

Introduzione

Lo studio dell'evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) veniva chiaramente indicato come priorità dallo stesso legislatore nella legge 194/78, che ha legalizzato l'aborto volontario in Italia, imponendo la notifica obbligatoria di ogni IVG e la presentazione al Parlamento, da parte del Ministro della Salute, di una relazione annuale sul fenomeno. I quesiti specifici che giustificavano l'interesse sull'andamento delle IVG erano essenzialmente:

- 1) La legalizzazione avrebbe permesso il riassorbimento dell'aborto clandestino?
- 2) La maggiore "facilità" del ricorso all'aborto, grazie alla legalizzazione, ne avrebbe favorito la diffusione o, piuttosto, la legalizzazione avrebbe promosso una maggiore diffusione dei metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto?

Dal punto di vista di sanità pubblica, la conoscenza dell'evoluzione del fenomeno costituiva la base per condurre indagini e studi speciali al fine di:

- 1) Programmare interventi di promozione della procreazione consapevole;
- 2) Raccomandare procedure appropriate in termini di maggiore tutela della salute della donna e di maggiore efficienza.

Il sistema di sorveglianza

I modelli D12 dell'ISTAT, compilati per ogni intervento abortivo presso la struttura dove viene effettuato, raccolgono informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle donne (residenza, cittadinanza, età, stato civile, istruzione, occupazione, storia riproduttiva), sui servizi coinvolti per la certificazione e per l'intervento e sulle modalità dell'intervento (età gestazionale, tipo di intervento, terapia antalgica, durata della degenza e complicazioni).

Dal 1981 è operativo un Sistema di Sorveglianza attivo che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Ministero della Salute in collaborazione con l'ISTAT, da una parte, e le Regioni e le Province autonome, dall'altra. I modelli D12, compilati nei reparti degli Istituti di cura pubblici o delle Cliniche accreditate, vengono inoltrati alla Regione di riferimento, che provvede ad analizzarli per compilare un questionario trimestrale ed annuale, predisposto

dall'ISS, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D12. A livello centrale, l'ISS provvede al controllo di qualità dei dati, in costante contatto con le Regioni, e, quindi, all'elaborazione delle tabelle che presentano dette distribuzioni per ogni Regione e per l'Italia. I dati così elaborati vengono analizzati e discussi, non trascurando il confronto internazionale. Viene quindi redatta, con il Ministero della Salute, la bozza della relazione che il Ministro andrà a presentare al Parlamento.

La relazione presentata nell'anno in corso riporta i dati sintetici dell'anno precedente e quelli analitici relativi a due anni prima. Nella relazione possono trovare spazio i risultati di studi e indagini, condotte dall'ISS o da altri, utili per l'interpretazione del fenomeno. La relazione viene quindi trasmessa alle Regioni, anche per una ulteriore diffusione presso tutti i servizi direttamente o indirettamente coinvolti nel fenomeno. Sono raccomandate conferenze dei servizi per discutere il quadro epidemiologico e formulare proposte operative, anche alla luce delle raccomandazioni nazionali.

Periodicamente, i referenti regionali del sistema di sorveglianza e dei servizi impegnati nell'attività di promozione della procreazione consapevole, vengono invitati a incontri nazionali, per discutere delle implicazioni di sanità pubblica deducibili dall'analisi dei dati dell'evoluzione dell'IVG.

L'ISS garantisce alle Regioni consulenza per la programmazione, implementazione e valutazione a livello locale di interventi atti alla prevenzione e al miglioramento della qualità.

Tutto questo insieme di attività costituisce il sistema di sorveglianza.

Evoluzione del fenomeno

Prima della legalizzazione erano state effettuate stime dell'aborto clandestino, oscillanti tra 220 e 600 mila per anno. Una conferma dell'esistenza e dell'entità del fenomeno poteva essere dedotta dall'eccesso di incidenza notificata (notificazione obbligatoria) di aborto spontaneo, eccesso plausibilmente connesso a ricoveri dichiarati per aborto spontaneo ma in realtà conseguenza di complicazioni in seguito ad aborto volontario clandestino. In effetti, l'abortività spontanea notificata si dimezzò subito dopo la legalizzazione dell'IVG.

Dalla legalizzazione fino al 1982 l'andamento del fenomeno espresse la più o meno rapida e completa emersione dalla

Tab. 68-1. Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia, 1982-2003

Indicatori	ANNO									
	1982	1983	1987	1991	1995	1999	2001	2002	2003*	Var%
IVG	234.801	233.926	191.469	160.494	139.549	139.213	132.234	134.106	132.795	-43,4
Tasso di abortività	17,2	16,9	13,3	11,0	9,7	9,9	9,5	9,8	9,7	-43,6
Aborti clandestini (stima)	n.r.	100.000	85.000	60.000	43.500	22.850	21.000	n.d.	n.d.	-79,0
IVG cittadinanza estera	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	8967	18.806	25.094	29.263	n.d.	

*Dati preliminari; n.d.: dati non disponibili; n.r.: dati non rilevati.

clandestinità, via via che i servizi si andavano attivando, con i prevedibili maggiori ritardi e insufficienze nel Meridione, con l'eccezione della Puglia, dove, come nelle regioni del Centro-Nord, i servizi furono tempestivamente resi operativi in tutte le Unità Sanitarie Locali.

Nel 1982 sono stati registrati il tasso di abortività (17,2 IVG per 1000 donne 15-49 anni) e il numero assoluto di IVG (234.801) più elevati. Da allora si è avuto un decremento costante dell'abortività: nel 2002 (Tab. 68-1) sono state notificate 134.106 IVG e, nel 2003, 132.795 interventi, secondo i dati preliminari, pari a un tasso di abortività di 9,7 per 1000, con una riduzione rispetto al 1982 del 43,4% e del 43,6%, rispettivamente. Come risulta in Tabella 68-2, attualmente in Italia si ha un tasso di abortività tra i più bassi rispetto a quelli registrati negli altri Paesi industrializzati.

Negli ultimi anni il decremento viene parzialmente mascherato dal contributo della popolazione femminile di cittadinanza straniera, la cui numerosità è aumentata di anno in anno (Tab. 68-1) ed è caratterizzata da un tasso di abortività almeno tre volte più alto di quello della popolazione con cittadinanza italiana. L'effetto inflativo, dovuto all'aumento della popolazione immigrata, è stato diverso nelle Regioni e nelle aree geografiche, in relazione alla diversa quota di immigrate ivi presenti. Ad esempio, nel 2002, sul totale delle IVG effettuate, il 34,1% in Lombardia, il 33,1% in Umbria, il 32,6% in Veneto, il 30,3% in Piemonte, il 29,4% in Liguria, il 29,0% nel Lazio, il 28,8% in Emilia Romagna e il 27,6% nelle Marche si riferiva a cittadine straniere, mentre tale percentuale era pari a 3,1% in Puglia e 3,6% in Molise. Complessivamente, in Italia il 22,4% di IVG ha riguardato donne straniere.

Tab. 68-2. Tassi di abortività: confronti internazionali

Paese	Anno di rilevazione (ultimo)	Tasso per 1000 donne 15-44 anni
Germania	1996	7,6
Italia	2002	10,2
Francia	1997	13,1
Inghilterra e Galles	2001	16,2
Svezia	1999	18,0
USA	2000	21,0
Ungheria	1996	34,7
Fed. Russa	1995	68,4

In generale, c'è da sottolineare che la riduzione dell'abortività in Italia non è stata omogenea per area geografica, ma maggiore nella quasi totalità delle Regioni del Centro-Nord e minore, con l'eccezione della Puglia (dove è stata registrata la maggiore riduzione in assoluto), in quelle meridionali (Fig. 68-1).

Riduzione dell'aborto clandestino

Il minore tasso di abortività osservato negli anni 1982-83 nelle regioni meridionali, portava a ritenere ancora persistenti quote importanti di aborto clandestino, visto che nell'indagine sulla fecondità, condotta nel 1979, riguardante donne coniugate di età 18-49 anni, è risultata una pregressa esperienza abortiva nettamente maggiore al Sud (13,4%, contro il 5,6% nel Nord-Ovest, il 2,1% nel Nord-Est, il 4,3% al Centro e il 7,7% nelle Isole).

Verificata la stabilizzazione del fenomeno nel 1983, si rese necessario valutare quanto aborto clandestino fosse ancora non espresso nella legalità. Vennero applicati tre diversi modelli matematici (modello delle "nascite evitate" di Larsen, modello degli eventi riproduttivi di Tietze e Bongaarts e un modello basato sulla comparabilità degli indicatori riproduttivi delle Regioni italiane) che fornirono stime sostanzialmente uguali (100.000 aborti), a conforto di una loro plausibilità. Da notare che la somma dell'aborto legale e di quello clandestino ammontava, nel 1983, alla stima scientificamente più affidabile dell'aborto volontario prima della legalizzazione, ottenuta con uno dei tre modelli.

Il modello basato sulla comparazione degli indici riproduttivi delle Regioni italiane, permette di stimare la ripartizione per area territoriale dell'aborto clandestino residuo e, applicato ogni anno successivo, cambiando corrispondentemente gli indici riproduttivi, di valutare l'andamento temporale. Nel 1983, circa il 70% dell'aborto clandestino risultava localizzato nel Meridione. Nel 2001 il modello ha fornito una stima di 21.000 aborti (-79,0%, rispetto al 1983), oltre il 90% localizzato al Sud (Tab. 68-1); considerando sia l'espressione nella legalità che la residua clandestinità, il tasso di abortività per le donne con cittadinanza italiana non dovrebbe superare il 10-11 per mille. Negli ultimi anni e, a maggior ragione, negli anni successivi, il livello di riduzione raggiunto e il sempre maggiore contributo delle donne con cittadinanza estera ha reso e renderà sempre più poco affidabile la stima degli aborti clandestini, che si potranno ritenere sempre in costante diminuzione, ammesso che non si modifichi la disponibilità dei servizi.

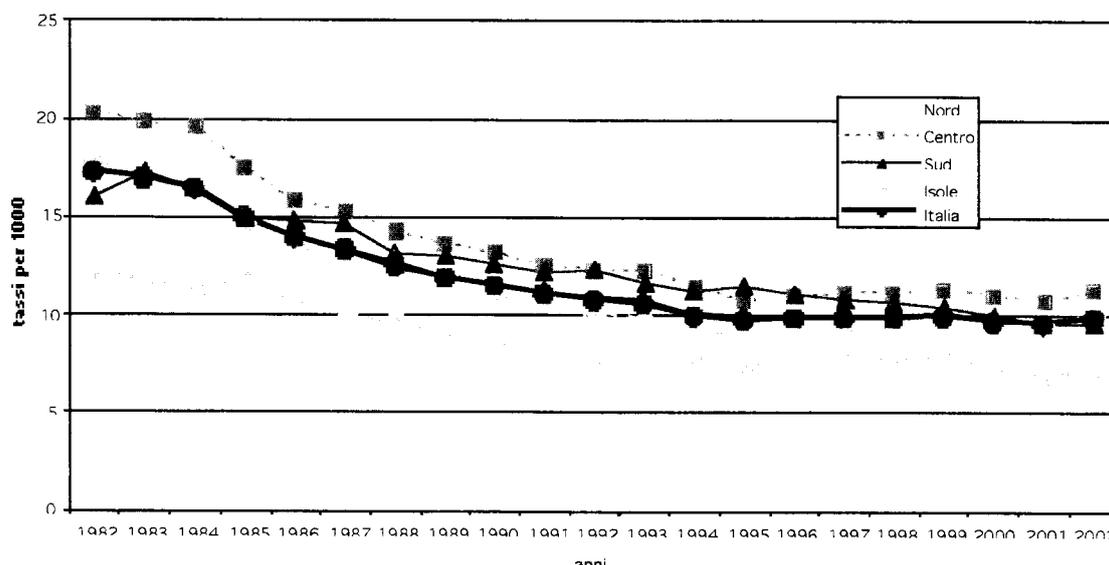


Fig. 68-1. Tassi di abortività per area geografica, Italia 1982-2002.

Rischio di aborto, come ultima ratio e non come scelta di elezione

Nel 1983, le distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile, parità ed età mostravano che il maggior contributo di IVG era ottenuto da coniugate (oltre il 70%), con 2 o più figli (oltre il 50%) e con età maggiore o uguale a 25 anni (oltre il 70%), quadro nettamente differente rispetto al contesto dei Paesi industrializzati occidentali e più simile a quello dei paesi dell'Europa orientale. Per esempio: le percentuali di IVG ottenute da coniugate erano 33,5%, 51,2%, 53,2%, 71,1% e 80,0%, rispettivamente in Inghilterra, Francia, Rep. Fed. Tedesca, Ungheria e Cecoslovacchia.

Il fenomeno abortivo in Italia sembrava chiaramente espressione di un controllo della fecondità, essendo stata già raggiunta la dimensione desiderata della famiglia. Indagini campionarie, condotte alla fine degli anni 80, permettevano di evidenziare che tra le donne in età feconda il numero di figli desiderato non superava le due unità, che scarse erano le conoscenze della fisiologia della riproduzione (non più del 70% delle intervistate, ancor meno tra le più giovani e le più anziane, sapeva indicare il periodo fertile del ciclo) e che dal 15 al 30% non sapeva della legalizzazione dell'aborto, con percentuali maggiori tra le più giovani.

Altre indagini, condotte intervistando donne che avevano ottenuto l'IVG, misero in evidenza che al momento del concepimento oltre il 70% aveva utilizzato un metodo contraccettivo, prevalentemente il coito interrotto o qualche metodo naturale, la cui bassa efficacia si associava a un possibile uso scorretto, come l'evidenziata povertà delle conoscenze della fisiologia della riproduzione poteva far supporre. Si poteva concludere che il ricorso all'aborto non era una scelta di elezione ma un'ultima ratio.

Come era avvenuto negli altri Paesi che avevano legalizzato l'aborto, anche in Italia era ipotizzabile, come conseguenza della legalizzazione, una maggiore circolazione dell'informazione sui metodi per la procreazione consapevole e

una azione positiva dei servizi, in primis i consultori familiari, di counselling e sostegno all'uso di tali metodi.

Se il ricorso all'aborto non era una scelta di elezione ma un'ultima ratio, la maggiore disponibilità di informazioni e di attività di counselling avrebbe dovuto determinare una sempre più marcata capacità di controllare la fecondità con metodi alternativi all'aborto. La validità di questa ipotesi poteva essere verificata nel tempo, osservando l'andamento dei tassi di abortività specifici per caratteristiche quali la parità, l'età e, soprattutto, lo stato civile, l'istruzione e l'occupazione. L'assunzione di partenza era che lo stato coniugale, caratterizzato da una stabilità di rapporti, l'istruzione più elevata e l'essere occupata erano condizioni che favorivano maggiori opportunità di acquisire conoscenze e competenze concrete tali da permettere di accedere ai metodi per la procreazione consapevole, privilegiando i più efficaci e comunque usando in modo più efficace quelli tradizionali. In base a tale assunzione i tassi di abortività per le coniugate, per le donne con istruzione elevata e per quelle occupate avrebbero dovuto mostrare una diminuzione più rapida rispetto a quelli per le nubili, per le donne con istruzione più bassa e per le casalinghe.

Inoltre, se globalmente la tendenza al ricorso all'aborto fosse diminuita per un maggior ricorso (o a un ricorso più efficace) ai metodi per la procreazione consapevole, si sarebbe dovuta osservare una progressione della percentuale di aborti ottenuti da donne con precedente esperienza abortiva, significativamente inferiore a quella attesa sotto l'ipotesi di costanza di competenze e comportamenti riguardo il controllo della fecondità. È ovvio che se fosse stata vera l'ipotesi che la legalizzazione avrebbe favorito il ricorso all'aborto, perché più "facile", la curva dell'andamento degli aborti ripetuti si sarebbe collocata al di sopra di quella attesa sempre nell'ipotesi di costante tendenza al ricorso all'aborto. In entrambi i casi, l'evoluzione del fenomeno ha confermato la validità del modello dell'"empowerment" (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di con-

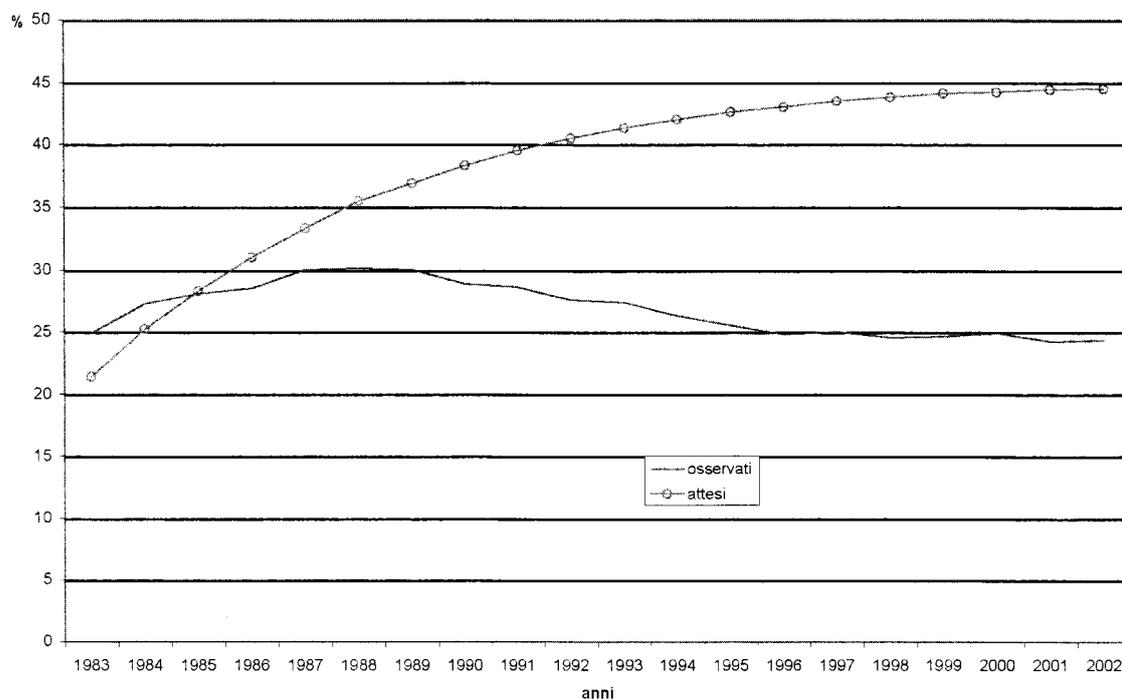


Fig. 68-2. Andamento (%) delle IVG di donne con precedente esperienza abortiva, Italia 1983-2002.

Nota: I valori attesi sono ricavati da modello matematico riportato in: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Ann Ist Super Sanità 1988; 34:331-338.

sapevolezze e competenze per scelte autonome) delle donne. Infatti, stimato con un modello matematico l'andamento nel tempo dell'aborto ripetuto, nell'ipotesi di costanza di comportamenti verso la contraccezione o verso l'aborto (in tale ipotesi, aumentando nel tempo la quota di popolazione con precedente esperienza abortiva, dalla legalizzazione, la percentuale di aborti ottenuti da donne con precedente esperienza abortiva sarebbe dovuta aumentare fino a raggiungere un plateau entro trent'anni dalla legalizzazione), si è osservato un andamento della percentuale di aborti ripetuti nettamente inferiore di quello atteso: nel 2002, a fronte di un valore atteso del 45% di aborti ripetuti, la percentuale osservata è stata del 24% (Fig. 68-2, Tab. 68-3). Inoltre, la validità della prima ipotesi (la legalizzazione favorisce l'"empowerment" delle donne) viene confermata osservando la variazione nel tempo dei tassi di abortività specifici per stato civile, titolo di studio e occupazione: tra

il 1981 e il 2001 si è avuta una riduzione del tasso di abortività per le coniugate del 50,8%, mentre per le nubili la riduzione è stata solo dell'8,8%; analogamente, per livelli di istruzione superiori a quello elementare la riduzione tra il 1981 e il 1991 (anni per cui sono disponibili i denominatori) è stata quasi tre volte maggiore rispetto a quella osservata per il livello elementare; anche la condizione di occupata è risultata caratterizzata da una riduzione, tra gli stessi anni censuari, del 30%, rispetto alla riduzione del 12,5%, per la condizione di casalinga (Tab. 68-4). La variazione dei tassi di abortività specifici per età, dal 1983 al 2002, è mostrata in Tabella 68-5.

Per inciso, le distribuzioni percentuali delle IVG per le modalità delle variabili socio-demografiche hanno subito un cambiamento nel tempo, in conseguenza dei diversi differenziali di riduzione dei corrispondenti tassi specifici di abortività, con un aumento delle percentuali corrispondenti a quel-

Tab. 68-3. Percentuali di IVG di donne con precedente esperienza abortiva, Italia 1988-2000

% aborti ripetuti	ANNO														
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Osservati	30.1	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0	24.5	24.6	24.9	24.2	24.3
Attesi*	35.5	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8	44.1	44.2	44.4	44.5

*Secondo il modello matematico sviluppato in: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Ann Ist Super Sanità 1988; 34: 331-338.

Tab. 68-4. Tassi specifici di abortività per stato civile, istruzione ed occupazione, Italia 1981-2001

Condizione	ANNO			Var%
	1981	1991	2001	
Stato civile				
Coniugata	17,7	11,6	8,7	- 50,8
Nubile	11,4	10,2	10,4	- 8,8
Istruzione				
Elementare	16,9	14,7	n.d.	- 13,0
Media inferiore	21,9	14,1	n.d.	- 35,6
Media sup. o laurea	14,2	9,0	n.d.	- 36,6
Occupazione				
Occupata	14,6	10,2	n.d.	- 30,1
Casalinga	21,6	18,9	n.d.	- 12,5

n.d.: dati non disponibili.

le modalità i cui tassi specifici sono diminuiti di meno. È pertanto un grave errore tecnico interpretare l'incremento percentuale come un incremento della tendenza ad abortire per la condizione considerata.

In ogni caso si deve tener conto dell'effetto della modificazione della composizione della popolazione per classe di età, titolo di studio e occupazione nel corso dei decenni: le donne oggi quarantenni presentano una distribuzione per titolo di studio e occupazione diversa da quella delle quarantenni di 20 anni fa.

I servizi coinvolti e le procedure adottate

Nonostante lo specifico richiamo della legge 194/78, l'uso dei consultori familiari per la certificazione è modesto. Infatti, mediamente tra il 25% e il 33% delle certificazioni in questi anni è stato rilasciato dai medici consultoriali. Negli ultimi anni si è osservato un incremento del ricorso al consultorio dovuto al maggior ricorso a tale servizio da parte delle donne immigrate.

Una ragione di questo scarso ricorso a servizi specificamente deputati alle attività di promozione della salute riproduttiva, risiede nella mancata messa in rete, non solo per l'IVG, dei servizi consultoriali con gli altri servizi sanitari tradizionali di primo, secondo e terzo livello. Al Sud questa carenza ha assunto dimensioni clamorose, accen-

Tab. 68-5. Tassi di abortività specifici per età, Italia 1983-2002

Classe di età (anni)	ANNI		Var (%)
	1983	2002	
< 20	8,0	7,5	- 6,3
20-24	23,6	15,8	- 33,2
25-29	27,6	14,8	- 46,4
30-34	25,2	13,3	- 47,4
35-39	23,6	10,7	- 54,7
40-44	9,8	5,0	- 49,3
45-49	1,2	0,5	- 61,8

tuate dalla maggiore scarsità dei consultori (non infrequentemente con organico incompleto e/o non stabile) sul territorio, dall'assenza, o dalla ridotta presenza della figura professionale abilitata a rilasciare la certificazione, quando non obietttrice. Sembra francamente incomprensibile non favorire un ruolo del consultorio come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre-IVG e per l'intervento. Dove ciò è stato fatto come espressione di una esplicita politica sanitaria, il ricorso al consultorio per la certificazione è stato superiore all'85%, con un beneficio riflesso per l'attuazione di programmi di prevenzione. In effetti, nelle Regioni con maggiore presenza consultoriale, o con maggiore quota di certificazioni rilasciate dai consultori, il tasso di abortività è diminuito più rapidamente.

Per l'esecuzione dell'intervento è risultato dominante il ruolo degli Istituti di cura pubblici, con alcune notevoli eccezioni, come, per esempio, la Puglia.

L'impiego dell'anestesia generale (84,9%, nel 2002) è molto elevato, soprattutto se si tiene conto che oltre l'80% degli interventi viene effettuato entro la decima settimana gestazionale. Sono evidenti i maggiori costi connessi con questa scelta, come è ampiamente documentato il maggiore rischio per la salute della donna. Non è confermata l'affermazione che sia la donna a richiedere l'anestesia generale, bensì sono spesso i servizi a proporre un'unica alternativa; inoltre, non è confermato che in seguito ad anestesia generale si abbia una minore percezione del dolore, rispetto a una anestesia locale ben praticata. Non si comprende come, nell'era della medicina basata sulle evidenze scientifiche e quando l'approccio scientifico viene rivendicato dai professionisti per la loro credibilità, si persista in questa procedura e non si attivino corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche.

La distribuzione delle IVG per tipo di intervento ha invece visto una positiva evoluzione con una riduzione del ricorso al raschiamento (dal 24,5% del 1983 al 14,0% del 2002) e un corrispondente incremento dell'isterosuzione con metodo Karman (dal 28,3% del 1983 al 61,8% del 2002).

I dati medi nazionali e anche quelli regionali, tuttavia, nascondono ampie differenze nelle tecniche impiegate, tra gli Istituti e tra le Cliniche, nelle singole Regioni. Complessivamente si può affermare che esistono ampi margini di recupero di appropriatezza ed efficienza, peraltro associati a una maggiore tutela della salute della donna. L'incidenza delle complicanze post-IVG, accertate durante il ricovero, conferma il livello di sicurezza garantito dalla legalizzazione. Anche la durata della degenza ha avuto una sostanziale riduzione soprattutto nel corso del primo decennio.

Possibilità di ulteriore riduzione del ricorso all'IVG

Indagini su conoscenze, attitudini e comportamenti riguardo la salute riproduttiva condotte recentemente in Italia tra gli/le adolescenti mostrano scarse conoscenze della fisiologia della riproduzione e delle malattie sessualmente trasmesse, a fronte di buoni livelli di responsabilità e desiderio di consapevolezza. Corsi di informazione ed educazione sessuale nel-

le scuole, impostati secondo la metodologia dell'"empowerment" e valutati con validi indicatori, devono essere generalizzati, perché sul lungo periodo il panorama dell'IVG venga radicalmente cambiato.

Indagini condotte sul percorso nascita, intervistando campioni probabilistici di donne che hanno partorito, mostrano la scarsa propensione dei professionisti che vengono a contatto con la donna a trattare il tema della ripresa dei rapporti sessuali e della contraccezione dopo il parto. Questo mancato intervento di promozione della procreazione responsabile è in contrasto con le raccomandazioni in tal senso presenti nelle relazioni al Parlamento sull'applicazione della legge 194/78 dei Ministri della Sanità dalla seconda metà degli anni ottanta e nonostante le indicazioni dell'ISS. Ciò costituisce una delle più gravi mancate opportunità (dello stesso livello della mancata offerta della vaccinazione contro la rosolia alle donne rubeotest negative o senza rubeotest), a fronte di un bisogno chiaramente espresso dalle donne. Altra mancata opportunità può verificarsi in occasione dell'offerta del Pap test, nei programmi di screening: l'offerta di counselling e sostegno sulla procreazione consapevole dovrebbe costituire un obbligo professionale, anche a testimonianza della capacità dei servizi di realizzare interventi integrati e non settoriali e frammentati. In questi programmi strategici è essenziale la modalità operativa dell'offerta attiva, cioè la capacità concreta di superare le barriere della comunicazione, che sono maggiori nei contesti caratterizzati da deprivazione sociale. Solo così può essere assicurata una più omogenea riduzione dei tassi specifici di abortività.

Una particolare attenzione va dedicata alla popolazione femminile immigrata, prevalentemente in età feconda, in condizioni in cui la necessità di controllo della fecondità è particolarmente accentuata, per gli aspetti sociali e culturali che le contraddistinguono. Probabilmente, l'offerta attiva del Pap test (particolarmente raccomandato per la possibile maggiore incidenza del tumore del collo dell'utero in queste popolazioni) può rappresentare la porta d'ingresso per il counselling e il sostegno della procreazione consapevole. Le associazioni comunitarie e le organizzazioni non governative rappresentano risorse preziose per il massimo coinvolgimento. Il sistema di sorveglianza è in grado di testimoniare l'efficacia degli interventi.

Bibliografia

- Boccuzzo G, Buratta V, Frova L, (a cura di). L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Argomenti n.9, ISTAT. Abete, Roma, 1997.
- De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1988; 34: 331-338.
- De Sandre P (a cura di). Indagine sulla fecondità in Italia 1979. Rapporto Generale Vol. I. Metodologia ed analisi. Bologna: Tecnoprint, 1982.
- Donati S, Medda E, Proietti S, et al. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *Eur J Obstetrics and Gynecology & Reproductive Biology* 1996; 70: 145-149.
- Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Rapporti ISTISAN 00/07 Istituto Superiore di Sanità Roma, 2000 (versione PDF in: <http://www.iss.it/scientifica/index.htm>)
- Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità*-1999; 35: 289-296.
- Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. Valutazione di sostegno e informazione alle partorienti. indagine nazionale. Rapporti ISTISAN 01/5 Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2001. (versione PDF in: <http://www.iss.it/scientifica/index.htm>).
- Figà Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. *Genus* 1976; 1-2(32): 91-107.
- Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. Epidemiology of legal abortion in Italy. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 343-351.
- Figà Talamanca I, Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contraccezione, Fertilità, Sessualità* 1986; 13: 263-269.
- Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, et al. Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione. Rapporti ISTISAN 91/25. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1991.
- Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>.
- Landucci Tosi S, Spinelli A, Pediconi M, Grandolfo ME, Timperi F, Figà Talamanca I. Interruzione volontaria di gravidanza in Italia-1983. Rapporti ISTISAN 85/5 Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1985.
- Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, marital status and education. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 98-105.
- Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2002, dati preliminari anno 2003). Presentata dal Ministro della Salute (Sirchia) CAMERA DEI DEPUTATI. Atti Parlamentari XIV Legislatura. Doc. XXXVII N. 7. 2004. <http://www.camera.it/>, <http://www.ministerosalute.it/>, <http://www.epicentro.iss.it/>.
- Spinelli A, Boccuzzo G. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia. In: Affronti M, Lupo M, Messina MR, Eds. Supplemento Atti della VI Consensus Conference sulle Migrazioni, Palermo 25-28 Maggio 2000. Università di Palermo. 2000, pp. 83-86.
- Tietze C. Induced Abortion. A world review, 1983. 5th ed. New York. Population Council, 1983 (A Population Council Fact Book).
- Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol* 1990; 6: 416-422.