donne francesi e di poco inferiore a quello delle spagnole (26%) e tedesche (27%), più lontano da quello delle donne inglesi (33%). Lo studio ha rilevato anche le motivazioni per il mancato uso e, a parte la gran parte delle donne (43%) che ha valutato di non essere a rischio di gravidanza, il

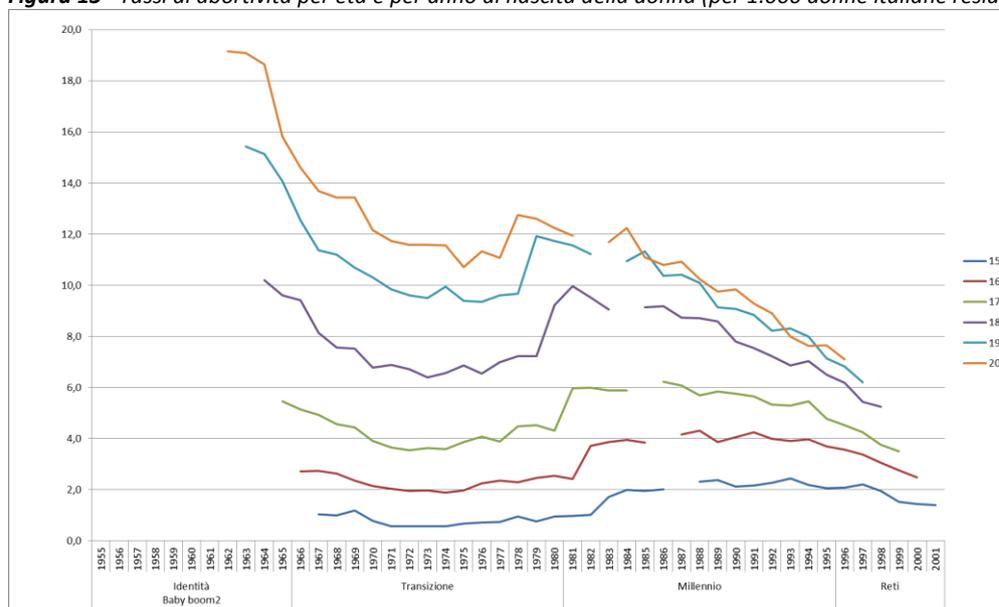
resto mostra una scarsa conoscenza del suo funzionamento, delle modalità di assunzione e di come entrarne in possesso.

Come abbiamo visto nel paragrafo 3.1 per le donne dai 15 ai 20 anni nate all'inizio degli anni Ottanta in poi si assiste ad un incremento, seppur lieve, dei tassi di abortività per alcuni anni. Questo aspetto viene approfondito nel prossimo paragrafo.

3.4 Le giovani delle generazioni più recenti

Nella Figura 5, per rendere leggibile il grafico, sono state riportate solo alcune età della donna a partire dai 15 anni con cadenza quinquennale, ma ovviamente si possono rappresentare tutte le età dai 15 ai 49 anni. Volendo fare un focus sulle donne più giovani, in quanto a un certo punto hanno mostrato un incremento dell'abortività, comunque seguito da una stabilizzazione e recentemente una diminuzione, riportiamo in Figura 13 i tassi a tutte le età delle sole donne tra i 15 e i 20 anni.

Figura 13 – Tassi di abortività per età e per anno di nascita della donna (per 1.000 donne italiane residenti)



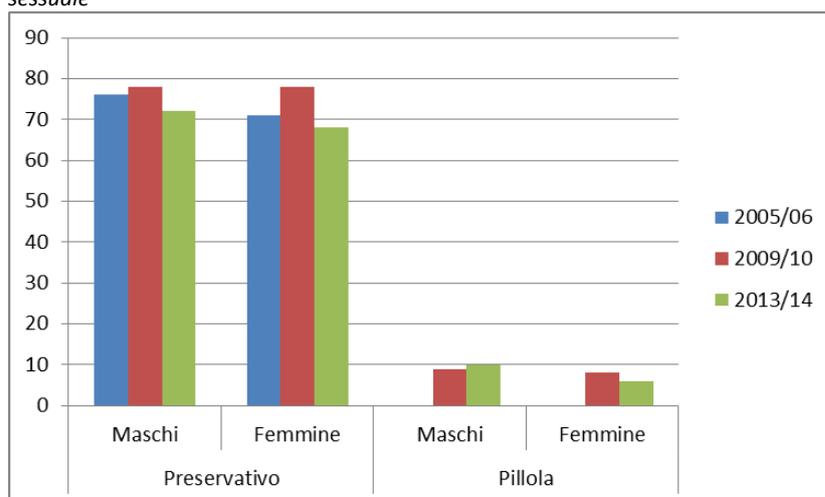
Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

L'aumento a partire da un certo punto in poi è presente per tutte le età ma mentre per quelle meno giovani (19 e 20 anni) i livelli si riabbassano dopo pochi anni, per le meno giovani, soprattutto per le minorenni, si nota un periodo più lungo di stabilità cui segue una diminuzione solo negli ultimi anni. Per le sole donne di 15 e 16 anni i livelli del 2016 risultano più elevati (seppur di poco) di quelli riferiti all'inizio del periodo, cioè nel 1982. Va in ogni caso specificato che si tratta di tassi di abortività comunque molto bassi, al di sotto del 4 per mille.

Ricordiamo che per queste giovani donne l'età al primo rapporto si è notevolmente abbassata e che un quinto di loro ha il primo rapporto sessuale prima dei 16 anni. Per questo collettivo di adolescenti si dispone di dati sulla contraccezione provenienti da alcune indagini campionarie rappresentative a livello nazionale, oltre che confrontabili a livello europeo¹⁹. Per i soli quindicenni (sia maschi che femmine) è stato rilevato l'utilizzo della pillola e del preservativo in occasione dell'ultimo rapporto sessuale (Fig.14) [WHO, 2008, 2012, 2016].

¹⁹ Lo studio denominato HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) e patrocinato dall'Oms ha come obiettivo quello di raccogliere informazioni sull'influenza che il contesto socio-economico e culturale ha sui comportamenti, sugli stili di vita e quindi anche sulla salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Figura 14 –Percentuale di quindicenni che hanno utilizzato il preservativo o la pillola in occasione dell’ultimo rapporto sessuale



Fonte: WHO, HBSC Italia.

Il preservativo è stato usato in oltre il 70% dei casi dai maschi e circa nella stessa percentuale dalle femmine. Questo è senz’altro positivo poiché, oltre a limitare la possibilità di una gravidanza indesiderata, contribuisce a ridurre il rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Però allo stesso tempo non ha un’efficacia elevata come la pillola che presenta un utilizzo veramente marginale tra i giovani, meno del 10%.

Il ricorso alla contraccezione delle donne maggiorenni in età 18-24 anni riferita al periodo 2012-2013 indica un utilizzo del preservativo nel 60.6% dei casi e un 38.7% della pillola²⁰, quindi anche in età più “matura” si predilige un metodo meno sicuro.

La tendenza accennata nel paragrafo precedente sull’aumento del numero dei partner nelle nuove generazioni fa supporre la presenza di rapporti occasionali e quindi comportamenti più a rischio e meno controllati, probabilmente concentrati nel fine settimana in un contesto “da sballo”. È facile in queste circostanze incappare in una gravidanza indesiderata che può condurre alla scelta di una sua interruzione. Questa può essere una spiegazione plausibile dell’aumento dei tassi di abortività tra le giovanissime, aumento che viene via via ridimensionato al crescere dell’età: le ragazze dopo i primi approcci sessuali magari imparano dalle esperienze proprie o da quelle dei coetanei e tendono ad assumere comportamenti un po’ meno a rischio di gravidanza.

Si tratta certamente di un aspetto da tenere in considerazione e da non sottovalutare, ma il fenomeno viene ridimensionato se lo si osserva nel tempo (si osserva una seguente stabilità) e in un contesto europeo (Tab. 10).

Tabella 10 – Alcuni indicatori sul comportamento degli adolescenti in tema di salute riproduttiva. Anno 2014

	ITALIA	Danimarca	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Inghilterra (a)	Spagna	Svezia
1-%con rapporto sessuale entro i 16 anni	18	25	24	16	19	17	23	19	26
2-%uso pillola all’ultimo rapporto sessuale	6	43	40	29	69	9	33	14	32
3-%di gravidanze da donne <20anni	1.4(b)	1.0	1.9	1.5	1.7	2.4(c)	3.7	2.0	1.1
4-Tasso di abortività volontaria <20anni	5.2	n.d.(e)	n.d.(e)	7.6(d)	4.3(d)	n.d.(e)	15.0(d)	9.9	15.1

Note: (a) Per gli indicatori sulla percentuale di gravidanze sull’abortività i dati si riferiscono a tutto il Regno Unito. (b) Anno 2013. (c) Anno 2012. (d) Anno 2015. (e) Non sono disponibili indicatori dalla stessa fonte e quindi confrontabili.

Fonti: Per gli indicatori 1 e 2: WHO, Hbsc 2012-2013 p. 180. Per l’indicatore 3: WHO-Europe, Health for All Europe. Per l’indicatore 4: Relazione al Parlamento anni 2014-2015.

Nel 2014 il 18% delle adolescenti italiane di età inferiore a 16 anni dichiara di aver avuto un rapporto sessuale. Questa quota, inferiore al 20%, è simile a quella di alcuni Paesi quali la Francia, la Germania

²⁰ Come già detto, dati provenienti da indagini differenti hanno problemi di confrontabilità: in questo caso le percentuali dello studio Hbsc si riferiscono all’ultimo rapporto sessuale, mentre quelle dell’indagine Istat considerano l’utilizzo negli ultimi 12 mesi.

e la Grecia, mentre è inferiore ad alcuni Paesi del Nord Europa: Danimarca, Finlandia, Inghilterra e Svezia.

La protezione contraccettiva data dalla pillola è stata usata nell'ultimo rapporto dalle italiane solo nel 6% dei casi: l'unico Paese con un valore analogo risulta essere la Grecia con il 9%; la Spagna si differenzia per un utilizzo più che doppio (14%) ma il divario con gli altri Paesi è abissale poiché tra questi almeno un terzo delle ragazze ha usato la pillola. Quindi in questi Paesi ci si può ragionevolmente attendere che il rischio di gravidanze indesiderate sia inferiore a quello delle italiane le quali presentano una percentuale di gravidanze adolescenziali pari a 1.4% e un tasso di abortività del 5.2 per mille. Invece in alcuni contesti le aspettative vengono disattese: in Svezia il tasso di abortività è triplo rispetto a quello delle italiane, così come in Inghilterra dove anche le gravidanze sono una quota non trascurabile (3.7%). Sorprende anche la Francia con un tasso di abortività pari a 7.6 per mille.

Questa peculiarità tutta italiana (copertura contraccettiva poco efficace tra le giovani, bassa percentuale di gravidanze giovanili e bassa abortività) può avere una parziale ma efficace spiegazione nel fatto che i giovani, differentemente dai Paesi Nord europei non escono di casa per motivi di studio e si trovano nella situazione di dover gestire anni di attività sessuale (non solo in età adolescenziale) evitando una gravidanza indesiderata stando in famiglia, sotto lo stesso tetto dei genitori. Questo limita le occasioni e fa sì che la frequenza dei rapporti sessuali e il numero di partner, seppur in aumento rispetto alle generazioni precedenti, siano comunque inferiori rispetto ai coetanei di Paesi europei con comportamenti più "moderni" [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010, p. 71]. Lo stare a lungo in famiglia in Italia risulta quindi essere una sorta di 'protezione' dai concepimenti indesiderati.

4. Conclusioni

I dati presenti in serie storica hanno consentito la visione del fenomeno anche per generazione raggruppando le donne con lo stesso anno di nascita. Poiché trattiamo di fenomeni riproduttivi una generazione comprende le sole donne tra i 15 e i 49 anni e non tutta la popolazione femminile. Per le generazioni più recenti si dispone di dati solo per le donne più giovani poiché la seconda parte della vita deve ancora essere vissuta, quindi abbiamo illustrato risultati parziali ma che mostrano già delle tendenze significative.

Nel corso del tempo, qui scandito dal passaggio delle generazioni, si è assistito a grandi cambiamenti che hanno dato maggiore spazio all'emancipazione femminile: la donna ha trovato altri spazi di realizzazione oltre al matrimonio e alla famiglia (lo studio e il lavoro) e ha acquisito più autonomia nelle scelte riproduttive. Questo però ha sortito un effetto *boomerang* poiché il tardare sempre più il passaggio alla vita adulta ha portato a non soddisfare appieno le intenzioni di fecondità che vedono nei due figli ancora la discendenza auspicata.

Lo scollamento tra attività sessuale (sempre più precoce) e fecondità realizzata (sempre più tardi) ha portato le donne alla necessità di dover limitare il rischio di gravidanze indesiderate: questo obiettivo viene parzialmente raggiunto tramite un ricorso a metodi contraccettivi sempre più efficaci anche se restano ancora dei margini di miglioramento e si evidenziano differenze importanti con altri Paesi (ad esempio del Nord Europa) che adottano comportamenti definiti più "moderni". Nonostante ciò i livelli di abortività volontaria sono tra i più bassi a livello internazionale e l'aborto non sembra affatto essere stato utilizzato come mezzo per limitare le nascite durante gli importanti cambiamenti generazionali descritti.

Le giovani di 15-20 anni delle generazioni più recenti sono l'unico gruppo per le quali si è verificato un (lieve) incremento del ricorso all'IVG, fenomeno che sta comunque rientrando negli ultimi anni. Anche se queste ragazze risultano "protette" dal fatto di vivere in famiglia e quindi dall'aver meno opportunità di incappare in comportamenti rischiosi, interventi finalizzati a ridurre gravidanze indesiderate sarebbero auspicabili in ogni caso.

Bibliografia

- AISP (2013), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Il Mulino.
- Barbagli M., Dalla Zuanna G., Garelli F. (2010), *La sessualità degli italiani*, Il Mulino.
- Bocuzzo G., Loghi M. (1999), "Potenzialità e limiti dell'indagine INF-2 in tema di abortività volontaria", in De Sandre P. et al. (a cura di), *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori di cambiamento*, Il Mulino.
- Centre for Reproductive Rights, *The World's Abortion Law 2017* <http://www.worldabortionlaws.com/>
- Ganatra B. et al. (2017), "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model", *The Lancet*, Published online September 27, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- Istat (2014a), *Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2012*, Statistiche Report, 12 dicembre 2014. <http://www.istat.it/it/archivio/141802>
- Istat (2014b), *Generazioni a confronto: come cambiano i percorsi verso la vita adulta*, Letture Statistiche: Temi. <http://www.istat.it/it/archivio/131369>
- Istat (2014c), *Avere figli in Italia negli anni Duemila*, Letture Statistiche: Temi. <http://www.istat.it/it/archivio/147180>
- Istat (2015), *Come cambia la vita delle donne, 2004-2014*, Letture Statistiche: Temi. <http://www.istat.it/it/archivio/176768>
- Istat (2016), *Rapporto annuale 2016. La situazione del Paese*. <http://www.istat.it/it/archivio/185497>
- Istat (2017), *Natalità e fecondità nella popolazione residente. Anno 2016*, Statistiche Report, 28 novembre 2017. <http://www.istat.it/it/archivio/206606>
- Nappi R.E., Paloma Lobo Abascal P., Mansour D., Rabe T., Shojai R. & for the Emergency Contraception Study Group (2014), "Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19:2, 93-101, DOI: 10.3109/13625187.2013.865164 <http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2014/02/Nappi-et-al.-Use-and-attitudes-towards-EC-survey-in-5-European-countries.pdf>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11). <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>
- WHO (2008), *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*, *Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents*, 5, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/pre-2009/inequalities-in-young-peoples-health.-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey>
- WHO (2012), *Social determinants of health and well-being among young people*, *International Report from the 2009/2010 survey*, *Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents*, 6, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/countries/armenia/publications/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>
- WHO (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*, *International Report from the 2013/2014 survey*, *Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents*, 7, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>

Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza, 2016

REGIONE	ABORTIVITA'					
	IVG	NATIVI VIVI *	DONNE 15-49 ANNI **	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	TASSO DI FECONDITA' ***
ITALIA SETTENTRIONALE	39170	212641	5837608	184.2	6.7	36.4
Piemonte	6805	31504	902280	216.0	7.5	34.9
Valle d'Aosta	174	906	26685	192.1	6.5	34.0
Lombardia	14111	79547	2144513	177.4	6.6	37.1
Bolzano	563	5284	116606	106.5	4.8	45.3
Trento	684	4612	115547	148.3	5.9	39.9
Veneto	5040	37976	1048792	132.7	4.8	36.2
Friuli Venezia Giulia	1436	8526	245226	168.4	5.9	34.8
Liguria	2669	9898	302265	269.7	8.8	32.7
Emilia Romagna	7688	34388	935694	223.6	8.2	36.8
ITALIA CENTRALE	17863	89356	2601993	199.9	6.9	34.3
Toscana	5910	26317	777469	224.6	7.6	33.8
Umbria	1303	5453	186613	239.0	7.0	29.2
Marche	1618	11107	323878	145.7	5.0	34.3
Lazio	9032	46479	1314033	194.3	6.9	35.4
ITALIA MERIDIONALE	19835	111710	3215281	177.6	6.2	34.7
Abruzzo	1794	9924	285448	180.8	6.3	34.8
Molise	398	1764	66109	225.6	6.0	26.7
Campania	7560	49432	1376416	152.9	5.5	35.9
Puglia	7461	30668	916979	243.3	8.1	33.4
Basilicata	564	3963	125066	142.3	4.5	31.7
Calabria	2058	15959	445263	129.0	4.6	35.8
ITALIA INSULARE	8058	51844	1505130	155.4	5.4	34.4
Sicilia	6197	41397	1149004	149.7	5.4	36.0
Sardegna	1861	10447	356126	178.1	5.2	29.3
ITALIA	84926	465551	13160012	182.4	6.5	35.4

* numero nati vivi nel 2016 della popolazione presente (Istat - Bollettino mensile di statistica on line)

** numero donne 15-49 anni al gennaio 2016 (demo.istat.it)

*** numero nati vivi per 1000 donne 15-49 anni

Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento, 2015-2016

REGIONE	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI		VARIAZIONE* %	TASSO PER 1000 DONNE IN ETA' 15-49		VARIAZIONE* %
	2015	2016		2015	2016	
ITALIA SETTENTRIONALE						
Piemonte	182.7	184.2	0.8	6.7	6.7	0.1
Valle d'Aosta	216.2	216.0	-0.1	7.5	7.5	0.3
Lombardia	199.8	192.1	-3.9	6.8	6.5	-3.6
Bolzano	174.2	177.4	1.8	6.6	6.6	0.0
Trento	100.7	106.5	5.8	4.4	4.8	9.8
Veneto	151.9	148.3	-2.4	6.2	5.9	-4.7
Friuli Venezia Giulia	130.0	132.7	2.1	4.7	4.8	1.7
Liguria	176.6	168.4	-4.6	5.9	5.9	-1.5
Emilia Romagna	267.9	269.7	0.7	8.7	8.8	1.3
	222.4	223.6	0.5	8.3	8.2	-0.8
ITALIA CENTRALE						
Toscana	211.4	199.9	-5.4	7.1	6.9	-3.4
Umbria	234.4	224.6	-4.2	7.7	7.6	-1.8
Marche	252.8	239.0	-5.5	7.2	7.0	-2.9
Lazio	148.7	145.7	-2.0	5.1	5.0	-2.5
	209.0	194.3	-7.0	7.2	6.9	-4.7
ITALIA MERIDIONALE						
Abruzzo	182.9	177.6	-2.9	6.4	6.2	-2.8
Molise	186.5	180.8	-3.1	6.4	6.3	-2.2
Campania	181.0	225.6	24.7	5.3	6.0	14.0
Puglia	162.7	152.9	-6.0	5.9	5.5	-7.6
Basilicata	251.3	243.3	-3.2	8.1	8.1	0.2
Calabria	139.3	142.3	2.2	4.4	4.5	3.2
	128.4	129.0	0.4	4.7	4.6	-0.9
ITALIA INSULARE						
Sicilia	156.3	155.4	-0.6	5.5	5.4	-2.4
Sardegna	151.1	149.7	-0.9	5.5	5.4	-2.5
	176.5	178.1	0.9	5.3	5.2	-1.7
ITALIA	185.1	182.4	-1.4	6.6	6.5	-1.7

* variazione percentuale calcolata sui rapporti e tassi arrotondati a due cifre decimali

Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica, 2016

	IVG	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI
ITALIA SETTENTRIONALE	39170	184.2	6.7
ITALIA CENTRALE	17863	199.9	6.9
ITALIA MERIDIONALE	19835	177.6	6.2
ITALIA INSULARE	8058	155.4	5.4
ITALIA	84926	182.4	6.5

Tabella 5 - IVG ed età, 2016

REGIONE	< 18				≥ 18			
	IVG	DONNE 15-17 ANNI	%	TASSO PER 1000 DONNE	IVG	DONNE 18-49 ANNI	%	TASSO PER 1000 DONNE
ITALIA SETTENTRIONALE	1138	364132	2.9	3.1	38032	5473476	97.1	6.9
Piemonte	192	55462	2.8	3.5	6613	846818	97.2	7.8
Valle d'Aosta	7	1713	4.0	4.1	167	24972	96.0	6.7
Lombardia	460	133720	3.3	3.4	13651	2010793	96.7	6.8
Bolzano	18	8616	3.2	2.1	545	107990	96.8	5.0
Trento	20	8201	2.9	2.4	664	107346	97.1	6.2
Veneto	146	68035	2.9	2.1	4894	980757	97.1	5.0
Friuli Venezia Giulia	42	15012	2.9	2.8	1394	230214	97.1	6.1
Liguria	78	18249	2.9	4.3	2591	284016	97.1	9.1
Emilia Romagna	175	55124	2.3	3.2	7513	880570	97.7	8.5
ITALIA CENTRALE	504	153639	2.8	3.3	17359	2448354	97.2	7.1
Toscana	155	45731	2.6	3.4	5755	731738	97.4	7.9
Umbria	31	10998	2.4	2.8	1272	175615	97.6	7.2
Marche	47	20056	2.9	2.3	1571	303822	97.1	5.2
Lazio	271	76854	3.0	3.5	8761	1237179	97.0	7.1
ITALIA MERIDIONALE	627	219447	3.2	2.9	19208	2995834	96.8	6.4
Abruzzo	47	17221	2.6	2.7	1747	268227	97.4	6.5
Molise	5	4182	1.3	1.2	393	61927	98.7	6.3
Campania	242	97884	3.2	2.5	7318	1278532	96.8	5.7
Puglia	259	62811	3.5	4.1	7202	854168	96.5	8.4
Basilicata	15	8085	2.7	1.9	549	116981	97.3	4.7
Calabria	59	29264	2.9	2.0	1999	415999	97.1	4.8
ITALIA INSULARE	300	98369	3.7	3.0	7758	1406761	96.3	5.5
Sicilia	236	78083	3.8	3.0	5961	1070921	96.2	5.6
Sardegna	64	20286	3.4	3.2	1797	335840	96.6	5.4
ITALIA	2569	835587	3.0	3.1	82357	12324425	97.0	6.7

Tabella 6 - IVG per classi di età, 2016

REGIONE	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	NON RIL.	TOTALE		
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%**			
ITALIA SETTENTRIONALE	94	2921	6814	8010	8537	7978	4366	414	1.1	36	0.1	39170
Piemonte	11	492	1201	1403	1506	1336	778	75	1.1	3	0.0	6805
Valle d'Aosta	1	14	29	40	34	35	20	1	0.6	0	0.0	174
Lombardia	56	1071	2553	2869	3071	2829	1500	130	0.9	32	0.2	14111
Bolzano	1	59	106	103	127	113	44	10	1.8	0	0.0	563
Trento	0	56	123	134	144	142	76	9	1.3	0	0.0	684
Veneto	8	371	826	1015	1093	1097	593	37	0.7	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	4	119	236	308	296	300	155	18	1.3	0	0.0	1436
Liguria	3	245	506	568	516	491	298	41	1.5	1	0.0	2669
Emilia Romagna	10	494	1234	1570	1750	1635	902	93	1.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	27	1239	3043	3638	3787	3899	2004	206	1.2	20	0.1	17863
Toscana	9	406	955	1219	1281	1276	687	74	1.3	3	0.1	5910
Umbria	2	84	201	253	311	279	140	16	1.2	17	1.3	1303
Marche	4	117	291	306	337	369	172	22	1.4	0	0.0	1618
Lazio	12	632	1596	1860	1858	1975	1005	94	1.0	0	0.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	49	1553	3390	4015	4201	4162	2235	220	1.1	10	0.1	19835
Abruzzo	4	120	298	381	368	368	222	32	1.8	1	0.1	1794
Molise	0	19	71	89	74	86	49	9	2.3	1	0.3	398
Campania	20	600	1303	1553	1598	1579	827	80	1.1	0	0.0	7560
Puglia	21	618	1279	1457	1566	1586	850	76	1.0	8	0.1	7461
Basilicata	0	38	93	132	111	115	71	4	0.7	0	0.0	564
Calabria	4	158	346	403	484	428	216	19	0.9	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	30	715	1506	1674	1636	1622	801	66	0.8	8	0.1	8058
Sicilia	24	566	1190	1313	1239	1248	570	47	0.8	0	0.0	6197
Sardegna	6	149	316	361	397	374	231	19	1.0	8	0.4	1861
ITALIA	200	6428	14753	17337	18161	17661	9406	906	1.1	74	0.1	84926

* calcolata sulla somma delle prime otto colonne

** calcolata sul totale

Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di età e per regione, 2016

REGIONE	ETA' (ANNI)						TASSO STANDARDIZZATO	
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		45-49
ITALIA SETTENTRIONALE	4.9	11.2	11.9	11.1	8.7	3.9	0.4	6.8
Piemonte	5.4	12.7	13.5	12.8	9.5	4.5	0.4	7.7
Valle d'Aosta	5.0	10.5	12.8	10.0	8.8	3.9	0.2	6.7
Lombardia	4.9	11.5	11.5	10.7	8.3	3.7	0.3	6.7
Bolzano	4.1	7.4	7.1	8.2	6.7	2.2	0.5	4.8
Trento	4.1	9.2	9.5	9.6	8.2	3.7	0.4	5.9
Veneto	3.3	7.4	8.4	8.0	6.7	3.0	0.2	4.9
Friuli Venezia Giulia	4.8	9.4	11.0	9.4	7.9	3.2	0.4	6.1
Liguria	8.0	15.7	16.7	14.0	11.0	5.1	0.6	9.3
Emilia Romagna	5.4	13.4	14.8	14.0	10.7	4.9	0.5	8.4
ITALIA CENTRALE	4.9	11.3	11.9	10.8	9.4	4.0	0.4	7.0
Toscana	5.4	12.1	13.6	12.5	10.3	4.5	0.5	7.8
Umbria	4.7	10.3	11.3	12.3	9.5	4.0	0.4	7.0
Marche	3.5	8.3	7.9	7.8	7.1	2.9	0.4	5.0
Lazio	4.9	11.7	12.1	10.5	9.4	4.0	0.4	7.0
ITALIA MERIDIONALE	4.2	8.3	9.4	9.6	8.7	4.2	0.4	6.0
Abruzzo	4.1	9.2	10.6	9.3	8.4	4.4	0.6	6.2
Molise	2.7	8.8	10.3	8.1	8.7	4.4	0.7	5.9
Campania	3.7	7.2	8.4	8.6	7.9	3.7	0.3	5.3
Puglia	5.9	11.3	12.3	12.8	11.3	5.5	0.5	7.9
Basilicata	2.8	5.9	7.8	6.5	6.3	3.4	0.2	4.4
Calabria	3.2	6.1	6.4	7.8	6.4	3.0	0.2	4.4
ITALIA INSULARE	4.3	8.1	8.4	8.0	7.2	3.1	0.2	5.2
Sicilia	4.3	8.0	8.4	7.9	7.3	3.0	0.2	5.2
Sardegna	4.4	8.3	8.3	8.2	6.6	3.5	0.3	5.2
ITALIA	4.6	10.0	10.8	10.3	8.7	3.9	0.4	

Tabella 8 - IVG e stato civile, 2016

REGIONE	NUBILI		CONIUGATE		SEPARATE O DIVORZIATE		VEDOVE		NON RILEV.		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	21730	56.6	14058	36.6	2466	6.4	108	0.3	808	2.1	39170
Piemonte	3784	56.5	2437	36.4	458	6.8	23	0.3	103	1.5	6805
Valle d'Aosta	109	63.0	56	32.4	8	4.6	0	0.0	1	0.6	174
Lombardia	7832	57.5	4873	35.8	888	6.5	33	0.2	485	3.4	14111
Bolzano	326	57.9	207	36.8	29	5.2	1	0.2	0	0.0	563
Trento	388	56.7	266	38.9	29	4.2	1	0.1	0	0.0	684
Veneto	2637	52.3	2083	41.3	304	6.0	16	0.3	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	796	55.4	540	37.6	97	6.8	3	0.2	0	0.0	1436
Liguria	1507	61.5	750	30.6	181	7.4	12	0.5	219	8.2	2669
Emilia Romagna	4351	56.6	2846	37.0	472	6.1	19	0.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	10480	59.6	6066	34.5	991	5.6	57	0.3	269	1.5	17863
Toscana	3288	58.0	2035	35.9	326	5.7	22	0.4	239	4.0	5910
Umbria	698	54.5	494	38.6	87	6.8	2	0.2	22	1.7	1303
Marche	856	53.2	636	39.5	110	6.8	8	0.5	8	0.5	1618
Lazio	5638	62.4	2901	32.1	468	5.2	25	0.3	0	0.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	9188	47.0	9082	46.5	1162	5.9	99	0.5	304	1.5	19835
Abruzzo	971	54.5	672	37.7	132	7.4	6	0.3	13	0.7	1794
Molise	211	53.0	162	40.7	25	6.3	0	0.0	0	0.0	398
Campania	3066	41.8	3825	52.1	421	5.7	31	0.4	217	2.9	7560
Puglia	3696	50.0	3222	43.6	430	5.8	50	0.7	63	0.8	7461
Basilicata	251	45.4	277	50.1	24	4.3	1	0.2	11	2.0	564
Calabria	993	48.3	924	44.9	130	6.3	11	0.5	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	4334	53.9	3242	40.3	437	5.4	22	0.3	23	0.3	8058
Sicilia	3144	50.8	2699	43.6	342	5.5	10	0.2	2	0.0	6197
Sardegna	1190	64.7	543	29.5	95	5.2	12	0.7	21	1.1	1861
ITALIA	45732	54.8	32448	38.8	5056	6.1	286	0.3	1404	1.7	84926

* calcolata sulla somma delle prime quattro colonne

** calcolata sul totale

Tabella 9 - IVG e titolo di studio, 2016

REGIONE	NESSUNO O LIC. ELEMENTARE		LICENZA MEDIA INFERIORE		LICENZA MEDIA SUPERIORE		LAUREA O ALTRO		NON RILEV.		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	1771	4.7	13996	37.2	17021	45.3	4819	12.8	1563	4.0	39170
Piemonte	350	5.3	2614	39.4	2897	43.7	774	11.7	170	2.5	6805
Valle d'Aosta	12	6.9	77	44.5	64	37.0	20	11.6	1	0.6	174
Lombardia	530	4.1	5217	40.2	5654	43.5	1590	12.2	1120	7.9	14111
Bolzano	16	2.8	190	33.7	302	53.6	55	9.8	0	0.0	563
Trento	15	2.2	168	24.6	396	57.9	105	15.4	0	0.0	684
Veneto	267	5.3	1702	33.8	2418	48.0	653	13.0	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	35	2.4	460	32.0	697	48.5	244	17.0	0	0.0	1436
Liguria	115	4.8	936	39.0	1056	44.1	290	12.1	272	10.2	2669
Emilia Romagna	431	5.6	2632	34.2	3537	46.0	1088	14.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	1372	7.7	6031	34.0	7980	45.0	2355	13.3	125	0.7	17863
Toscana	330	5.6	2322	39.7	2469	42.2	734	12.5	55	0.9	5910
Umbria	34	2.7	440	35.0	631	50.2	152	12.1	46	3.5	1303
Marche	64	4.0	572	35.8	754	47.2	206	12.9	22	1.4	1618
Lazio	944	10.5	2697	29.9	4126	45.7	1263	14.0	2	0.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	1064	5.5	8590	44.1	7952	40.8	1861	9.6	368	1.9	19835
Abruzzo	93	5.2	550	30.9	899	50.6	236	13.3	16	0.9	1794
Molise	16	4.0	145	36.4	181	45.5	56	14.1	0	0.0	398
Campania	461	6.2	3465	46.9	2839	38.4	620	8.4	175	2.3	7560
Puglia	377	5.2	3478	47.6	2802	38.3	656	9.0	148	2.0	7461
Basilicata	7	1.3	224	41.8	247	46.1	58	10.8	28	5.0	564
Calabria	110	5.3	728	35.4	984	47.8	235	11.4	1	0.0	2058
ITALIA INSULARE	488	6.1	3884	48.7	2918	36.6	686	8.6	82	1.0	8058
Sicilia	404	6.5	3077	49.7	2220	35.8	494	8.0	2	0.0	6197
Sardegna	84	4.7	807	45.3	698	39.2	192	10.8	80	4.3	1861
ITALIA	4695	5.7	32501	39.3	35871	43.3	9721	11.7	2138	2.5	84926

* calcolata sulla somma delle prime quattro colonne

** calcolata sul totale

Tabella 10 - IVG e occupazione, 2016

REGIONE	OCCUPATA			DISOCCUPATA			IN CERCA DI PRIMA OCCUP.			CASALINGA			STUDENTESSA			ALTRA CONDIZIONE			NON RILEVATO			TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	N	%**	N	%**		
ITALIA SETTENTRIONALE	19944	52.2	8360	21.9	365	1.0	5785	15.1	3447	9.0	316	0.8	953	2.4	39170							
Piemonte	3463	51.8	1713	25.6	61	0.9	857	12.8	583	8.7	10	0.1	118	1.7	6805							
Valle d'Aosta	107	61.8	26	15.0	0	0.0	22	12.7	18	10.4	0	0.0	1	0.6	174							
Lombardia	7152	53.7	2776	20.8	98	0.7	2096	15.7	1156	8.7	42	0.3	791	5.6	14111							
Bolzano	320	56.8	59	10.5	5	0.9	115	20.4	59	10.5	5	0.9	0	0.0	563							
Trento	395	57.7	116	17.0	11	1.6	81	11.8	81	11.8	0	0.0	0	0.0	684							
Veneto	2651	52.6	1083	21.5	66	1.3	788	15.6	419	8.3	33	0.7	0	0.0	5040							
Friuli Venezia Giulia	781	54.5	270	18.8	11	0.8	230	16.1	136	9.5	5	0.3	3	0.2	1436							
Liguria	1259	47.5	749	28.3	39	1.5	349	13.2	246	9.3	6	0.2	21	0.8	2669							
Emilia Romagna	3816	49.8	1568	20.4	74	1.0	1247	16.3	749	9.8	215	2.8	19	0.2	7688							
ITALIA CENTRALE	7840	45.9	3391	19.9	898	5.3	2388	14.0	2494	14.6	58	0.3	794	4.4	17863							
Toscana	2727	50.9	1108	20.7	58	1.1	882	16.5	550	10.3	32	0.6	553	9.4	5910							
Umbria	588	45.9	243	19.0	22	1.7	289	22.5	139	10.8	1	0.1	21	1.6	1303							
Marche	671	48.0	295	21.1	41	2.9	147	10.5	236	16.9	9	0.6	219	13.5	1618							
Lazio	3854	42.7	1745	19.3	777	8.6	1070	11.8	1569	17.4	16	0.2	1	0.0	9032							
ITALIA MERIDIONALE	6219	32.3	3536	18.4	138	0.7	7310	38.0	2004	10.4	44	0.2	584	2.9	19835							
Abruzzo	701	40.1	343	19.6	14	0.8	418	23.9	272	15.5	2	0.1	44	2.5	1794							
Molise	169	42.5	39	9.8	2	0.5	143	35.9	44	11.1	1	0.3	0	0.0	398							
Campania	1987	27.1	1083	14.8	53	0.7	3566	48.6	639	8.7	12	0.2	220	2.9	7560							
Puglia	2539	35.4	1217	16.9	19	0.3	2587	36.0	796	11.1	23	0.3	280	3.8	7461							
Basilicata	222	42.4	131	25.0	3	0.6	110	21.0	58	11.1	0	0.0	40	7.1	564							
Calabria	601	29.2	723	35.1	47	2.3	486	23.6	195	9.5	6	0.3	0	0.0	2058							
ITALIA INSULARE	2295	28.6	2000	24.9	61	0.8	2805	34.9	844	10.5	26	0.3	27	0.3	8058							
Sicilia	1503	24.3	1513	24.4	55	0.9	2447	39.5	653	10.5	22	0.4	4	0.1	6197							
Sardegna	792	43.1	487	26.5	6	0.3	358	19.5	191	10.4	4	0.2	23	1.2	1861							
ITALIA	36298	44.0	17287	20.9	1462	1.8	18288	22.1	8789	10.6	444	0.5	2358	2.8	84926							

* calcolata sulla somma delle prime sei colonne

** calcolata sul totale

Tabella 11 - IVG e luogo di residenza, 2016

REGIONE	IVG EFFETTUATA DA RESIDENTI NELLA REGIONE						IVG EFF. DA RES. FUORI REGIONE			IVG EFF. DA RES. ALL'ESTERO			NON RILEVATO	TOTALE
	NELLA PROVINCIA DI INTERVENTO		FUORI PROVINCIA DI INTERVENTO		TOTALE		N	%**	N	%**	N	%***		
	N	%*	N	%*	N	%**								
ITALIA SETTENTRIONALE	32142	90.8	3251	9.2	35393	91.1	2123	5.5	1339	3.4	315	0.8	39170	
Piemonte	5674	91.0	559	9.0	6233	91.6	273	4.0	299	4.4	0	0.0	6805	
Valle d'Aosta	166	100.0	0	0.0	166	95.4	6	3.4	2	1.1	0	0.0	174	
Lombardia	11258	88.3	1492	11.7	12750	92.4	661	4.8	388	2.8	312	2.2	14111	
Bolzano	516	100.0	0	0.0	516	91.7	37	6.6	10	1.8	0	0.0	563	
Trento	574	100.0	0	0.0	574	83.9	92	13.5	18	2.6	0	0.0	684	
Veneto	4137	88.7	528	11.3	4665	92.6	156	3.1	216	4.3	3	0.1	5040	
Friuli Venezia Giulia	1095	86.8	166	13.2	1261	87.8	133	9.3	42	2.9	0	0.0	1436	
Liguria	2356	96.7	81	3.3	2437	91.3	140	5.2	92	3.4	0	0.0	2669	
Emilia Romagna	6366	93.7	425	6.3	6791	88.3	625	8.1	272	3.5	0	0.0	7688	
ITALIA CENTRALE	13979	87.5	1993	12.5	15972	89.6	1147	6.4	697	3.9	47	0.3	17863	
Toscana	4337	84.9	773	15.1	5110	87.1	401	6.8	358	6.1	41	0.7	5910	
Umbria	1013	93.7	68	6.3	1081	83.1	197	15.1	23	1.8	2	0.2	1303	
Marche	1093	77.7	313	22.3	1406	87.1	157	9.7	51	3.2	4	0.2	1618	
Lazio	7536	90.0	839	10.0	8375	92.7	392	4.3	265	2.9	0	0.0	9032	
ITALIA MERIDIONALE	14399	79.4	3743	20.6	18142	91.6	919	4.6	749	3.8	25	0.1	19835	
Abruzzo	1224	77.1	364	22.9	1588	88.5	196	10.9	10	0.6	0	0.0	1794	
Molise	334	100.0	0	0.0	334	83.9	63	15.8	1	0.3	0	0.0	398	
Campania	5027	74.3	1737	25.7	6764	89.6	263	3.5	526	7.0	7	0.1	7560	
Puglia	6048	85.8	1000	14.2	7048	94.7	239	3.2	156	2.1	18	0.2	7461	
Basilicata	406	90.2	44	9.8	450	79.8	110	19.5	4	0.7	0	0.0	564	
Calabria	1360	69.5	598	30.5	1958	95.1	48	2.3	52	2.5	0	0.0	2058	
ITALIA INSULARE	6295	81.5	1429	18.5	7724	95.9	174	2.2	159	2.0	1	0.0	8058	
Sicilia	4886	82.1	1067	17.9	5953	96.1	130	2.1	114	1.8	0	0.0	6197	
Sardegna	1409	79.6	362	20.4	1771	95.2	44	2.4	45	2.4	1	0.1	1861	
ITALIA	66815	86.5	10416	13.5	77231	91.4	4363	5.2	2944	3.5	388	0.5	84926	

* calcolata sulla somma delle prime due colonne

** calcolata sulla somma delle colonne tre, quattro e cinque

*** calcolata sul totale

Tabella 12 - IVG e cittadinanza, 2016

REGIONE	CITTADINANZA STRANIERA										NON RILEVATO	TOTALE
	CITTADINANZA ITALIANA											
	Europa dell'Est	Altri Paesi dell'Europa	Africa	America del Nord	America del Centro Sud	Asia	Oceania	TOTALE IVG	N	%*		
ITALIA SETTENTRIONALE	6143	206	3605	30	2161	2694	6	14845	38.0	69	39170	
Piemonte	1237	20	675	5	306	275	1	2519	37.1	7	6805	
Valle d'Aosta	29	1	12	1	10	3	0	56	32.2	0	174	
Lombardia	1600	99	1054	11	1018	1125	1	4908	34.8	25	14111	
Bolzano	114	8	37	0	18	49	1	227	40.3	0	563	
Trento	118	5	44	0	32	27	0	226	33.0	0	684	
Veneto	966	18	541	6	121	472	0	2124	42.5	37	5040	
Friuli Venezia Giulia	293	5	89	5	35	53	0	480	33.4	0	1436	
Liguria	370	8	201	0	382	63	1	1025	38.4	0	2669	
Emilia Romagna	1416	42	952	2	239	627	2	3280	42.7	0	7688	
ITALIA CENTRALE	3186	84	960	15	708	1504	3	6460	36.3	68	17863	
Toscana	1021	31	354	11	221	784	2	2424	41.4	54	5910	
Umbria	302	3	100	1	53	50	0	509	39.3	7	1303	
Marche	284	6	134	0	65	118	1	608	37.7	4	1618	
Lazio	1579	44	372	3	369	552	0	2919	32.3	3	9032	
ITALIA MERIDIONALE	1949	61	436	8	147	314	0	2915	14.7	47	19835	
Abruzzo	272	8	66	0	30	41	0	417	23.3	3	1794	
Molise	1	0	0	0	0	0	0	1	0.3	0	398	
Campania	670	29	128	8	72	142	0	1049	13.9	14	7560	
Puglia	644	20	150	0	30	83	0	927	12.5	30	7461	
Basilicata	71	0	17	0	4	12	0	104	18.4	0	564	
Calabria	291	4	75	0	11	36	0	417	20.3	0	2058	
ITALIA INSULARE	625	36	369	4	41	139	1	1215	15.2	53	8058	
Sicilia	514	31	288	4	29	114	1	981	15.9	10	6197	
Sardegna	111	5	81	0	12	25	0	234	12.9	43	1861	
ITALIA	11903	387	5370	57	3057	4651	10	25435	30.0	237	84926	

* Calcolata sul totale dei rilevati

Tabella 13 - I/VG e nati vivi, 2016

REGIONE	0		1		2		3		>=4		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	14941	39.1	9766	25.5	9654	25.2	3008	7.9	873	2.3	928	2.4	39170
Piemonte	2869	42.2	1649	24.2	1680	24.7	464	6.8	143	2.1	0	0.0	6805
Valle d'Aosta	78	45.1	44	25.4	38	22.0	9	5.2	4	2.3	1	0.6	174
Lombardia	4750	36.0	3561	27.0	3405	25.8	1131	8.6	337	2.6	927	6.6	14111
Bolzano	220	39.1	112	19.9	154	27.4	52	9.2	25	4.4	0	0.0	563
Trento	278	40.6	156	22.8	172	25.1	59	8.6	19	2.8	0	0.0	684
Veneto	1972	39.1	1220	24.2	1333	26.4	418	8.3	97	1.9	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	601	41.9	361	25.1	347	24.2	96	6.7	31	2.2	0	0.0	1436
Liguria	1184	44.4	706	26.5	555	20.8	179	6.7	45	1.7	0	0.0	2669
Emilia Romagna	2989	38.9	1957	25.5	1970	25.6	600	7.8	172	2.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	8041	45.5	4088	23.1	4165	23.6	1091	6.2	300	1.7	178	1.0	17863
Toscana	2412	41.0	1494	25.4	1506	25.6	365	6.2	109	1.9	24	0.4	5910
Umbria	425	34.2	334	26.8	362	29.1	104	8.4	19	1.5	59	4.5	1303
Marche	654	40.5	399	24.7	406	25.2	128	7.9	27	1.7	4	0.2	1618
Lazio	4550	50.9	1861	20.8	1891	21.1	494	5.5	145	1.6	91	1.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	6944	36.0	4078	21.1	5755	29.8	2004	10.4	502	2.6	552	2.8	19835
Abruzzo	831	46.3	347	19.4	447	24.9	145	8.1	23	1.3	1	0.1	1794
Molise	194	48.7	68	17.1	100	25.1	30	7.5	6	1.5	0	0.0	398
Campania	2650	35.1	1641	21.7	2228	29.5	836	11.1	205	2.7	0	0.0	7560
Puglia	2311	33.4	1524	22.1	2193	31.7	709	10.3	173	2.5	551	7.4	7461
Basilicata	223	39.5	104	18.4	180	31.9	39	6.9	18	3.2	0	0.0	564
Calabria	735	35.7	394	19.1	607	29.5	245	11.9	77	3.7	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	2862	35.9	1810	22.7	2208	27.7	807	10.1	281	3.5	90	1.1	8058
Sicilia	2106	34.0	1351	21.8	1807	29.2	694	11.2	239	3.9	0	0.0	6197
Sardegna	756	42.7	459	25.9	401	22.6	113	6.4	42	2.4	90	4.8	1861
ITALIA	32788	39.4	19742	23.7	21782	26.2	6910	8.3	1956	2.4	1748	2.1	84926

* calcolata sulla somma delle prime cinque colonne ** calcolata sul totale

Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti, 2016

REGIONE	0		1		2		3		>=4		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	32533	85.1	4566	11.9	900	2.4	166	0.4	68	0.2	937	2.4	39170
Piemonte	5858	86.1	757	11.1	149	2.2	30	0.4	11	0.2	0	0.0	6805
Valle d'Aosta	154	89.0	14	8.1	4	2.3	1	0.6	0	0.0	1	0.6	174
Lombardia	11244	85.3	1548	11.7	316	2.4	58	0.4	17	0.1	928	6.6	14111
Bolzano	473	84.0	74	13.1	13	2.3	2	0.4	1	0.2	0	0.0	563
Trento	583	85.2	81	11.8	15	2.2	2	0.3	3	0.4	0	0.0	684
Veneto	4217	83.7	655	13.0	137	2.7	16	0.3	15	0.3	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	1199	83.5	190	13.2	40	2.8	5	0.3	2	0.1	0	0.0	1436
Liguria	2262	84.8	342	12.8	49	1.8	10	0.4	6	0.2	0	0.0	2669
Emilia Romagna	6543	85.2	905	11.8	177	2.3	42	0.5	13	0.2	8	0.1	7688
ITALIA CENTRALE	15373	86.9	1846	10.4	348	2.0	87	0.5	31	0.2	178	1.0	17863
Toscana	5046	85.7	648	11.0	138	2.3	38	0.6	16	0.3	24	0.4	5910
Umbria	1053	84.6	162	13.0	20	1.6	6	0.5	3	0.2	59	4.5	1303
Marche	1399	86.7	180	11.2	26	1.6	8	0.5	1	0.1	4	0.2	1618
Lazio	7875	88.1	856	9.6	164	1.8	35	0.4	11	0.1	91	1.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	16788	87.1	1958	10.2	410	2.1	92	0.5	32	0.2	555	2.8	19835
Abruzzo	1567	87.3	185	10.3	30	1.7	11	0.6	1	0.1	0	0.0	1794
Molise	360	90.5	34	8.5	2	0.5	0	0.0	2	0.5	0	0.0	398
Campania	6573	86.9	776	10.3	161	2.1	36	0.5	14	0.2	0	0.0	7560
Puglia	6036	87.4	668	9.7	155	2.2	38	0.6	9	0.1	555	7.4	7461
Basilicata	496	87.9	58	10.3	8	1.4	2	0.4	0	0.0	0	0.0	564
Calabria	1756	85.3	237	11.5	54	2.6	5	0.2	6	0.3	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	6780	85.1	936	11.7	185	2.3	48	0.6	18	0.2	91	1.1	8058
Sicilia	5287	85.3	725	11.7	135	2.2	36	0.6	13	0.2	1	0.0	6197
Sardegna	1493	84.3	211	11.9	50	2.8	12	0.7	5	0.3	90	4.8	1861
ITALIA	71474	85.9	9306	11.2	1843	2.2	393	0.5	149	0.2	1761	2.1	84926

* calcolata sulla somma delle prime cinque colonne

** calcolata sul totale

Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti, 2016

REGIONE	0		1		2		3		>=4		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	27737	72.5	7681	20.1	1971	5.2	539	1.4	314	0.8	928	2.4	39170
Piemonte	4893	71.9	1327	19.5	410	6.0	107	1.6	68	1.0	0	0.0	6805
Valle d'Aosta	129	74.6	28	16.2	10	5.8	1	0.6	5	2.9	1	0.6	174
Lombardia	9591	72.7	2716	20.6	619	4.7	171	1.3	87	0.7	927	6.6	14111
Bolzano	418	74.2	114	20.2	20	3.6	6	1.1	5	0.9	0	0.0	563
Trento	548	80.1	97	14.2	27	3.9	8	1.2	4	0.6	0	0.0	684
Veneto	3842	76.2	900	17.9	216	4.3	62	1.2	20	0.4	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	1040	72.4	298	20.8	78	5.4	13	0.9	7	0.5	0	0.0	1436
Liguria	1941	72.7	557	20.9	126	4.7	22	0.8	23	0.9	0	0.0	2669
Emilia Romagna	5335	69.4	1644	21.4	465	6.0	149	1.9	95	1.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	13164	74.4	3186	18.0	882	5.0	293	1.7	163	0.9	175	1.0	17863
Toscana	4204	71.4	1098	18.6	374	6.4	138	2.3	74	1.3	22	0.4	5910
Umbria	891	71.6	266	21.4	58	4.7	19	1.5	10	0.8	59	4.5	1303
Marche	1241	76.9	281	17.4	62	3.8	19	1.2	11	0.7	4	0.2	1618
Lazio	6828	76.4	1541	17.2	388	4.3	117	1.3	68	0.8	90	1.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	13977	72.5	3559	18.5	1113	5.8	369	1.9	267	1.4	550	2.8	19835
Abruzzo	1459	81.3	251	14.0	59	3.3	15	0.8	10	0.6	0	0.0	1794
Molise	289	72.6	34	8.5	23	5.8	20	5.0	32	8.0	0	0.0	398
Campania	5654	74.8	1356	17.9	393	5.2	100	1.3	57	0.8	0	0.0	7560
Puglia	4546	65.8	1445	20.9	568	8.2	200	2.9	152	2.2	550	7.4	7461
Basilicata	457	81.0	79	14.0	17	3.0	7	1.2	4	0.7	0	0.0	564
Calabria	1572	76.4	394	19.1	53	2.6	27	1.3	12	0.6	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	6359	79.8	1154	14.5	323	4.1	88	1.1	44	0.6	90	1.1	8058
Sicilia	4924	79.5	898	14.5	262	4.2	75	1.2	37	0.6	1	0.0	6197
Sardegna	1435	81.0	256	14.4	61	3.4	13	0.7	7	0.4	89	4.8	1861
ITALIA	61237	73.6	15580	18.7	4289	5.2	1289	1.5	788	0.9	1743	2.1	84926

* calcolata sulla somma delle prime cinque colonne

** calcolata sul totale

Tabella 16 - IVG e luogo di rilascio documento o certificazione, 2016

REGIONE	CONSULTORIO		MEDICO DI FIDUCIA		SERV. OSTETRICO GINECOLOGICO		ALTRA STRUTT. SANITARIA		MANCANTE PER PERIC. VITA DONNA		DATO NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	20516	52.8	8384	21.6	9231	23.8	688	1.8	8	0.0	343	0.9	39170
Piemonte	4283	63.1	1014	14.9	1434	21.1	61	0.9	0	0.0	13	0.2	6805
Valle d'Aosta	4	2.3	50	28.9	119	68.8	0	0.0	0	0.0	1	0.6	174
Lombardia	6309	45.8	3444	25.0	3709	26.9	315	2.3	5	0.0	329	2.3	14111
Bolzano	6	1.1	32	5.7	522	92.7	3	0.5	0	0.0	0	0.0	563
Trento	403	58.9	160	23.4	114	16.7	6	0.9	1	0.1	0	0.0	684
Veneto	2231	44.3	1449	28.8	1236	24.5	124	2.5	0	0.0	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	548	38.2	176	12.3	668	46.5	44	3.1	0	0.0	0	0.0	1436
Liguria	1493	55.9	707	26.5	372	13.9	97	3.6	0	0.0	0	0.0	2669
Emilia Romagna	5239	68.1	1352	17.6	1057	13.7	38	0.5	2	0.0	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	7980	47.9	2829	17.0	4249	25.5	1618	9.7	1	0.0	1186	6.6	17863
Toscana	2969	55.7	1582	29.7	699	13.1	78	1.5	0	0.0	582	9.8	5910
Umbria	774	60.2	289	22.5	215	16.7	7	0.5	0	0.0	18	1.4	1303
Marche	812	50.3	331	20.5	273	16.9	198	12.3	0	0.0	4	0.2	1618
Lazio	3425	40.5	627	7.4	3062	36.2	1335	15.8	1	0.0	582	6.4	9032
ITALIA MERIDIONALE	5472	27.7	5170	26.2	8503	43.1	593	3.0	0	0.0	97	0.5	19835
Abruzzo	238	13.5	212	12.0	1090	61.9	220	12.5	0	0.0	34	1.9	1794
Molise	34	8.5	8	2.0	356	89.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	398
Campania	2394	31.7	1586	21.0	3368	44.6	210	2.8	0	0.0	2	0.0	7560
Puglia	1722	23.3	2745	37.1	2798	37.8	141	1.9	0	0.0	55	0.7	7461
Basilicata	277	49.6	56	10.0	223	40.0	2	0.4	0	0.0	6	1.1	564
Calabria	807	39.2	563	27.4	668	32.5	20	1.0	0	0.0	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	1774	22.2	1623	20.3	4384	54.9	207	2.6	0	0.0	70	0.9	8058
Sicilia	1452	23.5	1071	17.3	3548	57.3	120	1.9	0	0.0	6	0.1	6197
Sardegna	322	17.9	552	30.7	836	46.5	87	4.8	0	0.0	64	3.4	1861
ITALIA	35742	42.9	18006	21.6	26367	31.7	3106	3.7	9	0.0	1696	2.0	84926

* calcolata sulla somma delle prime cinque colonne ** calcolata sul totale

Tabella 17 - N. Consulitori Familiari funzionanti, 2016

REGIONE	CONSULTORI PUBBLICI	N. CONSULTORI PUBBLICI		CONSULTORI PRIVATI
		x 10000 DONNE IN ETÀ 15-49 ANNI	x 20000 ABITANTI	
ITALIA SETTENTRIONALE	806	1.4	0.6	118
Piemonte	201	2.2	0.9	0
Valle d'Aosta	14	5.2	2.2	0
Lombardia	158	0.7	0.3	80
Bolzano	0	0.0	0.0	14
Trento	11	1.0	0.4	1
Veneto	109	1.0	0.4	21
Friuli Venezia Giulia	24	1.0	0.4	2
Liguria	56	1.9	0.7	0
Emilia Romagna	233	2.5	1.0	nr
ITALIA CENTRALE	425	1.6	0.7	19
Toscana	204	2.6	1.1	17
Umbria	31	1.7	0.7	2
Marche	45	1.4	0.6	0
Lazio	145	1.1	0.5	nr
ITALIA MERIDIONALE	460	1.4	0.7	3
Abruzzo	57	2.0	0.9	0
Molise	7	1.1	0.4	0
Campania	151	1.1	0.5	0
Puglia	147	1.6	0.7	0
Basilicata	31	2.5	1.1	3
Calabria	67	1.5	0.7	0
ITALIA INSULARE	253	1.7	0.8	7
Sicilia	181	1.6	0.7	7
Sardegna	72	2.0	0.9	0
ITALIA	1944	1.5	0.6	147

n.r. = non riferiti

Tabella 18 - IVG ed urgenza, 2016

REGIONE	URGENTI		NON URGENTI		DATO NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	6422	16.8	31716	83.2	1032	2.6	39170
Piemonte	2164	31.9	4618	68.1	23	0.3	6805
Valle d'Aosta	11	6.4	162	93.6	1	0.6	174
Lombardia	1246	9.5	11859	90.5	1006	7.1	14111
Bolzano	40	7.1	523	92.9	0	0.0	563
Trento	78	11.4	606	88.6	0	0.0	684
Veneto	587	11.7	4451	88.3	2	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	161	11.2	1275	88.8	0	0.0	1436
Liguria	289	10.8	2380	89.2	0	0.0	2669
Emilia Romagna	1846	24.0	5842	76.0	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	4189	23.7	13473	76.3	201	1.1	17863
Toscana	1325	22.6	4528	77.4	57	1.0	5910
Umbria	37	2.9	1256	97.1	10	0.8	1303
Marche	212	13.1	1402	86.9	4	0.2	1618
Lazio	2615	29.4	6287	70.6	130	1.4	9032
ITALIA MERIDIONALE	3131	18.2	14101	81.8	2603	13.1	19835
Abruzzo	345	19.7	1405	80.3	44	2.5	1794
Molise	35	8.8	363	91.2	0	0.0	398
Campania	821	10.9	6738	89.1	1	0.0	7560
Puglia	1653	33.6	3266	66.4	2542	34.1	7461
Basilicata	30	5.5	518	94.5	16	2.8	564
Calabria	247	12.0	1811	88.0	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	676	8.5	7323	91.5	59	0.7	8058
Sicilia	392	6.3	5803	93.7	2	0.0	6197
Sardegna	284	15.7	1520	84.3	57	3.1	1861
ITALIA	14418	17.8	66613	82.2	3895	4.6	84926

* calcolata sulla somma delle prime due colonne

** calcolata sul totale

Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione, 2016

REGIONE	≤8		9-10		11-12		13-15		16-20		≥21		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	17628	45.5	13286	34.3	5615	14.5	817	2.1	920	2.4	452	1.2	452	1.2	39170
Piemonte	3599	52.9	2056	30.2	792	11.6	141	2.1	153	2.2	64	0.9	0	0.0	6805
Valle d'Aosta	28	16.2	103	59.5	31	17.9	2	1.2	6	3.5	3	1.7	1	0.6	174
Lombardia	5295	38.6	5190	37.8	2411	17.6	326	2.4	341	2.5	160	1.2	388	2.7	14111
Bolzano	141	25.0	306	54.4	75	13.3	11	2.0	16	2.8	14	2.5	0	0.0	563
Trento	283	41.4	259	37.9	104	15.2	13	1.9	19	2.8	6	0.9	0	0.0	684
Veneto	1859	36.9	1925	38.2	887	17.6	129	2.6	167	3.3	73	1.4	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	674	46.9	490	34.1	196	13.6	24	1.7	30	2.1	22	1.5	0	0.0	1436
Liguria	1591	61.1	653	25.1	254	9.7	44	1.7	43	1.7	21	0.8	63	2.4	2669
Emilia Romagna	4158	54.1	2304	30.0	865	11.3	127	1.7	145	1.9	89	1.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	7985	46.1	6213	35.9	2312	13.4	269	1.6	320	1.8	205	1.2	559	3.1	17863
Toscana	2999	54.1	1651	29.8	640	11.5	114	2.1	87	1.6	54	1.0	365	6.2	5910
Umbria	469	42.1	481	43.2	140	12.6	9	0.8	8	0.7	6	0.5	190	14.6	1303
Marche	720	44.6	624	38.7	184	11.4	32	2.0	34	2.1	20	1.2	4	0.2	1618
Lazio	3797	42.0	3457	38.3	1348	14.9	114	1.3	191	2.1	125	1.4	0	0.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	9722	51.3	6389	33.7	1860	9.8	245	1.3	458	2.4	262	1.4	899	4.5	19835
Abruzzo	708	39.5	710	39.6	297	16.6	23	1.3	42	2.3	14	0.8	0	0.0	1794
Molise	251	63.1	103	25.9	40	10.1	3	0.8	1	0.3	0	0.0	0	0.0	398
Campania	3873	51.2	2661	35.2	574	7.6	75	1.0	212	2.8	165	2.2	0	0.0	7560
Puglia	3620	54.3	2027	30.4	711	10.7	115	1.7	130	1.9	65	1.0	793	10.6	7461
Basilicata	216	47.2	179	39.1	35	7.6	6	1.3	18	3.9	4	0.9	106	18.8	564
Calabria	1054	51.2	709	34.5	203	9.9	23	1.1	55	2.7	14	0.7	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	3282	43.1	2832	37.2	1014	13.3	159	2.1	228	3.0	97	1.3	446	5.5	8058
Sicilia	2569	41.5	2458	39.8	817	13.2	93	1.5	165	2.7	81	1.3	14	0.2	6197
Sardegna	713	49.9	374	26.2	197	13.8	66	4.6	63	4.4	16	1.1	432	23.2	1861
ITALIA	38617	46.8	28720	34.8	10801	13.1	1490	1.8	1926	2.3	1016	1.2	2356	2.8	84926

* calcolata sulla somma delle prime sei colonne
** calcolata sul totale

Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e per età della donna, 2016

(ANNI)	SETTIMANA GESTAZIONALE												TOTALE
	≤8		9-10		11-12		13-15		16-20		≥21		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<15	68	42.5	58	36.3	27	16.9	1	0.6	4	2.5	2	1.3	160
15-19	2650	43.1	2345	38.1	1014	16.5	61	1.0	58	0.9	24	0.4	6152
20-24	6460	45.4	5319	37.4	2129	15.0	100	0.7	127	0.9	93	0.7	14228
25-29	7852	46.8	6058	36.1	2188	13.0	207	1.2	258	1.5	205	1.2	16768
30-34	8265	46.9	6062	34.4	2272	12.9	312	1.8	425	2.4	287	1.6	17623
35-39	8193	47.7	5647	32.9	1993	11.6	451	2.6	616	3.6	269	1.6	17169
≥40	4975	49.6	3053	30.4	1093	10.9	353	3.5	428	4.3	132	1.3	10034
TOTALE	38463	46.8	28542	34.8	10716	13.0	1485	1.8	1916	2.3	1012	1.2	82134

Tabella 21 - Tempi di attesa tra certificazione ed intervento, 2016

REGIONE	≤14			15-21			GIORNI 22-28			> 28			NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	25374	65.2	8851	22.8	3388	8.7	1288	3.3	269	0.7	39170				
Piemonte	5090	74.8	1129	16.6	415	6.1	171	2.5	0	0.0	6805				
Valle d'Aosta	52	30.8	47	27.8	44	26.0	26	15.4	5	2.9	174				
Lombardia	8133	58.7	3677	26.6	1536	11.1	502	3.6	263	1.9	14111				
Bolzano	380	67.5	140	24.9	37	6.6	6	1.1	0	0.0	563				
Trento	330	48.2	244	35.7	82	12.0	28	4.1	0	0.0	684				
Veneto	2677	53.1	1297	25.7	700	13.9	366	7.3	0	0.0	5040				
Friuli Venezia Giulia	979	68.2	352	24.5	83	5.8	22	1.5	0	0.0	1436				
Liguria	1968	73.7	490	18.4	150	5.6	61	2.3	0	0.0	2669				
Emilia Romagna	5765	75.0	1475	19.2	341	4.4	106	1.4	1	0.0	7688				
ITALIA CENTRALE	12163	68.3	3716	20.9	1282	7.2	646	3.6	56	0.3	17863				
Toscana	4456	75.5	1004	17.0	302	5.1	139	2.4	9	0.2	5910				
Umbria	564	44.8	370	29.4	226	17.9	100	7.9	43	3.3	1303				
Marche	1211	75.0	296	18.3	83	5.1	24	1.5	4	0.2	1618				
Lazio	5932	65.7	2046	22.7	671	7.4	383	4.2	0	0.0	9032				
ITALIA MERIDIONALE	13084	66.1	3933	19.9	1847	9.3	924	4.7	47	0.2	19835				
Abruzzo	1245	70.5	307	17.4	125	7.1	88	5.0	29	1.6	1794				
Molise	372	93.9	18	4.5	4	1.0	2	0.5	2	0.5	398				
Campania	4521	59.8	1818	24.0	821	10.9	400	5.3	0	0.0	7560				
Puglia	5422	72.7	1191	16.0	618	8.3	222	3.0	8	0.1	7461				
Basilicata	410	73.7	100	18.0	34	6.1	12	2.2	8	1.4	564				
Calabria	1114	54.1	499	24.2	245	11.9	200	9.7	0	0.0	2058				
ITALIA INSULARE	5395	67.0	1490	18.5	777	9.6	393	4.9	3	0.0	8058				
Sicilia	3977	64.2	1156	18.7	708	11.4	353	5.7	3	0.0	6197				
Sardegna	1418	76.2	334	17.9	69	3.7	40	2.1	0	0.0	1861				
ITALIA	56016	66.3	17990	21.3	7294	8.6	3251	3.8	375	0.4	84926				

* calcolata sulla somma delle prime quattro colonne

** calcolata sul totale

Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni, 2016

REGIONE	DATO DAI GENITORI		DATO DAL GIUDICE		MANCANTE PER URGENZA		MANC. PER INT. OLTRE 90 GG		NON RILEVATO		TOTALE (1)
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	770	73.6	266	25.4	3	0.3	7	0.7	81	7.2	1127
Piemonte	137	72.5	44	23.3	3	1.6	5	2.6	0	0.0	189
Valle d'Aosta	5	71.4	2	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7
Lombardia	279	73.8	99	26.2	0	0.0	0	0.0	81	17.6	459
Bolzano	14	77.8	4	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18
Trento	18	90.0	2	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	20
Veneto	111	76.0	34	23.3	0	0.0	1	0.7	0	0.0	146
Friuli Venezia Giulia	26	66.7	13	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	39
Liguria	48	61.5	30	38.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	78
Emilia Romagna	132	77.2	38	22.2	0	0.0	1	0.6	0	0.0	171
ITALIA CENTRALE	287	69.2	111	26.7	17	4.1	0	0.0	38	8.4	453
Toscana	95	77.9	27	22.1	0	0.0	0	0.0	33	21.3	155
Umbria	21	80.8	5	19.2	0	0.0	0	0.0	5	16.1	31
Marche	39	83.0	7	14.9	1	2.1	0	0.0	0	0.0	47
Lazio	132	60.0	72	32.7	16	7.3	0	0.0	0	0.0	220
ITALIA MERIDIONALE	495	79.8	99	16.0	7	1.1	19	3.1	3	0.5	623
Abruzzo	42	89.4	5	10.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47
Molise	7	77.8	0	0.0	2	22.2	0	0.0	0	0.0	9
Campania	166	70.6	45	19.1	5	2.1	19	8.1	2	0.8	237
Puglia	211	82.4	45	17.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	256
Basilicata	10	71.4	4	28.6	0	0.0	0	0.0	1	6.7	15
Calabria	59	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	59
ITALIA INSULARE	245	84.2	43	14.8	2	0.7	1	0.3	5	1.7	296
Sicilia	196	84.5	35	15.1	1	0.4	0	0.0	0	0.0	232
Sardegna	49	83.1	8	13.6	1	1.7	1	1.7	5	7.8	64
ITALIA	1797	75.8	519	21.9	29	1.2	27	1.1	127	5.1	2499

* calcolata sulla somma delle prime quattro colonne

** calcolata sul totale

(1) il totale degli assensi per alcune regioni non corrisponde al numero di minorenni in quanto alcune non avevano necessità perché coniugate o perché mancanti di informazioni sull'età, stato civile e assenso

Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG, 2016

REGIONE	IST. CURA PUBBLICO		CLINICA CONV. AUTORIZZATA		AMBULATORIO PUBBLICO		ALTRO		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	38422	98.1	748	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	39170
Piemonte	6805	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6805
Valle d'Aosta	174	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	174
Lombardia	14111	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14111
Bolzano	563	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	563
Trento	528	77.2	156	22.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	684
Veneto	5040	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	1436	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1436
Liguria	2669	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2669
Emilia Romagna	7096	92.3	592	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	17483	97.9	380	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17863
Toscana	5910	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5910
Umbria	1303	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1303
Marche	1425	88.1	193	11.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1618
Lazio	8845	97.9	187	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9032
ITALIA MERIDIONALE	16772	84.6	3063	15.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19835
Abruzzo	1794	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1794
Molise	398	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	398
Campania	6424	85.0	1136	15.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7560
Puglia	5534	74.2	1927	25.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7461
Basilicata	564	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	564
Calabria	2058	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	7545	93.6	513	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8058
Sicilia	6124	98.8	73	1.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6197
Sardegna	1421	76.4	440	23.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1861
ITALIA	80222	94.5	4704	5.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	84926

* calcolata sulla somma delle prime quattro colonne

** calcolata sul totale

Tabella 23bis - Strutture / stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano IVG, 2016

REGIONE	TOTALE STRUTTURE		TOTALE STABILIMENTI		STABILIMENTI CHE EFFETTUANO IVG	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	230		280		187	66.8
Piemonte	33		46		30	65.2
Valle d'Aosta	1		1		1	100.0
Lombardia	93		97		62	63.9
Bolzano	8		8		2	25.0
Trento	8		8		4	50.0
Veneto	28		40		30	75.0
Friuli Venezia Giulia	10		13		9	69.2
Liguria	11		13		13	100.0
Emilia Romagna	38		54		36	66.7
ITALIA CENTRALE	82		100		74	74.0
Toscana	29		29		28	96.6
Umbria	11		13		12	92.3
Marche	9		17		14	82.4
Lazio	33		41		20	48.8
ITALIA MERIDIONALE	150		159		65	40.9
Abruzzo	15		15		10	66.7
Molise	3		3		1	33.3
Campania	78		87		21	24.1
Puglia	34		34		22	64.7
Basilicata	5		5		4	80.0
Calabria	15		15		7	46.7
ITALIA INSULARE	73		75		45	60.0
Sicilia	56		58		30	51.7
Sardegna	17		17		15	88.2
ITALIA	535		614		371	60.4

Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia, 2016

REGIONE	GENERALE		LOCALE		ANALGESIA		SEDAZIONE PROF.		ALTRO		NESSUNA		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	22920	59.2	1011	2.6	1141	2.9	6153	15.9	860	2.2	6599	17.1	486	1.2	39170
Piemonte	3626	53.4	17	0.3	122	1.8	450	6.6	69	1.0	2501	36.9	20	0.3	6805
Valle d'Aosta	144	82.8	0	0.0	0	0.0	10	5.7	4	2.3	16	9.2	0	0.0	174
Lombardia	10408	76.3	433	3.2	296	2.2	1479	10.8	272	2.0	757	5.5	466	3.3	14111
Bolzano	542	96.3	1	0.2	8	1.4	0	0.0	3	0.5	9	1.6	0	0.0	563
Trento	461	67.4	1	0.1	4	0.6	161	23.5	1	0.1	56	8.2	0	0.0	684
Veneto	1432	28.4	136	2.7	184	3.7	2532	50.2	250	5.0	506	10.0	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	1088	75.8	6	0.4	21	1.5	192	13.4	33	2.3	96	6.7	0	0.0	1436
Liguria	1212	45.4	14	0.5	47	1.8	242	9.1	61	2.3	1093	41.0	0	0.0	2669
Emilia Romagna	4007	52.1	403	5.2	459	6.0	1087	14.1	167	2.2	1565	20.4	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	9359	43.3	1649	9.4	65	0.4	3099	17.6	101	0.6	3289	18.7	301	1.7	17863
Toscana	2540	53.4	485	8.3	47	0.8	1152	19.7	70	1.2	1553	26.6	63	1.1	5910
Umbria	1144	89.0	0	0.0	4	0.3	69	5.4	4	0.3	65	5.1	17	1.3	1303
Marche	565	35.0	541	33.5	14	0.9	448	27.8	8	0.5	38	2.4	4	0.2	1618
Lazio	5110	58.0	623	7.1	0	0.0	1430	16.2	19	0.2	1633	18.5	217	2.4	9032
ITALIA MERIDIONALE	15627	78.9	621	3.1	125	0.6	1083	5.5	161	0.8	2178	11.0	40	0.2	19835
Abruzzo	1380	78.4	203	11.5	35	2.0	22	1.2	9	0.5	112	6.4	33	1.8	1794
Molise	376	94.5	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	21	5.3	0	0.0	398
Campania	6363	84.2	311	4.1	50	0.7	632	8.4	1	0.0	203	2.7	0	0.0	7560
Puglia	5461	73.2	74	1.0	32	0.4	166	2.2	149	2.0	1579	21.2	0	0.0	7461
Basilicata	433	77.7	7	1.3	3	0.5	68	12.2	1	0.2	45	8.1	7	1.2	564
Calabria	1614	78.4	26	1.3	4	0.2	195	9.5	1	0.0	218	10.6	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	6322	79.3	32	0.4	112	1.4	429	5.4	37	0.5	1037	13.0	89	1.1	8058
Sicilia	4869	78.7	27	0.4	49	0.8	313	5.1	25	0.4	907	14.7	7	0.1	6197
Sardegna	1453	81.7	5	0.3	63	3.5	116	6.5	12	0.7	130	7.3	82	4.4	1861
ITALIA	54228	64.5	3313	3.9	1443	1.7	10764	12.8	1159	1.4	13103	15.6	916	1.1	84926

* calcolata sulla somma delle prime sei colonne

** calcolata sul totale

Tabella 25 - IVG e tipo di intervento, 2016

REGIONE	RASCHIAMENTO		ISTEROSUZIONE		KARMAN		MIFEPRISTONE		MIFEPRISTONE + PROSTAGLANDINE		ALTRIO		NON RILEVATO		TOTALE		
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**			
ITALIA SETTENTRIONALE	4768	12.2	8991	23.1	16581	42.5	534	1.4	7170	18.4	404	1.0	525	1.3	197	0.5	39170
Piemonte	244	3.6	2197	32.3	1622	23.9	171	2.5	2435	35.8	56	0.8	69	1.0	11	0.2	6805
Valle d'Aosta	18	10.4	130	75.1	6	3.5	1	0.6	17	9.8	1	0.6	0	0.0	1	0.6	174
Lombardia	2326	16.7	2956	21.2	7309	52.5	128	0.9	830	6.0	125	0.9	252	1.8	185	1.3	14111
Bolzano	38	6.7	508	90.2	3	0.5	2	0.4	6	1.1	5	0.9	1	0.2	0	0.0	563
Trento	63	9.2	145	21.2	391	57.2	16	2.3	40	5.8	5	0.7	24	3.5	0	0.0	684
Veneto	923	18.3	1602	31.8	1801	35.7	96	1.9	450	8.9	59	1.2	109	2.2	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	344	24.0	304	21.2	590	41.1	23	1.6	108	7.5	25	1.7	42	2.9	0	0.0	1436
Liguria	195	7.3	318	11.9	921	34.5	36	1.3	1112	41.7	72	2.7	15	0.6	0	0.0	2669
Emilia Romagna	617	8.0	831	10.8	3938	51.2	61	0.8	2172	28.3	56	0.7	13	0.2	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	1598	9.0	2502	14.1	9791	55.0	114	0.6	3174	17.8	86	0.5	533	3.0	65	0.4	17863
Toscana	570	9.6	530	9.0	3163	53.5	77	1.3	1401	23.7	14	0.2	152	2.6	3	0.1	5910
Umbria	7	0.5	697	54.1	502	39.0	0	0.0	69	5.4	10	0.8	3	0.2	15	1.2	1303
Marche	46	2.9	105	6.5	1391	86.2	10	0.6	14	0.9	30	1.9	18	1.1	4	0.2	1618
Lazio	975	10.8	1170	13.0	4735	52.7	27	0.3	1690	18.8	32	0.4	360	4.0	43	0.5	9032
ITALIA MERIDIONALE	1625	8.2	1173	5.9	14270	72.1	270	1.4	2127	10.8	278	1.4	43	0.2	49	0.2	19835
Abruzzo	590	33.3	12	0.7	1011	57.1	14	0.8	104	5.9	37	2.1	2	0.1	24	1.3	1794
Molise	0	0.0	381	95.7	0	0.0	0	0.0	17	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	398
Campania	332	4.4	126	1.7	6630	87.7	8	0.1	392	5.2	43	0.6	27	0.4	2	0.0	7560
Puglia	422	5.7	395	5.3	4866	65.4	147	2.0	1479	19.9	120	1.6	13	0.2	19	0.3	7461
Basilicata	3	0.5	1	0.2	492	87.9	4	0.7	44	7.9	15	2.7	1	0.2	4	0.7	564
Calabria	278	13.5	258	12.5	1271	61.8	97	4.7	91	4.4	63	3.1	0	0.0	0	0.0	2058
ITALIA INSULARE	1683	20.9	1546	19.2	3546	44.1	207	2.6	784	9.7	207	2.6	72	0.9	13	0.2	8058
Sicilia	842	13.6	1435	23.2	2891	46.7	164	2.6	668	10.8	166	2.7	28	0.5	3	0.0	6197
Sardegna	841	45.4	111	6.0	655	35.4	43	2.3	116	6.3	41	2.2	44	2.4	10	0.5	1861
ITALIA	9674	11.4	14212	16.8	44188	52.2	1125	1.3	13255	15.7	975	1.2	1173	1.4	324	0.4	84926

* calcolata sulla somma delle prime sette colonne

** calcolata sul totale

Tabella 26 - IVG e durata della degenza, 2016

REGIONE	<1	1	2	3	4	5	≥ 6	NON RIL.	TOTALE
	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	34535	2022	1660	568	167	70	128	20	39170
Piemonte	5278	503	818	135	41	7	15	8	6805
Valle d'Aosta	144	8	10	11	0	1	0	0	174
Lombardia	12893	646	357	120	38	24	31	2	14111
Bolzano	511	5	32	11	0	0	4	0	563
Trento	586	65	25	5	1	1	1	0	684
Veneto	4154	422	245	131	35	12	41	0	5040
Friuli Venezia Giulia	1164	204	38	16	6	2	6	0	1436
Liguria	2552	24	37	36	7	3	0	10	2669
Emilia Romagna	7253	145	98	103	39	20	30	0	7688
ITALIA CENTRALE	17104	245	207	160	33	19	34	61	17863
Toscana	5688	57	42	39	6	6	11	61	5910
Umbria	1269	9	23	1	1	0	0	0	1303
Marche	1512	30	42	22	4	2	6	0	1618
Lazio	8635	149	100	98	22	11	17	0	9032
ITALIA MERIDIONALE	16875	1573	678	456	91	43	82	37	19835
Abruzzo	1590	25	129	15	7	0	6	22	1794
Molise	380	4	14	0	0	0	0	0	398
Campania	6876	460	92	89	18	3	8	14	7560
Puglia	5761	997	291	278	51	28	55	0	7461
Basilicata	495	56	7	2	1	3	0	0	564
Calabria	1773	31	145	72	14	9	13	1	2058
ITALIA INSULARE	6826	430	248	339	79	36	44	56	8058
Sicilia	5213	378	186	277	67	33	33	10	6197
Sardegna	1613	52	62	62	12	3	11	46	1861
ITALIA	75340	4270	2793	1523	370	168	288	174	84926

* calcolata sulla somma delle prime sette colonne ** calcolata sul totale

Tabella 27 - IVG e complicanze, 2016

REGIONE	EMORRAGIA		INFEZIONE		ALTRO		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	142	3.7	16	0.4	167	4.4	844	2.2	39170
Piemonte	7	1.0	0	0.0	18	2.7	37	0.5	6805
Valle d'Aosta	1	5.8	0	0.0	0	0.0	1	0.6	174
Lombardia	57	4.3	4	0.3	17	1.3	805	5.7	14111
Bolzano	1	1.8	0	0.0	0	0.0	1	0.2	563
Trento	2	2.9	0	0.0	3	4.4	0	0.0	684
Veneto	24	4.8	3	0.6	45	8.9	0	0.0	5040
Friuli Venezia Giulia	1	0.7	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1436
Liguria	8	3.0	4	1.5	19	7.1	0	0.0	2669
Emilia Romagna	41	5.3	5	0.7	64	8.3	0	0.0	7688
ITALIA CENTRALE	33	2.0	6	0.4	42	2.5	955	5.3	17863
Toscana	16	2.7	5	0.8	25	4.2	0	0.0	5910
Umbria	3	2.3	0	0.0	1	0.8	14	1.1	1303
Marche	3	1.9	0	0.0	6	3.7	4	0.2	1618
Lazio	11	1.4	1	0.1	10	1.2	937	10.4	9032
ITALIA MERIDIONALE	28	1.4	3	0.2	33	1.7	160	0.8	19835
Abruzzo	5	2.9	0	0.0	1	0.6	44	2.5	1794
Molise	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	398
Campania	4	0.5	0	0.0	2	0.3	35	0.5	7560
Puglia	16	2.2	3	0.4	26	3.5	80	1.1	7461
Basilicata	3	5.3	0	0.0	3	5.3	0	0.0	564
Calabria	0	0.0	0	0.0	1	0.5	1	0.0	2058
ITALIA INSULARE	16	2.1	3	0.4	4	0.5	385	4.8	8058
Sicilia	10	1.6	2	0.3	3	0.5	34	0.5	6197
Sardegna	6	4.0	1	0.7	1	0.7	351	18.9	1861
ITALIA	219	2.7	28	0.3	246	3.0	2344	2.8	84926

* per 1000 calcolata sul totale meno i non rilevati

** percentuale calcolata sul totale

Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2015

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1525	63.9	1546	37.6	3716	33.0
Piemonte	254	63.7	219	37.7	386	24.8
Valle d'Aosta	2	13.3	4	25.0	4	6.6
Lombardia	517	67.6	555	38.6	1541	46.4
Bolzano	54	83.1	78	65.0	321	80.5
Trento	25	55.6	24	25.8	294	13.0
Veneto	295	77.0	304	39.3	601	47.7
Friuli Venezia Giulia	63	55.8	35	28.9	134	30.0
Liguria*	80	59.7	130	35.5	98	17.4
Emilia Romagna	235	50.4	197	32.8	337	23.9
ITALIA CENTRALE	695	68.9	686	51.2	2160	40.1
Toscana*	213	59.7	143	31.0	299	23.3
Umbria	92	73.0	102	61.8	434	40.3
Marche	101	66.0	120	48.0	750	46.2
Lazio	289	77.5	321	69.3	677	48.4
ITALIA MERIDIONALE	865	83.3	760	66.1	2332	73.6
Abruzzo	103	83.1	116	59.8	307	72.9
Molise	22	81.5	27	71.1	82	83.7
Campania**	288	81.8	156	65.5	481	72.8
Puglia	327	86.1	314	65.7	1186	83.6
Basilicata*	37	88.1	44	71.0	64	24.3
Calabria	88	77.2	103	73.6	212	68.8
ITALIA INSULARE	452	77.5	456	68.3	890	52.4
Sicilia	337	86.0	389	78.9	618	84.5
Sardegna*	115	60.2	67	38.3	272	28.1
ITALIA	3537	70.5	3448	47.5	9098	42.3

* i dati fanno riferimento all'anno 2014

** i dati fanno riferimento all'anno 2013

Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2016

REGIONE	GINECOLOGI		ANESTESISTI		PERS. NON MEDICO	
	N	%	N	%	N	%
ITALIA SETTENTRIONALE	1541	63.9	1524	40.1	3491	33.4
Piemonte	282	64.2	218	36.0	365	25.0
Valle d'Aosta	3	17.6	4	25.0	4	6.8
Lombardia	540	71.1	578	45.8	1511	46.5
Bolzano	65	84.4	88	68.8	271	69.0
Trento	27	58.7	23	25.3	266	14.9
Veneto	253	72.1	295	40.6	516	46.0
Friuli Venezia Giulia	59	50.9	40	26.7	143	27.8
Liguria	87	63.5	73	36.7	80	20.1
Emilia Romagna	225	48.2	205	32.8	335	22.9
ITALIA CENTRALE	688	70.1	674	47.0	1745	32.7
Toscana	209	60.1	131	25.8	271	21.3
Umbria	77	73.3	119	64.7	187	58.8
Marche	110	70.1	122	47.3	645	27.7
Lazio	292	78.7	302	62.4	642	45.1
ITALIA MERIDIONALE	838	83.5	765	66.1	3110	75.7
Abruzzo	98	85.2	117	60.3	284	65.7
Molise	31	96.9	37	92.5	86	94.5
Campania*	288	81.8	156	65.5	481	72.8
Puglia	327	86.1	314	65.7	2008	83.2
Basilicata	37	88.1	44	71.0	64	24.3
Calabria	57	69.5	97	66.9	187	75.1
ITALIA INSULARE	542	77.7	569	67.1	1039	71.7
Sicilia	446	84.6	496	76.9	782	84.2
Sardegna	96	56.1	73	36.0	257	49.4
ITALIA	3609	70.9	3532	48.8	9385	44.0

*i dati fanno riferimento all'anno 2013

Tabella 29 - IVG, 2016 - Valori assoluti, tassi e rapporti di abortività per regione di intervento e per regione di residenza (Fonte ISTAT)
L'analisi è condotta su dati provvisori ISTAT relativi alle sole donne residenti in Italia di cui sia stata rilevata la residenza.

REGIONE	valori assoluti			%*	tassi abortività		rapporti abortività	
	INT	RES	RES-INT		INT	RES	INT	RES
ITALIA SETTENTRIONALE	39151	36872	-2279	-5.82	6.71	6.32	184.12	173.40
Piemonte	6797	6471	-326	-4.80	7.53	7.17	215.75	205.40
Valle d'Aosta	174	191	17	9.77	6.52	7.16	192.05	210.82
Lombardia	14109	13145	-964	-6.83	6.58	6.13	177.37	165.25
Bolzano	563	545	-18	-3.20	4.83	4.67	106.55	103.14
Trento	684	620	-64	-9.36	5.92	5.37	148.31	134.43
Veneto	5038	5077	39	0.77	4.80	4.84	132.66	133.69
Friuli Venezia Giulia	1435	1310	-125	-8.71	5.85	5.34	168.31	153.65
Liguria	2664	2597	-67	-2.52	8.81	8.59	269.15	262.38
Emilia Romagna	7687	6916	-771	-10.03	8.22	7.39	223.54	201.12
ITALIA CENTRALE	17851	16879	-972	-5.45	6.86	6.49	199.77	188.90
Toscana	5908	5340	-568	-9.61	7.60	6.87	224.49	202.91
Umbria	1294	1169	-125	-9.66	6.93	6.26	237.30	214.38
Marche	1617	1537	-80	-4.95	4.99	4.75	145.58	138.38
Lazio	9032	8833	-199	-2.20	6.87	6.72	194.32	190.04
ITALIA MERIDIONALE	19817	20065	248	1.25	6.16	6.24	177.40	179.62
Abruzzo	1794	1807	13	0.72	6.28	6.33	180.77	182.08
Molise	398	454	56	14.07	6.02	6.87	225.62	257.37
Campania	7550	7585	35	0.46	5.49	5.51	152.74	153.44
Puglia	7454	7349	-105	-1.41	8.13	8.01	243.05	239.63
Basilicata	564	678	114	20.21	4.51	5.42	142.32	171.08
Calabria	2057	2192	135	6.56	4.62	4.92	128.89	137.35
ITALIA INSULARE	8054	8000	-54	-0.67	5.35	5.32	155.35	154.31
Sicilia	6197	6236	39	0.63	5.39	5.43	149.70	150.64
Sardegna	1857	1764	-93	-5.01	5.21	4.95	177.75	168.85
ITALIA	84873	81816						

* La percentuale indica di quanto si deve ridurre (o aumentare) il numero assoluto, il tasso di abortività e il rapporto di abortività per regione di intervento al fine di ottenere il numero assoluto, il tasso di abortività e il rapporto di abortività per regione di residenza

Tabella 30 - Valori assoluti

REGIONE	1982	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ITALIA SETTENTRIONALE	110450	105430	92577	81136	71652	67619	62108	56186	57672	58606	58311	60217	60280	58320	53958	51093	48468	46814	43916	39728	39170
Piemonte	22586	21077	18642	15957	14203	13629	12010	10964	11236	11161	11014	10921	11174	10444	9485	9267	8848	8452	7856	6917	6805
Valle d'Aosta	540	517	490	429	409	332	336	255	272	306	279	294	242	306	217	261	246	252	208	184	174
Lombardia	37493	36279	32802	29256	26278	24560	23142	20895	21282	21978	21889	23072	22468	21715	19646	18264	17133	16778	15991	14304	14111
Bolzano	824	760	684	604	522	515	479	417	526	497	448	525	588	582	571	586	523	608	526	517	563
Trento	1295	1329	1310	1266	1166	1162	1084	1092	1103	1104	1181	1129	1243	1284	1078	916	874	801	758	726	684
Veneto	11033	10316	8952	7729	6906	6455	6180	5847	6061	6387	6573	6773	7151	7009	6840	6394	6127	5909	5472	5044	5040
Friuli Venezia Giulia	5131	5183	4416	3837	3422	3142	2702	2275	2280	2317	2154	2232	2309	2180	2075	1854	1828	1744	1609	1488	1436
Liguria	8219	7790	6733	5939	5033	4694	4175	3843	3978	3860	3793	3893	3726	3526	3219	3337	3184	3109	3023	2700	2669
Emilia Romagna	23329	22179	18548	16119	13713	13130	12000	10598	10934	10996	10980	11278	11379	11274	10827	10214	9705	9161	8473	7848	7688
ITALIA CENTRALE	52961	52423	47008	41417	37428	34178	33126	29182	29934	29796	28370	28406	29500	27905	25487	23674	22912	21739	20259	18770	17863
Toscana	17602	17182	14800	13323	11820	10769	10235	9161	9137	8854	8186	8106	8758	8508	7819	7479	7121	6722	6526	6100	5910
Umbria	4042	3925	3930	3272	2981	2910	2705	2572	2547	2353	2407	2293	2279	2119	1920	1803	1747	1666	1479	1365	1303
Marche	5187	5169	4710	3783	3156	2872	2823	2499	2661	2655	2604	2672	2589	2562	2458	2313	2189	2050	1839	1688	1618
Lazio	26130	26147	23568	21039	19471	17627	17363	14950	15589	15934	15173	15335	15874	14716	13290	12079	11855	11301	10415	9617	9032
ITALIA MERIDIONALE	52583	57441	51439	51722	47062	44353	42061	41466	39475	37571	34056	31918	31143	29046	28839	26446	25749	24437	23564	20746	19835
Abruzzo	4900	4615	4630	4254	3677	3318	2994	2878	2983	2857	2634	2902	2760	2513	2518	2481	2399	2314	2209	1866	1794
Molise	1196	1259	1153	1230	1195	1249	1228	1144	1100	920	775	525	616	674	666	457	461	415	413	356	398
Campania	15317	15441	13688	16524	14602	13521	13128	13962	13709	13860	12563	12232	11967	11539	12183	10592	10441	9974	9369	8284	7560
Puglia	24847	29250	26902	23808	22632	20464	19304	18207	16392	15014	14067	12519	11953	10453	9682	9409	9010	8443	8514	7574	7461
Basilicata	1497	1648	1613	1296	1026	970	886	853	844	861	645	615	591	696	700	581	610	620	631	557	564
Calabria	4826	5228	3453	4610	3930	4831	4521	4422	4447	4059	3372	3125	3256	3171	3090	2926	2828	2671	2428	2109	2058
ITALIA INSULARE	18807	18682	19573	17194	15542	14344	13568	12715	13444	13240	11497	11637	11867	11291	10295	10202	10063	9770	8839	8395	8058
Sicilia	14003	14181	14728	13378	11736	10640	9982	9745	10544	10513	9035	9203	9497	9044	7979	7912	7832	7691	6916	6457	6197
Sardegna	4804	4501	4845	3816	3806	3704	3586	2970	2900	2727	2462	2434	2370	2247	2316	2290	2231	2079	1923	1938	1861
ITALIA	234801	233976	210597	191469	171684	160494	150863	139549	140525	139213	132234	132178	132790	126562	118579	111415	107192	102760	96578	87639	84926

Tabella 31 - Tassi di abortività

REGIONE	1982	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ITALIA SETTENTRIONALE	17.7	16.8	14.6	12.7	11.2	10.6	9.8	9.0	9.3	9.6	9.6	9.6	9.9	9.6	8.7	8.2	8.1	7.8	7.3	6.7	6.7
Piemonte	21.1	19.7	17.4	14.9	13.4	12.9	11.5	10.6	10.9	11.1	11.2	11.4	11.5	10.8	9.7	9.5	9.4	9.1	8.4	7.5	7.5
Valle d'Aosta	19.7	19.1	11.2	15.2	14.3	11.6	11.7	8.8	9.4	10.6	9.8	10.4	8.6	10.7	7.6	9.2	8.8	9.0	7.5	6.8	6.5
Lombardia	16.8	16.1	10.3	12.8	11.5	10.8	10.2	9.2	9.5	9.9	10.0	10.7	10.2	9.8	8.8	8.1	7.9	7.7	7.3	6.6	6.6
Bolzano	7.7	7.1	9.5	5.4	4.6	4.5	4.2	3.7	4.6	4.4	3.9	4.6	5.1	5.0	4.8	4.9	4.4	5.1	4.4	4.4	4.8
Trento	12.1	12.4	4.9	11.3	10.3	10.1	9.6	9.6	9.7	9.7	10.4	10.8	10.7	11.0	9.0	7.6	7.4	6.8	6.4	6.2	5.9
Veneto	10.4	9.6	9.5	6.9	6.1	5.7	5.5	5.2	5.4	5.8	6.0	6.2	6.5	6.3	6.0	5.7	5.6	5.4	5.0	4.7	4.8
Friuli Venezia Giulia	17.4	18.6	5.3	12.9	11.5	10.6	9.4	8.0	8.1	8.5	8.0	8.4	8.7	8.2	7.8	7.0	7.1	6.8	6.3	5.9	5.9
Liguria	19.9	19.0	8.3	14.5	12.5	11.8	10.9	10.2	10.8	10.9	10.9	11.8	11.2	10.5	9.6	10.0	10.0	9.9	9.5	8.7	8.8
Emilia Romagna	24.9	23.6	11.0	16.9	14.4	13.8	12.8	11.4	11.8	12.0	12.0	12.4	12.2	11.9	11.1	10.4	10.2	9.6	8.8	8.3	8.2
ITALIA CENTRALE	20.3	19.8	17.4	15.2	13.6	12.4	12.2	10.7	11.1	11.2	10.7	10.7	11.2	10.4	9.4	8.7	8.8	8.3	7.6	7.1	6.9
Toscana	21.1	20.5	11.8	15.5	13.7	12.5	12.1	10.9	11.0	10.9	10.1	10.3	10.9	10.5	9.5	9.1	8.9	8.5	8.2	7.7	7.6
Umbria	21.5	20.8	20.5	16.9	15.3	14.8	14.2	13.3	13.1	12.3	12.6	12.3	11.8	10.8	9.5	8.9	9.0	8.6	7.6	7.2	7.0
Marche	15.5	15.4	13.8	11.0	9.2	8.3	8.3	7.3	7.8	7.8	7.7	7.9	7.5	7.4	6.9	6.6	6.4	6.1	5.5	5.1	5.0
Lazio	21.0	20.4	18.0	15.8	14.4	13.0	12.9	11.1	11.6	12.1	11.5	12.1	12.3	11.1	9.9	9.0	9.2	8.8	7.7	7.2	6.9
ITALIA MERIDIONALE	16.1	17.3	14.9	14.6	13.0	12.1	11.6	11.4	10.8	10.4	9.6	9.6	8.8	8.3	8.3	7.7	7.7	7.4	7.1	6.4	6.2
Abruzzo	17.5	16.1	15.5	14.0	11.9	10.6	9.8	9.3	9.6	9.3	8.6	9.6	9.0	8.2	8.1	8.1	8.1	7.9	7.5	6.4	6.3
Molise	16.1	16.7	14.9	15.7	15.0	15.6	15.7	14.4	13.8	11.8	10.0	7.0	8.2	9.1	9.0	6.3	6.6	6.0	6.0	5.3	6.0
Campania	11.5	11.4	9.8	11.5	9.8	9.0	8.8	9.2	9.0	9.3	8.5	8.3	8.1	7.8	8.3	7.3	7.4	7.1	6.6	5.9	5.5
Puglia	26.4	30.2	26.6	22.9	21.4	19.1	18.2	17.0	15.3	14.3	13.5	12.4	11.8	10.4	9.7	9.6	9.4	8.9	9.0	8.1	8.1
Basilicata	10.3	11.3	10.9	8.7	6.8	6.4	5.9	5.6	5.6	5.7	4.3	4.2	4.1	4.9	5.0	4.2	4.6	4.7	4.9	4.4	4.5
Calabria	9.9	10.4	6.7	8.8	7.3	9.0	8.7	8.5	8.5	7.8	6.6	6.2	6.5	6.4	6.3	6.0	6.1	5.8	5.3	4.7	4.6
ITALIA INSULARE	12.1	11.7	11.8	10.0	8.9	8.1	8.0	7.3	7.7	7.8	6.8	6.8	7.2	6.9	6.3	6.4	6.4	6.3	5.7	5.5	5.4
Sicilia	12.0	11.9	11.8	10.4	9.0	8.1	7.9	7.5	8.1	8.3	7.2	7.5	7.7	7.4	6.5	6.5	6.6	6.6	5.9	5.5	5.4
Sardegna	12.2	11.3	11.6	8.9	8.6	8.3	8.2	6.7	6.6	6.3	5.8	5.8	5.7	5.5	5.7	5.8	5.9	5.6	5.2	5.3	5.2
ITALIA	17.2	16.9	14.9	13.3	11.8	11.0	10.5	9.7	9.8	9.9	9.5	9.6	9.6	9.1	8.5	8.0	7.9	7.6	7.1	6.6	6.5

Tabella 32 - Rapporti di abortività

REGIONE	1982	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ITALIA SETTENTRIONALE	493.1	484.2	448.1	418.0	357.2	327.1	302.8	277.9	267.3	269.1	260.1	257.8	248.5	229.1	207.5	209.1	206.4	200.0	202.3	194.6	182.7	184.2
Piemonte	602.9	582.4	553.5	505.4	443.8	411.5	363.8	344.9	337.8	324.0	311.2	296.8	298.9	270.7	246.5	258.1	249.5	240.2	241.4	232.9	216.2	216.0
Valle d'Aosta	609.5	537.4	510.1	478.9	344.8	368.0	357.6	285.1	285.1	306.9	281.5	268.5	233.9	259.1	176.6	209.2	225.6	223.4	254.0	204.5	199.8	192.1
Lombardia	449.0	443.8	429.7	405.1	351.8	325.1	303.4	278.7	261.2	281.1	272.9	274.4	254.9	226.3	199.7	197.2	196.0	189.4	193.8	189.1	174.2	177.4
Bolzano	152.1	146.8	139.0	126.4	103.9	92.2	81.1	81.1	97.0	90.8	87.0	103.4	114.0	115.9	117.8	123.1	119.3	107.3	103.6	99.8	100.7	106.5
Trento	306.7	303.6	319.4	305.0	278.9	270.5	242.4	241.0	237.6	222.6	234.6	243.8	241.5	247.7	204.8	169.5	175.9	172.3	158.9	157.1	151.9	148.3
Veneto	265.9	254.8	229.4	217.2	188.7	168.8	161.4	157.9	150.8	152.2	155.3	151.3	155.4	149.3	142.9	143.0	140.6	138.8	141.7	135.2	130.0	132.7
Friuli Venezia Giulia	524.7	577.0	485.6	455.6	376.4	344.8	324.5	263.3	243.5	263.6	239.2	240.5	246.5	229.3	215.3	208.0	203.4	202.9	201.9	182.1	176.6	168.4
Liguria	689.9	672.5	595.5	543.5	451.1	409.0	376.9	357.9	361.2	357.4	328.3	332.3	310.6	290.7	265.7	294.3	292.5	277.1	286.4	285.6	267.9	269.7
Emilia Romagna	795.6	784.7	687.7	629.1	507.7	456.0	435.3	373.6	364.0	342.1	318.1	315.8	297.1	281.5	256.3	258.8	255.5	247.6	243.2	233.2	222.4	223.6
ITALIA CENTRALE	510.0	515.2	479.6	442.7	398.0	356.1	353.0	322.2	329.0	318.1	293.9	286.1	281.4	251.3	235.4	230.4	225.1	223.6	223.2	214.0	211.4	199.9
Toscana	626.5	619.6	545.8	524.1	464.6	412.4	396.5	361.7	341.0	333.9	286.6	274.9	285.4	266.9	245.7	241.1	244.3	234.3	239.7	235.8	234.4	224.6
Umbria	522.5	516.7	545.2	495.6	434.9	438.4	425.4	393.8	384.1	368.9	353.0	310.9	285.2	281.2	253.7	252.1	269.7	271.3	262.9	245.6	252.8	239.0
Marche	533.5	392.7	371.9	321.3	265.4	234.1	240.7	213.2	222.4	221.7	214.0	206.7	194.7	184.9	171.6	175.6	170.7	170.8	167.6	155.2	148.7	145.7
Lazio	477.9	490.9	461.8	422.9	390.6	346.0	347.7	318.1	327.8	326.5	309.7	309.9	300.2	254.7	243.6	234.9	222.3	224.5	222.4	212.0	209.0	194.3
ITALIA MERIDIONALE	264.7	283.8	278.7	286.3	264.4	253.0	242.7	265.2	259.1	259.8	235.6	226.0	226.7	214.1	215.9	210.3	207.2	207.2	205.1	202.6	182.9	177.6
Abruzzo	360.5	334.0	362.0	360.1	303.0	274.4	245.2	267.1	283.4	296.2	255.7	285.2	252.2	225.9	221.8	214.4	221.0	215.9	218.2	214.5	186.5	180.8
Molise	326.0	330.4	328.9	354.3	357.8	387.8	380.3	394.2	384.3	348.0	309.3	207.9	248.9	275.2	286.6	231.5	194.6	204.0	190.4	194.2	181.0	225.6
Campania	177.1	174.7	168.2	204.2	181.5	167.3	169.5	194.2	191.4	208.7	188.5	187.8	189.4	184.5	200.6	189.1	185.4	188.9	188.4	181.8	162.7	152.9
Puglia	436.7	514.0	512.6	460.5	454.0	414.0	399.7	409.9	378.1	362.7	344.4	317.3	318.0	285.8	267.9	270.2	268.5	264.9	258.1	268.1	251.3	243.3
Basilicata	194.6	199.1	233.3	189.4	156.9	156.6	131.6	158.3	159.2	156.2	119.7	117.8	121.4	143.5	150.6	151.3	130.6	138.4	152.7	154.8	139.3	142.3
Calabria	160.7	167.6	125.6	178.1	153.1	205.2	178.2	210.6	228.5	213.8	178.8	167.2	178.0	174.8	168.2	170.2	166.5	164.5	160.4	147.2	128.4	129.0
ITALIA INSULARE	206.7	205.3	226.9	204.6	187.1	176.1	168.8	176.1	192.6	196.4	172.5	177.9	184.6	179.0	164.3	162.5	169.0	171.5	174.9	159.3	156.3	155.4
Sicilia	200.2	199.0	218.7	202.3	178.8	165.3	153.9	168.7	188.4	199.0	172.0	178.1	186.9	183.2	162.8	160.4	167.2	169.1	174.5	156.7	151.1	149.7
Sardegna	224.9	227.6	255.8	213.0	218.6	217.0	231.6	205.7	209.5	186.7	174.4	177.0	175.9	163.6	169.8	169.9	175.6	180.7	176.5	169.4	176.5	178.1
ITALIA	380.2	381.7	365.9	346.7	309.0	286.9	273.0	267.7	265.7	265.9	248.6	245.0	241.8	224.3	210.0	208.3	206.0	203.1	204.0	196.2	185.1	182.4

APPENDICE



STIMA ABORTI CLANDESTINI

Su richiesta del Ministero della Salute e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istat ha provveduto ad effettuare una stima delle interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) clandestine tramite l'analisi di diverse metodologie e loro applicazione (laddove possibile e pertinente alla realtà italiana).

Queste sono state le tecniche analizzate:

1. Metodo delle nascite evitate
2. Analisi dell'abortività spontanea
3. Utilizzo delle Schede di dimissione ospedaliera

1. METODO DELLE NASCITE EVITATE

Obiettivo:

Determinare l'ammontare delle nascite attese applicando alla popolazione femminile italiana dei tassi di fecondità naturale. Da questo ammontare teorico vanno sottratte le nascite "evitate" dovute essenzialmente ai seguenti fattori (di seguito descritti nel dettaglio):

- sterilità
- infertilità
- allattamento
- attività sessuale
- utilizzo di contraccettivi
- aborti spontanei
- interruzioni volontarie di gravidanza

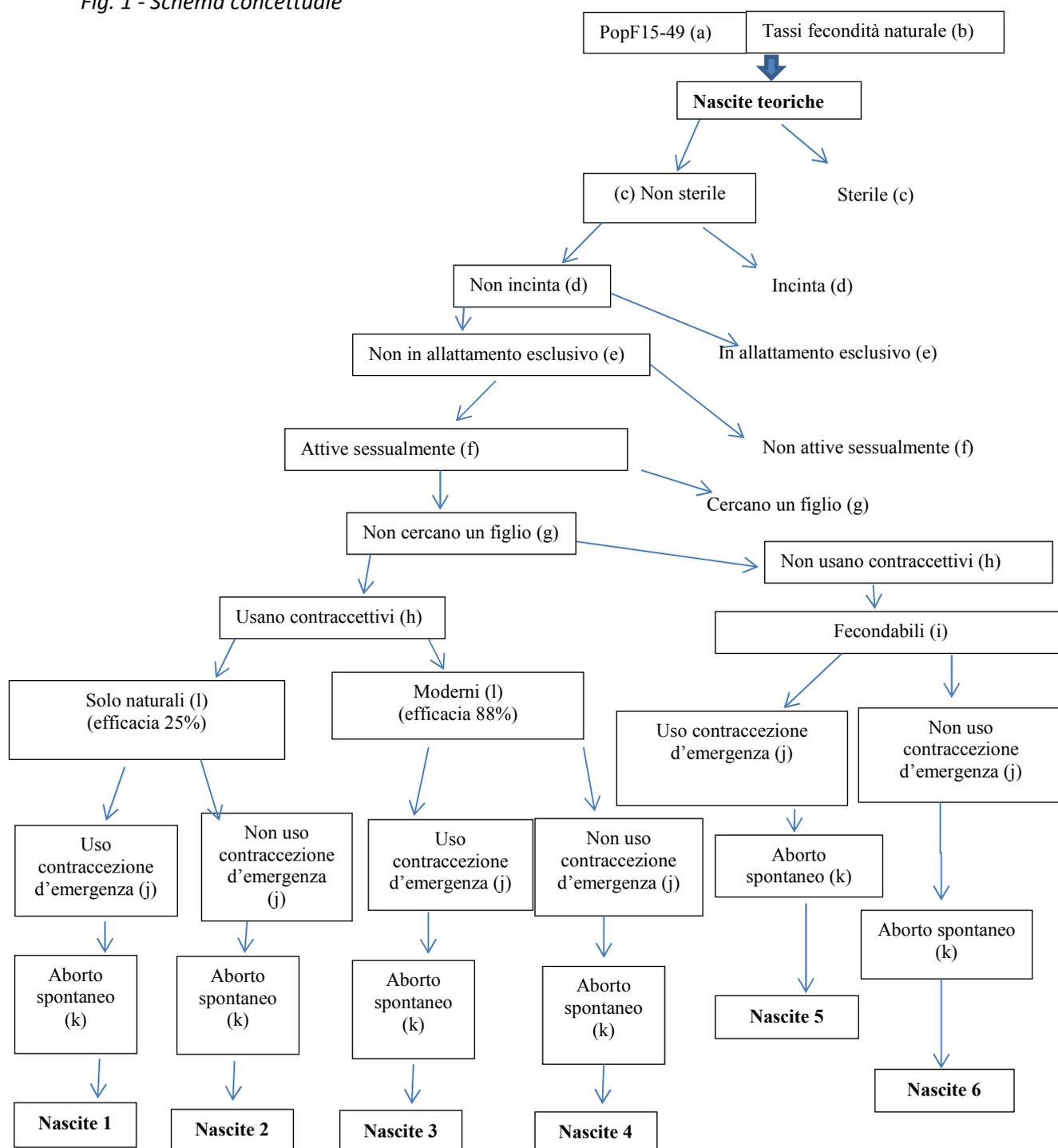
L'eventuale differenza positiva tra il numero di nascite attese e il numero di nascite registrate fornisce un'indicazione sulle nascite "mancate" dovute ad un ricorso clandestino dell'IVG.

Metodi

È stato ripreso lo schema concettuale utilizzato dall'ISS [1] al quale sono stati applicati i necessari aggiornamenti dovuti essenzialmente a due fattori: 1) cambiamenti comportamentali delle donne in ambito di salute riproduttiva; 2) disponibilità di dati più completi e più recenti.

La Figura 1 e le relative note esplicative mostrano i passaggi concettuali (e anche operativi) effettuati per il calcolo delle nascite attese. Sono stati utilizzati dati di tre anni: 2014, 2015 e 2106. Laddove possibile sono state distinte le classi di età: 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49.

Fig. 1 - Schema concettuale



$$\text{Nascite attese} = \sum_{i=1,6} \text{Nascite}_i$$

$$\text{IVG clandestine} = \text{Nascite attese} - \text{Nascite registrate} - \text{IVG registrate}$$

Note:

- (a) Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio. E' stata calcolata la popolazione femminile media di 15-49 anni [2].
- (b) Si riferiscono a popolazioni che non operano un controllo deliberato della fecondità [3].
- (c) Una quota di donne risulta fisiologicamente sterile [4,5,6,7] e va eliminata dal contingente. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (d) Le donne incinte nell'anno t vanno eliminate dal contingente. Queste hanno presumibilmente partorito tra settembre dello stesso anno t e agosto dell'anno t+1. Sono stati quindi presi i dati mensili sulle nascite dall'indagine Bilancio mensile [2]. Mancando l'informazione sull'età, i totali sono stati distribuiti secondo i pesi percentuali delle classi di età dell'indagine Iscritti in anagrafe per nascita [2].
- (e) Una quota di donne che allattano nell'anno t va eliminata dal contingente, poiché l'allattamento esclusivo al seno induce sterilità [8]. Sono stati utilizzati i dati sull'allattamento al seno dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013 [9]. Le donne che potrebbero essere in allattamento nell'anno t sono quelle che hanno partorito durante l'anno t, più quelle che hanno partorito tra settembre e dicembre dell'anno t-1 (considerando 4 mesi di durata media). Poiché le nascite dei mesi settembre-dicembre dell'anno t sono state già eliminate con le donne incinte (punto d), si considerano le nascite del periodo tra settembre t-1 e agosto dell'anno t.
- (f) Le donne che dichiarano di non aver avuto rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi vanno eliminate dal contingente [10,11,12]. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (g) Le donne che cercano un figlio vanno eliminate dal contingente. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine sulla Salute 2012-2013.
- (h) Il contingente si divide in base all'utilizzo o meno di contraccettivi [12,13,14,15]. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013.
- (i) Non tutte le donne che hanno rapporti sessuali non protetti per 12 mesi riescono ad avere una gravidanza: viene quindi applicato un indice di fecondabilità [6,16,17]. Una coppia che dopo un anno di rapporti regolari e non protetti non riesce a concepire è in genere considerata infertile [7].
- (j) I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine Istat sulla Salute 2012-2013 che non si riferiscono agli ultimi 12 mesi, bensì nell'arco di tutta la vita (*ever use*). Sono stati quindi aggiustati analizzando vari studi internazionali [18,19,20]. Sono stati utilizzati i dati forniti dall'AIFA e dal Ministero della Salute sulle vendite della pillola del giorno dopo Norlevo e della pillola dei cinque giorni dopo EllaOne per gli anni 2014-2016. [21,22].
- (k) Non tutte le gravidanze iniziate giungono a termine. Circa il 15-20% delle gravidanze clinicamente evidenti esita in aborto spontaneo e la percentuale è maggiore (anche fino al 40%) se si considerano tutte le gravidanze, anche quelle non diagnosticate [23,24,25,26].
- (l) I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati dell'Indagine sulla Salute 2012-2013 [10,11,26].

Riferimenti bibliografici:

- [1] ISS (1983), *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - 1983*, ISTISAN 85/5.
- [2] <http://demo.istat.it/>
- [3] The American College of Obstetrician&Gynecologists (2014), Female Age-Related Fertility Decline, Committee Opinion, 589/2014, March. Fig.1 Pag.2.
<https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co589.pdf?dmc=1&ts=20171016T1317384400>
- [4] Leridon H. (2008) "A new estimate of permanent sterility by age: Sterility defined as the inability to conceive", *Population Studies*, 62(1), 15-24.
<http://www.tandfonline.com/toc/rpst20/62/1?nav=toCList#aHR0cDovL3d3dy50YW5kZm9ubGluZS5jb20vZG9pL3BkZi8xMC4xMDgwLzAwMzI0NzIwNzAxODA0MjA3QEBAHQ==>

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

Fonti utilizzate:

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

Risultati

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

2 – ANALISI DELL'ABORTIVITA' SPONTANEA

Obiettivo

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

Metodi

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

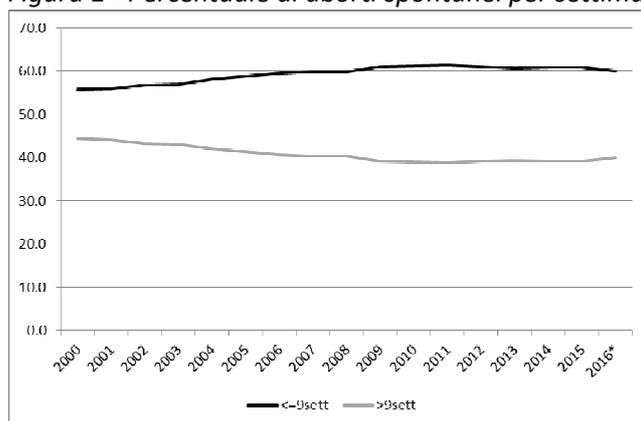
Per questi due gruppi vengono calcolate le relative percentuali sul totale dei casi per verificare se per gli AS precoci ci sia stato un incremento che possa far supporre la presenza di IVG-fai-da-te e/o clandestine.

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

Risultati

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

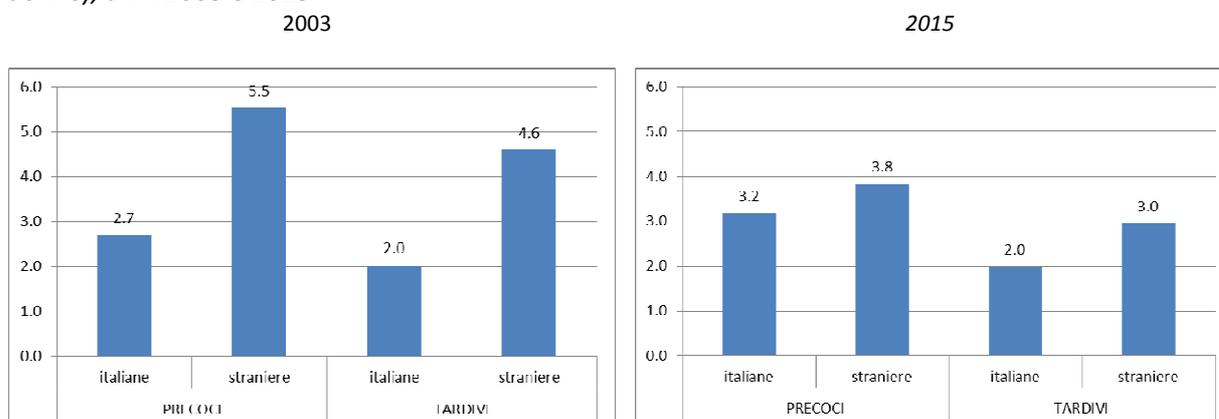
Figura 1 - Percentuale di aborti spontanei per settimane di gestazione, anni 2000-2016



Nota: * dato provvisorio.

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

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



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

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

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

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

3- UTILIZZO DELLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Obiettivo

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

Metodi

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

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

La complicazione emorragia nelle SDO viene codificata come segue:

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

Risultati

La situazione nelle varie fonti è la seguente:

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

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

Probabilmente nei dati Istat l'informazione sulla complicazione è sottostimata; in ogni caso anche nelle SDO ci sono valori che non fanno pensare ad una quota di AS conseguenza di una IVG-fai-da-te.

Sarebbe utile sapere le modalità di codifica dei casi che arrivano in ospedale per i quali il medico sospetti appunto una IVG-fai-da-te. Questo è stato chiesto ad alcuni operatori sanitari ma non è stato possibile individuare dei codici da poter utilizzare.

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

Proposta

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

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

Bibliografia

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

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



1. Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

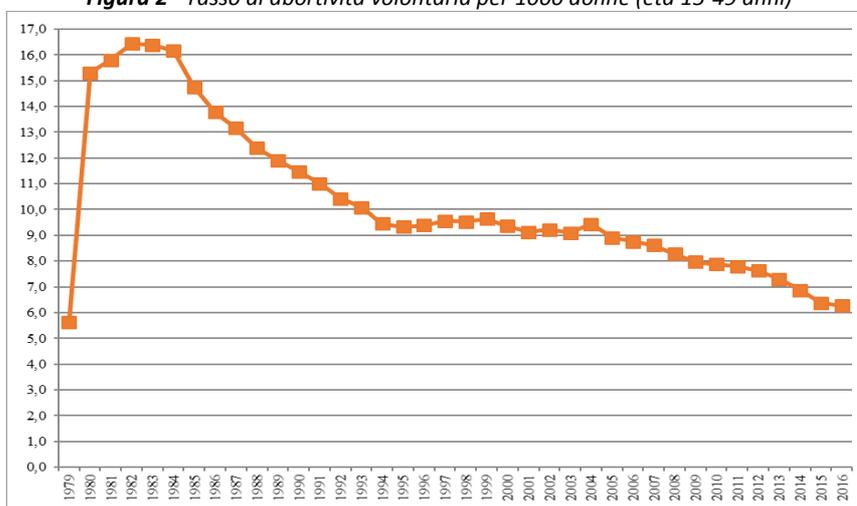
In questa analisi, laddove possibile, vengono separate le donne italiane dalle cittadine straniere; non si può prescindere da tale distinzione vista la crescente presenza della componente straniera degli ultimi anni che, come osservato in tutte le precedenti Relazioni, presenta comportamenti diversi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

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

2. Il declino dell'aborto volontario

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

Figura 2 – Tasso di abortività volontaria per 1000 donne (età 15-49 anni)



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

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

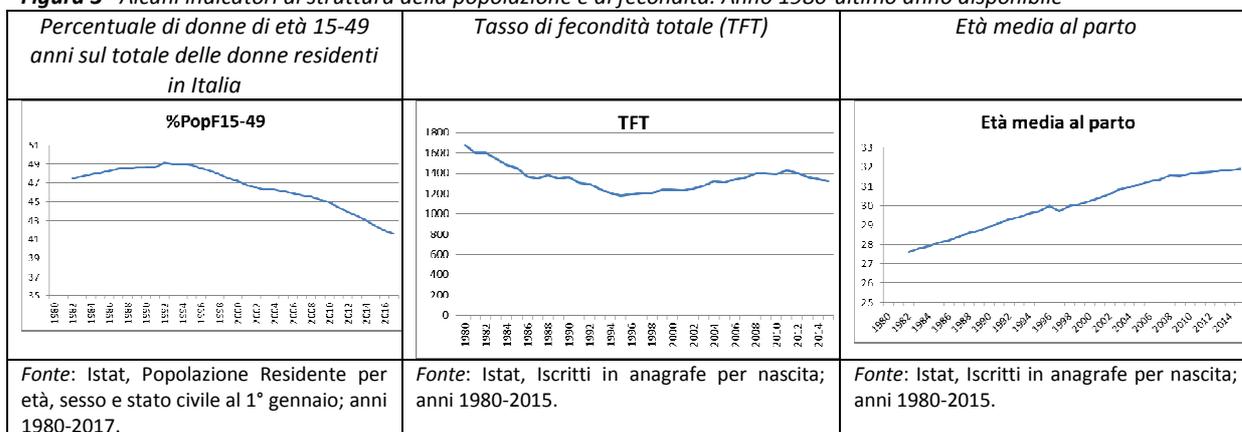
⁴ È pur vero che nelle statistiche ufficiali dell'Istat sull'IVG vengono quasi sempre considerate tutte e solo le donne residenti in Italia; tra queste ci sono quindi sia cittadine italiane che cittadine straniere. Queste ultime, rispetto alle straniere non residenti, risultano essere maggiormente insediate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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3. L'ottica longitudinale

3.1 La costruzione delle generazioni

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

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

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

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

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

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

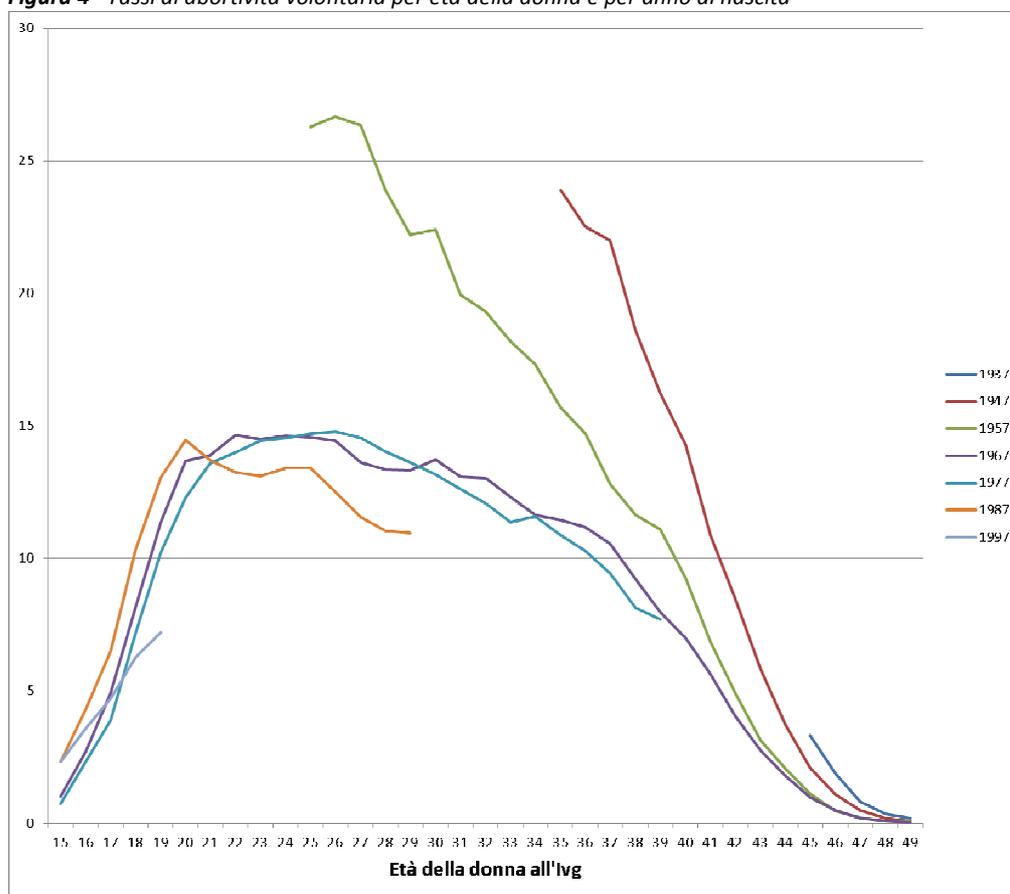
ultimi anni la presenza della *spending review* attuata in tutte le Regioni ha fatto sì che sempre più casi fossero trattati in ambulatorio piuttosto che in regime ospedaliero: questa potrebbe essere una parziale spiegazione del calo del numero di aborti spontanei registrato dal 2011 dopo un incremento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

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

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

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

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

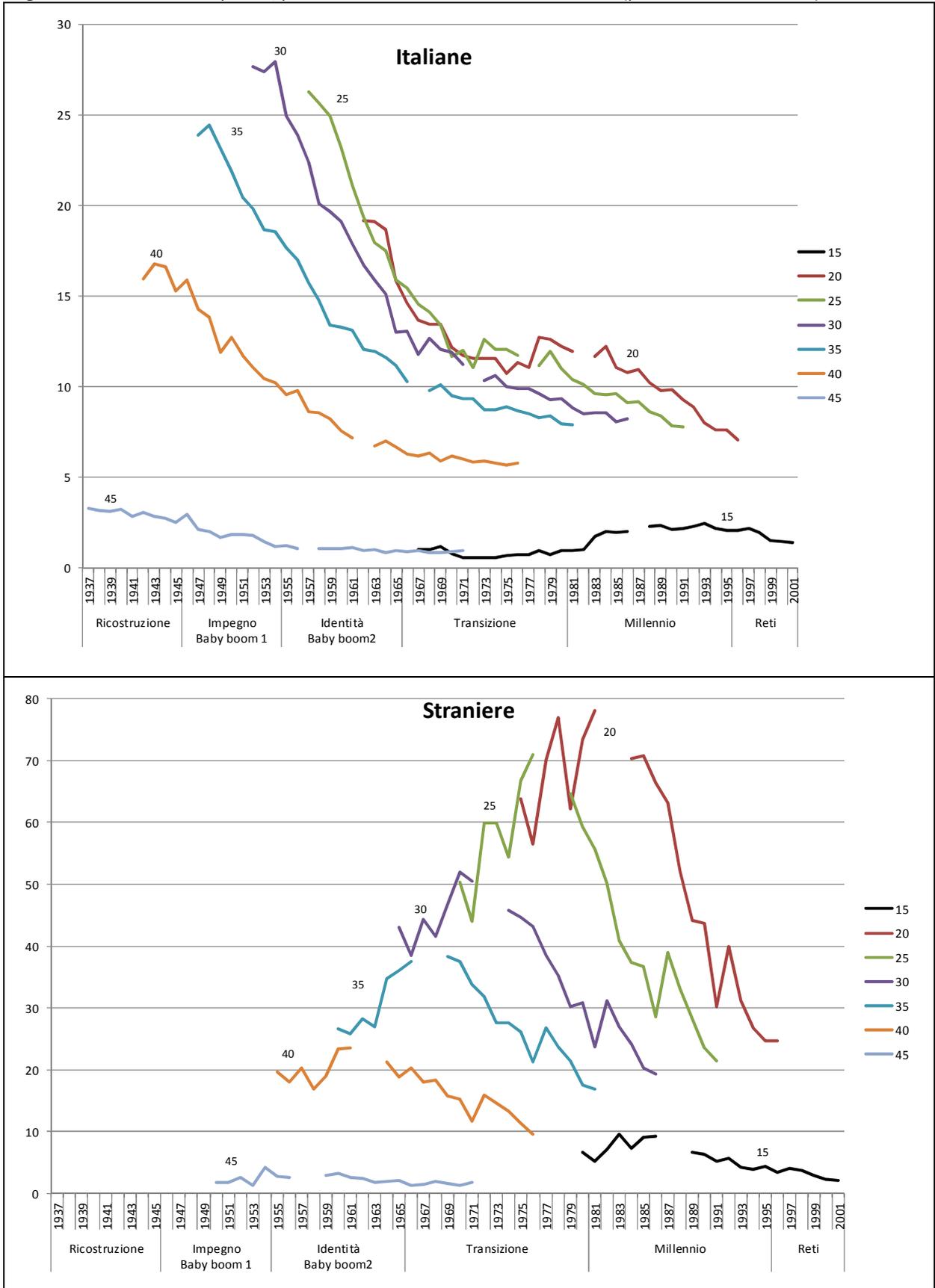


Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

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

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

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



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 I cambiamenti strutturali e familiari

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

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

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

Fonte: Istat (2016), p. 57.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Istat (2016), p. 59.

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

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

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

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

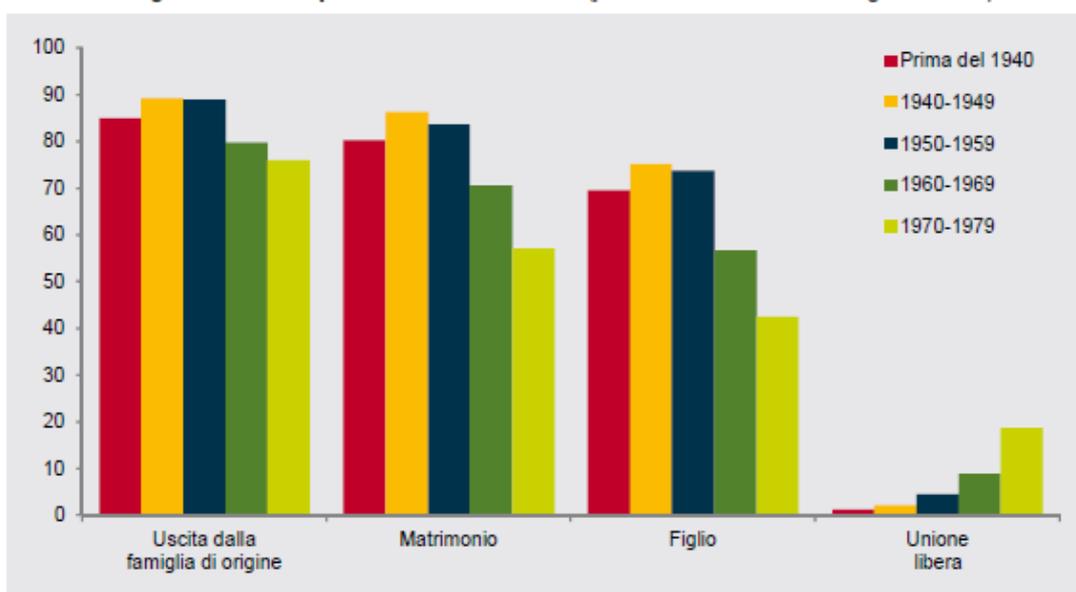
Nel 1976 sono presenti ancora i postumi del boom economico, quindi, rispetto a venti anni prima, si assiste a un aumento della nuzialità e un anticipo sia del matrimonio che della nascita di un figlio. I grandi cambiamenti familiari sono però ancora in fase di gestazione: aumentano (dal 2.4% al 9.4%)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

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

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

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

Figura 6 – Donne che hanno sperimentato almeno un evento familiare prima dei 30 anni per generazione e tipo di evento - Anno 2009 (per 100 donne della stessa generazione)



Fonte: Istat, Indagine Famiglia e soggetti sociali

Fonte: Istat (2016), p. 77.

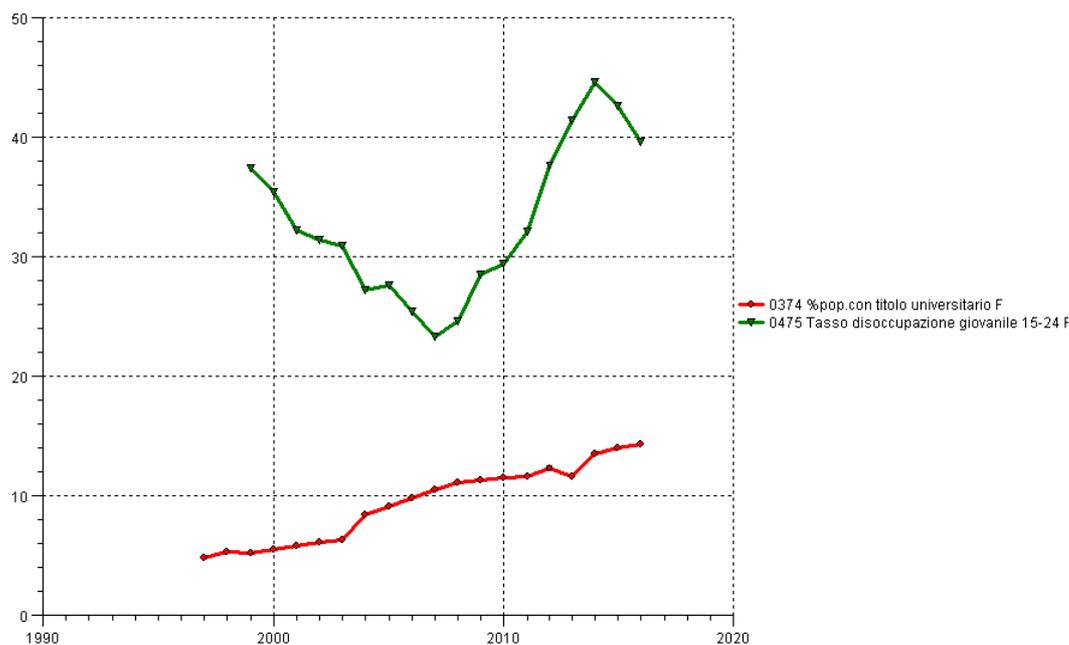
A partire dalle generazioni degli anni Sessanta diminuisce la percentuale di donne che entro i 30 anni escono dalla famiglia di origine, così come quella delle donne della stessa età che contraggono matrimonio o che fanno un figlio. L'unione libera risulta in crescita pur essendo una scelta per meno del 20% delle donne delle ultime generazioni di trentenni: il 57.1% di loro ha infatti contratto matrimonio.

Nel corso di tre generazioni scende in modo vertiginoso la percentuale di donne che ha fatto un figlio: si passa dal 74% delle trentenni nate negli anni Quaranta a meno della metà (42.5%) di quelle nate negli anni Settanta.

L'uscita dalla famiglia di origine è stata effettuata dal 76% delle trentenni nate nelle generazioni più giovani, questo vuol dire che un quarto di loro vive ancora insieme ai genitori.

Non sono disponibili i dati delle generazioni ancora più giovani (nate dopo gli anni Settanta) poiché in gran parte ancora non hanno terminato il ciclo di vita riproduttiva, però se le tendenze vengono confermate ci saranno ancora più donne che sempre più a lungo permarranno nella casa dei genitori posticipando, volenti o nolenti, l'ingresso nella vita adulta. Sono individui entrati nel mondo del lavoro con un livello di studio più elevato dei propri genitori (più lauree e più titoli post-laurea) ma sono anche i primi a subire le conseguenze della recessione economica, con minori opportunità di lavoro sia in termini quantitativi che qualitativi. Il tasso di disoccupazione giovanile, dopo una flessione nei primi anni Duemila (con livelli comunque superiori al 20%) infatti mostra un incremento continuo dal 2007 al 2014 raggiungendo il valore del 44.7%. Segue una flessione negli ultimi due anni che potrebbe indicare una ripresa positiva se il trend nel prossimo futuro sarà confermato (Fig. 7).

Figura 7 – Percentuale di donne con titolo universitario e tasso di disoccupazione giovanile



Fonte: Istat, Health for All Italia.

La decisione di “mettere su famiglia” viene quindi posticipata sempre di più e la scelta di proseguire (o meno) un’eventuale gravidanza non programmata dipende anche dalle condizioni socio-economiche della donna fin qui illustrate.

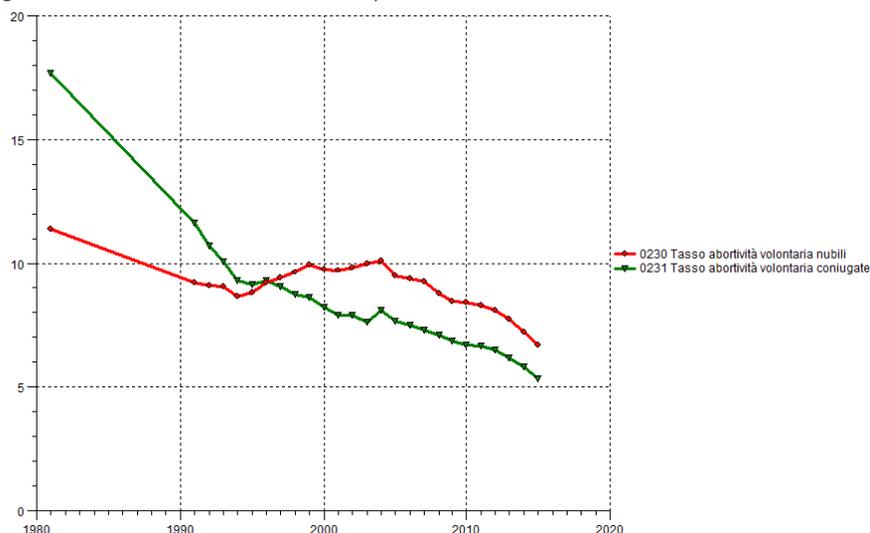
Nonostante tutti questi cambiamenti strutturali e le più recenti difficoltà nella formazione di una famiglia, il ricorso all’aborto volontario da parte delle donne non ha mai avuto un generale incremento significativo (vedi Fig. 5). I tassi hanno sempre un trend tendenzialmente decrescente anche se nelle ultime generazioni (a partire da quelle nate a metà degli anni Settanta) i livelli più elevati si riscontrano tra le donne di 20-24 anni che hanno superato quelli delle donne di 25-29 anni.

L’essere in coppia o meno può avere una grande influenza nella decisione di portare avanti una gravidanza, per questo l’indagine Istat sulle IVG rileva lo stato civile della donna. Negli ultimi anni però la diffusione delle convivenze ha ridotto il significato statistico ma anche sostanziale dello stato civile: basti pensare che al censimento del 2011 il 9% delle coppie (pari a 1.242.434 coppie) è risultato non coniugato.

Nonostante questo aspetto alcune analisi statistiche più dettagliate hanno mostrato che fino a metà degli anni Novanta lo stato civile ha un “peso” determinante nella scelta se effettuare o meno una IVG e le donne coniugate presentano un rischio maggiore rispetto alle non coniugate, in qualsiasi classe di età¹¹. Successivamente invece questa variabile non sempre risulta significativa e sono invece le nubili (intese quindi come non coniugate) a presentare un rischio maggiore. Questo cambiamento, che ha avuto inizio proprio a metà degli anni Novanta è stato illustrato anche in altri studi [Bocuzzo, Loghi, 1999] e appare evidente anche dal trend dei tassi per stato civile (Fig. 8).

¹¹ Sono stati applicati vari modelli logistici ai dati degli anni 1995 e 2014 aventi come variabile dicotomica di risposta Ivg/Nato vivo. La scelta degli anni è stata obbligata dalla disponibilità delle informazioni: il 1995 è il primo anno per il quale si dispone della cittadinanza della donna, il 2014 è l’ultimo anno disponibile dei dati sui nati vivi dei Certificati di Assistenza al Parto (Cedap) del Ministero della Salute.

Figura 8 – Tassi di abortività volontaria per stato civile della donna



Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Nell’ultimo periodo la caratteristica che appare più discriminante nella scelta se proseguire o meno la gravidanza risulta essere lo status occupazionale: in particolare il rischio minore di effettuare una IVG si presenta tra le donne occupate rispetto a quelle non occupate. La differente classificazione di questa variabile nei vari anni e tra le varie fonti non consente di effettuare un confronto temporale distinguendo ulteriormente le non occupate in casalinghe, studentesse, in cerca di prima occupazione, disoccupate¹².

Queste modifiche si coniugano bene con i cambiamenti già osservati del ruolo della donna nella società. La presenza forte di un modello di famiglia tradizionale faceva sì che per le vecchie generazioni la vita riproduttiva si svolgesse in gran parte all’interno del matrimonio quindi anche decisioni importanti come il proseguimento (o meno) della gravidanza veniva presa principalmente all’interno della coppia: la donna quindi era più spesso coniugata e casalinga. Le profonde trasformazioni hanno spostato parte della vita riproduttiva al di fuori del matrimonio e hanno dato più autonomia decisionale alla donna. Gran parte di questo traguardo è dovuto al forte incremento del livello di istruzione femminile: nella popolazione sono diminuite le donne con basso titolo di studio mentre sono aumentate le donne laureate e diplomate. Questa composizione ovviamente si riflette anche tra le donne che fanno IVG: quelle con alto titolo di studio (diploma e laurea) passano dal 23% del 1980 al 53% del 2016, mentre quelle con basso titolo (licenza elementare) passano dal 41% al 6%. Ma per valutare la reale propensione all’aborto volontario va calcolato il tasso (così come fatto per classi di età) rapportando i casi di IVG di donne con titolo di studio basso, medio o alto alle donne in età feconda con lo stesso titolo di studio: l’evoluzione dell’abortività nel tempo appare infatti molto diversa secondo il livello di istruzione (Tab. 4).

Tabella 4 – Tasso standardizzato di abortività per titolo di studio, donne di età 20-49

	1981	1991	2001	2011
<i>Titolo di studio</i>				
Elementare	16	14	14	20
Media inferiore	22	14	13	16
Diploma e laurea	14	9	7	6

Nota. La distribuzione delle donne per titolo di studio – necessaria per costruire i tassi standardizzati – è stata ricavata dai Censimenti (anni 1981, 1991, 2001 e 2011).

Il ricorso all’IVG diminuisce di continuo tra le donne con titolo di studio alto, mentre fra quelle con livello medio sembra rimasto costante a partire dal 1991. Osservando invece il tasso riferito alle

¹² Questa disomogeneità nelle classificazioni rende difficoltoso anche il calcolo dei tassi sulla popolazione femminile per stato occupazionale. Gli ultimi aggiornamenti, come riportato nella Relazione, risalgono al 2009 dove risulta un minor ricorso all’IVG per le occupate rispetto alle casalinghe, con una diminuzione dei tassi per entrambi.

donne con un basso titolo di studio, il valore risulta in aumento nell'ultimo periodo, dopo una sostanziale stabilità. Ciò appare plausibile in quanto le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e modificato i loro comportamenti relativamente al controllo della fecondità¹³.

A conferma di ciò l'analisi statistica condotta tra il 1995 e il 2014 mostra un peso più rilevante della variabile titolo di studio nell'anno 2014 rispetto al 1995: un titolo di studio basso può più che raddoppiare il rischio di ricorrere ad un'IVG.

L'investimento quindi in termini di istruzione femminile effettuato nel corso delle generazioni ha avuto un forte impatto nella diminuzione dei livelli di abortività: nonostante il fatto che sempre più spesso la vita riproduttiva si sia sganciata dal matrimonio, la presenza di un rischio di gravidanza in un contesto familiare non tradizionale non sembra aver portato ad un ricorso più elevato all'IVG. L'empowerment delle donne rappresenta quindi uno strumento efficace per indirizzare le loro scelte riproduttive in maniera più consapevole.

Questo aspetto, che coinvolge motivazioni più personali quali le scelte di fecondità, la sessualità e l'utilizzo della contraccezione, viene analizzato nel paragrafo successivo.

3.3 Le scelte riproduttive, i comportamenti sessuali e la contraccezione

Vediamo ora come questi cambiamenti familiari e soprattutto l'uscita sempre più tardi dalla famiglia di origine abbiano avuto impatto sulle scelte di fecondità, e come questa sia stata regolamentata (o meno) dall'utilizzo della contraccezione e dal ricorso all'aborto volontario.

Abbiamo già visto (Fig. 3) come la fecondità, espressa dal tasso di fecondità totale che indica il numero medio di figli per donna, dopo un lungo declino sperimentato fino al 1995, presenti una ripresa (solo fino al 2010) dovuta principalmente al crescere delle nascite con almeno un genitore straniero.

Il posticipo dell'età media al parto nel corso delle generazioni può spiegare solo in parte questo continuo declino della fecondità che nel 2016 si attesta a 1.34 figli per donna.

Prima di andare a declinare la fecondità per ordine di nascita è necessario mostrare che negli ultimi anni le donne straniere hanno adottato comportamenti più simili alla popolazione italiana (Tab. 5).

Tabella 5 – Tasso di fecondità totale ed età media al parto per cittadinanza. Anni 2008, 2010 e 2014-2016

	TFT			Età media al parto		
	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	Totale
2008	1.34	2.65	1.45	31.7	27.5	31.1
2010	1.34	2.43	1.46	31.9	28.1	31.3
2014	1.29	1.97	1.37	32.1	28.6	31.5
2015	1.27	1.94	1.35	32.3	28.7	31.7
2016	1.26	1.97	1.34	32.4	28.7	31.8

Fonte: Istat (2017), p. 2.

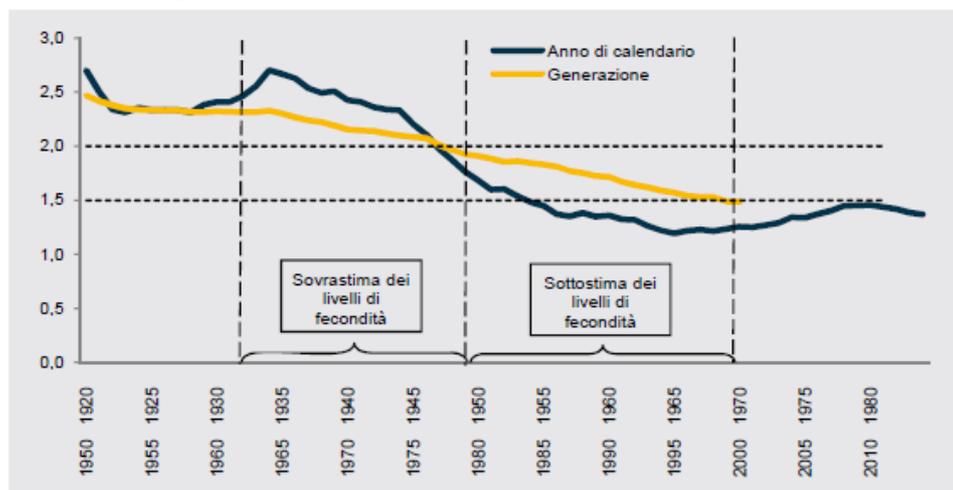
Nonostante la fecondità delle italiane sia più bassa e più tardiva di quella delle donne straniere, il Tft di queste ultime è ormai sceso sotto la soglia di due figli per donna (valore necessario al ricambio generazionale) e l'età media al parto è risultata in crescita. Per entrambi gli indicatori la differenza con le donne italiane si è ridotta: nel 2008 il Tft è più alto tra le straniere di 1.31 figli, mentre nel 2016 la differenza è solo di 0.71. Nel 2008 le italiane con figli erano più "vecchie" delle straniere di 4.2 anni, nel 2016 lo sono di 3.7 anni.

Il comportamento riproduttivo risente quindi del calendario delle nascite: quando è in atto una spiccata posticipazione, come nella fase attuale, il numero medio di figli per donna si abbassa rapidamente.

¹³ Va sottolineato che tra le donne con basso titolo di studio c'è una quota rilevante di straniere (circa il 60%) che, come già riscontrato, presenta livelli di abortività significativamente più elevati.

Nell'ottica longitudinale che contraddistingue la presente analisi, l'andamento della discendenza finale delle generazioni (cioè il Tft calcolato per anno di nascita della donna e non per anno di evento) non mostra sensibili discontinuità in relazione ad eventi congiunturali, quindi consente di analizzare le tendenze di fondo dei comportamenti riproduttivi (Fig. 9).

Figura 9 – Numero medio di figli per donna per generazione (1920-1970) e anno di calendario (1952-2014)



Fonte: Istat, Tavole di fecondità regionale

(a) Per proporre nello stesso grafico le misure per contemporanei e per generazioni, si è accostato al tasso di fecondità totale di periodo relativo al 1950 quello della generazione delle nate nel 1920, generazione che nel 1950 si trovava all'età media al parto. Tale distanza (trenta anni) è stata mantenuta costante per gli altri anni riportati nel grafico.

Fonte: Istat (2016), p. 62.

Il numero medio di figli per donna calcolato per generazione continua a decrescere senza soluzione di continuità. Si va da quasi 2.5 figli delle donne nate negli anni Trenta, appartenenti alla *Generazione della ricostruzione*, ai circa 2 figli per donna delle generazioni dell'immediato secondo dopoguerra (anni 1945-49) che hanno dato luogo ai due *baby boom* già descritti, per arrivare ad un livello inferiore a 1.5 figli per le donne nate negli anni Settanta che rappresentano la *Generazione di transizione*, quella che è stata precursore dei grandi cambiamenti familiari descritti nel precedente paragrafo e che ha posticipato le intenzioni riproduttive. Non è possibile andare oltre e considerare le generazioni più recenti poiché per definizione il Tft calcolato per anno di nascita impone necessariamente che la discendenza sia stata conclusa e quindi che tutte le donne in età riproduttiva (15-49 anni) vengano considerate. Questo ovviamente non è avvenuto per le generazioni più giovani¹⁴.

Con riferimento all'abortività abbiamo già visto (Fig. 2) che il trend è decrescente lungo tutto il periodo di disponibilità dei dati, non ci sono 'oscillazioni' come nell'indicatore della fecondità che possano evidenziare un palese anticipo o posticipo degli eventi. L'età media all'aborto resta pressoché invariata attorno al valore di 30 anni. Solo dall'osservazione dei tassi di abortività per classi di età (Tab. 6) si nota un 'ringiovanimento' del fenomeno: la classe con il valore più elevato si sposta dai 30-34 anni (durante gli anni Ottanta e Novanta) ai 20-24 nei primi anni Duemila. Dal 2011 è la classe 25-29 a detenere il primato anche se la differenza con le classi contigue è praticamente quasi nulla. Gli indicatori sintetici (tasso di abortività totale ed età media) non colgono questo fenomeno poiché a tutte le età i tassi hanno avuto un decremento consistente di oltre il 50% tra il 1985 e il 2016; tra le più giovani la riduzione è stata 'solo' del 37%.

¹⁴ Per le generazioni che hanno già vissuta gran parte del periodo riproduttiva è stato possibile effettuare una stima della discendenza finale.

Tabella 6 – Tassi di abortività volontaria per classi di età. Italia, anni 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2016

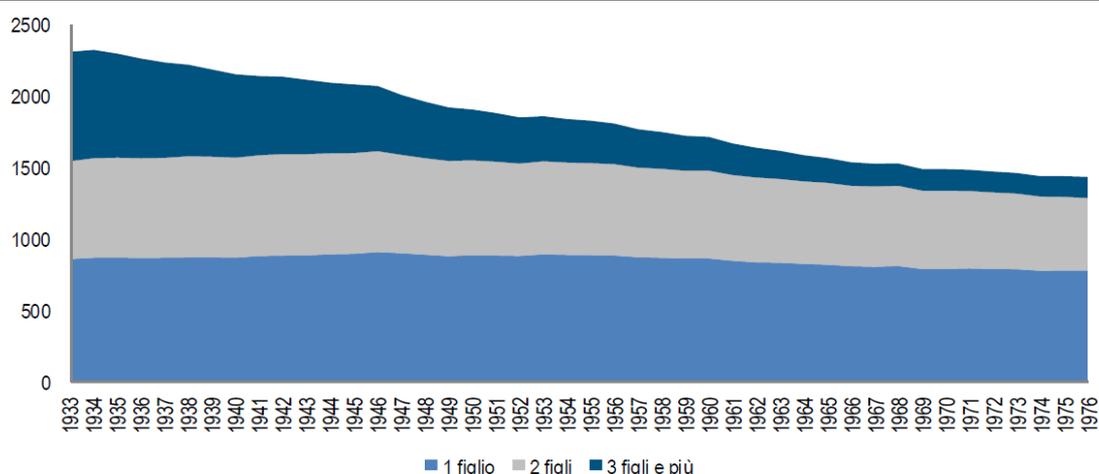
Anni	Classi di età						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1980	6.2	21.6	25.1	24.8	19.3	9.6	1.2
1985	7.0	19.5	23.5	23.5	19.2	9.1	1.0
1990	5.6	14.3	17.1	18.1	15.5	7.2	0.8
1995	6.1	12.3	13.2	13.5	12.0	5.7	0.6
2000	7.1	14.3	13.6	12.8	10.7	4.9	0.5
2005	7.1	14.4	14.3	12.4	10.2	4.6	0.4
2010	6.5	13.0	12.8	11.9	9.6	4.2	0.4
2016	4.4	9.5	10.3	10.1	8.6	4.0	0.4
Variazione 2016-1980	37%	-51%	-56%	-57%	-55%	-57%	-64%

Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

Con questi risultati non si può affermare che l'IVG sia stata utilizzata dalle donne come strumento per pianificare le nascite, piuttosto, come già riportato nelle precedenti Relazioni del Ministro della Salute al Parlamento, sia stata invece l'estrema ratio per rimediare a fallimenti contraccettivi. L'ottica generazionale sembra rafforzare questa ipotesi: come già osservato dalla Figura 8 il periodo in cui il Tft per anno di calendario risulta inferiore al Tft per generazione indica un rinvio della fecondità quindi un'intenzione delle donne di posticipare l'evento nascita. Si tratta delle donne nate negli anni Cinquanta e Sessanta che nel nostro studio longitudinale sono state indicate come le generazioni del baby boom (Figura 5). Tra queste donne non si rileva un incremento del ricorso all'IVG che, come già detto, possa far pensare ad un suo impiego nel raggiungere l'obiettivo di posticipare le nascite. A tutte le età infatti (dipendentemente dalla disponibilità dei dati) i tassi di abortività decrescono in modo continuo: tralasciando le giovani di 15 e 20 anni per i quali la serie storica disponibile per queste generazioni è molto breve (pur evidenziando un calo), alle età successive (dai 25 ai 45 anni) la diminuzione è di oltre il 50%.

Una diminuzione della fecondità così marcata in Italia è avvenuta insieme a profonde modificazioni nella composizione della discendenza finale per ordine di nascita (Fig. 10) [Istat, 2017].

Figura 10 – Tasso di fecondità totale per ordine di nascita e generazione



(a) Le generazioni delle nate dal 1968 al 1976 non hanno ancora completato la propria storia riproduttiva e i valori per le età finali sono stati stimati.

Fonte: Istat (2017), p. 11.

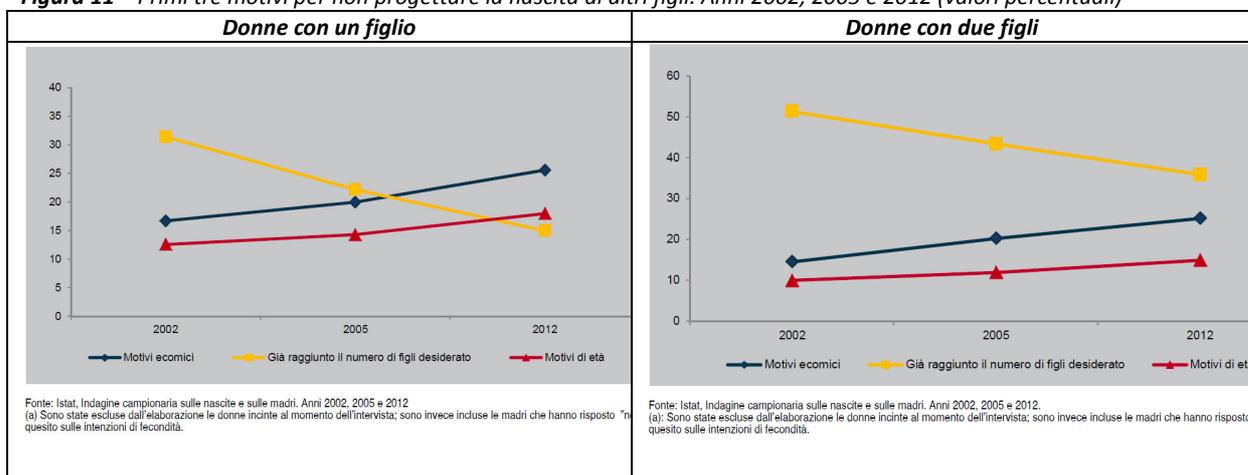
I tassi di fecondità riferiti alle nascite del primo ordine hanno subito una variazione relativamente contenuta e questo sta a significare che il forte calo della fecondità che ha interessato il nostro Paese non può essere attribuito alla rinuncia delle donne a diventare madri. Anche l'evoluzione dei tassi di fecondità del secondo ordine presenta un andamento simile con una riduzione appena più marcata per le giovani generazioni. Sono i tassi di fecondità del terzo ordine e successivi ad essersi

drasticamente ridotti: si può quindi affermare che la diminuzione della fecondità in Italia è stata gran parte il risultato della rarefazione dei figli di ordine successivo al secondo.

Però tra le giovani generazioni si individuano i primi forti segnali di riduzione delle nascite in generale. Tra le donne nate nel 1950 solo l'11.1% resta senza figli; tra quelle nate nel 1960 tale percentuale è pari al 13.4% mentre tra quelle nate nel 1976 si arriva al 21.8%. Se la tendenza fosse confermata per le ultime generazioni (*Generazione del millennio*), si assisterà ad una quota non indifferente di donne senza figli. Nel contempo aumentano, seppur di poco, le donne con un solo figlio e diminuiscono drasticamente quelle con due o più figli.

Vale la pena fare una piccola digressione per illustrare se questa discendenza finale al di sotto della soglia dei due figli per donna (e in ulteriore diminuzione) sia veramente l'espressione effettiva delle intenzioni delle donne. L'indagine dell'Istat "Indagine campionaria sulle nascite e sulle madri" rileva, tra le altre cose, le intenzioni riproduttive delle donne [Istat, 2014c]. Qui si riporta il grafico con le motivazioni per non volere un altro figlio, ma si rimanda alla lettura del testo per i necessari approfondimenti (Fig. 11).

Figura 11 – Primi tre motivi per non progettare la nascita di altri figli. Anni 2002, 2005 e 2012 (valori percentuali)



Fonte: Istat (2014c), p. 78.

Nel caso di donne con un solo figlio la motivazione principale per non volerne altri nel 2012 non è l'aver già raggiunto il numero di figli desiderato ma sono i motivi economici a pesare di più, seguiti da motivi legati all'età, probabilmente già ritenuta troppo avanzata a causa del continuo rinvio. Invece circa la metà delle donne con già due figli potrebbe "accontentarsi" del numero raggiunto, pur essendoci una quota non indifferente di madri che rinuncia a fare il terzo figlio.

La legge 194/78, pur avendo come obiettivo la legalizzazione dell'aborto volontario, viene denominata *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, quindi sotto il cappello della parola "maternità" possono e devono essere intraprese azioni politiche e sociali che aiutino le donne a raggiungere i livelli di fecondità desiderati.

Dopo questa parentesi passiamo ad analizzare l'indicatore che coniuga fecondità e abortività, cioè il rapporto di abortività che mette a denominatore i nati vivi, diversamente dal tasso che invece considera la popolazione femminile. Eventuali oscillazioni di questo indicatore possono quindi essere determinati da cambiamenti nel ricorso all'IVG e/o da modifiche, come appena visto, nella fecondità (Tab. 7).

Tabella 7 – Rapporto di abortività e percentuale di lvg per numero di nascite precedenti

	Numero nati vivi precedenti				
	Nessuno	Uno	Due	Tre o più	Totale
<i>Rapporto di abortività (lvg per 1000 nati)</i>					
1980	151.9	203.3	907.6	1276.7	321.0
1990	197.8	157.9	773.4	1249.4	288.6
2008	181.3	143.6	637.4	877.6	228.0
2014	146.0	124.9	534.4	710.5	182.4
<i>Distribuzione di lvg per numero di nati precedenti (%)</i>					
1980	23.8	20.2	30.9	23.2	100.0
1990	33.8	19.1	30.1	16.8	100.0
2008	40.8	22.9	25.7	9.6	100.0
2014	38.2	23.7	26.3	10.5	100.0

Fonti: per le IVG 1980, 1990, 2008, 2014: Indagine Istat “Interruzioni volontarie della gravidanza”; per le nascite 1980 e 1990 indagine Istat sulle nascite; per le nascite 2008 e 2014 Indagine del Ministero della Salute sui Certificati di assistenza al parto (Cedap).

Nel periodo considerato (1980-2014), si assiste a una diminuzione dell’indicatore indipendentemente dal numero di nascite precedenti all’IVG: passa da 321 IVG ogni 1000 nati vivi a 182.4. Questo risultato è la composizione di una maggiore diminuzione dei casi di IVG tra il 1980 e il 2014 (-54%) rispetto a quella relativa alle nascite (-23%). Il dettaglio relativo al numero di nati precedenti mostra invece che il rapporto è aumentato tra il 1980 e il 1990 e solo in corrispondenza di casi di IVG non preceduti da nascite (negli altri casi è sempre diminuito). La quota di IVG da donne senza figli è quasi raddoppiata in valore percentuale (da 23.8% nel 1980 a 40.8% nel 2008) ma poiché le prime nascite sono rimaste pressoché costanti, il valore del rapporto solo in questo caso ha subito un incremento. Dalla distribuzione percentuale delle IVG si evidenzia come nel corso del tempo l’aborto si sia ‘spostato’ verso la prima parte della storia riproduttiva della donna (fenomeno già visto in relazione all’età), tanto che il 38.2% dei casi nel 2014 risulta essere riferito ad IVG non precedute da nascite, contro il 23.8% dell’anno 1980 e il 33.8% del 1990.

Questa modifica strutturale nelle scelte riproduttive è stata frutto anche di comportamenti diversificati nel corso del tempo in materia di sessualità e contraccezione.

Nelle generazioni più vecchie si può ben immaginare come l’attività sessuale e riproduttiva sia quasi interamente concentrata all’interno del matrimonio. Indagini che rilevano informazioni su questi argomenti sono relativamente recenti, ma in alcuni casi riportano informazioni riferite all’anno di nascita della donna e non solo all’anno di conduzione dell’indagine¹⁵. Possiamo quindi tornare sufficientemente indietro nel tempo da arrivare alle donne nate negli anni Trenta (appartenenti alla *Generazione della ricostruzione*) e sapere che l’età mediana¹⁶ al primo rapporto sessuale è di circa 18 anni per gli uomini e di 21 anni per le donne, senza sostanziali cambiamenti rispetto alla generazione precedente [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010, p. 25] (Tab. 8).

15 Ad esempio negli anni 2006-2007 sono state condotte alcune ricerche finanziate anche dal Ministero dell’Università e della Ricerca nell’ambito del progetto *La sessualità degli italiani: orientamenti, valori e comportamenti*, coordinato dall’Università di Bologna cui hanno partecipato anche l’Università di Torino e l’Università di Padova [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010].

16 L’età mediana rappresenta l’età esatta in cui il 50% della generazione oggetto di studio ha vissuto l’evento (in questo caso il primo rapporto sessuale). Nel caso dei primi eventi viene utilizzata al posto dell’età media.

Tabella 8 – Indicatori sull'attività sessuale delle donne per generazione

	Età mediana al primo rapporto sessuale	%con primo rapporto prima del 16° compleanno
1913-22	22.0	n.d.
1923-32	21.5	n.d.
1933-42	21.0	n.d.
1937-46	21.0	4.5
1947-56	20.1	6.1
1957-66	18.9	12.0
1967-76	19.1	13.2
1977-82	18.5	15.4
1983-89	18.5	18.2
1990	n.d.	22.0
1995	n.d.	22.0
1999	n.d.	18.0

Fonti: AISP (2013), p. 45; WHO, 2016 p.180.

È a partire dagli anni Settanta, epoca di grandi cambiamenti sociali, che si intravedono anche i primi mutamenti nell'attività sessuale, attività che viene intrapresa sempre più precocemente e sempre più svincolata da intenzioni riproduttive. La percentuale di donne che ha il primo rapporto prima dei sedici anni (indicatore calcolato anche a livello internazionale) inizia ad essere significativa (oltre il 10%) a partire proprio dalle donne nate a fine anni Cinquanta-inizio anni Sessanta per arrivare al 22% tra le ultime generazioni [AISP, 2013; WHO, 2016], con un lieve calo (18%) tra le giovanissime.

Tra le ultime generazioni quindi un quinto delle donne ha avuto il primo rapporto prima del sedicesimo compleanno, valore molto simile a quello degli uomini (23% per i nati nel 1999). Si va riducendo così il divario tra uomini e donne che presentano comportamenti sempre più simili.

Questa convergenza si riflette anche sulla frequenza dei rapporti sessuali e sul numero dei partner. L'indagine sulla sessualità degli italiani, condotta nel 2006, ha evidenziato un aumento del numero medio di rapporti sessuali al mese tra il 1976 e il 2006: si tratta comunque di un incremento contenuto pari a un rapporto sessuale in più al mese in trent'anni [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010, p. 63]. Purtroppo non ci sono dati più recenti che possano confermare il proseguimento (o meno) di questa tendenza.

Incrementi più sostanziali si rilevano invece nel numero di partner: a partire dalle generazioni degli anni Cinquanta aumenta la percentuale di donne che ha avuto due o più partner nel corso della vita, mentre diminuisce quella con un solo partner. Per le donne delle generazioni più recenti degli anni Settanta cresce la quota di quelle con più di sei partner. Il sesso quindi ha sempre più spazio nella vita delle giovani generazioni ed è sempre più svincolato dalla riproduzione.

Sono sempre le donne nate negli anni Cinquanta a dare l'avvio a comportamenti meno tradizionali durante il periodo degli anni Settanta, caratterizzato, come già visto, da grandi cambiamenti sociali. Il legame tra attività sessuale e riproduzione si fa sempre meno stringente causando un aumento del periodo tra il primo rapporto sessuale e la nascita del primo figlio: si passa da circa 2 anni per le donne delle generazioni più "tradizionali" a circa 12 anni per quelle più "moderne". Ricordiamo che le giovani generazioni non hanno ancora terminato il loro ciclo di vita riproduttiva quindi questi indicatori non sono calcolabili, ma se le tendenze osservate manterranno il loro corso, questo divario non potrà che aumentare.

L'anticipazione dell'inizio della vita sessuale e il posticipo della fecondità hanno come diretta conseguenza un aumento degli anni da "coprire" con metodi contraccettivi per evitare una gravidanza indesiderata.

È noto da vari studi che il declino della fecondità che ha dato luogo alla prima transizione demografica (insieme al declino della mortalità) è avvenuto grazie all'utilizzo quasi esclusivo del coito interrotto per due motivi principali: non erano ancora disponibili o molto diffusi i metodi "moderni" e la società di tipo patriarcale poneva la sessualità esclusivamente appannaggio dell'uomo.

Non sono molte le ricerche in Italia che danno informazioni a livello nazionale sulla contraccezione ed essendo state condotte in tempi e contesti differenti non sempre i risultati sono del tutto confrontabili¹⁷. È complicato quindi effettuare confronti temporali e ancor di più generazionali. Vengono comunque riportate le tendenze in atto per analizzare il passaggio da una contraccezione “naturale” a una di tipo più moderno e quindi più efficace¹⁸.

Tra le donne in coppia è presente una quota che non utilizza contraccettivi pari a poco più del 20% e sembra restare costante tra il 1979 e il 2006 (Tab. 9). Anche gli ultimi dati che si riferiscono al 2013 presentano una percentuale simile (22.9%). In quest’ultimo caso sono state chieste le motivazioni per il mancato uso e, come prevedibile, prevale la ricerca di un figlio (25.1%) seguita dall’assunzione del rischio di gravidanza (20.8%).

Tabella 9 – Percentuale di utilizzo di metodi contraccettivi (per 100 coppie con la donna in età fertile). Anni 1979, 1996 e 2006

	1979	1996	2006
Nessuno	23	54	22
Coito interrotto	46		22
Metodi naturali	7		4
Profilattico	10	16	19
Pillola	10	16	24
Spirale	2	7	4
Altro	2	7	5
Totale	100	100	100

Fonte: AISP (2013), p. 82.

L’indagine del 1979 rileva un uso del coito interrotto del 46%, valore che si dimezza nell’indagine del 2006 arrivando al 22%. Questo metodo quindi perde il primato a favore della pillola (che aumenta dal 10% al 24%) e del profilattico (dal 10% al 19%). Nel confronto tra i dati delle indagini viene riportato un breve studio generazionale, limitatamente agli anni disponibili: le donne in coppia degli anni Cinquanta solo nel 31% dei casi hanno utilizzato una contraccezione più efficace che prevede l’uso di pillola e/o spirale e/o profilattico e questa percentuale aumenta a oltre il 40% tra le donne nate negli anni Sessanta, per poi diventare più consistente nelle ultime generazioni degli anni Ottanta per le quali però si dispone del dato solo per le donne più giovani. Anche se si tratta di uno studio parziale fa chiaramente intendere come il declino del coito interrotto sia stato continuo e inesorabile. È ampiamente condiviso dagli studiosi che sia stato il metodo principale per il controllo delle nascite nelle generazioni più vecchie dove la gestione della sessualità e della riproduzione era principalmente appannaggio dell’uomo. Nonostante ciò dati più recenti riferiti al 2013 riportano un suo utilizzo ancora importante e pari a circa il 20%.

Uscendo dall’ambito della coppia e focalizzando l’attenzione sui giovani, i dati più aggiornati riferiti all’indagine del 2013 indicano un utilizzo della contraccezione in generale dell’88.5% tra le donne di età 18-29 anni che hanno avuto un rapporto sessuale negli ultimi 12 mesi. Prima di analizzare nel dettaglio i metodi utilizzati va sottolineata la presenza di una quota di giovani donne (11.5%) e di giovani uomini (8.2%) che non utilizza alcun contraccettivo adducendo come motivazioni principali “Mi sono assunto/a il rischio “ e “Non ci ho pensato”. Sarebbe opportuno che queste ragazze e ragazzi migliorino la consapevolezza del rischio di gravidanza indesiderata cui vanno incontro, oltre al non trascurabile rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili.

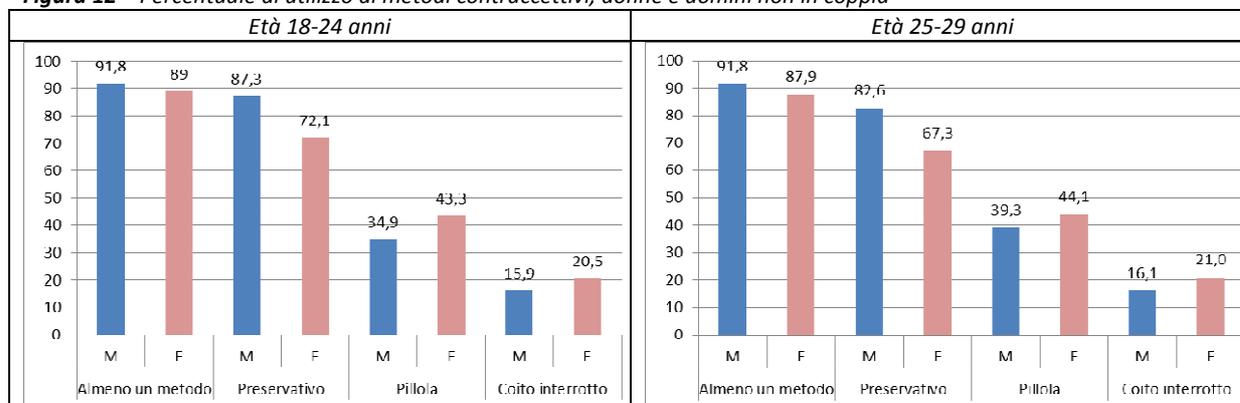
Come appare evidente dal confronto dei due grafici nella Figura 12, il preservativo ha la massima diffusione tra i giovani che hanno dichiarato di usare almeno un metodo contraccettivo: oltre l’80% dei maschi e circa il 70% delle femmine, con più alta prevalenza tra i più giovani di età 18-24 anni. Già

17 Indagini campionarie che hanno una rappresentatività a livello nazionale sono le seguenti: Prima indagine nazionale sulla fecondità condotta nel 1979, Seconda indagine nazionale sulla fecondità condotta nel 1995; Indagine sulla sessualità degli italiani condotta nel 2006, Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari condotta nel 2012-2013.

18 La diffusione della contraccezione è uno degli indicatori che le Nazioni Unite hanno inserito tra gli obiettivi del miglioramento della salute materna all’interno del progetto *Millennium Development Goals* per il 2015. <http://www.un.org/millenniumgoals/>

dai dati delle precedenti indagini [AISP, 2013 p. 87] si rileva un aumento considerevole dell'utilizzo del preservativo nelle ultime generazioni. La pillola viene indicata principalmente dalle donne con un utilizzo superiore al 40% in entrambe le classi di età. Una quota non marginale dei giovani continua ad usare il coito interrotto: oltre il 20% tra le donne e poco meno tra gli uomini.

Figura 12 – Percentuale di utilizzo di metodi contraccettivi, donne e uomini non in coppia



Nota: I tassi sono stati calcolati considerando le donne sessualmente attive.

Fonte: Indagine sulla Salute, 2013.

La pillola, pur essendo usata da poco meno della metà delle ragazze, non ha raggiunto ancora livelli di utilizzo propri di Paesi “moderni” dal punto di vista di copertura dalle gravidanze indesiderate. Inoltre la permanenza di uno zoccolo duro che ancora fa uso del coito interrotto fa intendere che la “rivoluzione contraccettiva” non sia stata ancora compiuta appieno e che l’Italia, rispetto ad altri Paesi europei, ha ancora del cammino da fare verso una contraccezione più diffusa e più efficace.

Uno spazio va certamente dedicato alla contraccezione di emergenza, più conosciuta come “pillola del giorno dopo” anche se ci sono principi attivi differenti che la rendono efficace fino a 5 giorni dopo il rapporto considerato a rischio. Nella precedente Relazione al Parlamento è stato evidenziato un incremento delle vendite dell’Ulipristal acetato (ellaOne) a seguito della determina dell’AIFA del 2015 che elimina, per le maggiorenti, l’obbligo di prescrizione medica.

I dati a disposizione per un confronto internazionale sull’utilizzo di questo metodo però sono antecedenti al 2015 e quindi non risentono di questo aspetto. In Italia la percentuale di donne che hanno dichiarato di averla utilizzata almeno una volta nella vita negli anni 2009-13 è stata pari al 12,5%, risultando un valore basso se confrontato con quello di altri Paesi (Tab. 9)

Tabella 9 – Uso della pillola del giorno dopo in alcuni Paesi europei (per 100 donne). Anni vari tra il 2009 e il 2013

PAESE	Uso di Contraccezione d'emergenza tra le donne 14-49 anni (nel corso della vita "ever use")
UK	61,0
Svezia	59,0
Francia	22,0
Olanda	21,0
Danimarca	20,0
Austria	18,0
Spagna	14,7
Germania	13,0
Italia*	12,5

Fonte: <http://www.ec-ec.org/>; Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

In uno studio internazionale che ha analizzato le attitudini delle donne di cinque Paesi all’utilizzo della contraccezione di emergenza [Nappi et al., 2014] risultava che tra le italiane che hanno avuto un rapporto non protetto, solo il 20% ha fatto ricorso alla “pillola del giorno dopo”, valore uguale a quello delle donne francesi e di poco inferiore a quello delle spagnole (26%) e tedesche (27%), più lontano da quello delle donne inglesi (33%). Lo studio ha rilevato anche le motivazioni per il mancato uso e, a parte la gran parte delle donne (43%) che ha valutato di non essere a rischio di gravidanza, il

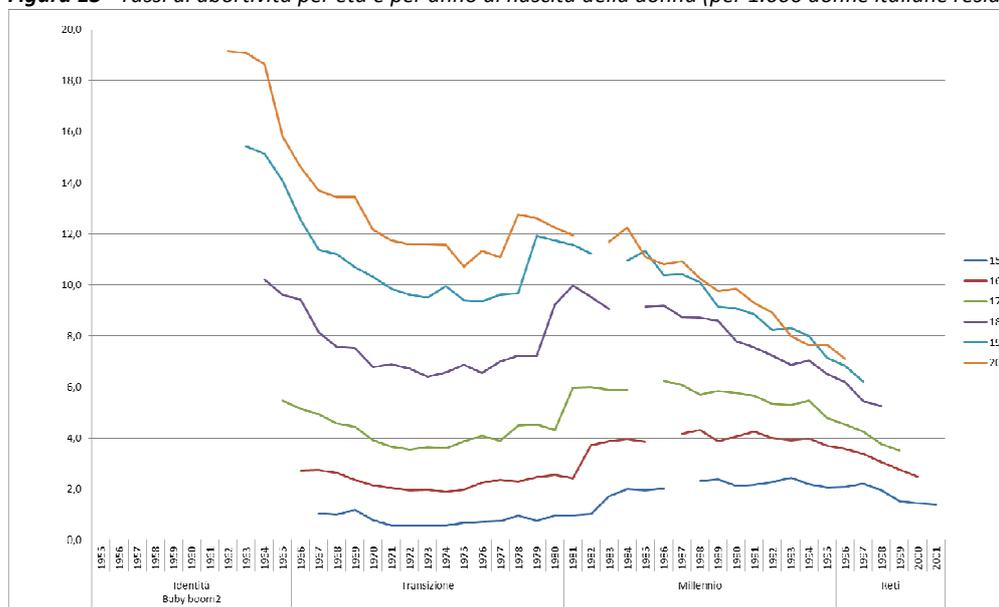
resto mostra una scarsa conoscenza del suo funzionamento, delle modalità di assunzione e di come entrarne in possesso.

Come abbiamo visto nel paragrafo 3.1 per le donne dai 15 ai 20 anni nate all'inizio degli anni Ottanta in poi si assiste ad un incremento, seppur lieve, dei tassi di abortività per alcuni anni. Questo aspetto viene approfondito nel prossimo paragrafo.

3.4 Le giovani delle generazioni più recenti

Nella Figura 5, per rendere leggibile il grafico, sono state riportate solo alcune età della donna a partire dai 15 anni con cadenza quinquennale, ma ovviamente si possono rappresentare tutte le età dai 15 ai 49 anni. Volendo fare un focus sulle donne più giovani, in quanto a un certo punto hanno mostrato un incremento dell'abortività, comunque seguito da una stabilizzazione e recentemente una diminuzione, riportiamo in Figura 13 i tassi a tutte le età delle sole donne tra i 15 e i 20 anni.

Figura 13 – Tassi di abortività per età e per anno di nascita della donna (per 1.000 donne italiane residenti)



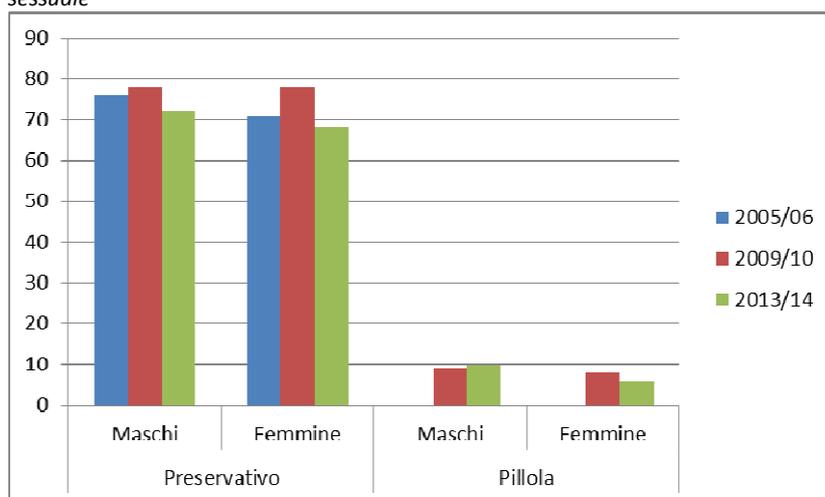
Fonte: Istat, Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

L'aumento a partire da un certo punto in poi è presente per tutte le età ma mentre per quelle meno giovani (19 e 20 anni) i livelli si riabbassano dopo pochi anni, per le meno giovani, soprattutto per le minorenni, si nota un periodo più lungo di stabilità cui segue una diminuzione solo negli ultimi anni. Per le sole donne di 15 e 16 anni i livelli del 2016 risultano più elevati (seppur di poco) di quelli riferiti all'inizio del periodo, cioè nel 1982. Va in ogni caso specificato che si tratta di tassi di abortività comunque molto bassi, al di sotto del 4 per mille.

Ricordiamo che per queste giovani donne l'età al primo rapporto si è notevolmente abbassata e che un quinto di loro ha il primo rapporto sessuale prima dei 16 anni. Per questo collettivo di adolescenti si dispone di dati sulla contraccezione provenienti da alcune indagini campionarie rappresentative a livello nazionale, oltre che confrontabili a livello europeo¹⁹. Per i soli quindicenni (sia maschi che femmine) è stato rilevato l'utilizzo della pillola e del preservativo in occasione dell'ultimo rapporto sessuale (Fig.14) [WHO, 2008, 2012, 2016].

¹⁹ Lo studio denominato HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) e patrocinato dall'Oms ha come obiettivo quello di raccogliere informazioni sull'influenza che il contesto socio-economico e culturale ha sui comportamenti, sugli stili di vita e quindi anche sulla salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Figura 14 –Percentuale di quindicenni che hanno utilizzato il preservativo o la pillola in occasione dell'ultimo rapporto sessuale



Fonte: WHO, HBSC Italia.

Il preservativo è stato usato in oltre il 70% dei casi dai maschi e circa nella stessa percentuale dalle femmine. Questo è senz'altro positivo poiché, oltre a limitare la possibilità di una gravidanza indesiderata, contribuisce a ridurre il rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Però allo stesso tempo non ha un'efficacia elevata come la pillola che presenta un utilizzo veramente marginale tra i giovani, meno del 10%.

Il ricorso alla contraccezione delle donne maggiorenni in età 18-24 anni riferita al periodo 2012-2013 indica un utilizzo del preservativo nel 60.6% dei casi e un 38.7% della pillola²⁰, quindi anche in età più "matura" si predilige un metodo meno sicuro.

La tendenza accennata nel paragrafo precedente sull'aumento del numero dei partner nelle nuove generazioni fa supporre la presenza di rapporti occasionali e quindi comportamenti più a rischio e meno controllati, probabilmente concentrati nel fine settimana in un contesto "da sballo". È facile in queste circostanze incappare in una gravidanza indesiderata che può condurre alla scelta di una sua interruzione. Questa può essere una spiegazione plausibile dell'aumento dei tassi di abortività tra le giovanissime, aumento che viene via via ridimensionato al crescere dell'età: le ragazze dopo i primi approcci sessuali magari imparano dalle esperienze proprie o da quelle dei coetanei e tendono ad assumere comportamenti un po' meno a rischio di gravidanza.

Si tratta certamente di un aspetto da tenere in considerazione e da non sottovalutare, ma il fenomeno viene ridimensionato se lo si osserva nel tempo (si osserva una seguente stabilità) e in un contesto europeo (Tab. 10).

Tabella 10 – Alcuni indicatori sul comportamento degli adolescenti in tema di salute riproduttiva. Anno 2014

	ITALIA	Danimarca	Finlandia	Francia	Germania	Grecia	Inghilterra (a)	Spagna	Svezia
1-%con rapporto sessuale entro i 16 anni	18	25	24	16	19	17	23	19	26
2-%uso pillola all'ultimo rapporto sessuale	6	43	40	29	69	9	33	14	32
3-%di gravidanze da donne <20anni	1.4(b)	1.0	1.9	1.5	1.7	2.4(c)	3.7	2.0	1.1
4-Tasso di abortività volontaria <20anni	5.2	n.d.(e)	n.d.(e)	7.6(d)	4.3(d)	n.d.(e)	15.0(d)	9.9	15.1

Note: (a) Per gli indicatori sulla percentuale di gravidanze sull'abortività i dati si riferiscono a tutto il Regno Unito. (b) Anno 2013. (c) Anno 2012. (d) Anno 2015. (e) Non sono disponibili indicatori dalla stessa fonte e quindi confrontabili.

Fonti: Per gli indicatori 1 e 2: WHO, Hbsc 2012-2013 p. 180. Per l'indicatore 3: WHO-Europe, Health for All Europe. Per l'indicatore 4: Relazione al Parlamento anni 2014-2015.

Nel 2014 il 18% delle adolescenti italiane di età inferiore a 16 anni dichiara di aver avuto un rapporto sessuale. Questa quota, inferiore al 20%, è simile a quella di alcuni Paesi quali la Francia, la Germania

²⁰ Come già detto, dati provenienti da indagini differenti hanno problemi di confrontabilità: in questo caso le percentuali dello studio Hbsc si riferiscono all'ultimo rapporto sessuale, mentre quelle dell'indagine Istat considerano l'utilizzo negli ultimi 12 mesi.

e la Grecia, mentre è inferiore ad alcuni Paesi del Nord Europa: Danimarca, Finlandia, Inghilterra e Svezia.

La protezione contraccettiva data dalla pillola è stata usata nell'ultimo rapporto dalle italiane solo nel 6% dei casi: l'unico Paese con un valore analogo risulta essere la Grecia con il 9%; la Spagna si differenzia per un utilizzo più che doppio (14%) ma il divario con gli altri Paesi è abissale poiché tra questi almeno un terzo delle ragazze ha usato la pillola. Quindi in questi Paesi ci si può ragionevolmente attendere che il rischio di gravidanze indesiderate sia inferiore a quello delle italiane le quali presentano una percentuale di gravidanze adolescenziali pari a 1.4% e un tasso di abortività del 5.2 per mille. Invece in alcuni contesti le aspettative vengono disattese: in Svezia il tasso di abortività è triplo rispetto a quello delle italiane, così come in Inghilterra dove anche le gravidanze sono una quota non trascurabile (3.7%). Sorprende anche la Francia con un tasso di abortività pari a 7.6 per mille.

Questa peculiarità tutta italiana (copertura contraccettiva poco efficace tra le giovani, bassa percentuale di gravidanze giovanili e bassa abortività) può avere una parziale ma efficace spiegazione nel fatto che i giovani, differentemente dai Paesi Nord europei non escono di casa per motivi di studio e si trovano nella situazione di dover gestire anni di attività sessuale (non solo in età adolescenziale) evitando una gravidanza indesiderata stando in famiglia, sotto lo stesso tetto dei genitori. Questo limita le occasioni e fa sì che la frequenza dei rapporti sessuali e il numero di partner, seppur in aumento rispetto alle generazioni precedenti, siano comunque inferiori rispetto ai coetanei di Paesi europei con comportamenti più "moderni" [Barbagli, Dalla Zuanna, Garelli, 2010, p. 71]. Lo stare a lungo in famiglia in Italia risulta quindi essere una sorta di 'protezione' dai concepimenti indesiderati.

4. Conclusioni

I dati presenti in serie storica hanno consentito la visione del fenomeno anche per generazione raggruppando le donne con lo stesso anno di nascita. Poiché trattiamo di fenomeni riproduttivi una generazione comprende le sole donne tra i 15 e i 49 anni e non tutta la popolazione femminile. Per le generazioni più recenti si dispone di dati solo per le donne più giovani poiché la seconda parte della vita deve ancora essere vissuta, quindi abbiamo illustrato risultati parziali ma che mostrano già delle tendenze significative.

Nel corso del tempo, qui scandito dal passaggio delle generazioni, si è assistito a grandi cambiamenti che hanno dato maggiore spazio all'emancipazione femminile: la donna ha trovato altri spazi di realizzazione oltre al matrimonio e alla famiglia (lo studio e il lavoro) e ha acquisito più autonomia nelle scelte riproduttive. Questo però ha sortito un effetto *boomerang* poiché il tardare sempre più il passaggio alla vita adulta ha portato a non soddisfare appieno le intenzioni di fecondità che vedono nei due figli ancora la discendenza auspicata.

Lo scollamento tra attività sessuale (sempre più precoce) e fecondità realizzata (sempre più tardi) ha portato le donne alla necessità di dover limitare il rischio di gravidanze indesiderate: questo obiettivo viene parzialmente raggiunto tramite un ricorso a metodi contraccettivi sempre più efficaci anche se restano ancora dei margini di miglioramento e si evidenziano differenze importanti con altri Paesi (ad esempio del Nord Europa) che adottano comportamenti definiti più "moderni". Nonostante ciò i livelli di abortività volontaria sono tra i più bassi a livello internazionale e l'aborto non sembra affatto essere stato utilizzato come mezzo per limitare le nascite durante gli importanti cambiamenti generazionali descritti.

Le giovani di 15-20 anni delle generazioni più recenti sono l'unico gruppo per le quali si è verificato un (lieve) incremento del ricorso all'IVG, fenomeno che sta comunque rientrando negli ultimi anni. Anche se queste ragazze risultano "protette" dal fatto di vivere in famiglia e quindi dall'aver meno opportunità di incappare in comportamenti rischiosi, interventi finalizzati a ridurre gravidanze indesiderate sarebbero auspicabili in ogni caso.

Bibliografia

- AISP (2013), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Il Mulino.
- Barbagli M., Dalla Zuanna G., Garelli F. (2010), *La sessualità degli italiani*, Il Mulino.
- Bocuzzo G., Loghi M. (1999), "Potenzialità e limiti dell'indagine INF-2 in tema di abortività volontaria", in De Sandre P. et al. (a cura di), *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori di cambiamento*, Il Mulino.
- Centre for Reproductive Rights, *The World's Abortion Law 2017* <http://www.worldabortionlaws.com/>
- Ganatra B. et al. (2017), "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model", *The Lancet*, Published online September 27, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- Istat (2014a), *Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2012*, Statistiche Report, 12 dicembre 2014. <http://www.istat.it/it/archivio/141802>
- Istat (2014b), *Generazioni a confronto: come cambiano i percorsi verso la vita adulta*, Letture Statistiche: Temi. <http://www.istat.it/it/archivio/131369>
- Istat (2014c), *Avere figli in Italia negli anni Duemila*, Letture Statistiche: Temi. <http://www.istat.it/it/archivio/147180>
- Istat (2015), *Come cambia la vita delle donne, 2004-2014*, Letture Statistiche: Temi. <http://www.istat.it/it/archivio/176768>
- Istat (2016), *Rapporto annuale 2016. La situazione del Paese*. <http://www.istat.it/it/archivio/185497>
- Istat (2017), *Natalità e fecondità nella popolazione residente. Anno 2016*, Statistiche Report, 28 novembre 2017. <http://www.istat.it/it/archivio/206606>
- Nappi R.E., Paloma Lobo Abascal P., Mansour D., Rabe T., Shojai R. & for the Emergency Contraception Study Group (2014), "Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 19:2, 93-101, DOI: 10.3109/13625187.2013.865164 <http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2014/02/Nappi-et-al.-Use-and-attitudes-towards-EC-survey-in-5-European-countries.pdf>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11). <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf>
- WHO (2008), *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*, *Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents*, 5, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/pre-2009/inequalities-in-young-peoples-health.-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey>
- WHO (2012), *Social determinants of health and well-being among young people*, *International Report from the 2009/2010 survey*, *Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents*, 6, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/countries/armenia/publications/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>
- WHO (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*, *International Report from the 2013/2014 survey*, *Who Policy Series: Health Policy for children and adolescents*, 7, Copenhagen, Who Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>