



Rapporti ISTISAN

11/34



**Evoluzione
dell'interruzione volontaria di gravidanza
in Puglia dagli anni '80 al 2007**



ISSN 1123-3117

A cura di
M. Grandolfo, F. Lariccia,
S. Andreozzi e A. Spinelli

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza
in Puglia dagli anni '80 al 2007**

A cura di
Michele Grandolfo (a), Francesca Lariccia (b),
Silvia Andreozzi (a) e Angela Spinelli (a)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

11/34

Istituto Superiore di Sanità

Evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Puglia dagli anni '80 al 2007.

A cura di Michele Grandolfo, Francesca Lariccia, Silvia Andreozzi e Angela Spinelli
2011, 156 p. Rapporti ISTISAN 11/34

Il rapporto conclude l'intensa collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Regione Puglia per la sorveglianza epidemiologica dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) svoltasi dal 1983 al 2008, sulla base di una specifica convenzione. L'ISS ha provveduto annualmente al controllo, all'informatizzazione e all'analisi dei dati, restituendo tempestivamente i risultati alla Regione e all'Istituto Nazionale di Statistica. Inoltre, l'ISS, in collaborazione con i funzionari regionali, ha redatto rapporti regionali sull'evoluzione del fenomeno, nei quali sono state formulate proposte per la prevenzione dell'aborto e per il miglioramento della qualità dei servizi. Sono state anche organizzate indagini campionarie su conoscenze, attitudini e comportamenti relativi alla pianificazione familiare. I risultati evidenziano una diminuzione particolarmente elevata del ricorso all'IVG in Puglia e valutano le caratteristiche del fenomeno rispetto ad altre regioni e per provincia; sono inoltre presentate indicazioni per la prevenzione, per il controllo dei dati e il nuovo sistema informativo regionale per l'IVG.

Parole chiave: Interruzione Volontaria di Gravidanza; Salute riproduttiva; Italia

Istituto Superiore di Sanità

Induced abortion in Puglia between 1980 and 2007.

Edited by Michele Grandolfo, Francesca Lariccia, Silvia Andreozzi and Angela Spinelli
2011, 156 p. Rapporti ISTISAN 11/34 (in Italian)

The specific agreement, made between the Istituto Superiore di Sanità (ISS, the National Institute of Health in Italy) and the regional authorities of Apulia, has resulted in an intense collaboration between the two authorities for the monitoring and the study of the epidemiology of induced abortion between 1983 and 2008. Every year in the period, the ISS has checked and analysed the regional data and has submitted the results to both the regional health authority and ISTAT, the Italian Central Statistical Office. Further, the ISS has collaborated with regional experts to produce reports on the evolution of induced abortion in the period, in which there have been proposals of interventions for prevention and suggestions for improving abortion services. Also, sample surveys of knowledge, attitudes and practice of family planning have been conducted. The results, which show a notable decrease in the number of women seeking the termination of pregnancy in Apulia, have been compared and contrasted with those of other regions and within the five provinces of Apulia. Furthermore, suggestions for checking and improving data quality, the new computer-based information system started in 2007, and strategies for prevention have been presented.

Key words: Induced abortion; Reproductive health; Italy

Si ringraziano il dott. Carlo Di Cillo e il dott. Giuseppe Martinelli dell'Assessorato alla Sanità Regione Puglia e tutti gli operatori dei Servizi IVG in Puglia per la raccolta dati.

Per informazioni su questo documento scrivere a: angela.spinelli@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Grandolfo M, Lariccia F, Andreozzi S, Spinelli A (Ed). *Evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Puglia dagli anni '80 al 2007*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (Rapporti ISTISAN 11/34).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



INDICE

Introduzione	
<i>Michele Grandolfo</i>	1
L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia dalla legge ad oggi	
<i>Michele Grandolfo, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Angela Spinelli</i>	3
Prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza	
<i>Michele Grandolfo, Angela Spinelli</i>	13
Flusso informativo delle interruzioni volontarie di gravidanza all'ISTAT	
<i>Marzia Loghi</i>	20
Abortività volontaria in Italia e in Puglia	
<i>Francesca Lariccia, Michele Grandolfo</i>	37
Evoluzione dell'abortività volontaria in Puglia secondo alcune caratteristiche della donna	
<i>Francesca Lariccia</i>	43
Storia riproduttiva	
<i>Francesca Lariccia</i>	63
Servizi e procedure operative relativi all'interruzione volontaria di gravidanza	
<i>Francesca Lariccia</i>	70
Fenomeno delle migrazioni	
<i>Francesca Lariccia</i>	88
Il nuovo flusso di raccolta dati in Puglia dal 2007	
<i>Paolo Trerotoli, Nicola Bartolomeo, Gabriella Serio</i>	97
APPENDICE A	
Nota metodologica: definizioni e metodologie d'analisi	107
APPENDICE B	
Tavole statistiche	115

INTRODUZIONE

Michele Grandolfo*

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Dal 1983 al 2008, su richiesta della regione Puglia, è stata operante una collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per la sorveglianza epidemiologica dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG).

L'ISS ha provveduto ogni anno al controllo, all'informatizzazione e all'analisi dei modelli D.12 Dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativi alle IVG effettuate negli istituti di cura pubblici e nelle cliniche convenzionate della regione Puglia, inviando il formato elettronico all'ISTAT ed elaborando il questionario trimestrale e annuale predisposti dall'ISS stesso nell'ambito del sistema di sorveglianza nazionale.

Oltre al ritorno dell'informazione, l'ISS, in collaborazione con i funzionari regionali, ha provveduto a redigere rapporti sull'evoluzione del fenomeno in Puglia (1-6), nei quali sono state formulate proposte per la prevenzione dell'aborto e per il miglioramento della qualità dei servizi impegnati nell'applicazione della legge 194/1978. Inoltre ha organizzato indagini campionarie su conoscenze, attitudini e comportamenti relativi alla pianificazione familiare (7-9).

Nel corso degli anni novanta sono stati organizzati numerosi convegni, corsi e incontri di studio sulla riqualificazione dei consultori familiari secondo le raccomandazioni proposte dal Comitato Operativo Materno Infantile istituito dal Ministro Donat Cattin presso il Centro Studi del Ministero della Sanità, 1987-1989 (10), a cui ha fatto seguito lo stanziamento di 25 miliardi per il potenziamento e la riqualificazione dei consultori familiari a molte regioni del Sud, tra le quali la Puglia, in cui la consistenza dei Consultori Familiari era deficitaria. Grazie a tali finanziamenti i consultori familiari della regione sono stati coinvolti, con il supporto dell'ISS, nella progettazione operativa e nell'implementazione delle strategie di prevenzione dell'aborto.

Il Progetto Operativo Materno Infantile (11), varato nel 2000 e redatto con il contributo determinante dell'ISS, conferma le iniziali indicazioni del succitato Comitato Operativo Materno Infantile ribadendo l'importanza dell'offerta attiva. Grazie alla collaborazione con la regione Puglia e con altre regioni, l'ISS ha potuto eseguire studi e ricerche, anche operative, che sono state alla base delle proposte che l'Istituto ha avanzato nelle sedi istituzionali (Ministero della Sanità e Parlamento) e a fornire al Paese un quadro epidemiologico completo dell'IVG.

Il presente rapporto conclude l'intensa collaborazione tra ISS e regione Puglia grazie al rapporto convenzionale. I risultati presentati sottolineano l'importanza di questa raccolta dati. L'ISS rimane a disposizione della regione, come delle altre, per ogni consulenza sulle attività di prevenzione e sulla qualità operativa dei servizi direttamente o indirettamente coinvolti nell'applicazione della legge 194/1978.

Oltre all'Introduzione il rapporto è costituito da nove capitoli e due Appendici (A e B). Nel primo capitolo viene effettuata una panoramica sull'evoluzione del ricorso all'aborto volontario, sui fattori che l'hanno caratterizzata e sulla qualità dei servizi chiamati ad applicare la legge. Nel secondo capitolo vengono formulate le linee di indirizzo per il miglioramento della qualità dei servizi e per l'implementazione di interventi per la promozione della procreazione consapevole e, quindi, per la riduzione ulteriore del rischio di ricorso all'IVG. Nel terzo capitolo viene rappresentato il flusso informativo e il controllo di qualità dello stesso.

* dal 2010 collabora come esperto esterno

Nei capitoli 4-9 viene riportata l'analisi dell'evoluzione del fenomeno in Puglia (caratteristiche socio-demografiche, storia riproduttiva, servizi e procedure operative, movimenti migratori intra e interregionali e nuova informatizzazione del flusso informativo in Puglia). La particolarità della Puglia quale unica regione del Sud ad aver sostanzialmente eliminato l'aborto clandestino, rende tale analisi dell'evoluzione del fenomeno abortivo particolarmente interessante.

L'Appendice A descrive sinteticamente gli indicatori usati e la fonte e qualità dei dati necessari per la loro costruzione.

L'Appendice B riporta tutte le tavole statistiche citate nel testo.

Bibliografia

1. Di Cillo C, Dellisanti G, Vollono C, Grandolfo ME, Lauria L, Pediconi M, Savelli L, Spinelli A, Timperi F. *Interruzione volontaria di gravidanza in Puglia nell'anno 1983*. Bari: Centro litografico della Giunta Regionale; 1985.
2. Di Cillo C, Dellisanti G, Grandolfo ME, Lauria L, Pediconi M, Savelli L, Spinelli A, Timperi F, Vollono C. *Interruzione volontaria di gravidanza in Puglia: anno 1984*. Bari: Centro litografico della Giunta Regionale; 1987.
3. Di Cillo C, Grandolfo M, Spinelli A, Andreozzi S, De Blasio R, Lauria L, Medda E, Pediconi M, Timperi F. *Interruzione volontaria di gravidanza in Puglia negli anni 1985, 1986 e 1987*. Manduria (TA): Industria grafica; 1991.
4. Di Cillo C, Vacca Z, Martinelli G, Grandolfo M, Spinelli A, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Donati S, Medda E. *Interruzione volontaria di gravidanza in Puglia negli anni 1988 e 1989*. Bari: Centro litografico della Giunta Regionale; 1992.
5. Castiglione G, Vacca Z, Martinelli G, Grandolfo M, Spinelli A, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Donati S, Medda E. *Interruzione volontaria di gravidanza in Puglia negli anni 1990 e 1991*. Bari: Centro litografico della Giunta Regionale; 1995.
6. Mengano A, Martinelli G, Vacca Z, Castiglione G, Grandolfo M, Spinelli A, Timperi F, Pediconi M, Andreozzi S, Donati S, Salinetti S, Bucciarelli M. *Interruzione volontaria di gravidanza in Puglia negli anni 1992-1993*. Bari: Centro litografico della Giunta Regionale; 1997.
7. Spinelli A, Grandolfo M, Pediconi M, Donati S, Medda E, Stazi MA, Timperi F, Andreozzi S, Di Cillo C, Martinelli G. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: 1989-1990*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1993. (Rapporti ISTISAN 93/34).
8. Di Cillo C, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Pediconi M, Stazi MA, Spinelli A, Timperi F, Lauria L. *Indagine CAP (conoscenza, attitudine, pratica) sulla pianificazione familiare in Puglia*. Manduria (TA): Industria grafica; 1991.
9. Di Cillo C, Martinelli G, Andreozzi S, Donati S, Grandolfo M, Medda E, Spinelli A, Stazi MA. Il ruolo dei consultori familiari nella prevenzione della interruzione volontaria della gravidanza: indagine sulla conoscenza, attitudine e pratica alla pianificazione familiare in Puglia. *Contraccezione, fertilità, sessualità* 1995;22(1):19-25.
10. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25). Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_1.1140529013.pdf e http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_2.1140529013.pdf.
11. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile. DM 24/4/2000. *Gazzetta Ufficiale* n. 131. Suppl. Ord. n. 49 del 7/6/2000.

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA IN ITALIA DALLA LEGGE AD OGGI

Michele Grandolfo*, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli,
Angela Spinelli
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

Lo studio dell'evoluzione dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) veniva chiaramente indicato come priorità dallo stesso legislatore nella legge 194/1978, 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 D.12 dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), 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, da una parte, e le Regioni e le Province autonome, dall'altra, in stretta collaborazione con l'ISTAT (Figura 1). I modelli D.12, 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 e annuale, predisposto dall'ISS, nel quale vengono riportate le distribuzioni per le modalità di ogni variabile contenuta nel modello D.12. 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.

* dal 2010 collabora come esperto esterno

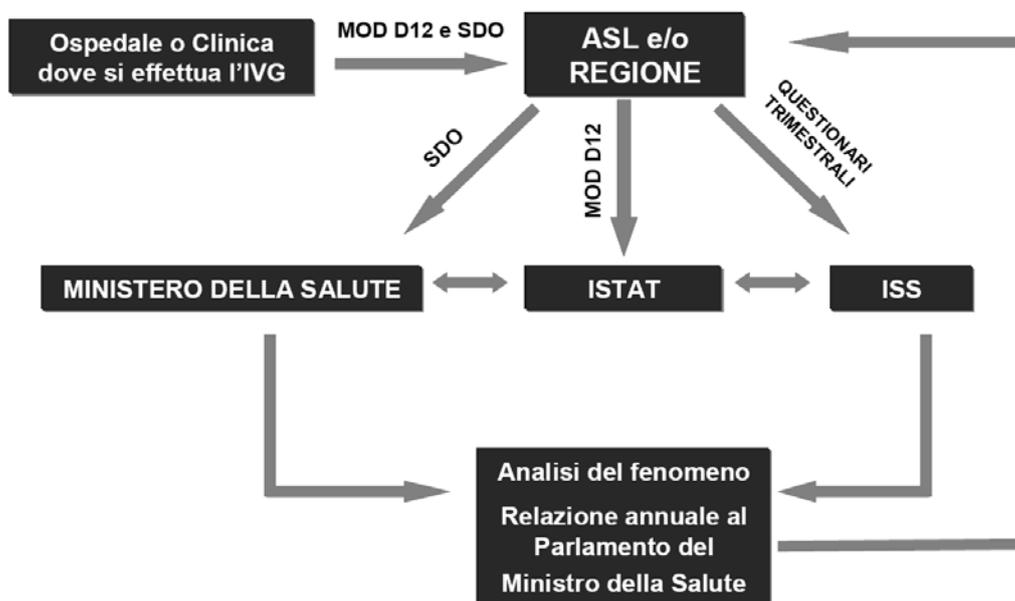


Figura 1. Flusso informativo del Sistema di sorveglianza delle IVG

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 sulle 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 con vari metodi stime dell'aborto volontario clandestino, risultate variabili tra 220 e 600 mila casi per anno (1). Una conferma dell'esistenza e dell'entità del fenomeno poteva anche essere dedotta dall'eccesso di incidenza notificata (notificazione obbligatoria) di aborto spontaneo, eccesso plausibilmente connesso a ricoveri

dichiarati per aborto spontaneo ma conseguenza di complicazioni in seguito ad aborto volontario clandestino. In effetti, l'abortività spontanea notificata si dimezzò subito dopo la legalizzazione dell'IVG (2,3).

Dalla legalizzazione fino al 1982 l'andamento del fenomeno espresse la più o meno rapida e completa emersione dalla 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 (234801) più elevati. Da allora si è avuto un decremento costante dell'abortività: nel 2007 (Tabella 1) sono state notificate 126562 IVG e nel 2008, secondo i dati preliminari, 121406, pari a un tasso di abortività di 8,7 per 1000, con una riduzione rispetto al 1982 del 49,4% (4).

Tabella 1. Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia, 1982-2008

Indicatore	1982	1983	1991	1995	2000	2007	2008	Var%
IVG	234801	233926	160494	139549	135113	126562	121406	-48,3
Tasso di abortività	17,2	16,9	11,0	9,7	9,6	9,1	8,7	-49,4
Aborti clandestini (stima)	n.r.	100000	60000	43500	21100	n.d.	n.d.	-78,9
IVG cittadinanza straniera	n.r.	n.r.	n.r.	8967	21201	40224	n.d.	n.d.

n.d.: dati non disponibili; n.r.: dati non rilevati

Come risulta in Tabella 2, attualmente in Italia si ha un tasso di abortività tra i più bassi rispetto a quelli registrati negli altri Paesi industrializzati (4).

Tabella 2. Tassi di abortività: confronti internazionali

Paese	Anno di rilevazione (ultimo)	Tasso per 1000 donne 15-44 anni
Germania	2008	7,1
Italia	2007	10,7
Francia	2006	16,9
Inghilterra e Galles	2008	18,2
USA	2005	19,4
Ungheria	2006	22,3
Federazione Russa	2003	55,3

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 (vedi Tabella 1) ed è caratterizzata da un tasso di abortività almeno tre volte più alto di quello della popolazione con cittadinanza italiana (5). 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 2007, sul totale delle IVG effettuate, il 45,0% in Veneto e il 43,3% in Lombardia si riferiva a cittadine straniere, mentre tale

percentuale era pari a 8,9% in Puglia e 7,3% in Molise; complessivamente, in Italia il 32,2% di IVG ha riguardato donne straniere (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 (Figura 2).

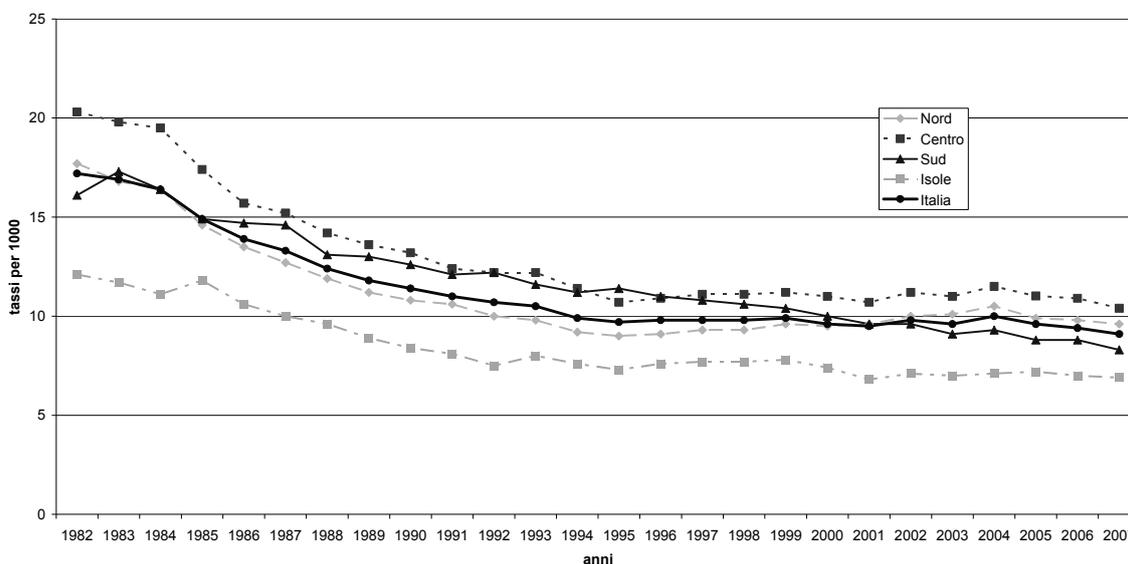


Figura 2. Tassi di abortività per area geografica, Italia 1982-2007

Stima della persistenza 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 (6), condotta nel 1979, riguardante donne coniugate di età 18-49 anni, è risultata una progressa 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 (100000 aborti), a conforto di una loro plausibilità (7). Da notare che la somma dell'aborto legale e di quello clandestino, 350000, ammontava, nel 1983, alla stima scientificamente più affidabile dell'aborto volontario prima della legalizzazione, ottenuta con uno dei tre modelli (1).

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 2000 il modello ha fornito una stima di 21100 aborti (-78,9%, rispetto al 1983), oltre il 90% localizzato al Sud (*vedi* Tabella 1). Successivamente è stato difficile applicare il modello a causa dell'aumento del contributo delle donne straniere per le quali non sono noti i valori dei parametri necessari alla costruzione del modello.

Il ricorso all'aborto, come ultima ratio e non come scelta di elezione

Nel 1983, le distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile, parità ed età mostravano (8) 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, Repubblica Federale Tedesca, Ungheria e Cecoslovacchia (9).

Il fenomeno abortivo 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 (10).

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 dopo che si era instaurata una gravidanza indesiderata (10).

Ecco perché, come era avvenuto negli altri Paesi che avevano legalizzato l'aborto, anche in Italia era ipotizzabile, che la legalizzazione potesse favorire 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 servizi 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.

L'evoluzione del fenomeno ha confermato questa ipotesi e la validità del modello dell'empowerment (promozione della riflessione sui vissuti e sviluppo di consapevolezze e competenze per scelte autonome) delle donne.

Infatti, stimato con un modello matematico (11) 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 2007, a fronte di un valore atteso del 44,7% di aborti ripetuti, la percentuale osservata è stata del 26,9% (Figura 3, Tabella 3).

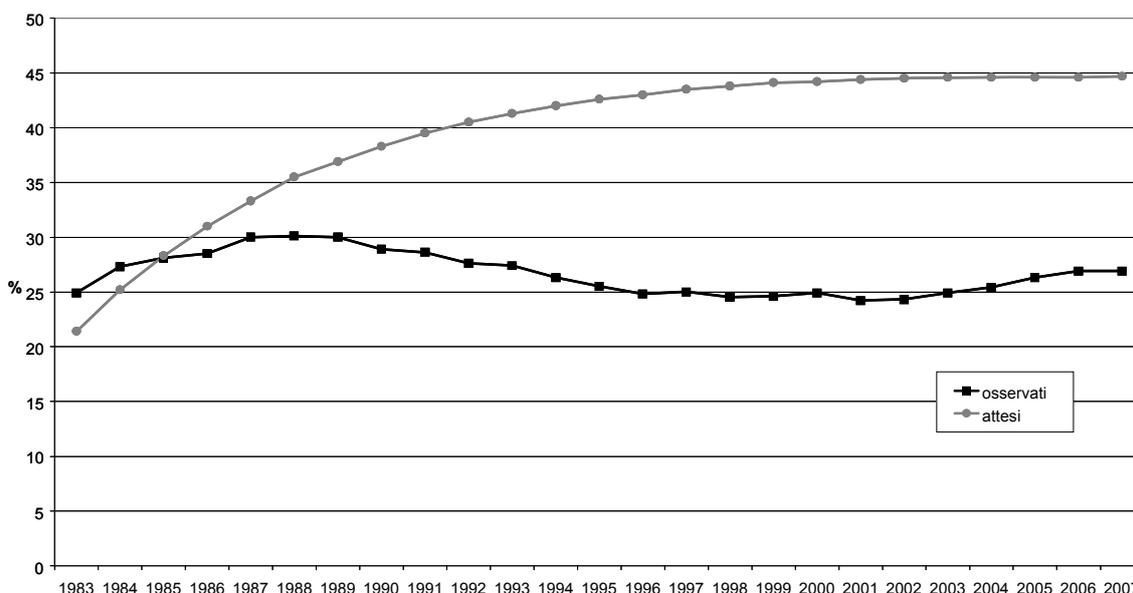


Figura 3. Andamento (%) delle IVG di donne con precedente esperienza abortiva, Italia 1983-2007

Tabella 3. Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) Italia 1989-2007

% aborti ripetuti	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2007
osservati	30,0	28,9	27,6	26,3	24,8	24,5	24,9	24,3	25,4	26,3	26,9	26,9
attesi	36,9	38,3	40,5	42,0	43,0	43,8	44,2	44,5	44,6	44,6	44,6	44,7

Inoltre, la validità dell'ipotesi che 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 2004 si è avuta una riduzione del tasso di abortività per le coniugate del 54,2%, mentre per le nubili la riduzione è stata solo del 11,4%; 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 (Tabella 4).

Tabella 4. Tassi specifici di abortività per stato civile, istruzione e occupazione, Italia 1981-2004

Condizione	1981	1991	2004	Var %*
Stato civile				
coniugata	17,7	11,6	8,1	-54,2
nubile	11,4	10,2	10,1	-11,4
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

* per lo stato civile dal 1981 al 2004, per istruzione e occupazione dal 1981 al 1991; n.d.: dati non disponibili

La variazione dei tassi di abortività specifici per età, dal 1983 al 2006, è mostrata in Tabella 5.

Tabella 5. Tassi di abortività per età, 1983-2006

Classi di età (anni)	anni		Variazione* %
	1983	2006	2006/1983
<20	8,0	7,8	-2,5
20-24	23,6	15,9	-32,6
25-29	27,6	15,2	-44,9
30-34	25,2	13,0	-48,4
35-39	23,6	10,5	-55,5
40-44	9,8	4,7	-52,0
45-49	1,2	0,5	-58,3

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 quelle 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 va considerato l'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 (12).

Funzionamento dei servizi coinvolti nella applicazione della legge

Nonostante lo specifico richiamo della legge 194/1978, l'uso dei consultori familiari per il rilascio della documentazione e la certificazione per l'IVG è modesto. Infatti, mediamente tra il 25% e il 35% delle certificazioni in questi anni è stato rilasciato dai medici consultoriali. 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, accentuate 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 obiettiva. 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 benefico 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 (10).

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 (86,8%, nel 2007) 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, e il maggiore rischio per la salute della donna (13, 14). Non è confermata l'affermazione che sia la donna a richiedere l'anestesia generale (13), 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 (15). 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.

È da tener presente inoltre che il tipo di anestesia impiegato influisce sul numero di analisi pre-IVG richieste, anche se in ogni caso si può parlare di uno spropositato eccesso rispetto a quanto raccomandato sulla base delle prove scientifiche (14), oltre a variazioni consistenti tra i centri.

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 all'11,2% del 2007) e un corrispondente incremento dell'isterosuzione con metodo Karman (dal 28,3% del 1983 al 63,3% del 2007).

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.

Conclusioni

Il sistema di sorveglianza delle IVG ha permesso di acquisire una conoscenza dell'evoluzione del fenomeno con una qualità, in termini di rapidità, completezza e accuratezza che non ha uguali nel contesto internazionale e, a livello nazionale, rispetto ad altri eventi sociosanitari.

L'evoluzione del fenomeno ha caratteristiche tali da confermare la validità dell'assunzione che il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma conseguenza estrema del fallimento dei metodi di procreazione responsabile impiegati per il controllo della fecondità. Fallimento dovuto all'impiego dei metodi con più alta probabilità di insuccesso e/o all'uso scorretto di tali metodi.

Le indagini epidemiologiche e le ricerche, condotte in seguito alle sollecitazioni di approfondimento delle conoscenze scaturite dall'analisi dei dati del sistema di sorveglianza, hanno confermato ulteriormente che le conoscenze concrete sulla fisiologia della riproduzione e sui metodi per la procreazione responsabile erano scadenti, a fronte di una attitudine positiva al loro uso.

Quindi, programmi di prevenzione dell'aborto devono fondarsi secondo il modello della promozione della salute, così come viene delineata dalla Carta di Ottawa del 1986, secondo la quale l'obiettivo deve essere l'aumentata capacità di controllo sullo stato di salute da parte delle persone e delle comunità, cioè secondo il modello dell'empowerment (16, 17).

Nel capitolo successivo, dedicato alla prevenzione dell'IVG, vengono formulate le strategie operative possibili.

Bibliografia

1. Figà Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. *Genus* 1976;1-2(32):91-107.
2. Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. Epidemiology of legal abortion in Italy. *Int J Epidemiol* 1986; 15 : 343-351.
3. 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.
4. Ministero della Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. *Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78) - Dati definitivi anno 2007, dati preliminari anno 2008*. Roma: Ministero della Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1010_allegato.pdf (relazione), http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1010_ulterioriallegati_ulteriore_allegato_0_alleg.pdf (tabelle); ultima consultazione 6/7/2011.
5. Loghi M, D'Errico A, Spinelli A. Abortività volontaria da donne straniere. In: Ricciardi W, Murianni L (Ed.). *Rapporto Osservasalute 2008*. Milano, Edizione Italiana Prex, 2008. p. 88-292.
6. De Sandre P (Ed.). *Indagine sulla fecondità in Italia 1979. Rapporto Generale Vol. I. Metodologia ed analisi*. Bologna: Tecnoprint, 1982.
7. Figà Talamanca I, Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contraccezione, Fertilità, Sessualità* 1986;13:263-9.
8. Landucci Tosi S, Spinelli A, Pediconi M, Grandolfo ME, Timperi F, Figà Talamanca I. *Interruzione volontaria di gravidanza in Italia-1983*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1985. (Rapporti ISTISAN 85/5).

9. Tietze C. *Induced Abortion. A world review, 1983*. 5th ed. New York. Population Council, 1983 (A Population Council Fact Book).
10. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25). Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_1.1140529013.pdf e http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_2.1140529013.pdf; ultima consultazione 6/7/2011
11. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1988;34:331-8.
12. Boccuzzo G, Buratta V, Frova L (Ed.). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*. (Argomenti n. 9). Roma: ISTAT; 1997.
13. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol* 1990;6:416-22.
14. World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. WHO: Geneva; 2003.
15. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, Grandolfo ME. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *Eur J Obstetrics and Gynecology & Reproductive Biology* 1996;70:145-9.
16. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>; ultima consultazione 1/9/2011.
17. *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute. 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada*. Disponibile all'indirizzo: http://www.dors.it/alleg/0400/1986_Carta%20Ottawa%20OMS.pdf; ultima consultazione 1/9/2011.

PREVENZIONE DELL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Michele Grandolfo*, Angela Spinelli
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

I risultati acquisiti con il sistema di sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e quelli aggiuntivi ottenuti con indagini e ricerche di approfondimento hanno permesso, dopo pochi anni dall'applicazione della legge 194/1978, di ipotizzare una evoluzione del fenomeno in diminuzione costante.

Il contributo maggiore all'IVG riguardava donne con uno o più figli, in contrasto con quanto si osservava in altri Paesi europei occidentali (nel 1983 tale percentuale era 75,4% in Italia, 33,5% in Inghilterra, 51,2% in Francia e 53,2% nella Repubblica Federale Tedesca).

Le indagini evidenziavano che il numero medio di figli desiderati era (ed è) pari a 2; che si era in presenza di una consistente (70-80%) attitudine a evitare gravidanze indesiderate con i metodi della procreazione responsabile, anche se ricorrendo a quelli a più scarsa efficacia o utilizzandoli in modo scorretto, vista la scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e del funzionamento dei metodi stessi.

Il ricorso all'IVG non risultava, quindi, una scelta d'elezione ma un'ultima ratio susseguente il fallimento e/o l'uso scorretto dei metodi impiegati per la procreazione responsabile.

Emergeva con forza la saggezza del legislatore nell'indicare nel consultorio familiare il luogo privilegiato per la prevenzione del ricorso all'aborto: la capacità operativa di questi servizi innovativi avrebbe inciso positivamente sull'evoluzione del fenomeno. La capacità operativa dipendeva dalla loro esistenza, dall'aver un organico completo e stabile e con personale medico non obiettore; tale capacità purtroppo non era garantita in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Dopo poco più di un decennio di applicazione della legge un Comitato Operativo Materno Infantile, istituito presso il Ministero della Sanità dal Ministro Donat Cattin e presieduto dal prof. Elio Guzzanti, emanava raccomandazioni per la riqualificazione e il potenziamento dei consultori familiari (1), dopo aver preso atto delle conoscenze disponibili grazie al sistema di sorveglianza e alle ricerche di approfondimento. L'evoluzione del fenomeno proseguiva negli anni successivi dando conferma alle ipotesi inizialmente formulate.

Le modalità della riduzione, più rapida per le donne più istruite, per le occupate e per le coniugate, stanno a dimostrare l'aumento della competenza e della consapevolezza delle donne e delle coppie nell'adozione efficace dei metodi per la procreazione responsabile dopo la legalizzazione dell'aborto, grazie alla maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e la specifica attività svolta dai consultori familiari in termini di counselling approfondito, svolto con le donne/coppie frequentanti il consultorio, o offerto attivamente nel contesto di altri programmi, come il percorso nascita e la prevenzione dei tumori femminili. Di particolare rilievo, infine, è stata l'attività svolta con i corsi di informazione ed educazione sessuale nelle scuole e con l'organizzazione di spazi-adolescenti.

* dal 2010 collabora come esperto esterno

Le persone con maggiori competenze di partenza hanno maggiormente e più rapidamente beneficiato della maggiore circolazione dell'informazione sulla procreazione responsabile e dell'attività dei servizi.

La più lenta riduzione del ricorso all'interruzione di gravidanza per le donne in condizioni di maggiore deprivazione sociale sta a rappresentare una non ottimale capacità di offerta attiva della promozione della salute, soprattutto a causa delle carenze di risorse (ridotto numero di consultori e carenze di organico necessari per l'offerta attiva).

Possibilità di ulteriore riduzione del ricorso all'IVG

Il problema costituito dal ricorso all'aborto ha sollecitato diversi approcci i cui esiti permettono di concludere con buona sicurezza che quello costituito dalla legalizzazione produce il risultato più auspicabile come male minore, in Italia come altrove. Alla legalizzazione è seguita una riduzione più o meno rapida e più o meno sostanziale del ricorso complessivo all'aborto, le differenze essendo associate alla qualità delle politiche di promozione della procreazione responsabile e consapevole; la sostanziale scomparsa o la riduzione ai minimi termini dell'aborto clandestino ha tra l'altro comportato l'eliminazione della mortalità e morbosità materna ad esso associata (2, 3).

Va rilevato che laddove è stata temporaneamente modificata la legislazione in termini di eliminazione della legalizzazione dell'aborto, per favorire una ripresa della natalità, si è osservato un aumento della mortalità materna senza alcuna modificazione del trend precedente della natalità; il ripristino della legalizzazione aveva come immediata conseguenza il ritorno della mortalità materna al trend precedente. L'esempio più famoso è quello della Romania (Figura 1) dove l'aborto fu legalizzato nel 1957 al fine di evitare le morti per questo evento (3).

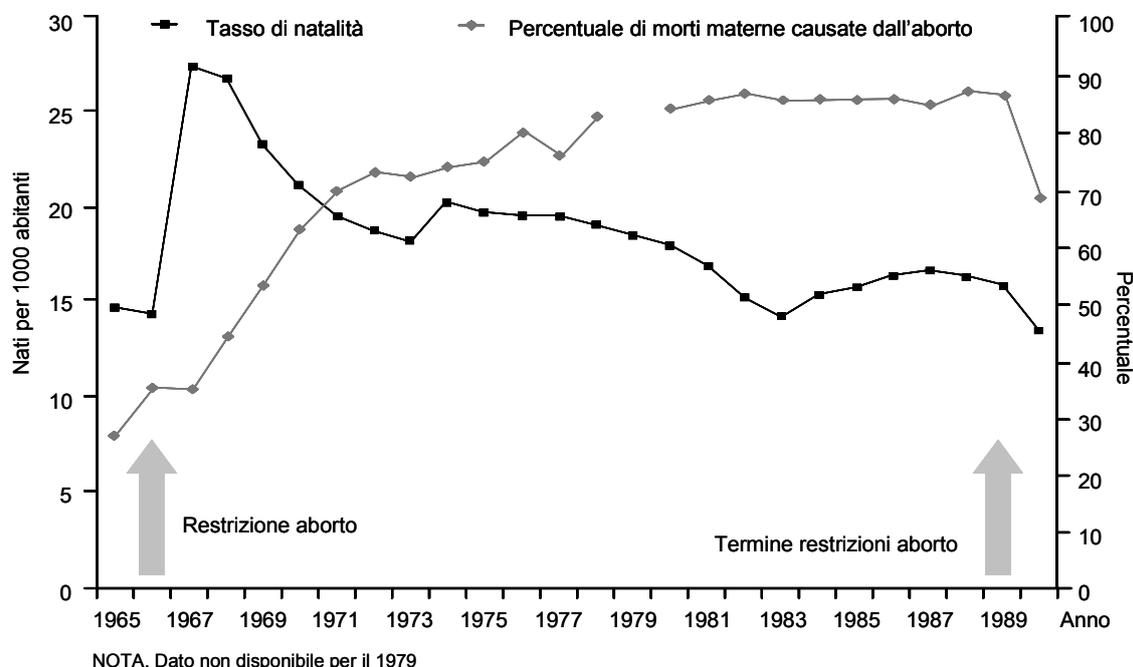


Figura 1. Nati vivi e percentuale di morti materne dovute ad aborto, Romania, 1965-90

Tuttavia nel 1966 il governo, per cercare di aumentare la natalità, limitò la possibilità di abortire ai soli casi di pericolo di vita o quando la donna aveva almeno 45 anni o 4 figli. Queste imposizioni portarono ad un aumento del tasso di natalità solo nel 1967. Infatti già dal 1968 la natalità cominciò a diminuire e nel 1983 raggiunse i livelli del 1966. Nel frattempo si verificò un aumento della mortalità materna che passò da 20 per 100.000 nati nel 1965 a 148 nel 1989 rappresentando l'aborto l'87% di tutte le cause di queste morti.

Nel 1989, dopo la caduta del governo Ceausescu la legge sull'aborto fu nuovamente modificata e l'effetto fu di un'immediata diminuzione della mortalità materna, 68 per 100.000 nati nel 1990 e successivamente di una riduzione del ricorso all'aborto (3, 4).

In effetti natalità e abortività costituiscono fenomeni sostanzialmente disgiunti: una politica sociale in grado di determinare un aumento del numero di figli voluto e avuto può non modificare il ricorso all'aborto in modo significativo se non è associata alla promozione della procreazione responsabile, unica in grado di ridurre significativamente il rischio di gravidanze indesiderate. In effetti si possono osservare Paesi in cui è operativa una politica che promuove socialmente le nascite, pur avendo tassi di abortività maggiori che in Italia, quindi con maggior ricorso all'aborto, molto presumibilmente per le modalità non adeguate di promozione della procreazione responsabile: in tali Paesi si riconoscono modelli operativi basati sulla direttività, piuttosto che sullo sviluppo di competenze e consapevolezza, con un approccio settoriale e frammentato e con una indicazione verso alcuni metodi della procreazione responsabile piuttosto che altri, giudicati astrattamente a bassa efficacia da parte degli operatori. L'approccio in termini di empowerment implica che sia la donna e/o la coppia a dover fare la scelta, sulla base delle proprie condizioni fisiche, relazionali, psicologiche, culturali ed etiche, essendo invece compito del professionista quello di illustrare tutte le possibilità e sostenere la donna e la coppia perché il metodo scelto sia applicato in modo da massimizzarne l'efficacia nella pratica.

La peculiarità italiana dell'esistenza dei consultori familiari è la ragione della differenza, che potrebbe essere di gran lunga maggiore se i consultori familiari venissero potenziati e riqualificati secondo le indicazioni strategiche del Progetto Obiettivo Materno Infantile (5), peraltro norma attualmente vigente.

La prevenzione del ricorso all'aborto si può esplicitare in tre diverse modalità, alla luce dell'assunzione dell'aborto come estrema ratio e non come scelta d'elezione.

Il più importante contributo in assoluto è dato dai programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili (per la quota in età feconda della popolazione bersaglio) e, con risultati a medio – lunga scadenza, con i programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli/le adolescenti nelle scuole e nei conseguenti “spazi giovani” presso le sedi consultoriali. A fare il resto rimane l'attività di counselling a chi si rivolge spontaneamente al consultorio sia per una esplicita richiesta di sostegno per la procreazione responsabile, sia per altre motivazioni a partire dalle quali, con l'arte della maieutica, si può far emergere un bisogno ancora non espresso.

Un secondo contributo si ottiene attraverso l'effettuazione di uno o più colloqui con membri di una équipe professionalmente qualificati, come quelli consultoriali, al momento della richiesta del documento di presa d'atto della volontà della donna (firmato dal medico di sua fiducia e dalla donna stessa) ed eventualmente della certificazione attestante le condizioni di urgenza che autorizza la donna stessa a richiedere l'IVG senza attendere i 7 giorni per l'eventuale ripensamento come previsto dalla legge. A tale proposito va detto che il modello D.12 ISTAT scorrettamente chiama l'atto del documento certificazione, lasciando intendere, travisando la legge, che non è lasciata alla donna l'ultima parola; la certificazione, di esistenza di condizioni di urgenza, non autorizza il ricorso all'IVG ma solo a non attendere i 7 giorni per l'effettuazione dell'intervento. Per tale motivo la legge non prevede la possibilità di opporre obiezione di coscienza per la sottoscrizione del documento ed è illegittimo farlo. Anche

ammettendo tale possibilità, va ribadito che chi svolge una funzione di sanità pubblica, dal medico di medicina generale a tutte le altre figure mediche impegnate direttamente o su base convenzionale nel servizio sanitario nazionale, ha l'obbligo di indirizzare efficacemente la donna perché possa tempestivamente percorrere l'iter previsto dalla legge. Chi ha responsabilità politica, amministrativa e tecnica di gestione dei servizi sanitari ha l'obbligo di assicurare che il dettato della legge sia rispettato.

In uno studio pilota condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in cui il consultorio era stabilito come sede per la prenotazione dell'intervento di interruzione e quindi passava per il servizio tutta la popolazione che intendeva interrompere la gravidanza (per inciso, in tale contesto l'85% delle donne chiedeva direttamente il documento/ certificazione in consultorio), si è potuto verificare che il 5% delle donne ritornava sulla sua decisione in seguito al colloquio e veniva sostenuta per il proseguimento della gravidanza (6).

Una terza possibilità di prevenzione riguarda la riduzione del rischio di aborto ripetuto, attraverso un approfondito colloquio (la cui accettazione dipende dalla modalità con cui viene offerto) mediante il quale si analizza le condizioni del fallimento del metodo impiegato per evitare la gravidanza e si promuove una migliore competenza. Tale colloquio dovrebbe essere molto opportunamente svolto in consultorio a cui la donna ed eventualmente la coppia dovrebbe essere indirizzata in un contesto di continuità di presa in carico, anche per una verifica di eventuali complicanze post-aborto. La condizione ideale, peraltro ripetutamente raccomandata dall'Istituto Superiore di Sanità, dovrebbe prevedere una specifica politica di sanità pubblica che, identificando il consultorio sede di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento, renda "conveniente" rivolgersi per il documento/certificazione a tale servizio, a cui si ritorna per il controllo post-IVG e per il counselling per la procreazione responsabile.

Originalità dei consultori familiari

Va sottolineato che i consultori familiari sono gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, possono svolgere attività di promozione della salute mediante lo schema concettuale dell'empowerment e dell'offerta attiva. I consultori familiari rappresentano una innovazione nel sistema tradizionale dei servizi sanitari perché la loro caratteristica e il modo di operare vengono valorizzati assumendo un modello sociale di salute e un modello di welfare basato sulla partecipazione e sull'empowerment, in contrasto con i tradizionali modello biomedico di salute e modello di welfare paternalistico-direttivo.

La mancanza di consultori familiari, l'assenza di personale deputato al rilascio del documento/certificazione e, in generale, le carenze di organico hanno ridotto le potenzialità di questi originali servizi di primo livello nell'attività di promozione della salute, a partire dalla salute riproduttiva. Introdotti in Italia almeno venticinque anni prima della presa di coscienza, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'importanza di tali servizi, essi dovrebbero rappresentare un vanto della sanità pubblica italiana. La maggiore riduzione del ricorso all'aborto osservata in Italia, rispetto ad altri importanti Paesi europei, è ragionevole associarla alla presenza dei consultori familiari.

Commissioni nazionali, istituite dalla fine degli anni ottanta presso il Ministero della Sanità, hanno costantemente riconosciuto l'importanza strategica dei consultori familiari e hanno raccomandato il loro potenziamento e riqualificazione, raccogliendo le proposte dell'Istituto Superiore di Sanità. Con conseguenze normative di tutto rilievo: dopo la prima commissione (1987-89) il Ministro Donat Cattin stanziò 25 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale al Sud; dopo la seconda commissione (1995-96) il Ministro Guzzanti fece varare la legge 34/1996, che ha stanziato 200 miliardi per il potenziamento dei consultori familiari in

tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di un consultorio ogni 20000 abitanti; la terza commissione (1998-2000) ha elaborato il Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato a giugno 2000 (con il Ministro Bindi) e attualmente ripreso integralmente nei Livelli Essenziali di Assistenza, varati a gennaio 2002 (con il Ministro Sirchia) (7).

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile assegna un ruolo centrale ai consultori familiari e delinea con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, i corrispondenti indicatori di esito, con il seguito degli indicatori di risultato e di processo e le azioni da svolgere mediante offerta attiva.

L'uniformità delle indicazioni rappresentate nei documenti elaborati dalle citate commissioni indica il livello di condivisione nel corso del tempo delle proposte formulate dall'Istituto Superiore di Sanità, proposte scaturite dalle analisi scientifiche dell'evoluzione dell'IVG, dagli studi e ricerche di approfondimento e dalla realizzazione di esperienze pilota. L'importanza strategica dei consultori familiari è stata sempre ribadita nel riconoscimento del loro importante ruolo nella prevenzione dell'aborto, sia in termini di promozione delle competenze sulla procreazione responsabile, sia nella attività di aiuto alle donne che si rivolgono per la richiesta di IVG e che, in seguito ad approfonditi colloqui con professionisti competenti, rivedono la decisione iniziale e vengono sostenute, anche con l'ausilio delle organizzazioni di volontariato, nel proseguimento della gravidanza.

Indagini dell'Istituto Superiore di Sanità, condotte nell'ultimo decennio sul percorso nascita, hanno evidenziato un maggior gradimento da parte delle intervistate dei servizi offerti dai consultori familiari pubblici (in particolare i corsi di accompagnamento alla nascita) e migliori esiti di salute per le mamme e i bambini in seguito all'esposizione ai servizi consultoriali, a dimostrazione che questi servizi sono particolarmente indicati e competenti nell'attività di promozione della salute (8).

C'è da rilevare con preoccupazione un processo di svilimento e di impoverimento dei consultori familiari, particolarmente accentuato negli ultimi tempi, nonostante la vigenza delle normative nazionali e nonostante le ripetute dimostrazioni di maggiore qualità ottenute con le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità. Vengono ostacolati i processi di integrazione, si riducono gli organici e si rendono meno stabili, si riducono le risorse assegnate, peraltro sempre state scarse. Si tratta di una evoluzione che non trova giustificazione ed è particolarmente grave, anche considerando che sono un riferimento importante per la popolazione immigrata. 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 (6).

Bisogni insoddisfatti di promozione della salute riproduttiva

Indagini su conoscenze, attitudini e comportamenti riguardo la salute riproduttiva condotte in Italia tra gli/le adolescenti (6) 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 nelle 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 (10, 11), 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. 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 (12). Probabilmente, l'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita e 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.

Conclusioni

Grazie al sistema di sorveglianza e alle ricerche di approfondimento è stato possibile delineare strategie operative di intervento per la riduzione del ricorso all'IVG. Le normative vigenti (POMI) le hanno fatte proprie e rappresentano l'obbligazione istituzionale per le Aziende sanitarie e i servizi. Quanto osservato ha ampiamente confermato che l'approccio in termini di empowerment è efficace e senza alternative. Ulteriori riduzioni dell'incidenza dell'IVG sono possibili offrendo attivamente quanto raccomandato dalla normativa nazionale, con particolare attenzione alle situazioni di maggiore svantaggio sociale, compresa la popolazione immigrata.

Il Sistema di sorveglianza delle IVG sarà in grado di testimoniare l'efficacia degli interventi.

Bibliografia

1. Camera dei Deputati. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 1993, dati preliminari anno 1994). Presentata dal Ministro della Sanità (Guzzanti). *Atti Parlamentari XII Legislatura*. Doc. XXXVII N. 2 Giugno 1995.
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007;370:1338-45.
3. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368:1908-19.
4. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion – lesson from Romania. *American Journal of Public Health* 1992;82 (10):1328-31.
5. Ministero della Sanità. Progetto Obiettivo Materno Infantile.D.M. del 24/4/2000. *Gazzetta Ufficiale* n.131 Suppl. Ord. n.89 del 7/6/2000.
6. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità*

- di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 1991 (Rapporti ISTISAN 91/25). Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_1.1140529013.pdf e http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_2.1140529013.pdf; ultima consultazione 6/7/2011
7. Accordo Conferenza Stato-regioni 22 novembre 2001: Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni (Repertorio n. 1318). *Gazzetta Ufficiale* n.19 Suppl. Ord. n.14 del 23/1/2002. p. 37
 8. Grandolfo ME, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>; ultima consultazione 6/7/2010.
 9. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. *Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Rapporti ISTISAN 00/07). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0007.1109841544.pdf>; ultima consultazione 6/7/2011.
 10. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35:289-96.
 11. Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. *Valutazione di sostegno e informazione alle partorienti. Indagine nazionale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/5). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/scientifica/index.htm>.
 12. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Grandolfo ME. *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. (Rapporti ISTISAN 06/17). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/cont/06-17.1153815368.pdf>; ultima consultazione 6/7/2011.

FLUSSO INFORMATIVO DELLE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA ALL'ISTAT

Marzia Loghi

Servizio Sanità e Assistenza, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Con la Legge 194/1978 sono state attivate diverse iniziative per il monitoraggio dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) su tutto il territorio nazionale. In particolare sono stati creati alcuni flussi per la rilevazione dei dati allo scopo di "...valutare l'attuazione della legge stessa e i suoi effetti..." (art. 16). Con la raccolta di informazioni mirate si vuole raggiungere il duplice obiettivo di avere dati aggregati più tempestivi con i quali controllare l'andamento del fenomeno e dati annuali disaggregati con i quali effettuare analisi più dettagliate.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha quindi messo in piedi il sistema di sorveglianza, ampiamente descritto nel capitolo "Prevenzione dell'IVG".

L'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) ha invece avviato due indagini: la prima con cadenza annuale con l'intento di rilevare i singoli casi di IVG tramite un modello individuale e anonimo (modello ISTAT D.12) che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione stessa. La seconda con cadenza mensile (modello ISTAT D.17) avente lo scopo di ottenere in maniera più tempestiva il dato aggregato, ovvero il numero di IVG per ogni provincia. Essendo evidente per questa seconda raccolta la duplicazione con il flusso del sistema di sorveglianza dell'ISS (comunque più ricco di informazioni), nel 2007 la rilevazione mensile dell'ISTAT (ISTAT D.17) è stata soppressa (1) e i due Enti hanno raggiunto un accordo grazie al quale l'ISTAT riceve i dati aggregati dall'ISS e li pubblica sul *Bollettino mensile di statistica* (2).

Contenuti della rilevazione ISTAT (modello D.12)

Ogni anno l'ISTAT predispone i modelli di rilevazione D.12 e le circolari da spedire alle Regioni e Province Autonome entro il mese di dicembre (3).

Le circolari contengono le istruzioni per la compilazione del modello, le modalità di trasmissione dei dati, il piano di registrazione degli stessi, oltre a informazioni sul segreto statistico, obbligo di risposta, tutela della riservatezza e diritti degli interessati (Allegato 1).

Nel modello di rilevazione (Allegato 2) sono richieste notizie sulla donna e sull'interruzione della gravidanza.

Le prime nel modello 2009 comprendono:

- data di nascita;
- comune di nascita e comune di residenza;
- cittadinanza;
- stato civile;
- titolo di studio (il più elevato conseguito);
- condizione professionale/non professionale (una donna è in condizione non professionale se è casalinga, studentessa, in pensione, in cerca di prima occupazione; si trova in condizione professionale se lavora o se è disoccupata, nel senso che ha perso un precedente lavoro ed è in cerca di occupazione).
- posizione nella professione;
- ramo di attività economica;

- eventi riproduttivi precedenti (numero di nati vivi, di nati morti, di aborti spontanei, di IVG).
- età gestazionale;
- settimane di amenorrea.

Le notizie sull'intervento comprendono:

- istituto e provincia di intervento;
- data dell'intervento;
- data della certificazione;
- soggetto che ha rilasciato la certificazione di autorizzazione;
- urgenza;
- tipo di assenso per la minore;
- luogo e tipo di intervento;
- terapia antalgica;
- regime di ricovero e durata della degenza;
- complicazioni.

Flusso dei dati all'ISTAT

Il modello, come precedentemente affermato, dovrebbe essere compilato dal medico che effettua l'interruzione e quindi inviato all'ISTAT. Ormai quasi tutte le Regioni/PA (con l'unica eccezione dell'Abruzzo) hanno centralizzato il flusso e informatizzato i dati, quindi l'ISTAT non ha contatti diretti con i singoli istituti di cura bensì con le Regioni/PA che hanno definito le proprie modalità organizzative per la raccolta dati sul territorio.

Per facilitare il lavoro di registrazione dei dati l'ISS ha implementato un software che riproduce il modello di rilevazione permettendo all'operatore di inserire i dati in una maschera predefinita. Tale software fornisce in output sia il file per l'ISTAT, contenente i record individuali secondo il piano di registrazione descritto nella circolare, sia le tabelle riassuntive per il sistema di sorveglianza dell'ISS.

È importante ribadire che la scadenza per l'invio dei dati all'ISTAT è il mese di giugno dell'anno successivo a quello cui si riferiscono i dati. La tempestività, com'è noto, è uno degli indicatori fondamentali della qualità del dato. Il ritardo di una sola Regione va a discapito di tutte le altre in quanto l'ISTAT non può controllare, correggere e diffondere i dati se non ha ricevuto le informazioni complete da tutte le Regioni/PA.

Controlli di completezza dei dati

Una volta acquisito il file dalla Regione/Provincia Autonoma (PA), l'ISTAT ne verifica la completezza effettuando dei confronti con il numero di casi di IVG per ogni Regione/PA che l'ISS ha raccolto tramite il sistema di sorveglianza. Il continuo scambio di informazioni tra i due Enti fa sì che il controllo sia duplice e il recupero di eventuali dati mancanti sia effettuato in tempi rapidi.

Una procedura ottimale per la verifica della completezza dei dati dovrebbe essere quella di confrontare i dati D.12 con le IVG desumibili dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e questo per almeno due motivi: a) i dati possono essere analizzati per singolo istituto quindi in caso di incompletezza si può essere più specifici nel recupero degli stessi; b) le informazioni relative alle diagnosi nelle SDO sono utilizzate dal sistema DRG (*Diagnosis Related Groups*) che è alla base del metodo di finanziamento degli istituti di cura, quindi si può supporre che le SDO difficilmente presentino problemi di sottostima.

L'ISTAT effettua questi confronti ma ha a disposizione i dati delle SDO dal Ministero in tempi molto lunghi, inefficaci ai fini del recupero dei dati mancanti. Ad esempio al momento della stesura di questo capitolo l'ISTAT disponeva delle SDO relative all'anno 2006, dati già pubblicati, mentre stava già analizzando i dati D.12 del 2007 per una loro prossima pubblicazione. Quindi il confronto con le SDO può essere effettuato solo a posteriori rispetto alla pubblicazione dei D.12, una procedura pressoché inutile ai fini del recupero dei dati mancanti.

Sarebbe quindi opportuno che le singole Regioni, avendo a disposizione i dati delle proprie SDO in tempi utili, prima di inviare i dati all'ISTAT, effettuino il confronto per singolo istituto attuando delle procedure di recupero in caso di dati mancanti. L'ISTAT mette a disposizione le proprie risorse degli Uffici Regionali qualora le Regioni/PA ne avessero bisogno.

Le modalità di selezione delle IVG dalle SDO possono essere molteplici. Sono stati effettuati i seguenti tentativi:

Caso 1: considerare solo la diagnosi principale e quindi estrarre i casi in cui questa sia compresa tra i codici 635 e 63599 cui corrisponde “Aborto indotto legalmente e sottovoci” (questa è la selezione che l'ISTAT ha utilizzato finora per il controllo di completezza);

Caso 2: selezionare dapprima tutti i casi di aborto (sia indotto che spontaneo) tramite i DRG 380 “Aborto senza dilatazione e raschiamento” e 381 “Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia”. Successivamente considerare tutte le diagnosi (quindi sia la principale che le cinque secondarie) ed estrarre i casi in cui queste siano comprese tra i codici 635 e 63599;

Caso 3: selezionare dapprima tutti i casi di aborto (sia indotto che spontaneo) tramite i DRG 380 “Aborto senza dilatazione e raschiamento” e 381 “Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia”. Successivamente considerare il tipo di intervento (sia il principale che i cinque secondari) ed estrarre i casi in cui questo sia uguale a 6901 “Dilatazione o raschiamento per interruzione di gravidanza” o 6951 “Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza”.

Caso 4: selezionare dapprima tutti i casi di aborto (sia indotto che spontaneo) tramite i DRG 380 “Aborto senza dilatazione e raschiamento” e 381 “Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia”. Successivamente considerare tutte le diagnosi (principale e secondarie) e il tipo di intervento (principale e secondari) ed estrarre i casi in cui la diagnosi sia compresa tra i codici 635 e 63599 oppure che l'intervento sia uguale a 6901 o 6951.

La Tabella 1 riassume i quattro casi e mostra la numerosità delle IVG estratte per ogni tipologia di selezione con riferimento all'anno 2006. Considerando che i casi di IVG registrati tramite il modello D.12 nell'anno 2006 sono stati pari a 125.782, è evidente che, qualunque sia la scelta di selezione dalle SDO, il dato ISTAT risulta sottostimato per un valore percentuale che va dal 3,0% (*Caso 2*) al 10,8% (*Caso 4*). Ovviamente la situazione non è omogenea sul territorio nazionale (Tabella 2).

Tabella 1. Modalità di selezione dei casi di IVG dalle SDO, anno 2006

Variabili selezionate	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	ISTAT D.12
DRG	--	sì	sì	sì	
Diagnosi principale	sì	sì	--	sì	
Diagnosi secondarie	--	sì	--	sì	
Intervento principale	--	--	sì	sì	
Interventi secondari	--	--	sì	sì	
Numero IVG	136.171	136.204	129.499	139.345	125.782
Differenza con D.12	+10.389	+10.422	+3.717	+13.563	
Differenza % con D.12	+8,3	+8,3	+3,0	+10,8	

Tabella 2. Valori assoluti, differenze assolute e percentuali tra i casi di IVG rilevati col modello ISTAT D.12 e i casi di IVG selezionati dalle SDO, per regione, anno 2006

Regione	ISTAT D.12	Valori assoluti SDO				Differenze assolute SDO-D.12				Differenze percentuali SDO-D.12			
		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Piemonte	11.030	11.274	11.275	11.082	11.651	244	245	52	621	2,2	2,2	0,5	5,6
Valle d'Aosta	274	276	276	268	281	2	2	-6	7	0,7	0,7	-2,2	2,6
Lombardia	22.245	22.882	22.882	22.203	23.256	637	637	-42	1.011	2,9	2,9	-0,2	4,5
Bolzano	529	572	572	544	577	43	43	15	48	8,1	8,1	2,8	9,1
Trento	1.358	1.380	1.380	1.210	1.384	22	22	-148	26	1,6	1,6	-10,9	1,9
Veneto	7.089	7.333	7.334	7.064	7.564	244	245	-25	475	3,4	3,5	-0,4	6,7
Friuli Venezia G.	1.964	2.107	2.107	2.033	2.200	143	143	69	236	7,3	7,3	3,5	12,0
Liguria	3.693	3.864	3.864	3.726	3.962	171	171	33	269	4,6	4,6	0,9	7,3
Emilia Romagna	11.455	11.892	11.895	11.023	12.027	437	440	-432	572	3,8	3,8	-3,8	5,0
Toscana	8.877	9.304	9.306	8.775	9.496	427	429	-102	619	4,8	4,8	-1,1	7,0
Umbria	2.177	2.238	2.239	2.188	2.299	61	62	11	122	2,8	2,8	0,5	5,6
Marche	2.580	2.706	2.706	2.605	2.833	126	126	25	253	4,9	4,9	1,0	9,8
Lazio	15.249	15.204	15.205	14.990	15.481	-45	-44	-259	232	-0,3	-0,3	-1,7	1,5
Abruzzo	2.708	2.814	2.814	2.595	2.864	106	106	-113	156	3,9	3,9	-4,2	5,8
Molise	619	543	543	659	689	-76	-76	40	70	-12,3	-12,3	6,5	11,3
Campania	9.432	13.743	13.764	12.095	14.135	4.311	4.332	2.663	4.703	45,7	45,9	28,2	49,9
Puglia	11.329	11.968	11.969	11.365	12.163	639	640	36	834	5,6	5,6	0,3	7,4
Basilicata	701	740	741	719	750	39	40	18	49	5,6	5,7	2,6	7,0
Catabria	3.302	3.497	3.497	3.233	3.558	195	195	-69	256	5,9	5,9	-2,1	7,8
Sicilia	6.893	9.285	9.286	8.752	9.513	2.392	2.393	1.859	2.620	34,7	34,7	27,0	38,0
Sardegna	2.278	2.549	2.549	2.370	2.662	271	271	92	384	11,9	11,9	4,0	16,9
Italia	125.782	136.171	136.204	129.499	139.345	10.389	10.422	3.717	13.563	8,3	8,3	3,0	10,8

Il Caso 1 prevede la selezione delle IVG dalle SDO considerando solo la diagnosi principale.

Il Caso 2 prevede la selezione delle IVG dalle SDO considerando il DRG e poi sia la diagnosi principale che tutte le diagnosi secondarie.

Il Caso 3 prevede la selezione delle IVG dalle SDO considerando il DRG e poi sia l'intervento principale che tutti gli interventi secondari.

Il Caso 4 prevede la selezione delle IVG dalle SDO considerando il DRG, poi sia la diagnosi principale che tutte le diagnosi secondarie e sia l'intervento principale che tutti gli interventi secondari.

Valori positivi indicano un numero di SDO superiore al numero di modelli D.12, situazione prevedibile in quanto si suppone, come detto in precedenza, che le SDO siano più complete.

La presenza di valori negativi fa supporre che la selezione fatta dalle SDO non sia stata efficace, pur riconoscendo che in nessun caso la selezione possa essere esaustiva. Si nota quindi che se consideriamo solo il codice intervento per individuare i casi di IVG (*Caso 3*), abbiamo nove regioni con differenze negative. Ciò fa intendere che la variabile 'tipo di intervento' quindi non sia efficace nell'individuazione delle IVG dalle SDO.

Considerando invece la diagnosi come modalità di selezione, i risultati appaiono più plausibili. Non ci sono differenze sostanziali andando a considerare la sola diagnosi principale (*Caso 1*) o anche le diagnosi secondarie (*Caso 2*): nel primo caso si individuano 136.171 IVG (+10.389 rispetto al D.12), nel secondo 136.204 (+10.422). In entrambi i casi la differenza percentuale con i D.12 è di 8,3%.

Il solo caso di valori negativi della regione Molise (trascurando lo 0,3% del Lazio) ci induce a considerare come modalità preferibile di selezione delle IVG dalle SDO il *Caso 2*, ovvero tutti i casi aventi come diagnosi (sia essa principale o secondaria) il codice compreso tra 635 e 63599.

Questo è il suggerimento che viene dato a tutte le Regioni/PA per effettuare il controllo di completezza preliminare all'invio dei dati all'ISTAT.

Ovviamente non ci si aspetta una perfetta corrispondenza tra il numero delle IVG da SDO e quello dei modelli D.12, però si può fissare uno scarto massimo entro il quale considerare come trascurabile la differenza tra le due fonti. Il valore del 5% sembra essere accettabile e condivisibile in tal senso.

Questo però vorrebbe dire, almeno per l'anno in 2006 che stiamo qui analizzando, che le seguenti Regioni/PA presentano una sottostima del dato significativa: Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. Si sarebbe quindi dovuto provvedere a recuperare i dati mancanti oppure, se questo fosse risultato impossibile, ad effettuare delle stime degli stessi.

Al momento della raccolta dei dati del 2006, della loro elaborazione e pubblicazione l'ISTAT non disponeva dell'archivio SDO 2006 quindi non ha potuto effettuare le verifiche necessarie qui descritte. Grazie al sistema di sorveglianza dell'ISS però è stato valutato che le Regioni con dati incompleti che necessitavano di stime erano: Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia. Infatti nelle tavole pubblicate dall'ISTAT queste Regioni vengono segnalate avere dati incompleti che sono stati quindi stimati per il calcolo dei tassi. Un controllo preliminare da parte di tutte le Regioni avrebbe potuto evitare il calcolo di tali stime consentendo il recupero dei dati mancanti ma soprattutto avrebbe potuto evidenziare l'incompletezza del dato anche di altre Regioni, per le quali invece è stata evidenziata solo a posteriori, senza quindi possibilità di recupero o stime.

Vediamo come operare un controllo dettagliato per singolo istituto, considerando la Regione Puglia che presenta una differenza percentuale tra SDO e D.12 uguale al 5,6%, quindi di poco superiore al limite del 5%.

Innanzitutto va sottolineato che ci sono numerosi casi in cui il codice istituto presente nelle SDO e quello presente nel D.12 differiscono pur facendo riferimento allo stesso ospedale. Nella Tabella 3 sono stati evidenziati i casi in cui molto presumibilmente questo è avvenuto per l'anno 2006, però l'ISTAT non sempre è in grado di stabilire con certezza questa corrispondenza, mentre la Regione/PA ha sicuramente più competenza in merito e può effettuare controlli più accurati. Questo è un altro motivo per cui si sollecita il controllo preliminare dei dati da parte delle Regioni/PA.

Le differenze così riscontrate a livello di singolo istituto permettono quindi di risalire alla fonte del dato (ovvero l'istituto stesso) chiedendo un'ulteriore verifica dei dati inviati alla

Regione/PA e quindi la possibilità di un loro recupero prima dell'invio all'ISTAT. L'eventuale sollecito da parte della Regione/PA avverrebbe quindi anche in tempi ragionevolmente brevi e non dopo un tempo (troppo) lungo necessario all'ISTAT per avere la banca dati SDO dal Ministero.

Tabella 3. Valori assoluti e differenze tra i casi di IVG rilevati col modello ISTAT D.12 e i casi di IVG selezionati dalle SDO (Caso 2), per singolo istituto. Regione Puglia, anno 2006

SDO	D.12	SDO	D.12	SDO-D.12	
	16000800		115	-115	
16004700	16004700	264	264	0	
16004800	16004800	9	8	1	
16006300	16006300	231	214	17	
16007400		1		1	
16007800		26		26	
16008600	16008600	1566	1569	-3	
16008700	16008700	1974	1949	25	
16010100	16010100	972	968	4	
	16010400		373	-373	
16010700	16010700	435	435	0	
16011000		1		1	
16011100		1		1	
16011400	16011400	329	329	0	
	16015301		48	-48	
	16015501		212	-212	
	16015601		100	-100	
16015700	16015701	66	61	5	
16015800	16015801+02	307	412	-105	
16015900	16015901	266	236	30	
16016000	16016001	334	327	7	
16016100	16016101+02	221	202	19	
16016200	16016201+02	112	110	2	
16016300		5		5	
16016400	16016401	156	155	1	
16016500		1		1	
16016600	16016603	143	141	2	
16016700	16016702	470	460	10	
16016800		1		1	
16016900	16016901+03	185	181	4	
16017000	16017001+03	288	243	45	
16017100	16017101	446	436	10	
16017200	16017201+02	478	473	5	
16017400		211		211	
16017500		54		54	
16017600		2		2	
16017700		288		288	
16017800		101		101	
16017900		198		198	
16018100		375		375	
16090200	16090200	5	5	0	
16090700	16090700	258	149	109	
16091000	16091000	1189	1154	35	
Totale Puglia		11969	11329	640	(+5,6%)
Totale Italia		136204	125782	10422	(+8,3%)

Nota: In grassetto sono segnalati i casi in cui il codice istituto presente nelle SDO è diverso dal codice istituto presente nel D12 ISTAT ma molto probabilmente si riferiscono allo stesso istituto.

Controlli sulle singole variabili

Una volta acquisiti i dati dalle Regioni/PA l'ISTAT ovviamente controlla la qualità dell'informazione pervenuta, analizzando tutte le variabili, sia singolarmente che incrociandole tra di loro. Dall'analisi univariata si verifica che non ci sia una quota troppo consistente di valori al di fuori del dominio oppure di valori mancanti. Se questo accade è necessario ricontattare la Regione/PA per una verifica ulteriore dei dati. I controlli incrociati tra le variabili sono riassunti nella seguente Tabella 4.

Per i controlli che coinvolgono le variabili anagrafiche dell'istituto di cura (codice, ASL, provincia, tipo di istituto) vengono utilizzati i dati dell'indagine del Ministero della Salute "Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. e Aziende Ospedaliere". La qualità dei dati pervenuti e i suddetti controlli fanno sì che al termine del check le situazioni con un elevato numero di dati mancanti siano veramente poche. Nel 2006 si segnalano solo l'Emilia-Romagna e la Toscana per la variabile "Urgenza", la Toscana per il "Titolo di studio", (Figura 2).

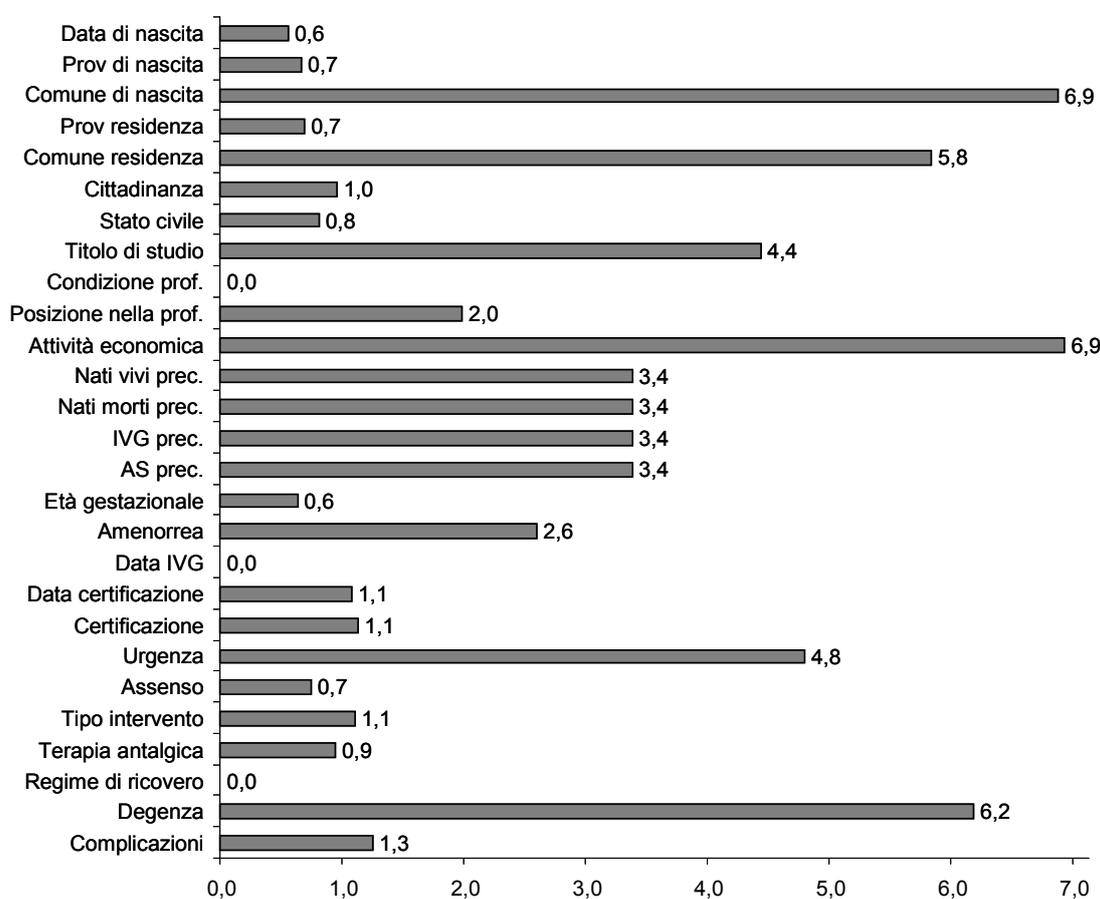


Figura 2. Percentuale di valori mancanti per ogni variabile. Regione Puglia, anno 2006

Come si può vedere dal grafico la Regione Puglia presenta una situazione ottimale avendo come valore più elevato un 6,9% di informazione mancante riferito alle variabili "Comune di nascita" e "Attività economica".

Tabella 4. Controllo delle variabili presenti nel questionario

Variabile	Prov. IVG	Codice istituto	ASL istituto	Data di nascita	Prov/Com. nascita	Prov/Com. residenza	Cittadinanza	Stato civile	Titolo di studio	Condizione profes.	Posizione in profes.	Attività economica	Nati vivi prec.	Nati morti prec.	IVG prec.	AS prec.	Età gestazionale	Amenorrea	Data IVG	Data certificazione	Certificazione	Urgenza	Assenso	Luogo IVG	Tipo intervento	Terapia antalgica	Regime di ricovero	Degenza	Complicazioni
Prov. IVG	X																												
Codice istituto	X	X																											
ASL istituto	X	X																											
Data di nascita								X					X	X	X	X			X										
Prov/Comune di nascita							X						X	X	X	X													
Prov/Comune di residenza							X						X	X	X	X													
Cittadinanza							X						X	X	X	X													
Stato civile													X	X	X	X													
Titolo di studio									X				X	X	X	X													
Condizione professionale									X				X	X	X	X													
Posizione nella professione									X				X	X	X	X													
Attività economica									X				X	X	X	X													
Nati vivi precedenti													X	X	X	X													
Nati morti precedenti													X	X	X	X													
IVG precedente													X	X	X	X													
AS precedente													X	X	X	X													
Età gestazionale													X	X	X	X													
Amenorrea													X	X	X	X													
Data IVG				X									X	X	X	X													
Data certificazione				X									X	X	X	X													
Certificazione				X									X	X	X	X													
Urgenza													X	X	X	X													
Assenso													X	X	X	X													
Luogo IVG	X	X	X																										
Tipo intervento																													
Terapia antalgica																													
Regime di ricovero																													
Degenza																													
Complicazioni																													

Conclusioni

Com'è noto l'indagine sulle IVG, oltre allo studio e all'analisi del fenomeno stesso, deve rispondere alle esigenze normative della legge 194/1978, ovvero fornire, insieme al sistema di sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità, le informazioni necessarie per la Relazione annuale al Parlamento del Ministero della Salute "... sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione" (4-6). È ovvio che una incompletezza dell'informazione porterebbe a risultati distorti, quindi si ribadisce l'importanza della compilazione del modello D.12 da parte degli operatori sanitari, pur essendo consapevoli che a volte si tratta di un adempimento pesante essendo gli stessi operatori oberati da altre faccende amministrative e burocratiche.

L'ISTAT ritiene pertanto utile un ritorno informativo presso gli operatori sanitari, con incontri a cui partecipino tutti gli attori coinvolti nel processo di acquisizione, controllo e diffusione dei dati ovvero ISTAT, Istituto Superiore di Sanità, operatori degli istituti di cura, operatori dei consultori. L'esperienza della Regione Puglia effettuata il 19 marzo 2009 con il Convegno "L'interruzione volontarie di gravidanza in Puglia. Epidemiologia e prevenzione" svoltosi presso il Policlinico di Bari è stata certamente una esperienza positiva in tal senso.

Bibliografia

1. Grandolfo M, Loghi M, Spinelli A. Nuovo flusso informativo sulle Ivg. *Giornale del SISTAN* 2007;2(35):9.
2. Istituto Nazionale di Statistica. *Bollettino mensile di statistica*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/prodotti/tavole-di-dati/bollettino-mensile-di-statistica>.
3. Istituto Nazionale di Statistica. *Modello di rilevazione e circolare*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infosanita/>
4. Istituto Nazionale di Statistica. *Statistiche sanitarie*. Roma: ISTAT; 2000. (Collana Annuari).
5. Istituto Nazionale di Statistica. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*. Roma: ISTAT; 2003. (Collana Informazioni).
6. Istituto Nazionale di Statistica. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*. Tavole di dati Roma: ISTAT; 2011. Disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/45855>; ultima consultazione 10/7/11.

Allegato 1. Circolare dell'ISTAT con le istruzioni per la compilazione del modello D.12



**Dipartimento per la Produzione statistica
e il Coordinamento tecnico scientifico**

Direzione centrale per le Statistiche
e le indagini sulle istituzioni sociali

Servizio Sanità e assistenza

**Circolare n.
Prot. n.**

Agli Uffici di Statistica delle Regioni
Ai Sigg. Presidenti delle Giunte Regionali e
delle Province Autonome
All'Ufficio Documentazione e Statistica della
Regione Autonoma della Valle d'Aosta
All'Istituto Provinciale di Statistica della
Provincia Autonoma di Bolzano - Bozen
All'Ufficio di Statistica della Provincia
Autonoma di Trento
Ai Sigg. Assessori per la Sanità delle Regioni
Ai Referenti presso gli Assessorati per la
Sanità delle Regioni

e, p.c.:
Al Ministero della Salute - Direzione generale
del Sistema informativo - Ufficio di statistica
Ai Sigg. Direttori Generali delle ASL

LORO SEDI

**OGGETTO: Rilevazione statistica delle interruzioni volontarie della gravidanza
(modelli ISTAT D.12, D.17) – Anno 2006**
**Riferimento: Programma Statistico Nazionale 2004-2006 codici IST-
00089 e IST-00093**

Con la presente circolare vengono impartite le istruzioni in merito alla rilevazione
in oggetto da effettuare nell'anno 2006.

Si rende noto che la presente circolare e i relativi modelli di rilevazione sono
disponibili anche sul sito internet dell'Istat all'indirizzo
<http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/impres/infosanita/infosanita2006.htm>
sotto la voce 'Popolazione e Sanità'.

Agli Assessorati per la Sanità e agli Uffici di Statistica delle Province autonome di Bolzano e Trento si trasmettono, in allegato, n. 5 esemplari del modello ISTAT D.12 da utilizzarsi quali originali per la stampa dei modelli di rilevazione. **Si sottolinea la necessità, per esigenze di uniformità con lo svolgimento delle successive fasi di elaborazione, di utilizzare esclusivamente i modelli della edizione 2006.**

Di seguito si forniscono le principali istruzioni per la compilazione dei modelli.

Avvertenza importante per gli istituti di cura: prima di procedere alla compilazione dei modelli, si raccomanda di riportare negli appositi riquadri di ogni modello la denominazione ed il **codice del Ministero della Salute** dell'istituto di cura a 8 cifre desumibile dall'elenco aggiornato fornito a parte come "Anagrafe degli istituti di cura – Anno 2006", nonché tutte le altre notizie richieste quali il numero telefonico, la ASL di competenza, ecc..

Qualora qualche istituto ritenga errata l'indicazione del proprio codice, si prega di darne comunicazione via fax al numero 06/4673-7601, indirizzandolo all'ISTAT - Servizio Sanità e Assistenza, oppure telefonando al numero 06/4673-7375, oppure inviando una e-mail all'indirizzo san-a@istat.it.

1. Modello ISTAT D.12 - Anno 2006. Rilevazione delle I.V.G.

Nel trasmettere i modelli ISTAT D.12 ai medici che effettuano le interruzioni di gravidanza si prega di sottolineare la necessità di una loro corretta e completa compilazione. **Si raccomanda di utilizzare per la rilevazione solo i modelli ISTAT D.12 edizione 2006.**

Il modello deve essere compilato, per ogni caso di interruzione volontaria della gravidanza, da parte del medico che procede all'intervento allorché il caso può considerarsi esaurito, prescindendo dalla struttura e dal luogo dove, anche per urgenza, l'intervento è stato eseguito.

Ai fini di una corretta compilazione del modello si richiama l'attenzione su quanto segue:

Quesito 1: Data di nascita della gestante. Le date devono essere indicate con **otto cifre** (es.: 4 febbraio 1967 = 04 02 1967).

Quesito 2: Comune di nascita. Deve essere indicato il Comune per esteso e trascritto, nelle apposite caselle, il relativo codice ISTAT a sei cifre: le prime tre cifre indicano la Provincia, mentre le ultime tre cifre seguono un ordine progressivo all'interno della Provincia e indicano il Comune.

La lista di tali codici è stata pubblicata dall'ISTAT in 'Elenco dei Comuni al 31 maggio 2001', collana Metodi e Norme n.11 del 2001.

Nel caso in cui si tratti di un Paese estero si raccomanda di inserire nelle prime tre caselle la cifra 0 (zero) e nelle ultime tre il codice dello Stato estero da selezionare tra quelli riportati sul retro del modello. **A questo proposito si sottolinea che in caso di mancata indicazione della denominazione del Comune, della Provincia o dello Stato estero, il codice a 6 cifre da trascrivere nell'apposito spazio è 888888.**

Un'interrogazione on-line sia dei codici dei comuni italiani, sia dei codici dei paesi stranieri è possibile al seguente indirizzo internet:

<http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>

A partire dal 2005 vengono considerate tutte le 103 province senza escludere, come avveniva in precedenza, le nuove province costituitesi dal 1995.

Quesito 3: Comune di residenza. deve essere indicato il Comune per esteso e trascritto, nelle apposite caselle, il relativo codice ISTAT a sei cifre: le prime tre cifre indicano la Provincia, mentre le ultime tre cifre seguono un ordine progressivo all'interno della Provincia e indicano il Comune.

La lista di tali codici è stata pubblicata dall'ISTAT in 'Elenco dei Comuni al 31 maggio 2001', collana Metodi e Norme n.11 del 2001.

Nel caso in cui si tratti di un Paese estero si raccomanda di inserire nelle prime tre caselle la cifra 0 (zero) e nelle ultime tre il codice dello Stato estero da selezionare tra quelli riportati sul retro del modello. A questo proposito si sottolinea che in caso di mancata indicazione della denominazione del Comune, della Provincia o dello Stato estero, il codice a 6 cifre da trascrivere nell'apposito spazio è 888888.

Un'interrogazione on-line sia dei codici dei comuni italiani, sia dei codici dei paesi stranieri è possibile al seguente indirizzo internet:

<http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>.

Quesito 4: Cittadinanza. Va specificato lo Stato estero ed indicato il relativo codice a tre cifre previsto dall'ISTAT per la classificazione degli Stati esteri, riportato sul retro del modello. **Se la cittadinanza è 'Italiana' indicare 000. In caso di mancata indicazione della denominazione dello Stato estero il codice a 3 cifre da trascrivere nell'apposito spazio è 888.**

I codici delle cittadinanze e dei paesi stranieri sono consultabili al seguente indirizzo internet: <http://www.istat.it/strumenti/definizioni/>.

Quesito 7. Condizione professionale/non professionale. Si raccomanda di fare particolare attenzione a questo quesito: indicare la condizione professionale della donna (7.1) e, solo se occupata, anche la sua posizione nella professione (7.2) e il ramo di attività economica (7.3).

Quesito 8. Numero gravidanze precedenti. Nel caso in cui non si siano avuti in precedenza parti, aborti od interruzioni volontarie di gravidanza, **devono essere indicati due zeri nelle rispettive caselle.**

Quesito 9. Età gestazionale. Nell'indicare le settimane compiute di amenorrea si ricordi la distinzione fra settimane di gestazione (ovvero dal concepimento), difficilmente definibili e non richieste nel modello, e settimane di amenorrea (ovvero dall'ultima mestruazione).

Quesito 10. Data dell'I.V.G.. Le date devono essere indicate con **otto cifre** (es.: 4 febbraio 2006 = 04 02 2006). Si richiama l'attenzione sul fatto che la data dell'aborto sia corrispondente a quella del giorno in cui è effettivamente accaduto l'evento e non a quella del giorno di dimissione dall'istituto.

Quesito 11. Data della certificazione. Data l'importanza di questa informazione se ne raccomanda la compilazione. Come in tutti gli altri casi la data deve essere indicata con otto cifre.

Quesito 12. Certificazione di autorizzazione. Si precisa che va barrata la casella 5 solo nel caso in cui la certificazione sia mancante, in quanto l'interruzione della gravidanza è avvenuta urgentemente per immediato pericolo di vita della donna. In tal caso dovrà anche risultare barrata la casella 1 al quesito 13 (Urgenza).

Quesito 14. Assenso per la minore. Si raccomanda di barrare una delle caselle **solo se la donna è minorenn**.

Quesito 16. Tipo di intervento. Si raccomanda di indicare un solo tipo di intervento, il principale. Es: se è stata effettuata l'isterosuzione e a questa è seguito un piccolo raschiamento, indicare solo isterosuzione.

Quesito 18. Regime di ricovero. Viene richiesto il regime di ricovero (ordinario o day hospital) e vanno indicate le giornate di degenza (sempre con due cifre, es. quattro giorni = 04) solo nel caso di regime ordinario. Nel regime day hospital rientrano anche i casi di day surgery.

Nel caso di giornate superiori a 99 indicare il valore 99. I casi missing vanno lasciati a blank.

In allegato viene fornito il piano completo di registrazione per quelle regioni che inviano i dati su supporto informatizzato.

I modelli ISTAT D.12, debitamente compilati, vanno immediatamente trasmessi alle direzioni delle ASL competenti che provvederanno, entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento, all'inoltro alla competente Regione o Provincia autonoma. Quest'ultima, entro il giorno 30 dello stesso mese, li trasmetterà all'ISTAT unitamente alla parte A del modello ISTAT D.17 (v. punto 2).

Gli Enti incaricati della rilevazione hanno la facoltà di trattenere copia dei modelli per i propri compiti istituzionali.

I modelli devono essere spediti all'ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA – Servizio Sanità e Assistenza – SAN/A – Casella Postale 2110 – Roma 158.

2. Modello ISTAT D.17 - 2006. Riepilogo mensile delle I.V.G.

La **parte A** del modello ISTAT D.17 deve essere utilizzata per la trasmissione mensile all'ISTAT dei modelli ISTAT D.12, mentre la **parte B** rimarrà agli atti degli delle Regioni e delle Province autonome di Bolzano e Trento.

Nella parte A deve essere indicato il numero complessivo delle interruzioni volontarie della gravidanza che si sono verificate nella Regione, in totale e nelle singole Province; esso dovrà corrispondere al numero dei modelli ISTAT D.12 spediti in allegato. Non è assolutamente consentito l'invio frazionato dei dati che si riferiscono ad uno stesso mese.

Le Regioni e le Province autonome, che sono state autorizzate dall'ISTAT ad inviare i dati relativi all'indagine su supporto informatizzato, devono trasmettere a questo Istituto sempre e soltanto la parte A del modello ISTAT D.17.

Si ricorda che il trattamento dei dati deve essere effettuato nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti a tutela della riservatezza dalla legge n. 675/96 e successive modifiche.

I modelli devono essere spediti all'ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA – Servizio Sanità e Assistenza – SAN/A – Casella Postale 2110 – Roma 158.

L'ISTAT, nel confermare il suo apprezzamento per l'attività svolta da ogni istituto nell'ambito delle attuali rilevazioni, formula i più vivi ringraziamenti ed esprime la sua fiducia in una sempre più ampia e proficua collaborazione con tutti gli operatori del settore.

IL DIRETTORE CENTRALE
(Valerio Terra Abrami)

Allegato 1

Allegato tecnico per le regioni che inviano i dati su supporto informatizzato

Si riporta di seguito il piano di registrazione con le relative specifiche, facendo presente che la lunghezza del record è aumentata per i seguenti motivi:

- dal 2004 si richiede il comune di nascita della donna e non solo la provincia;
- dal 2005 vengono considerate tutte le 103 province in relazione alla provincia di nascita della donna;
- dal 2004 si richiede il regime di ricovero e il numero di giornate di degenza solo nel caso di regime
- dal 2004 si richiede il comune di residenza della donna e non solo la provincia;
- dal 2004 si richiede il regime di ricovero e il numero di giornate di degenza solo nel caso di regime ordinario.

Per qualsiasi chiarimento ci si può rivolgere alla Sig.ra Daniela Crescimbeni (tel. 06/46737381; Fax 06/46737601; e-mail: crescimb@istat.it)

Piano di registrazione dei modelli ISTAT D.12 - ANNO 2006

VARIABILE	COLONNE	INDICAZIONE DATO MANCANTE	NOTE
ANNO DI RILEVAZIONE	1-4	Non ammessa	POSTO FISSO A 2005
PROVINCIA DI INTERVENTO	5-7	Non ammessa	
CODICE MINISTERO SALUTE	8-15	Non ammessa	ALLEGATO 2
CODICE ASL	16-18	999	
MESE NASCITA	19-20	99	DA 1 A 12
ANNO NASCITA	21-24	9999	SU QUATTRO CIFRE
COMUNE NASCITA	25-30	888888	CODICE COMPOSTO DAL CODICE DELLA PROVINCIA (da 1 a 103 come retro questionario) E DAL CODICE DEL COMUNE ESTERO=000+CODICE DA 201 A 732
COMUNE RESIDENZA	31-36	888888	CODICE COMPOSTO DAL CODICE DELLA PROVINCIA (da 1 a 103 come retro questionario) E DAL CODICE DEL COMUNE ESTERO=000+CODICE DA 201 A 732
CITTADINANZA	37-39	888	CODICI COME RETRO QUESTIONARIO. ITALIANA=000
STATO CIVILE	40	9	CODICI COME QUESTIONARIO
TITOLO STUDIO	41	9	CODICI COME QUESTIONARIO
CONDIZIONE PROFESSIONALE / NON PROFESSIONALE	42	9	CODICI COME QUESTIONARIO
POSIZIONE PROFESSIONE	43	9	CODICI COME QUESTIONARIO SOLO SE OCCUPATA SE NON OCCUPATA = 0
RAMO DI ATTIVITÀ ECONOMICA	44	9	CODICI COME QUESTIONARIO SOLO SE OCCUPATA SE NON OCCUPATA = 0
NUMERO NATI VIVI PRECEDENTI	45-46	99	SE ZERO RIPORTARE 00
NUMERO NATI MORTI PRECEDENTI	47-48	99	SE ZERO RIPORTARE 00
N. ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI	49-50	99	SE ZERO RIPORTARE 00
NUMERO IVG PRECEDENTI	51-52	99	SE ZERO RIPORTARE 00
ETÀ GESTAZIONALE	53	9	CODICI COME QUESTIONARIO
SETTIMANE DI AMENORREA	54-55	99	
GIORNO INTERVENTO	56-57	non ammessa	DA 1 A 31
MESE INTERVENTO	58-59	non ammessa	DA 1 A 12
ANNO INTERVENTO	60-63	non ammessa	ANNO SU 4 CIFRE
GIORNO CERTIFICAZIONE	64-65	99	DA 1 A 31
MESE CERTIFICAZIONE	66-67	99	DA 1 A 12
ANNO CERTIFICAZIONE	68-71	9999	ANNO SU 4 CIFRE
CERTIFICAZIONE	72	9	CODICI COME QUESTIONARIO
URGENZA	73	9	CODICI COME QUESTIONARIO
ASSENSO PER LA MINORE	74	9	CODICI COME QUESTIONARIO SOLO SE MINORENNE SE MAGGIORENNE = 0
LUOGO DELL'INTERRUZIONE	75	9	CODICI COME QUESTIONARIO
TIPO DI INTERVENTO	76	9	CODICI COME QUESTIONARIO
TERAPIA ANTALGICA	77	9	CODICI COME QUESTIONARIO
REGIME DI RICOVERO	78	9	CODICI COME QUESTIONARIO
GIORNATE DI DEGENZA	79-80	blank	SOLO SE REGIME DI RICOVERO ORDINARIO
COMPLICAZIONI	81	9	CODICI COME QUESTIONARIO

Allegato 2. Modello di rilevazione D.12

	MINISTERO DELLA SALUTE		ISTAT D.12
		istituto nazionale di statistica	REGIONE _____
DICHIARAZIONE DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA - ANNO 200_			
TALE SCHEDA DEVE ESSERE COMPILATA PER TUTTI I CASI DAL MEDICO CHE PROCEDE ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA E INVIATA IMMEDIATAMENTE ALLE DIREZIONI DELLE AZIENDE USL CHE PROVVEDERANNO ALL'INVIO AL COMPETENTE UFFICIO DELLA REGIONE PER IL SUCCESSIVO INOLTRO ALL'ISTAT			
DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELL'ISTITUTO DI CURA O ALTRA STRUTTURA OVE AVVIENE L'INTERRUZIONE _____			
PROVINCIA _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Codice ISTAT</small>	COMUNE _____	A.S.L. _____
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Codice Min. Salute</small>	CODICE MIN. SALUTE DELL'ISTITUTO DI CURA _____
NOTIZIE SULLA GESTANTE E SULLA GRAVIDANZA		NOTIZIE SULL'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA	
1. Data di nascita _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Giorno Mese Anno</small>	10. Data dell'interruzione _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Giorno Mese Anno</small>
2. Comune di nascita _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(provincia) (comune) (Stato estero)</small>	11. Data della certificazione _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Giorno Mese Anno</small>
3. Comune di residenza _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(provincia) (comune) (Stato estero)</small>	12. Certificazione di autorizzazione rilasciata da	
4. Cittadinanza _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(specificare - Italiana = 000) Codice ISTAT</small>	Consultorio familiare pubblico _____ 1. <input type="checkbox"/>	
5. Stato civile		Medico di fiducia _____ 2. <input type="checkbox"/>	
Nubile _____ 1. <input type="checkbox"/>		Servizio ostetrico-ginecologico dell' Istituto di cura _____ 3. <input type="checkbox"/>	
Coniugata _____ 2. <input type="checkbox"/>		Altra struttura socio-sanitaria _____ 4. <input type="checkbox"/>	
Separata o Divorziata _____ 3. <input type="checkbox"/>		Mancante per immediato pericolo di vita della donna _____ 5. <input type="checkbox"/>	
Vedova _____ 4. <input type="checkbox"/>		13. Urgenza	
6. Titolo di studio (se più di uno, indicare solo il più elevato)		Urgente _____ 1. <input type="checkbox"/>	
Nessuno o Licenza di scuola elementare _____ 1. <input type="checkbox"/>		Non urgente _____ 2. <input type="checkbox"/>	
Licenza di scuola media inferiore _____ 2. <input type="checkbox"/>		14. Assenso per la minore	
Diploma e maturità di scuola media superiore _____ 3. <input type="checkbox"/>		Dato dai genitori _____ 1. <input type="checkbox"/>	
Laurea o altro titolo universitario _____ 4. <input type="checkbox"/>		Dato dal giudice tutelare _____ 2. <input type="checkbox"/>	
7. Condizione professionale/ non professionale		Mancante per urgenza _____ 3. <input type="checkbox"/>	
7.1 - Occupata _____ 1. <input type="checkbox"/>		Mancante per interruzione oltre 90 giorni _____ 4. <input type="checkbox"/>	
Disoccupata _____ 2. <input type="checkbox"/>		15. Luogo	
In cerca di prima occupazione _____ 3. <input type="checkbox"/>		Ambulatorio pubblico _____ 1. <input type="checkbox"/>	
Casalinga _____ 4. <input type="checkbox"/>		Ambulatorio privato _____ 2. <input type="checkbox"/>	
Studentessa _____ 5. <input type="checkbox"/>		Istituto di cura pubblico _____ 3. <input type="checkbox"/>	
Altra condizione (Inabile, ritirata dal lavoro, ...) _____ 6. <input type="checkbox"/>		Casa di cura _____ 4. <input type="checkbox"/>	
7.2 - Se occupata indicare posizione nella professione:		Altro (specificare) _____ 5. <input type="checkbox"/>	
Imprenditrice o libera professionista _____ 1. <input type="checkbox"/>		16. Tipo di intervento (indicare una sola risposta)	
Altra lavoratrice autonoma _____ 2. <input type="checkbox"/>		Raschiamento _____ 1. <input type="checkbox"/>	
Lavoratrice dipendente: dirigente o direttivo _____ 3. <input type="checkbox"/>		Metodo di Karman _____ 2. <input type="checkbox"/>	
Lavoratrice dipendente: impiegata _____ 4. <input type="checkbox"/>		Altre forme di isterosuzione _____ 3. <input type="checkbox"/>	
Lavoratrice dipendente: operaia _____ 5. <input type="checkbox"/>		Altro (specificare) _____ 4. <input type="checkbox"/>	
Altra lavoratrice dipendente (apprendista, lav. a domicilio, ...) _____ 6. <input type="checkbox"/>		17. Terapia antalgica (indicare una sola risposta)	
7.3 - Ramo di attività economica		Anestesia generale _____ 1. <input type="checkbox"/>	
Agricoltura, caccia e pesca _____ 1. <input type="checkbox"/>		Anestesia locale _____ 2. <input type="checkbox"/>	
Industria _____ 2. <input type="checkbox"/>		Analgesia senza anestesia _____ 3. <input type="checkbox"/>	
Commercio, pubblici servizi, alberghi _____ 3. <input type="checkbox"/>		Altra (specificare) _____ 4. <input type="checkbox"/>	
Pubblica amministrazione _____ 4. <input type="checkbox"/>		Nessuna _____ 5. <input type="checkbox"/>	
Altri servizi privati _____ 5. <input type="checkbox"/>		18. Regime di ricovero	
8. Numero gravidanze precedenti		Ordinario _____ 1. <input type="checkbox"/> Giornate <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nati vivi _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Day hospital _____ 2. <input type="checkbox"/>	
Nati morti ^(a) _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		19. Complicazioni (se più di una indicare la più grave)	
Aborti spontanei ^(b) _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Nessuna _____ 1. <input type="checkbox"/>	
Interruzioni volontarie di gravidanza _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Emorragia _____ 2. <input type="checkbox"/>	
9. Età gestazionale		Infezione _____ 3. <input type="checkbox"/>	
Primi 90 giorni _____ 1. <input type="checkbox"/>		Decesso _____ 4. <input type="checkbox"/>	
Oltre 90 giorni _____ 2. <input type="checkbox"/>		Altra (specificare) _____ 5. <input type="checkbox"/>	
Precisare le settimane compiute di amenorrea _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Dichiaro in scienza e coscienza che le informazioni sopraindicate corrispondono a verità IL MEDICO DICHIARANTE			
_____ Timbro		_____ Firma e timbro	
_____ Data della compilazione			

ELENCO A - NUMERI DI CODICE DELLE PROVINCE											
Agrigento	084	Caltanissetta	085	Gorizia	031	Modena	036	Ragusa	068	Trapani	081
Alessandria	006	Campobasso	070	Grosseto	053	Napoli	063	Ravenna	039	Trento	022
Ancona	042	Caserta	061	Imperia	008	Novara	003	Reggio Calabria	080	Treviso	026
Aosta	007	Catania	087	Isernia	094	Nuoro	091	Reggio Emilia	035	Trieste	032
Arezzo	051	Catanzaro	079	L'Aquila	066	Cristiano	095	Rieti	057	Udine	030
Ascoli Piceno	044	Chieti	069	La Spezia	011	Padova	028	Rimini	099	Varese	012
Asti	005	Como	013	Latina	059	Palermo	082	Roma	058	Venezia	027
Avellino	064	Cosenza	078	Lecco	075	Parma	034	Rovigo	029	Verbano-Cusio-Ossola	103
Bari	072	Cremona	019	Lecco	097	Pavia	018	Salerno	065	Vercelli	002
Belluno	025	Crotone	101	Livorno	049	Perugia	054	Sassari	090	Verona	023
Benevento	062	Cuneo	004	Lodi	098	Pesaro-Urbino	041	Savona	009	Vibo Valentia	102
Bergamo	016	Enna	086	Lucca	046	Pescara	068	Siena	052	Vicenza	024
Biella	096	Ferrara	038	Macerata	043	Piacenza	033	Siracusa	089	Viterbo	056
Bologna	037	Firenze	048	Mantova	048	Pisa	020	Sondrio	014		
Bolzano	021	Foggia	071	Massa Carrara	045	Pistoia	047	Taranto	073		
Brescia	017	Forlì-Casena	040	Matera	077	Pordenone	093	Taranto	067		
Brindisi	074	Frosinone	050	Messina	083	Potenza	076	Terni	075		
Cagliari	092	Genova	010	Milano	015	Prato	100	Torino	001		

ELENCO B - NUMERI DI CODICE DELLE CITTADINANZE E DEGLI STATI ESTERI											
EUROPA		San Marino	236	Namibia	441	Nicaragua	529	Mongolia	341		
UE (Unione Europea)		Santa Sede	246	Niger	442	Panama	530	Myanmar (Birmania)	307		
Austria	203	Serbia e Montenegro	224	Nigeria	443	Paraguay	614	Nepal	342		
Belgio	206	Svizzera	241	Ruanda	446	Perù	615	Oman	343		
Ceca, Rep.	257	Turchia	351	Sao Tomé e Príncipe	448	Saint Kitts e Nevis	534	Pakistan	344		
Cipro	315	Ucraina	243	Seychelles	449	Saint Lucia	532	Qatar	345		
Danimarca	212			Senegal	450	Saint Vincent e Grenadine	533	Singapore	346		
Estonia	247	AFRICA		Sierra Leone	451	Stati Uniti d'America	536	Siria	348		
Finlandia	214	Algeria	401	Somalia	453	Suriname	616	Sri Lanka (Ceylon)	311		
Francia	215	Angola	402	Sud Africa	454	Trinidad e Tobago	617	Tagikistan	362		
Germania	216	Benin (Dahomey)	406	Sudan	455	Uruguay	618	Taiwan (Formosa)	363		
Grecia	220	Botswana	408	Swaziland	456	Venezuela	619	Territori autonomia Palestinese	324		
Irlanda	221	Burkina Faso (Alto Volta)	409	Tanzania	457			Thailandia	349		
Lettonia	248	Burundi	410	Togo	458	ASIA		Timor Orientale	338		
Lituania	249	Camerun	411	Tunisia	460	Albanistan	301	Turkmenistan	364		
Lussemburgo	226	Capo Verde	413	Uganda	461	Arabia Saudita	302	Uzbekistan	357		
Malta	227	Centrafricana, Rep.	414	Zambia	464	Armenia	358	Vietnam	353		
Paesi Bassi	232	Ciad	415	Zimbabwe (Rhodesia)	465	Azerbaijgian	359	Yemen	354		
Polonia	233	Comore	417			Bahreïn	304				
Portogallo	234	Congo	418	AMERICA		Bangladesh	305	OCEANIA			
Regno Unito	219	Congo, Rep Dem (Zaire)	463	Antigua e Barbuda	503	Buthan	306	Australia	701		
Slovacchia	255	Costa d'Avorio	404	Argentina	602	Brunei	309	Figi	703		
Slovenia	251	Egitto	419	Bahamas	505	Cambogia	310	Kiribati	706		
Spagna	239	Eritrea	466	Barbados	506	Cinese, Rep. Popolare	314	Marshall, isole	712		
Svezia	240	Etiopia	420	Belize	507	Corea, Rep. Pop. Dem (Corea Nord)	319	Micronesia, Stati federati	713		
Ungheria	244	Gabon	421	Bolivia	604	Corea, Rep. (Corea del Sud)	320	Nauru	715		
		Gambia	422	Brasile	605	Emirati Arabi Uniti	322	Nuova Zelanda	719		
Altri paesi europei		Ghana	423	Canada	509	Filippine	323	Palau	720		
Albania	201	Gibuti	424	Cile	606	Georgia	360	Papua Nuova Guinea	721		
Andorra	202	Guinea	425	Colombia	608	Giappone	326	Salomone, isole	725		
Bielorusia	256	Guinea Bissau	426	Costa Rica	513	Giordania	327	Samoa	727		
Bosnia-Erzegovina	252	Guinea Equatoriale	427	Cuba	514	India	330	Tonga	730		
Bulgaria	209	Kenya	428	Dominica	515	Indonesia	331	Tuvalu	731		
Croazia	250	Lesotho	429	Dominicana Rep.	516	Iran	332	Vanuatu	732		
Estonia	247	Liberia	430	Ecuador	609	Iraq	333				
Islanda	223	Libia	431	El Salvador	517	Israele	334	APOLIDE	999		
Liechtenstein	225	Madagascar	432	Giamaica	518	Kazakistan	356	Non Indicato	888		
Macedonia, ex Rep. Jugos.	253	Malawi	434	Grenada	519	Kirghizistan	361				
Moldova	254	Mali	435	Guatemala	523	Kuwait	335				
Monaco	229	Marocco	436	Guyana	612	Laos	336				
Norvegia	231	Mauritania	437	Haiti	524	Libano	337				
Romania	235	Mauritius	438	Honduras	525	Maldiva	339				
Russia, Federazione	245	Mozambico	440	Messico	527	Malaysia	340				

SEGRETO STATISTICO, OBBLIGO DI RISPOSTA, TUTELA DELLA RISERVATEZZA E DIRITTI DEGLI INTERESSATI

I dati raccolti nell'ambito della presente indagine sono tutelati dal segreto statistico e sottoposti alle regole stabilite, a tutela della riservatezza, dal Regolamento CE n. 322/97, dal d.lgs. n. 196/2003 (art. 2, finalità; 4, definizioni; 7-10, diritti dell'interessato; 13, informativa; 28-30, soggetti che effettuano il trattamento; 104-110, trattamento per scopi statistici scientifici). Essi possono essere esternati o comunicati soltanto in forma aggregata, secondo modalità che rendono non identificabili gli interessati, ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. n. 322/99, come modificato dall'art. 12 del d.lgs. n. 281/99. I dati possono essere utilizzati solo per scopi statistici, in base a quanto stabilito dall'art. 9 del d.lgs. n. 322/99.

La presente indagine rientra tra le rilevazioni di interesse pubblico inserite nel Programma Statistico Nazionale (PSN), approvato con DPCM 23 aprile 2004 (SO n. 134 alla GU n. 177 del 30.7.2004).

E' fatto obbligo alle amministrazioni, enti ed organismi pubblici, nonché ai soggetti privati di fornire tutti i dati e le notizie richieste nel modello di rilevazione, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. n. 322/99 e del D.P.R. 14 luglio 2004 (GU n. 188 del 12.08.2004).

Coloro che non li forniscono o li forniscono scientemente errati o incompleti sono soggetti alle previste sanzioni amministrative (art. 11 del d.lgs. n. 322/99).

Titolare della rilevazione è l'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica, via Cesare Balbo 16 - 00184 Roma. Il responsabile della rilevazione è il Direttore della Direzione Centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali.

- (a) Nato morto: prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), purchè siano trascorsi almeno 180 giorni di amenorrea.
- (b) Aborto spontaneo: ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea.

N.B. - RISPONDERE A TUTTI I QUESITI - Per i quesiti seguiti da quadratini numerati, barrare il quadratino che fa al caso; - L'invio al competente ufficio della Regione da parte delle A.S.L. si effettua entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento, l'invio all'ISTAT da parte della Regione si effettua entro il giorno 30 dello stesso mese successivo a quello di riferimento ed esclusivamente in allegato al mod. ISTAT D.17 debitamente compilato.

ABORTIVITÀ VOLONTARIA IN ITALIA E IN PUGLIA

Francesca Lariccia (a), Michele Grandolfo (b)*

(a) Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma

(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Evoluzione del fenomeno in Italia

Dall'approvazione della legge 194/1978, che regola l'interruzione volontaria di gravidanza, ad oggi, l'abortività volontaria in Italia ha subito una diminuzione molto rilevante, dell'ordine del 50%. Tale diminuzione è avvenuta con tempi e modalità differenti nelle diverse regioni, come già riportato nel capitolo "L'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) in Italia dalla legge ad oggi". A livello nazionale la dinamica di questa riduzione è caratterizzata da tre fasi temporali ben distinte.

Una prima fase di crescita si osserva negli anni immediatamente successivi alla legalizzazione dell'aborto (1980-1983) ed è dovuta in parte al progressivo assestamento della rilevazione statistica, in parte, e soprattutto, all'assorbimento di una quota di abortività clandestina da parte dell'abortività legale. Nel 1982 si è registrato il più alto tasso di abortività volontaria, pari a 17,1 IVG per 1000 donne residenti in età 15-49 anni.

La seconda fase va dal 1984 al 1995: a partire dal 1984, infatti, inizia un periodo di riduzione dell'abortività volontaria, i tassi calano in modo regolare e consistente per più di un decennio passando da 16,8 IVG per 1000 donne residenti in età feconda nel 1984, a 9,3 nel 1995.

Dal 1996 inizia la terza e ultima fase che si protrae fino ad oggi ed è caratterizzata da una relativa stabilità dei tassi che oscillano tra 9,1 e 9,7 IVG per 1000 donne residenti in età feconda. Ad una prima osservazione si potrebbe pensare ad una stabilizzazione del ricorso all'IVG. In realtà questo trend stazionario è il risultato di due fenomeni con andamenti contrapposti (Tabella 1): da una parte l'abortività delle italiane residenti che continua a diminuire, in linea con quanto osservato nel decennio precedente, passando da 8,8 IVG per 1000 nel 1996 a 6,8 nel 2006; dall'altra l'abortività delle straniere residenti caratterizzata da tassi 3 o 4 volte più elevati rispetto a quelli delle native, tassi tendenzialmente in crescita dal 1996 al 2003 (da 25,4 a 31,4 per 1000) e che registrano dal 2004 un'apparente inversione di tendenza che potrebbe essere confermata nei prossimi anni.

Tabella 1. Tassi standardizzati di abortività per 1000 donne residenti in età 18-49 anni, per cittadinanza, anni 1996-2006

Anno	Italiane	Straniere	Totale
1996	8,8	25,4	9,2
1999	8,5	28,5	9,3
2000	8,1	27,6	9,0
2003 ^a	7,4	31,4	9,1
2004 ^b	7,8	30,3	9,5
2005 ^c	7,3	26,3	9,3
2006	6,8	24,7	8,6

a .Campania esclusa b. Sicilia stimata c. Friuli V.G., Molise, Campania, Sicilia stimate
Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

* dal 2010 collabora come esperto esterno

Per tener conto delle diverse composizioni per classi d'età, l'evoluzione temporale del ricorso alle IVG e il confronto tra italiane e straniere sono stati osservati ricorrendo a tassi di abortività standardizzati, dove la standardizzazione è effettuata per età con il metodo della popolazione tipo. La popolazione scelta come "tipo" è la popolazione media femminile italiana, nelle classi d'età di interesse, relativa all'anno 2001.

La Figura 1 e, in Appendice B, la Tavola 1 riportano il numero di IVG effettuate dal 1980 al 2006 da donne residenti in età feconda, nel complesso e distinte per Paese di nascita (Italia o estero). Osservando la curva relativa al totale delle donne si possono facilmente individuare le tre fasi sopra descritte: la crescita iniziale con un numero di aborti volontari che passa da circa 200.000 nel 1980 ad oltre 226.000 nel 1982-1983; la successiva forte riduzione che vede progressivamente contrarsi le IVG fino a circa 126.000 nel 1995; infine la fase di relativa stabilità, dove il numero di aborti oscilla tra 113.000 e 130.000.

Dalla Figura 1 è anche evidente l'incremento e il crescente peso sul totale delle IVG effettuate da donne straniere residenti in Italia: all'inizio degli anni '80 gli aborti volontari eseguiti da donne straniere sono solo il 2% del totale; nel 2000 e nel 2006 costituiscono rispettivamente il 17% e il 31% .

Si noti che per ricostruire l'evoluzione del fenomeno dagli anni '80 al 2006 tenendo conto dell'apporto della componente straniera, le donne che hanno effettuato IVG sono state distinte in italiane e straniere basandosi sul Paese di nascita. L'informazione sulla cittadinanza, più appropriata a tale scopo, non è utilizzabile per valutare il trend dell'intero periodo poiché è stata introdotta nel modello di rilevazione (mod. D.12) nel 1995. È dall'inizio degli anni '90, infatti, che la presenza femminile straniera in Italia comincia ad essere rilevante e a crescere in modo consistente: basti pensare che le donne tra 18 e 49 anni provviste di permesso di soggiorno sono passate da circa 200.000 nel 1992 a quasi un milione nel 2006 (2). Di conseguenza anche l'abortività volontaria delle straniere inizia a delinearsi in quegli anni come un fenomeno degno di nota: all'inizio degli anni '90, infatti, la percentuale di IVG effettuate da donne nate all'estero è ancora contenuta ma in rapida crescita, passando dal 4% nel 1990, al 10% nel 1995. Emerge, quindi, in quegli anni la necessità di inserire nel modello di rilevazione l'informazione sulla cittadinanza, per poter monitorare il fenomeno in modo appropriato e diretto, anziché ricorrendo a proxy quali il Paese estero di nascita o la residenza in uno stato estero (3).

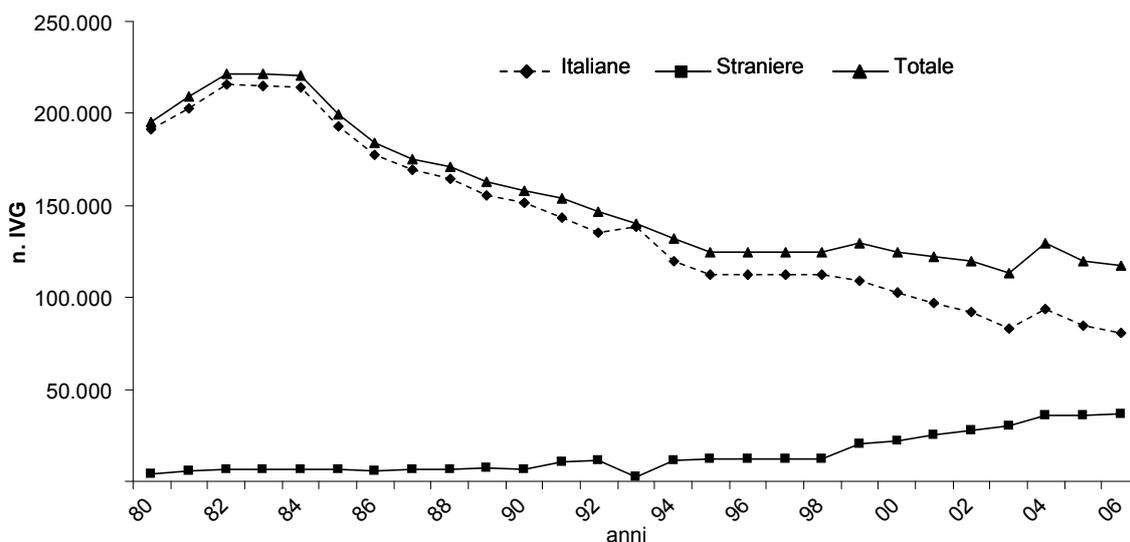


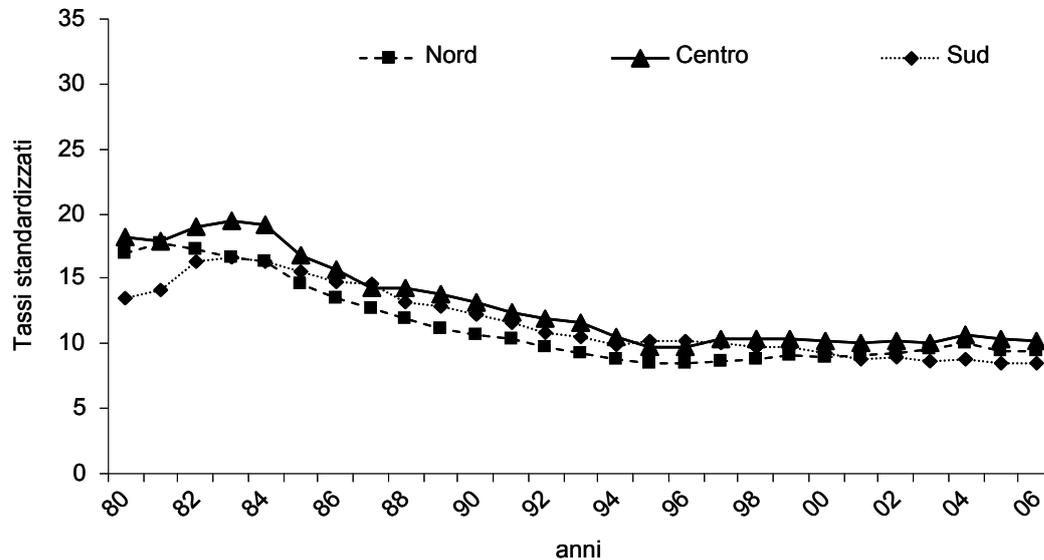
Figura 1. IVG effettuate da donne residenti in età feconda per Paese di nascita. Italia, 1980-2006

Differenze territoriali e il caso della Puglia

La diminuzione del ricorso all'IVG è avvenuta con ritmi e intensità differenti nelle diverse aree territoriali del Paese, sebbene i livelli di abortività tendano a convergere nel tempo come si può osservare nella Figura 2.

Nella 1^a indagine nazionale sulla fecondità, condotta nel 1979, le donne del Mezzogiorno riferivano di aver avuto un maggior numero di aborti volontari rispetto alle donne del centro-nord (4); questa differenza non si riscontra nei dati degli anni successivi alla legalizzazione da cui risultano, invece, dei tassi di abortività più bassi nell'Italia meridionale che in quella centrale e settentrionale (nei primi anni '80 rispettivamente tra 13 e 14 e tra 17 e 18 per 1000 donne residenti in età feconda). La discrepanza tra le due indagini suggerisce un ricorso importante all'aborto clandestino nelle regioni del sud; ipotesi supportata dal fatto che, date le condizioni socio-economiche di tali regioni in quel periodo, non è realistico pensare a dei livelli di abortività così bassi. L'andamento del fenomeno negli anni successivi conferma ulteriormente questa interpretazione: la graduale emersione dell'abortività clandestina, infatti, ha come effetto una crescita dei tassi che nel 1983 superano quelli dell'Italia del Nord, per poi diminuire nuovamente dal 1984 in poi, ma con una riduzione inferiore a quella del resto del Paese (1, 4, 5). La diminuzione dell'abortività tra l'anno di abortività massima e il 1995 è stata di oltre il 50% nel Centro e nel Nord, del 39% nel Mezzogiorno.

La fase di relativa stabilità che si apre dal 1996 in poi, già descritta a livello nazionale, ha connotazioni diverse nelle tre aree del Paese. Nel Nord si osserva una ripresa leggera ma continua dei livelli di abortività che crescono da 8,5 per 1000 nel 1996 a 10 per 1000 nel 2004, probabilmente per la crescente importanza dell'abortività delle donne con cittadinanza straniera. Il Centro ha dei tassi oscillanti tra il 9,8 e il 10,7 per 1000. Nel Sud, invece, i livelli di abortività sono in continuo ma lento declino.

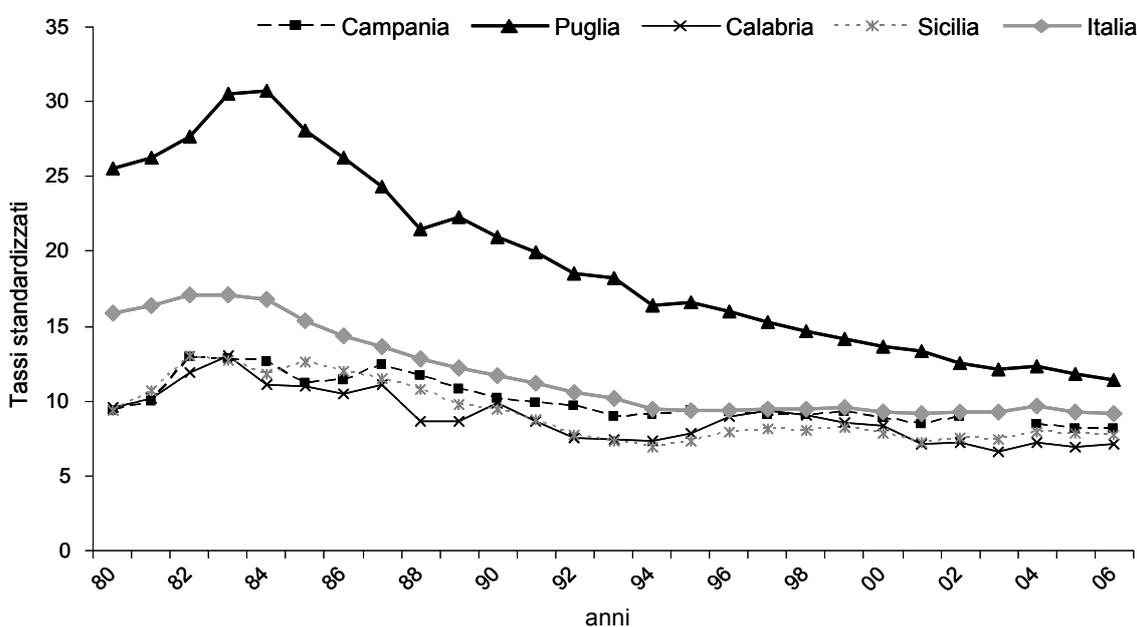


Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Figura 2. Tassi standardizzati di abortività per 1000 donne residenti in età feconda, per ripartizioni di residenza. 1980-2006

All'interno del quadro geografico fin qui descritto la Puglia rappresenta un caso molto particolare (Figura 3 e in Appendice B la Tavola 2). L'andamento del fenomeno dagli anni '80 al 2006 è più simile a quello osservato per l'Italia nel suo complesso e per le regioni centro settentrionali. Inoltre l'intensità del fenomeno per tutto il periodo esaminato è superiore a quanto si osserva in tutte le altre regioni del Paese: il tasso di abortività cresce dal 25 per 1000 nel 1980 fino a raggiungere il suo massimo nel 1984 (30,7 per 1000); dal 1985 in poi la riduzione dei tassi è continua e superiore a quella del resto del Paese (oltre il 60%) e determina una convergenza dei tassi verso i valori osservati a livello nazionale – la differenza tra i tassi di abortività delle pugliesi e delle italiane è passata da oltre 10 punti per 1000 negli anni '80 a circa 2 punti nel 2006.

Livelli di abortività così elevati sono dovuti con tutta probabilità alla diffusione e all'accessibilità dei servizi nella regione, aspetto che ha determinato l'emersione quasi totale dell'aborto clandestino. Si ritiene quindi che i dati ufficiali sull'IVG in Puglia riescano a cogliere l'entità del fenomeno in modo fedele alla realtà.



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Figura 3. Tassi standardizzati di abortività per 1000 donne residenti in età feconda, per regione di residenza. Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Italia: 1980-2006

L'evoluzione del ricorso all'IVG in Puglia è stata analizzata con maggiore dettaglio e sotto diversi aspetti nei capitoli seguenti.

L'evoluzione differenziale secondo alcune caratteristiche socio demografiche della donna – età, stato civile, istruzione, condizione professionale – è esaminata nel capitolo “Evoluzione dell'abortività volontaria secondo alcune caratteristiche della donna”. L'ipotesi di fondo è che nei 25 anni considerati le donne con più competenze, ossia con maggior risorse in termini di autonomia e di capitale umano, siano state progressivamente in grado di evitare l'aborto grazie ad un uso appropriato della contraccezione e che quindi per queste donne più che per le altre si sia verificata una riduzione molto forte del fenomeno.

Nel capitolo “Storia riproduttiva”, invece, si è posta l’attenzione sull’evoluzione differenziale secondo alcune caratteristiche della storia riproduttiva della donna: in particolare si analizza come la nascita di figli e precedenti interruzioni volontarie di gravidanza sono in relazione con l’abortività volontaria di una donna e come queste relazioni si sono trasformate nel corso del tempo.

Nel capitolo successivo viene analizzata l’evoluzione dei servizi socio sanitari coinvolti nell’iter che si segue per effettuare un’IVG e delle procedure adottate dai servizi stessi; in altre parole viene esaminato come si sono evoluti negli ultimi venticinque anni modalità e tempi con cui vengono effettuate le interruzioni volontarie di gravidanza nella regione. L’analisi nel tempo delle informazioni su servizi e procedure si propone di sottolinearne punti di forza e criticità, al fine di migliorare organizzazione e accessibilità dei servizi, nonché valutare l’appropriatezza delle procedure adottate.

Infine, il capitolo “Il fenomeno delle migrazioni” riguarda l’evoluzione delle migrazioni sanitarie per effettuare un’IVG, ossia se e come si sono modificate dagli anni ’80 ad oggi entità e direzione di tali migrazioni.

Da un punto di vista territoriale le analisi dei differenti aspetti sono state condotte considerando due diversi livelli di analisi.

Il primo livello consiste nel collocare la Puglia all’interno del contesto italiano e tenendo conto delle differenze esistenti tra le diverse aree del Paese. A tale scopo la Puglia viene messa a confronto con l’Italia nel suo complesso, con una regione del Nord (Emilia Romagna) e una del Sud (Campania). Questi confronti, inoltre, consentono di verificare se la somiglianza tra la Puglia e le regioni centro settentrionali riscontrata nell’evoluzione generale dell’abortività si evidenzia anche nei diversi aspetti studiati.

Per accertare se c’è omogeneità all’interno della regione Puglia, l’analisi è stata condotta anche a livello provinciale. I risultati ottenuti per le singole province sono stati quindi confrontati tra loro e con quelli regionali e sono state esaminate le disparità emerse.

Da un punto di vista temporale l’evoluzione del fenomeno negli ultimi 25 anni è stata apprezzata mettendo a confronto il 1982, anno in cui si registra a livello nazionale il tasso di abortività più elevato, con il 2006, che è l’ultimo anno disponibile con dati completi al momento della stesura del volume. Per osservare meglio i trend sono stati scelti due punti-anno intermedi, ossia il 1992 e il 2002. La scelta di questi due anni è motivata dall’opportunità di considerare un intervallo decennale, periodo sufficientemente ampio per cogliere le trasformazioni in atto; ma soprattutto dalla disponibilità dei dati censuari del 1991 e del 2001 che consentono di ricavare i denominatori per calcolare i tassi di abortività differenziale.

Il collettivo di riferimento varia in funzione dei diversi aspetti esaminati.

Le analisi riguardanti l’evoluzione differenziale dell’aborto volontario secondo alcune caratteristiche socio demografiche della donna e secondo la sua storia riproduttiva sono state condotte considerando le IVG effettuate da donne italiane residenti in età feconda (15-49 anni): la scelta di considerare le IVG secondo il luogo di residenza della donna è dettata anche in questo caso dalla necessità di utilizzare i dati censuari, dati riferiti alla popolazione residente, come denominatori dei tassi di abortività differenziale; per garantire dei confronti omogenei nel tempo si è scelto, invece, di non considerare l’abortività delle donne con cittadinanza straniera poiché, come si è visto in precedenza, questo fenomeno è praticamente assente negli anni ’80 ed ha invece assunto un’importanza notevole nell’ultimo decennio studiato.

Lo studio delle migrazioni considera solo le IVG eseguite da donne italiane in età feconda, per lo stesso motivo indicato sopra, mentre l’individuazione dei flussi migratori si basa sull’esame congiunto del luogo di residenza della donna che ricorre all’aborto e del luogo dove l’intervento viene effettuato.

Le analisi relative ai servizi e alle procedure, infine, sono state condotte per luogo di intervento, ossia considerando tutte le IVG effettuate sul territorio in esame, a prescindere dalla residenza, dalla cittadinanza e dall'età della donna che si è rivolta ai servizi di tale territorio.

Bibliografia

1. Vigiliano V, Martinelli G. *Evoluzione dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza in Puglia*. Comunicazione al Convegno L'Interruzione Volontaria di Gravidanza in Italia: studio delle tendenze e dei fattori di rischio. 19 novembre 2003. Roma, Istituto Superiore di Sanità. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/ivg/convegno-pdf/vigiliano.pdf>; ultima consultazione 6/7/2011.
2. ISTAT. *Demografie in cifre 2008*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/>; ultima consultazione 6/7/2011
3. Spinelli A, Grandolfo ME, Pediconi M, Donati S, Medda E, Timperi F, Andreozzi S. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: 1991-1992*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995. (Rapporti ISTISAN 95/22). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=1773&lang=1&tipo=5&anno=1995>; ultima consultazione 6/7/2011.
4. Boccuzzo G, Buratta V, Frova L (Ed.). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*. Roma: ISTAT; 1997. (Argomenti n. 9)
5. Boccuzzo G. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - Evoluzione e tendenze recenti. Anni 1980-1998*. Roma: ISTAT; 2000. (Statistiche in breve, 6 marzo 2000) Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20000306_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 6/7/2011.

EVOLUZIONE DELL'ABORTIVITÀ VOLONTARIA IN PUGLIA SECONDO ALCUNE CARATTERISTICHE DELLA DONNA

Francesca Lariccia

Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma

Obiettivo di questo capitolo è descrivere la riduzione dell'abortività in Puglia dagli anni '80 a oggi secondo alcune caratteristiche delle donne che vi fanno ricorso, allo scopo di individuare le sezioni di popolazione femminile con il maggior rischio di abortire e quelle per le quali il decremento è stato inferiore ed è quindi auspicabile un'ulteriore riduzione del fenomeno.

L'ipotesi di fondo, già verificata a livello nazionale e riportata nel primo capitolo di questo rapporto, è che le donne con più risorse in termini di autonomia e di capitale umano abbiano maggiori opportunità di acquisire conoscenze e competenze e che, pertanto, nei 25 anni considerati, siano state progressivamente in grado di evitare l'aborto grazie a un uso sempre più appropriato della contraccezione: ci si aspetta che per queste donne, più che per le altre, si sia verificata una riduzione molto forte del ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG).

Per testare questa ipotesi è stata analizzata l'abortività in Puglia secondo lo stato civile, l'istruzione e la condizione professionale delle donne che vi fanno ricorso. Ci si chiede quindi se anche in Puglia, come in Italia, è valido il modello dell'empowerment: le donne coniugate, più istruite e occupate hanno sperimentato una diminuzione più rapida dei tassi di abortività rispetto a nubili, meno istruite e casalinghe?

Come già detto nel capitolo precedente, le analisi sono state effettuate confrontando l'evoluzione del fenomeno in Puglia, da una parte con quella avvenuta in Italia, in Emilia Romagna e in Campania e, dall'altra, con quella verificatasi nelle diverse province della Puglia stessa.

Tale evoluzione è stata apprezzata mettendo a confronto il 1982, anno in cui si osserva a livello nazionale la massima abortività, con il 2006, che è l'ultimo anno disponibile. Per comprendere meglio l'andamento del fenomeno sono stati considerati il 1992 e il 2002 come punti-anno intermedi.

Si ricorda, infine, che il collettivo oggetto di studio è costituito dalle IVG effettuate da donne in età feconda con cittadinanza italiana (in modo da garantire confronti omogenei nel tempo) e residenti (allo scopo di consentire l'uso dei dati censuari per la costruzione dei tassi specifici secondo le caratteristiche esaminate).

Per ognuna delle caratteristiche prese in esame è stato osservato in primo luogo l'andamento delle distribuzioni di frequenze assolute e percentuali delle IVG. Si tenga presente, però, che le variazioni nelle percentuali vanno interpretate con cautela sia perché la propensione all'aborto varia a seconda delle sezioni di popolazione, sia perché la struttura della popolazione femminile secondo l'età e secondo la caratteristica in esame è diversa nel tempo e nello spazio. Per analizzare l'evoluzione del fenomeno tenendo conto del primo aspetto sono stati costruiti tassi specifici di abortività; per evitare che i confronti nel tempo e nello spazio siano influenzati da eventuali differenze di struttura, i tassi sono stati standardizzati^a utilizzando il metodo della popolazione tipo e prendendo come popolazione di riferimento la popolazione residente in Italia

^a Per la definizione dei tassi standardizzati e per le procedure di calcolo adottate si rimanda al paragrafo A3 dell'appendice A.

al censimento del 2001. Sono state infine valutate le variazioni percentuali dei tassi standardizzati di abortività tra il 1982 e ognuno degli anni considerati, per individuare in quali periodi il decremento è stato maggiore.

La distribuzione percentuale secondo una certa caratteristica delle IVG e i tassi di abortività specifici per la stessa caratteristica sono indicatori che forniscono informazioni diverse, entrambe utili. Supponiamo che la caratteristica esaminata sia l'età in classi: il primo indicatore dice semplicemente come gli aborti si distribuiscono per classi d'età e quindi in quali età si concentra la quota maggiore di aborti; i tassi specifici, invece, indicano quante donne appartenenti a una certa classe di età ricorrono all'aborto, e quindi in quale classe di età è collocata la maggiore tendenza a ricorrervi.

Le Tavola 3a e 3b in Appendice B riportano in corsivo il numero di aborti effettuati nel 1982, 1992, 2002 e 2006 dalle donne italiane in età feconda residenti nelle aree territoriali considerate^b, la corrispondente popolazione residente^c, i tassi grezzi di abortività, i tassi standardizzati e le variazioni percentuali di entrambi i tassi. La Figura 1 mostra, invece, l'evoluzione complessiva dei tassi standardizzati.

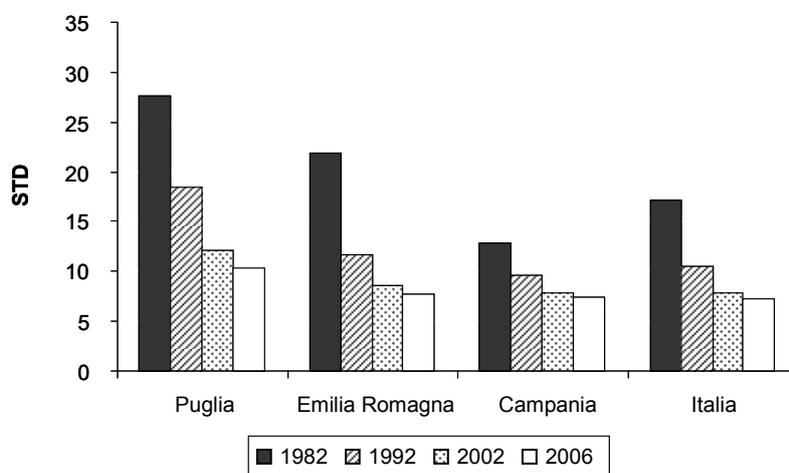


Figura 1. Tassi standardizzati di abortività per 1000 donne italiane residenti in età 15-49 anni, per luogo di residenza. Puglia, Emilia Romagna, Campania, Italia. Anni 1982- 2006

Il decremento dell'abortività superiore al 60%, osservato nel capitolo precedente con riferimento a tutte le donne residenti in Puglia, si riscontra anche limitandosi alle italiane, per le quali i tassi passano da 27,6 per 1000 nel 1982 a 10,3 per 1000 nel 2006 con una riduzione del 63%. Il decremento più significativo (33%) si osserva nel primo decennio, tra il 1982 e il 1992.

Per avere un'idea dell'entità di tale riduzione si osservi che, in termini assoluti, il numero di aborti notificati in Puglia scende da 25 mila nel 1982 a 10 mila nel 2006.

^b Si tenga presente che nel 2002 e nel 2006 l'elevata percentuale di dati mancanti che si è verificata in alcune regioni ha reso necessaria la stima dell'ammontare complessivo delle IVG. Inoltre le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera sono state escluse dall'analisi solo nel 2002 e nel 2006, data la trascurabilità del fenomeno nel 1982 e nel 1992. Per un'analisi più dettagliata della qualità dei dati si veda il par. A2.1 dell' Appendice A

^c Per maggiori dettagli sulle fonti cui si è fatto riferimento per ricavare la popolazione residente nei diversi anni considerati si veda il paragrafo A2.2 dell' Appendice A.

In Italia, nello stesso intervallo di tempo, la riduzione della propensione ad abortire è stata più contenuta (57%) che in Puglia, passando da un tasso di abortività del 17,2 per 1000 ad uno del 7,3 per 1000.

Il confronto con Emilia Romagna e Campania conferma che l'andamento del fenomeno in Puglia dagli anni '80 al 2006 è più simile a quello osservato per le regioni centro settentrionali, che meridionali. Osservando i dati dell'Emilia Romagna, infatti, si nota che l'evoluzione dei livelli di abortività è simile a quella pugliese, anche se la riduzione del 65% (con un calo dei tassi standardizzati dal 21,9 al 7,7 per 1000) è ancora maggiore. Si ricordi che non sono stati considerati gli aborti effettuati dalle donne con cittadinanza straniera che in Emilia Romagna, come in altre regioni del nord, hanno un peso importante e attenuerebbero questa riduzione.

In Campania si registrano, invece, livelli di abortività molto più bassi sia della Puglia che delle altre aree geografiche considerate, specialmente subito dopo l'introduzione della legge (nel 1982 il tasso standardizzato era 12,9 per 1000), con un divario che tende ad attenuarsi nel tempo, tanto che nel 2006 la propensione ad abortire è molto simile a quella nazionale (7,3 per 1000). Di conseguenza la riduzione del ricorso all'IVG sperimentata dalla Campania dagli anni '80 al 2006 è inferiore a quella sia della Puglia che delle altre realtà ed è pari al 43%. Questo, come già accennato nel capitolo precedente a proposito delle regioni meridionali eccetto la Puglia, suggerisce un ricorso massiccio all'aborto clandestino, che nel corso degli anni è gradualmente emerso ed è stato assorbito dall'abortività legale (1-3).

Sia nelle tre regioni considerate che a livello nazionale il decremento più consistente è avvenuto nel primo decennio. In Emilia Romagna addirittura più di metà del decremento totale si è verificato in questo periodo.

In Puglia l'evoluzione dell'abortività non è stata omogenea nelle diverse province (Figura 2).

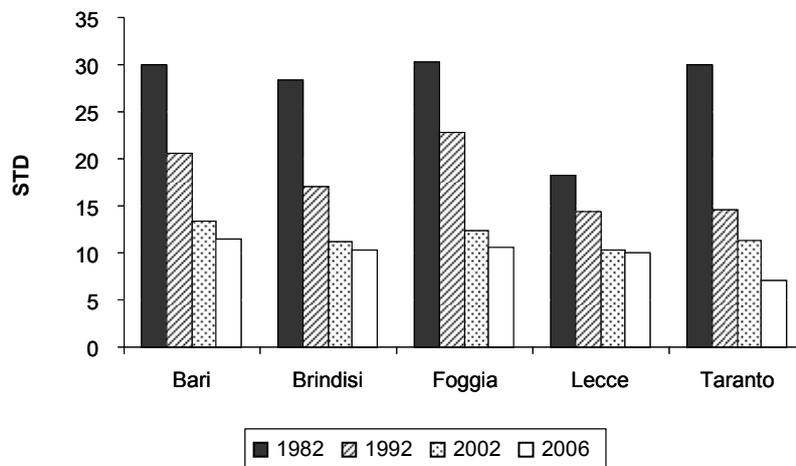


Figura 2. Tassi standardizzati di abortività per 1000 donne italiane residenti in età 15-49 anni, per luogo di residenza nelle province della Puglia. Anni 1982-2006

Le province di Bari, Brindisi e Foggia si presentano in linea con la media regionale, con decrementi rispettivamente del 62%, 64% e 65%. Per queste tre province i tassi passano dall'ordine del 30 all'ordine del 10 per 1000. Le province di Lecce e Taranto, invece, si discostano dalla media regionale.

A Lecce nei primi venti anni i tassi sono molto inferiori a quelli della Puglia e decrescono da 18 a 10 per 1000: il decremento è pertanto minore di quello che si verifica nelle altre province

(45%), avviene quasi del tutto tra il 1982 e il 2002 e ha un andamento simile nel primo e nel secondo decennio. Il fenomeno dell'abortività volontaria in questa provincia appare quindi diverso dal resto della Puglia: Lecce ha una realtà relativamente ricca e si può ipotizzare una maggiore diffusione dei metodi per la procreazione responsabile. A tale proposito è interessante notare che il tessuto della popolazione si discosta da quello delle altre province pugliesi. Le donne leccesi per esempio hanno un livello di istruzione leggermente superiore: in particolare dai dati censuari del 1981, del 1991 e del 2001 risulta che la percentuale di donne analfabete, senza titolo o al più con la licenza elementare è più bassa rispetto alle altre province pugliesi; viceversa la proporzione di donne con titolo di studio elevato è maggiore o al più uguale.

Taranto, invece, è la provincia con la riduzione più accentuata dei livelli di abortività: si passa dal 30 al 7 per 1000, con un decremento del 77%. Il tasso standardizzato si dimezza nei primi dieci anni passando dal 30 al 15 per 1000, per poi scendere al 7 ma con un ritmo meno rapido. Da notare che anche tra il 2002 e il 2006 il ricorso all'aborto volontario registra un'importante flessione, fenomeno che non si osserva in nessuna altra delle aree territoriali esaminate. Possiamo ipotizzare che la straordinaria riduzione dell'abortività osservata a Taranto sia avvenuta anche grazie all'intensa attività consultoriale nell'offerta attiva di corsi di educazione sessuale nelle scuole a partire dagli inizi degli anni '90.

Età

L'analisi del ricorso all'aborto volontario secondo l'età è stata condotta considerando l'età in classi quinquennali. In questo capitolo, come anche nei capitoli riguardanti le IVG secondo la storia riproduttiva della donna e le migrazioni sanitarie, le analisi sono state effettuate focalizzando l'attenzione sulle donne di 15-49 anni, intervallo convenzionalmente considerato come età riproduttiva, poiché quasi tutte le IVG notificate sono state effettuate da donne in questa fascia d'età. In tutti gli anni e in tutte le realtà territoriali esaminate, infatti, al massimo lo 0,4% delle IVG ha riguardato donne con meno di 15 anni o con 50 anni e più, come si può osservare dalle Tavole 4a e 4b in Appendice B. È da sottolineare, tuttavia, che a livello nazionale gli aborti effettuati dalle over 50 sono un numero minimo e in contrazione (un centinaio nel 1982 e nel 1992, solo qualche decina nel 2002 e nel 2006), in linea con la tendenza generale del fenomeno, mentre quelli effettuati da ragazze con meno di 15 anni, sempre osservando i valori assoluti a livello nazionale, sembrano stazionari, se non addirittura in lieve aumento (oscillano tra 130 e 283 nel periodo esaminato). Per le singole regioni, e ancor più per le province pugliesi, dati i numeri molto esigui, è azzardato esprimere un commento.

Le Tavole 4a e 4b in Appendice B riportano la distribuzione delle IVG in valori assoluti e percentuali per classi d'età e residenza. Osservando i valori assoluti in Puglia si riscontra un decremento del numero di aborti in tutte le classi di età tra i 15 e i 49 anni. Un quadro analogo si nota a livello nazionale e in Emilia Romagna, mentre fanno eccezione le IVG effettuate dalle donne campane di 15-19 anni che aumentano durante il periodo esaminato. In termini relativi, in Puglia le percentuali più alte di IVG risultano nelle classi d'età 25-29 e 30-34 anni, per tutto il periodo considerato; si nota però che il peso relativo degli aborti in queste due classi diminuisce sensibilmente nel tempo (passando tra il 1982 e il 2006 da 23% a 20% e da 24% a 22% rispettivamente) a favore delle classi estreme: in particolare la percentuale di IVG effettuate da donne di 15-19 anni passa da 6% nel 1982 a 10% nel 2006.

La generale diminuzione dell'abortività volontaria che si è verificata dal 1982 ad oggi in Puglia non è avvenuta in modo omogeneo nelle diverse classi d'età (Figura 3 e in Appendice B la Tavola 4a). Decrementi più importanti (di oltre il 66%) si osservano nei gruppi di età delle donne che maggiormente contribuiscono al fenomeno abortivo: la maggiore riduzione dei tassi,

infatti, ha riguardato proprio le età centrali che presentano nel 1982 valori ben al di sopra di quelli nazionali (nelle classi 25-29 e 30-34 oltre 40 IVG per 1000 donne residenti in età feconda rispetto a 27 e 25 per 1000 rispettivamente in Italia). Una forte differenza persiste ancora nel 1992, per poi ridursi progressivamente negli ultimi 14 anni. Il decremento dei tassi, invece, è decisamente più contenuto per le donne giovani: la riduzione tra 15 e 24 anni è del 39%, rispettivamente 5% e 53% nelle classi 15-19 anni e 20-24 anni.

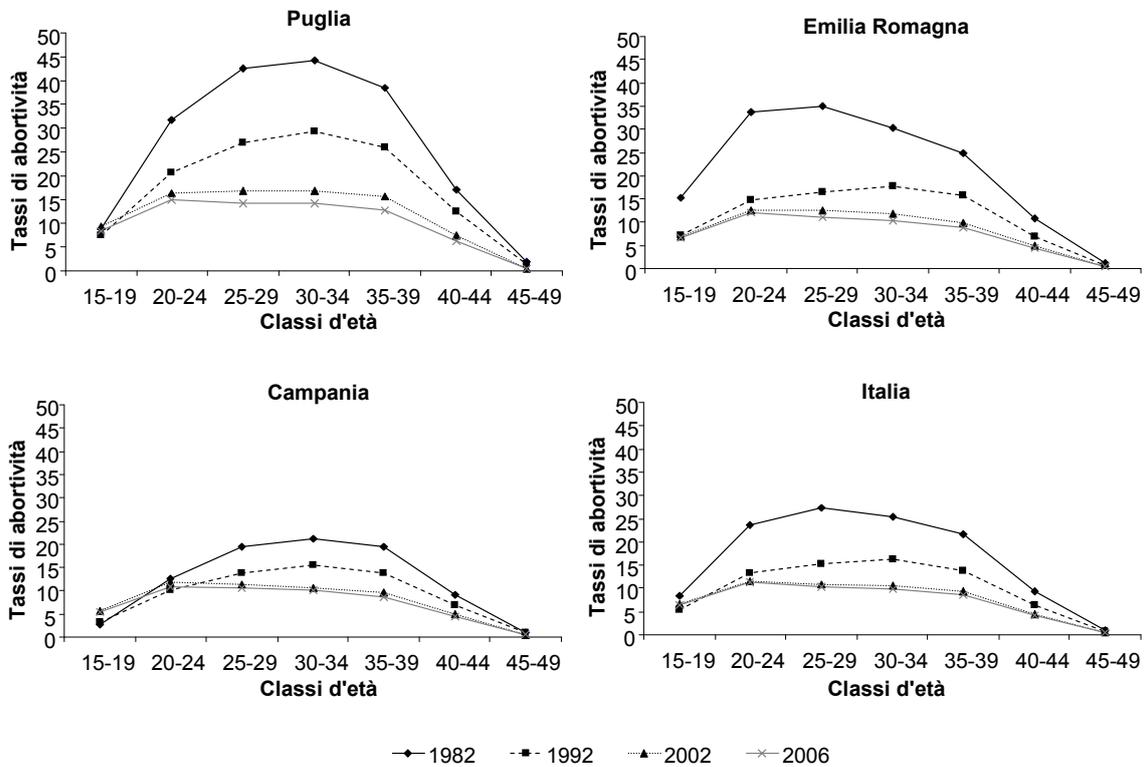


Figura 3. Tassi di abortività di donne residenti in età feconda, per classi d'età. Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna. Anni 1982-2006

Quanto descritto mette in luce che il cambiamento delle distribuzioni percentuali che si osserva nel tempo è dovuto principalmente a una riduzione del ricorso all'IVG maggiore in alcune classi d'età rispetto ad altre. I diversi trend in diminuzione dei tassi di abortività specifici per classi d'età hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG con un maggior peso relativo di quelle classi d'età per le quali la riduzione è stata minore.

Il confronto con le altre due regioni analizzate consente di evidenziare come, anche osservando il profilo per età, la riduzione delle IVG in Puglia avvenga in modo più simile all'Emilia Romagna che alla Campania, anche se con alcune differenze. Anche in Emilia Romagna il decremento massimo si riscontra nella classe di età 25-29 anni (-68%), ma anche 30-34 anni (-66%). Il decremento minimo si osserva anche in questo caso tra le donne più giovani, ma solo per la classe d'età 15-19 anni, classe in cui si registra comunque una riduzione molto più significativa di quella osservata per la Puglia (-57%). La propensione ad abortire, inoltre, si riduce con un ritmo diverso per età nelle due regioni: mentre in Puglia la contrazione dei tassi è molto forte sia nel primo che nel secondo decennio esaminato per tutte le classi d'età, in Emilia Romagna tra le più giovani (15-

29 anni) quasi tutta la riduzione dei tassi avviene nel primo decennio (1982-1992), mentre nelle età più avanzate (30-49 anni) è distribuita su entrambi i decenni.

In Campania, a fronte del livello di abortività complessivo più basso e della contrazione più ridotta di cui si è già parlato, l'analisi per età evidenzia una propensione all'aborto quasi stazionaria tra le donne di 20-24 anni e addirittura in aumento tra le più giovani (15-19 anni).

Le province di Bari, di Foggia e in parte anche di Brindisi presentano una riduzione dell'abortività per classi d'età simile a quella descritta per la Puglia nel complesso, sia nel profilo che nei livelli di abortività osservati (Figura 4 e in Appendice B la Tavola 4b). La scarsa riduzione dei tassi registrata a livello regionale per le IVG effettuate da donne di 15-19 è dovuta principalmente alle province di Bari e di Foggia dove si riscontra un decremento inferiore al 6%, ma soprattutto alla provincia di Lecce dove si osserva un aumento dell'abortività in questa fascia d'età (dal 5 per 1000 nel 1982 al 7 per 1000 nel 2006).

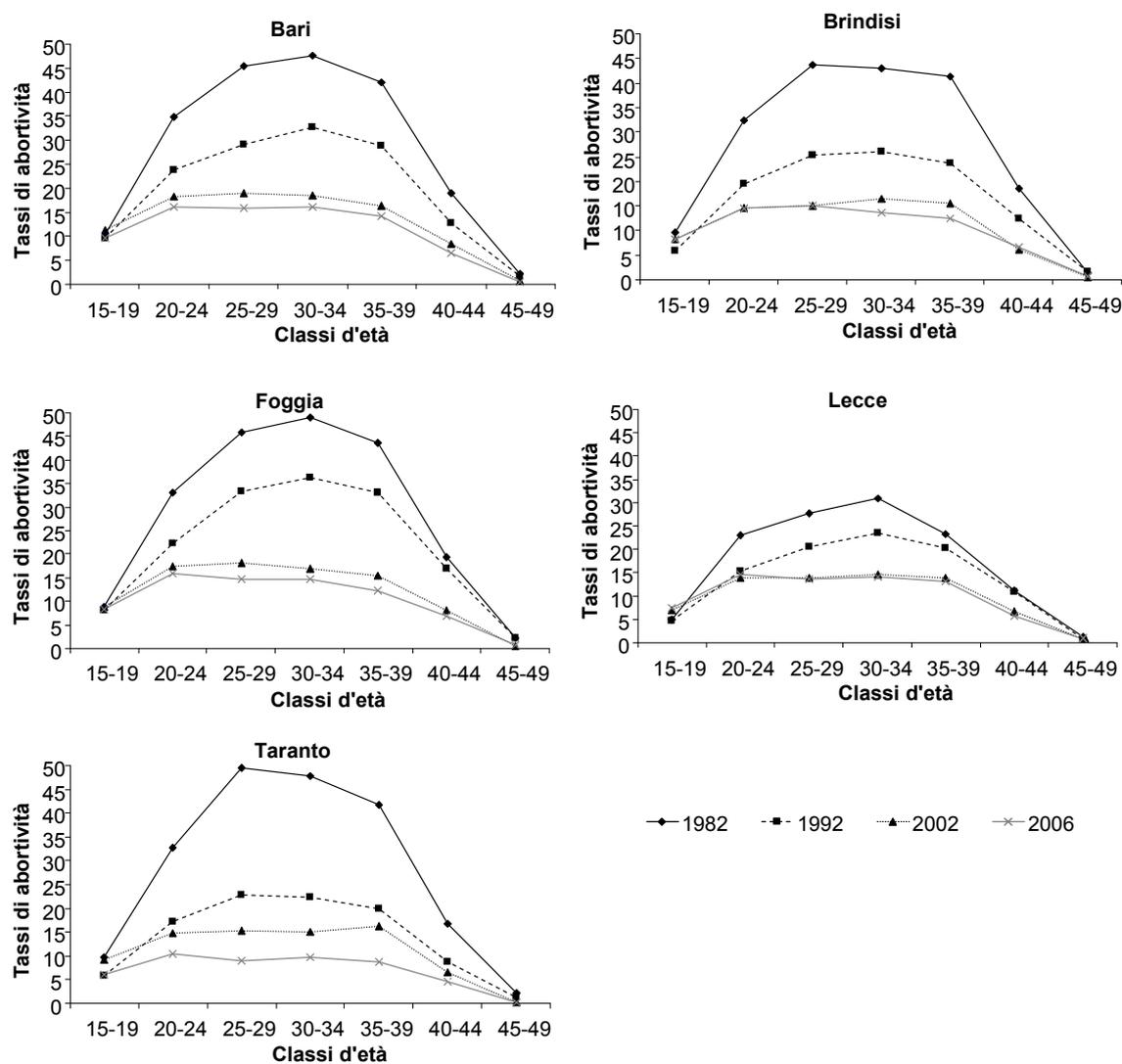


Figura 4. Tassi di abortività di donne residenti in età feconda, per classi d'età. Province della Puglia. Anni 1982-2006

A Lecce la realtà molto diversa, già emersa osservando i livelli di abortività generale e il ritmo di decremento, si conferma anche esaminando le riduzioni per età. Inoltre, per la provincia di Lecce non si riscontra la forte contrazione dei tassi che si è verificata durante il primo decennio nelle altre province, anche perché i tassi iniziali erano molto più bassi.

Come già osservato a livello generale, la provincia di Taranto nel 1982 registra livelli dei tassi simili alle altre province per poi sperimentare delle riduzioni eccezionali tra il 1982 e il 1992, e comunque consistenti anche nei periodi successivi: le diminuzioni dei tassi per l'intero periodo superano il 68% in tutte le classi d'età, eccetto che tra le giovanissime (15-19 anni), dove comunque il decremento è superiore a quello sperimentato dalle altre province (oltre il 36%). Nella classe 20-24 anni la riduzione dei tassi tra il 1982 e il 2006 è addirittura dell'82%.

Si osserva comunque una convergenza dell'abortività per età con il passare del tempo: nel 2006 i tassi sono più omogenei tra le diverse classi d'età, inoltre i profili e i livelli di abortività per età sono molto simili tra le varie province, anche se fa eccezione Taranto che si mantiene su livelli più bassi.

Stato civile

Le analisi dell'abortività volontaria in Italia per stato civile condotte dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'ISTAT (3-5) hanno evidenziato una forte eterogeneità del fenomeno secondo questa caratteristica già dagli anni subito dopo la legge. Lo stato civile infatti ha un ruolo importante sia nel modificare l'esposizione al rischio di un concepimento (per diversa frequenza dei rapporti sessuali, ma anche per differente accesso e utilizzo della contraccezione), sia nel determinare condizioni che facilitino o ostacolino il proseguimento di una gravidanza indesiderata. Questo ruolo, inoltre, cambia a seconda del contesto ed evolve nel tempo.

La prima parte del modello D.12 contiene le notizie anagrafiche e alcune informazioni socio-demografiche della donna che ha effettuato l'IVG, tra cui lo stato civile. Nel 1982 e nel 1992 questa informazione viene rilevata con cinque modalità: "nubile", "coniugata", "separata legalmente", "divorziata o già coniugata", "vedova"; dal 2000, invece, le condizioni di "separata legalmente" e di "divorziata o già coniugata" sono state aggregate in un'unica modalità. Pertanto l'evoluzione temporale delle frequenze assolute e percentuali delle IVG secondo lo stato civile è stata esaminata per tutto il periodo classificando la variabile in quattro modalità – nubili, coniugate, separate o divorziate, vedove – (Tavola 5 in Appendice B). Osservando i valori assoluti si nota che in Puglia a fronte di un decremento complessivo del numero di IVG, gli aborti effettuati dalle nubili aumentano. Questo si riscontra nel crescente peso percentuale delle IVG effettuate dalle nubili, che passa da 14% nel 1982 a 41% nel 2006. In parte questo incremento è attribuibile a un aumento della popolazione nubile nella regione (da 3510 nel 1982 a 4089 nel 2006), in parte a una propensione all'aborto che per questa sezione di popolazione si è ridotta molto meno che per le donne già coniugate, come si vedrà più nel dettaglio dall'analisi dei tassi standardizzati.

Rispetto al primo decennio di legalizzazione in cui prevaleva nettamente il contributo della condizione di coniugata (85% delle IVG nel 1982 e 76% nel 1992), negli ultimi anni si è osservata una tendenza alla parificazione della distribuzione percentuale tra le due condizioni.

Negli anni successivi all'introduzione della legge la forte prevalenza di IVG effettuate dalle coniugate, con percentuali anche superiori all'80%, ha caratterizzato non solo la Puglia, ma più in generale le regioni meridionali (5) e si riscontra anche in Campania dove l'87% degli aborti volontari nel 1982 e il 75% nel 1992 sono stati effettuati da donne coniugate.

A differenza della Puglia, a livello nazionale il numero di aborti delle nubili diminuisce; questo decremento è comunque meno consistente di quello sperimentato dalle coniugate. Nel

1982 anche in Italia la maggioranza degli aborti viene effettuata dalle donne sposate, ma il divario è più contenuto di quanto si osserva in Puglia (in Italia le coniugate contribuiscono al 72% delle IVG, in Puglia, come già detto, all'85%). Inoltre in Italia, nel corso degli anni, non si assiste solo ad una parificazione della distribuzione percentuale delle due condizioni, ma ad un'inversione della preponderanza: nel 2006, infatti, sono stati notificati 44236 aborti effettuati da donne nubili e 40026 da coniugate, rispettivamente il 49% e il 44% del totale.

In Emilia Romagna l'evoluzione della distribuzione percentuale tra queste due categorie è analoga a quella descritta per l'Italia, ma il divario iniziale è ancora inferiore e l'inversione di preponderanza è anticipata, osservandosi già nel 2002.

L'evoluzione nel tempo della propensione all'aborto secondo lo stato civile è stata analizzata, come già detto nel paragrafo introduttivo, tramite i tassi specifici grezzi e standardizzati.

Per calcolare i denominatori dei tassi è necessaria la distribuzione della popolazione italiana femminile residente per età e stato civile. Per i primi tre anni questa distribuzione è stata ricavata dai censimenti del 1981, 1991 e 2001; per il 2006, invece, è stata desunta dai dati di fonte anagrafica: si tenga presente che in questa fonte non è presente la condizione di "separata" in quanto, ai fini anagrafici, la separazione non comporta l'uscita dalla condizione di "coniugata"^d. I dati disponibili per il 2006, con la condizione di "separata" inclusa in quella di "coniugata", non hanno consentito di costruire i tassi specifici per l'intero periodo mantenendo la distinzione tra coniugate e separate/divorziate/vedove. Per questo motivo le analisi dei tassi qui presentate sono state effettuate aggregando la variabile stato civile in due sole modalità: "nubili" e "coniugate e già coniugate".

La propensione all'aborto delle donne separate/divorziate/vedove è stata comunque studiata per il 1982, 1992 e 2002 (Tabella 1 e in Appendice B la Tavola 6).

Tabella 1. Separate/divorziate/vedove residenti in età feconda: peso percentuale delle IVG effettuate e della popolazione; tassi standardizzati. Puglia. Anni 1982-2002

Anni	% IVG	% Popolazione	Tassi STD
1982	0,9	2,1	9,6
1992	1,6	2,2	10,8
2002	4,2	2,9	17,2

Dalla Tabella 1 si può osservare che in Puglia le donne in queste condizioni contribuiscono a una percentuale di aborti crescente nel tempo, dall'1% nel 1982 al 4% nel 2002, a fronte di una popolazione anch'essa crescente, anche se in modo più contenuto – le separate/divorziate/vedove rappresentano il 2% della popolazione femminile residente in Puglia nel 1982 e nel 1992 e il 3% nel 2002; di conseguenza la propensione all'aborto delle separate/divorziate/vedove aumenta nel tempo, contrariamente a quanto accade per le donne pugliesi nel complesso, passando da 9,6 IVG per 1000 nel 1982 a 17,2 nel 2002, con un incremento del 78%. Infine, come si vede dalla Tavola 6 in Appendice B, all'inizio del periodo la propensione ad abortire delle separate/divorziate/vedove è inferiore a quella delle nubili (12 per 1000) e soprattutto delle coniugate (31 per mille), mentre nel 2002 è nettamente superiore a quella di entrambe (11 e 12 per 1000 rispettivamente).

^d Per maggiori dettagli sulle fonti disponibili e sulla qualità dei dati si veda l'Appendice A, par A2.1, A2.2

Osservando i tassi standardizzati per l'intero periodo (Figura 5 e in Appendice B le Tavole 7a e 7b) si nota che in Puglia si sono ridotti da 12 per 1000 nel 1982 a 10 per 1000 nel 2006 per le nubili, e da 27 per 1000 a 10 per 1000 per le coniugate e già coniugate, con un decremento rispettivamente del 21% e del 65%. Anche a livello nazionale si nota un'evoluzione differenziale analoga a quella descritta per la Puglia ma meno polarizzata: tra le nubili il decremento è del 47%, tra le coniugate e già coniugate del 59% (da 15,6 a 8,2 per 1000, da 16,2 a 6,6 per 1000 rispettivamente). Questa differenza tra Puglia e Italia è attribuibile principalmente alla diversa situazione di partenza che vede la Puglia con un'abortività altissima per le coniugate e già coniugate, bassa per le nubili.

In Emilia Romagna si osserva un decremento molto simile dei tassi per nubili e coniugate, rispettivamente del 65% e del 64%: da notare l'elevata riduzione dell'abortività delle nubili i cui tassi passano dal 26 per 1000 al 9 per 1000.

In Campania, invece, la differenza nella propensione all'aborto tra le due categorie è massima: le nubili registrano un aumento dei tassi standardizzati del 45%, le coniugate e già coniugate una riduzione del 51%. Una situazione così diversa da quella osservata nelle altre realtà territoriali è dovuta principalmente ai livelli molto bassi dei tassi di abortività registrati in Campania per le nubili nel 1982 e nel 1992; tale differenza si attenua negli anni più recenti.

L'evoluzione dell'abortività per stato civile non evidenzia una maggiore somiglianza della Puglia alle regioni settentrionali, contrariamente a quanto emerso dall'analisi generale e per età.

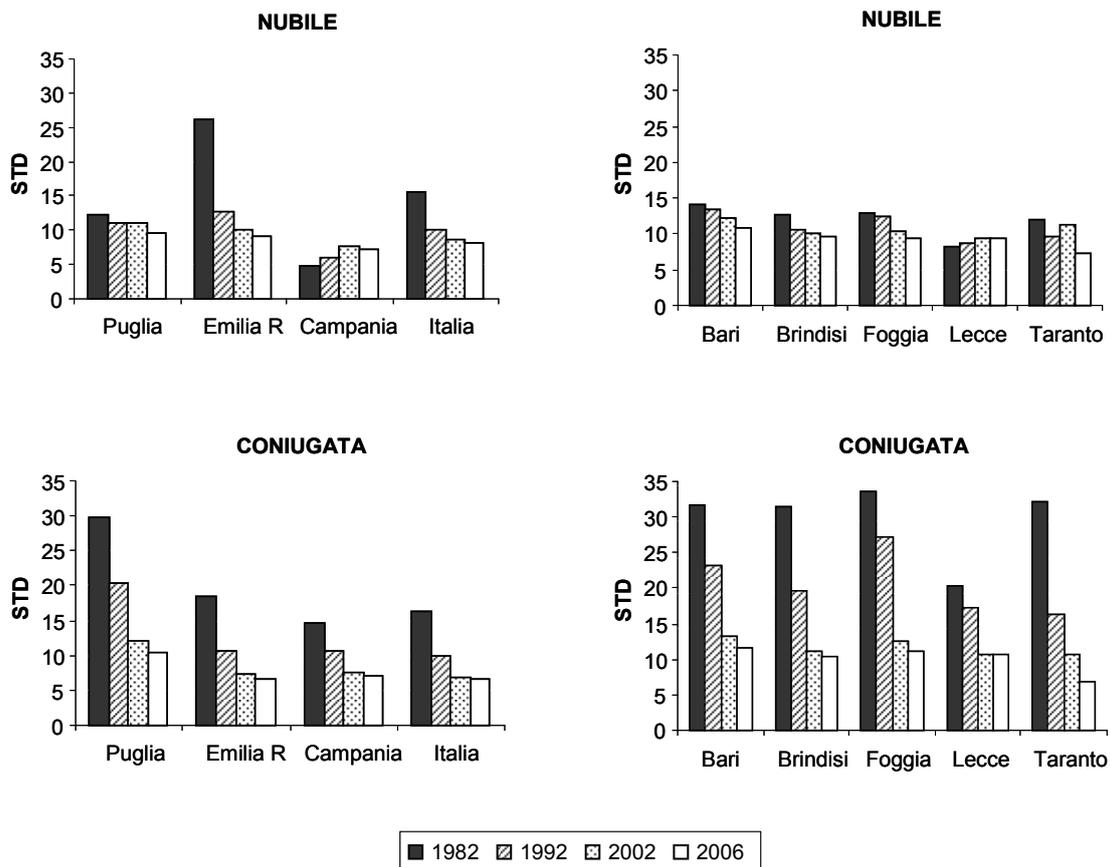


Figura 5. Tassi standardizzati di abortività di donne residenti in età feconda per stato civile e luogo di residenza. Anni 1982-2006

All'interno della Puglia le province di Bari, Brindisi e Foggia hanno livelli ed evoluzione dei tassi simili tra loro e alla media regionale per entrambe le categorie (Figura 5 e in Appendice B la Tavola 7b). Nella provincia di Lecce, invece, l'abortività delle nubili pur mantenendosi più bassa che nelle altre province in tutti gli anni considerati, tende ad aumentare nel tempo – tra il 1982 e il 2006 i tassi standardizzati passano da 8,2 a 9,4 per 1000.

A Taranto, invece, che è la provincia con la riduzione più accentuata dei livelli di abortività si osserva un decremento maggiore che per il resto della Puglia sia per le coniugate e già coniugate (-79%, da 32 a 7 per 1000), sia, e soprattutto, per le nubili (-40%, da 12 a 7 per 1000).

Un aspetto di cui tener conto nella lettura di questi risultati è la diversa azione del sistema sanitario: un sistema che agisca in modo efficace riesce a eliminare, o comunque a ridurre, le disparità dovute a condizioni di partenza svantaggiose. La particolarità emersa per l'Emilia Romagna e per la provincia di Taranto, aree dove si registrano le maggiori riduzioni dei tassi di abortività delle nubili, può essere interpretata in questo senso.

Un secondo aspetto prettamente tecnico di cui tener conto nella lettura dei risultati è il differente punto di partenza, poiché è più facile avere forti decrementi dove i livelli iniziali dei tassi sono molto elevati.

Livello di istruzione

Tra le caratteristiche socio demografiche della donna che ha fatto ricorso all'IVG il modello D.12 riporta anche il titolo di studio. Questa informazione nel 1982 e nel 1992 è stata rilevata con le seguenti modalità: nessun titolo, licenza di scuola elementare, licenza di scuola media inferiore, licenza e maturità di scuola media superiore, laurea o altro titolo universitario. Dal 2000, invece, "nessun titolo di studio" e "licenza elementare" sono rilevati in un'unica categoria. Per consentire confronti nel tempo, l'evoluzione delle distribuzioni assolute e percentuali degli aborti secondo il titolo di studio è stata osservata considerando quest'ultima classificazione per tutto il periodo (Tavola 8 in Appendice B).

Nel 1982 gli aborti effettuati in Puglia da donne residenti con licenza elementare o senza nessun titolo sono stati 14 mila, quasi il 60% delle IVG notificate nello stesso anno. Le donne in questa condizione contribuiscono al fenomeno con un numero di aborti in forte diminuzione nel tempo: già dieci anni dopo si erano più che dimezzati (6500 circa) e nel 2006 sono stati solo 695. Un decremento così importante è attribuibile in parte ad una diminuzione della popolazione con livello di istruzione molto basso (le donne residenti in Puglia con al più la licenza elementare sono passate da 500 mila nel 1982 a 100 mila nel 2006), in parte alla riduzione della propensione ad abortire da parte di questo segmento della popolazione, come si vedrà meglio dall'analisi dei tassi standardizzati. Nel periodo in esame si riduce anche il peso percentuale degli aborti di donne con licenza elementare o senza titolo che passa da 59% a 7%.

Tra le donne in possesso degli altri titoli di studio (licenza media inferiore, superiore e laurea), invece, il numero di IVG non si è ridotto, ma è rimasto circa costante, o in lieve aumento.

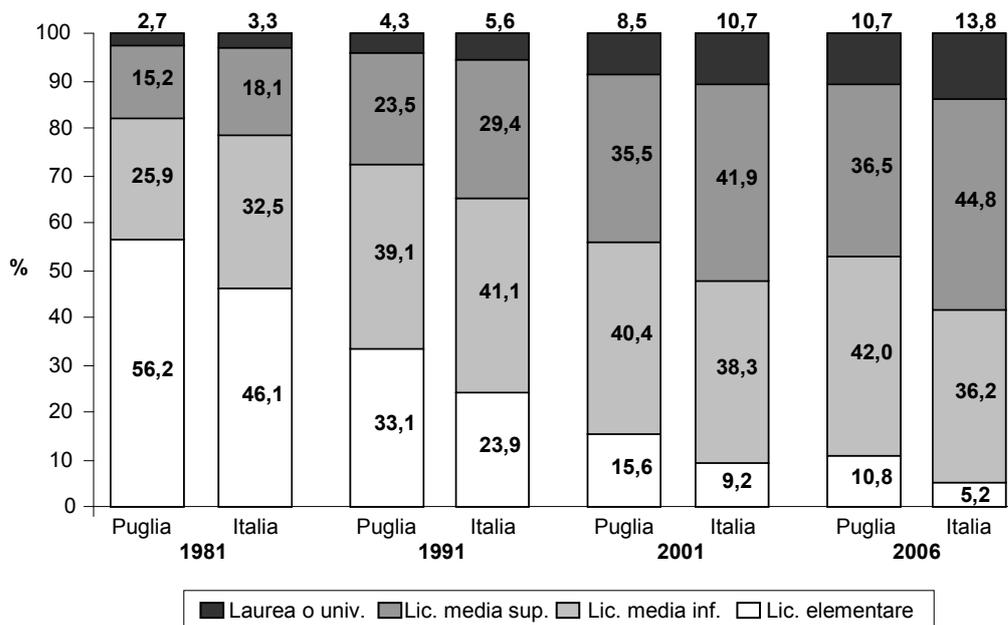
A partire dal 1992 le donne pugliesi che maggiormente ricorrono all'IVG non sono più quelle senza nessun titolo o con licenza elementare, ma quelle con licenza media inferiore che nel 2000 e 2006 contribuiscono a oltre il 50% degli aborti notificati.

Tra il 1982 e il 2006 il peso delle IVG effettuate da donne con licenza media superiore e laurea cresce da 13% a 35% e da 2% a 5% rispettivamente. L'aumento dei valori assoluti e percentuali delle IVG effettuate da donne con licenza media superiore e laurea va messo in relazione sia con la crescente scolarizzazione generale, o meglio, con la progressiva uscita dalle età feconde delle coorti più anziane di donne che hanno titolo di studio più basso (licenza

elementare e nessun titolo), sia con i diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per titolo di studio, con una maggiore riduzione del rischio di abortire per i livelli di istruzione superiore: i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le quote dei livelli di istruzione superiore, mentre il secondo fa aumentare il peso relativo dei livelli inferiori.

Sempre esaminando la Tavola 8 in Appendice B, emerge che a livello nazionale la distribuzione percentuale delle IVG per titolo di studio è diversa da quella osservata in Puglia: in tutto il periodo considerato, infatti, le donne che abortiscono con al più la licenza elementare sono relativamente di meno, a vantaggio di quelle con titolo di studio più alto; in particolare, a differenza della Puglia, in Italia non si riscontra mai la prevalenza di IVG effettuate da donne con al più la licenza elementare, neanche nel 1982, anno in cui queste ultime contribuiscono al 37% degli aborti notificati contro il 39% eseguiti da donne con la media inferiore. Si noti che, già nel 1982, in Italia il peso delle IVG effettuate da donne con diploma superiore è non trascurabile (21%). Anche se nei 25 anni successivi le donne che maggiormente ricorrono all'IVG sono sempre quelle con licenza media inferiore, dalla Tavola 8 emerge che il contributo delle donne con diploma superiore cresce nel tempo: se ancora nel 1992 la prevalenza del primo gruppo era marcata (48,8% e 29,4% rispettivamente), nel 2006 il peso delle IVG effettuate da donne con licenza media inferiore e da quelle con licenza media superiore è praticamente lo stesso (44,5% e 44,0%).

Questa differenza tra la Puglia e l'Italia nel complesso è in parte giustificata dalla differente composizione della popolazione per istruzione: in ognuno degli anni considerati, infatti, la popolazione femminile italiana è un po' più istruita di quella pugliese come risulta dalla Figura 6.



Fonte: Censimenti generali della Popolazione del 1981, 1991, 2001. Rilevazione delle Forze Lavoro (ISTAT) del 2006.

Figura 6. Popolazione italiana femminile residente in età feconda per livello di istruzione, (distribuzione percentuali). Puglia e Italia. Anni 1981, 1991, 2001, 2006

Dalla Tavola 8 in Appendice B emerge che in Emilia Romagna la distribuzione percentuale delle IVG per titolo di studio ha un'evoluzione simile a quella osservata in Italia. Si noti, tuttavia, che le emiliane che ricorrono all'aborto hanno, mediamente, un titolo di studio un po' più elevato rispetto alle italiane: già dal 2002 la maggior parte delle IVG è stata effettuata da donne con licenza media superiore e nel 2006 queste ultime contribuiscono a metà degli aborti notificati.

La distribuzione delle IVG delle donne campane per livello di istruzione si modifica nel tempo in modo simile alla Puglia.

Al livello provinciale il peso degli aborti secondo il titolo di studio della donna non è omogeneo nelle varie province (si osservi sempre la Tavola 8 in Appendice B). Nelle province di Brindisi, Foggia e Taranto la percentuale di donne che ricorrono all'aborto con al più la licenza elementare è simile alla media regionale. Nella provincia di Bari, invece, tale percentuale è leggermente più elevata in tutto il periodo e nel 2006 si attesta ancora al 9%.

Al contrario, nella provincia di Lecce le IVG effettuate da donne con nessun titolo o licenza elementare hanno un peso inferiore alla media regionale. Questo può dipendere, come già osservato nel paragrafo precedente, dal fatto che la popolazione femminile di Lecce ha mediamente un livello di istruzione più elevato rispetto al resto della regione.

Si noti, infine, che la provincia di Taranto è stata l'unica in cui il numero di aborti si è ridotto per tutti i titoli di studio.

Come illustrato all'inizio del capitolo, per valutare se esistono differenze nella propensione ad abortire tra donne con caratteristiche diverse e per studiare come queste propensioni si sono evolute nel tempo, sono stati analizzati i tassi specifici grezzi e standardizzati di abortività per caratteristica, in questo caso il titolo di studio. Per costruire i denominatori dei tassi è necessaria la popolazione italiana, femminile e residente classificata per età e titolo di studio: per i primi tre anni questa popolazione è stata desunta dai censimenti del 1981, 1991 e 2001; per il 2006, invece, è stata ricavata dall'indagine campionaria sulle forze di lavoro condotta dall'ISTAT. Si tenga presente che in questa indagine è disponibile la distribuzione della popolazione femminile per titolo di studio, ma non quella per titolo di studio ed età, pertanto per il 2006 non è stato possibile calcolare i tassi specifici standardizzati. Inoltre, le stime dell'indagine non sono rappresentative a livello provinciale, quindi non è stato possibile calcolare i tassi specifici di abortività per le province pugliesi^c. Per tali motivi in questo lavoro non saranno presentati i tassi specifici standardizzati per titolo di studio relativi al 2006, mentre si rimanda alla Tavola 9a dell'Appendice B per i tassi specifici grezzi di Puglia, Emilia Romagna e Italia.

Considerata la disponibilità dei dati e poiché obiettivo di questa analisi è verificare se anche in Puglia è valido il modello dell'empowerment, le analisi che seguono sono state effettuate aggregando la variabile titolo di studio in tre categorie: "basso" (che comprende nessun titolo, licenza elementare e licenza media), "medio" (licenza e maturità di scuola media superiore) e "alto" (laurea o altro titolo universitario).

In Puglia la riduzione dei tassi di abortività tra il 1982 e il 2002 è stata del 47%, del 53% e del 72% rispettivamente per le donne con titolo di studio basso, medio e alto (Figura 7 e in Appendice B la Tavola 9a). Emerge quindi che il decremento dei tassi dagli anni '80 a oggi cresce all'aumentare del titolo di studio, confermando l'ipotesi che la propensione all'aborto sia diminuita più rapidamente per le donne con maggiori risorse in termini di capitale umano, risorse che hanno consentito a queste donne di usare in modo via via più appropriato la contraccezione evitando, quindi, il ricorso all'aborto. Se si osserva il livello dell'abortività, inoltre, si nota che le donne senza alcun titolo di studio o con la licenza elementare hanno in tutto il periodo tassi più alti delle donne con un maggior livello di istruzione; analogamente le donne con licenza media hanno in tutti e tre gli anni una propensione ad abortire più elevata di quelle con la laurea o un titolo universitario.

^c Per maggiori dettagli sulle fonti disponibili e sulla qualità dei dati si veda l'Appendice A, par. A2.1, A2.2

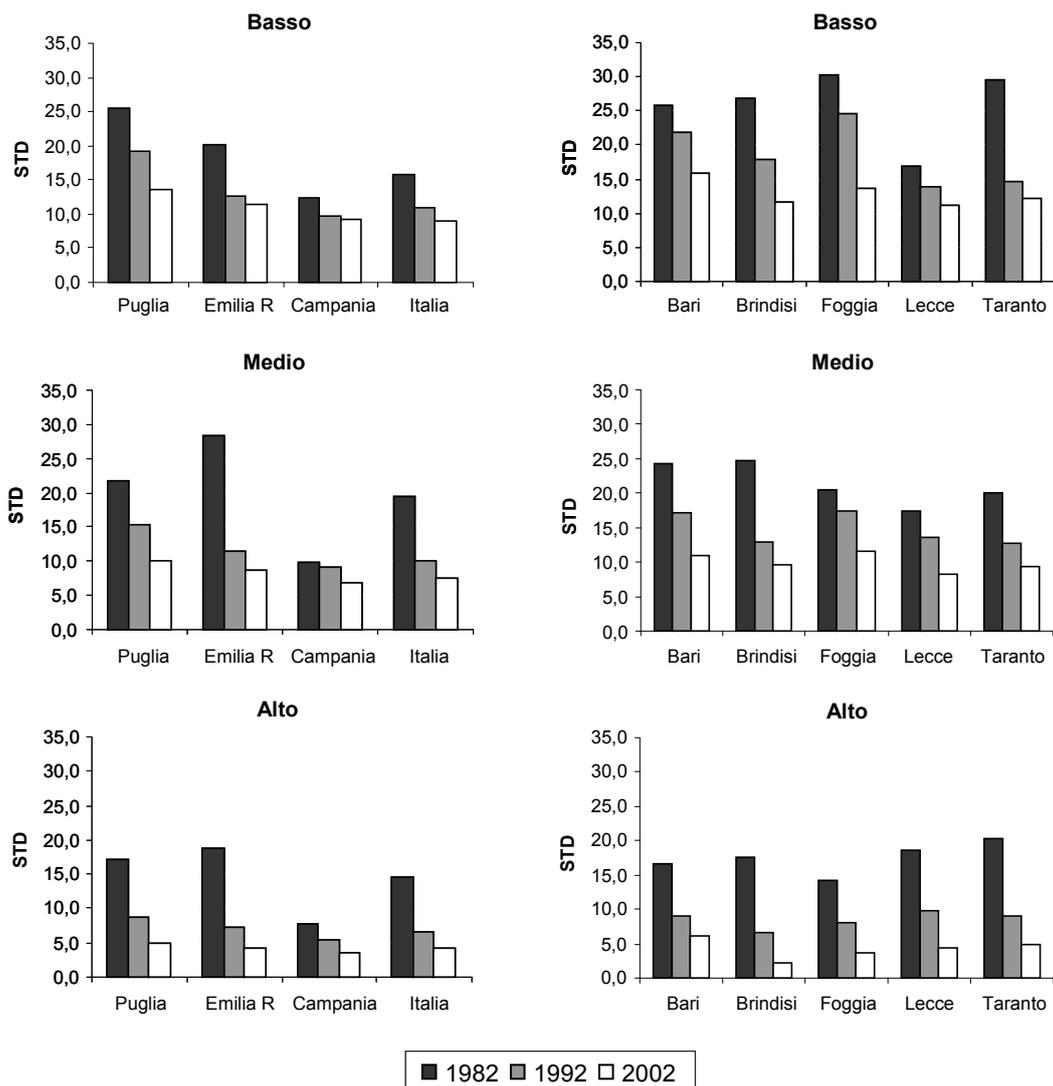


Figura 7. Tassi standardizzati di abortività di donne residenti in età feconda per titolo di studio e luogo di residenza. Anni 1982-2002

Infine, esaminando le variazioni percentuali dei tassi tra il 1982 e il 1992 e tra il 1982 e il 2002, emerge che più della metà della riduzione dei tassi è avvenuta durante il primo decennio, a prescindere dal titolo di studio posseduto.

A livello nazionale (*vedi* Figura 7 e Tavola 9a in Appendice B) si riscontra un quadro analogo a quello descritto per la Puglia, con riduzioni dei tassi standardizzati per titolo di studio basso, medio e alto rispettivamente del 42%, del 61% e del 71%. Rispetto al livello dei tassi, si noti che questi hanno valori più elevati in Puglia che in Italia, non solo in generale, come già sottolineato nel paragrafo introduttivo, ma anche per i singoli livelli di istruzione. Le differenze tra Puglia e Italia tendono comunque ad attenuarsi nel tempo.

Il confronto dell'abortività per titolo di studio tra la Puglia, una regione dell'Italia settentrionale (Emilia Romagna) e una dell'Italia meridionale (Campania) mette in luce che l'evoluzione e i livelli dei tassi sperimentati dalle donne pugliesi nel periodo analizzato sono più

simili a quelli delle donne emiliane che a quelli delle donne campane. Infatti, se è vero che anche per le altre due regioni la riduzione dei tassi cresce all'aumentare del titolo di studio, sia i livelli che la riduzione dei tassi in Campania sono più contenuti che in Puglia per tutto il periodo considerato e a prescindere dal titolo di studio posseduto.

L'evoluzione dell'abortività per titolo di studio all'interno della regione si presenta eterogenea come si può osservare nella Figura 7 e nella Tavola 9b in Appendice B.

Nella provincia di Bari si registra una riduzione dei tassi più bassa della media regionale, sia tra le donne con titolo di studio basso (-38% rispetto a -47% osservato in Puglia) sia tra quelle con titolo di studio alto (-64% rispetto a -72% osservato in Puglia). Bari nel 1982 aveva livelli di abortività simili alla media regionale: la differenza pertanto è dovuta ai valori più elevati dei tassi delle baresi nel 2002, ultimo anno analizzato.

Una situazione opposta si osserva a Brindisi, dove a una contrazione del tasso generico maggiore della media regionale (-64% e -57% rispettivamente) corrisponde una riduzione dei tassi specifici per titolo di studio più elevata di quanto si osserva in Puglia per tutti e tre i livelli di istruzione. Si noti che per le donne con titolo di studio alto tale riduzione è particolarmente più elevata (-88% rispetto a -72% registrato in Puglia).

Nelle province di Foggia e Taranto, invece, sono le donne con titolo di studio basso a sperimentare una contrazione importante della propensione ad abortire (-55% e -59%, rispetto a -47% osservato in Puglia). In entrambe le province i tassi di abortività delle donne con basso titolo di studio, che nel 1982 erano molto elevati, più che nel resto della regione, sono diminuiti convergendo alla media regionale.

Interessante notare, infine, che la provincia di Lecce, rispetto alla media regionale, presenta valori molto contenuti dei tassi di abortività delle donne con titolo di studio medio e, soprattutto, basso. Questa differenza si attenua con il passare del tempo.

Condizione professionale

Tra le informazioni socio demografiche relative alla donna che ha effettuato l'IVG, il modello D.12 rileva anche la sua condizione occupazionale al momento dell'aborto.

Nel 1982 e nel 1992 questa informazione è rilevata tramite la variabile "professione" che registra la professione o la condizione non professionale della donna classificata secondo i codici ISTAT delle professioni del 1981; i codici sono stati aggregati in modo da disporre di una variabile con le seguenti modalità: in condizione professionale, in cerca di prima occupazione, studentessa, casalinga, ritirata dal lavoro/benestante, altra condizione non professionale. Nel 2002 e nel 2006, invece, l'informazione sull'occupazione della donna al momento dell'IVG è rilevata tramite la variabile "condizione professionale/non professionale" che presenta le seguenti modalità: occupata, disoccupata, in cerca di prima occupazione, casalinga, studentessa, in altra condizione.

Per consentire confronti nel tempo, l'evoluzione delle distribuzioni assolute e percentuali degli aborti secondo la condizione professionale è stata osservata considerando per tutto il periodo una classificazione in cinque modalità (Tavola 10 in Appendice B): in condizione professionale, in cerca di 1^a occupazione, studentessa, casalinga, altro (che per il 1982 e il 1992 include le voci "ritirata dal lavoro/benestante" e "in altra condizione non professionale", mentre per il 2002 e il 2006 corrisponde alla modalità "in altra condizione").

L'osservazione delle distribuzioni percentuali delle IVG in Puglia per condizione professionale evidenzia una contrapposizione tra il 1982 e il 1992 da una parte – caratterizzata da una prevalenza di aborti effettuati da casalinghe e, in misura minore, da donne in condizione

professionale – e gli anni 2000 dall'altra, caratterizzati da un peso sempre più importante degli aborti eseguiti da donne in condizione professionale e da un peso rilevante delle studentesse.

Più nel dettaglio, nel 1982 e nel 1992 tra le donne residenti in Puglia che ricorrono all'IVG la maggior parte sono casalinghe, quasi 16 mila e quasi 13 mila nei due anni, rispettivamente il 67,3% e il 66,8% del totale. Nel periodo successivo il numero di aborti effettuati dalle casalinghe diminuisce fortemente: nel 2002 si sono ridotti ad un terzo (6000 circa) e nel 2006 sono 4315. Un decremento così importante è attribuibile in parte a una diminuzione sia in valori assoluti che percentuali della popolazione in questa condizione (le casalinghe residenti in Puglia sono passate da 436 mila nel 1982 a 297 mila nel 2002, rappresentando rispettivamente il 46% e il 29% della popolazione femminile residente nella regione), in parte alla riduzione della propensione ad abortire da parte di questo segmento della popolazione, come si vedrà meglio dall'analisi dei tassi standardizzati. Nel periodo in esame si riduce non solo il valore assoluto, ma anche il peso percentuale degli aborti eseguiti da casalinghe che da valori superiori al 66% relativi al primo periodo, scende a 49% nel 2002 e a 43% nel 2006.

Contrariamente all'andamento generale, tra le studentesse pugliesi il numero di IVG non è diminuito nel periodo considerato, ma è aumentato passando da 996 casi nel 1982 a 1170 nel 1992, a 1523 nel 2002; nel 2006 si registra una lieve contrazione (1301 casi): i dati degli anni successivi al 2006 potranno confermare se si tratta effettivamente di un'inversione di tendenza. Il peso percentuale degli aborti effettuati dalle studentesse, invece, è continuato ad aumentare in tutto il periodo analizzato: le IVG eseguite da studentesse rappresentano solo il 4,3% e il 6,1% nel 1982 e nel 1992, mentre superano il 12% nel 2002 e nel 2006 (12,5% e 12,9% rispettivamente). Questa tendenza all'aumento sia nei valori assoluti che percentuali dipende sia da una crescita della popolazione femminile residente in Puglia nella condizione di studentessa (da 11% nel 1982 a 16% nel 2002), sia da un calo modesto, se non addirittura un aumento della propensione all'aborto di questa categoria, come si vedrà in modo più dettagliato dall'analisi dei tassi standardizzati.

Gli aborti effettuati da donne residenti in Puglia in condizione professionale diminuiscono in valore assoluto passando da quasi 7 mila casi nel 1982 a circa 4 mila casi nel 2006. Cresce invece il peso percentuale delle IVG eseguite da donne in questa categoria, che passa dal 28% al 43%.

L'aumento dei valori percentuali delle IVG effettuate da donne in condizione professionale va messo in relazione sia con la crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro, o meglio, con la progressiva uscita dalle età feconde delle coorti più anziane di donne che sono più spesso casalinghe, sia con i diversi trend di diminuzione dei tassi di abortività per condizione professionale, con una maggiore riduzione del rischio di abortire per le donne in condizione professionale: i due effetti agiscono in opposizione in quanto il primo tende a far aumentare le percentuali degli aborti effettuati da donne in questa condizione, mentre il secondo fa aumentare il peso relativo di casalinghe e studentesse.

A livello nazionale emerge che la distribuzione percentuale delle IVG per condizione professionale è diversa da quella osservata in Puglia (si osservi sempre esaminando la Tavola 10 in Appendice B): in Italia, infatti, in tutto il periodo considerato, le casalinghe che abortiscono sono relativamente di meno, a vantaggio delle donne in condizione professionale; in particolare in Italia la prevalenza di IVG effettuate da casalinghe si verifica in modo meno importante che in Puglia e solo nel 1982, anno in cui queste ultime contribuiscono al 50,7% degli aborti notificati contro il 40,4% eseguiti da donne in condizione professionale. Nel 1992 il peso delle IVG effettuate da casalinghe e da donne in condizione professionale è praticamente lo stesso (44,3% e 43,6%). Negli anni 2000, invece, la maggior parte degli aborti notificati sul territorio nazionale è stato eseguito da donne in condizione professionale (56% e 59% nel 2002 e 2006, rispetto al 31% e 26% delle casalinghe).

Le differenze descritte tra la Puglia e l'Italia sono in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione per condizione professionale: in ognuno degli anni considerati, infatti, la popolazione femminile italiana è costituita da una percentuale più alta di donne in condizione professionale e da una più bassa di casalinghe rispetto alla popolazione femminile pugliese, come risulta dalla Figura 8.

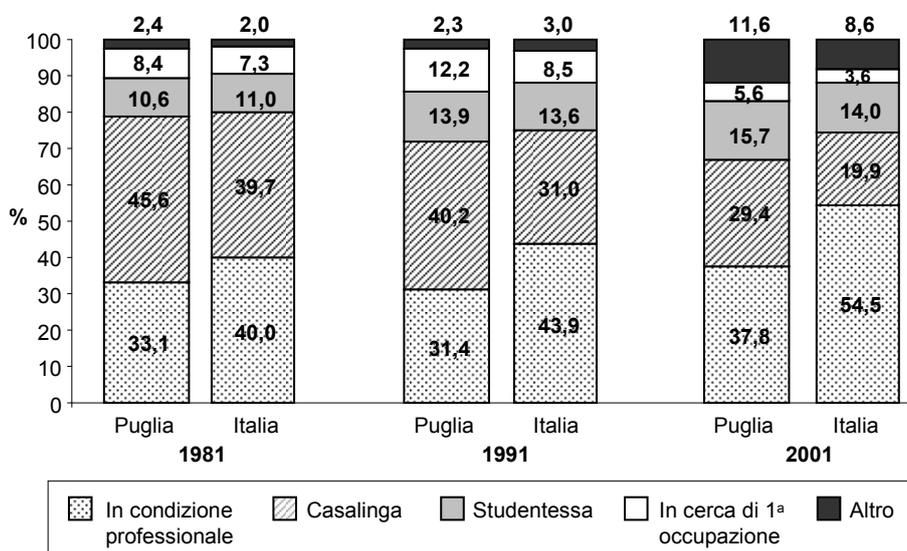


Figura 8. Popolazione italiana femminile residente in età feconda per condizione professionale, (distribuzione percentuali). Puglia e Italia. Anni 1981, 1991, 2001

Il confronto delle distribuzioni percentuali delle IVG della Puglia con quelle di una regione del Nord Italia (Emilia Romagna) e di una regione del Sud Italia (Campania) evidenzia una maggiore somiglianza tra la Puglia e la parte meridionale del Paese: con tutta probabilità questo dipende dal fatto che la situazione socio-economica pugliese è più simile a quella del resto dell'Italia meridionale che a quella dell'Italia settentrionale e questo si riflette nella composizione della popolazione femminile per condizione professionale. Più nel dettaglio, dalla Tavola 10 in Appendice B emerge che in Emilia Romagna già dal 1982 oltre la metà degli aborti era eseguito da donne in condizione professionale. Il peso degli aborti effettuati da queste ultime cresce nel tempo superando nel 2006 i tre quarti degli aborti notificati nella regione. Di conseguenza in Emilia Romagna non si riscontra mai la prevalenza di IVG effettuate da casalinghe, neanche nel 1982, anno in cui queste ultime contribuiscono al 32% degli aborti notificati contro il 56% eseguiti da donne in condizione professionale. Sempre dalla Tavola 10 si nota, invece, che la distribuzione delle IVG delle donne campane per condizione professionale si modifica nel tempo in modo simile alla Puglia, anche se, per tutto il periodo analizzato e ancora nel 2006, la maggior parte degli aborti è effettuata da casalinghe.

All'interno della Puglia il peso degli aborti secondo la condizione professionale della donna non è omogeneo nelle varie province (si osservi sempre la Tavola 10 in Appendice B). Nella provincia di Bari i livelli e l'evoluzione delle distribuzioni percentuali sono simili alla media regionale.

Nella provincia di Foggia, invece, le donne che maggiormente ricorrono all'aborto sono le casalinghe in tutto il periodo analizzato: nel 1982 gli aborti di queste ultime sono quasi il 78% degli aborti notificati, superano il 73% nel 1992, e nel 2006 si attestano ancora al 55%. Le donne

foggiane in condizione professionale contribuiscono molto meno agli aborti della provincia di quanto si è osservato nelle altre realtà territoriali; hanno infatti un peso ridotto, seppur crescente, che passa dal 17% del 1982 al 30% del 2006. La percentuale delle IVG effettuate dalle donne che si trovano nelle altre condizioni (studentesse, in cerca di prima occupazione, altro) sono simili nei livelli e nell'evoluzione a quanto già descritto per la Puglia nel complesso.

Al contrario, nella provincia di Lecce le IVG effettuate da casalinghe hanno un peso inferiore alla media regionale per tutto il periodo. Mentre hanno un peso più rilevante non solo gli aborti eseguiti da donne in condizione professionale, ma anche quelli effettuati da studentesse, che nel 2006 superano il 15% delle IVG eseguite nello stesso anno da donne residenti nella provincia.

Si noti, infine, che nella provincia di Taranto si riscontra la maggior evoluzione delle distribuzioni percentuali: il peso delle donne in condizione professionale e delle studentesse che ricorrono all'IVG cresce nel tempo più che nelle altre province passando da 25,7% nel 1982 a 49,5% nel 2006 per le prime e da 3% a 13,2% per le seconde; di conseguenza la percentuale di aborti effettuati dalle casalinghe diminuisce in modo più consistente rispetto alle altre province passando da 70,9% a 36,8%.

Per valutare se esistono differenze nella propensione ad abortire tra donne con condizione professionale diversa e per studiare come queste propensioni si sono evolute nel tempo, sono stati analizzati i tassi specifici grezzi e standardizzati di abortività per condizione professionale. Per costruire i denominatori dei tassi è necessaria la popolazione italiana, femminile e residente classificata per età e condizione professionale: per i primi tre anni questa popolazione è stata desunta dai censimenti del 1981, 1991 e 2001. I dati disponibili per il 2006 non hanno consentito di costruire i tassi per categorie professionali confrontabili con quelle degli anni precedenti, pertanto non è stato possibile valutare l'evoluzione dell'abortività per condizione professionale includendo anche l'ultimo anno^f.

Dato il peso poco rilevante degli aborti delle donne in cerca di prima occupazione e di quelle "in altra condizione", in questo lavoro non vengono presentati i tassi specifici né grezzi, né standardizzati relativi a queste due categorie. Inoltre, la voce residuale "altro" è stata esclusa dall'analisi dei tassi specifici in quanto include situazioni eterogenee e che assumono significati diversi sia nel tempo che nello spazio. Le analisi che seguono riguardano quindi l'evoluzione tra il 1982 e il 2002 della propensione ad abortire (misurata tramite tassi standardizzati) delle donne in condizione professionale, delle casalinghe e delle studentesse.

Come si può osservare nella Figura 9 e nella Tavola 11 in Appendice B, tra il 1982 e il 2002 in Puglia la riduzione dei tassi di abortività secondo la condizione professionale è stata: del 45% per le donne in condizione professionale (da 21,3 a 11,7 per mille), del 42% per le casalinghe (da 31,1 a 18,2 per mille), del 25% per le studentesse (da 12,8 a 9,6 per mille).

La riduzione massima della propensione ad abortire si riscontra quindi tra le donne in condizione professionale: il maggior decremento avviene tra il 1981 e il 1991, periodo in cui si osserva più dei due terzi della riduzione complessiva. Nello stesso decennio le casalinghe sperimentano una contrazione dei tassi molto più contenuta di quanto accade per le donne in condizione occupazionale (-21%). Si noti che le casalinghe pugliesi che ricorrono all'IVG nel 1982 sono un gruppo particolarmente omogeneo: sono quasi tutte coniugate e sono poco o per niente istruite (il 65% dei casi ha al più la licenza elementare, percentuale molto al di sopra di quanto si osserva nel complesso della popolazione femminile pugliese). Osservando il decremento dei tassi nel primo decennio emerge come la propensione all'aborto sia diminuita più rapidamente per le donne con maggiori risorse in termini di capitale umano, risorse che hanno consentito loro di usare in modo più appropriato la contraccezione evitando, quindi, il ricorso all'aborto.

^f Per maggiori dettagli sulle fonti disponibili e sulla qualità dei dati si veda l'Appendice A, par A2.1, A2.2

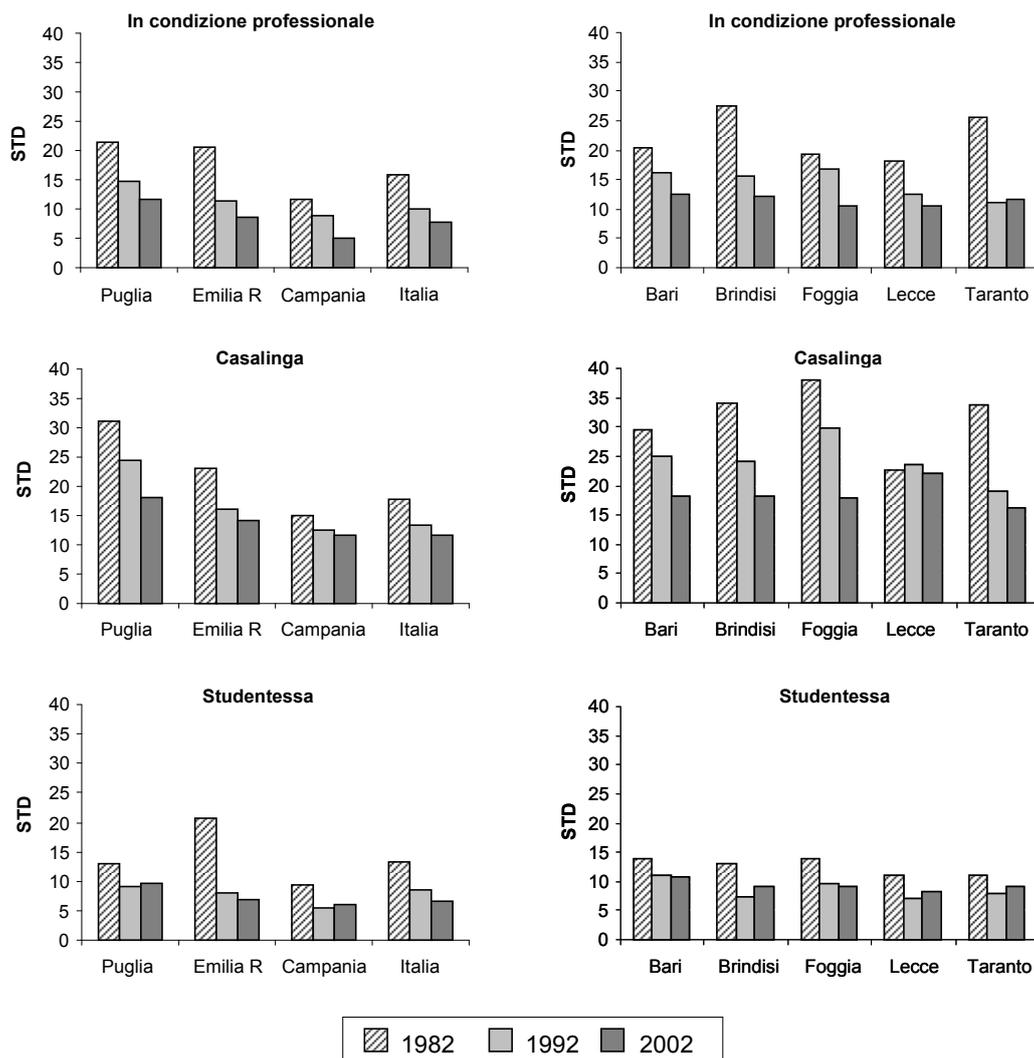


Figura 9. Tassi standardizzati di abortività di donne residenti in età feconda per condizione professionale e luogo di residenza. Anni 1982-2002

Anche tra le casalinghe la propensione all'aborto si riduce fortemente tra il 1982 e il 2002: ciò in parte è dovuto al livello di abortività iniziale molto elevato; in parte questo decremento, che si verifica principalmente nel secondo decennio, può essere spiegato tenendo conto che nel 1992 e ancor più nel 2002, il gruppo delle casalinghe è molto più eterogeneo che nel 1982 sia secondo lo stato civile che secondo il titolo di studio; inoltre le casalinghe che abortiscono in questi due anni appartengono in gran parte alle classi d'età centrali, quelle che hanno sperimentato la massima riduzione della propensione ad abortire.

Il secondo decennio si caratterizza quindi per una riduzione più contenuta dei tassi di abortività delle donne in condizione professionale, per un'importante contrazione dei tassi delle casalinghe, e per il delinarsi di una categoria più vulnerabile, quella delle studentesse per le quali il tasso di abortività aumenta anziché diminuire (da 9 a 9,6 per mille). In tutti e tre gli anni considerati le studentesse che ricorrono all'aborto sono giovani (hanno tra 15 e 24 anni), nubili

e con un titolo di studio medio-alto. Ciò conferma e specifica ulteriormente quanto emerso dall'evoluzione dei tassi specifici per età, ossia un riduzione molto forte per le classi centrali a fronte di un decremento contenuto, a volte di una stabilità, nelle classi d'età più giovani.

È da sottolineare, infine, che in tutti gli anni le casalinghe hanno tassi più alti delle donne in condizione professionale anche se i livelli tendono a convergere: la distanza di 10 punti che si osserva sia nel 1982 e che nel 1992 si riduce a 6,5 nel 2002.

Il quadro nazionale si presenta diverso da quello pugliese, sia rispetto ai livelli che all'evoluzione dei tassi di abortività (vedi Figura 9 e Tavola 11 in Appendice B). In Italia la propensione ad abortire delle donne in condizione professionale e delle studentesse si riduce del 51%, mentre quella delle casalinghe del 35%. Rispetto al livello dei tassi, si noti che questi hanno valori più bassi in Italia che in Puglia, non solo in generale, come già sottolineato nel paragrafo introduttivo, ma anche per le singole condizioni professionali. Questo è vero soprattutto per i tassi di abortività delle casalinghe che, pur essendo anche in Italia più elevati che per le altre categorie, sono tuttavia molto più contenuti di quelli pugliesi. Le differenze tra Puglia e Italia tendono comunque ad attenuarsi nel tempo. Si noti, infine, che le studentesse italiane non sperimentano l'aumento della propensione ad abortire osservato per le pugliesi.

Il confronto dell'abortività per condizione professionale tra la Puglia, una regione dell'Italia settentrionale (Emilia Romagna) e una dell'Italia meridionale (Campania) mette in luce che l'evoluzione e i livelli dei tassi sperimentati dalle donne pugliesi in condizione professionale e casalinghe sono più simili a quelli delle donne emiliane che a quelli delle donne campane.

L'evoluzione dell'abortività per condizione professionale all'interno della regione si presenta eterogenea come si può osservare nella Figura 9 e in Appendice B nella Tavola 11.

Nella provincia di Bari si registra una riduzione dei tassi un po' più bassa della media regionale, sia tra le donne in condizione professionale (-38% rispetto a -45% osservato in Puglia) sia tra le studentesse (-21% rispetto a -25% osservato in Puglia), sia tra le casalinghe (-35 rispetto a -42 osservato in Puglia). Questa differenza è dovuta ad un calo dei tassi più contenuto nel primo decennio analizzato.

Una situazione opposta si osserva a Brindisi, dove a una contrazione del tasso generico maggiore della media regionale (-64% e -57% rispettivamente) corrisponde una riduzione dei tassi specifici per condizione professionale più elevata di quanto si osserva in Puglia per tutte e tre le condizioni. Si noti che nel 1982 le donne di Brindisi (soprattutto le casalinghe e le donne in condizione professionale) hanno livelli di abortività più elevati delle pugliesi nel complesso.

Nelle province di Foggia e Taranto, invece, sono le casalinghe a sperimentare una contrazione importante della propensione ad abortire (-53% e -52%, rispetto a -42% osservato in Puglia). In entrambe le province i tassi di abortività delle casalinghe, che nel 1982 sono molto più elevati che nel resto della regione (38 e 34 per mille rispettivamente a Foggia e a Taranto, contro il 31 per mille registrato in Puglia), sono diminuiti attestandosi nel 2002 su valori inferiori alla media regionale.

Come già evidenziato in precedenza, anche analizzando i dati secondo la condizione professionale la provincia di Lecce presenta una situazione peculiare rispetto alla media regionale e diversa dalle altre province. I tassi di abortività delle donne in condizione professionale e delle studentesse sono più bassi della media regionale per tutto il periodo analizzato. Le differenze più consistenti si riscontrano però nella categoria delle casalinghe: nel 1982 la propensione ad abortire delle leccesi in questa condizione è molto bassa (18,2 per mille rispetto a 31,1 per mille osservato in Puglia). Nel 1992 e nel 2002, invece, i tassi di abortività delle casalinghe leccesi sono in linea con i valori regionali.

Si osservi infine che nelle province di Brindisi, Lecce e Taranto la propensione ad abortire delle studentesse aumenta tra il 1992 e il 2002.

Bibliografia

1. Vigilano V, Martinelli G. *Evoluzione dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza in Puglia*. Comunicazione al Convegno L'Interruzione Volontaria di Gravidanza in Italia: studio delle tendenze e dei fattori di rischio. 19 novembre 2003. Roma, Istituto Superiore di Sanità. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/ivg/convegno-pdf/vigilano.pdf>; ultima consultazione 6/7/2011.
2. Bocuzzo G. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia - Evoluzione e tendenze recenti. Anni 1980-1998*. Roma: ISTAT; 2000. (Statistiche in breve, 6 marzo 2000) Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20000306_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 6/7/2011.
3. Bocuzzo G, Buratta V, Frova L (Ed.). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*. Roma: ISTAT; 1997. (Argomenti n. 9).
4. Landucci Tosi S, Spinelli A, Cortellessa CM, Grandolfo ME, Timperi F. *Interruzione volontaria di gravidanza in Italia, 1981*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1983. (Rapporti ISTISAN 83/6)
5. Spinelli A, Grandolfo ME, De Blasio R, Pediconi M, Savelli L, Timperi F, Lauria L, Vollono C, Figà Talamanca I. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia 1984 e I semestre 1985*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1987. (Rapporti ISTISAN 87/2).

STORIA RIPRODUTTIVA

Francesca Lariccia

Dipartimento di Scienze Statistiche, La Sapienza Università, Roma

Obiettivo di questo capitolo è analizzare l'abortività volontaria in Puglia secondo la storia riproduttiva della donna: in particolare si vuole studiare come la nascita di figli e precedenti Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) sono in relazione con l'abortività volontaria di una donna e come queste relazioni si sono trasformate nel corso del ventennio considerato. Come nel capitolo precedente, le analisi sono state effettuate confrontando l'evoluzione del fenomeno in Puglia: da una parte con quella avvenuta in Emilia Romagna, in Campania e in Italia; dall'altra con quella verificatasi all'interno delle sue diverse province. Si ricorda, inoltre, che il collettivo oggetto di studio è sempre costituito dalle donne italiane residenti in età feconda.

Figli precedenti

È verosimile pensare che, almeno in una certa misura, il numero di figli avuti da una donna influenzi le sue successive scelte riproduttive: sarebbe interessante verificare se c'è una differente propensione a ricorrere all'aborto volontario a seconda della parità. La misura più adatta a raggiungere questo scopo è il tasso di abortività per parità, ottenuto rapportando il numero di IVG effettuate dalle donne in età feconda con "n" figli al totale di donne in età feconda con "n" figli: purtroppo, però, non sono disponibili i denominatori necessari per il calcolo di questi tassi. Si è deciso quindi di descrivere il fenomeno ricorrendo a delle semplici distribuzioni percentuali delle IVG per parità: tale misura è ovviamente influenzata dalla struttura della popolazione e dalla fecondità che variano secondo la parità in modo diverso nello spazio e nel tempo. Pertanto nel commentare tali misure si cercherà di tener conto di questi aspetti.

Ai fini della sorveglianza epidemiologica delle IVG, per l'analisi della distribuzione per parità, l'informazione più adeguata sarebbe il numero di figli viventi della donna al momento dell'aborto: nel 1982 il modello D.12 non ha registrato tale informazione, rilevando soltanto il numero di parti precedenti; la variabile "n. di figli viventi" è stata introdotta nel 1986 ed è stata registrata fino al 1999; dal 2000 ad oggi l'informazione sulla parità è invece desunta dalla variabile "n. di nati vivi".

Poiché si è ritenuto che in prima approssimazione le due variabili possono essere considerate equivalenti, l'evoluzione temporale è stata osservata dal 1986 in poi utilizzando la prima variabile per il 1986 e per il 1992 e la seconda per il 2000 e per il 2006.

In Puglia la percentuale di donne che ha effettuato un'IVG e che ha dichiarato di non avere alcun figlio è passata dal 17% nel 1986 al 35% nel 2006 (Figura 1 e Tavola 12 in Appendice B). Sebbene questa percentuale sia in sensibile aumento, essa continua a discostarsi in modo rilevante e costante da quella italiana: a livello nazionale si osserva infatti la stessa tendenza, ma un maggiore peso del fenomeno (la percentuale di IVG eseguite da nullipare è passata dal 27% al 45%).

È in crescita, seppur lieve, il peso delle donne pugliesi che al momento dell'intervento dichiarano di avere un solo figlio (dal 14% al 17%); tale peso è maggiore e sostanzialmente stabile a livello nazionale dove si attesta intorno al 20%.

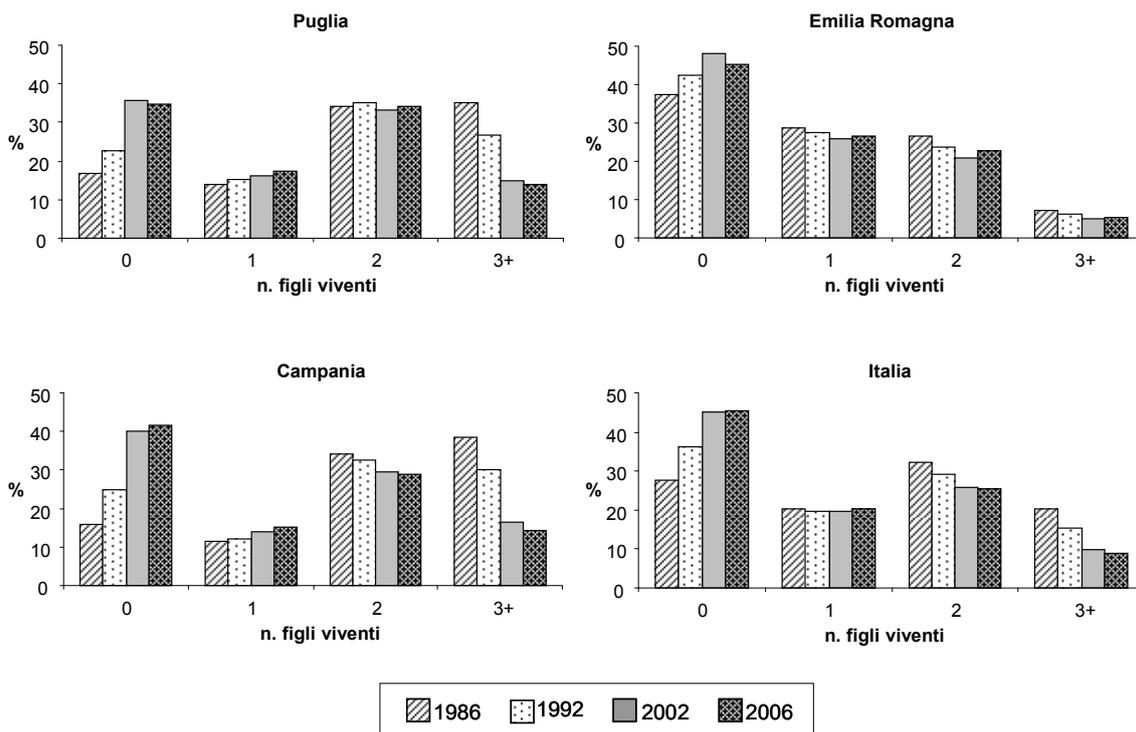


Figura 1. IVG (%) effettuate da donne residenti in età feconda per numero di figli viventi (nati vivi dal 2002). Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna. Anni 1986-2006

Differenze interessanti tra Puglia e Italia si notano anche rispetto alle parità più elevate. In Puglia la percentuale di IVG effettuate da donne con 2 figli resta elevata e costante nel periodo considerato (34%), a fronte di un deciso calo registrato per l'Italia (da 32% a 25%). Nel 1986 in Puglia il 35% degli aborti volontari è stato eseguito da donne con almeno 3 figli, percentuale molto più elevata che in Italia (20%); tale percentuale si riduce fortemente in entrambe le realtà territoriali arrivando nel 2006 al 14% e al 9% rispettivamente.

L'alta percentuale di IVG effettuate da donne con più figli rilevata in Puglia può essere spiegata con un gap tra intenzioni di fecondità e comportamento contraccettivo: si può ipotizzare, infatti, che le donne che abortiscono abbiano già raggiunto il numero desiderato di figli e che non siano riuscite a controllare la fecondità con metodi alternativi all'aborto a causa di un uso scarso o inappropriato dei metodi contraccettivi. Questa ipotesi trova riscontro nell'indagine su conoscenza, attitudine e pratica sulla pianificazione familiare (1) condotta in Puglia alla fine degli anni '80, dove emerge il diverso atteggiamento nei confronti della fecondità tra le donne in età feconda intervistate e le loro madri: nel corso di una sola generazione la fecondità realizzata si è quasi dimezzata, passando da una media di circa 4 figli a circa 2, valore che coincide con il numero di figli mediamente desiderato dalle intervistate; inoltre quasi il 60% delle donne intervistate ha avuto un numero di figli pari al numero programmato. Accanto a questo bisogno di pianificazione delle nascite, l'indagine mette in luce un utilizzo dei metodi contraccettivi scarso (il 29% ha dichiarato di ricorrere al coito interrotto e il 20% di non utilizzare alcun metodo) e probabilmente scorretto o inappropriato poiché le donne intervistate risultano avere una cattiva conoscenza della fisiologia umana (il 36% non sa indicare il periodo fertile del ciclo).

Il profilo per parità della Campania è molto simile a quello della Puglia appena descritto, come si osserva nella figura 11; è da sottolineare, però, come tra le donne campane che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con almeno 3 figli per tutti e quattro gli anni considerati.

Le distribuzioni per parità dell'Emilia Romagna sono più simili a quelle dell'Italia che a quelle della Puglia, anche se, rispetto all'Italia, in Emilia le percentuali di IVG effettuate da donne che non hanno avuto nessun figlio, o che ne hanno avuto uno solo, sono più elevate, a discapito di quelle che hanno avuto almeno 3 figli (percentuali inferiori all'8%).

Le distribuzioni percentuali delle IVG per parità descritte fino ad ora risentono, ovviamente, delle differenze di struttura della popolazione per numero di figli. In altre parole, la fecondità dagli anni '80 ad oggi ha avuto intensità ed evoluzioni differenti nelle diverse realtà territoriali considerate: a fronte di un calo generalizzato, infatti, le regioni meridionali negli anni '80 e '90 sono caratterizzate da una fecondità più elevata a cui corrisponde una struttura per numero di figli in cui gli ordini superiori a 2 hanno un peso rilevante. Le differenze descritte tendono a ridursi negli anni 2000 grazie ad una lieve ripresa della fecondità nelle regioni settentrionali iniziata già nella seconda metà degli anni '90, e ad una stabilizzazione nelle regioni meridionali. Quanto detto può essere osservato nella tabella 1 che riporta il numero medio di figli per donna, o Tasso di Fecondità Totale (TFT), complessivo e distinto per ordine di nascita, per le regioni e per gli anni considerati.

Le evoluzioni delle distribuzioni percentuali illustrate risentono, infine, della riduzione differenziale dei corrispondenti tassi specifici di abortività: ossia aumentano le percentuali delle modalità i cui tassi specifici sono diminuiti di meno.

Tabella 1. Tassi di Fecondità Totale (TFT) per ordine di nascita

Regione	TFT1°	TFT2°	TFT3°	TFT
Puglia				
1986	0,68	0,62	0,41	1,71
1992	0,69	0,57	0,32	1,58
2002	0,61	0,52	0,17	1,30
2004	0,65	0,51	0,17	1,33
Emilia Romagna				
1986	0,55	0,32	0,08	0,95
1992	0,58	0,33	0,09	0,99
2002	0,75	0,40	0,09	1,24
2004	0,75	0,46	0,12	1,32
Campania				
1986	0,73	0,67	0,52	1,93
1992	0,76	0,61	0,40	1,78
2002	0,68	0,57	0,22	1,47
2004	0,66	0,58	0,24	1,47
Italia				
1986	0,64	0,50	0,24	1,37
1992	0,65	0,47	0,20	1,32
2002	0,67	0,47	0,13	1,27
2004	0,70	0,49	0,15	1,33

Si è già osservato che nei venti anni considerati la riduzione dei tassi specifici di abortività delle donne molto giovani (15-24 anni) è stata più contenuta di quanto si è osservato per le donne tra 25 e 39 anni. Un comportamento analogo è emerso per le nubili rispetto alle

coniugate. Poiché le donne nubili e giovani sono più spesso senza figli (e viceversa a parità elevate corrispondono frequentemente donne coniugate e in età più avanzata) si può desumere che la riduzione del tasso specifico per parità 0 è stata inferiore di quella del tasso specifico per parità ≥ 2 . Ciò spiega l'aumento della percentuale delle IVG effettuate da donne nullipare.

Tra le province pugliesi è da sottolineare il caso di Foggia, dove il peso delle IVG effettuate da donne con 3 o più figli, seppur in diminuzione, è maggiore che nelle altre province per tutto il periodo considerato e ancora nel 2006 si attesta intorno al 20% (contro il 14% rilevato per la Puglia nel complesso e il 9% registrato a livello nazionale). La maggior percentuale di IVG effettuate da donne senza figli si registra, invece, nella provincia di Lecce (Figura 2 e in Appendice B Tavola 12).

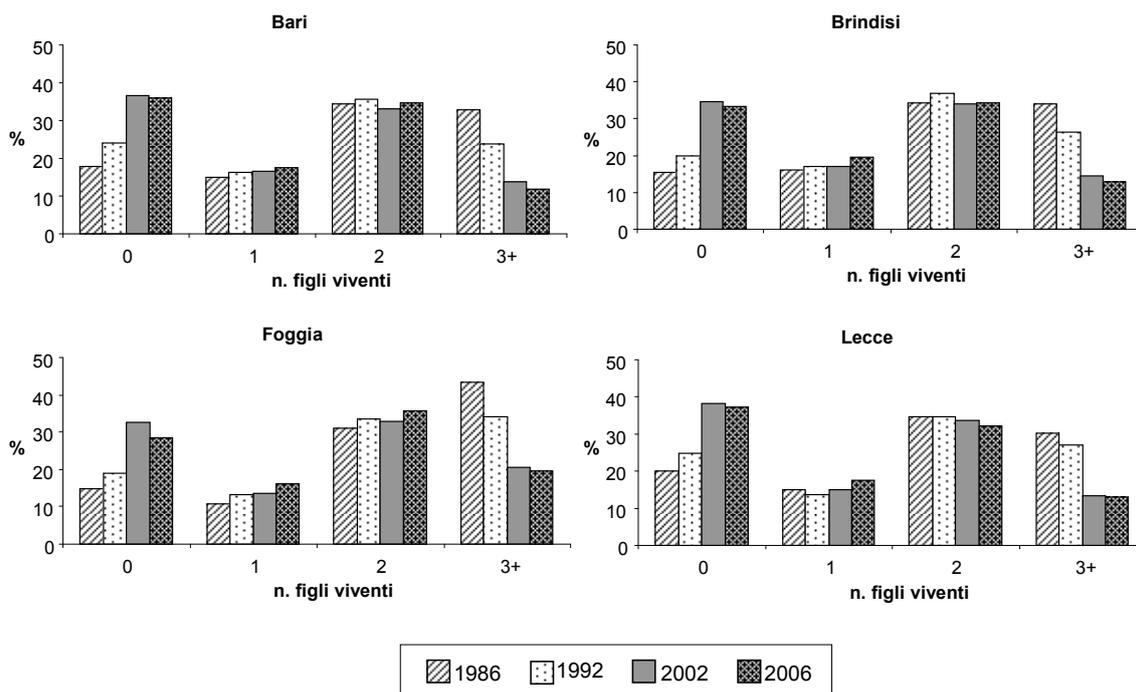


Figura 2. IVG (%) effettuate da donne residenti in età feconda per numero di figli viventi. Province della Puglia. Anni 1986-2006

Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti

Nel modello D.12 viene rilevato se la donna ha già eseguito IVG in precedenza e, in caso affermativo, quante volte. La domanda riguarda però gli aborti volontari legali precedenti, ossia quelli eseguiti dall'entrata in vigore della Legge 194 del 1978.

Alla luce di questo risulta chiaro perché, per tutte le realtà territoriali considerate, nel 1982 si nota un'alta percentuale di donne che ha effettuato un'IVG senza averne avute altre in precedenza.

Dal 1992 in poi, in Puglia si nota una flessione e poi una stabilizzazione dell'aborto ripetuto: le donne che hanno dichiarato di aver già avuto aborti volontari erano il 43% nel 1992 e il 34%

sia nel 2002 sia nel 2006 (Figura 3 e Tavola 13 in Appendice B). La sostanziale stabilità che si osserva negli ultimi due anni riguarda sia le donne che hanno avuto un solo aborto precedente che quelle che ne hanno già avuti 2 o almeno 3. La stessa tendenza alla flessione e alla successiva stabilizzazione si riscontra anche a livello nazionale, anche se la percentuale di aborti ripetuti in Puglia è superiore a quella registrata in Italia per tutti e tre gli anni considerati: a livello nazionale, infatti, la percentuale di IVG ripetute passa da 28% nel 1992, a 19% nel 2002, a 22% nel 2006. Le differenze osservate sono attribuibili ai livelli più alti di abortività che la Puglia ha registrato soprattutto negli anni '80 e '90 e che si traducono in un peso relativamente più importante di aborti successivi al primo.

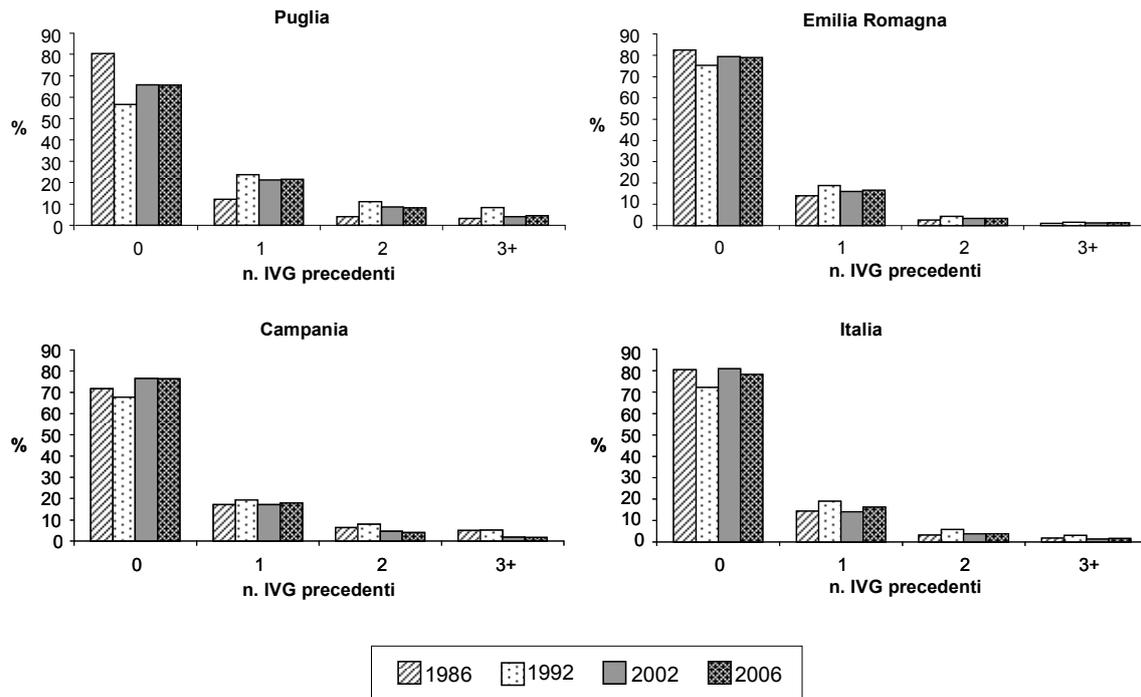


Figura 3. IVG (%) effettuate da donne residenti in età feconda per numero di IVG precedenti. Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna. Anni 1982-2006

Osservando le distribuzioni di IVG effettuate per numero di IVG precedenti nelle altre due regioni prese in esame, si nota che la Campania ha una frequenza delle ripetizioni relativamente bassa (di molto inferiore a quella della Puglia): si può supporre che l'aborto clandestino, fenomeno ancora diffuso in questa regione, riguardi soprattutto gli aborti successivi al primo. In Emilia Romagna, invece, il profilo osservato è molto simile a quello descritto per l'Italia.

I valori di abortività ripetuta registrati in Puglia sono comunque inferiori a quelli che ci si attendeva negli anni '80: ipotizzando un rischio di abortire costante nel tempo, ci aspettava, infatti, un aumento degli aborti ripetuti come logica conseguenza dell'incremento, col passare degli anni, delle donne che hanno avuto un aborto legale e quindi della popolazione a rischio di abortire nuovamente. Applicando dei modelli matematici basati su queste assunzioni è stato possibile stimare l'andamento nel tempo della percentuale di aborti ripetuti (2). La Tabella 2 mostra il confronto tra valori osservati e attesi per il periodo considerato: come già descritto a

proposito dell'Italia nella Relazione Nazionale del Ministri della Salute del 2008) (3) anche per la Puglia i valori attesi per il 2006 sono quasi il doppio dei valori effettivamente osservati.

Tabella 2. IVG (%) ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali). Puglia 1982-2006

IVG (%)	1982	1992	2002	2006
Osservate	19,5	43,4	34,1	34,3
Attese	29,6	55,6	58,7	58,8

Questo scarto è un'ulteriore conferma che anche in Puglia il rischio di gravidanze indesiderate e, quindi, la propensione all'IVG non è costante, ma in diminuzione; il motivo più plausibile di questa diminuzione è un uso progressivamente maggiore e migliore di metodi di procreazione consapevole, secondo quanto auspicato dalla legge.

A livello provinciale si nota una notevole variabilità (Figura 4 e in Appendice B la Tavola 13).

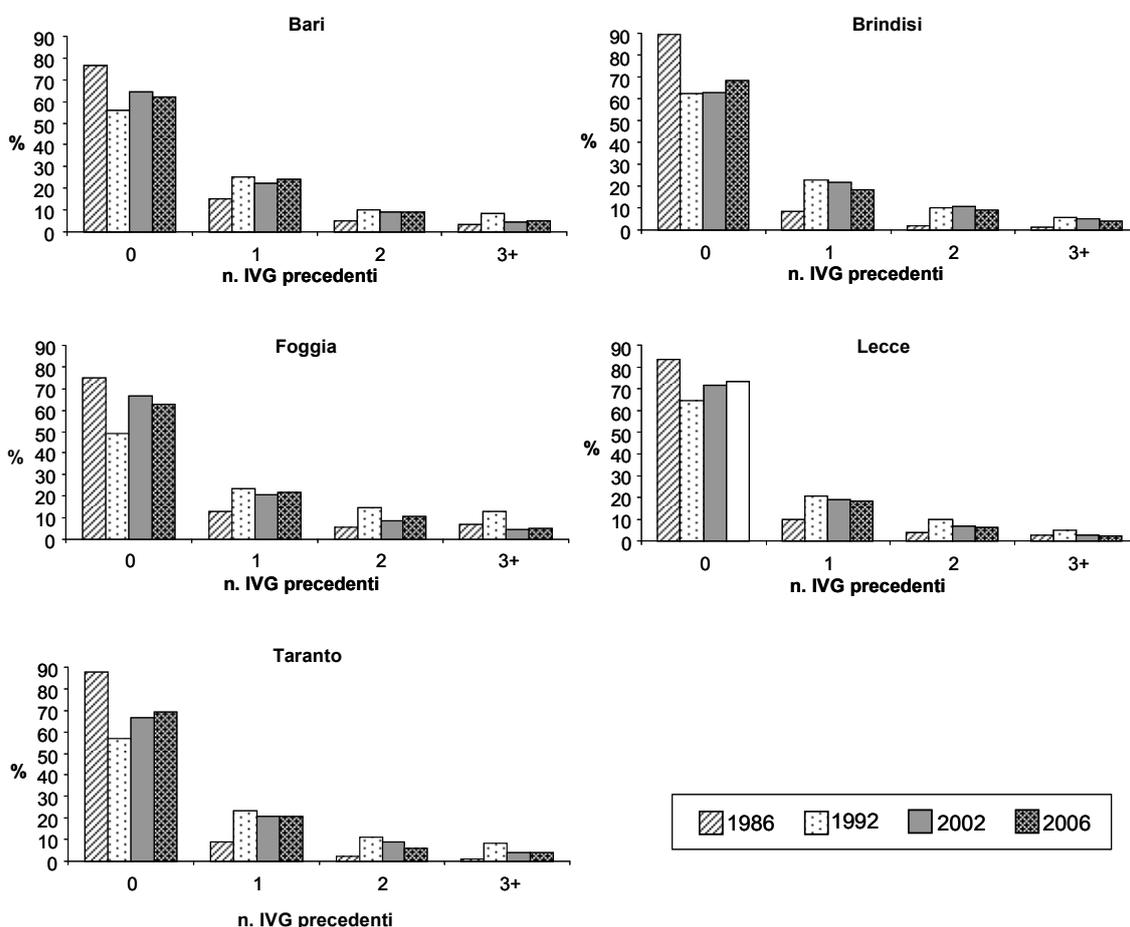


Figura 4. IVG (%) effettuate da donne residenti in età feconda per numero di IVG precedenti. Province della Puglia. Anni 1982-2006

Le province di Bari e Foggia che, come si è visto in precedenza, registrano il tasso più elevato di abortività, hanno anche la percentuale maggiore di aborti ripetuti - nel 2006 38% e 37% rispettivamente. A Taranto alla maggiore riduzione nei livelli di abortività complessiva corrisponde una frequenza delle ripetizioni nel 2006 più bassa di quanto si registra per la Puglia (30% vs 34%). La provincia con la percentuale minore di aborti ripetuti per tutto il periodo considerato è Lecce (35% nel 1992, 28% nel 2002, 26% nel 2006).

Bibliografia

1. Di Cillo C, Grandolfo ME, Donati S, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Pediconi M, Stazi MA, Spinelli A, Timperi F, Lauria L. *Indagine CAP (Conoscenza, Attitudine, Pratica) sulla pianificazione familiare in Puglia*. Bari: Regione Puglia – Assessorato alla Sanità in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità; 1991.
2. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazioni di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1988; 34: 331-8.
3. Camera dei Deputati. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2006, dati preliminari anno 2007). Presentata dal Ministro della Salute (Turco). *Atti parlamentari XV Legislatura*. Doc. XXXVII, n.3, 2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_allegato.pdf (relazione) e http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_ulterioriallegati_ulterioreallegato_0_alleg.pdf (tabelle); ultima consultazione 6/7/2011.

SERVIZI E PROCEDURE OPERATIVE RELATIVI ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Francesca Lariccia

Dipartimento di Scienze Statistiche, La Sapienza Università, Roma

Questo capitolo descrive come si sono evoluti negli ultimi venticinque anni modalità e tempi con cui vengono effettuate le interruzioni volontarie di gravidanza. L'analisi delle informazioni su servizi e procedure si propone di sottolinearne punti di forza e criticità, al fine di migliorare organizzazione e accessibilità dei servizi, nonché valutare l'appropriatezza delle procedure adottate.

Le analisi sono state condotte per regione (o provincia) di intervento, ossia considerando tutte le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) effettuate sul territorio in esame sia da donne residenti che non.

Luogo di certificazione

Il modello D.12 rileva da quale figura viene rilasciato il documento di presa d'atto della volontà di abortire della donna. Nel modello di rilevazione tale documento è impropriamente chiamato "certificazione", confondendolo con la certificazione che attesta eventuali condizioni di urgenza e che autorizza la donna a richiedere l'IVG senza attendere i 7 giorni indicati dalla legge.

La Legge 194 prevede che il documento possa essere rilasciato dal consultorio familiare, dal medico di fiducia, dal servizio ostetrico-ginecologico o da altra struttura socio-sanitaria.

Dagli anni '80 ad oggi in Puglia è diminuita in modo significativo e costante la percentuale di certificazioni rilasciate dal medico di fiducia, in favore di quelle eseguite dai servizi ostetrico-ginecologici che sono passate dal 8% al 35% (Figura 1 e Tavola 14 in Appendice B). Lo stesso andamento si osserva in Campania, dove i servizi ostetrico-ginecologici hanno rilasciato nel 2006 ben il 67% dei documenti di autorizzazione.

Dal 1982 al 2006 la percentuale di documenti rilasciati dal consultorio familiare è più che raddoppiata passando dal 5% all'12%. Nonostante anche a livello nazionale si osservi una tendenza all'aumento (da 23% nel 1982 a 37% nel 2006), i valori registrati in Puglia restano comunque molto bassi e di molto inferiori a quelli italiani per tutto il periodo considerato. In Emilia Romagna, invece, si riscontra un ruolo più importante del consultorio che già nel 1982 rilasciava il 36% delle certificazioni (57% nel 2006).

Questo uso così ridotto del consultorio familiare è in contraddizione con la sua natura di servizio specificamente rivolto all'attività di prevenzione e di promozione della salute riproduttiva. Il consultorio è infatti il luogo più adeguato a offrire un'attività di prevenzione del ricorso all'aborto, prevenzione che avviene tramite programmi di informazione ed educazione sessuale tra gli adolescenti; tramite programmi di promozione della procreazione responsabile nell'ambito del percorso nascita e della prevenzione dei tumori femminili; tramite attività di counselling sulla genitorialità responsabile e sulla contraccezione (1). Analogamente il consultorio familiare è il servizio più adeguato a offrire attività di prevenzione degli aborti ripetuti.

Le percentuali modeste di ricorso al consultorio osservate in Puglia, così come in Campania, rispecchiano una situazione piuttosto diffusa nell'Italia meridionale e insulare, caratterizzata da una carenza di servizi consultoriali e di personale all'interno degli stessi.

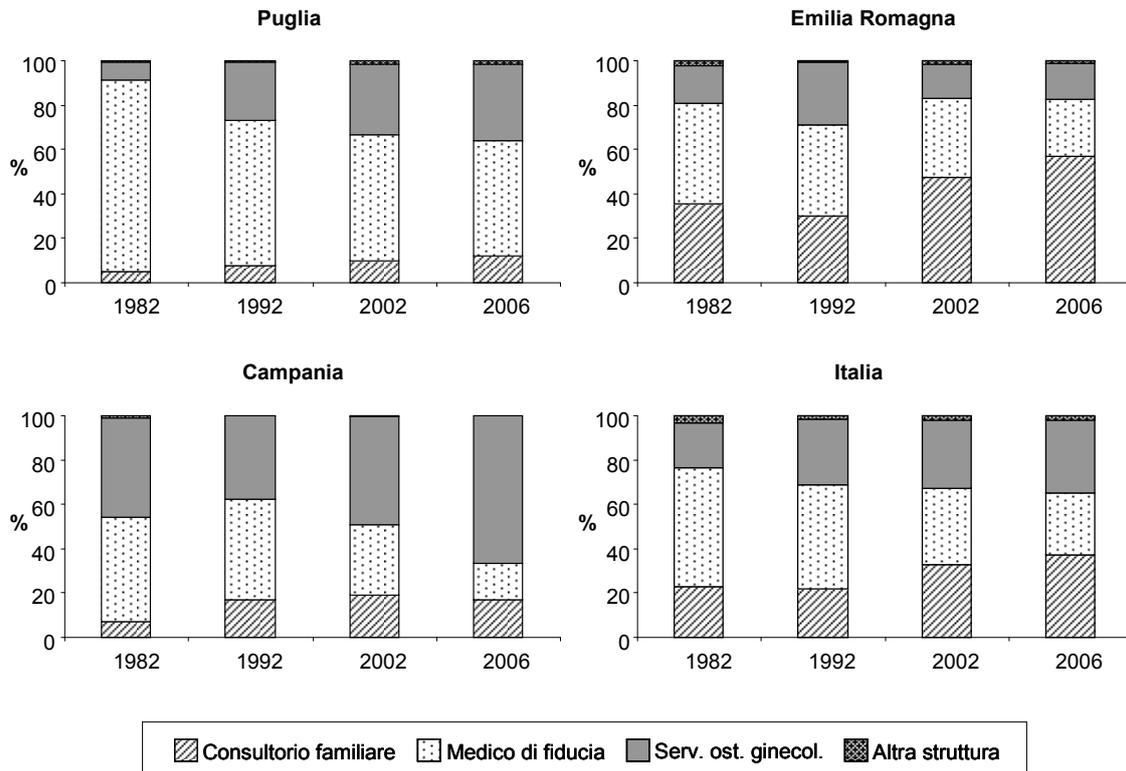


Figura 1. IVG (%) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna per luogo di certificazione. Anni 1982-2006

Tuttavia queste non sono le uniche ragioni che limitano il ricorso ai consultori: la diffusione dei servizi sul territorio e la presenza di un ginecologo non obiettore sono condizioni necessarie ma non sufficienti perché le donne ritengano “conveniente” rivolgersi a tali strutture per richiedere la certificazione. Perché questo accada, infatti, è indispensabile che ci sia una forte integrazione tra i consultori e gli altri servizi che renda facile e veloce l’iter necessario a effettuare l’IVG. Un esempio di mancata integrazione che rende “scomodo” il consultorio è l’impossibilità di effettuare direttamente nel consultorio stesso la prenotazione dell’intervento: ciò è confermato da uno studio condotto dall’Istituto Superiore di Sanità in cui è risultato che introducendo la prenotazione dell’intervento direttamente nel consultorio, l’85% delle donne intervistate vi si rivolgeva anche per richiedere la certificazione (1).

In ambito provinciale si osserva un’alta variabilità del fenomeno (Figura 2 e Tavola 14 in Appendice B). Il più basso ricorso al consultorio familiare risulta a Bari (inferiore al 5% per tutti gli anni considerati) che invece registra una forte crescita delle certificazioni richieste presso il servizio ostetrico ginecologico (dal 12% delle IVG nel 1982 al 57% nel 2006). La certificazione presso il consultorio familiare presenta valori più alti che per la media regionale a Foggia, a Lecce, e soprattutto a Taranto; da notare, infine, come a Brindisi e a Foggia il peso delle certificazioni rilasciate dal medico di fiducia sia molto consistente in tutto il periodo considerato e si attesti ancora nel 2006 al 73% e 75% rispettivamente. Per caratterizzare la popolazione di donne che non si rivolge al consultorio per il documento è stata condotta un’analisi multivariata sui dati del 2006: il rischio di non ricorrere al consultorio è risultato maggiore per le donne di 35-49 anni rispetto a quelle più giovani (15-24), per le coniugate e per le occupate.

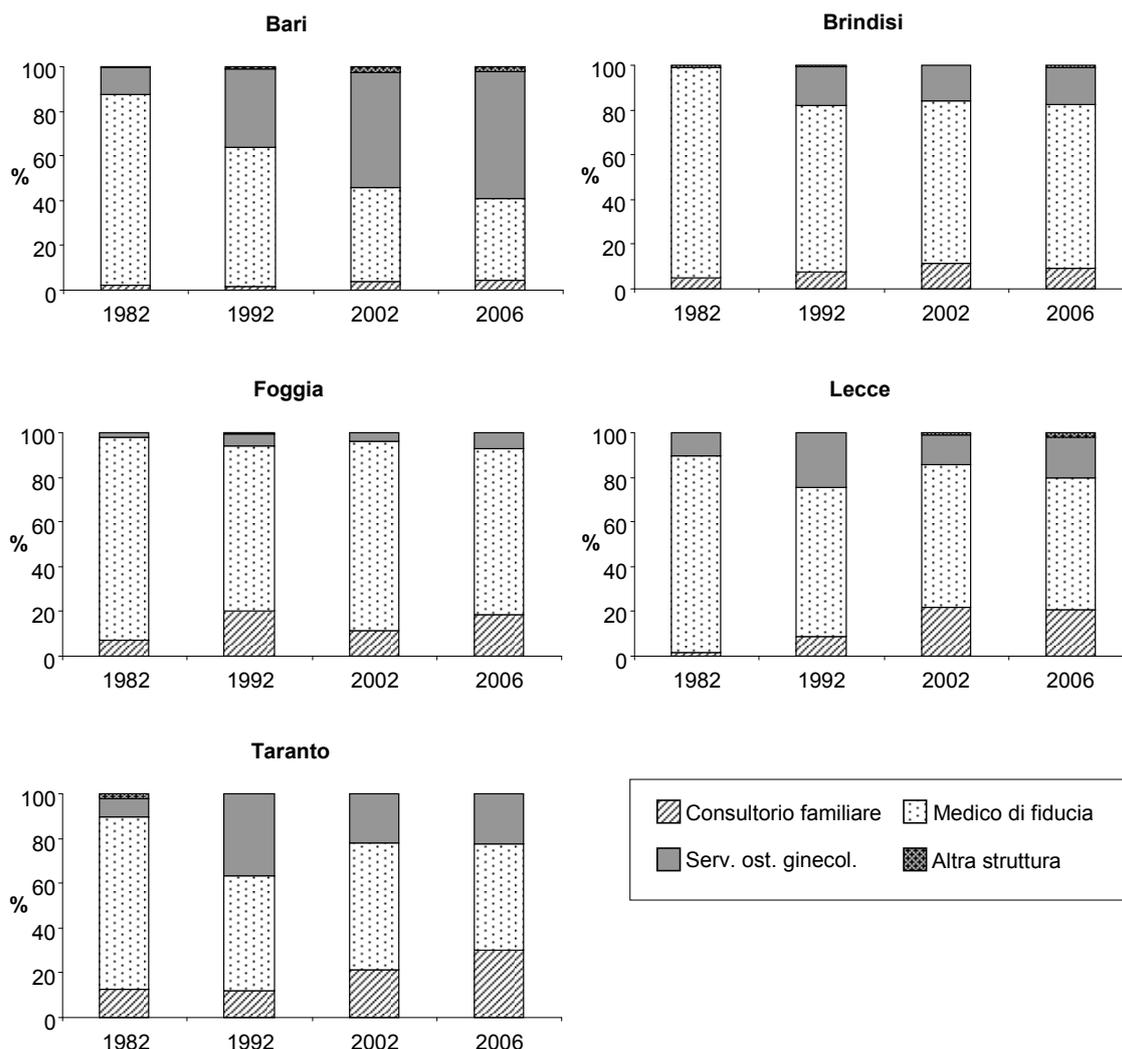


Figura 2. IVG (%) effettuate nelle Province della Puglia per luogo di certificazione. Anni 1982-2006

Inoltre, rispetto alle donne che hanno effettuato l'IVG nella provincia di Lecce, quelle che lo hanno eseguito nelle province di Bari e di Brindisi hanno un rischio più alto di non rivolgersi al consultorio per richiedere il documento/certificazione, mentre quelle che hanno effettuato l'IVG nelle province di Foggia e Taranto hanno un rischio più basso.

Epoca gestazionale

Il modello D.12 rileva l'età gestazionale, misurata in settimane, in cui è stata effettuata l'IVG. Per questa informazione è stato considerato come primo anno di analisi il 1983 anziché il 1982, poiché i dati relativi al 1982 sono dettagliati solo per 10 regioni e hanno un'alta percentuale di mancanti (29% per la Puglia e 15% a livello nazionale).

L'informazione sull'età gestazionale è importante nello studio dell'abortività sia per motivi legati alla salute della donna, gli interventi tardivi comportano infatti un maggior rischio di

complicazioni; sia per motivi di appropriatezza delle procedure usate, infatti il tipo di intervento e la terapia analgica utilizzata possono essere condizionate dall'età gestazionale in cui avviene l'IVG; sia, infine, per ragioni inerenti all'offerta e all'organizzazione dei servizi – infatti tale variabile fornisce indicazioni sulla disponibilità, sulla tempestività e sull'integrazione dei servizi.

Dal 1983 a oggi in Puglia si è sempre riscontrata un'alta percentuale di IVG effettuate entro l'ottava settimana gestazionale, percentuale che è aumentata nel periodo in esame passando dal 51% nel 1983 al 63% nel 2006 (Figura 3 e in Appendice B la Tavola 15). I valori osservati per la Puglia sono tra i più elevati in Italia e decisamente superiori alle percentuali osservate a livello nazionale (tra il 38% e il 50%). Inoltre in Puglia, per tutto il ventennio in esame, oltre il 91% delle IVG è avvenuto entro la decima settimana di gravidanza, limite raccomandato per l'utilizzo del metodo Karman (vedi paragrafo "Tipo di intervento"). A livello nazionale tale percentuale è più contenuta e si attesta tra l'80% e l'87%. Emerge quindi che la Puglia riesce ad effettuare una buona parte delle IVG in modo tempestivo.

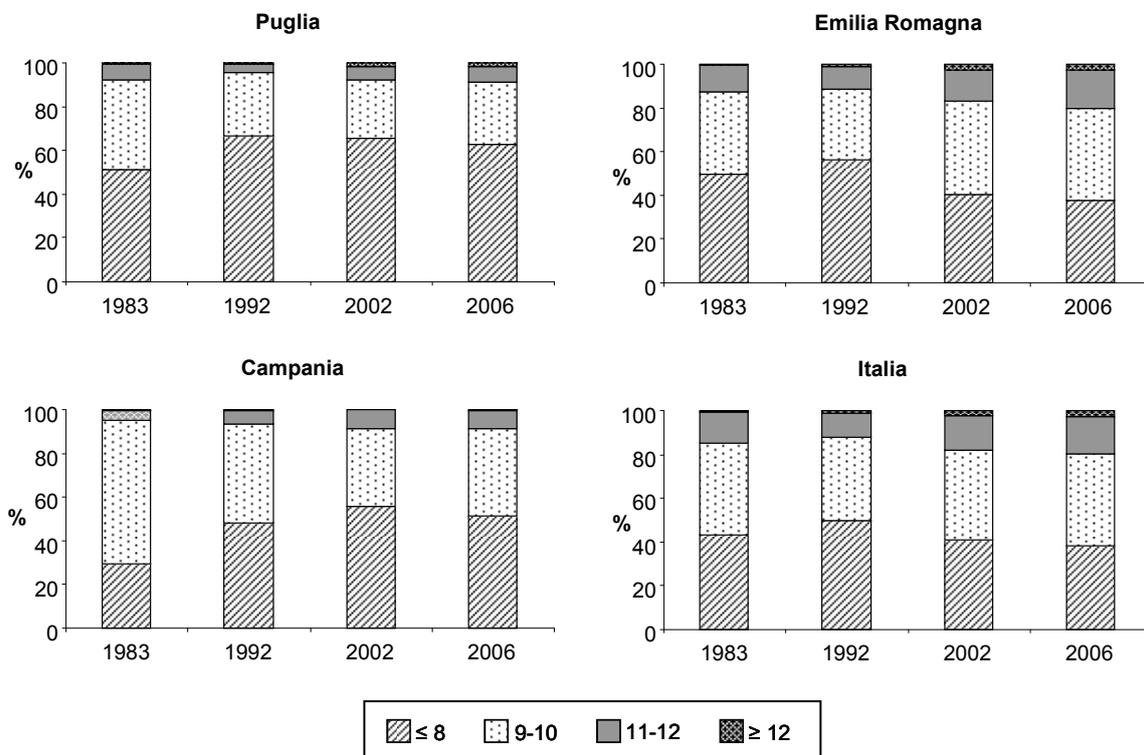


Figura 3. IVG (%) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia per età gestazionale. Anni 1983-2006

Sempre riguardo l'età gestazionale un aspetto che ha particolare rilevanza è la distinzione tra IVG effettuate entro e oltre i 90 giorni. La legge italiana prevede, infatti, che dopo questo periodo l'aborto volontario può essere praticato solo "quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna" o "quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna" (art. 6 Legge 194).

Le due misure indicano quindi due fenomeni diversi e di natura opposta. Le IVG avvenute entro i 90 giorni sono conseguenza di gravidanze indesiderate: si tratta dunque di un fenomeno che può essere evitato educando ad una procreazione responsabile, e che tende a diminuire nel

tempo grazie ad una crescente competenza delle donne in questo campo. Le IVG avvenute oltre i 90 giorni (dette anche aborti terapeutici) sono frutto di gravidanze inizialmente desiderate e poi interrotte a causa dell'insorgere di problemi di salute della madre o del nascituro: a differenza del primo, questo secondo fenomeno tende a crescere per la maggiore diffusione della diagnosi prenatale e per il progressivo aumento dell'età materna. È necessario tener conto di ciò quando si effettuano confronti nello spazio e nel tempo.

In Puglia la percentuale di aborti effettuati oltre la dodicesima* settimana di gestazione è in lieve aumento, dallo 0,4% nel 1983 all'1,7% nel 2006. Di contro diminuiscono leggermente le IVG effettuate entro tale periodo. A livello nazionale questo fenomeno è più evidente (dallo 0,6% al 2,8%) e lo è ancor più in Emilia Romagna, dove nel 2006 quasi il 3% degli aborti volontari è stato eseguito oltre la dodicesima settimana. La variabilità osservata tra le diverse realtà territoriali può essere spiegata anche con una diversa disponibilità di servizi che effettuano l'IVG dopo questo periodo.

Come già osservato per il luogo di certificazione, anche per le IVG secondo l'età gestazionale si nota una discreta variabilità tra le province pugliesi (Figura 4 e Tavola 15 in appendice).

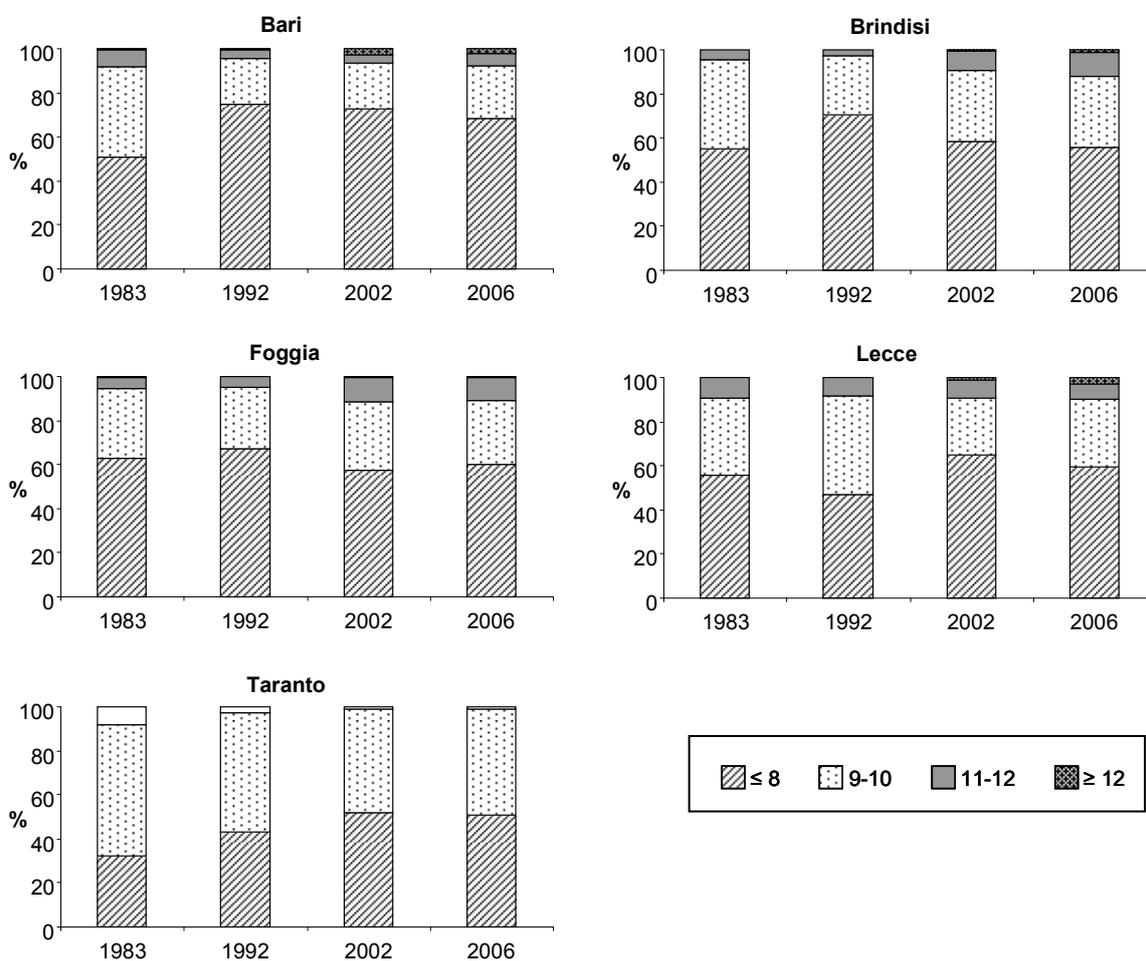


Figura 4. IVG (%) effettuate nelle province della Puglia per età gestazionale. Anni 1983-2006

* È da tener presente che il 90° giorno cade nella tredicesima settimana, quindi la percentuale di IVG effettuate oltre la dodicesima settimana è superiore a quella oltre i 90 giorni.

A Bari si riscontra la percentuale più alta di IVG effettuate entro l'ottava settimana (68% nel 2006), mentre nelle altre province tale valore oscilla tra il 51% e il 60%. Emerge comunque che in tutte le province almeno l'88% delle IVG avviene entro la decima settimana di gestazione. A Bari e Lecce si registrano nel 2006 le percentuali più alte di aborti terapeutici (2,2% e 2,6% rispettivamente); a Foggia e a Taranto le più contenute (rispettivamente neanche l'1% e nessuno).

Tempi di attesa fra certificazione e intervento

Il tempo di attesa è il numero di giorni che intercorrono tra la data in cui la donna richiede la certificazione e la data in cui effettua l'intervento. La data di intervento è sempre stata rilevata nei modelli D.12. La data di certificazione, invece, è stata introdotta nel modello D.12 dal 2000, prima di tale anno solo alcune regioni avevano inserito autonomamente nei modelli questa informazione: per gli anni precedenti al 2000 non è quindi possibile fornire i tempi di attesa a livello nazionale. Per questo motivo sono qui presentati i dati relativi solo al 2002 e al 2006.

Il tempo di attesa tra certificazione e intervento è considerato un indicatore di efficienza delle procedure e di disponibilità dei servizi: i tempi di attesa oltre le due settimane sono ritenuti critici.

In Puglia nel 2002 e nel 2006 oltre l'82% degli interventi è stato eseguito entro 14 giorni dalla data di certificazione (Tabella 1 e Tavola 16 in Appendice B). Di conseguenza la percentuale di interventi effettuati oltre le due settimane è piuttosto contenuta e si concentra prevalentemente nella classe 15-21 giorni (11% nel 2002 e 13% nel 2006); in entrambi gli anni neanche il 2% delle IVG ha avuto un'attesa superiore ai 28 giorni. Poiché la Puglia già negli anni '90 aveva inserito la data di certificazione, è stato possibile verificare che ciò accadeva già negli anni precedenti (2).

A livello nazionale la percentuale di interventi effettuati entro i 14 giorni dal rilascio della certificazione è molto più contenuta (varia tra il 63% e il 60% nel periodo considerato) e si registra un'attesa superiore ai 28 giorni in oltre il 4% dei casi. Sia la Campania che l'Emilia Romagna presentano tempi di attesa più simili a quelli nazionali che a quelli osservati per la Puglia.

I ridotti tempi di attesa rilevati per la Puglia confermano e forniscono una spiegazione dell'alta percentuale di IVG effettuate entro l'ottava settimana emersa nel paragrafo precedente.

Tabella 1. IVG (%*) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna per tempi di attesa tra certificazione e intervento. Anni 2002-2006

Regione		Tempi di attesa			
		≤14	15-21	22-28	>28
Puglia	2002	84,5	11,2	2,7	1,7
	2006	82,6	13,1	3,3	1,0
Emilia Romagna	2002	59,3	29,3	9,0	2,4
	2006	57,7	28,5	10,6	3,2
Campania	2002	73,5	16,6	6,1	3,8
	2006	66,2	20,4	9,2	4,2
Italia	2002	63,5	22,7	9,5	4,3
	2006	59,9	23,9	11,2	5,0

* le percentuali sono calcolate sul totale dei casi validi

Le province della Puglia presentano situazioni abbastanza eterogenee, anche se per tutte si registrano tempi di attesa inferiori a quelli osservati a livello nazionale (Tabella 2 e Tavola 16 in Appendice B). Bari è la provincia con la percentuale più elevata di IVG effettuate entro due settimane dal rilascio della certificazione (oltre il 90% sia nel 2002 che nel 2006). I tempi di attesa più lunghi sono rilevati nella provincia di Lecce, dove nel 2006 gli interventi con attesa entro i 14 giorni sono stati solo il 68% del totale.

Tabella 2. IVG (%*) effettuate nelle province della Puglia per tempi di attesa tra certificazione e intervento. Anni 2002-2006

Provincia		Tempi di attesa			
		≤14	15-21	22-28	>28
Bari	2002	92,9	5,5	0,8	0,8
	2006	90,1	7,7	1,4	0,8
Brindisi	2002	75,4	18,8	3,7	2,0
	2006	74,6	21,7	2,7	1,0
Foggia	2002	79,9	13,4	3,1	3,6
	2006	85,2	11,8	2,6	0,4
Lecce	2002	73,0	18,1	6,4	2,4
	2006	67,5	20,6	9,6	2,3
Taranto	2002	76,5	17,5	5,0	1,1
	2006	73,4	19,9	5,4	1,4

* le percentuali sono calcolate sul totale dei casi validi

Poiché i tempi di attesa dipendono dal funzionamento e dall'organicità dei servizi coinvolti nell'iter per l'interruzione volontaria di gravidanza, per individuare se alcune tipologie di servizi incontrano maggiori difficoltà nel garantire attese contenute, è stato analizzato se l'attesa varia a seconda del luogo che ha rilasciato la certificazione e del luogo dove la donna ha effettuato l'intervento. In Puglia nel 2006 i tempi di attesa sono diversi a seconda del luogo di certificazione. Come già era emerso da analisi condotte a metà degli anni '90 (2), ancora oggi si riscontra un'attesa maggiore in caso di richiesta di certificazione presso il consultorio familiare: il 31% delle donne che ha ricevuto la certificazione dal consultorio ha aspettato per l'intervento oltre 14 giorni, contro il 6% delle donne che l'ha richiesta al servizio ostetrico ginecologico (Figura 5 e Tavola 16a in Appendice B).

Questo suggerisce che ancora persistono delle disorganicità, come per esempio l'impossibilità da parte dei consultori di effettuare direttamente la prenotazione dell'intervento: come già si è detto in precedenza, la mancanza di un collegamento diretto tra consultorio e strutture dove si effettua l'IVG può rendere più lungo e difficoltoso il passaggio dalla certificazione all'intervento.

Quando la certificazione è rilasciata dal medico di fiducia si riscontra un percentuale intermedia di interventi effettuati dopo più di due settimane (22%). L'eterogeneità nei tempi di attesa secondo il luogo di certificazione osservata a livello regionale è confermata anche a livello provinciale (Figura 6 e in Appendice B Tavola 16b): in tutte le province la percentuale di donne che ha aspettato più di due settimane per l'intervento è più alta tra le donne che hanno richiesto la certificazione al consultorio che tra quelle che si sono rivolte ai servizi ostetrico-ginecologici o al medico di fiducia. Nel caso di certificazione rilasciata dal consultorio si nota però una maggiore variabilità tra le province: la proporzione di IVG effettuate oltre 14 giorni varia dal 15% osservato a Bari al 48% di Lecce, a fronte di un campo di variazione tra il 4% e il 12% – valori osservati per Foggia e Lecce – quando la certificazione è rilasciata dai servizi ostetrico-ginecologici.

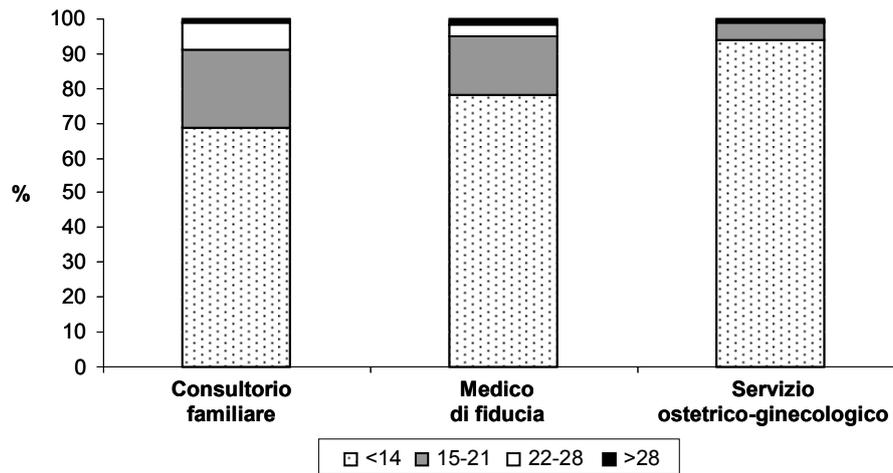


Figura 5. IVG (%) effettuate in Puglia per tempi di attesa e luogo di certificazione. Anno 2006

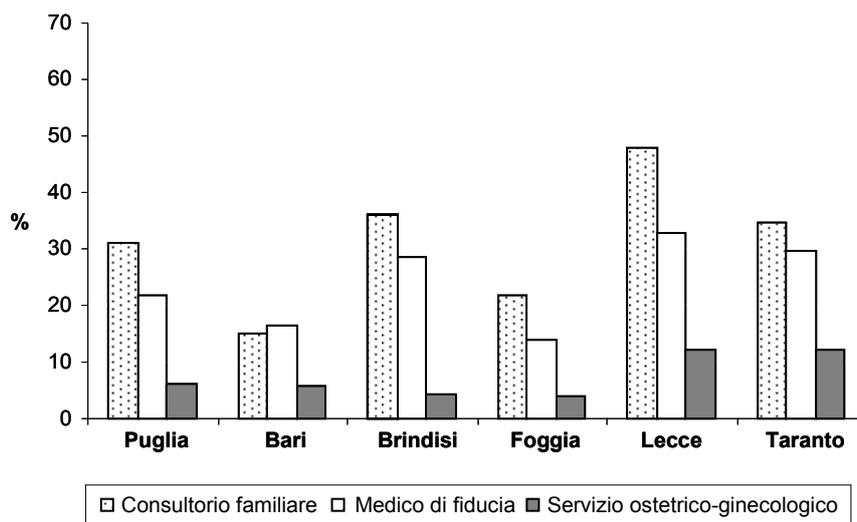


Figura 6. IVG (%) effettuate in Puglia e province dopo oltre 14 giorni dalla certificazione per luogo di certificazione. Anno 2006

Nel 2006 in Puglia i tempi di attesa non si differenziano invece a seconda del luogo di intervento. Questo risultato osservato a livello regionale nasconde però forti differenze tra le province: a Bari, Foggia e soprattutto a Taranto le IVG effettuate presso gli istituti di cura pubblici hanno una percentuale di interventi con tempi di attesa di oltre 14 giorni più alta di quanto si osserva nelle case di cura; a Lecce e Brindisi accade il contrario: a Lecce in particolare il 65% delle IVG eseguite presso una casa di cura è stata effettuata dopo oltre due settimane dalla certificazione (Figura 7 e in Appendice B la Tavola 16b).

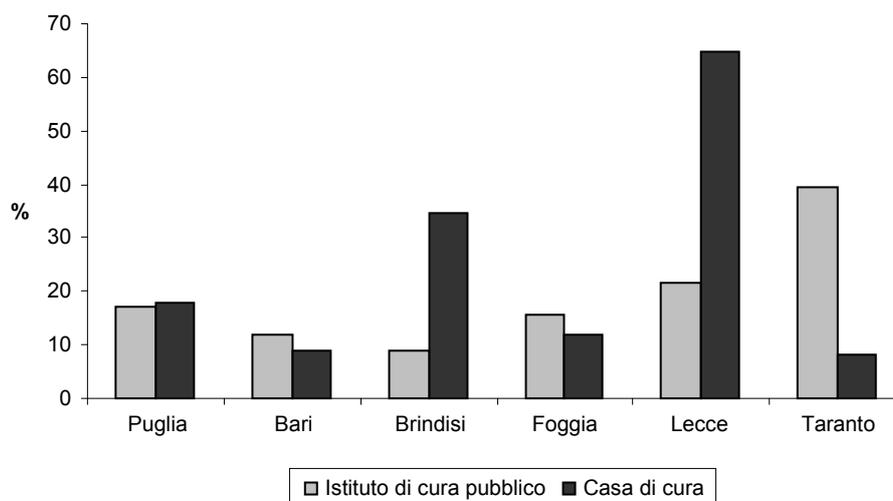


Figura 7. IVG (%) effettuate in Puglia e province dopo oltre 14 giorni dalla certificazione per luogo di intervento. Anno 2006

Luogo intervento

Il modello D.12 nel 1982 e nel 1992 rilevava le seguenti modalità: ambulatorio pubblico, ambulatorio privato, istituto di cura pubblico, casa di cura, abitazione privata, altro. Negli anni successivi vengono rilevate le stesse modalità tranne “abitazione privata” in quanto non più presente nel modello D.12. Nelle analisi che seguono, la categoria “ambulatorio pubblico” (poco diffuso come luogo di intervento nella maggior parte delle regioni italiane) è stata accorpata alla categoria “istituti di cura pubblici”. Nella voce “altro”, infine, sono stati inseriti anche “abitazione privata” (che non ha mai presentato alcun caso) e “ambulatorio privato”: la categoria “altro” così composta è del tutto trascurabile.

Il luogo di intervento è un’informazione rilevante per capire modalità organizzative di attuazione della 194 nelle diverse realtà territoriali. La forte presenza di strutture private può essere indice di una carenza del servizio pubblico; viceversa, la scarsa presenza di case di cura private può essere associata sia a un’offerta adeguata del servizio pubblico, che quindi soddisfa la domanda, sia a un’offerta insufficiente dello stesso e in tal caso la domanda di servizi viene soddisfatta altrove, dando origine a fenomeni migratori (3).

In Puglia la percentuale di interventi effettuati negli istituti di cura pubblici è diminuita nei venticinque anni considerati, passando dal 70% al 50% (Figura 8 e Tavola 17 in appendice); poiché nella regione non esistono ambulatori pubblici dove effettuare l’IVG e poiché la voce “altri luoghi di intervento” è del tutto irrilevante, ciò ha significato un corrispettivo incremento del ricorso alle cliniche convenzionate, dove nel 2006 sono stati effettuati quasi la metà degli interventi.

La situazione pugliese si discosta molto da quella nazionale, dove il ricorso agli istituti di cura pubblici è rimasto sostanzialmente costante dal 1982 al 2006 e si attesta su valori più elevati (tra l’89% e il 93%).

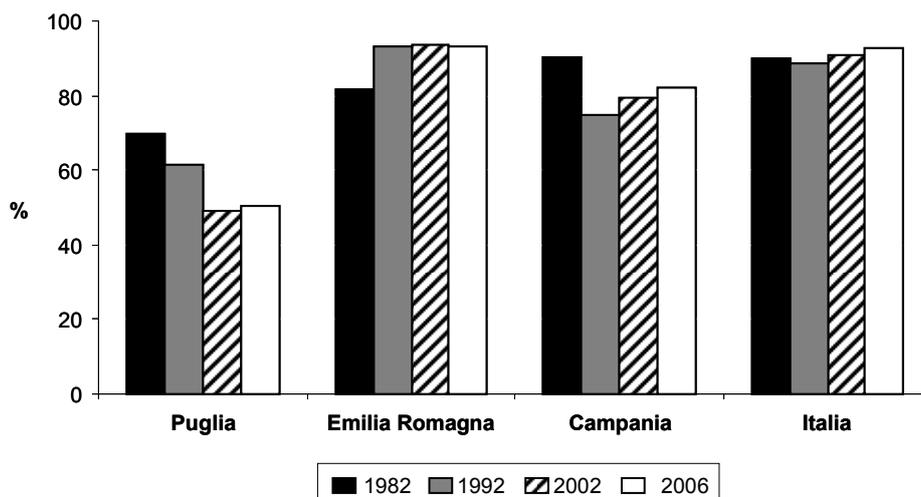


Figura 8. IVG (%) effettuate in istituto pubblico in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna. Anni 1982-2006

Rispetto al luogo di intervento la Campania e l'Emilia Romagna hanno un profilo più simile a quello nazionale che a quello della Puglia; da notare però che in Emilia Romagna la percentuale degli interventi eseguiti presso strutture pubbliche è superiore a quella italiana (a parte il 1982 è stata sempre superiore al 93%). Questi risultati sono in linea con quanto sottolineato dai precedenti Rapporti ISTISAN e dalle precedenti Relazioni del Ministro della Sanità al Parlamento, ossia una maggior presenza delle case di cura convenzionate nell'Italia meridionale rispetto all'Italia centrale e settentrionale.

Nelle province pugliesi la percentuale di IVG effettuata in istituto pubblico ha subito forti decrementi dal 1982 ad oggi arrivando in alcuni casi a valori estremamente bassi (Bari 34%, Brindisi 36%). Ciò si è verificato in tutte le province eccetto quella di Foggia dove il valore è rimasto abbastanza stabile ed è più elevato (tra 71% e 82% nel periodo considerato) (Figura 9 e Tavola 17 in Appendice B).

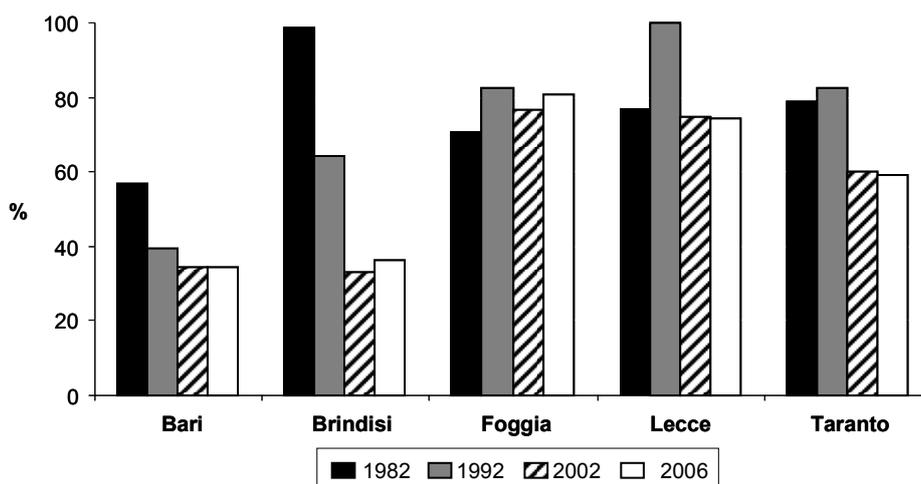


Figura 9. IVG (%) effettuate in istituto pubblico nelle province della Puglia. Anni 1982-2006

Per caratterizzare la popolazione di donne che non effettua l'intervento presso un istituto pubblico è stata condotta un'analisi multivariata sui dati del 2006: il rischio di non rivolgersi a un istituto di cura pubblico è risultato maggiore per le donne nubili, con istruzione elevata e occupate. Inoltre, rispetto alle donne che effettuano l'intervento nella provincia di Lecce, quelle che lo eseguono nelle province di Brindisi e soprattutto di Bari hanno un rischio più alto di non rivolgersi al pubblico, mentre quelle che lo eseguono nelle province di Foggia hanno un rischio decisamente più basso. Infine, dall'analisi emerge l'importanza del luogo di certificazione: chi ha richiesto la certificazione presso un servizio ostetrico ginecologico ha un rischio superiore di non rivolgersi al pubblico per effettuare l'IVG di chi invece l'ha richiesta al consultorio familiare. I risultati descritti sono tutti fortemente significativi ($p < 0,0001$).

Tipo di anestesia

Il modello D.12 rileva se è stata utilizzata una terapia antalgica durante l'intervento e il tipo di terapia impiegata. Fino al 1985 il modello di rilevazione non distingueva tra anestesia generale e locale: per questo motivo è stato considerato come primo anno di analisi il 1986 anziché il 1982. Le modalità rilevate sono quindi: anestesia generale, anestesia locale, analgesia senza anestesia, altra terapia antalgica, nessuna (le ultime tre modalità sono state aggregate nella categoria "altro").

In Puglia il ricorso all'anestesia generale è molto elevato per tutto il periodo in esame (Figura 10 e Tavola 18 in Appendice B): si nota un incremento dal 1986 al 1992 e una successiva stabilità con valori superiori al 96%.

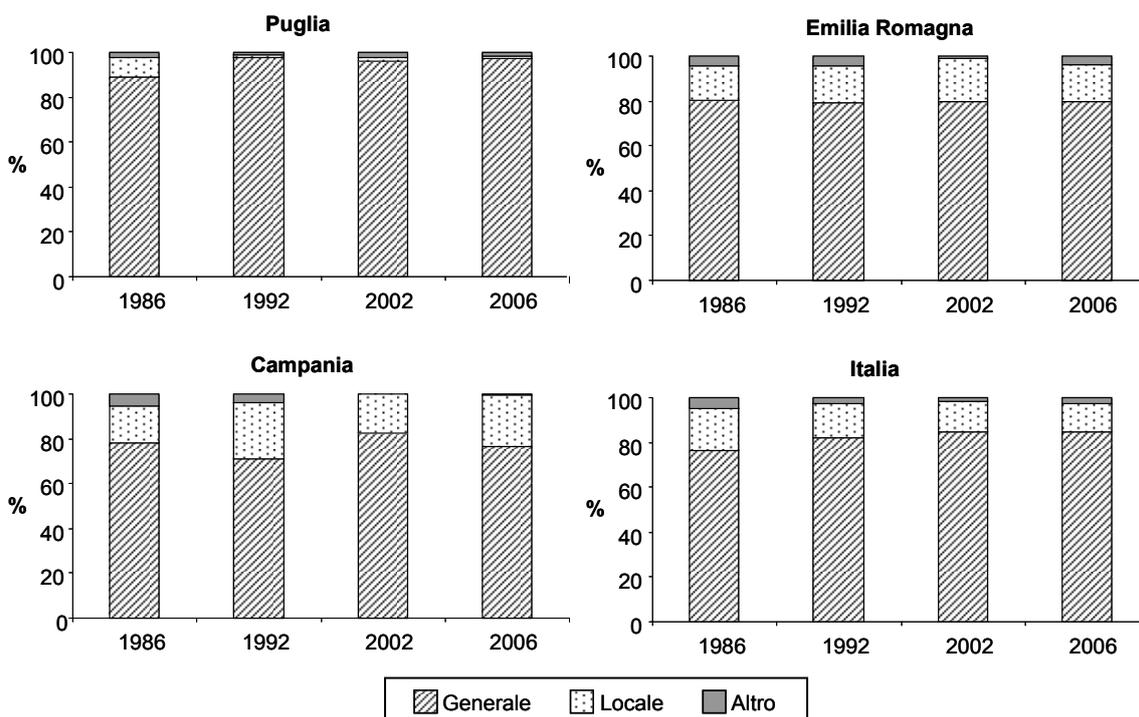


Figura 10. IVG (%) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna per tipo di anestesia. Anni 1986-2006

Il dato osservato per la Puglia si discosta molto da quello nazionale: anche per l'Italia nel suo complesso l'uso dell'anestesia generale è molto diffuso, ma durante tutto il periodo considerato i valori sono più contenuti di quanto si osserva in Puglia (dal 76% nel 1986 all'85% nel 2002 e 2006).

Il ricorso ancora così frequente all'anestesia generale è ingiustificato per diversi motivi: comporta maggiori rischi di complicanze immediate e a distanza (4-6); sono sempre più diffusi i metodi di isterosuzione, tra cui il metodo Karman, per i quali non è necessaria (7); richiede un maggiore impiego di risorse per i servizi in termini di costi e di organizzazione; infine l'eccessivo ricorso appare in modo evidente se si considera l'epoca gestazionale in cui viene eseguita la maggioranza degli interventi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva raccomandato già negli anni '80, e nuovamente nel 2003, l'uso dell'anestesia locale per le IVG avvenute nel primo trimestre, perché tutela maggiormente la salute della donna e ha minori costi (8-10).

A livello provinciale si osserva poca variabilità: tutte le province pugliesi registrano infatti un eccessivo ricorso all'anestesia generale in tutto il ventennio analizzato. I valori sono crescenti nella provincia di Taranto, stabili nelle altre province; nel 2006 la percentuale di interventi effettuati utilizzando l'anestesia generale è ovunque superiore al 95%, 98,4% a Brindisi dove si riscontra il valore più elevato (Tavola 18 in Appendice B).

Tipo di intervento

Il modello D.12 rileva il metodo utilizzato per l'intervento. Nel 1986 è stata introdotta nel modello di rilevazione la distinzione tra metodo Karman e altro tipo di isterosuzione: per questo è stato considerato come primo anno di analisi il 1986 anziché il 1982. Le modalità rilevate sono quindi: raschiamento, metodo di Karman, altra isterosuzione, altro.

In Puglia dal 1986 al 2006 è aumentato il ricorso al metodo di Karman, utilizzato nel 56% degli interventi all'inizio del periodo e nel 65% alla fine. È cresciuto anche il ricorso agli altri metodi di isterosuzione, che però restano non molto diffusi: sono usati nel 9% degli interventi nel 1986 e nel 20% 20 anni dopo. È ancora molto utilizzata la tecnica del raschiamento, anche se si è registrata una importante diminuzione del ricorso a questo metodo, dal 35% al 13% degli interventi effettuati (Figura 11 e Tavola 19 in Appendice B).

Nel 2006 la distribuzione delle IVG per tipo di intervento relativa all'Italia è molto simile a quella della Puglia. Invece è diversa l'evoluzione nel tempo dei metodi utilizzati: a livello nazionale le isterosuzioni sono state fin dal 1986 il tipo di intervento più frequente, anche se con il passare del tempo il metodo Karman si è sempre più diffuso a discapito degli altri tipi di isterosuzione; inoltre, sempre a livello nazionale, la tecnica del raschiamento è rimasta stabile e ha riguardato tra il 13% e il 15% degli interventi per tutto il periodo in esame. Poiché il ricorso al raschiamento è associato a un maggior rischio di complicanze, l'uso di tale tecnica è ancora eccessivamente diffuso, soprattutto se si tiene conto che il 91% delle IVG in Puglia e l'80% in Italia viene effettuato entro la decima settimana gestazionale, limite entro la quale è consigliato il ricorso al metodo di Karman.

Dal 2005 alcuni istituti hanno utilizzato l'approccio farmacologico per l'IVG (con il ricorso al Mifepristone o RU486), definito anche aborto medico. L'uso di tale tecnica è raccomandato dalle linee guide dell'OMS nelle prime 9 settimane di gestazione (10). Nel 2006 l'aborto medico è stato usato da Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana, Marche: l'introduzione di questo nuovo metodo, rilevato dal modello D.12 nella categoria "altro", spiega la comparsa improvvisa del 5% di interventi in questa categoria in Emilia Romagna.

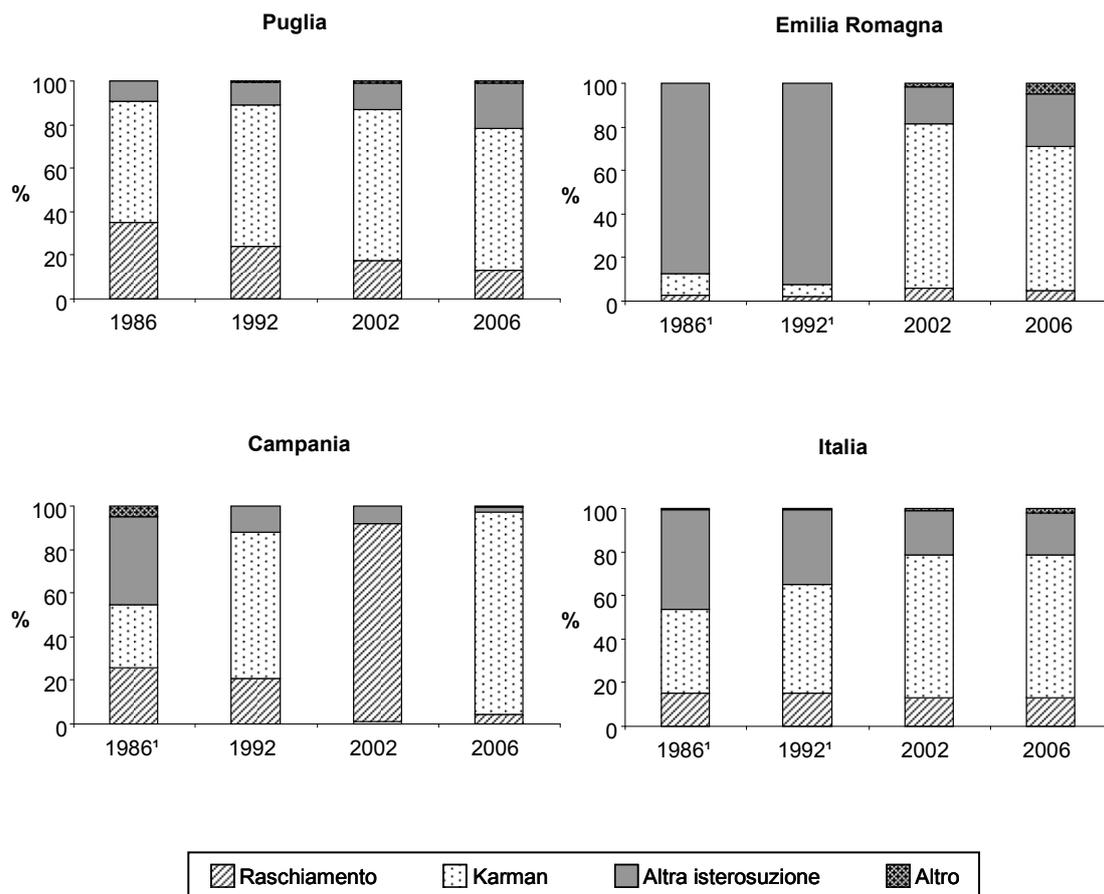


Figura 11. IVG (%) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna per tipo di intervento. Anni 1986-2006

All'interno della Puglia il tipo di intervento utilizzato per effettuare l'IVG varia molto tra le diverse province (Figura 12 e Tavola 19 in Appendice B).

È importante tener presente che la scelta del tipo di intervento, così come del tipo di anestesia impiegata, sono aspetti molto dipendenti dagli operatori della singola struttura e che, quindi, ci possono essere forti differenze nell'uso dei metodi anche all'interno della stessa provincia.

Nelle province di Bari e di Brindisi è usato prevalentemente il metodo Karman in tutto il periodo considerato; il ricorso a tale metodo, crescente nel tempo, nel 2006 riguarda rispettivamente l'84% e l'88% degli interventi effettuati nelle due province. In forte calo il raschiamento, soprattutto a Brindisi, utilizzato nel 30% delle IVG nel 1986 e nell'1% nel 2006. A Taranto, Lecce e Foggia invece, il ricorso al raschiamento è ancora molto frequente (oltre il 20% degli interventi effettuati nel 2006).

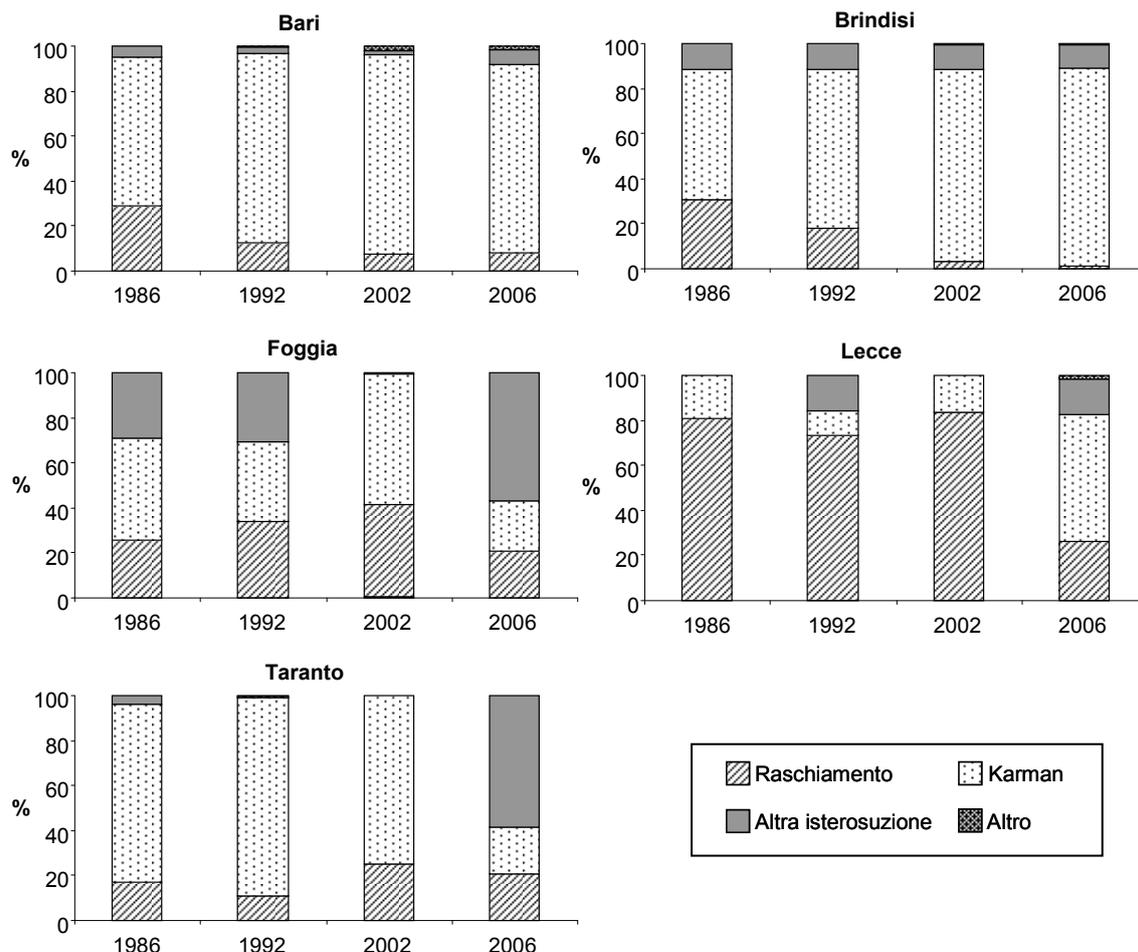


Figura 12. IVG (%) effettuate nelle province della Puglia per tipo di intervento. Anni 1986-2006

Durata della degenza

Il modello D.12 rileva i giorni di degenza per effettuare l'intervento. La modalità “<1” indica che l'intervento è stato eseguito non con ricovero, ma in day hospital, quindi senza pernottamento.

Nel 1982 la maggior parte delle IVG effettuate in Puglia sono avvenute con ricovero (59%), e nel 30% dei casi il ricovero è stato di almeno 2 giorni (Figura 13 e Tavola 20 in Appendice B). Nei 25 anni successivi sono aumentati gli interventi eseguiti in day hospital, passati dal 41% nel 1982 al 93% nel 2006: dal 1992 tale percentuale è superiore a quella che si riscontra a livello nazionale. L'aumento degli interventi in day hospital caratterizza anche le altre realtà territoriali considerate: si nota però che nel 2006 in Italia e, soprattutto in Campania, è ancora consistente la percentuale di interventi effettuati con degenza di 2 o più giorni (rispettivamente il 4% e il 9% dei casi). Dal momento che in Emilia Romagna e in Puglia tale percentuale è più bassa (1,7% e 2,4% rispettivamente) non si comprende quale possa essere la necessità di degenze più lunghe.

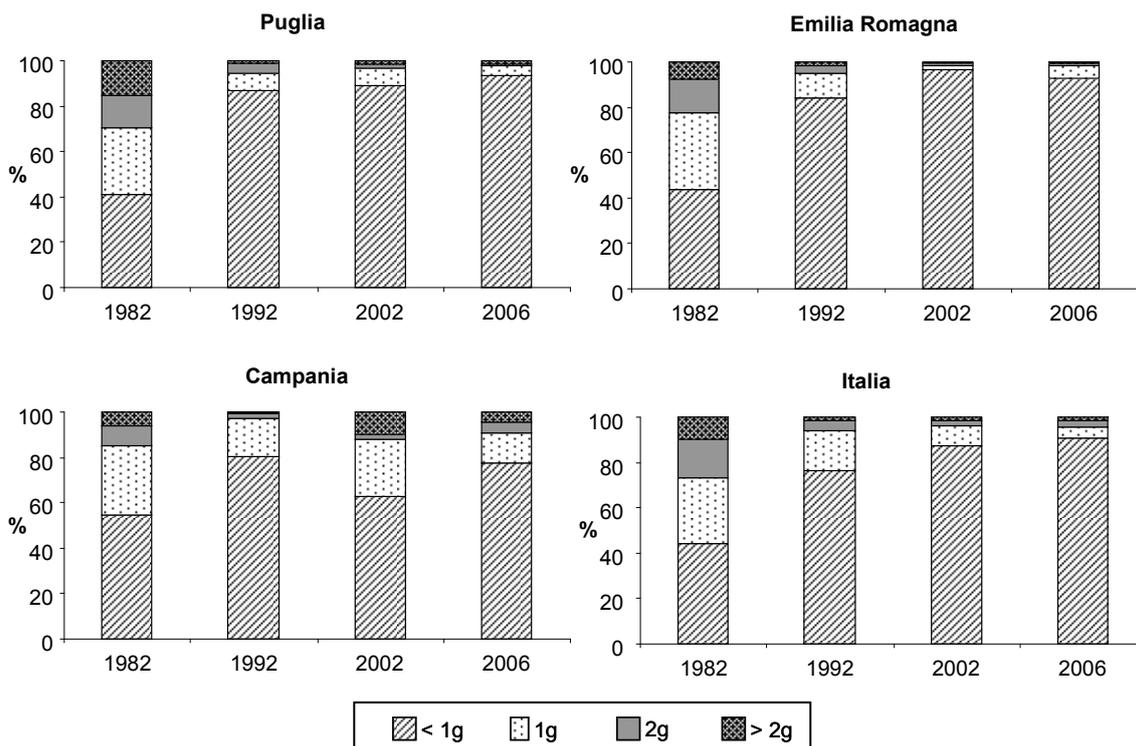


Figura 13. IVG (%) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna per durata della degenza. Anni 1982-2006

Nel 1982 lo scarso utilizzo del day hospital osservato per la Puglia nel suo complesso, si riscontra anche in tutte le province, variando da percentuali inferiori al 32% a Foggia e a Lecce al 49% osservato a Bari (Figura 14 e Tavola 20 in Appendice B). Da notare, inoltre, che il 41% delle IVG effettuate nella provincia di Brindisi ha avuto in quell'anno una degenza superiore a 2 giorni.

Nei 25 anni considerati, tutte le province registrano un rapido e consistente aumento delle IVG effettuate in day hospital che nel 2006 riguardano: il 96% dei casi in provincia di Bari; oltre il 98% a Foggia e Taranto; il 94% a Brindisi, dove ancora il 4% delle IVG ha una degenza di almeno 2 giorni; il 73% a Lecce, dove il 26% dei casi ha avuto un giorno di degenza: valori di Lecce così differenti da quelli registrati nelle altre province non sembrano avere una ragionevole giustificazione.

La durata della degenza può essere fortemente influenzata dal luogo dove viene effettuata l'IVG: nonostante si sia verificato un generalizzato aumento degli interventi in day hospital, tanto che sia in Puglia che nelle singole province è diventata la modalità di gran lunga prevalente, ancora nel 2006 la durata della degenza varia molto a seconda del luogo di intervento (Tabella 3 e Tavola 20a in Appendice B).

A livello regionale gli interventi in day hospital sono stati il 99,6% quando l'IVG è stata effettuata in una casa di cura e solo l'86% quando invece è avvenuta in un istituto pubblico. In questi ultimi quasi il 4% ha avuto una degenza superiore a 2 giorni, contro lo 0,1% che si riscontra nelle case di cura private.

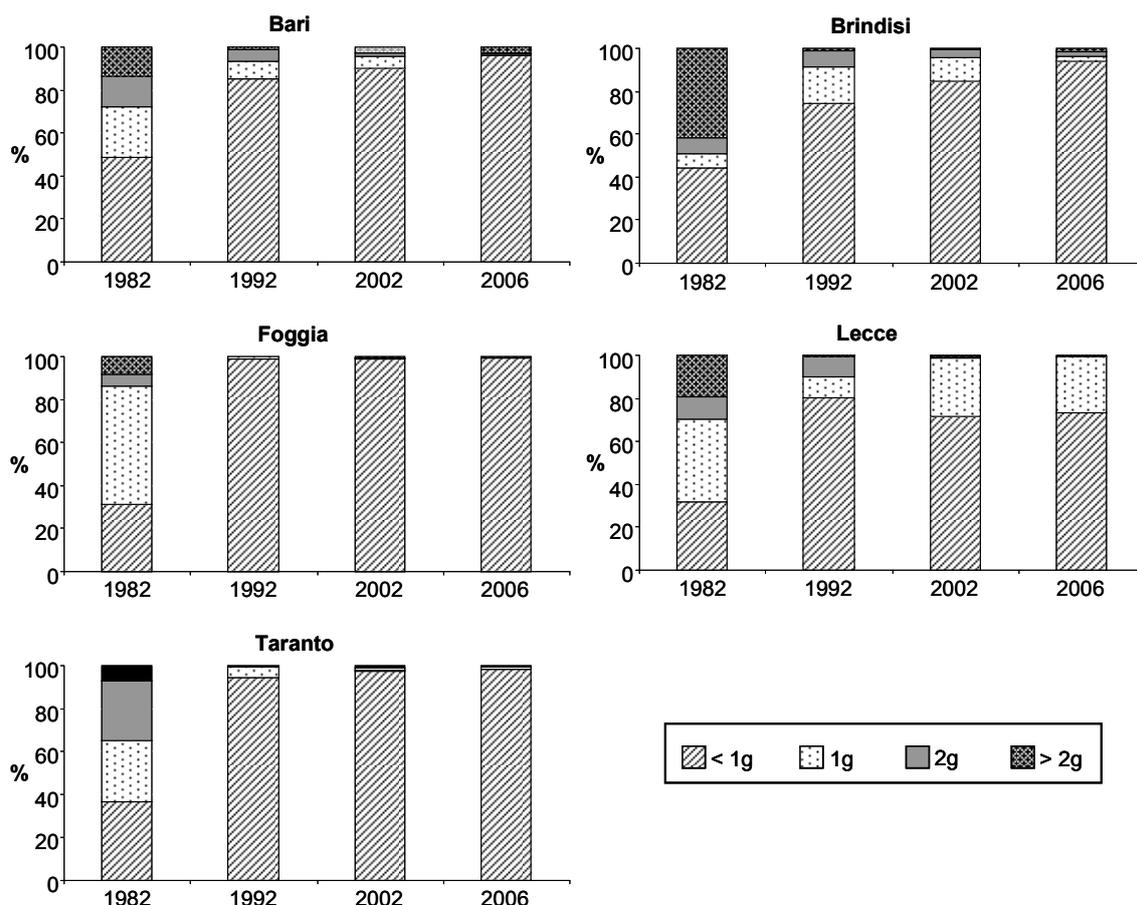


Figura 14. IVG (%) effettuate nelle province della Puglia per durata della degenza. Anni 1982-2006

Tabella 3. IVG (%) effettuate in Puglia per durata della degenza e luogo di intervento. Anno 2006

Regione e provincia	Durata degenza (n. giorni)			
	<1	1	2	>2
Puglia				
Istituto di cura pubblico	86,2	8,8	1,2	3,8
Casa di cura	99,6	0,3	0,1	0,1
Provincia di Bari				
Istituto di cura pubblico	89,3	1,2	1,0	8,5
Casa di cura	99,7	0,2	0,1	0,0
Provincia di Brindisi				
Istituto di cura pubblico	83,2	5,5	6,3	5,1
Casa di cura	99,8	0,1	0,0	0,1
Provincia di Foggia				
Istituto di cura pubblico	99,2	0,3	0,2	0,3
Casa di cura	99,2	0,0	0,3	0,5
Provincia di Lecce				
Istituto di cura pubblico	62,0	37,0	0,6	0,5
Casa di cura	100,0	0,0	0,0	0,0
Provincia di Taranto				
Istituto di cura pubblico	98,5	0,6	0,2	0,6
Casa di cura	97,6	2,4	0,0	0,0

Anche in questo caso la realtà osservata a livello regionale nasconde al suo interno situazioni molto differenti. Nelle province di Foggia e Taranto la durata della degenza non varia a seconda del luogo di intervento: in entrambe le province la percentuale di IVG eseguite in day hospital è molto elevata (rispettivamente 99% e 98%) ed è pressoché identica nel caso di interventi avvenuti in istituto pubblico o privato.

Nelle altre tre province della Puglia, invece, la degenza è più lunga negli istituti di cura pubblici. Nella provincia di Bari quasi la totalità delle IVG effettuate in una casa di cura (99,7%) è avvenuta in day hospital; tale percentuale è decisamente più bassa (89%) negli istituti pubblici, istituti dove l'8,5% degli interventi registra una degenza superiore a due giorni. La differenza tra pubblico e privato per le IVG effettuate in day hospital è più marcata nella provincia di Brindisi (rispettivamente 83,% e 99,8%) e ancor più in quella di Lecce (62% vs 100%). Ma mentre nella provincia di Brindisi un'alta percentuale degli interventi effettuati nel pubblico ha una degenza di due giorni o più (oltre l'11%), in quella di Lecce le IVG che non avvengono in day hospital hanno tutte una degenza di un solo giorno (37%).

Complicanze

Il modello D.12 rileva se sono insorte complicanze in seguito all'IVG. Le modalità rilevate sono: nessuna complicanza, emorragia, infezione, decesso, altro. Il modello di rilevazione, essendo compilato dal medico che procede all'interruzione volontaria di gravidanza, non consente di conoscere eventuali complicanze insorte dopo la dimissione e di valutare quindi presenza ed entità di complicanze a distanza. In tutte le realtà territoriali e per tutti gli anni considerati le IVG che presentano complicanze sono meno del 5,5% dei casi. In Puglia l'incidenza totale delle complicanze è leggermente inferiore a quella registrata a livello nazionale nel 1992 e nel 2002; nel 2006 è uguale a quella italiana (2‰) (Figura 15 e Tavola 21 in Appendice B).

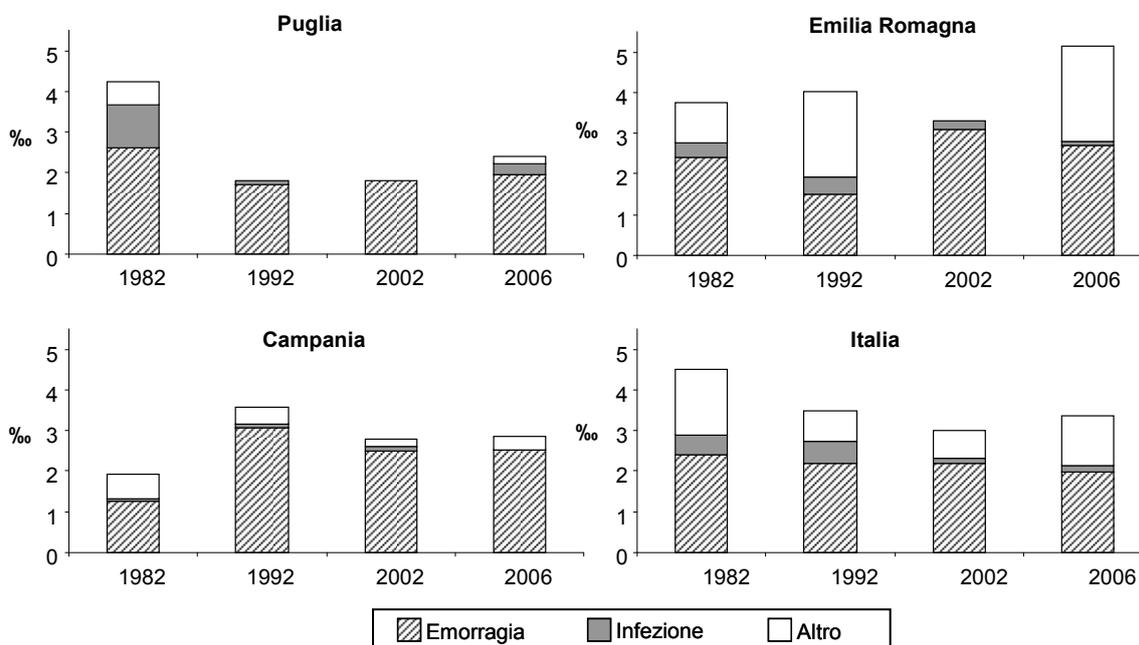


Figura 15. IVG (%) effettuate in Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna per complicanze. Anni 1982-2006

L'emorragia risulta essere sempre la complicanza più frequente, fatta eccezione per le IVG effettuate a Brindisi nel 1982 per le quali si sono verificate più infezioni che emorragie; non sono stati riportati casi di morte in seguito a un intervento abortivo.

Nella provincia di Bari le IVG con complicanze oscillano tra il 2% e il 5% nel periodo considerato con le emorragie sempre preponderanti. Nelle altre province il numero molto esiguo di casi con complicanze (sempre inferiore a 20 per anno) non consente di fornire alcuna interpretazione del fenomeno.

Bibliografia

1. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. (Rapporti ISTISAN 91/25). Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_1.1140529013.pdf e http://www.iss.it/binary/publ2/cont/91-25_2.1140529013.pdf.
2. Mangano A, Martinelli G, Vacca Z, Castiglione G, Grandolfo M, Spinelli A, Timperi F, Pediconi M, Andreozzi S, Donati S, Salinetti S, Bucciarelli M *Interruzione Volontaria di Gravidanza in Puglia negli anni 1992-1993*. Bari: Regione Puglia – Assessorato alla Sanità in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, 1997.
3. Boccuzzo G, Buratta V, Frova L (Ed.). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*. Roma: ISTAT; 1997. (Argomenti n. 9).
4. Peterson HB, Grimes DA, Cates W Jr and Rubin GL. Comparative risk of death from induced abortion at ≥ 12 weeks' gestation performed with local versus general anaesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:763-8.
5. Osborn JF, Arisi E; Spinelli A, Stazi A. General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *Eur J Epidemiol* 1990;6:416-22.
6. Mackay TH, Schultz KF, Grimes DA, Safety of local versus general anaesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetric and Gynecology* 1985;66(5):661-5.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion*. London: RCOG Press; 2000. (Evidence-based Guideline n. 7).
8. World Health Organisation. *Induced abortion: guidelines for the provision of care and services*. Geneva: WHO; 1979.
9. Tietze C, Henshaw SK. *Induced abortion: A world review, 1986*. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1986.
10. World Health Organisation. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO; 2003.

FENOMENO DELLE MIGRAZIONI

Francesca Lariccia

Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma, Roma

L'esame congiunto del luogo di residenza della donna che ricorre all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e del luogo dove l'intervento viene effettuato evidenzia che ci sono casi in cui i due luoghi non coincidono, ossia in cui si verificano migrazioni sanitarie per l'IVG. Obiettivo di questo capitolo è analizzare entità e direzione di tali migrazioni. Come nei capitoli precedenti, per tener conto delle differenze esistenti tra le diverse aree del Paese, la Puglia è stata confrontata anche con una regione del Nord (Emilia Romagna) e una del Sud (Campania). Anche in questo caso, per studiare l'evoluzione temporale delle IVG dagli anni '80 a oggi sono stati considerati quattro punti anno (1982, 1992, 2002 e 2006) e per meglio valutare l'evoluzione del fenomeno, il collettivo oggetto di studio è costituito dalle donne con cittadinanza italiana; infine, per omogeneità con i capitoli precedenti, le analisi sono condotte sulle donne in età riproduttiva.

Le analisi sulla mobilità per effettuare le IVG vanno interpretate con cautela poiché non tutti gli spostamenti rilevati sono delle effettive migrazioni sanitarie, ossia delle migrazioni causate da scarsità o cattiva qualità dei servizi disponibili sul territorio di residenza. In alcuni casi, infatti, lo spostamento è fittizio, poiché la donna si trova già per altri motivi a vivere in un luogo diverso da quello di residenza (è questo il caso, per esempio, delle studentesse fuori sede o di donne che vivono per un periodo in altra provincia o regione per motivi di lavoro). In altri casi gli spostamenti possono essere di comodo, infatti le donne che vivono vicino a confini regionali o provinciali possono ritenere più accessibili i servizi della regione o provincia limitrofa (1). Dall'analisi dei dati non sempre è facile distinguere la natura delle migrazioni per IVG e capire in quali casi sono fittizie e in quali sono invece motivate da un problema di squilibrio tra domanda e offerta di servizi preposti ad effettuare IVG.

I flussi migratori sono stati analizzati ricorrendo per ognuno degli anni considerati alla matrice origine-destinazione dello stesso anno; le matrici (Tavole 22-29 in Appendice B) sono ottenute incrociando la regione di residenza con la regione di intervento. A partire dalle matrici sono stati costruiti i seguenti indicatori:

- indice di stanzialità delle residenti, calcolato come percentuale di donne residenti nella regione che effettua l'IVG nella stessa regione;
- indice di stanzialità degli interventi, calcolato come percentuale di interventi effettuati nella regione da donne residenti nella regione;
- indice di emigrazione, calcolato come percentuale di donne residenti nella regione che effettua l'intervento fuori dalla regione;
- indice di immigrazione, calcolato come percentuale di interventi effettuati nella regione da donne non residenti nella regione;
- indice di attrazione, calcolato rapportando la percentuale di interventi effettuati su non residenti alla percentuale degli interventi su residenti fuori regione, che fornisce una misura della capacità di attrazione della regione stessa (2). In altre parole, l'indice di attrazione è costruito come rapporto tra l'indice di immigrazione e l'indice di emigrazione: se il valore dell'indice è superiore ad uno la regione ha un saldo migratorio attivo rispetto agli interventi abortivi; se invece il valore dell'indice è inferiore a 1, la

regione ha un saldo migratorio passivo, ossia la percentuale di coloro che emigrano dalla regione per effettuare l'intervento è superiore alla percentuale di coloro che immigrano nella regione per lo stesso motivo. Ovviamente l'indice è uguale ad uno quando i flussi migratori in entrata e in uscita sono in equilibrio.

L'evoluzione delle migrazioni per IVG in Puglia è stata studiata sia a livello regionale, confrontando quindi la regione di residenza con la regione di intervento, sia a livello provinciale, confrontando la provincia di residenza con la provincia di intervento: le matrici origine-destinazione e gli indicatori sopra descritti sono stati costruiti anche per le analisi a livello provinciale (Tavole 30-37 in Appendice B).

Migrazioni tra la Puglia e le altre regioni

Per fornire una prima panoramica del fenomeno, i flussi migratori per IVG sono stati sintetizzati con l'indice di attrazione, calcolato per tutte le regioni italiane nei quattro punti anno considerati. Questi indici sono rappresentati nella Figura 1, dove le regioni sono in ordine decrescente secondo il valore assunto dall'indice nel 2006. La figura mostra che nel 2006 la capacità di soddisfare la domanda interna ed esterna delle regioni varia con un gradiente nord-sud piuttosto netto. Nelle regioni dell'Italia settentrionale e centrale l'indice di attrazione è sempre superiore ad uno, o comunque molto vicino all'unità (0,94 e 0,93 rispettivamente in Molise e Liguria); unica eccezione la Valle d'Aosta (0,7) che tuttavia è poco indicativa dato il numero esiguo di casi*. Tra le regioni dell'area spiccano Trentino-Alto Adige, Emilia Romagna e Umbria dove i flussi in entrata sono di molto superiori a quelli in uscita (indice di attrazione pari a 4,8, 3,4 e 2,1 rispettivamente) e che quindi costituiscono degli importanti bacini di accoglienza.

In tutte le regioni dell'Italia meridionale e insulare, invece, l'indice di attrazione nel 2006 assume valori molto inferiori all'unità (0,5 in Campania, 0,4 in Sicilia, 0,3 in Basilicata e Calabria, 0,1 in Sardegna). Le uniche eccezioni sono l'Abruzzo e la Puglia, dove le migrazioni in entrata e in uscita sono quasi in equilibrio (indice di attrazione pari rispettivamente a 1,1 e 0,9).

La dicotomia territoriale e il particolare ruolo della Puglia emersi dall'analisi del 2006 si rafforzano e si delineano ulteriormente osservando i valori degli indici di attrazione negli anni precedenti. Sebbene prima del 2006 si riscontrino alcune importanti differenze (le Marche, l'Abruzzo e soprattutto il Veneto avevano una forte emigrazione fuori regione) e sebbene l'intensità degli indici non sia costante negli anni considerati, il quadro generale resta invariato, con flussi in entrata più elevati di quelli in uscita al centro-nord e con la situazione opposta al sud e nelle isole. In questi anni, ancor più che nel 2006, è evidente la peculiare situazione della Puglia, unica regione meridionale con indice di attrazione superiore a uno (1,4, 2,3 e 1,2 rispettivamente nel 1982, nel 1992 e nel 2002). Si può concludere che la Puglia dagli anni '80 a oggi si è caratterizzata come un importante centro di destinazione delle donne meridionali che si spostano dalla propria residenza per effettuare una IVG (1).

Per un'analisi più dettagliata delle migrazioni per IVG in Puglia sono stati valutati gli indici di stanzialità, emigrazione e immigrazione da cui emerge che la bilancia migratoria in equilibrio o in attivo osservata in Puglia nel ventennio considerato è dovuta ad una forte stanzialità delle residenti.

* Nel 2006, 340 donne residenti in Valle d'Aosta hanno effettuato un'IVG. La regione nello stesso anno ha eseguito 370 interventi. Come già detto sono state considerate solo donne italiane in età riproduttiva.

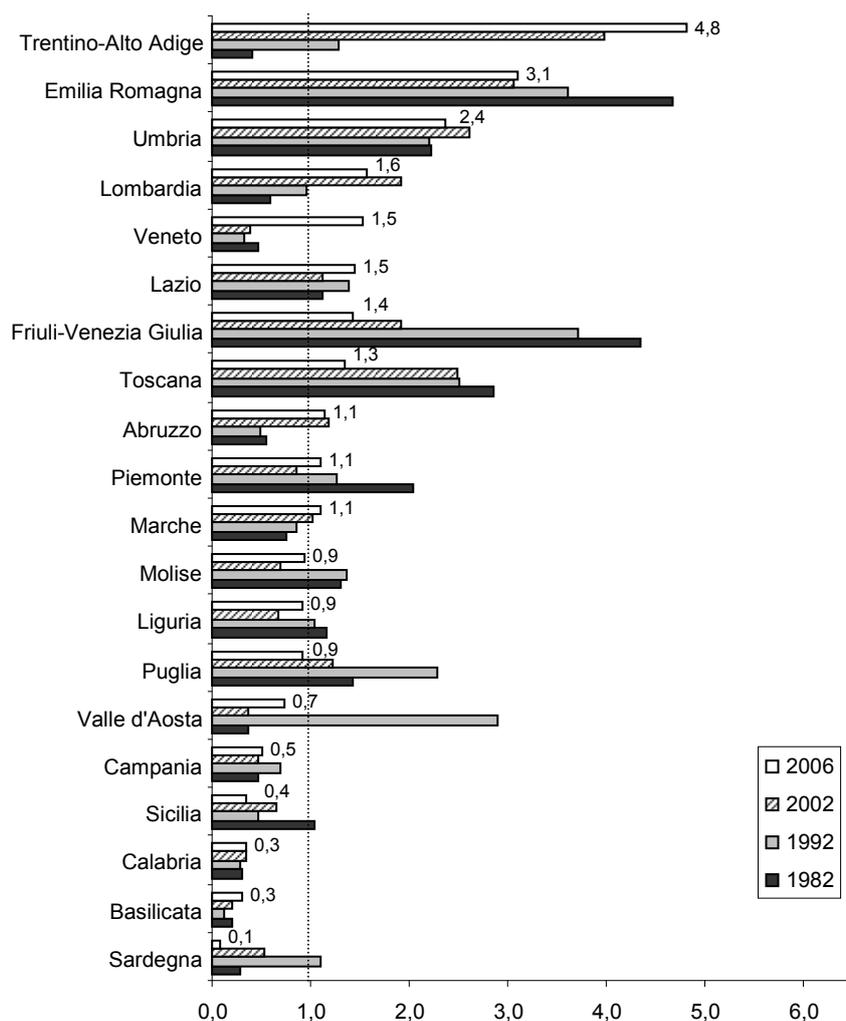


Figura 1. Indice di attrazione. Regioni italiane. Anni 1982-2006

Per tutto il periodo analizzato, le residenti nella regione Puglia tendono ad effettuare più interventi stanziali di quanto avviene nel resto d'Italia: la percentuale di donne residenti che ha effettuato l'IVG facendo ricorso a strutture della regione è stata 97% nel 1982 e nel 1992, 96% nel 2002 e 95% 2006. Questi valori sono superiori alla media nazionale dei rispettivi anni e più alti di quelli osservati nella maggior parte delle altre regioni (Tavole 22-29 in Appendice B).

La Puglia è quindi caratterizzata da scarsi movimenti interregionali: i flussi migratori sono contenuti sia in entrata che in uscita e gli indici di emigrazione e di immigrazione sono inferiori alla media nazionale (Figura 2).

L'indice di emigrazione aumenta leggermente dal 1982 al 2006, passando dal 2,8% al 4,8%. Le donne residenti in Puglia che effettuano una IVG fuori regione si dirigono principalmente in Emilia Romagna, Lombardia e Toscana: queste regioni sono tra le destinazioni più importanti in tutti gli anni considerati. Fatta eccezione per il 2002, negli altri anni è di rilievo anche il flusso verso il Molise; unicamente nel 1982 è non trascurabile il flusso verso la Basilicata (da Foggia verso Potenza), infine a partire rispettivamente dal 1992 e dal 2002 assumono via via maggiore importanza le migrazioni verso il Lazio e verso l'Abruzzo (Tavole 22-29 in Appendice B).

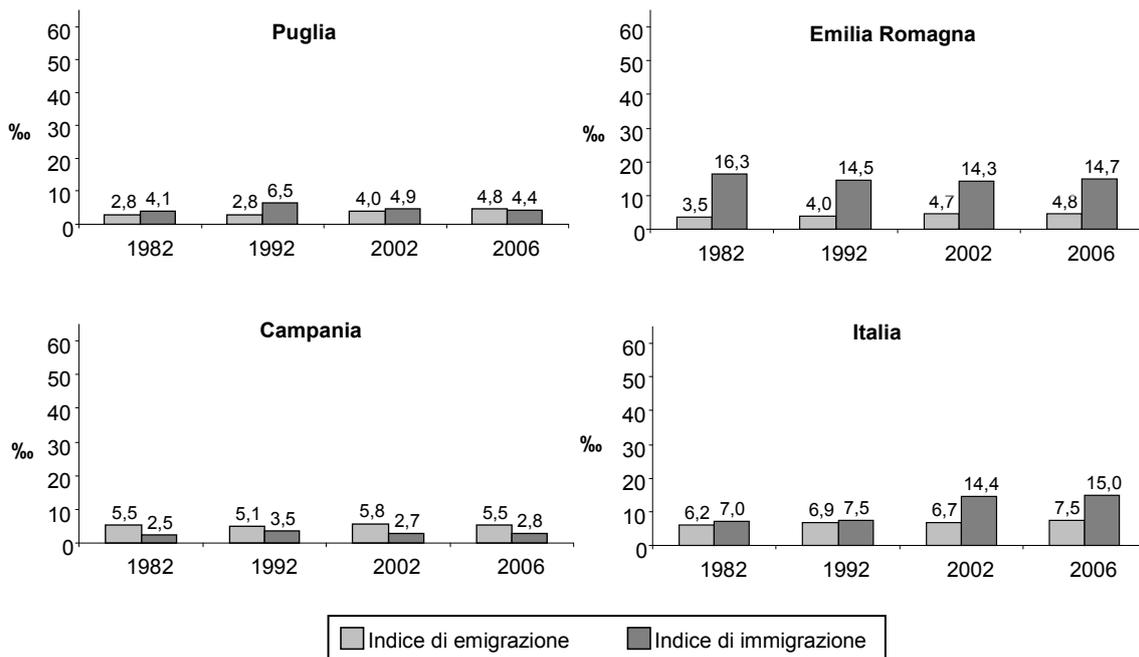


Figura 2. Indici di emigrazione e immigrazione (%). Puglia, Italia, Campania, Emilia Romagna. Anni 1982-2006

L'indice di immigrazione non ha un trend regolare, ma oscilla nell'arco temporale in esame tra il 4,1% e il 6,5%. Resta invece costante nel tempo la provenienza delle donne che si spostano in Puglia per effettuare l'IVG: oltre la metà del flusso in entrata proviene infatti dalla vicina Basilicata e in particolare dalla provincia di Matera; nel 1982 e nel 1992 le destinazioni all'interno della Puglia sono le limitrofe province di Bari e Taranto; successivamente il flusso si concentra quasi esclusivamente verso il capoluogo pugliese. Dal 2002 diventa non trascurabile anche il flusso dalla provincia di Potenza verso quella di Foggia (Tavole 30-37 in Appendice B).

Il confronto con le altre due regioni considerate mostra anche in questo caso due realtà molto diverse sia rispetto alla Puglia che tra loro. La Campania ha movimenti interregionali di scarsa rilevanza in tutto il ventennio, con un profilo più simile a quello della Puglia che a quello nazionale, anche se i flussi in uscita sono sempre superiori a quelli osservati per la Puglia e maggiori di quelli in entrata (l'indice di attrazione della Campania è sempre inferiore ad uno). L'indice di emigrazione oscilla tra il 5,1% e il 5,8% e la destinazione principale delle donne residenti in Campania che si spostano per effettuare l'IVG è sempre il Lazio. Nel 1992 e nel 2002 si osserva anche un flusso non trascurabile verso la Puglia.

L'indice di immigrazione varia tra il 2,5% e il 3,5%: le donne non residenti in Campania che si rivolgono a questa regione per effettuare l'IVG provengono soprattutto dalla Basilicata.

Il profilo dell'Emilia Romagna è invece più simile a quello nazionale che a quello della Puglia. L'indice di emigrazione, tuttavia, è inferiore alla media nazionale, anche se è in leggero aumento nel ventennio considerato (è passato da 3,5% nel 1982 a 4,8% nel 2006). I flussi in entrata sono molto più consistenti di quelli pugliesi – l'indice di immigrazione oscilla infatti tra il 14,3% e il 16,3% – caratterizzando questa regione come un importante bacino di accoglienza. Si rivolgono ai servizi dell'Emilia Romagna donne residenti in Lombardia, nelle Marche e in Veneto. Dal 1992 in poi si osserva un flusso consistente anche dalla Puglia e dal 2002 anche dalla Campania.

Tra le province pugliesi

La descrizione a livello regionale delle migrazioni per IVG non sempre consente di cogliere la realtà dei flussi migratori: spesso infatti non è la regione a costituire un'area di attrazione o di fuga, ma una o più province al suo interno. Questo perché la disponibilità sul territorio di strutture e di personale preposti alle IVG può variare fortemente da una provincia all'altra. È quanto accade anche in Puglia dove i bassi valori delle migrazioni da e verso la regione descritti nel paragrafo precedente nascondono una mobilità interprovinciale molto forte e sono il risultato della combinazione di realtà molto diverse.

Rispetto ai flussi in uscita, la forte stanzialità che caratterizza la Puglia, se si considera la regione di residenza come unità territoriale di riferimento, non si riscontra quando l'analisi è condotta a livello provinciale. È quanto risulta dalla Figura 3 che riporta la distribuzione percentuale degli interventi effettuati da donne residenti in Puglia secondo la provincia di intervento: in particolare le IVG delle residenti sono classificate in interventi effettuati nella provincia di residenza (stanziali), interventi effettuati in una provincia diversa da quella di residenza, ma nella regione (interventi in altra provincia della regione), interventi effettuati in una provincia fuori regione (interventi in provincia fuori regione).

Le residenti stanziali a livello provinciale sono una percentuale più contenuta di quanto si è osservato nell'analisi regionale: dal 1992 le residenti che emigrano per l'IVG in un'altra provincia pugliese sono più del doppio rispetto alle residenti che emigrano fuori regioni per lo stesso motivo. La migrazione verso altre province della regione, inoltre, aumenta nei 25 anni considerati: mentre nel 1982 il 4,4% delle residenti si spostava in un'altra provincia della Puglia per effettuare l'intervento, nel 2006 questo fenomeno riguarda l'11,2% delle residenti.

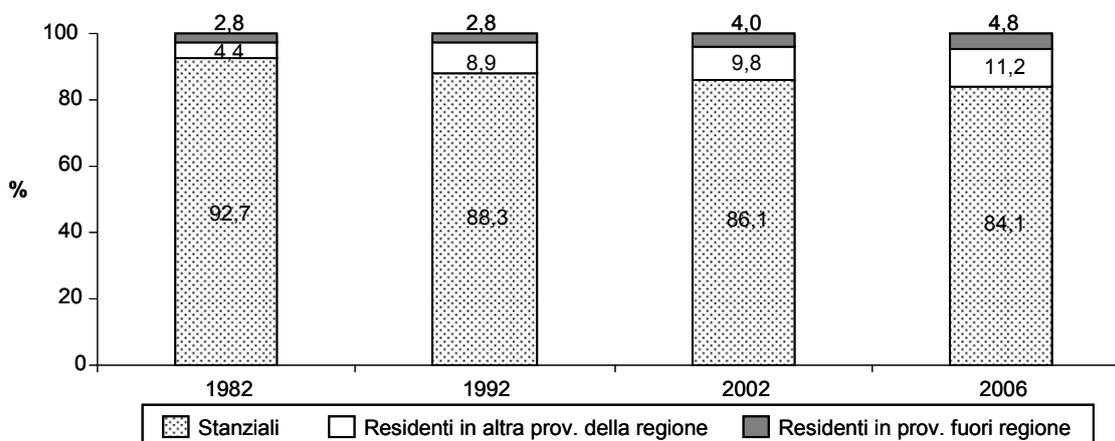


Figura 3. IVG (%) effettuate da donne in età feconda residenti in Puglia per provincia di intervento. Anni 1982-2006

Lo stesso discorso vale per i flussi in entrata come si evince dalla Figura 4 che riporta la distribuzione percentuale degli interventi effettuati in Puglia secondo la provincia di residenza: in particolare le IVG eseguite in Puglia sono classificate in interventi effettuati da residenti nella provincia di intervento (stanziali), interventi effettuati da residenti in una provincia diversa da quella di intervento, ma nella regione (residenti in altra provincia della regione), interventi effettuati da residenti in una provincia fuori regione o all'estero (residenti in prov. fuori regione).

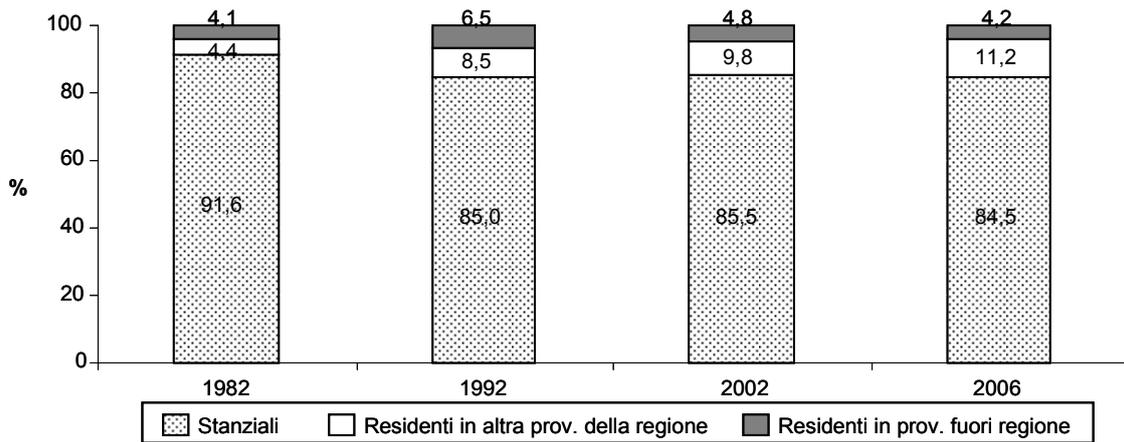


Figura 4. IVG (%) effettuate in Puglia da donne in età feconda per provincia di residenza. Anni 1982-2006

Così come le emigrazioni interprovinciali, anche le immigrazioni da altre province della Puglia sono più rilevanti di quelle provenienti da fuori regione e hanno un peso crescente nel tempo.

Esaminando la mobilità per le singole province (Figura 5) emerge che dagli anni '80 ad oggi il territorio pugliese è sempre stato diviso in due aree contrapposte: da una parte le province di Bari e Brindisi che costituiscono importanti bacini di accoglienza con indici di attrazione molto elevati (tra 2,5 e 6,1 Bari e tra 1,2 e 2,7 Brindisi); dall'altra le province di Foggia, Lecce e Taranto che si configurano come aree con flussi in uscita di molto inferiori ai flussi in entrata per tutto il periodo considerato (l'indice di attrazione varia tra 0,3 e 0,7 a Foggia, tra 0,1 e 0,4 a Lecce, tra 0,1 e 0,5 a Taranto). Fa eccezione nel 1982 la provincia di Taranto con indice di attrazione maggiore di uno. Gli indici di attrazione sono rappresentati nella Figura 5, dove le province sono in ordine decrescente secondo il valore assunto dall'indice nel 2006.

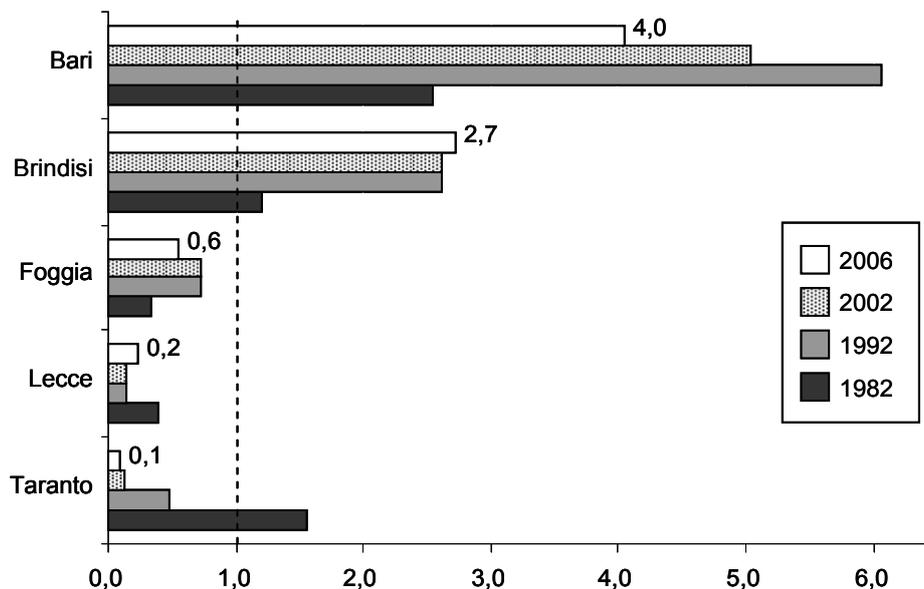


Figura 5. Indice di attrazione. Province della Puglia. Anni 1982-2006

Come per l'analisi a livello regionale, anche a livello provinciale per avere un quadro dettagliato delle migrazioni per IVG sono stati valutati gli indici di stanzialità, emigrazione e immigrazione (Tavole 30-37 e Figura 6).

La provincia di Bari è caratterizzata da una elevata stanzialità, decisamente superiore a quella che si osserva in tutte le altre province pugliesi: la percentuale di baresi che effettua l'IVG nella provincia supera il 96,5% in tutto il periodo considerato. L'elevato indice di attrazione di Bari, pertanto, è il risultato di un'emigrazione bassa e stabile nel tempo (l'indice di emigrazione varia tra 2,7% e 3,4%) e di un'immigrazione consistente (dal 1992 in poi l'indice di immigrazione assume valori superiori a 13%).

I flussi in entrata provengono sia da fuori regione (soprattutto dalla vicina Basilicata, in particolare, come già si è detto in precedenza, dalla provincia di Matera) che da altre province della Puglia (principalmente le limitrofe Foggia e Taranto); fino al 1982 i due flussi sono circa equivalenti, mentre nel 2006 prevale l'immigrazione intraprovinciale. Interessante notare che fino al 2002 si riscontra un numero non trascurabile di donne residenti a Milano o a Roma che effettua l'IVG nella provincia di Bari. Più nel dettaglio le principali provenienze dei flussi in entrata nella provincia di Bari sono:

- 1982: Matera 1,8%, Foggia 1,6%, Taranto 1,4%, Potenza 0,7% Cosenza, Roma e Milano 0,1%;
- 1992: Matera 5,4%, Taranto 4%, Foggia 2,4%, Potenza 0,7%, Milano 0,3%, Cosenza 0,2%, Roma 0,2%;
- 2002: Taranto 3,7%, Matera 3%, Foggia 2,7%, Potenza 1%, Cosenza 0,1%, Milano 0,1%;
- 2006: Taranto 4,9%, Foggia 2,3%, Matera 2,3%, Potenza 0,2%.

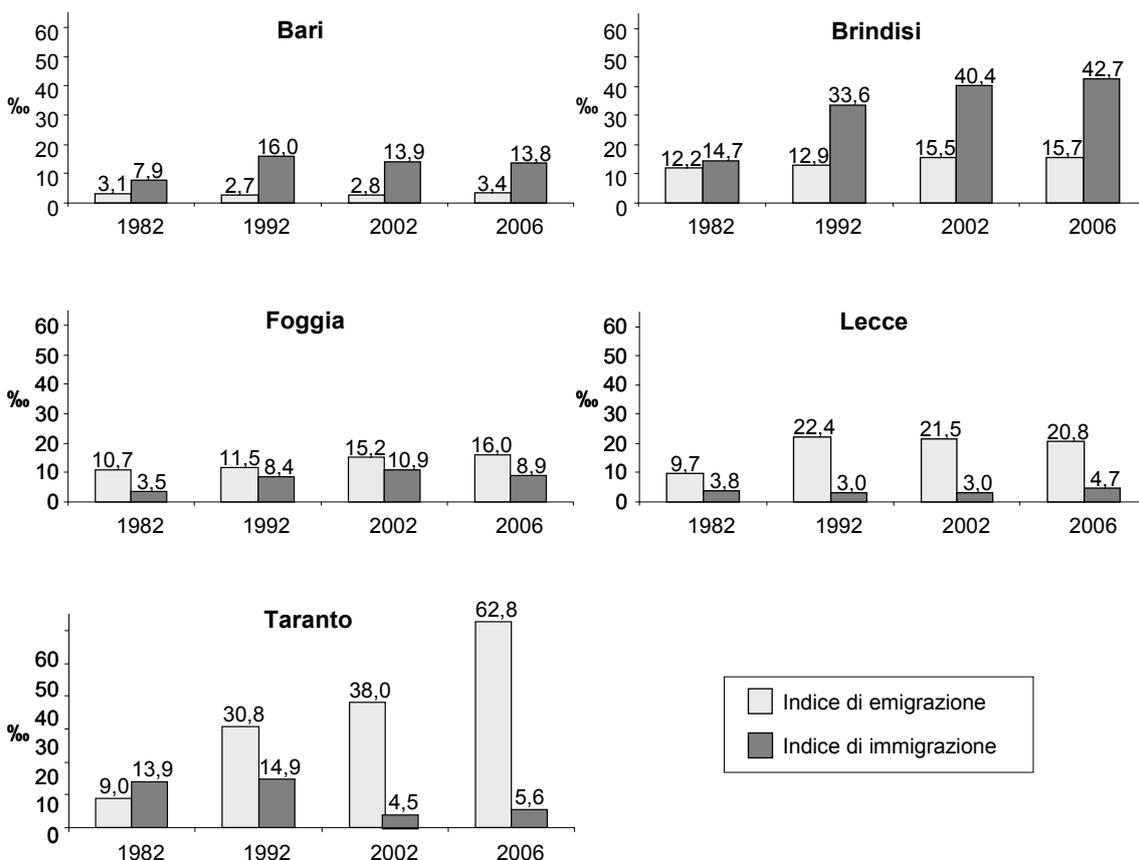


Figura 6. Indici di emigrazione e immigrazione (%). Province della Puglia. Anni 1982-2006

Brindisi è la provincia con mobilità più elevata: l'indice di attrazione, sempre superiore ad uno, è il risultato di una forte emigrazione (l'indice di emigrazione varia tra 12,2% e 15,7% nel periodo considerato) e di una massiccia immigrazione: l'indice di immigrazione, in forte crescita nel periodo in esame, supera il 33% dal 1992 in poi e assume valori decisamente superiori a quelli registrati nelle altre province pugliesi. Osservando più nello specifico l'origine e la destinazione dei flussi si nota che l'emigrazione è prettamente interprovinciale: le donne di Brindisi che si spostano per effettuare un'IVG si dirigono soprattutto a Bari (dal 1992 oltre il 7% delle residenti) e a Lecce, seppur in misura più contenuta. Più nel dettaglio le principali destinazioni dei flussi in uscita dalla provincia di Brindisi sono:

1982: Taranto 4,6%, Bari 3,2%, Lecce 2,1%, Firenze 0,4%;

1992: Bari 7,3%, Taranto 1,4%, Lecce 1,2%;

2002: Bari 9,2%, Lecce 1,7%, Bologna 1,2%;

2006: Bari 8,1%, Lecce 2,6%,

Anche i flussi in entrata provengono principalmente da altre province della Puglia. In tutto il periodo considerato si rivolgono alla provincia di Brindisi soprattutto donne residenti nelle limitrofe province di Taranto e di Lecce: gli interventi effettuati da donne di Taranto assumono un peso sempre più rilevante, passando dal 4,3% degli interventi eseguiti nel 1982 al 21,4% nel 2006; quelli effettuati da donne di Lecce, invece, riguardano solo il 5% degli interventi nel 1982, mentre hanno un peso consistente, seppur in lieve diminuzione, negli anni successivi (da 18,9% nel 1992 a 16,8% nel 2006). Più nel dettaglio le principali provenienze dei flussi in entrata nella provincia di Brindisi sono:

1982: Lecce 5,1%, Taranto 4,3%, Bari 3,2%, Matera 0,6%, Torino ed estero 0,2%;

1992: Lecce 18,9%, Taranto 9,9%, estero 1,6%, Milano 0,5%, Torino 0,3%, Roma 0,3%;

2002: Lecce 17,6%, Taranto 19,6%;

2006: Taranto 21,4%, Lecce 16,8%, Torino 1%.

Foggia, come già detto, si caratterizza come una provincia di emigrazione. L'indice di emigrazione, crescente nel tempo, passa da 10,7% nel 1982 a 16% nel 2006: la principale destinazione è all'interno della Puglia ed è la limitrofa Bari cui si rivolge una percentuale crescente nel tempo di donne residenti a Foggia (3,8% nel 1982, 6,7% nel 2006). Al di fuori dei confini regionali un'importante destinazione per tutto il periodo in esame è la provincia di Campobasso. Non trascurabili anche i flussi verso Bologna e Roma, cui si aggiungono anche Milano e Potenza nel 1982 e nel 1992, e Pescara e Chieti nel 2002 e nel 2006. Più nel dettaglio le principali destinazioni dei flussi in uscita dalla provincia di Foggia sono:

1982: Bari 3,8%, Campobasso 2%, Potenza 1,1%, Milano 0,4%, Bologna, Firenze e Roma 0,3%;

1992: Bari 5,8%, Campobasso 2,3%, Roma 0,5%, Milano, Bologna e Potenza 0,4%;

2002: Bari 7,2%, Bologna 0,9%, Campobasso 0,8%, Roma 0,7%, Pescara 0,5%, Chieti 0,4%;

2006: Bari 6,7%, Campobasso 2%, Pescara 1,2%, Roma 1%, Chieti 0,9%, Bologna 0,6%.

Anche Lecce è una provincia di emigrazione per tutto il ventennio in esame: nel 1982 il 9,7% delle residenti effettua l'IVG in un'altra provincia e tale percentuale aumenta negli anni successivi raggiungendo valori superiori al 20%. Le donne leccesi che effettuano l'IVG al di fuori della provincia di residenza si rivolgono alla provincia di Bari e soprattutto alla limitrofa provincia di Brindisi. È da sottolineare che con il passare degli anni diventa sempre più consistente un flusso migratorio per IVG dalla provincia di Lecce verso località non limitrofe, in particolare verso le province di Milano, Roma e soprattutto Bologna. Poiché l'analisi di alcune caratteristiche socio demografiche per il 2006 ha evidenziato che queste donne sono quasi tutte nubili, con un'elevata presenza di giovani tra 22 e 24 anni, di studentesse e di occupate, è lecito ritenere che si tratti di migrazioni fittizie, ossia di donne che vivono in queste città per motivi di studio o lavoro e che hanno mantenuto la residenza nella provincia

di Lecce. Più nel dettaglio le principali destinazioni dei flussi in uscita dalla provincia di Lecce sono:

1982: Brindisi 4,2%, Bari 1,3%, Milano e Roma 0,4%,

1992: Brindisi 15,1%, Bari 1,8%, Bologna 0,7%, Roma 0,6%, Milano 0,5%,

2002: Brindisi 13,7%, Bari 2,3%, Bologna 0,9%, Milano 0,6%, Roma 0,5%,

2006: Brindisi 12,9%, Bari 1,9%, Bologna 1%, Milano 0,9%, Roma 0,7%,

Taranto, infine, ha un'evoluzione molto particolare. Nel 1982 e nel 1992 effettua una percentuale consistente di interventi su donne non residenti (14% e 15% rispettivamente) provenienti per metà dalla provincia di Matera e per il resto dalle province di Bari e di Brindisi. Dal 1992 in poi, però, i flussi in uscita aumentano rapidamente: le donne residenti a Taranto che emigrano per eseguire un'IVG passano dal 31% al 63% in meno di 15 anni rivolgendosi prevalentemente ai servizi presenti nelle province di Bari e di Brindisi. Più nel dettaglio le principali provenienze dei flussi in entrata nella provincia di Taranto nel 1982 e nel 1992 sono:

1982 Matera 6,9%, Brindisi 2,7%, Bari 1,9%, Cosenza 0,7%, Potenza 0,6%,

1992 Matera 7,7%, Bari 2,7%, Brindisi 1,4%,

Più nel dettaglio le principali destinazioni dei flussi in uscita dalla provincia di Taranto sono:

1982: Bari 3,8%, Brindisi 2,8%, Milano 0,3%, Firenze 0,2%;

1992: Bari 17,3%, Brindisi 10,3%, Bologna 0,6%,

2002: Brindisi 18,8%, Bari 13,7%, Roma 0,9%, Bologna 0,7%,

2006: Brindisi 31,7%, Bari 24,5%, Roma 1,1%.

Bibliografia

1. Boccuzzo G, Buratta V, Frova L (Ed.). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*. ISTAT, Roma 1997. (Argomenti n. 9).
2. Geddes M. *La salute degli Italiani*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1993.

IL NUOVO FLUSSO DI RACCOLTA DATI IN PUGLIA DAL 2007

Paolo Trerotoli, Nicola Bartolomeo, Gabriella Serio
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia. Bari

Sistema informativo

La sorveglianza per le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nella Regione Puglia è stata gestita, fino all'anno 2006, esclusivamente in modo cartaceo, tramite il modello ISTAT D.12.

Tale modello, compilato dalle Unità Operative (UO) di ginecologia, veniva trasmesso dai Presidi di ASL e dalle Aziende Ospedaliere alla Regione, che provvedeva al suo invio all'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'analisi dei dati, la valutazione della qualità dell'informazione e le elaborazioni erano effettuate dall'ISS e dall'ISTAT.

Un tale processo rendeva il ritorno dell'informazione alla periferia un po' impersonale e lento, determinando un ritardo sia nell'utilizzo dei dati di sorveglianza, finalizzati al monitoraggio degli eventi, sia soprattutto nella valutazione dei cambiamenti del fenomeno e quindi nell'adozione di appropriate e tempestive misure di prevenzione.

A partire dal 2007, in Puglia è stato messo in atto un flusso di dati informatizzato, utilizzando il software fornito gratuitamente dall'ISS e distribuito alle UO dei Presidi di ASL e delle Aziende ospedaliere in cui si realizza l'evento; il modello cartaceo D.12, come previsto dalla normativa, viene archiviato presso le direzioni sanitarie. È stato così possibile responsabilizzare maggiormente le UO periferiche sul contenuto e sul trattamento informatico dei dati, ottenendo un maggiore controllo sulla qualità del dato, potendo lo stesso essere rivisto e corretto risalendo alle informazioni della cartella clinica. Tutto ciò dovrebbe consentire di raggiungere un più alto livello di completezza dell'informazione, oltre a una maggiore rapidità nella reportistica e un maggior dettaglio di analisi a livello regionale.

Il flusso informativo (Figura 1) origina con la compilazione del modello D.12 cartaceo a cui segue l'inserimento dei dati nel software o direttamente presso le UO in cui si realizza l'evento o con l'input dei dati presso una UO che gestisce i flussi informativi aziendali (Unità di Statistica e Epidemiologia, Direzione Sanitaria, altro), secondo la procedura preferita dall'azienda sanitaria in base alla propria gestione delle risorse umane.

Il software utilizzato, costantemente aggiornato, consente di produrre reports secondo il tracciato definito dall'ISS e offre alcune *facilities* per il monitoraggio e il controllo dei dati; tra le funzioni c'è anche quella di esportazione in formato testo, secondo il tracciato richiesto dall'ISTAT.

Mensilmente viene prodotto, da ciascuna struttura erogante, il file dei dati che viene trasmesso all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), struttura di supporto tecnico all'Assessorato alla Salute della Regione Puglia. In tale sede viene effettuato il controllo della consistenza del flusso informativo, della qualità dei dati, nonché la produzione di statistiche riassuntive che consentano di valutare i risultati della sorveglianza.

I file di dati di tutte le strutture sanitarie regionali vengono aggregati e trasmessi dalla Regione all'ISS, e all'ISTAT (Figura 1).

Un'ulteriore occasione di miglioramento nella qualità dell'informazione si potrà ottenere quando partirà il Nuovo Sistema Informativo Regionale, che prevede l'integrazione tra i diversi flussi informativi (Figura 2).

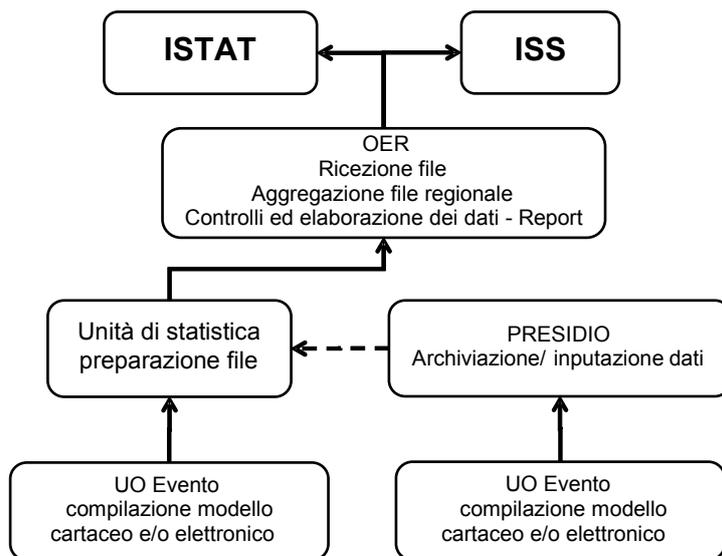
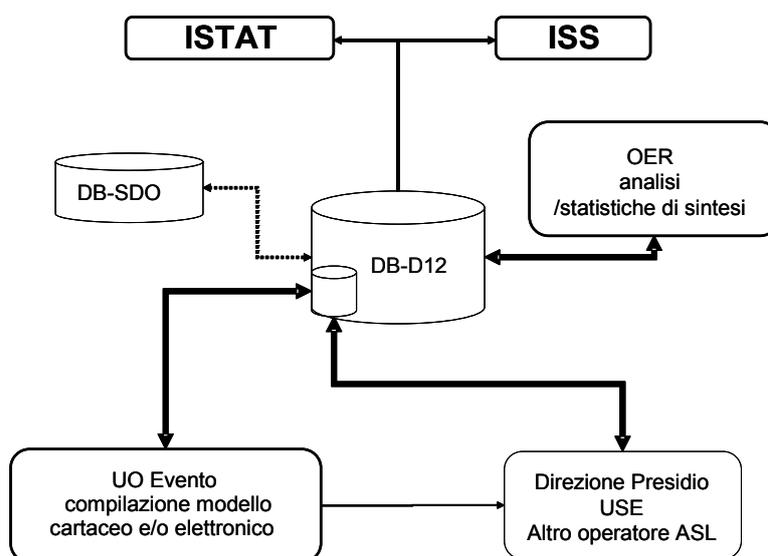


Figura 1. Diagramma del flusso informativo per la sorveglianza delle IVG in Puglia. Anno 2007



Nota: La compilazione dei modelli di sorveglianza sarà a cura dell'azienda in cui si verifica l'evento. Se l'intervento è effettuato in ambiente ospedaliero (pubblico o privato accreditato) il sistema SDO verificherà l'esistenza del corrispondente modello D.12. L'Osservatorio Epidemiologico avrà accesso ai dati anonimi per l'elaborazione dei dati e la generazione di report. L'archivio D.12 verrà trasmesso all'ISS e all'ISTAT secondo quanto stabilito dalle normative vigenti.

Figura 2. Ipotesi di gestione integrata del flusso informativo per la sorveglianza delle IVG con le Schede di Dimissione Ospedaliera

Un esempio efficace di flussi integrabili è proprio dato dalla sorveglianza delle IVG dove l'intervento è svolto prevalentemente in ambiente ospedaliero, in forma di ricovero in regime di day hospital, che prevede la compilazione della SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) alla dimissione della paziente; pertanto ogni SDO per IVG potrà essere associata al modello D.12

che conterrà le informazioni demografiche e familiari della paziente, oltre all'anamnesi ostetrica, alla modalità di ricovero, alla durata della degenza e al tipo di intervento, tutto ciò nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy. L'allineamento SDO-D.12 consentirà di riportare automaticamente nel tracciato del D.12 alcune delle informazioni già contenute nella SDO (data dell'intervento, tipo di intervento, età, cittadinanza, comune di residenza, tipo di ricovero) a cui si aggiungeranno le informazioni dell'anamnesi ostetrica (numero di precedenti aborti, numero di precedenti gravidanze, ecc.) e quelle relative all'accesso al servizio (luogo certificazione, data della certificazione, consenso del genitore per le minorenni, ecc.), proprie del modello D.12. Si potrà così garantire una maggiore completezza del numero di eventi e una migliore qualità di compilazione, derivata dal fatto che la SDO è solitamente più affidabile in quanto è utilizzata per la remunerazione economica delle strutture.

Uno dei vantaggi principali della gestione decentrata del flusso informativo è la possibilità di pianificare e divulgare i risultati di sorveglianza in tempi più brevi, di conoscere le caratteristiche delle donne che ricorrono nella Regione all'intervento di IVG, nonché i cambiamenti del processo assistenziale. Tutto ciò consente di individuare con più precisione e maggiore tempestività le misure di prevenzione da adottare.

Il ritorno dell'informazione in periferia è oggi largamente facilitato da internet: il sito dell'OER contiene una apposita area (<http://www.oerpuglia.org/IVG.asp>) che prevede la pubblicizzazione delle statistiche sintetiche, delle note tecniche per gli operatori, i link agli aggiornamenti dei software di gestione dei dati, gli studi *ad hoc* relativi all'IVG nella regione Puglia.

Risultati

I risultati del primo anno di sorveglianza decentrata hanno consentito di rilevare una diminuzione degli interventi per IVG. Nel 2007 infatti sono stati trasmessi 10453 modelli D.12, 880 in meno rispetto all'anno precedente con un calo del 7,7% di interventi, e una tendenza al progressivo decremento nel corso dell'anno: da oltre 1000 nel gennaio 2007 a poco meno di 900 nel dicembre 2007; tale tendenza è proseguita anche nel primo semestre del 2008, stabilizzandosi successivamente (Figura 3).

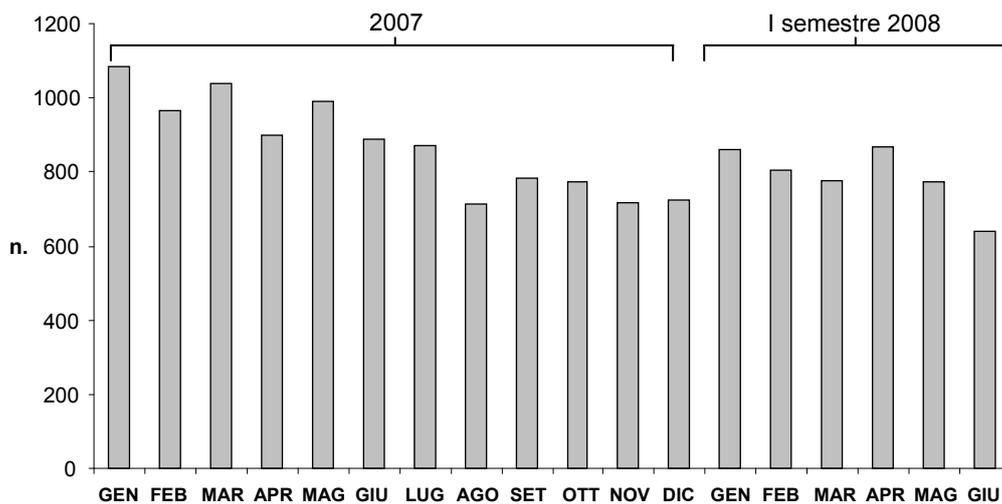


Figura 3. Andamento mensile del numero di IVG effettuate in Puglia da gennaio 2007 a giugno 2008

Il tasso di abortività standardizzato (standardizzazione diretta, popolazione di riferimento Italia, femmine 15-50 anni, anno 2006) nel 2007 è risultato pari all'8,5 per mille donne in età fertile, con una riduzione del 2,7 per mille rispetto a quello del 2006 pari all'11,2 (1). In alcune aree della regione (Figura 4), in particolare nel sud della provincia di Foggia e nei comuni della provincia Barletta-Andria-Trani (BAT), si osservano tassi più elevati, oltre 9,50 per mille.

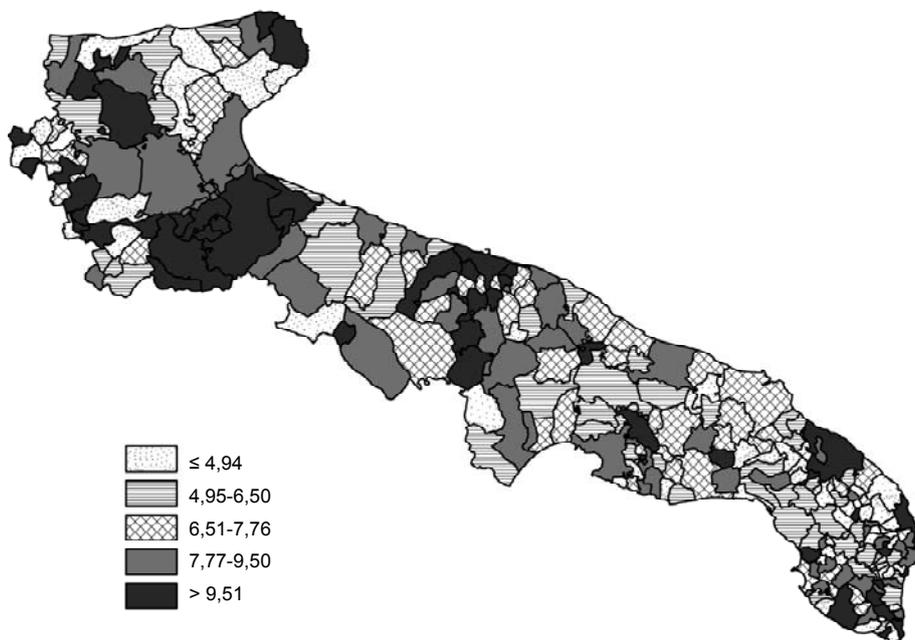


Figura 4. Tasso standardizzato di abortività. Regione Puglia, anno 2007

La maggior parte degli interventi sono effettuati in donne nella classe di età 30-34 anni, minore è risultata la frequenza di interventi nelle giovanissime (<20 anni) e per le ultraquarantenni (Figura 5).

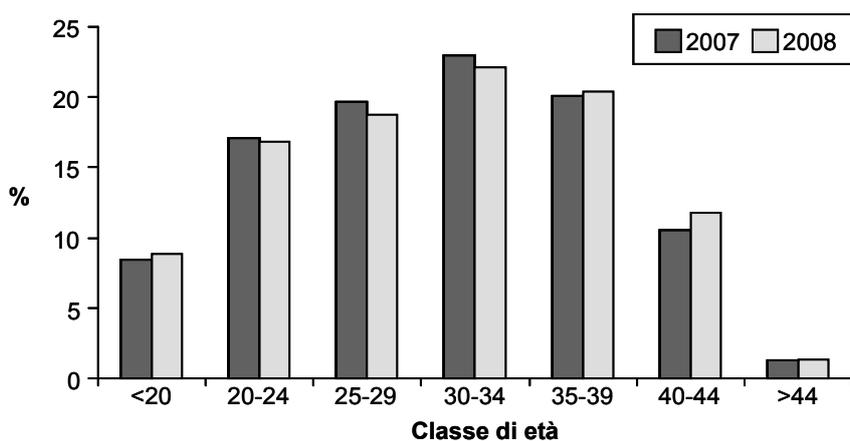


Figura 5. Distribuzione degli eventi IVG per classe di età. Regione Puglia, anno 2007 e primo semestre 2008

La distribuzione per nazionalità evidenzia che la maggior parte delle donne hanno cittadinanza italiana (90,15%) con una piccola quota di cittadine extracomunitarie, provenienti prevalentemente dall'Europa dell'est non appartenenti alla Comunità Europea (5,87%) e dai Paesi dell'Africa (1,21%).

Il 52,8% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nel 2007 sono coniugate, il 41,3% nubili (Figura 6).

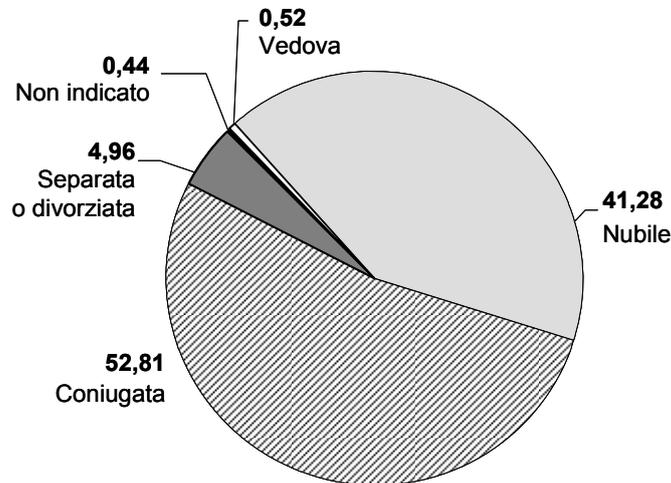


Figura 6. Distribuzione delle donne che hanno effettuato un'IVG per Stato Civile. Regione Puglia, anno 2007

Il livello di scolarità è medio: il 49,1% ha un diploma di Scuola media inferiore, il 33% il Diploma di Scuola media superiore, il 7,4% delle donne ha una laurea e l'8,3% ha solo la Licenza elementare (Figura 7).

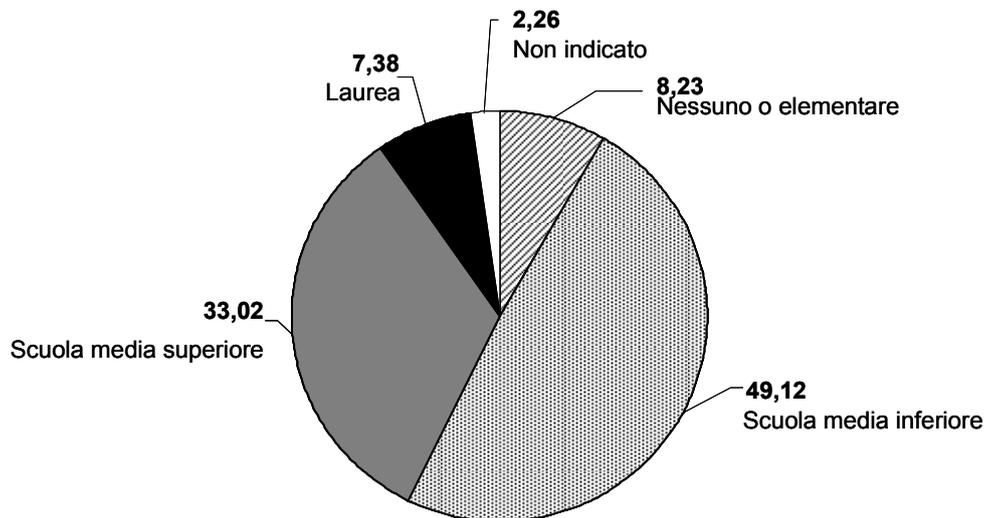


Figura 7. Distribuzione delle donne che hanno effettuato un'IVG per titolo di studio. Regione Puglia, anno 2007

La condizione professionale rilevabile con maggior frequenza è “Casalinga” nel 42,2% dei casi, mentre le occupate sono il 31,3% (Figura 8).

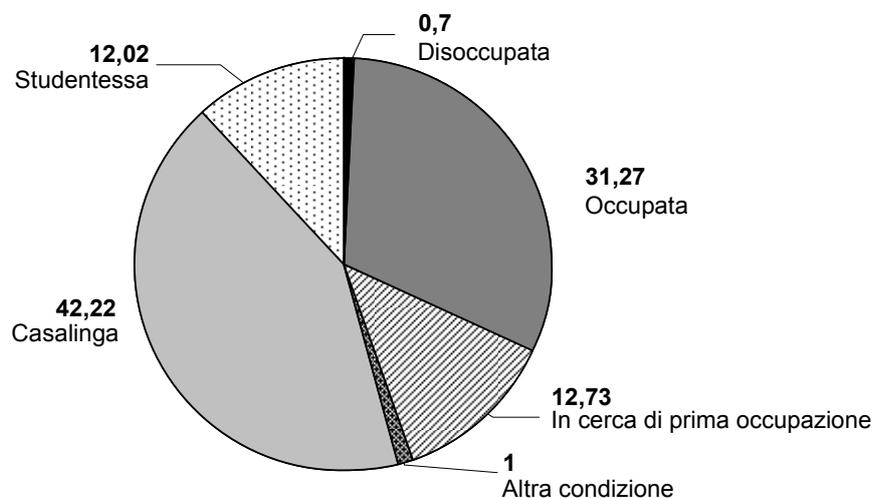


Figura 8. Distribuzione delle donne che hanno effettuato un'IVG per condizione professionale. Regione Puglia, anno 2007

Gli interventi effettuati entro l'ottava settimana di gestazione sono stati il 63,8%, il 26,3% tra la 9^a e la 10^a settimana, il 7% tra la 11^a e la 12^a settimana, e la quota residua riguarda interventi oltre la 13^a settimana. Il 62% di IVG è effettuato in donne che hanno già avuto figli (Tabella 1), il 32,9% ne ha due, il 18,4% ha un figlio, mentre il 34,9% non ha alcun figlio. Il 98,3% delle donne non ha storia pregressa di nati morti (Tabella 1) e l'88,9% dei casi non riferisce storia di abortività spontanea, anche se si deve tenere nella giusta considerazione il 9,5% di donne con 1 o più eventi di abortività spontanea. Il ricorso ripetuto all'IVG (Tabella 1) non è un evento frequente: il 21,5% delle donne ha avuto almeno un precedente intervento di IVG e il 13,5% due o più. Il 63,8% non ha riferito di precedenti interventi per IVG.

Tabella 1. Distribuzione delle donne che hanno effettuato un IVG in relazione alle principali informazioni dell'anamnesi ostetrico-ginecologica. Regione Puglia, anno 2007

Numero IVG precedenti	Nati vivi		Nati morti		Aborti spontanei		Precedenti IVG	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno	3649	34,91	10278	98,33	9302	88,99	6666	63,77
Uno	1922	18,39	26	0,25	768	7,35	2245	21,48
Due	3435	32,86	5	0,05	183	1,75	881	8,43
Tre	1147	10,97			57	0,35	332	3,18
>4	258	2,47			22	0,21	207	1,98
Non Indicato	42	0,4	144	1,38	141	1,35	122	1,17

I consultori familiari sono omogeneamente distribuiti sul territorio regionale, e questo dovrebbe consentire una buona accessibilità per l'utenza, ma la quota di donne che si rivolge a tale servizio per avviare l'iter consultativo che porterà alla certificazione è piuttosto bassa: solo il 12,41% nel 2007 contro il 51,35% che ottiene la certificazione dal medico di fiducia e il 34% dai medici del servizio di ginecologia e ostetricia, probabilmente lo stesso che effettuerà l'intervento.

La scelta di recarsi presso il medico di fiducia sembra non essere correlata alla cittadinanza, solo le donne provenienti dai Paesi africani preferiscono il servizio ostetrico ginecologico (Figura 9).

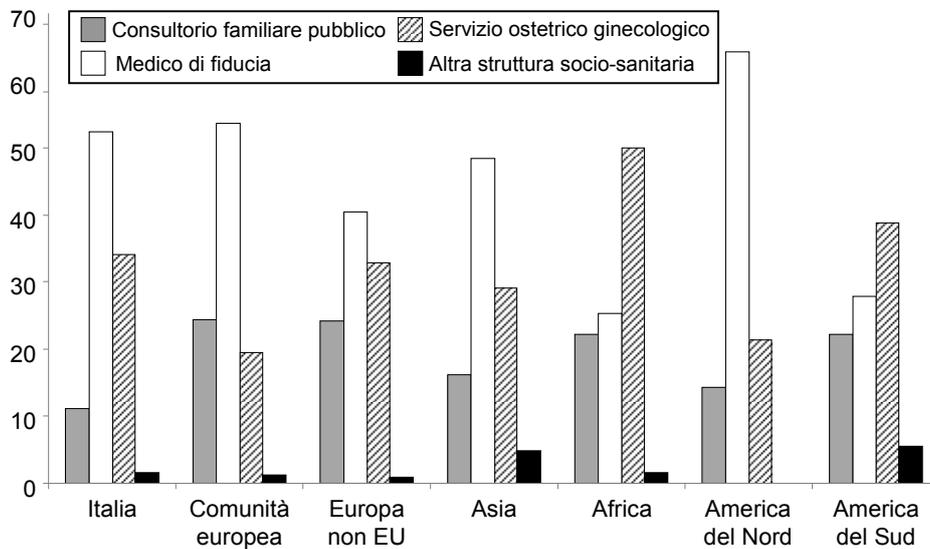


Figura 9. Distribuzione (%) della struttura che rilascia la certificazione per cittadinanza della donna. Regione Puglia, anno 2007

Il luogo in cui si effettua l'intervento è nel 47,8% dei casi una casa di cura privata e nel 50,7% sono istituti di ricovero pubblici. Si deve evidenziare, inoltre, che le donne con certificazione rilasciata dal consultorio generalmente preferiscono le strutture pubbliche, mentre quelle che si rivolgono al medico di fiducia o al servizio ginecologico più frequentemente scelgono di effettuare l'intervento presso strutture private (Figura 10).

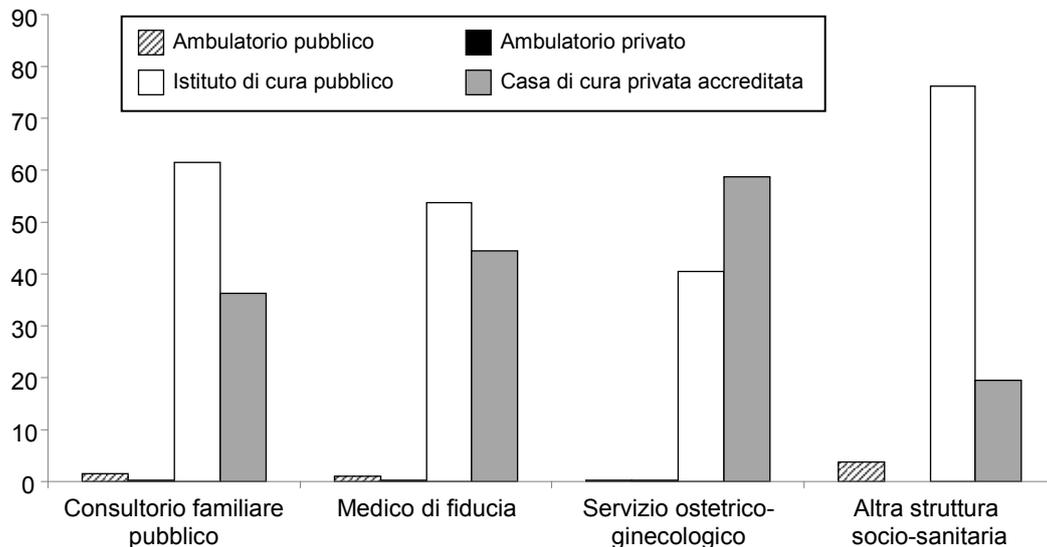


Figura 10. Distribuzione (%) del luogo di intervento in relazione al servizio che ha rilasciato la certificazione. Regione Puglia, anno 2007

Questo dato deve far riflettere sulla disponibilità dei servizi sul territorio, dato che gli istituti privati che effettuano IVG nella regione Puglia sono 5 (due nella provincia di Bari, 1 ciascuno per le province di Foggia, Brindisi, Taranto, nessuno nelle province BAT e Lecce), mentre le strutture pubbliche sono più numerose e omogeneamente diffuse sull'intero territorio pugliese.

L'intervallo di tempo tra la certificazione e l'intervento è nel 49,6% dei casi tra 8 e 14 giorni, molto meno frequentemente si superano i 15 giorni di attesa (19,5%). Tale andamento cambia quando si voglia esplorare la differenza di attesa dell'intervento in relazione al rilascio della certificazione: si può osservare che se la certificazione è rilasciata da un servizio di ginecologia la maggior parte degli interventi si effettua entro una settimana (Figura 11).

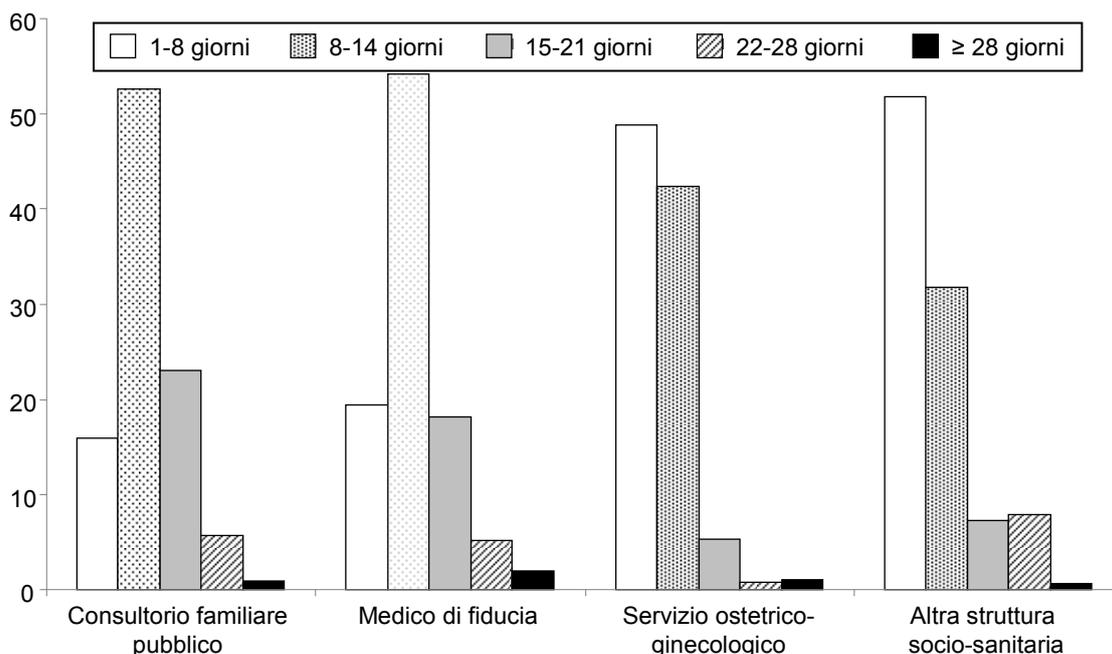


Figura 11. Distribuzione (%) degli interventi per IVG per intervallo di tempo tra la certificazione e l'intervento, in relazione al luogo in cui è stata effettuata la certificazione. Regione Puglia, anno 2007

Per quanto riguarda i metodi adottati il 70,39% degli interventi si effettua tramite il metodo di Karman, mentre il 20,4% con altre forme di isterosuzione (Figura 12). Ancora raro l'utilizzo di metodi farmacologici, aggregato nella dicitura "Altro", che rappresenta solo lo 0,97% dei casi.

La riduzione di IVG che si è osservata nel 2007, e che potrebbe essere confermata nel 2008 con un ulteriore calo, può essere addebitata oltre che allo svolgimento di campagne di prevenzione da parte dei consultori delle ASL, anche ad una minore accessibilità al servizio. Infatti risulta molto alta la quota di medici obiettori: nel 2007 sono stati l'80% dei medici (321 obiettori su 402 dirigenti medici delle UO di ginecologia), il 63% degli anestesisti (224/353) e 76% di personale non medico (787/1036 in parte tra infermieri e ostetrici). Infine è anche possibile che ciò sia dovuto al cambio del sistema di raccolta dati. Per comprendere meglio il fenomeno sono necessarie delle indagini più approfondite.

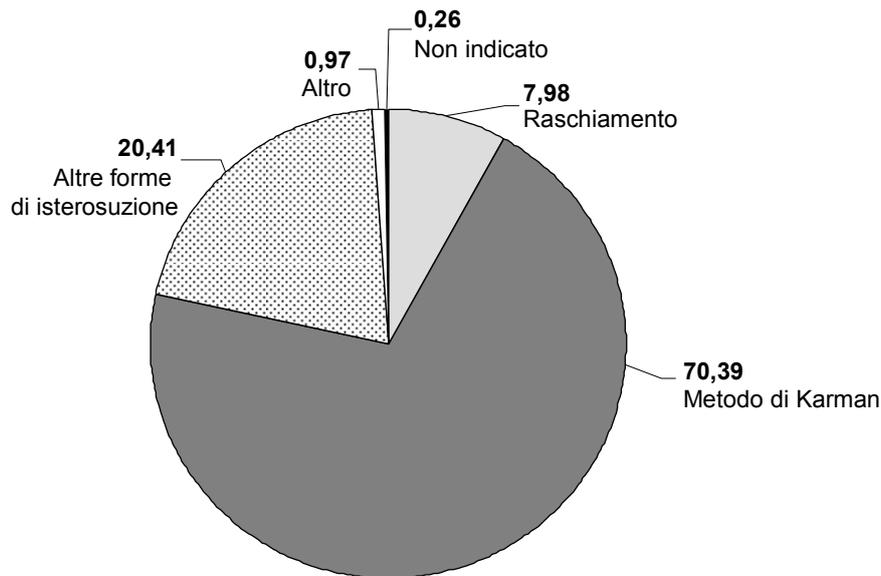


Figura 12. Distribuzione degli interventi di IVG per tipologia. Regione Puglia, anno 2007

Conclusioni

La regione Puglia ha visto diminuire nel tempo il numero di interventi e il tasso di IVG. L'analisi effettuata in questo studio conferma questo trend comune all'andamento nazionale. Il tasso di abortività in Puglia resta comunque sopra la media nazionale, anche quando si considera il fenomeno di immigrazione (la quota di aborti legata alle donne immigrate, infatti, è piuttosto bassa). Ciò potrebbe trovare spiegazione considerando che la Puglia è una zona di accesso dell'immigrazione di massa, anche clandestina, ma di passaggio.

La donna che ricorre a questa procedura è soprattutto giovane, senza figli, oppure istruita con uno o più figli; in entrambi i casi sarebbe opportuno approfondire il contesto sociale. Il fatto che sia poco frequente il ricorso ripetuto alla procedura, sostiene l'ipotesi che l'IVG rappresenti più spesso una scelta ponderata come conseguenza di situazioni particolari.

La disponibilità dei servizi per intervento di IVG in Puglia sembra ridursi nel tempo: da una parte si osserva un costante aumento di personale obiettore (anche se è solo l'1% in più rispetto al 2006), dall'altra una lieve riduzione di strutture disponibili dovuta al riassetto dei reparti di ginecologia sul territorio. Resta invece alta l'attività privata, che già nel 2006 era intorno al 50%, configurando una situazione particolare rispetto al resto d'Italia, in cui il ruolo dell'attività privata è di gran lunga inferiore: nel 2006 solo l'8,9% (1)

Il nuovo protocollo di funzionamento regionale dei consultori familiari (2) rappresenta una risorsa importante per la prevenzione dell'IVG. Uno dei principali punti di forza del protocollo è il principio dell'offerta attiva e dell'empowerment delle donne. Il metodo proposto per il funzionamento dei consultori dovrebbe portare a una riduzione della domanda di interventi, individuando le aree su cui concentrare l'attenzione e fissando degli obiettivi specifici, in particolare riguardo la contraccezione nelle adolescenti e nel post-partum. Nello stesso protocollo è inoltre prevista la riorganizzazione strutturale dei consultori stessi:

- definizione del personale specialistico (ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sanitari ecc.);
- riduzione del personale obiettore mediante riallocazione;
- riduzione del ricorso al privato accreditato mediante definizione di percorsi specifici per l'intervento di IVG presso strutture pubbliche della ASL.

Il buon funzionamento del sistema di sorveglianza diventa quindi vitale per il monitoraggio e la rimodulazione dei piani adottati per la prevenzione dell'IVG e la tutela della salute materno infantile con particolare riguardo alla maternità consapevole.

Bibliografia

1. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione delle Legge contenente norme per la tutela sociale della Maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza - Dati preliminari 2007, dati definitivi 2006; Ministero della Salute, Roma 21/0472008).
2. Puglia. Linee di indirizzo regionali per l'avvio del Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese, Regione Puglia Assessorato alla salute e ai servizi sociali. *BUR Puglia* n. 49 del 01/04/2009.

APPENDICE A
Nota metodologica: definizioni
e metodologie d'analisi

A1. INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (IVG) O ABORTO INDOTTO

“Oggi in Italia qualsiasi donna può richiedere l’Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari. Dal 1978 questo intervento è regolato dalla legge 194, “Norme per la tutela della maternità e sull’interruzione volontaria di gravidanza”, che sancisce le modalità del ricorso all’aborto volontario. L’intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle Regioni.

L’Ivg può essere praticata dopo i primi 90 giorni quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure quando siano state accertate gravi anomalie del feto che potrebbero danneggiare la salute psicofisica della donna. In entrambi i casi, lo stato patologico deve essere accertato e documentato da un medico del servizio ostetrico e ginecologico che pratica l’intervento, che può avvalersi della collaborazione di specialisti.

La richiesta di Ivg è effettuata personalmente dalla donna. Nel caso delle minorenni, è necessario l’assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela. Tuttavia se, entro i primi 90 giorni, chi esercita la potestà o la tutela è difficilmente consultabile o si rifiuta di dare l’assenso, è possibile ricorrere al giudice tutelare. Nel caso in cui la donna sia stata interdetta per infermità di mente, la richiesta di intervento deve essere fatta anche dal suo tutore o dal marito, che non sia legalmente separato.

La legge indica chiaramente che l’interruzione volontaria della gravidanza non è un mezzo per il controllo delle nascite. Pertanto, il medico che esegue l’intervento è tenuto a fornire alla donna tutte le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, oltre che sui procedimenti abortivi. Inoltre, la Regioni promuovono a loro volta l’aggiornamento del personale sanitario sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sull’uso delle tecniche più moderne e meno rischiose per l’interruzione della gravidanza. Parallelamente, vengono promossi corsi e incontri di approfondimento sulle tematiche dell’educazione sessuale, della contraccezione, della gravidanza, rivolti anche al pubblico.” (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/ivg/ivg.asp>)

A2. Fonti dei dati utilizzati e analisi della qualità

A2.1. Dati relativi alle IVG

I dati relativi al numero di IVG notificate presentati in questo rapporto provengono dal Sistema di Sorveglianza dell’Istituto Superiore di Sanità. Tali dati hanno fornito, inoltre, i numeratori per il calcolo dei tassi specifici grezzi e standardizzati utilizzati per descrivere la riduzione dell’abortività in Puglia dagli anni ’80 ad oggi secondo alcune caratteristiche delle donne.

- Le analisi sono state precedute da una verifica della qualità dei dati utilizzati. In particolare, per evitare sottostime dei numeratori, si è dovuto intervenire nei casi di dati mancanti. Si è verificato, infatti, che per la Campania nel 2002 e per le regioni Campania, Friuli-Venezia Giulia e Sicilia nel 2006 non sono disponibili tutti i dati analitici (circa 3000 casi in Campania, 4000 in Sicilia e 200 in Friuli Venezia Giulia).

Per tutte e tre le regioni dal numero di IVG non rilevate è stata stimata la quota effettuata da donne residenti e non residenti, italiane e non. Con i valori così ottenuti è stato corretto il corrispettivo valore delle IVG effettuate complessivamente in Italia.

Per la Campania, che è una delle regioni prese come termine di confronto con la Puglia nel presente lavoro, il totale di IVG stimato è stato ridistribuito tra le modalità di ogni caratteristica analizzata. La redistribuzione si è basata sulle distribuzioni percentuali osservate nell’anno di riferimento nella regione: si è assunto infatti che il mancato invio delle schede non sia correlato alle distribuzioni delle IVG secondo le caratteristiche analizzate.

- Le analisi riguardanti l'evoluzione differenziale dell'aborto volontario secondo alcune caratteristiche socio demografiche della donna e secondo la sua storia riproduttiva sono state condotte considerando le IVG effettuate da donne italiane residenti in età feconda. Analogamente sono state considerate solo le IVG eseguite da donne italiane in età feconda nello studio delle migrazioni. Tuttavia, data l'entità trascurabile di IVG effettuate da donne straniere nel 1982 e nel 1992 queste sono state materialmente escluse dal collettivo di analisi solo nel 2002 e nel 2006. In effetti, nel 1982 le IVG effettuate da donne nate all'estero^g e residenti in Puglia sono state 277, ossia l'1% delle IVG effettuate dal totale delle residenti. Ancora nel 1992 le donne nate all'estero e residenti in Puglia sono 572 su 19.098, ossia il 2,99% del totale delle residenti. Inoltre, nel Rapporto annuale dell'Istituto Superiore di Sanità del 1992^h viene per la prima volta evidenziato l'aumento di donne straniere, in prevalenza extracomunitarie, che ricorrono all'IVG in Italia. Dai dati ISTAT disponibili (Statistiche sanitarie) nel 1980 sono risultate 461 IVG effettuate da donne residenti all'estero, 516 nel 1987, 661 nel 1989, 993 nel 1991 e 1207 nel 1992: il fenomeno è chiaramente in crescita, come sarà confermato negli anni successivi, ma non è ancora rilevante. Nel 2002 e nel 2006, invece, sono state effettivamente considerate solo le IVG di donne con cittadinanza italiana. Ossia sono state esclusi dal collettivo di analisi gli aborti effettuati da donne con cittadinanza straniera e da donne per cui non è stata rilevata la cittadinanza – codice 999 – supponendo che queste siano più probabilmente straniere.

A2.2. Dati relativi alla popolazione residente

La popolazione residente utilizzata a denominatore per costruire i tassi specifici per caratteristiche socio demografiche della donna è stata ricavata da diverse fonti: Censimenti della popolazione, rilevazioni di fonte Anagrafica, rilevazione dei Permessi di Soggiorno, rilevazione delle Forze di Lavoro. Di seguito sono indicate più nel dettaglio le fonti utilizzate per i diversi tassi.

Tassi specifici per età

- 1981 e 1991** – La distribuzione della popolazione femminile per età e per regione (o provincia) di residenza è stata ricavata dai dati del *Censimento della Popolazione e delle Abitazioni* del 1981 e del 1991ⁱ.
- 2001** – La distribuzione della popolazione femminile italiana per età e per regione (provincia) di residenza è stata ricavata dai dati del *Censimento della Popolazione e delle Abitazioni* del 2001, scaricabili dal sito dell'ISTAT DaWinci (<http://dawinci.istat.it/>): le straniere residenti sono state eliminate dal collettivo di analisi, tramite opportuna interrogazione del sito stesso.
- 2006** – Dalla Rilevazione sulla *Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile*, che l'ISTAT conduce presso le Anagrafi dei comuni italiani di cui sono disponibili i dati al 1° gennaio 2006 e 2007, è stata ricavata la popolazione femminile media del 2006 per classi d'età e regione (provincia) di residenza. Per ottenere solo le italiane residenti, da questa popolazione è stata eliminata la popolazione media del 2006 delle straniere residenti (Rilevazione sulla *Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita*, sempre condotta dall'ISTAT presso le Anagrafi dei comuni italiani). I dati suddetti sono scaricabili dal sito Demografia in cifre (<http://demo.istat.it/>).

^g Si noti, come già sottolineato nel par 4.1, che l'informazione sulla cittadinanza è stata introdotta nel modello di rilevazione (mod. D12) nel 1995.

^h Spinelli A, Grandolfo ME, Pediconi M, Donati S, Meda E, Andreozzi A (1995), *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia 1991-1992*, Rapporto ISTISAN 95/22 Roma

ⁱ ISTAT, XII Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni, 25 ottobre 1981. Vol. II. Dati sulle caratteristiche strutturali della popolazione e delle abitazioni, Roma, ISTAT, 1984. ISTAT, XIII Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991, Roma, ISTAT, 1994. Per entrambi i censimenti i dati sono stati ricavati dal Volume riepilogativo, dai Fascicoli regionali e dai Fascicoli provinciali.

Tassi specifici grezzi e standardizzati per stato civile

1981 e 1991 – Dai *Censimenti della Popolazione e delle Abitazioni* del 1981 e del 1991 è stata ricavata la popolazione femminile residente per regione (o provincia) di residenza, stato civile ed età (la classificazione per età è necessaria per ricavare solo le donne in età riproduttiva e per calcolare i tassi standardizzati).

Nel 1991 i dati provinciali per stato civile ed età sono disponibili in classi d'età di diversa ampiezza: decennali le prime tre (15-24, 25-34, 35-44), ventennale l'ultima (45-64), che quindi comprende donne al di fuori dell'intervallo considerato in questo lavoro. Le donne di 45-49 anni sono state ridistribuite secondo la distribuzione per stato civile osservata per la classe 45-64. È stata effettuata un'operazione di riproporzionamento analoga per ottenere la distribuzione per stato civile per classi quinquennali anziché decennali.

2001 - Dai dati del *Censimento della Popolazione e delle Abitazioni* del 2001, (<http://dawinci.istat.it/>), è stata estratta la popolazione femminile residente per regione (o provincia) di residenza di 15-49 anni per stato civile ed età in classi quinquennali e a questa è stata sottratta la popolazione straniera residente con le stesse caratteristiche. All'interno della modalità "coniugata" è indicato l'ammontare delle donne separate di fatto: non si è tenuto conto di questa ulteriore specifica.

2006 – Dalla Rilevazione sulla *Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile* già citata (<http://demo.istat.it/>), è stata ricavata la popolazione media di 15-49 anni del 2006 per stato civile. Nell'indagine lo stato civile è disponibile con le seguenti modalità: nubile, coniugata (incluse le separate), divorziata, vedova: non è presente la condizione di separata, poiché nella rilevazione anagrafica la condizione di separato non comporta l'uscita dallo stato di coniugato (questa avviene, infatti, solo con il divorzio).

Poiché non esistono dati anagrafici relativi agli stranieri residenti per età e stato civile, è stato necessario stimare la distribuzione delle sole donne italiane secondo queste caratteristiche. A livello preliminare si è assunto che la distribuzione per età e stato civile delle straniere nel 2006 fosse la stessa delle italiane: la stima è stata quindi effettuata applicando alla distribuzione per età delle donne straniere (disponibile dalla Rilevazione sulla *Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita* sopra citata) la stessa distribuzione di tutte le donne residenti per età e stato civile. Sono stati poi testati anche altri due criteri di stima:

- Si è ipotizzato che la struttura per età e stato civile delle donne straniere residenti del 2006 fosse rimasta invariata rispetto al 2001, anno in cui è disponibile grazie ai dati censuari;
- Si è ipotizzato che la struttura per età e stato civile delle donne straniere residenti del 2006 fosse la stessa delle donne straniere presenti dello stesso anno, per le quali queste informazioni sono ricavabili dai Permessi di Soggiorno.

Questi due tentativi di stima danno risultati molto simili al primo criterio adottato: si è scelto quindi di utilizzare la prima strategia.

Tassi specifici grezzi e standardizzati per titolo di studio

1981 e 1991 – Dai *Censimenti della Popolazione e delle Abitazioni* del 1981 e del 1991 è stata ricavata la popolazione femminile residente per regione (o provincia) di residenza, titolo di studio ed età (la classificazione per età è necessaria per selezionare solo le donne in età riproduttiva e per calcolare i tassi standardizzati).

Nel 1981 i dati per titolo di studio ed età sono disponibili in classi d'età di diversa ampiezza: quinquennali le prime due (15-19, 20-24), ventennale la terza (25-44), decennale l'ultima (45-54) che quindi comprende donne al di fuori dell'intervallo considerato in questo lavoro. Le donne di 45-49 anni sono state ridistribuite secondo la distribuzione per titolo di studio osservata per la classe 45-54. È stata effettuata un'operazione di riproporzionamento analoga per ottenere la distribuzione per stato civile per classi quinquennali anziché ventennale delle donne in età 25-44 anni.

2001 – Come per lo stato civile dai dati del *Censimento della Popolazione e delle Abitazioni* del 2001 è stata estratta la popolazione femminile residente per regione (o provincia) di residenza di 15-49 anni per grado di istruzione ed età in classi quinquennali e a questa è stata sottratta la popolazione straniera residente con le stesse caratteristiche.

2006 – La popolazione femminile relativa al 2006 di età 15-49 e di cittadinanza italiana per regione di residenza e titolo di studio è stata ricavata dalla *Rilevazione delle Forze di Lavoro* condotta dall'ISTAT. Il titolo di studio classificato in 5 modalità: “nessun titolo e licenza elementare”, “licenza media”, “diploma di 2-3 anni”, “diploma 4-5 anni” e “laurea breve, laurea, dottorato”, pone problemi di rappresentatività delle stime. La variabile titolo di studio è stata quindi accorpata in tre categorie: “basso” (che comprende nessun titolo, licenza elementare e licenza media), “medio” (diploma 2-3 anni e diploma 4-5 anni) e “alto” (laurea breve, laurea, dottorato).

Tassi specifici grezzi e standardizzati per condizione occupazionale

1981 e 1991 – Dai *Censimenti della Popolazione e delle Abitazioni* del 1981 e del 1991 è stata ricavata la popolazione femminile residente per regione (o provincia) di residenza, condizione professionale ed età (la classificazione per età è necessaria per selezionare solo le donne in età riproduttiva e per calcolare i tassi standardizzati).

Nei dati per condizione occupazionale ed età del 1991 la prima classe di età è 14-19 anni che quindi comprende donne al di fuori dell'intervallo considerato in questo lavoro. Le donne di 15-19 anni sono state ridistribuite secondo la distribuzione per occupazione osservata per la classe 14-19.

2001 - Come per lo stato civile e il titolo di studio, dai dati del *Censimento della Popolazione e delle Abitazioni* del 2001 è stata estratta la popolazione femminile residente per regione (o provincia) di residenza di 15-49 anni per condizione professionale ed età in classi quinquennali e a questa è stata sottratta la popolazione straniera residente con le stesse caratteristiche. Perché le informazioni necessarie fossero disponibili anche per le straniere è stata utilizzata la seguente classificazione: forze lavoro (occupate, in cerca di prima occupazione, disoccupate, altre persone in cerca di lavoro:), non forze lavoro (casalinghe, studentesse, ritirate dal lavoro, in altra condizione) che ha consentito di disporre di una classificazione omogenea agli anni precedenti: in condizione professionale (che include le donne occupate, disoccupate e altre persone in cerca di lavoro), in cerca di prima occupazione, casalinghe, studentesse e in altra condizione (che include anche le ritirate dal lavoro).

2006 – La distribuzione della popolazione italiana femminile residente per condizione professionale ed età è disponibile per il 2006 nella *Rilevazione delle Forze di Lavoro*. I dati disponibili, però, non hanno consentito di costruire i tassi per categorie professionali confrontabili con quelle degli anni precedenti: all'interno della professione, infatti, non è stato possibile isolare le categorie delle casalinghe e delle studentesse (che sono incluse nella voce "Inattiva").

A3. Indicatori utilizzati

Tasso grezzo di abortività (generico)

È il rapporto fra gli aborti effettuati da donne in età feconda (15-49 anni) e la popolazione media^j femminile dell'anno in età feconda, moltiplicato per 1.000. Il tasso grezzo esprime il numero medio di eventi che si verificano in una popolazione di 1.000 donne in età 15-49 anni, che sono mediamente esposte al rischio di subire l'evento in un dato intervallo di tempo.

^j Nel presente lavoro i tassi generici e specifici del 1982, 1992 e 2002 sono stati calcolati utilizzando a denominatore non la popolazione femminile media dello stesso anno, ma la popolazione risultante dai Censimenti rispettivamente del 1981, 1991, 2001. Per i tassi del 2006, invece, è stata usata a denominatore la popolazione femminile media dello stesso anno.

Tasso specifico per età di abortività

È il rapporto fra gli aborti effettuati da donne di una classe di età e la popolazione media femminile dell'anno di quella stessa classe d'età, moltiplicato per 1.000. Analogamente si calcolano il *tasso specifico di abortività per stato civile, per titolo di studio e per condizione professionale*.

Tasso standardizzato di abortività (generico)

L'utilizzo del tasso standardizzato è giustificato dal fatto che il tasso grezzo dipende dalla struttura per età della popolazione, e pertanto non permette di effettuare correttamente dei confronti territoriali e temporali. La standardizzazione, basata sul metodo della popolazione tipo, consiste nel riportare i tassi alla situazione ideale in cui tutta la popolazione ha la stessa struttura per età di una popolazione prescelta, che in questo caso è quella femminile di cittadinanza italiana tra i 15 e i 49 anni residente in Italia nel 2001, ottenuta dai dati censuari. Il tasso standardizzato è la media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi dati dal rapporto fra popolazione "tipo" femminile nella classe d'età e popolazione "tipo" femminile in età feconda.

Tasso specifico per stato civile standardizzato

I tassi specifici di abortività per stato civile dipendono dalla struttura per età della popolazione delle donne secondo lo stato civile. I tassi specifici sono stati quindi standardizzati con il metodo della popolazione tipo che in questo caso è la popolazione femminile di cittadinanza italiana di 15-49 anni in classi d'età quinquennali residente in Italia al Censimento del 2001 per stato civile. Per esempio, il tasso standardizzato delle nubili è la media ponderata dei tassi specifici per età delle nubili, con pesi dati dal rapporto fra popolazione "tipo" femminile nubile nella classe d'età e popolazione "tipo" femminile nubile in età feconda. Analogamente si calcolano il *tasso specifico standardizzato per titolo di studio e per condizione professionale*.

APPENDICE B
Tavole statistiche

Tavola 1. IVG per Paese di nascita – Italia 1980-2006

Anno	Paese di nascita						Totale
	Italia		Estero		Non rilevato		
	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
1980	191.339	97,9	4.108	2,1	6.903	3,4	202.350
1981	202.913	97,1	5.991	2,9	4.994	2,3	213.898
1982	215.502	97,2	6.117	2,8	5.267	2,3	226.886
1983	215.284	97,1	6.451	2,9	5.687	2,5	227.422
1984	214.346	97,1	6.514	2,9	4.274	1,9	225.134
1985	192.785	96,7	6.521	3,3	2.697	1,3	202.003
1986	177.905	96,7	6.050	3,3	2.484	1,3	186.439
1987	169.035	96,4	6.265	3,6	1.437	0,8	176.737
1988	164.109	96,0	6.865	4,0	1.686	1,0	172.660
1989	155.256	95,6	7.213	4,4	1.523	0,9	163.992
1990	151.289	95,9	6.539	4,1	639	0,4	158.467
1991	142.949	93,1	10.665	6,9	736	0,5	154.350
1992	135.034	92,3	11.216	7,7	879	0,6	147.129
1993	138.051	98,4	2.266	1,6	1.101	0,8	141.418
1994	120.058	91,2	11.562	8,8	1.423	1,1	133.043
1995	113.544	90,2	12.318	9,8	2.291	1,8	128.153
1996	116.030	88,7	14.723	11,3	2.971	2,2	133.724
1997	116.177	88,1	15.678	11,9	3.252	2,4	135.107
1998	114.047	86,9	17.119	13,1	2.576	1,9	133.742
1999	109.524	84,5	20.130	15,5	1.002	0,8	130.656
2000	102.791	82,5	21.872	17,5	1.378	1,1	126.041
2001	97.094	79,4	25.134	20,6	617	0,5	122.845
2002	92.067	77,0	27.485	23,0	808	0,7	120.360
2003	83.113	73,4	30.149	26,6	640	0,6	113.902
2004	93.501	72,2	35.963	27,8	1	0,0	129.465
2005	84.295	70,2	35.776	29,8	310	0,3	120.381
2006	80.590	68,9	36.450	31,1	610	0,5	117.650

*calcolata sulla somma delle prime due colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 2. Tassi standardizzati di abortività per 100 donne residenti in età feconda, per area di residenza, 1980-2006

Residenza	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	
Regione																												
Piemonte	21,6	21,6	18,4	18,3	19,3	16,6	15,3	14,5	13,6	12,8	12,4	11,9	11,2	11,1	10,8	9,9	9,2	9,7	10,0	10,3	10,6	10,4	10,8	10,5	11,3	10,8	10,9	
Valle d'Aosta	23,7	25,1	23,6	23,8	22,8	23,3	20,4	17,8	17,1	16,4	11,5	12,9	11,7	11,4	9,1	8,0	11,2	10,9	10,5	10,9	11,2	10,4	10,6	10,8	10,7	10,7	9,9	
Lombardia	15,3	17,0	17,6	16,8	16,4	14,9	13,6	13,0	12,2	11,4	11,0	10,5	9,9	9,3	9,0	8,8	8,8	9,1	9,1	9,5	9,2	9,5	9,4	10,1	10,5	9,7	9,7	
Tren. A.A.	10,3	10,3	10,3	10,1	10,2	9,6	9,0	8,6	8,0	7,6	7,1	7,3	6,8	6,5	6,1	6,0	6,1	6,2	6,4	6,1	6,0	6,1	6,4	6,3	6,7	6,7	6,4	
Veneto	11,4	11,2	11,1	10,3	10,1	9,1	8,6	7,9	7,5	6,9	6,8	6,6	6,4	6,0	5,4	5,6	5,7	5,7	5,7	6,2	6,1	6,2	6,6	6,5	7,2	6,6	6,8	
Friuli-V.G.	17,7	16,7	16,7	15,9	15,8	13,9	12,8	12,0	11,6	10,9	10,7	9,8	8,9	8,6	7,8	7,4	7,5	7,6	7,6	7,9	7,5	7,7	7,7	7,9	8,6	8,3	8,1	
Liguria	22,1	21,2	20,9	20,2	19,8	18,0	16,4	15,5	14,6	13,2	13,0	12,4	12,0	11,3	11,5	10,5	11,3	11,0	11,5	11,3	11,3	11,5	11,6	12,3	12,9	11,9	11,9	
Emilia Rom.	21,4	23,2	22,1	21,3	20,5	18,2	16,6	15,8	14,4	13,9	13,1	12,8	11,8	11,6	9,9	10,2	10,5	10,4	10,7	10,7	10,7	10,6	11,0	11,0	11,4	11,0	11,1	
Toscana	20,7	20,0	20,6	20,3	19,6	16,4	14,5	14,6	14,2	13,6	13,1	12,5	12,1	11,4	11,1	10,1	10,2	10,2	10,2	9,7	10,1	9,4	9,3	9,2	10,0	10,2	10,0	
Umbria	20,7	20,3	20,5	20,3	21,6	20,4	18,2	16,9	16,1	15,3	14,3	14,5	14,2	12,5	12,1	11,6	12,0	11,6	11,2	11,2	11,6	11,9	11,9	11,2	12,3	10,8	10,3	
Marche	15,4	16,8	16,9	16,8	16,5	14,6	12,9	11,5	10,5	9,6	9,4	8,8	8,5	8,3	6,8	6,4	7,6	7,7	7,7	7,5	7,4	7,4	7,7	7,9	7,7	7,6	7,5	
Lazio	16,9	16,5	18,4	19,6	19,1	17,1	16,8	14,6	15,1	14,7	14,0	13,0	12,3	12,4	10,9	10,0	9,8	10,9	11,0	11,3	10,7	10,9	11,3	10,9	11,8	11,2	11,0	
Abruzzo	17,4	17,0	19,2	18,3	18,9	17,5	16,8	16,0	14,4	14,0	13,3	12,2	10,9	10,9	10,3	9,9	10,3	10,4	10,0	9,9	9,6	8,9	9,4	9,0	9,3	8,9	8,7	
Molise	13,7	14,7	16,8	17,6	17,4	18,3	16,5	17,0	15,5	15,2	15,3	15,0	15,0	14,1	13,0	12,8	12,3	12,4	10,4	10,9	10,2	8,5	9,3	8,2	8,8	8,5	8,8	
Campania	9,4	10,0	12,9	12,8	12,6	11,2	11,4	12,4	11,7	10,8	10,1	9,9	9,6	9,0	9,1	9,4	9,3	9,0	9,1	9,3	8,8	8,5	9,0	8,4	8,1	8,1	8,1	
Puglia	25,5	26,2	27,7	30,6	30,7	28,0	26,2	24,3	21,4	22,3	21,0	19,9	18,6	18,2	16,4	16,6	16,0	15,3	14,6	14,2	13,6	13,3	12,6	12,1	12,3	11,8	11,4	
Basilicata	12,0	14,1	17,6	17,9	19,6	18,3	17,4	17,5	15,0	16,0	14,1	14,0	13,7	13,3	11,4	13,2	10,9	10,6	10,1	9,9	8,7	9,2	8,4	7,5	8,6	7,4	7,6	
Calabria	9,6	10,2	11,9	13,1	11,1	11,0	10,5	11,0	8,6	8,6	9,8	8,7	7,5	7,4	7,3	7,9	8,9	9,4	9,0	8,6	8,3	7,2	7,2	6,6	7,3	6,9	7,1	
Sicilia	9,4	10,7	13,0	12,7	11,9	12,6	12,0	11,5	10,8	9,8	9,5	8,7	7,7	7,3	6,9	7,3	8,0	8,2	8,1	8,3	7,9	7,2	7,5	7,4	7,9	7,8	7,7	
Sardegna	13,7	13,0	12,7	10,9	11,2	11,5	9,5	8,8	9,3	9,0	7,8	8,4	8,6	7,6	7,5	7,9	7,0	6,8	6,2	6,2	6,2	5,8	5,7	6,0	6,0	5,7	5,6	
Area																												
Nord Ovest	17,9	18,9	18,2	17,7	17,6	15,8	14,4	13,7	12,9	12,0	11,6	11,1	10,5	10,0	9,7	9,2	9,2	9,5	9,6	9,9	9,8	9,9	10,0	10,4	10,9	10,2	10,2	
Nord Est	15,7	16,2	15,7	15,0	14,6	13,0	12,0	11,3	10,5	10,0	9,5	9,3	8,6	8,4	7,3	7,5	7,7	7,7	7,7	8,0	7,9	7,9	8,3	8,2	8,8	8,4	8,4	
Nord	17,0	17,8	17,2	16,6	16,4	14,7	13,5	12,7	11,9	11,2	10,7	10,3	9,7	9,3	8,7	8,5	8,5	8,7	8,8	9,1	9,0	9,1	9,3	9,5	10,1	9,5	9,5	
Centro	18,2	17,9	19,1	19,5	19,1	16,8	15,7	14,4	14,3	13,8	13,2	12,5	11,9	11,6	10,5	9,7	9,8	10,3	10,3	10,3	10,2	10,0	10,3	10,0	10,7	10,4	10,2	
Sud	14,4	15,4	17,9	18,8	18,6	17,1	16,4	16,3	14,6	14,4	13,8	13,1	12,3	11,9	11,2	11,6	11,4	11,2	10,8	10,7	10,2	9,8	9,8	9,8	9,5	9,1	9,0	
Isole	11,5	11,6	12,9	12,2	11,7	12,3	11,3	10,8	10,4	9,6	9,0	8,6	7,9	7,4	7,1	7,5	7,7	7,8	7,6	7,8	7,4	6,9	7,0	7,0	7,4	7,3	7,2	
Mezzogiorno	13,5	14,2	16,3	16,7	16,4	15,6	14,8	14,5	13,2	12,9	12,3	11,7	10,9	10,4	9,9	10,2	10,2	10,1	9,8	9,8	9,3	8,8	8,9	8,6	8,8	8,5	8,4	
Italia	15,9	16,4	17,1	17,1	16,8	15,3	14,3	13,6	12,8	12,2	11,7	11,2	10,5	10,1	9,5	9,4	9,4	9,5	9,4	9,5	9,3	9,1	9,3	9,3	9,7	9,2	9,2	

Tavola 3a. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti di 15-49 anni per classi d'età e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente di 15-49 anni per classi d'età e residenza - Tassi specifici di abortività per età, tassi generici grezzi e standardizzati. Variazioni percentuali

Classi d'età	Numeratori				Denominatori				Tassi				Var %		
	1982	1992	2002	2006	Cens 1981	Cens 1991	Cens 2001	Pop m 2006	1982	1992	2002	2006	82-92	82-02	82-06
Puglia															
15-19	1.618	1.334	1.192	995	182.774	179.436	126.479	118.536	8,9	7,4	9,4	8,4	-16,0	6,5	-5,2
20-24	4.879	3.602	2.370	1.870	153.770	175.247	144.618	126.161	31,7	20,6	16,4	14,8	-35,2	-48,4	-53,3
25-29	5.754	4.521	2.652	2.009	135.018	168.239	157.083	141.814	42,6	26,9	16,9	14,2	-36,9	-60,4	-66,8
30-34	6.070	4.271	2.605	2.191	137.536	145.720	154.732	153.192	44,1	29,3	16,8	14,3	-33,6	-61,9	-67,6
35-39	4.493	3.483	2.442	1.965	116.924	134.067	156.253	154.694	38,4	26,0	15,6	12,7	-32,4	-59,3	-66,9
40-44	2.004	1.699	1.049	963	117.510	136.321	139.613	155.788	17,1	12,5	7,5	6,2	-26,9	-55,9	-63,8
45-49	219	172	78	82	112.201	114.235	129.893	139.777	2,0	1,5	0,6	0,6	-22,9	-69,2	-69,9
15-49	25.037	19.082	12.388	10.075	955.733	1.053.265	1.008.671	989.962	26,2	18,1	12,3	10,2	-30,8	-53,1	-61,2
STD									27,6	18,5	12,1	10,3	-33,0	-56,2	-62,7
Emilia R															
15-19	2.107	840	501	465	136.909	119.252	71.470	71.065	15,4	7,0	7,0	6,5	-54,2	-54,5	-57,5
20-24	4.356	2.013	1.151	931	129.055	136.160	91.341	76.499	33,8	14,8	12,6	12,2	-56,2	-62,7	-63,9
25-29	4.416	2.440	1.668	1.139	126.503	148.710	132.101	101.959	34,9	16,4	12,6	11,2	-53,0	-63,8	-68,0
30-34	4.210	2.414	1.736	1.494	139.081	136.908	147.811	143.281	30,3	17,6	11,7	10,4	-41,8	-61,2	-65,6
35-39	3.194	2.041	1.508	1.367	127.847	130.083	152.620	154.878	25,0	15,7	9,9	8,8	-37,2	-60,5	-64,7
40-44	1.540	983	674	676	143.004	140.116	137.264	155.899	10,8	7,0	4,9	4,3	-34,9	-54,4	-59,7
45-49	161	109	52	68	136.104	127.576	128.384	139.436	1,2	0,9	0,4	0,5	-27,8	-65,8	-58,8
15-49	19.984	10.840	7.290	6.140	938.503	938.805	860.991	843.014	21,3	11,5	8,5	7,3	-45,8	-60,2	-65,8
STD									21,9	11,7	8,5	7,7	-46,6	-61,0	-64,6
Campania															
15-19	736	842	1.122	1.016	261.592	262.036	193.927	184.866	2,8	3,2	5,8	5,5	14,2	105,6	95,3
20-24	2.782	2.546	2.432	2.081	221.523	252.324	205.669	192.005	12,6	10,1	11,8	10,8	-19,7	-5,8	-13,7
25-29	3.705	3.366	2.513	2.133	191.292	243.130	222.853	199.659	19,4	13,8	11,3	10,7	-28,5	-41,8	-44,9
30-34	3.931	3.201	2.364	2.220	186.608	206.277	223.912	218.594	21,1	15,5	10,6	10,2	-26,3	-49,9	-51,8
35-39	3.083	2.545	2.157	1.932	158.571	185.595	225.705	222.179	19,4	13,7	9,6	8,7	-29,5	-50,8	-55,3
40-44	1.434	1.231	962	978	158.579	178.920	197.800	222.103	9,0	6,9	4,9	4,4	-23,9	-46,2	-51,3
45-49	151	141	76	82	155.787	150.012	178.883	193.382	1,0	0,9	0,4	0,4	-3,0	-56,2	-56,2
15-49	15.822	13.872	11.627	10.441	1.333.952	1.478.294	1.448.749	1.432.787	11,9	9,4	8,0	7,3	-20,9	-32,3	-38,6
STD									12,9	9,6	7,9	7,3	-25,4	-39,1	-43,1
Italia															
15-19	19.370	11.654	9.262	8.699	2.302.752	2.108.385	1.416.487	1.354.140	8,4	5,5	6,5	6,4	-34,3	-22,3	-23,6
20-24	48.419	29.400	18.940	16.370	2.045.985	2.231.044	1.629.468	1.438.318	23,7	13,2	11,6	11,4	-44,3	-50,9	-51,9
25-29	52.218	35.003	21.846	17.370	1.906.057	2.302.320	2.012.595	1.660.234	27,4	15,2	10,9	10,5	-44,5	-60,4	-61,8
30-34	51.073	33.085	22.707	20.205	2.003.843	2.044.785	2.156.247	2.054.002	25,5	16,2	10,5	9,8	-36,5	-58,7	-61,4
35-39	38.677	26.349	20.851	18.857	1.777.554	1.908.318	2.225.502	2.202.073	21,8	13,8	9,4	8,6	-36,5	-56,9	-60,6
40-44	17.998	12.437	8.925	9.203	1.920.709	1.974.567	1.981.738	2.244.242	9,4	6,3	4,5	4,1	-32,8	-51,9	-56,2
45-49	1.728	1.298	780	824	1.817.343	1.736.919	1.850.132	1.990.024	1,0	0,7	0,4	0,4	-21,4	-55,7	-56,5
15-49	229.483	149.226	103.312	91.528	13.774.243	14.306.338	13.272.169	12.943.032	16,7	10,4	7,8	7,1	-37,4	-53,3	-57,6
STD									17,2	10,5	7,8	7,3	-39,2	-54,9	-57,3

Tavola 3b. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti di 15-49 anni per classi d'età e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente di 15-49 anni per classi d'età e residenza - Tassi specifici di abortività per età, tassi generici grezzi e standardizzati. Variazioni percentuali

Classi d'età	Numeratori				Denominatori				Tassi				Var %			
	1982	1992	2002	2006	Cens 1981	Cens 1991	Cens 2001	Pop m 2006	1982	1992	2002	2006	82-92	82-02	82-06	
Bari																
15-19	725	650	553	451	70.348	67.397	48.763	46.340	10,3	9,6	11,3	9,7	-6,4	10,0	-5,6	
20-24	2.088	1.606	1.012	796	60.023	67.189	55.261	49.266	34,8	23,9	18,3	16,2	-31,3	-47,4	-53,6	
25-29	2.404	1.907	1.167	880	52.797	65.759	61.811	55.359	45,5	29,0	18,9	15,9	-36,3	-58,5	-65,1	
30-34	2.506	1.874	1.146	992	52.720	57.160	61.874	61.840	47,5	32,8	18,5	16,0	-31,0	-61,0	-66,3	
35-39	1.879	1.497	1.032	879	44.635	51.972	62.715	62.411	42,1	28,8	16,5	14,1	-31,6	-60,9	-66,5	
40-44	825	665	469	412	43.354	51.909	55.405	62.479	19,0	12,8	8,5	6,6	-32,7	-55,5	-65,3	
45-49	94	72	34	32	41.731	43.464	50.586	55.508	2,3	1,7	0,7	0,6	-26,5	-70,2	-74,4	
15-49	10.521	8.271	5.413	4.442	365.608	404.850	396.415	393.202	28,8	20,4	13,7	11,3	-29,0	-52,5	-60,7	
STD									30,1	20,6	13,4	11,4	-31,6	-55,4	-62,0	
Brindisi																
15-19	175	105	106	98	18.029	18.234	12.905	12.051	9,7	5,8	8,2	8,1	-40,7	-15,4	-16,2	
20-24	499	340	203	186	15.349	17.455	14.036	12.709	32,5	19,5	14,5	14,6	-40,1	-55,5	-55,0	
25-29	585	426	232	208	13.429	16.747	15.467	13.764	43,6	25,4	15,0	15,1	-41,6	-65,6	-65,3	
30-34	606	386	250	205	14.126	14.852	15.147	14.985	42,9	26,0	16,5	13,7	-39,4	-61,5	-68,1	
35-39	501	320	236	187	12.142	13.509	15.323	15.116	41,3	23,7	15,4	12,4	-42,6	-62,7	-70,0	
40-44	223	176	84	102	11.985	14.159	13.974	15.427	18,6	12,4	6,0	6,6	-33,2	-67,7	-64,5	
45-49	16	20	6	11	11.175	11.900	12.977	13.931	1,4	1,7	0,5	0,8	17,4	-67,7	-44,8	
15-49	2.605	1.773	1.117	997	96.235	106.856	99.829	97.981	27,1	16,6	11,2	10,2	-38,7	-58,7	-62,4	
STD									28,4	17,1	11,1	10,3	-39,8	-60,8	-63,7	
Foggia																
15-19	290	257	200	175	33.082	31.477	22.387	20.854	8,8	8,2	8,9	8,4	-6,9	1,9	-4,3	
20-24	887	692	440	344	26.829	31.037	25.378	21.558	33,1	22,3	17,3	16,0	-32,6	-47,6	-51,7	
25-29	1.035	965	485	346	22.552	28.878	26.743	23.463	45,9	33,4	18,1	14,7	-27,2	-60,5	-67,9	
30-34	1.098	866	444	363	22.348	23.872	26.194	24.614	49,1	36,3	17,0	14,7	-26,2	-65,5	-70,0	
35-39	813	724	402	311	18.651	21.857	26.089	25.138	43,6	33,1	15,4	12,4	-24,0	-64,7	-71,6	
40-44	378	370	183	171	19.612	21.844	22.700	25.191	19,3	16,9	8,1	6,8	-12,1	-58,2	-64,8	
45-49	44	39	12	15	19.162	17.959	21.179	22.399	2,3	2,2	0,6	0,7	-5,4	-75,3	-70,8	
15-49	4.545	3.913	2.166	1.725	162.236	176.924	170.670	163.215	28,0	22,1	12,7	10,6	-21,1	-54,7	-62,3	
STD									30,3	22,9	12,4	10,6	-24,5	-59,1	-64,9	

segue

continua

Classi d'età	Numeratori				Denominatori				Tassi				Var %		
	1982	1992	2002	2006	Cens 1981	Cens 1991	Cens 2001	Pop m 2006	1982	1992	2002	2006	82-92	82-02	82-06
Lecce															
15-19	179	166	164	167	35.441	35.308	24.006	22.355	5,1	4,7	6,8	7,5	-6,9	35,3	47,9
20-24	664	532	400	353	28.961	34.404	28.625	24.323	22,9	15,5	14,0	14,5	-32,6	-39,1	-36,7
25-29	703	673	419	388	25.467	32.841	30.097	28.264	27,6	20,5	13,9	13,7	-25,8	-49,6	-50,3
30-34	842	664	434	416	27.115	28.373	29.658	29.623	31,1	23,4	14,6	14,0	-24,6	-52,9	-54,8
35-39	543	539	415	401	23.306	26.555	30.080	30.490	23,3	20,3	13,8	13,2	-12,9	-40,8	-43,6
40-44	274	306	179	175	24.499	27.850	27.099	30.686	11,2	11,0	6,6	5,7	-1,8	-40,9	-49,0
45-49	31	19	22	19	23.682	23.401	25.763	27.536	1,3	0,8	0,9	0,7	-38,0	-34,8	-47,3
15-49	3.236	2.899	2.033	1.919	188.471	208.732	195.328	193.276	17,2	13,9	10,4	9,9	-19,1	-39,4	-42,2
STD									18,2	14,4	10,3	10,1	-21,0	-43,4	-44,9
Taranto															
15-19	249	156	169	104	25.874	27.020	18.418	16.937	9,6	5,8	9,2	6,1	-40,0	-4,7	-36,2
20-24	741	432	315	191	22.608	25.162	21.318	18.305	32,8	17,2	14,8	10,4	-47,6	-54,9	-68,2
25-29	1.027	550	349	187	20.773	24.014	22.965	20.965	49,4	22,9	15,2	8,9	-53,7	-69,3	-82,0
30-34	1.017	481	331	215	21.227	21.463	21.859	22.131	47,9	22,4	15,1	9,7	-53,2	-68,4	-79,7
35-39	758	403	357	187	18.190	20.174	22.046	21.541	41,7	20,0	16,2	8,7	-52,1	-61,1	-79,2
40-44	304	182	134	103	18.060	20.559	20.435	22.006	16,8	8,9	6,6	4,7	-47,4	-61,0	-72,2
45-49	34	22	4	5	16.451	17.511	19.388	20.404	2,1	1,3	0,2	0,2	-39,2	-90,0	-88,1
15-49	4.130	2.226	1.659	992	143.183	155.903	146.429	142.288	28,8	14,3	11,3	7,0	-50,5	-60,7	-75,8
STD									30,0	14,6	11,3	7,0	-51,2	-62,5	-76,5

Tavola 4a. Distribuzione delle IVG effettuate da donne italiane residenti per classi d'età e residenza, anni 1982, 1992, 2002, 2006 (val. assoluti e percentuali)

Regione	Classi d'età																		Totale				
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		≥ 50			Non rilevato			
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*		n.	%**	n.	%**
Puglia																							
1982	16	0,1	1.618	6,5	4.879	19,5	5.754	23,0	6.070	24,2	4.493	17,9	2.004	8,0	219	0,9	10	0,0	164	0,7			25.227
1992	6	0,0	1.334	7,0	3.602	18,9	4.521	23,7	4.271	22,4	3.483	18,2	1.699	8,9	172	0,9	10	0,1	0	0,0			19.098
2002	24	0,2	1.192	9,6	2.370	19,1	2.652	21,4	2.605	21,0	2.442	19,7	1.049	8,4	78	0,6	6	0,0	98	0,8			12.516
2006	26	0,3	995	9,9	1.870	18,5	2.009	19,9	2.191	21,7	1.965	19,5	963	9,5	82	0,8	0	0,0	57	0,6			10.158
Emilia Rom.																							
1982	31	0,2	2.107	10,5	4.356	21,8	4.416	22,1	4.210	21,0	3.194	16,0	1.540	7,7	161	0,8	6	0,0	166	0,8			20.187
1992	12	0,1	840	7,7	2.013	18,5	2.440	22,5	2.414	22,2	2.041	18,8	983	9,0	109	1,0	10	0,1	1	0,0			10.863
2002	13	0,2	501	6,9	1.151	15,8	1.668	22,8	1.736	23,8	1.508	20,6	674	9,2	52	0,7	2	0,0	0	0,0			7.305
2006	17	0,3	465	7,6	931	15,1	1.139	18,5	1.494	24,3	1.367	22,2	676	11,0	68	1,1	0	0,0	0	0,0			6.157
Campania																							
1982	8	0,1	736	4,6	2.782	17,6	3.705	23,4	3.931	24,8	3.083	19,5	1.434	9,0	151	1,0	17	0,1	112	0,7			15.959
1992	8	0,1	842	6,1	2.546	18,3	3.366	24,2	3.201	23,0	2.545	18,3	1.231	8,9	141	1,0	12	0,1	50	0,4			13.942
2002	19	0,2	1.122	9,6	2.432	20,9	2.513	21,6	2.364	20,3	2.157	18,5	962	8,3	76	0,7	5	0,0	4	0,0			11.655
2006	41	0,4	1.016	9,7	2.081	19,8	2.133	20,3	2.220	21,2	1.932	18,4	978	9,3	82	0,8	3	0,0	1	0,0			10.486
Italia																							
1982	254	0,1	19.370	8,4	48.419	21,1	52.218	22,7	51.073	22,2	38.677	16,8	17.998	7,8	1.728	0,8	98	0,0	1.173	0,5			231.108
1992	130	0,1	11.654	7,8	29.400	19,7	35.003	23,4	33.085	22,1	26.349	17,6	12.437	8,3	1.298	0,9	104	0,1	364	0,2			149.824
2002	225	0,2	9.262	8,9	18.940	18,3	21.846	21,1	22.707	21,9	20.851	20,1	8.925	8,6	780	0,8	31	0,0	324	0,3			103.892
2006	283	0,3	8.699	9,5	16.370	17,8	17.370	18,9	20.205	22,0	18.857	20,5	9.203	10,0	824	0,9	17	0,0	120	0,1			91.948

*calcolata sulla somma delle prime nove colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 4b. Distribuzione delle IVG effettuate da donne italiane residenti per classi d'età e residenza, anni 1982, 1992, 2002, 2006 (val. assoluti e percentuali)

Provincia	Classi d'età																		Totale				
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		≥ 50			Non rilevato			
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*		n.	%**	n.	%**
Bari																							
1982	7	0,1	725	6,9	2.088	19,8	2.404	22,8	2.506	23,8	1.879	17,8	825	7,8	94	0,9	6	0,1	72	0,7	10.606		
1992	2	0,0	650	7,9	1.606	19,4	1.907	23,0	1.874	22,6	1.497	18,1	665	8,0	72	0,9	5	0,1	0	0,0	8.278		
2002	10	0,2	553	10,2	1.012	18,6	1.167	21,5	1.146	21,1	1.032	19,0	469	8,6	34	0,6	4	0,1	43	0,8	5.470		
2006	11	0,2	451	10,1	796	17,9	880	19,8	992	22,3	879	19,7	412	9,3	32	0,7	0	0,0	23	0,5	4.476		
Brindisi																							
1982	2	0,1	175	6,7	499	19,1	585	22,4	606	23,2	501	19,2	223	8,6	16	0,6	1	0,0	9	0,3	2.617		
1992	0	0,0	105	5,9	340	19,2	426	24,0	386	21,8	320	18,0	176	9,9	20	1,1	1	0,1	0	0,0	1.774		
2002	0	0,0	106	9,5	203	18,2	232	20,8	250	22,4	236	21,1	84	7,5	6	0,5	1	0,1	12	1,1	1.130		
2006	2	0,2	98	9,8	186	18,6	208	20,8	205	20,5	187	18,7	102	10,2	11	1,1	0	0,0	8	0,8	1.007		
Foggia																							
1982	4	0,1	290	6,4	887	19,5	1.035	22,7	1.098	24,1	813	17,9	378	8,3	44	1,0	2	0,0	40	0,9	4.591		
1992	1	0,0	257	6,6	692	17,7	965	24,6	866	22,1	724	18,5	370	9,4	39	1,0	2	0,1	0	0,0	3.916		
2002	7	0,3	200	9,2	440	20,2	485	22,3	444	20,4	402	18,5	183	8,4	12	0,6	0	0,0	16	0,7	2.189		
2006	5	0,3	175	10,1	344	19,9	346	20,0	363	21,0	311	18,0	171	9,9	15	0,9	0	0,0	10	0,6	1.740		
Lecce																							
1982	1	0,0	179	5,5	664	20,5	703	21,7	842	26,0	543	16,8	274	8,5	31	1,0	1	0,0	20	0,6	3.258		
1992	1	0,0	166	5,7	532	18,3	673	23,2	664	22,9	539	18,6	306	10,5	19	0,7	1	0,0	0	0,0	2.901		
2002	4	0,2	164	8,0	400	19,6	419	20,6	434	21,3	415	20,4	179	8,8	22	1,1	1	0,0	9	0,4	2.047		
2006	4	0,2	167	8,7	353	18,4	388	20,2	416	21,6	401	20,9	175	9,1	19	1,0	0	0,0	10	0,5	1.933		
Taranto																							
1982	2	0,0	249	6,0	741	17,9	1.027	24,9	1.017	24,6	758	18,3	304	7,4	34	0,8	0	0,0	23	0,6	4.155		
1992	2	0,1	156	7,0	432	19,4	550	24,7	481	21,6	403	18,1	182	8,2	22	1,0	1	0,0	0	0,0	2.229		
2002	3	0,2	169	10,2	315	19,0	349	21,0	331	19,9	357	21,5	134	8,1	4	0,2	0	0,0	18	1,1	1.680		
2006	4	0,4	104	10,4	191	19,2	187	18,8	215	21,6	187	18,8	103	10,3	5	0,5	0	0,0	6	0,6	1.002		

*calcolata sulla somma delle prime nove colonne; **calcolata sul totale

Tavola 5. Distribuzione delle IVG effettuate da donne italiane residenti per stato civile e residenza. Anni 1982, 1992, 2002, 2006 (valori assoluti e percentuali)

Area di residenza	Stato civile										Totale
	Nubile		Coniugata		Sep./div.		Vedova		Non rilevato		
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1982	3.510	14,1	21.083	85,0	181	0,7	41	0,2	222	0,9	25.037
1992	4.332	22,7	14.450	75,7	256	1,3	43	0,2	1	0,0	19.082
2002	4.660	38,0	7.086	57,8	466	3,8	49	0,4	127	1,0	12.388
2006	4.089	40,9	5.390	53,9	466	4,7	48	0,5	82	0,8	10.075
Emilia Romagna											
1982	6.135	30,8	12.938	65,1	695	3,5	121	0,6	95	0,5	19.984
1992	4.277	39,6	5.803	53,7	656	6,1	65	0,6	39	0,4	10.840
2002	3.731	51,2	2.859	39,2	663	9,1	36	0,5	1	0,0	7.290
2006	3.180	51,8	2.356	38,4	574	9,4	25	0,4	5	0,1	6.140
Campania											
1982	1.890	12,0	13.680	87,0	111	0,7	46	0,3	95	0,6	15.822
1992	3.211	23,3	10.262	74,4	243	1,8	72	0,5	84	0,6	13.872
2002	4.512	38,9	6.658	57,3	392	3,4	48	0,4	17	0,1	11.627
2006	4.244	40,7	5.716	54,8	443	4,2	36	0,3	3	0,0	10.441
Italia											
1982	57.794	25,3	164.323	72,0	5.236	2,3	995	0,4	1.135	0,5	229.483
1992	51.438	34,6	90.215	60,8	6.051	4,1	761	0,5	761	0,5	149.226
2002	46.865	45,7	48.799	47,5	6.546	6,4	448	0,4	653	0,6	103.312
2006	44.236	48,7	40.026	44,0	6.262	6,9	385	0,4	620	0,7	91.528
Bari											
1982	1.502	14,5	8.768	84,5	85	0,8	19	0,2	147	1,4	10.521
1992	1.945	23,5	6.190	74,8	116	1,4	20	0,2	0	0,0	8.271
2002	1.978	36,9	3.151	58,9	201	3,8	24	0,4	59	1,1	5.413
2006	1.755	39,8	2.424	55,0	208	4,7	18	0,4	37	0,8	4.442
Brindisi											
1982	369	14,2	2.202	84,8	20	0,8	6	0,2	8	0,3	2.605
1992	378	21,3	1.366	77,0	24	1,4	5	0,3	0	0,0	1.773
2002	421	38,0	644	58,1	43	3,9	1	0,1	8	0,7	1.117
2006	416	42,1	507	51,4	56	5,7	8	0,8	10	1,0	997
Foggia											
1982	668	14,8	3.824	84,6	25	0,6	5	0,1	23	0,5	4.545
1992	799	20,4	3.052	78,0	53	1,4	8	0,2	1	0,0	3.913
2002	754	35,3	1.304	61,1	68	3,2	8	0,4	32	1,5	2.166
2006	655	38,2	987	57,6	63	3,7	10	0,6	10	0,6	1.725
Lecce											
1982	497	15,5	2.701	84,1	12	0,4	1	0,0	25	0,8	3.236
1992	692	23,9	2.175	75,0	28	1,0	4	0,1		0,0	2.899
2002	813	40,3	1.138	56,4	58	2,9	7	0,3	17	0,8	2.033
2006	818	43,0	993	52,2	82	4,3	8	0,4	18	0,9	1.919
Taranto											
1982	474	11,5	3.588	87,3	39	0,9	10	0,2	19	0,5	4.130
1992	518	23,3	1.667	74,9	35	1,6	6	0,3		0,0	2.226
2002	694	42,1	849	51,5	96	5,8	9	0,5	11	0,7	1.659
2006	445	45,2	479	48,6	57	5,8	4	0,4	7	0,7	992

*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 6. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti in età 15-49 anni per stato civile (3 modalità) e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente in età 15-49 anni per stato civile e residenza - Tassi di abortività grezzi e standardizzati per stato civile e variazioni percentuali. Anni 1982, 1992, 2002

Area	Stato civile	Numeratori			Denominatori			Tassi			Var %			Tassi STD			Var % Tassi STD		
		1982	1992	2002	Cens 1981	Cens 1991	Cens 2001	1982	1992	2002	82-92	82-02	82-02	1982	1992	2002	82-92	82-02	82-02
Puglia	Nubile	3.570	4.332	4.660	347.078	424.904	424.521	10,1	10,2	11,0	0,8	8,5	12,1	11,1	11,0	11,0	8,1	-9,6	-9,6
	Coniugata	21.083	14.450	7.086	588.953	605.150	555.232	35,8	23,9	12,8	-33,3	-64,4	31,4	21,2	12,1	12,1	-32,6	-61,6	-61,6
	Sep/div/ved	222	299	515	19.702	23.211	28.858	11,3	12,9	17,8	14,3	58,4	9,6	10,8	17,2	17,2	12,1	78,1	78,1
	Totale	24.815	19.081	12.261	955.733	1.053.265	1.008.671	26,0	18,1	12,2	-30,2	-53,2	27,4	18,5	12,0	12,0	-32,4	-56,2	-56,2
Emilia R.	Nubile	6.135	4.277	3.731	279.623	358.141	361.385	21,9	11,9	10,3	45,6	-52,9	26,1	12,7	10,1	10,1	-51,2	-61,4	-61,4
	Coniugata	12.938	5.803	2.859	625.998	538.734	442.554	20,7	10,8	6,5	-47,9	-68,7	18,8	10,5	6,7	6,7	-44,1	-64,4	-64,4
	Sep/div/ved	816	721	699	32.882	41.930	57.052	24,8	17,2	12,3	-30,7	-50,6	20,8	15,4	12,4	12,4	-26,1	-40,4	-40,4
	Totale	19.889	10.801	7.289	938.503	938.805	860.991	21,2	11,5	8,5	-45,7	-60,1	21,7	11,6	8,5	8,5	-46,5	-60,8	-60,8
Campania	Nubile	1.890	3.211	4.512	497.290	601.921	600.149	3,8	5,3	7,5	40,4	97,8	4,9	6,1	7,6	7,6	24,1	55,1	55,1
	Coniugata	13.680	10.262	6.658	807.928	839.381	803.290	16,9	12,2	8,3	-27,8	-51,0	15,3	10,9	7,6	7,6	-28,6	-50,2	-50,2
	Sep/div/ved	157	315	440	28.734	36.992	45.310	5,5	8,5	9,7	55,8	77,7	5,0	7,6	9,5	9,5	53,8	92,2	92,2
	Totale	15.727	13.788	11.610	1.333.952	1.478.294	1.448.749	11,8	9,3	8,0	-20,9	-32,0	12,8	9,6	7,8	7,8	-25,3	-38,8	-38,8
Italia	Nubile	57.794	51.438	46.865	4.576.586	5.546.962	5.491.943	12,6	9,3	8,5	-26,6	-32,4	15,6	10,1	8,5	8,5	-34,9	-45,2	-45,2
	Coniugata	164.323	90.215	48.799	8.784.688	8.254.065	7.131.273	18,7	10,9	6,8	-41,6	-63,4	16,8	10,1	6,7	6,7	-39,6	-59,8	-59,8
	Sep/div/ved	6.231	6.812	6.994	412.969	505.311	648.953	15,1	13,5	10,8	-10,7	-28,6	13,4	12,0	10,8	10,8	-10,6	-19,8	-19,8
	Totale	228.348	148.465	102.658	13.774.243	14.306.338	13.272.169	16,6	10,4	7,7	-37,4	-53,3	17,1	10,4	7,7	7,7	-39,2	-55,0	-55,0
Bari	Nubile	1.502	1.945	1.978	128.178	158.775	160.410	11,7	12,3	12,3	4,5	5,2	14,2	13,4	12,2	12,2	-5,4	-14,1	-14,1
	Coniugata	8.768	6.190	3.151	230.165	234.849	224.739	38,1	26,4	14,0	-30,8	-63,2	33,3	24,0	13,1	13,1	-27,7	-60,5	-60,5
	Sep/div/ved	104	136	225	7.265	11.226	11.266	14,3	12,1	20,0	-15,4	39,5	12,1	14,0	19,1	19,1	15,6	58,0	58,0
	Totale	10.374	8.271	5.354	365.608	404.850	396.415	28,4	20,4	13,5	-28,0	-52,4	29,7	20,6	13,3	13,3	-30,6	-55,3	-55,3
Brindisi	Nubile	369	378	421	35.105	42.886	42.967	10,5	8,8	9,8	-16,1	-6,8	12,6	10,6	10,0	10,0	-16,2	-20,3	-20,3
	Coniugata	2.202	1.366	644	58.905	60.756	53.789	37,4	22,5	12,0	-39,9	-68,0	33,0	20,5	11,3	11,3	-38,1	-65,9	-65,9
	Sep/div/ved	26	29	44	2.225	3.215	3.073	11,7	9,0	14,3	-22,8	22,5	10,7	11,1	13,2	13,2	3,4	23,0	23,0
	Totale	2.597	1.773	1.109	96.235	106.856	99.829	27,0	16,6	11,1	-38,5	-58,8	28,3	17,1	11,0	11,0	-39,7	-61,0	-61,0
Foggia	Nubile	668	799	754	61.841	73.245	71.768	10,8	10,9	10,5	1,0	-2,7	12,9	12,4	10,4	10,4	-4,1	-19,3	-19,3
	Coniugata	3.824	3.052	1.304	97.323	99.125	94.611	39,3	30,8	13,8	-21,6	-64,9	35,4	28,4	12,7	12,7	-19,9	-64,1	-64,1
	Sep/div/ved	30	61	76	3.072	4.553	4.291	9,8	13,4	17,7	37,2	81,4	7,4	15,6	17,3	17,3	11,3	135,2	135,2
	Totale	4.522	3.912	2.134	162.236	176.924	170.670	27,9	22,1	12,5	-20,7	-55,1	30,2	22,9	12,2	12,2	-24,2	-59,5	-59,5
Lecce	Nubile	497	692	813	73.745	89.550	87.540	6,7	7,7	9,3	14,7	37,8	8,2	8,6	9,3	9,3	5,0	14,0	14,0
	Coniugata	2.701	2.175	1.138	110.847	113.299	102.545	24,4	19,2	11,1	-21,2	-54,5	21,5	18,3	10,8	10,8	-15,0	-49,8	-49,8
	Sep/div/ved	13	32	65	3.879	5.882	5.243	3,4	5,4	12,4	62,3	269,9	2,1	6,1	12,1	12,1	183,9	461,0	461,0
	Totale	3.211	2.899	2.016	188.471	208.732	195.328	17,0	13,9	10,3	-18,5	-39,4	18,1	14,4	10,2	10,2	-20,4	-43,5	-43,5
Taranto	Nubile	474	518	694	48.209	60.853	61.836	9,8	8,5	11,2	-13,4	14,1	12,0	9,6	11,3	11,3	-20,2	-6,3	-6,3
	Coniugata	3.588	1.667	849	91.713	90.218	79.608	39,1	18,5	10,7	-52,8	-72,7	33,8	17,0	10,3	10,3	-49,5	-69,4	-69,4
	Sep/div/ved	49	41	105	3.261	4.832	4.985	15,0	8,5	21,1	-43,5	40,2	14,0	8,3	20,2	20,2	-40,5	44,8	44,8
	Totale	4.111	2.226	1.648	143.183	155.903	146.429	28,7	14,3	11,3	-50,3	-60,8	29,8	14,6	11,2	11,2	-51,0	-62,5	-62,5

Tavola 7a. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti in età 15-49 anni per stato civile (2 modalità) e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente in età 15-49 anni per stato civile e residenza - Tassi di abortività grezzi e standardizzati per stato civile e variazioni percentuali. Anni 1982, 1992, 2002, 2006

Area	Stato civile	Numeratori				Denominatori			
		1982	1992	2002	2006	Cens 1981	Cens 1991	Cens 2001	Pop m 2006
Puglia	Nubile	3.510	4.332	4.660	4.089	347.078	424.904	424.521	429.408
	Già coniugata	21.305	14.749	7.601	5.904	608.655	628.361	584.150	560.554
	Totale	24.815	19.081	12.261	9.993	955.733	1.053.265	1.008.671	989.962
Emilia Romagna	Nubile	6.135	4.277	3.731	3.180	279.623	358.141	361.385	375.144
	Già coniugata	13.754	6.524	3.558	2.955	658.880	580.664	499.606	467.870
	Totale	19.889	10.801	7.289	6.135	938.503	938.805	860.991	843.014
Campania	Nubile	1.890	3.211	4.512	4.244	497.290	601.921	600.149	608.644
	Già coniugata	13.837	10.577	7.098	6.195	836.662	876.373	848.600	824.143
	Totale	15.727	13.788	11.610	10.439	1.333.952	1.478.294	1.448.749	1.432.787
Italia	Nubile	57.794	51.438	46.865	44.236	4.576.586	5.546.962	5.491.943	5.578.069
	Già coniugata	170.554	97.027	55.793	46.675	9.197.657	8.759.376	7.780.226	7.364.963
	Totale	228.348	148.465	102.658	90.911	13.774.243	14.306.338	13.272.169	12.943.032
Bari	Nubile	1.502	1.945	1.978	1.755	128.178	158.775	160.410	163.890
	Già coniugata	8.872	6.326	3.376	2.650	237.430	246.075	236.005	229.312
	Totale	10.374	8.271	5.354	4.405	365.608	404.850	396.415	393.202
Brindisi	Nubile	369	378	421	416	35.105	42.886	42.967	43.706
	Già coniugata	2.228	1.395	688	571	61.130	63.971	56.862	54.275
	Totale	2.597	1.773	1.109	987	96.235	106.856	99.829	97.981
Foggia	Nubile	668	799	754	655	61.841	73.245	71.768	70.555
	Già coniugata	3.854	3.113	1.380	1.060	100.395	103.678	98.902	92.660
	Totale	4.522	3.912	2.134	1.715	162.236	176.924	170.670	163.215
Lecce	Nubile	497	692	813	818	73.745	89.550	87.540	88.815
	Già coniugata	2.714	2.207	1.203	1.083	114.726	119.182	107.788	104.461
	Totale	3.211	2.899	2.016	1.901	188.471	208.732	195.328	193.276
Taranto	Nubile	474	518	694	445	48.209	60.853	61.836	62.456
	Già coniugata	3.637	1.708	954	540	94.974	95.049	84.593	79.832
	Totale	4.111	2.226	1.648	985	143.183	155.903	146.429	142.288

Tavola 7b. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti in età 15-49 anni per stato civile (2 modalità) e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente in età 15-49 anni per stato civile e residenza - Tassi di abortività grezzi e standardizzati per stato civile e variazioni percentuali. Anni 1982, 1992, 2002, 2006

Area	Stato civile	Tassi			Var %			Tassi STD			Var % Tassi STD				
		1982	1992	2002	2006	82-92	82-02	82-06	1982	1992	2002	2006	82-92	82-02	82-06
Puglia	Nubile	10,1	10,2	11,0	9,5	0,8	8,5	-5,8	12,1	11,1	11,0	9,6	-8,1	-9,6	-20,8
	Già coniugata	35,0	23,5	13,0	10,5	-32,9	-62,8	-69,9	29,9	20,3	12,0	10,5	-32,2	-59,7	-64,8
	Totale	26,0	18,1	12,2	10,1	-30,2	-53,2	-61,1	27,4	18,5	12,0	10,2	-32,4	-56,2	-62,7
Emilia Romagna	Nubile	21,9	11,9	10,3	8,5	-45,6	-52,9	-61,4	26,1	12,7	10,1	9,2	-51,2	-61,4	-65,0
	Già coniugata	20,9	11,2	7,1	6,3	-46,2	-65,9	-69,7	18,5	10,7	7,3	6,7	-42,0	-60,6	-63,7
	Totale	21,2	11,5	8,5	7,3	-45,7	-60,1	-65,7	21,7	11,6	8,5	7,7	-46,5	-60,8	-64,4
Campania	Nubile	3,8	5,3	7,5	7,0	40,4	97,8	83,5	4,9	6,1	7,6	7,1	24,1	55,1	45,3
	Già coniugata	16,5	12,1	8,4	7,5	-27,0	-49,4	-54,5	14,6	10,5	7,5	7,2	-27,7	-48,3	-50,6
	Totale	11,8	9,3	8,0	7,3	-20,9	-32,0	-38,2	12,8	9,6	7,8	7,3	-25,3	-38,8	-42,8
Italia	Nubile	12,6	9,3	8,5	7,9	-26,6	-32,7	-37,2	15,6	10,1	8,5	8,2	-34,9	-45,2	-47,4
	Già coniugata	18,5	11,1	7,2	6,3	-40,3	-61,3	-65,8	16,2	10,0	7,0	6,6	-38,1	-57,1	-59,2
	Totale	16,6	10,4	7,7	7,0	-37,4	-53,4	-57,6	17,1	10,4	7,7	7,3	-39,2	-55,0	-57,4
Bari	Nubile	11,7	12,3	12,3	10,7	4,5	5,2	-8,6	14,2	13,4	12,2	10,7	-5,4	-14,1	-24,5
	Già coniugata	37,4	25,7	14,3	11,6	-31,2	-61,7	-69,1	31,8	23,1	13,1	11,5	-27,3	-58,7	-63,8
	Totale	28,4	20,4	13,5	11,2	-28,0	-52,4	-60,5	29,7	20,6	13,3	11,3	-30,6	-55,3	-61,8
Brindisi	Nubile	10,5	8,8	9,8	9,5	-16,1	-6,8	-9,4	12,6	10,6	10,0	9,7	-16,2	-20,3	-22,9
	Già coniugata	36,4	21,8	12,1	10,5	-40,2	-66,8	-71,1	31,4	19,6	11,1	10,5	-37,6	-64,5	-66,6
	Totale	27,0	16,6	11,1	10,1	-38,5	-58,8	-62,7	28,3	17,1	11,0	10,2	-39,7	-61,0	-63,9
Foggia	Nubile	10,8	10,9	10,5	9,3	1,0	-2,7	-14,1	12,9	12,4	10,4	9,3	-4,1	-19,3	-28,1
	Già coniugata	38,4	30,0	14,0	11,4	-21,8	-63,7	-70,2	33,6	27,2	12,6	11,2	-19,1	-62,6	-66,9
	Totale	27,9	22,1	12,5	10,5	-20,7	-55,1	-62,3	30,2	22,9	12,2	10,6	-24,2	-59,5	-65,0
Lecce	Nubile	6,7	7,7	9,3	9,2	14,7	37,8	36,7	8,2	8,6	9,3	9,4	5,0	14,0	14,7
	Già coniugata	23,7	18,5	11,2	10,4	-21,7	-52,8	-56,2	20,3	17,4	10,6	10,6	-14,5	-47,6	-47,7
	Totale	17,0	13,9	10,3	9,8	-18,5	-39,4	-42,3	18,1	14,4	10,2	10,0	-20,4	-43,5	-45,0
Taranto	Nubile	9,8	8,5	11,2	7,1	-13,4	14,1	-27,5	12,0	9,6	11,3	7,2	-20,2	-6,3	-40,3
	Già coniugata	38,3	18,0	11,3	6,8	-53,1	-70,6	-82,3	32,2	16,3	10,7	6,8	-49,4	-66,6	-79,0
	Totale	28,7	14,3	11,3	6,9	-50,3	-60,8	-75,9	29,8	14,6	11,2	7,0	-51,0	-62,5	-76,6

Tavola 8. Distribuzione delle IVG effettuate da donne italiane residenti per titolo di studio e residenza. Anni 1982, 1992, 2002, 2006 (valori assoluti e percentuali)

Area	Titolo di studio										Totale
	nessuno o elementare		media inferiore		media superiore		laurea/altro titolo univ.		non rilevato		
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1982	13.900	58,6	6.255	26,4	3.098	13,1	480	2,0	1.304	5,2	25.037
1992	6.542	34,4	8.161	42,9	3.911	20,6	409	2,2	59	0,3	19.082
2002	1.080	9,3	6.433	55,4	3.679	31,7	421	3,6	775	6,3	12.388
2006	695	7,2	5.107	52,7	3.360	34,7	530	5,5	383	3,8	10.075
Emilia Rom.											
1982	5.589	28,3	8.220	41,7	5.227	26,5	679	3,4	269	1,3	19.984
1992	1.227	11,5	5.127	47,9	3.866	36,1	490	4,6	130	1,2	10.840
2002	319	4,4	3.042	41,8	3.449	47,4	464	6,4	16	0,2	7.290
2006	192	3,1	2.378	38,8	3.053	49,9	498	8,1	19	0,3	6.140
Campania											
1982	7.651	49,4	5.479	35,4	1.970	12,7	393	2,5	329	2,1	15.822
1992	3.833	27,7	6.220	45,0	3.339	24,1	438	3,2	42	0,3	13.872
2002	1.455	13,0	5.627	50,4	3.635	32,6	445	4,0	465	4,0	11.627
2006	717	6,9	5.261	50,6	3.918	37,7	503	4,8	42	0,4	10.441
Italia											
1982	83.191	37,0	87.345	38,9	47.143	21,0	6.909	3,1	4.895	2,1	229.483
1992	26.813	18,1	71.556	48,4	44.096	29,8	5.487	3,7	1.274	0,9	149.226
2002	5.672	5,7	46.461	46,6	41.522	41,7	5.966	6,0	3.690	3,6	103.312
2006	3.457	3,9	39.422	44,5	38.977	44,0	6.661	7,5	3.011	3,3	91.528
Bari											
1982	5.973	63,9	1.838	19,7	1.340	14,3	197	2,1	1.173	11,1	10.521
1992	2.909	35,2	3.440	41,7	1.717	20,8	192	2,3	13	0,2	8.271
2002	607	11,7	2.797	53,8	1.577	30,3	221	4,2	211	3,9	5.413
2006	380	8,7	2.274	52,2	1.443	33,1	257	5,9	88	2,0	4.442
Brindisi											
1982	1.450	56,3	758	29,4	331	12,8	37	1,4	29	1,1	2.605
1992	595	33,6	843	47,6	309	17,5	23	1,3	3	0,2	1.773
2002	33	3,2	642	62,6	334	32,6	16	1,6	92	8,2	1.117
2006	69	7,2	532	55,2	323	33,5	39	4,0	34	3,4	997
Foggia											
1982	2.455	54,3	1.479	32,7	518	11,5	66	1,5	27	0,6	4.545
1992	1.306	33,4	1.793	45,9	740	18,9	68	1,7	6	0,2	3.913
2002	221	10,8	1.081	52,9	686	33,6	54	2,6	124	5,7	2.166
2006	123	7,4	949	56,9	519	31,1	77	4,6	57	3,3	1.725
Lecce											
1982	1.750	54,7	854	26,7	493	15,4	100	3,1	39	1,2	3.236
1992	883	30,8	1.201	41,9	693	24,2	87	3,0	35	1,2	2.899
2002	51	2,8	1.089	59,6	609	33,4	77	4,2	207	10,2	2.033
2006	53	3,0	879	49,5	737	41,5	105	5,9	145	7,6	1.919
Taranto											
1982	2.272	55,5	1.326	32,4	416	10,2	80	2,0	36	0,9	4.130
1992	849	38,2	884	39,7	452	20,3	39	1,8	2	0,1	2.226
2002	168	11,1	824	54,3	473	31,2	53	3,5	141	8,5	1.659
2006	70	7,5	473	50,7	338	36,2	52	5,6	59	5,9	992

*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne; ** calcolata sul totale

Tavole 9a. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti in età 15-49 anni per titolo di studio (3 modalità*) e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente in età 15-49 anni per titolo di studio e residenza - Tassi di abortività grezzi e standardizzati per titolo di studio e variazioni percentuali - ANNI 1982, 1992, 2002, 2006, in alcune Regioni italiane e in Italia**

Titolo di studio	Numeratori			Denominatori			Tassi			Var %			Tassi STD			Var % Tassi STD							
	1982	1992	2002	2006	Censim 1981	Censim 1991	Censim 2001	Pop FL 2006	1982	1992	2002	2006	82-92	82-02	82-06	1982	1992	2002	82-92	82-02	82-06		
Puglia																							
Basso	20.155	14.703	7.513	5.802	784.298	760.562	565.019	524.000	25,7	19,3	13,3	11,1	-24,8	-48,3	-56,9	25,5	19,2	13,6	-24,7	-46,6	-53,1	-53,1	
Medio	3.098	3.911	3.679	3.360	145.585	247.535	358.295	362.000	21,3	15,8	10,3	9,3	-25,8	-51,7	-56,4	21,6	15,4	10,2	-28,6	-53,1	-49,0	-71,7	
Alto	480	409	421	530	25.850	45.168	85.357	106.000	18,6	9,1	4,9	5,0	-51,2	-73,4	-73,1	17,2	8,8	4,9	-49,0	-71,7	-29,6	-56,7	
Totale	23.733	19.023	11.613	9.692	955.733	1.053.263	1.008.671	992.000	24,8	18,1	11,5	9,8	-27,3	-53,6	-60,7	26,2	18,4	11,3	-29,6	-56,7			
Emilia																							
Romagna																							
Basso	13.809	6.354	3.361	2.570	711.322	546.127	347.383	280.000	19,4	11,6	9,7	9,2	-40,1	-50,2	-52,7	20,1	12,7	11,4	-36,6	-43,3	-59,7	-69,1	
Medio	5.227	3.866	3.449	3.053	192.076	327.708	401.875	426.000	27,2	11,8	8,6	7,2	-56,6	-68,5	-73,7	28,4	11,4	8,8	-62,0	-78,1	-46,5	-60,5	
Alto	679	490	464	498	35.105	64.970	111.733	138.000	19,3	7,5	4,2	3,6	-61,0	-78,5	-81,3	18,9	7,2	4,1	-62,0	-78,1	-46,5	-60,5	
Totale	19.715	10.710	7.274	6.121	938.503	938.803	860.991	844.000	21,0	11,4	8,4	7,3	-45,7	-59,8	-65,5	21,6	11,5	8,5	-46,5	-60,5			
Campania																							
Basso	13.130	10.053	7.082	5.978	1.076.979	1.036.320	791.239	749.000	12,2	9,7	9,0	8,0	-20,4	-26,6	-34,5	12,3	9,7	9,1	-21,5	-25,8	-31,6	-31,6	
Medio	1.970	3.339	3.635	3.918	211.477	366.376	526.695	532.000	9,3	9,1	6,9	7,4	-2,2	-25,9	-20,9	9,9	9,1	6,8	-7,8	-31,6	-29,8	-55,8	
Alto	393	438	445	503	45.496	75.598	130.815	151.000	8,6	5,8	3,4	3,3	-32,9	-60,6	-61,5	7,8	5,5	3,5	-29,8	-55,8	-24,0	-40,1	
Totale	15.493	13.830	11.162	10.395	1.333.952	1.478.294	1.448.745	1.432.000	11,6	9,4	7,7	7,3	-19,4	-33,7	-37,5	12,6	9,6	7,6	-24,0	-40,1			
Italia																							
Basso	170.536	98.369	52.133	42.879	10.830.902	9.295.575	6.299.828	5.365.000	15,7	10,6	8,3	8,0	-32,8	-47,4	-49,2	15,7	10,8	9,1	-31,2	-42,3	-48,1	-61,5	
Medio	47.143	44.096	41.417	38.977	2.488.784	4.207.685	5.557.503	5.801.000	18,9	10,5	7,5	6,7	-44,7	-60,7	-64,5	19,5	10,1	7,5	-48,1	-61,5	-54,4	-71,1	
Alto	6.909	5.487	6.083	6.661	454.557	803.078	1.414.838	1.792.000	15,2	6,8	4,3	3,7	-55,0	-71,7	-75,5	14,4	6,6	4,2	-54,4	-71,1	-38,4	-56,7	
Totale	224.588	147.952	99.633	88.517	13.774.243	14.306.333	13.272.163	12.958.000	16,3	10,3	7,5	6,8	-36,6	-54,0	-58,1	16,8	10,4	7,5	-38,4	-56,7			

* Basso=nessuno, elementare, media inferiore, Medio=media superiore, Alto=Laurea, diploma universitario o più

** Per il 2006 non sono presenti i tassi standardizzati perché non è disponibile la distribuzione della popolazione per istruzione ed età

Tavole 9b. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti in età 15-49 anni per titolo di studio (3 modalità*) e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente in età 15-49 anni per titolo di studio e residenza - Tassi di abortività grezzi e standardizzati per titolo di studio e variazioni percentuali - ANNI 1982, 1992, 2002 2006 nelle province pugliesi**

Provincia	Titolo di studio	Numeratori			Denominatori		Tassi		Var %		Tassi STD		Var % Tassi STD					
		1982	1992	2002	2006	Censim. 1981	Censim. 1991	Censim. 2001	1982	1992	2002	1982	1992	2002	82-92	82-02	82-02	
Bari	Basso	7.811	6.349	3.404	2.654	298.521	286.750	219.753	26,2	22,1	15,5	25,8	21,8	15,9	-15,4	-40,8	-15,5	-38,4
	Medio	1.340	1.717	1.577	1.443	56.306	97.765	140.812	23,8	17,6	11,2	24,2	17,1	11,0	-26,2	-52,9	-29,4	-54,4
	Alto	197	192	221	257	10.781	20.335	35.850	18,3	9,4	6,2	16,7	9,0	6,0	-48,3	-66,3	-46,4	-63,8
	Totale	9.348	8.258	5.202	4.354	365.608	404.850	396.415	25,6	20,4	13,1	26,8	20,5	12,9	-20,2	-48,7	-23,3	-51,9
Brindisi	Basso	2.208	1.438	675	601	80.791	79.986	58.479	27,3	18,0	11,5	26,8	17,8	11,7	-34,2	-57,8	-33,7	-56,5
	Medio	331	309	334	323	13.434	23.363	34.296	24,6	13,2	9,7	24,8	13,0	9,6	-46,3	-60,5	-47,8	-61,2
	Alto	37	23	16	39	2.010	3.507	7.054	18,4	6,6	2,3	17,5	6,5	2,2	-64,4	-87,7	-62,8	-87,6
	Totale	2.576	1.770	1.025	963	96.235	106.856	99.829	26,8	16,6	10,3	28,1	17,0	10,2	-38,1	-61,6	-39,3	-63,7
Foggia	Basso	3.934	3.099	1.302	1.072	132.242	126.253	97.444	29,7	24,5	13,4	30,3	24,6	13,5	-17,5	-55,1	-18,7	-55,3
	Medio	518	740	686	519	25.697	42.583	58.848	20,2	17,4	11,7	20,5	17,3	11,5	-13,8	-42,2	-15,6	-44,1
	Alto	66	68	54	77	4.297	8.088	14.378	15,4	8,4	3,8	14,2	8,1	3,7	-45,3	-75,5	-42,5	-73,7
	Totale	4.518	3.907	2.042	1.668	162.236	176.924	170.670	27,8	22,1	12,0	30,1	22,8	11,7	-20,7	-57,0	-24,2	-61,2
Lecce	Basso	2.604	2.084	1.140	932	154.167	150.777	105.489	16,9	13,8	10,8	17,0	14,0	11,2	-18,2	-36,0	-17,8	-34,3
	Medio	493	693	609	737	29.220	49.222	72.768	16,9	14,1	8,4	17,3	13,7	8,3	-16,6	-50,4	-20,9	-52,0
	Alto	100	87	77	105	5.084	8.733	17.071	19,7	10,0	4,5	18,7	9,7	4,5	-49,4	-77,1	-48,0	-76,0
	Totale	3.197	2.864	1.826	1.774	188.471	208.732	195.328	17,0	13,7	9,3	18,0	14,2	9,3	-19,1	-44,9	-21,0	-48,6
Taranto	Basso	3.598	1.733	992	543	118.565	116.796	83.854	30,3	14,8	11,8	29,6	14,7	12,3	-51,1	-61,0	-50,5	-58,6
	Medio	416	452	473	338	20.936	34.602	51.571	19,9	13,1	9,2	20,0	12,8	9,3	-34,3	-63,8	-36,1	-53,7
	Alto	80	39	53	52	3.682	4.505	11.004	21,7	8,7	4,8	20,3	9,0	4,8	-60,2	-77,8	-55,7	-76,2
	Totale	4.094	2.224	1.518	933	143.183	155.903	146.429	28,6	14,3	10,4	29,7	14,6	10,3	-50,1	-63,7	-50,9	-65,2

* Basso=nessuno, elementare, media inferiore, Medio=media superiore, Alto=Laurea, diploma universitario o più

** Per il 2006 non sono presenti i tassi standardizzati perché non è disponibile la distribuzione della popolazione per istruzione ed età

Tavola 10. Distribuzione delle IVG effettuate da donne italiane residenti per condizione professionale e residenza.
Anni 1982, 1992, 2002, 2006 (valori assoluti e percentuali)

Area	Anno	In condizione professionale		In cerca di prima occupazione		Studentessa		Casalinga		Altro		Non rilevato		Totale
		n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia	1982	6.492	27,7	134	0,6	996	4,3	15.755	67,3	26	0,1	1.634	6,5	25.037
	1992	4.806	25,2	331	1,7	1.170	6,1	12.728	66,8	26	0,1	21	0,1	19.082
	2002	4.558	37,5	73	0,6	1.523	12,5	5.981	49,3	7	0,1	246	2,0	12.388
	2006	4.375	43,5	66	0,7	1.301	12,9	4.315	42,9	8	0,1	10	0,1	10.075
Emilia Romagna	1982	11.166	56,4	737	3,7	1.480	7,5	6.369	32,2	39	0,2	193	1,0	19.984
	1992	6.878	63,6	390	3,6	874	8,1	2.634	24,4	33	0,3	31	0,3	10.840
	2002	5.349	73,4	109	1,5	685	9,4	1.129	15,5	13	0,2	5	0,1	7.290
	2006	4.665	76,1	55	0,9	627	10,2	780	12,7	7	0,1	6	0,1	6.140
Campania	1982	4.094	27,3	75	0,5	489	3,3	10.315	68,8	13	0,1	836	5,3	15.822
	1992	3.348	24,1	304	2,2	904	6,5	9.309	67,1	6	0,0	1	0,0	13.872
	2002	2.450	24,2	408	4,0	1.294	12,8	5.841	57,7	135	1,3	1.499	12,9	11.627
	2006	3.154	30,3	618	5,9	1.468	14,1	5.041	48,4	138	1,3	22	0,2	10.441
Italia	1982	90.164	40,4	4.989	2,2	14.529	6,5	113.137	50,7	337	0,2	6.327	2,8	229.483
	1992	64.997	43,6	5.233	3,5	12.456	8,4	65.987	44,3	260	0,2	293	0,2	149.226
	2002	56.016	55,6	1.267	1,3	12.069	12,0	31.009	30,8	353	0,4	2.598	2,5	103.312
	2006	53.181	58,9	1.235	1,4	11.961	13,2	23.679	26,2	300	0,3	1.172	1,3	91.628
Bari	1982	2.014	22,3	39	0,4	394	4,4	6.576	72,8	4	0,0	1.494	14,2	10.521
	1992	1.966	23,8	146	1,8	518	6,3	5.625	68,1	3	0,0	13	0,2	8.271
	2002	1.940	36,6	37	0,7	644	12,2	2.674	50,5	3	0,1	115	2,1	5.413
	2006	1.905	42,9	26	0,6	525	11,8	1.984	44,7	2	0,0	0	0,0	4.442
Brindisi	1982	1.173	46,0	14	0,5	90	3,5	1.268	49,7	5	0,2	55	2,1	2.605
	1992	618	34,9	34	1,9	86	4,9	1.029	58,1	4	0,2	2	0,1	1.773
	2002	513	46,8	7	0,6	141	12,9	434	39,6	2	0,2	20	1,8	1.117
	2006	528	53,0	7	0,7	121	12,1	340	34,1	1	0,1	0	0,0	997
Foggia	1982	753	16,6	42	0,9	211	4,7	3.522	77,7	2	0,0	15	1,1	4.545
	1992	741	18,9	57	1,5	225	5,8	2.878	73,5	12	0,3	0	0,0	3.913
	2002	592	27,9	16	0,8	253	11,9	1.260	59,4	0	0,0	45	2,1	2.166
	2006	515	29,9	23	1,3	229	13,3	955	55,5	0	0,0	3	0,2	1.725
Lecce	1982	1.500	46,9	26	0,8	177	5,5	1.486	46,4	11	0,3	36	1,1	3.236
	1992	994	34,3	74	2,6	195	6,7	1.626	56,2	5	0,2	5	0,2	2.899
	2002	876	43,8	7	0,4	280	14,0	835	41,8	1	0,1	34	1,7	2.033
	2006	937	49,0	9	0,5	295	15,4	672	35,1	1	0,1	5	0,3	1.919
Taranto	1982	1.052	25,7	13	0,3	124	3,0	2.903	70,9	4	0,1	34	0,8	4.130
	1992	487	21,9	20	0,9	146	6,6	1.570	70,6	2	0,1	1	0,0	2.226
	2002	637	39,2	6	0,4	205	12,6	778	47,8	1	0,1	32	1,9	1.659
	2006	490	49,5	1	0,1	131	13,2	364	36,8	4	0,4	2	0,2	992

Tavola 11. Numeratori: IVG effettuate da donne italiane residenti in età 15-49 anni per condizione professionale (3 modalità) e residenza - Denominatori: popolazione femminile italiana residente in età 15-49 anni per condizione professionale e residenza. Tassi di abortività grezzi e standardizzati per condizione professionale e variazioni percentuali - ANNI 1982, 1992, 2002

Area	Condizione professionale	Numeratori			Denominatori			Tassi			Var %			Tassi STD			Var % Tassi STD		
		1982	1992	2002	Censim. 1981	Censim. 1991	Censim. 2001	1982	1992	2002	82-92	82-02	82-92	1982	1992	2002	82-92	82-02	82-92
Puglia	Occupata	6.492	4.806	4.558	316.127	330.457	381.033	20,5	14,5	12,0	-29,2	-41,8	21,3	14,6	11,7	-31,4	45,2	-26,3	-26,3
	In cerca 1ª occ	134	331	73	80.264	128.009	56.104	1,7	2,6	1,3	54,9	-22,1	1,8	2,9	1,3	59,5	-26,3	-26,3	
	Studentessa	996	1.170	1.523	100.885	146.755	157.970	9,9	8,0	9,6	-19,2	-2,3	12,8	9,0	9,6	-29,6	-25,3	-25,3	
	Casalanga	15.755	12.728	5.981	435.685	423.877	296.555	36,2	30,0	20,2	-17,0	-44,2	31,1	24,6	18,2	-21,1	-41,7	-41,7	
Emilia Romagna	Occupata	11.166	6.878	5.349	523.881	594.692	628.288	21,3	11,6	8,5	-45,7	-60,1	20,6	11,4	8,7	-44,6	-57,5	-57,5	
	In cerca 1ª occ	737	390	109	42.718	31.981	6.734	17,3	12,2	16,2	-29,3	-6,2	19,1	12,4	17,1	-35,0	-10,5	-10,5	
	Studentessa	1.480	874	685	100.036	124.824	98.850	14,8	7,0	6,9	-52,7	-53,2	20,6	7,9	7,0	-61,6	-66,3	-66,3	
	Casalanga	6.369	2.634	1.129	254.526	162.419	88.534	25,0	16,2	12,8	-35,2	-49,0	23,0	16,1	14,3	-29,8	-38,0	-38,0	
Campania	Occupata	4.094	3.348	2.450	372.728	375.069	494.219	11,0	8,9	5,0	-18,7	-54,9	11,6	9,0	5,1	-22,5	-56,5	-56,5	
	In cerca 1ª occ	75	304	408	220.343	252.722	116.817	0,3	1,2	3,5	253,4	925,5	0,4	1,3	3,5	204,4	748,0	748,0	
	Studentessa	489	904	1.294	55.695	188.385	219.042	8,8	4,8	5,9	-45,3	-32,7	9,5	5,6	6,0	-41,5	-37,0	-37,0	
	Casalanga	10.315	9.309	5.841	648.891	622.723	429.253	15,9	14,9	13,6	-6,0	-14,4	14,9	12,5	11,6	-16,2	-22,6	-22,6	
Italia	Occupata	90.164	64.997	56.016	5.007.142	6.276.080	7.234.715	16,4	10,4	7,7	-36,7	-52,7	15,9	10,1	7,8	-36,4	-50,8	-50,8	
	In cerca 1ª occ	4.989	5.233	1.267	1.009.034	1.222.685	472.323	4,9	4,3	2,7	-13,4	-45,8	5,0	4,9	2,7	-2,4	-46,0	-46,0	
	Studentessa	14.529	12.456	12.069	1.509.401	1.942.922	1.856.287	9,6	6,4	6,5	-33,4	-32,5	13,3	8,4	6,5	-36,6	-51,0	-51,0	
	Casalanga	113.137	65.987	31.009	5.471.388	4.429.376	2.644.522	20,7	14,9	11,7	-28,0	-43,3	17,8	13,2	11,6	-25,8	-34,7	-34,7	
Bari	Occupata	2.014	1.966	1.940	100.614	118.017	146.767	20,0	16,7	13,2	-16,8	-34,0	20,3	16,3	12,6	-19,7	-38,1	-38,1	
	In cerca 1ª occ	39	146	37	24.940	42.171	20.769	1,6	3,5	1,8	121,4	13,9	1,9	4,5	1,8	134,4	-4,6	-4,6	
	Studentessa	394	518	644	37.120	51.711	58.953	10,6	10,0	10,9	-5,6	2,9	13,8	11,0	10,9	-20,0	-21,3	-21,3	
	Casalanga	6.576	5.625	2.674	196.053	185.478	133.144	33,5	30,3	20,1	-9,6	-40,1	29,4	24,9	18,0	-15,4	-38,6	-38,6	
Brindisi	Occupata	1.173	618	513	44.984	41.675	41.942	26,1	14,8	12,2	-43,1	-53,1	27,5	15,5	12,2	-43,5	-55,6	-55,6	
	In cerca 1ª occ	14	34	7	9.236	14.751	5.701	1,5	2,3	1,2	52,1	-19,0	1,6	2,3	1,2	39,4	-23,5	-23,5	
	Studentessa	90	86	141	9.488	13.541	15.547	9,5	6,4	9,1	-33,0	-4,4	13,0	7,5	9,1	-42,5	-30,3	-30,3	
	Casalanga	1.268	1.029	434	29.727	33.935	22.400	42,7	30,3	19,4	-28,9	-54,6	34,1	24,0	18,0	-29,7	-47,1	-47,1	
Foggia	Occupata	753	741	592	41.079	44.873	56.134	18,3	16,5	10,5	-9,9	-42,5	19,2	16,8	10,5	-12,6	-45,3	-45,3	
	In cerca 1ª occ	42	57	16	13.766	22.245	10.279	3,1	2,6	1,6	-16,0	-49,0	3,0	2,9	1,6	-1,0	-44,3	-44,3	
	Studentessa	211	225	253	19.395	25.723	27.514	10,9	8,7	9,2	-19,6	-15,5	13,8	9,7	9,1	-30,0	-34,0	-34,0	
	Casalanga	3.522	2.878	1.260	84.668	80.543	58.639	41,6	35,7	21,5	-14,1	-48,3	37,9	29,8	17,9	-21,3	-52,9	-52,9	
Lecce	Occupata	1.500	994	876	86.242	83.726	81.924	17,4	11,9	10,7	-31,7	-38,5	18,3	12,3	10,6	-32,4	-41,9	-41,9	
	In cerca 1ª occ	26	74	7	20.213	30.504	10.556	1,3	2,4	0,7	88,6	-48,4	1,5	2,5	0,6	61,5	-58,7	-58,7	
	Studentessa	177	195	280	21.045	28.919	32.919	8,4	6,7	8,5	-20,5	1,1	11,1	7,2	8,3	-35,1	-25,4	-25,4	
	Casalanga	1.486	1.626	835	54.007	58.228	38.679	27,5	27,9	21,6	1,5	-21,5	22,6	23,6	22,0	4,6	-2,7	-2,7	
Taranto	Occupata	1.052	487	637	43.211	44.750	54.266	24,3	10,9	11,7	-55,3	-51,8	25,5	11,0	11,6	-56,7	-54,4	-54,4	
	In cerca 1ª occ	13	20	6	12.104	20.277	8.799	1,1	1,0	0,7	-8,2	-36,5	1,0	1,0	0,7	0,6	-24,2	-24,2	
	Studentessa	124	146	205	13.838	21.126	23.037	9,0	6,9	8,9	-22,9	-0,7	11,1	7,9	9,1	-28,6	-17,5	-17,5	
	Casalanga	2.903	1.570	778	71.235	66.825	43.693	40,8	23,5	17,8	-42,3	-56,3	33,7	18,9	16,2	-43,9	-51,8	-51,8	

Tavola 12. IVG e numero di figli precedenti per area di residenza

Area	N. figli [§]										
	0		1		2		3+		non rilevato		totale
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1986	4.134	16,8	3.439	14,0	8.378	34,1	8.599	35,0	438	1,8	24.988
1992	4.303	22,6	2.933	15,4	6.720	35,2	5.126	26,9	0	0,0	19.082
2002	4.438	35,8	1.983	16,0	4.117	33,2	1.848	14,9	2	0,0	12.388
2006	3.383	34,7	1.697	17,4	3.315	34,0	1.349	13,8	331	3,3	10.075
Emilia Romagna											
1986	5.627	37,4	4.324	28,8	4.001	26,6	1.076	7,2	38	0,3	15.066
1992	4.592	42,4	2.988	27,6	2.591	23,9	669	6,2	0	0,0	10.840
2002	3.499	48,0	1.894	26,0	1.537	21,1	357	4,9	3	0,0	7.290
2006	2.772	45,2	1.631	26,6	1.404	22,9	331	5,4	2	0,0	6.140
Campania											
1986	2.260	15,9	1.610	11,4	4.851	34,2	5.454	38,5	635	4,3	14.810
1992	3.458	25,0	1.690	12,2	4.531	32,7	4.173	30,1	20	0,1	13.872
2002	4.668	40,2	1.613	13,9	3.413	29,4	1.928	16,6	5	0,0	11.627
2006	4.322	41,5	1.570	15,1	3.016	29,0	1.498	14,4	34	0,3	10.441
Italia											
1986	49.900	27,5	36.625	20,2	58.447	32,2	36.664	20,2	7.350	3,9	188.986
1992	53.925	36,1	29.168	19,6	43.330	29,0	22.765	15,3	38	0,0	149.226
2002	46.370	45,0	20.145	19,5	26.494	25,7	10.071	9,8	233	0,2	103.312
2006	41.106	45,4	18.284	20,2	23.050	25,5	8.081	8,9	1.008	1,1	91.528
Bari											
1986	1.776	17,8	1.496	15,0	3.447	34,5	3.268	32,7	84	0,8	10.071
1992	1.995	24,1	1.356	16,4	2.943	35,6	1.977	23,9	0	0,0	8.271
2002	1.979	36,6	899	16,6	1.786	33,0	748	13,8	1	0,0	5.413
2006	1.573	35,8	772	17,6	1.517	34,6	527	12,0	53	1,2	4.442
Brindisi											
1986	369	15,4	387	16,1	823	34,3	818	34,1	113	4,5	2.510
1992	351	19,8	304	17,1	654	36,9	464	26,2	0	0,0	1.773
2002	387	34,6	190	17,0	380	34,0	160	14,3	0	0,0	1.117
2006	317	33,3	185	19,5	326	34,3	123	12,9	46	4,6	997
Foggia											
1986	740	14,7	541	10,8	1.560	31,1	2.182	43,4	104	2,0	5.127
1992	748	19,1	514	13,1	1.313	33,6	1.338	34,2	0	0,0	3.913
2002	707	32,7	296	13,7	715	33,0	447	20,6	1	0,0	2.166
2006	471	28,5	266	16,1	588	35,6	325	19,7	75	4,3	1.725
Lecce											
1986	796	19,9	594	14,9	1.388	34,8	1.212	30,4	76	1,9	4.066
1992	716	24,7	393	13,6	1.009	34,8	781	26,9	0	0,0	2.899
2002	774	38,1	306	15,1	684	33,6	269	13,2	0	0,0	2.033
2006	670	37,3	312	17,4	579	32,3	233	13,0	125	6,5	1.919
Taranto											
1986	453	14,4	450	14,3	1.161	36,8	1.089	34,5	61	1,9	3.214
1992	493	22,1	366	16,4	801	36,0	566	25,4	0	0,0	2.226
2002	591	35,6	292	17,6	552	33,3	224	13,5	0	0,0	1.659
2006	352	36,7	162	16,9	305	31,8	141	14,7	32	3,2	992

[§] dal 2000 nel modello ISTAT D.12 l'informazione è rilevata come "Nati vivi"

*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 13. IVG e numero di IVG precedenti per area di residenza

Area	N. IVG precedenti										totale
	0		1		2		3+		non rilevato		
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1986	19.619	80,5	2.973	12,2	989	4,1	799	3,3	657	2,6	25.037
1992	10.790	56,6	4.532	23,8	2.128	11,2	1.628	8,5	4	0,0	19.082
2002	8.161	65,9	2.626	21,2	1.071	8,7	517	4,2	13	0,1	12.388
2006	6.393	65,7	2.104	21,6	807	8,3	431	4,4	340	3,4	10.075
Emilia Romagna											
1986	16.499	82,6	2.780	13,9	493	2,5	200	1,0	12	0,1	19.984
1992	8.149	75,2	2.036	18,8	482	4,4	172	1,6	1	0,0	10.840
2002	5.780	79,3	1.169	16,0	253	3,5	84	1,2	4	0,1	7.290
2006	4.834	78,9	1.017	16,6	207	3,4	70	1,1	12	0,2	6.140
Campania											
1986	11.018	71,8	2.622	17,1	958	6,2	754	4,9	470	3,0	15.822
1992	9.380	67,6	2.675	19,3	1.104	8,0	710	5,1	3	0,0	13.872
2002	8.890	76,5	1.985	17,1	526	4,5	215	1,8	12	0,1	11.627
2006	7.927	76,4	1.861	17,9	401	3,9	187	1,8	65	0,6	10.441
Italia											
1986	17.7834	80,5	31.839	14,4	7.296	3,3	3.836	1,7	8678	3,8	22.9483
1992	10.5450	72,3	27.658	19,0	8.354	5,7	4.474	3,1	3290	2,2	14.9226
2002	83.225	80,8	14.521	14,1	3.791	3,7	1.506	1,5	270	0,3	10.3312
2006	70.248	78,4	14.462	16,1	3.424	3,8	1.459	1,6	1935	2,1	9.1528
Bari											
1986	7.671	76,8	1.482	14,8	490	4,9	343	3,4	535	5,1	10.521
1992	4.630	56,0	2.081	25,2	855	10,3	704	8,5	1	0,0	8.271
2002	3.460	64,0	1.212	22,4	491	9,1	242	4,5	8	0,1	5.413
2006	2.725	62,1	1.043	23,8	390	8,9	230	5,2	54	1,2	4.442
Brindisi											
1986	2.302	89,3	209	8,1	41	1,6	27	1,0	26	1,0	2.605
1992	1.101	62,1	401	22,6	174	9,8	97	5,5	0	0,0	1.773
2002	700	62,7	245	21,9	119	10,7	53	4,7	0	0,0	1.117
2006	650	68,6	176	18,6	83	8,8	39	4,1	49	4,9	997
Foggia											
1986	3.381	75,0	581	12,9	257	5,7	292	6,5	34	0,7	4.545
1992	1.923	49,2	928	23,7	561	14,3	499	12,8	2	0,1	3.913
2002	1.440	66,6	443	20,5	183	8,5	96	4,4	4	0,2	2.166
2006	1.034	62,8	357	21,7	171	10,4	84	5,1	79	4,6	1.725
Lecce											
1986	2.664	83,2	329	10,3	119	3,7	90	2,8	34	1,1	3.236
1992	1.873	64,6	595	20,5	286	9,9	145	5,0	0	0,0	2.899
2002	1.461	71,9	385	18,9	130	6,4	57	2,8	0	0,0	2.033
2006	1.320	73,6	329	18,3	106	5,9	39	2,2	125	6,5	1.919
Taranto											
1986	3.601	87,8	372	9,1	82	2,0	47	1,1	28	0,7	4.130
1992	1.263	56,8	527	23,7	252	11,3	183	8,2	1	0,0	2.226
2002	1.100	66,3	341	20,6	148	8,9	69	4,2	1	0,1	1.659
2006	664	69,2	199	20,8	57	5,9	39	4,1	33	3,3	992

*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 14. IVG e luogo di certificazione

Area	Certificazione										
	consultorio familiare		medico di fiducia		servizio ostetrico-ginecologico		altra struttura		non rilevato		totale
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1982	1.264	5,0	21.902	86,1	2.098	8,2	169	0,7	123	0,5	25.556
1992	1.527	7,7	12.969	65,4	5.199	26,2	148	0,7	0	0,0	19.843
2002	1.269	9,9	7.281	57,0	4.055	31,7	178	1,4	300	2,3	13.083
2006	1.324	11,8	5.824	52,0	3.898	34,8	158	1,4	129	1,1	11.333
Emilia Romagna											
1982	8.210	35,6	10.384	45,0	4.003	17,4	463	2,0	228	1,0	23.288
1992	3.580	30,2	4.830	40,8	3.361	28,4	80	0,7	344	2,8	12.195
2002	5.413	47,4	4.068	35,6	1.738	15,2	196	1,7	2	0,0	11.417
2006	6.525	56,9	2.947	25,7	1.836	16,0	150	1,3		0,0	11.458
Campania											
1982	1.131	7,4	7.159	46,5	6.962	45,3	131	0,9	103	0,7	15.486
1992	2.326	17,2	6.145	45,3	5.067	37,4	24	0,2	157	1,1	13.719
2002	2.461	19,2	4.068	31,7	6.283	48,9	36	0,3	65	0,5	12.913
2006	2.036	16,9	1.953	16,2	8.036	66,7	15	0,1	9	0,1	12.049
Italia											
1982	52.041	23,1	120.413	53,5	44.989	20,0	7664	3,4	5.901	2,6	231.008
1992	30.987	21,7	67.365	47,2	41.718	29,2	2716	1,9	7.038	4,7	149.824
2002	43.384	32,7	45.735	34,5	40.927	30,8	2692	2,0	1.368	1,0	134.106
2006	47.983	36,9	36.497	28,1	42.702	32,9	2691	2,1	1.145	0,9	131.018
Bari											
1982	241	2,2	9.487	85,4	1.326	11,9	56	0,5	55	0,5	11.165
1992	167	1,7	5.959	62,1	3.368	35,1	105	1,1	0	0,0	9.599
2002	247	3,9	2.634	41,8	3.262	51,8	159	2,5	83	1,3	6.385
2006	245	4,6	1.920	36,1	3.047	57,3	105	2,0	49	0,9	5.366
Brindisi											
1982	131	4,9	2504	93,9	29	1,1	3	0,1	24	0,9	2.691
1992	178	7,7	1722	74,1	414	17,8	11	0,5	0	0,0	2.325
2002	185	11,4	1181	72,9	251	15,5	2	0,1	19	1,2	1.638
2006	142	9,4	1107	73,3	242	16,0	19	1,3	13	0,9	1.523
Foggia											
1982	304	7,2	3.850	90,9	72	1,7	10	0,2	14	0,3	4.250
1992	760	20,1	2.803	74,1	192	5,1	27	0,7	0	0,0	3.782
2002	237	11,5	1.751	84,8	76	3,7	1	0,0	167	7,5	2.232
2006	354	18,4	1.439	74,7	133	6,9		0,0	29	1,5	1.955
Lecce											
1982	43	1,4	2.687	88,3	311	10,2	2	0,1	13	0,4	3.056
1992	199	8,6	1.555	67,0	566	24,4	2	0,1	0	0,0	2.322
2002	367	21,6	1.090	64,2	225	13,3	15	0,9	20	1,2	1.717
2006	348	20,9	981	59,0	301	18,1	33	2,0	24	1,4	1.687
Taranto											
1982	545	12,5	3.374	77,1	360	8,2	98	2,2	17	0,4	4.394
1992	223	12,3	930	51,2	659	36,3	3	0,2	0	0,0	1.815
2002	233	21,2	625	56,8	241	21,9	1	0,1	11	1,0	1.111
2006	235	29,8	377	47,8	175	22,2	1	0,1	14	1,7	802

*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 15. IVG e epoca gestazionale

Area	Settimana di gestazione														totale
	≤8		9-10		11-12		13-15		16-20		>20		non rilevato		
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia															
1983	12.633	51,3	10.150	41,2	1.751	7,1	49	0,2	43	0,2	15	0,1	3.897	13,7	28.538
1992	13.258	66,8	5.684	28,6	840	4,2	15	0,1	21	0,1	25	0,1	0	0,0	19.843
2002	8.246	65,7	3.351	26,7	750	6,0	63	0,5	79	0,6	58	0,5	536	4,1	13.083
2006	6.907	62,6	3.184	28,9	747	6,8	55	0,5	79	0,7	58	0,5	303	2,7	11.333
Emilia Rom.															
1983	11.020	49,8	8.358	37,8	2.599	11,7	70	0,3	53	0,2	23	0,1	56	0,3	22.179
1992	6.774	56,2	3.907	32,4	1.246	10,3	29	0,2	59	0,5	43	0,4	137	1,1	12.195
2002	4.604	40,3	4.868	42,7	1.658	14,5	51	0,4	130	1,1	101	0,9	5	0,0	11.417
2006	4.351	38,0	4.778	41,7	1.991	17,4	84	0,7	154	1,3	100	0,9	0	0,0	11.458
Campania															
1983	3.454	29,3	7.738	65,7	549	4,7	11	0,1	24	0,2	5	0,0	4.003	25,4	15.784
1992	6.323	48,3	5.928	45,3	800	6,1	13	0,1	20	0,2	9	0,1	626	4,6	13.719
2002	7.093	55,7	4.572	35,9	1.049	8,2	12	0,1	14	0,1	5	0,0	168	1,3	12.913
2006	6.219	51,6	4.767	39,6	1.003	8,3	15	0,1	29	0,2	15	0,1	0	0,0	12.049
Italia															
1983	92.607	43,3	90.304	42,2	29.749	13,9	646	0,3	519	0,2	170	0,1	17.066	7,4	231.061
1992	72.471	49,5	56.091	38,3	16.337	11,2	504	0,3	604	0,4	347	0,2	3.470	2,3	149.824
2002	54.104	41,2	53.612	40,8	20.597	15,7	1.001	0,8	1.227	0,9	797	0,6	2.767	2,1	134.106
2006	49.449	38,1	54.480	42,0	22.290	17,2	1.240	1,0	1.511	1,2	844	0,7	1.204	0,9	131.018
Bari															
1983	5.573	50,7	4.519	41,1	820	7,5	38	0,3	28	0,3	10	0,1	2.108	16,1	13.096
1992	7.203	75,0	1.993	20,8	349	3,6	14	0,1	18	0,2	22	0,2	0	0,0	9.599
2002	4.579	72,7	1.298	20,6	266	4,2	42	0,7	62	1,0	52	0,8	86	1,3	6.385
2006	3.606	68,1	1.280	24,2	288	5,4	34	0,6	46	0,9	38	0,7	74	1,4	5.366
Brindisi															
1983	1.086	55,1	796	40,4	84	4,3	2	0,1	1	0,1	1	0,1	1.005	33,8	2.975
1992	1.644	70,7	612	26,3	65	2,8	1	0,0	0	0,0	3	0,1	0	0,0	2.325
2002	879	58,4	491	32,6	126	8,4	2	0,1	5	0,3	3	0,2	132	8,1	1.638
2006	792	55,5	466	32,7	151	10,6	1	0,1	14	1,0	2	0,1	97	6,4	1.523
Foggia															
1983	2.809	62,8	1.421	31,8	228	5,1	3	0,1	8	0,2	2	0,0	129	2,8	4.600
1992	2.534	67,0	1.054	27,9	194	5,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3.782
2002	1.139	57,4	620	31,2	212	10,7	6	0,3	7	0,4	1	0,1	247	11,1	2.232
2006	1.122	60,0	548	29,3	186	9,9	9	0,5	2	0,1	3	0,2	85	4,3	1.955
Lecce															
1983	1.995	55,7	1.254	35,0	323	9,0	2	0,1	4	0,1	1	0,0	210	5,5	3.789
1992	1.090	46,9	1.042	44,9	190	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2.322
2002	1.075	65,0	422	25,5	136	8,2	13	0,8	5	0,3	2	0,1	64	3,7	1.717
2006	980	59,8	502	30,6	115	7,0	11	0,7	17	1,0	15	0,9	47	2,8	1.687
Taranto															
1983	1.170	32,2	2.160	59,5	296	8,1	4	0,1	2	0,1	1	0,0	445	10,9	4.078
1992	787	43,4	983	54,2	42	2,3	0	0,0	3	0,2	0	0,0	0	0,0	1.815
2002	574	52,0	520	47,1	10	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,6	1.111
2006	407	50,7	388	48,4	7	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	802

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

Tavola 16. IVG e tempi di attesa tra certificazione e intervento

Area	Tempi di attesa fra certificazione e intervento (n. giorni)										totale
	≤14		15-21		22-28		>28		non rilevato	n.	
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.		
Puglia											
2002	10.789	84,5	1.428	11,2	341	2,7	211	1,7	314	2,4	13.083
2006	9.245	82,6	1.465	13,1	364	3,3	116	1,0	143	1,3	11.333
Emilia Romagna											
2002	6.771	59,3	3.341	29,3	1.032	9,0	273	2,4	0	0,0	11.417
2006	6.612	57,7	3.264	28,5	1.212	10,6	370	3,2	0	0,0	11.458
Campania											
2002	9.487	73,5	2.145	16,6	785	6,1	495	3,8	0	0,0	12.913
2006	7.968	66,2	2.457	20,4	1.108	9,2	509	4,2	6	0,1	12.049
Italia											
2002	83.579	63,5	29.923	22,7	12.562	9,5	5.625	4,3	2.416	1,8	134.106
2006	77.635	59,9	31.018	23,9	14.463	11,2	6.508	5,0	1.395	1,1	131.018
Bari											
2002	5.803	92,9	341	5,5	51	0,8	50	0,8	140	2,2	6.385
2006	4.771	90,1	407	7,7	72	1,4	44	0,8	72	1,3	5.366
Brindisi											
2002	1.221	75,4	305	18,8	60	3,7	33	2,0	19	1,2	1.638
2006	1.131	74,6	329	21,7	41	2,7	15	1,0	7	0,5	1.523
Foggia											
2002	1.684	79,9	283	13,4	66	3,1	75	3,6	124	5,6	2.232
2006	1.632	85,2	227	11,8	49	2,6	8	0,4	39	2,0	1.955
Lecce											
2002	1.235	73,0	306	18,1	109	6,4	41	2,4	26	1,5	1.717
2006	1.124	67,5	343	20,6	159	9,6	38	2,3	23	1,4	1.687
Taranto											
2002	846	76,5	193	17,5	55	5,0	12	1,1	5	0,5	1.111
2006	587	73,4	159	19,9	43	5,4	11	1,4	2	0,2	802

*calcolata sulla somma delle prime quattro colonne; ** calcolata sul totale

Tavola 16a. IVG (%*) e tempi di attesa per luogo di certificazione – Puglia e province

Area	Tempi di attesa fra certificazione e intervento (n. giorni)											
	0-14		15-21		22-28		>28		non rilevato**		totale	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Puglia												
Consultorio fam.	73,2	68,8	19,0	22,1	5,8	7,8	2,0	1,3	1,3	0,7	1.269	1.324
Medico di fiducia	80,9	78,2	13,9	16,5	3,3	3,9	2,0	1,4	2,2	0,8	7.281	5.824
Serv. Ost. Gin.	94,6	93,8	3,8	5,0	0,8	0,9	0,8	0,3	2,5	1,0	4.055	3.898
Altra struttura	91,6	84,3	7,3	11,8	1,1	2,0	0,0	2,0	0,0	3,2	178	158
nr	79,6	84,1	14,0	12,5	1,9	2,3	4,5	1,1	11,7	31,8	300	129
Totale	84,5	82,6	11,2	13,1	2,7	3,3	1,7	1,0	2,4	1,3	13.083	11.333
Prov. Bari												
Consultorio fam.	89,2	85,1	7,5	9,5	2,5	3,7	0,8	1,7	2,4	1,2	247	245
Medico di fiducia	89,6	83,6	8,4	12,7	1,0	2,2	1,0	1,6	1,3	0,9	2.634	1.920
Serv. Ost. Gin.	95,8	94,5	3,0	4,5	0,6	0,7	0,7	0,3	2,8	1,1	3.262	3.047
Altra struttura	95,6	97,0	3,8	3,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	159	105
nr	93,2	85,7	5,4	11,4	0,0	2,9	1,4	0,0	10,8	28,6	83	49
Totale	92,9	90,1	5,5	7,7	0,8	1,4	0,8	0,8	2,2	1,3	6.385	5.366
Prov. Brindisi												
Consultorio fam.	74,9	64,1	20,8	31,7	2,7	3,5	1,6	0,7	1,1	0,0	185	142
Medico di fiducia	72,1	71,4	21,2	24,3	4,4	3,2	2,2	1,2	0,9	0,3	1.181	1.107
Serv. Ost. Gin.	92,3	95,8	5,7	3,8	1,2	0,4	0,8	0,0	2,0	1,2	251	242
Altra struttura	100,0	57,9	0,0	36,8	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	2	19
nr	61,1	100,0	27,8	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	5,3	7,7	19	13
Totale	75,4	74,6	18,8	21,7	3,7	2,7	2,0	1,0	1,2	0,5	1.638	1.523
Prov. Foggia												
Consultorio fam.	71,2	78,3	15,7	16,6	9,2	4,6	3,9	0,6	3,4	1,1	237	354
Medico di fiducia	80,8	86,0	13,3	11,4	2,4	2,2	3,4	0,4	5,4	1,2	1.751	1.439
Serv. Ost. Gin.	93,2	96,2	2,7	3,1	1,4	0,8	2,7	0,0	2,6	1,5	76	133
Altra struttura	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0
nr	76,2	69,2	16,3	23,1	2,7	7,7	4,8	0,0	12,0	55,2	167	29
Totale	79,9	85,2	13,4	11,8	3,1	2,6	3,6	0,4	5,6	2,0	2.232	1.955
Prov. Lecce												
Consultorio fam.	66,7	52,0	23,8	30,6	7,7	14,7	1,9	2,6	0,3	0,6	367	348
Medico di fiducia	72,5	67,0	17,9	20,6	7,1	10,0	2,5	2,4	1,5	1,1	1.090	981
Serv. Ost. Gin.	88,2	88,0	7,7	8,3	1,8	2,7	2,3	1,0	1,8	0,3	225	301
Altra struttura	46,7	60,6	46,7	24,2	6,7	9,1	0,0	6,1	0,0	0,0	15	33
nr	66,7	66,7	20,0	26,7	0,0	0,0	13,3	6,7	25,0	37,5	20	24
Totale	73,0	67,5	18,1	20,6	6,4	9,6	2,4	2,3	1,5	1,4	1.717	1.687
Prov. Taranto												
Consultorio fam.	67,8	65,5	25,3	24,7	5,2	9,4	1,7	0,4	0,0	0,0	233	235
Medico di fiducia	75,4	70,5	17,4	21,8	6,1	5,1	1,1	2,7	0,6	0,3	625	377
Serv. Ost. Gin.	87,5	88,0	10,4	10,9	1,7	1,1	0,4	0,0	0,4	0,0	241	175
Altra struttura	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	1
nr	81,8	100,0	9,1	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	11	14
Totale	76,5	73,4	17,5	19,9	5,0	5,4	1,1	1,4	0,5	0,2	1.111	802

*calcolata sul totale esclusi i non rilevati; ** calcolata sul totale

Tavola 16b. IVG (%*) e tempi di attesa per luogo di intervento - Puglia e province

Area	Tempi di attesa fra certificazione e intervento (n. giorni)											
	0-14		15-21		22-28		>28		non rilevato**		totale	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Puglia												
Ist. di cura pubbl.	82,1	83,0	12,0	13,0	3,4	3,1	2,4	1,0	2,8	1,5	6.417	5.709
Casa di cura	86,8	82,3	10,4	13,2	1,9	3,4	0,9	1,1	2,0	1,0	6.666	5.624
Totale	84,5	82,6	11,2	13,1	2,7	3,3	1,7	1,0	2,4	1,3	13.083	11.333
Prov. Bari												
Ist. di cura pubbl.	90,1	88,0	6,9	9,5	1,5	1,7	1,5	0,8	1,7	1,7	2.209	1.847
Casa di cura	94,4	91,2	4,7	6,8	0,5	1,2	0,4	0,9	2,4	1,1	4.176	3.519
Totale	92,9	90,1	5,5	7,7	0,8	1,4	0,8	0,8	2,2	1,3	6.385	5.366
Prov. Brindisi												
Ist. Di cura pubbl.	83,3	91,1	11,8	7,8	2,8	0,5	2,1	0,5	1,7	1,1	542	555
Casa di cura	71,5	65,3	22,3	29,6	4,1	3,9	2,0	1,2	0,9	0,1	1.096	968
Totale	75,4	74,6	18,8	21,7	3,7	2,7	2,0	1,0	1,2	0,5	1.638	1.523
Prov. Foggia												
Ist. Di cura pubbl.	76,6	84,5	15,4	12,2	3,7	2,7	4,3	0,5	6,8	2,5	1.713	1.582
Casa di cura	90,2	87,9	7,2	10,2	1,4	1,9	1,2	0,0	1,3	0,0	519	373
Totale	79,9	85,2	13,4	11,8	3,1	2,6	3,6	0,4	5,6	2,0	2.232	1.955
Prov. Lecce												
Ist. Di cura pubbl.	83,4	78,5	10,1	15,2	4,3	4,4	2,1	1,9	1,2	0,7	1.283	1.252
Casa di cura	42,0	35,2	42,0	36,6	12,7	24,7	3,3	3,6	2,3	3,2	434	435
Totale	73,0	67,5	18,1	20,6	6,4	9,6	2,4	2,3	1,5	1,4	1.717	1.687
Prov. Taranto												
Ist. Di cura pubbl.	66,1	60,6	24,5	29,0	7,9	8,7	1,5	1,7	0,1	0,2	670	473
Casa di cura	92,4	91,8	6,6	6,7	0,5	0,6	0,5	0,9	0,9	0,3	441	329
Totale	76,5	73,4	17,5	19,9	5,0	5,4	1,1	1,4	0,5	0,2	1.111	802

*calcolata sul totale esclusi i non rilevati; ** calcolata sul totale

Tavola 17. IVG e luogo di intervento

Area	Luogo di intervento								
	istituto di cura pubblico		casa di cura		altro		non rilevato		totale
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
Puglia									
1982	17.799	69,8	7.664	30,0	55	0,2	38	0,1	25.556
1992	12.204	61,5	7.639	38,5	0	0,0	0	0,0	19.843
2002	6.417	49,0	6.666	51,0	0	0,0	0	0,0	13.083
2006	5.706	50,3	5.627	49,7	0	0,0	0	0,0	11.333
Emilia Romagna									
1982	18.915	81,4	4.274	18,4	41	0,2	58	0,2	23.288
1992	11.379	93,3	816	6,7	0	0,0	0	0,0	12.195
2002	10.678	93,5	739	6,5	0	0,0	0	0,0	11.417
2006	10.668	93,1	790	6,9	0	0,0	0	0,0	11.458
Campania									
1982	14.002	90,5	1.431	9,3	34	0,2	19	0,1	15.486
1992	10.259	74,8	3.460	25,2	0	0,0	0	0,0	13.719
2002	10.223	79,2	2.673	20,7	17	0,1	0	0,0	12.913
2006 ¹	9.880	82,0	2.169	18,0	0	0,0	0	0,0	12.049
Italia									
1982	207.591	90,0	22.802	9,9	318	0,1	297	0,1	231.008
1992	132.745	88,6	17.079	11,4	0	0,0	0	0,0	149.824
2002	121.514	90,6	12.301	9,2	235	0,2	55	0,0	134.106
2006	121.354	92,6	9.664	7,4	0	0,0	0	0,0	131.018
Prov. Bari									
1982	6.326	56,7	4.802	43,1	25	0,2	12	0,1	11.165
1992	3.776	39,3	5.823	60,7	0	0,0	0	0,0	9.599
2002	2.209	34,6	4.176	65,4	0	0,0	0	0,0	6.385
2006	1.844	34,4	3.522	65,6	0	0,0	0	0,0	5.366
Prov. Brindisi									
1982	2.650	98,8	28	1,0	3	0,1	10	0,4	2.691
1992	1.492	64,2	833	35,8	0	0,0	0	0,0	2.325
2002	542	33,1	1.096	66,9	0	0,0	0	0,0	1.638
2006	555	36,4	968	63,6	0	0,0	0	0,0	1.523
Prov. Foggia									
1982	3.005	70,8	1.226	28,9	13	0,3	6	0,1	4.250
1992	3.118	82,4	664	17,6	0	0,0	0	0,0	3.782
2002	1.713	76,7	519	23,3	0	0,0	0	0,0	2.232
2006	1.582	80,9	373	19,1	0	0,0	0	0,0	1.955
Prov. Lecce									
1982	2.348	77,0	692	22,7	10	0,3	6	0,2	3.056
1992	2.322	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2.322
2002	1.283	74,7	434	25,3	0	0,0	0	0,0	1.717
2006	1.252	74,2	435	25,8	0	0,0	0	0,0	1.687
Prov. Taranto									
1982	3.470	79,0	916	20,9	4	0,1	4	0,1	4.394
1992	1.496	82,4	319	17,6	0	0,0	0	0,0	1.815
2002	670	60,3	441	39,7	0	0,0	0	0,0	1.111
2006	473	59,0	329	41,0	0	0,0	0	0,0	802

*calcolata sulla somma delle prime tre colonne; **calcolata sul totale -

¹ Valori stimati sulla base della Relazione del Ministro 2006

Tavola 18. IVG e tipo di anestesia

Area	Tipo di anestesia								Totale
	generale		locale		altro		non rilevato		
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia									
1986	22.704	89,1	2.157	8,5	623	2,4	134	0,5	25.618
1992	19.423	97,9	227	1,1	193	1,0	0	0,0	19.843
2002	12.454	96,1	209	1,6	298	2,3	122	0,9	13.083
2006	10.901	97,1	128	1,1	197	1,8	107	0,9	11.333
Emilia Romagna									
1986 ¹	13.607	80,4	2.572	15,2	745	4,4	154	0,9	17.078
1992 ¹	9.622	79,3	1.990	16,4	522	4,3	61	0,5	12.195
2002	9.090	79,6	2.211	19,4	116	1,0	0	0,0	11.417
2006	9.157	79,9	1.867	16,3	434	3,8	0	0,0	11.458
Campania									
1986	11.448	78,3	2.382	16,3	784	5,4	53	0,4	14.667
1992	9.695	70,9	3.477	25,4	503	3,7	44	0,3	13.719
2002	10.684	82,7	2.205	17,1	22	0,2	1	0,0	12.913
2006	9.185	76,3	2.780	23,1	80	0,7	4	0,0	12.049
Italia									
1986 ¹	106.594	76,5	25.778	18,5	6.967	5,0	50.496	26,6	189.834
1992	122.267	82,2	22.219	14,9	4.327	2,9	1011	0,7	149.824
2002	112.996	84,7	18.207	13,6	2.197	1,6	705	0,5	134.106
2006	110.406	84,8	16.147	12,4	3.695	2,8	770	0,6	131.018
Prov. Bari									
1986	10.521	96,8	241	2,2	102	0,9	45	0,4	10.909
1992	9.494	98,9	26	0,3	79	0,8	0	0,0	9.599
2002	6.142	97,2	19	0,3	159	2,5	65	1,0	6.385
2006	5.097	95,9	60	1,1	160	3,0	49	0,9	5.366
Prov. Brindisi									
1986	2.636	92,7	152	5,3	55	1,9	31	1,1	2.874
1992	2.276	97,9	41	1,8	8	0,3	0	0,0	2.325
2002	1.460	90,1	134	8,3	26	1,6	18	1,1	1.638
2006	1.476	98,4	17	1,1	7	0,5	23	1,5	1.523
Prov. Foggia									
1986	4.879	99,6	14	0,3	7	0,1	31	0,6	4.931
1992	3.779	99,9	3	0,1	0	0,0	0	0,0	3.782
2002	2.187	99,3	1	0,0	14	0,6	30	1,3	2.232
2006	1.933	99,7	0	0,0	6	0,3	16	0,8	1.955
Prov. Lecce									
1986	3.731	97,6	84	2,2	9	0,2	10	0,3	3.834
1992	2.319	99,9	0	0,0	3	0,1	0	0,0	2.322
2002	1.661	96,9	48	2,8	5	0,3	3	0,2	1.717
2006	1.603	95,8	48	2,9	22	1,3	14	0,8	1.687
Prov. Taranto									
1986	937	30,7	1.666	54,6	450	14,7	17	0,6	3.070
1992	1.555	85,7	157	8,7	103	5,7	0	0,0	1.815
2002	1.004	90,9	7	0,6	94	8,5	6	0,5	1.111
2006	792	99,4	3	0,4	2	0,3	5	0,6	802

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

¹ Valori stimati sulla base della Relazione del Ministro dello stesso anno

Tavola 19. IVG e tipo di intervento

Area	Tipo di intervento										
	raschiamento		Karman		isterosuzione		altro		non rilevato		totale
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1986	8.881	34,7	14.278	55,8	2.394	9,4	31	0,1	34	0,1	25.618
1992	4.780	24,1	12.925	65,1	2.060	10,4	78	0,4	0	0,0	19.843
2002	2.271	17,5	8.987	69,3	1.561	12,0	153	1,2	111	0,8	13.083
2006	1.459	13,0	7.324	65,4	2.288	20,4	136	1,2	126	1,1	11.333
Emilia Rom.											
1986 ¹	449	2,7	1.630	9,8	14.555	87,5	0	0,0	444	2,6	17.078
1992 ¹	279	2,3	619	5,1	11.245	92,6	0	0,0	51	0,4	12.195
2002	678	5,9	8.615	75,5	1.958	17,1	166	1,5	0	0,0	11.417
2006	586	5,1	7.568	66,0	2.740	23,9	564	4,9	0	0,0	11.458
Campania											
1986 ¹	3.751	25,6	4.220	28,8	5.964	40,7	718	4,9	13	0,1	14.667
1992	2.863	20,9	9.184	67,0	1.628	11,9	29	0,2	15	0,1	13.719
2002	167	1,3	11.687	90,5	1.049	8,1	10	0,1	0	0,0	12.913
2006	523	4,3	11.211	93,1	276	2,3	34	0,3	4	0,0	12.049
Italia											
1986 ¹	28.528	15,1	72.549	38,4	86.341	45,7	1.511	0,8	905	0,5	189.834
1992 ¹	22.848	15,3	74.070	49,6	51.371	34,4	1.045	0,7	489	0,3	149.824
2002	17.439	13,1	87.544	65,5	26.994	20,2	1.636	1,2	492	0,4	134.106
2006	16.908	12,9	85.801	65,7	24.806	19,0	3.065	2,3	438	0,3	131.018
Prov. Bari											
1986	3.140	28,8	7.209	66,2	539	4,9	9	0,1	12	0,1	10.909
1992	1.186	12,4	8.098	84,4	248	2,6	67	0,7	0	0,0	9.599
2002	498	7,9	5.602	88,5	100	1,6	131	2,1	54	0,8	6.385
2006	446	8,4	4.461	83,6	329	6,2	98	1,8	32	0,6	5.366
Prov. Brindisi											
1986	874	30,5	1.667	58,1	325	11,3	4	0,1	4	0,1	2.874
1992	413	17,8	1.651	71,0	260	11,2	1	0,0	0	0,0	2.325
2002	55	3,4	1.375	84,9	183	11,3	6	0,4	19	1,2	1.638
2006	18	1,2	1.327	88,1	152	10,1	9	0,6	17	1,1	1.523
Prov. Foggia											
1986	1.252	25,4	2.250	45,7	1.412	28,7	9	0,2	8	0,2	4.931
1992	1.289	34,1	1.326	35,1	1.164	30,8	3	0,1	0	0,0	3.782
2002	8	0,4	901	41,0	1.278	58,1	12	0,5	33	1,5	2.232
2006	390	20,7	426	22,6	1.066	56,5	5	0,3	68	3,5	1.955
Prov. Lecce											
1986	3.098	80,9	723	18,9	6	0,2	3	0,1	4	0,1	3.834
1992	1.697	73,1	253	10,9	370	15,9	2	0,1	0	0,0	2.322
2002	1.432	83,5	280	16,3		0,0	3	0,2	2	0,1	1.717
2006	441	26,2	944	56,1	274	16,3	23	1,4	5	0,3	1.687
Prov. Taranto											
1986	517	16,9	2.429	79,3	112	3,7	6	0,2	6	0,2	3.070
1992	195	10,7	1.597	88,0	18	1,0	5	0,3	0	0,0	1.815
2002	278	25,1	829	74,8		0,0	1	0,1	3	0,3	1.111
2006	164	20,6	166	20,8	467	58,5	1	0,1	4	0,5	802

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

¹ Valori stimati sulla base della Relazione del Ministro dello stesso anno

Tavola 20. IVG e durata della degenza

Area	Durata degenza (n. giorni)										
	<1		1		2		>2		non rilevato		totale
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1982	9.603	41,2	6.810	29,2	3.347	14,4	3.540	15,2	2.256	8,8	25.556
1992	17.244	86,9	1.499	7,6	930	4,7	165	0,8	5	0,0	19.843
2002	11.450	89,0	1.020	7,9	186	1,4	210	1,6	217	1,7	13.083
2006	9.917	93,3	457	4,3	62	0,6	197	1,9	700	6,2	11.333
Emilia Rom.											
1982	8.583	43,8	6.611	33,8	2.876	14,7	1.509	7,7	3.709	15,9	23.288
1992	9.977	84,2	1.316	11,1	357	3,0	199	1,7	346	2,8	12.195
2002	11.040	96,7	184	1,6	107	0,9	86	0,8	0	0,0	11.417
2006	10.671	93,1	588	5,1	122	1,1	77	0,7	0	0,0	11.458
Campania											
1982	8.007	54,8	4.452	30,5	1.305	8,9	842	5,8	880	5,7	15.486
1992	11.025	80,4	2.294	16,7	328	2,4	66	0,5	6	0,0	13.719
2002	8.082	62,6	3.300	25,6	290	2,2	1241	9,6	0	0,0	12.913
2006	9.356	77,7	1.598	13,3	554	4,6	540	4,5	1	0,0	12.049
Italia											
1982	93.831	44,3	61.071	28,8	35.765	16,9	21.173	10,0	19.168	8,3	231.008
1992	111.340	76,3	26.029	17,8	6.333	4,3	2.274	1,6	3.848	2,6	149.824
2002	116.539	87,3	11.518	8,6	2.862	2,1	2.547	1,9	639	0,5	134.106
2006	116.662	90,7	6.703	5,2	3.078	2,4	2.210	1,7	2.366	1,8	131.018
Prov. Bari											
1982	4.902	48,6	2.379	23,6	1.447	14,3	1.367	13,5	1.070	9,6	11.165
1992	8.183	85,3	763	8,0	538	5,6	113	1,2	2	0,0	9.599
2002	5.656	89,9	365	5,8	96	1,5	173	2,8	95	1,5	6.385
2006	5.131	96,1	30	0,6	20	0,4	156	2,9	29	0,5	5.366
Prov. Brindisi											
1982	1.098	44,4	163	6,6	184	7,4	1.028	41,6	218	8,1	2.691
1992	1.728	74,4	388	16,7	177	7,6	30	1,3	2	0,1	2.325
2002	1.342	84,9	168	10,6	65	4,1	6	0,4	57	3,5	1.638
2006	1.389	94,0	29	2,0	32	2,2	27	1,8	46	3,0	1.523
Prov. Foggia											
1982	1.087	31,4	1.895	54,8	199	5,8	279	8,1	790	18,6	4.250
1992	3.749	99,1	29	0,8	2	0,1	2	0,1	0	0,0	3.782
2002	2.143	98,7	15	0,7	7	0,3	7	0,3	60	2,7	2.232
2006	1.535	99,2	3	0,2	3	0,2	6	0,4	408	20,9	1.955
Prov. Lecce											
1982	942	31,9	1.135	38,4	305	10,3	570	19,3	104	3,4	3.056
1992	1.867	80,4	231	10,0	209	9,0	14	0,6	1	0,0	2.322
2002	1.230	71,7	467	27,2	9	0,5	9	0,5	2	0,1	1.717
2006	1.076	73,1	384	26,1	6	0,4	5	0,3	216	12,8	1.687
Prov. Taranto											
1982	1.574	36,4	1.238	28,7	1.212	28,1	296	6,9	74	1,7	4.394
1992	1.717	94,6	88	4,8	4	0,2	6	0,3	0	0,0	1.815
2002	1.079	97,4	5	0,5	9	0,8	15	1,4	3	0,3	1.111
2006	786	98,1	11	1,4	1	0,1	3	0,4	1	0,1	802

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

Tavola 20a. IVG (%*) e durata della degenza per luogo di intervento - Puglia e province. Anno 2006

Luogo d'intervento	Durata degenza (n. giorni)					Totale
	<1	1	2	>2	non rilevato**	
Puglia						
Istituto di cura pubblico	86,2	8,8	1,2	3,8	12,0	5.706
Casa di cura	99,6	0,3	0,1	0,1	0,2	5.627
Totale	93,3	4,3	0,6	1,9	6,2	11.333
Prov. Bari						
Istituto di cura pubblico	89,3	1,2	1,0	8,5	1,2	1.844
Casa di cura	99,7	0,2	0,1	0,0	0,2	3.522
Totale	96,1	0,6	0,4	2,9	0,5	5.366
Prov. Brindisi						
Istituto di cura pubblico	83,2	5,5	6,3	5,1	7,9	555
Casa di cura	99,8	0,1	0,0	0,1	0,2	968
Totale	94,0	2,0	2,2	1,8	3,0	1.523
Prov. Foggia						
Istituto di cura pubblico	99,2	0,3	0,2	0,3	25,7	1.582
Casa di cura	99,2	0,0	0,3	0,5	0,5	373
Totale	99,2	0,2	0,2	0,4	20,9	1.955
Prov. Lecce						
Istituto di cura pubblico	62,0	37,0	0,6	0,5	17,0	1.252
Casa di cura	100,0	0,0	0,0	0,0	0,7	435
Totale	73,1	26,1	0,4	0,3	12,8	1.687
Prov. Taranto						
Istituto di cura pubblico	98,5	0,6	0,2	0,6	0,2	473
Casa di cura	97,6	2,4	0,0	0,0	0,0	329
Totale	98,1	1,4	0,1	0,4	0,1	802

*calcolata sul totale esclusi i non rilevati; ** calcolata sul totale

Tavola 21. IVG e complicanze

Area	Complicanze										
	nessuna		emorragia		infezione		altro		non rilevato		totale
	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%*	n.	%**	
Puglia											
1982	23.930	995,8	63	2,6	25	1,0	14	0,6	1.524	6,0	25.556
1992	19.806	998,2	34	1,7	2	0,1		0,0	1	0,0	19.843
2002 ¹	12.749	998,2	23	1,8	0	0,0	0	0,0	311	2,4	13.083
2006	11.164	997,6	22	2,0	3	0,3	2	0,2	142	1,3	11.333
Emilia Romagna											
1982	23.135	996,3	56	2,4	8	0,3	23	1,0	66	0,3	23.288
1992	11.908	996,0	18	1,5	5	0,4	25	2,1	239	2,0	12.195
2002 ¹	11.379	996,7	35	3,1	2	0,2	0	0,0		0,0	11.417
2006	11.399	994,9	31	2,7	1	0,1	27	2,4		0,0	11.458
Campania											
1982	15.119	998,1	19	1,3	1	0,1	9	0,6	338	2,2	15.486
1992	13.642	996,4	42	3,1	1	0,1	6	0,4	28	0,2	13.719
2002 ¹	12.857	997,2	32	2,5	1	0,1	3	0,2	20	0,2	12.913
2006	12.012	997,1	31	2,5	0	0,0	4	0,3	3	0,0	12.049
Italia											
1982	221.974	995,5	533	2,4	111	0,5	359	1,6	8.031	3,5	231.008
1992	146.228	996,5	322	2,2	80	0,5	109	0,7	3.085	2,1	149.824
2002 ¹	131.597	997,0	290	2,2	13	0,1	92	0,7	2.113	1,6	134.106
2006	128.217	996,6	256	2,0	20	0,2	158	1,2	2.367	1,8	131.018
Prov. Bari											
1982	10.435	995,3	28	2,7	11	1,0	10	1,0	681	6,1	11.165
1992	9.563	996,2	34	3,5	2	0,2	0	0,0	0	0,0	9.599
2002 ¹	6.256	997,9	13	2,1	0	0,0	0	0,0	116	1,8	6.385
2006	5.285	995,1	21	4,0	3	0,6	2	0,4	55	1,0	5.366
Prov. Brindisi											
1982	2.582	995,8	4	1,5	7	2,7	0	0,0	98	3,6	2.691
1992	2.325	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2.325
2002	1.551	999,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0	86	5,3	1.638
2006	1.476	999,3	1	0,7		0,0		0,0	46	3,0	1.523
Prov. Foggia											
1982	3.585	995,6	12	3,3	3	0,8	1	0,3	649	15,3	4.250
1992	3.782	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3.782
2002	2.132	998,6	3	1,4	0	0,0	0	0,0	97	4,3	2.232
2006	1.945	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,5	1.955
Prov. Lecce											
1982	2.979	996,0	9	3,0	3	1,0	0	0,0	65	2,1	3.056
1992	2.321	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2.322
2002	1.708	997,1	5	2,9	0	0,0	0	0,0	4	0,2	1.717
2006	1.663	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	1,4	1.687
Prov. Taranto											
1982	4.349	996,8	10	2,3	1	0,2	3	0,7	31	0,7	4.394
1992	1.815	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.815
2002	1.102	999,1	1	0,9	0	0,0	0	0,0	8	0,7	1.111
2006	795	1000,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,9	802

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

¹ Valori stimati sulla base della Relazione del Ministro dello stesso anno

Tavola 22. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 1982 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti – valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																Totale residenti n.	IE*					
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia			Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	
Piemonte	95,0	0,1	2,5	0,0	0,1	0,0	1,0	0,5	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	19051	5,0
Valle d'Aosta	15,6	80,4	0,6	0,0	0,5	0,0	0,8	0,2	0,5	0,0	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	622	19,6
Lombardia	0,4	0,0	91,7	0,1	0,4	0,1	0,3	5,4	0,3	0,2	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	38952	8,3
Trent.-A. Adige	0,3	0,0	3,1	89,0	3,4	0,4	0,0	1,9	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	2207	11,0
Veneto	0,2	0,0	2,6	0,3	90,4	3,7	0,1	1,5	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	11555	9,6
Friuli-V. Giulia	0,0	0,0	0,3	0,1	1,0	97,5	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	4681	2,5
Liguria	0,8	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	93,6	0,4	3,8	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	8034	6,4
E. Romagna	0,0	0,0	2,0	0,0	0,3	0,1	0,1	96,5	0,4	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19984	3,5
Toscana	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,8	0,5	97,1	0,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16612	2,9
Umbria	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	3,6	92,8	1,2	1,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	3617	7,2
Marche	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	13,4	0,5	0,5	84,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5397	16,0
Lazio	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,9	1,6	0,3	95,6	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	22718	4,4
Abruzzo	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,9	0,5	0,2	5,3	1,8	89,2	1,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5196	10,8
Molise	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,1	0,0	0,9	0,8	0,3	1,1	5,6	6,9	81,6	0,7	0,9	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	1158	18,4
Campania	0,1	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,5	0,3	0,0	0,1	2,6	0,1	0,4	94,5	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	15822	5,5
Puglia	0,1	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,4	0,1	97,2	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	25037	2,8
Basilicata	0,2	0,0	0,7	0,0	0,2	0,1	0,1	0,7	1,0	0,3	0,1	1,0	0,1	0,0	6,1	59,4	1,6	0,2	0,0	0,0	0,0	2308	40,6
Calabria	0,6	0,1	1,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,9	1,2	0,2	0,1	1,3	0,0	0,1	0,6	1,2	89,2	2,8	0,0	0,0	0,0	5280	10,8
Sicilia	0,2	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	97,6	0,0	0,0	14354	2,4
Sardegna	0,2	0,1	1,0	0,0	0,1	0,3	0,3	0,5	0,9	0,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	4946	4,5
Italia	8,2	0,2	16,5	0,9	4,8	2,2	3,6	10,1	7,7	1,8	2,3	10,0	2,2	0,5	6,7	11,1	0,7	2,1	6,3	2,1	0,0	227531	6,2
Estero	79,0	0,0	0,3	0,1	0,3	0,2	1,1	2,4	6,6	0,1	0,1	1,8	0,3	0,1	2,7	1,9	0,2	0,7	1,6	0,7	0,0	1952	
Totale IVG	8,8	0,2	16,4	0,9	4,8	2,2	3,5	10,0	7,7	1,7	2,2	10,0	2,1	0,5	6,7	11,1	0,7	2,1	6,3	2,1	0,0	229483	

* IE: Indice di Emigrazione

Tavola 23. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 1982
(percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi – valori in grassetto –, e indice di immigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																Totale residenti %				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia		Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Piemonte	89,8	2,8	1,3	0,1	0,2	0,1	2,3	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	8,3
Valle d'Aosta	0,5	92,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Lombardia	0,9	1,5	95,2	1,1	1,3	0,7	1,4	9,2	0,6	2,0	1,3	0,6	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,4	0,4	0,2	17,0
Trent-A. Adige	0,0	0,0	0,2	95,6	0,7	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Veneto	0,1	0,0	0,8	1,6	95,5	8,3	0,2	0,8	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	3,7	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	5,0
Friuli-V. Giulia	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	89,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
Liguria	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	92,5	0,2	1,7	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	3,5
E. Romagna	0,0	0,2	1,1	0,4	0,6	0,2	83,7	0,4	0,1	0,9	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	8,7
Toscana	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	1,6	0,4	91,8	2,5	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	7,2
Umbria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	84,1	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,6
Marche	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	3,1	0,2	0,6	88,1	0,1	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Lazio	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	1,2	9,0	1,3	95,0	1,6	1,4	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	9,9
Abruzzo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	5,4	0,4	94,2	4,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	2,3
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	1,6	76,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Campania	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	1,8	0,3	5,0	97,5	0,2	2,5	0,3	0,1	0,0	6,9
Puglia	0,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,4	0,5	0,5	0,8	0,2	0,6	8,1	0,1	95,9	4,3	0,2	0,1	0,1	10,9
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,9	2,6	91,4	0,7	0,0	0,0	1,0
Calabria	0,1	0,7	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2	0,1	0,3	0,0	0,3	0,2	0,3	0,8	96,6	1,0	0,0	2,3
Sicilia	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	97,5	0,1	6,3
Sardegna	0,0	0,9	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,7	2,2
Italia	92,3	100,0	100,0	99,9	100,0	99,9	99,7	99,8	99,3	99,9	100,0	99,8	99,9	99,9	99,7	99,9	99,8	99,7	99,8	99,7	99,1
Estero	7,7	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,9
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	20147	538	37530	2054	10941	5118	8126	23048	17579	3994	5150	22856	4922	1242	15347	25358	1501	4877	14367	4788	229483
Indice di immigrazione	10,2	7,1	4,8	4,4	4,5	10,8	7,5	16,3	8,2	15,9	11,9	5,0	5,8	23,9	2,5	4,1	8,6	3,4	2,5	1,3	7,0

Tavola 24. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 1992 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti – valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																Totale residenti n.	IE*					
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia			Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	
Piemonte	93,0	0,2	3,6	0,1	0,2	0,1	1,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	9040	7,0
Valle d'Aosta	0,3	95,9	0,6	0,0	0,6	0,3	0,3	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	340	4,1
Lombardia	0,4	0,0	93,3	0,1	0,5	0,2	0,4	2,4	0,9	0,4	0,2	0,3	0,1	0,0	0,2	0,4	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	23691	6,7
Trent.-A. Adige	0,1	0,0	91,1	3,1	2,5	0,3	0,0	1,2	0,7	0,1	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	1542	8,9
Veneto	0,0	0,0	5,6	1,4	83,5	5,1	0,1	3,4	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	7131	16,5
Friuli-V. Giulia	0,1	0,0	0,4	0,2	1,5	95,5	0,0	0,8	0,2	0,0	0,2	0,4	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	2508	4,5
Liguria	0,6	0,0	1,1	0,0	0,2	0,0	91,5	0,3	5,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	4478	8,5
E. Romagna	0,0	0,0	2,4	0,1	0,2	0,0	0,1	96,0	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	10840	4,0
Toscana	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,1	0,9	0,7	96,2	0,9	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9979	3,8
Umbria	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	4,0	92,6	0,5	1,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2630	7,4
Marche	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2	0,1	0,0	13,9	1,0	0,6	82,5	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2872	17,5
Lazio	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,9	1,2	0,1	96,3	0,2	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16733	3,7
Abruzzo	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,2	0,0	1,0	0,4	0,2	6,9	3,5	84,3	1,9	0,2	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	3284	15,7
Molise	0,1	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	0,5	0,6	0,6	0,3	0,5	2,4	6,4	84,3	1,9	1,5	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1165	15,7
Campania	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,4	0,1	0,0	1,6	0,3	0,5	94,9	0,7	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	13872	5,1
Puglia	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1	0,5	0,1	97,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	19082	2,8
Basilicata	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,9	0,4	0,1	0,1	1,7	0,0	0,1	11,3	41,3	42,3	0,8	0,0	0,0	0,0	2053	57,7
Calabria	0,2	0,2	1,8	0,1	0,3	0,0	0,3	1,3	1,0	0,3	0,1	2,7	0,1	0,0	1,1	1,1	0,1	88,2	1,2	0,0	0,0	3785	11,8
Sicilia	0,1	0,0	0,7	0,0	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	96,8	0,1	0,0	9535	3,2
Sardegna	0,1	0,1	1,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,5	0,5	0,0	0,1	0,8	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	95,8	0,1	3770	4,2
Italia	5,8	0,2	15,9	1,1	4,2	1,9	3,0	8,2	7,2	2,0	1,9	11,5	2,0	0,8	9,2	13,3	0,6	2,3	6,3	2,5	0,0	148330	6,9
Estero	74,0	0,0	1,9	1,0	0,0	0,0	0,2	1,3	0,8	0,1	0,0	0,8	0,1	0,4	0,3	4,6	0,0	0,2	0,0	14,2	0,0	896	
Totale IVG	6,2	0,2	15,8	1,1	4,2	1,9	3,0	8,2	7,1	2,0	1,9	11,4	2,0	0,8	9,1	13,3	0,6	2,3	6,3	2,5	0,0	149226	

* IE: Indice di Emigrazione

Tavola 25. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 1992
(percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi – valori in grassetto –, e indice di immigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																Totale residenti %					
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia		Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	
Piemonte	91,0	4,3	1,4	0,3	0,3	0,2	2,4	0,2	0,2	0,2	0,5	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	6,1
Valle d'Aosta	0,0	88,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Lombardia	0,9	1,6	93,5	1,4	1,9	1,9	2,1	4,7	1,9	3,4	1,3	0,4	1,0	0,2	0,3	0,4	0,1	0,5	0,4	0,3	0,3	15,9
Trent-A. Adige	0,0	0,0	0,2	88,5	0,6	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,0
Veneto	0,0	0,3	1,7	6,4	94,5	12,6	0,0	2,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	4,8
Friuli-V. Giulia	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	83,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,7
Liguria	0,3	0,5	0,2	0,0	0,1	0,0	91,2	0,1	2,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	3,0
E. Romagna	0,0	0,3	1,1	0,7	0,3	0,2	0,2	85,5	0,3	0,2	1,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	7,3
Toscana	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	1,9	0,6	90,3	2,9	0,5	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	6,7
Umbria	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	1,0	83,6	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Marche	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	3,3	0,3	0,6	85,0	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
Lazio	0,0	0,8	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,2	1,4	6,9	0,9	94,8	1,0	0,7	0,4	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	11,2
Abruzzo	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,3	0,1	0,2	8,1	0,7	92,2	5,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	2,2
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	2,5	78,7	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Campania	0,0	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5	0,4	0,2	1,3	1,3	5,5	96,5	0,5	3,1	0,8	0,0	0,0	0,0	9,3
Puglia	0,1	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,9	0,5	0,5	0,4	0,4	0,7	7,4	0,1	93,5	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	12,8
Basilicata	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	1,7	4,3	93,3	0,5	0,0	0,0	0,0	1,4
Calabria	0,1	1,9	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,4	0,4	0,3	0,1	0,6	0,1	0,1	0,3	0,2	0,5	96,6	0,5	0,0	0,0	2,5
Sicilia	0,1	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,6	98,5	0,3	0,0	6,4
Sardegna	0,0	0,5	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	95,3
Italia	92,8	100,0	99,9	99,4	100,0	100,0	100,0	99,9	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	99,7	100,0	99,8	100,0	99,9	100,0	99,9	100,0	96,6
Estero	7,2	0,0	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	3,4
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	9231	370	23630	1587	6298	2873	4491	12169	10623	2911	2787	16991	3001	1248	13647	19825	930	3456	9370	3788	149226	
Indice di immigrazione	9,0	11,9	6,5	11,5	5,5	16,6	8,8	14,5	9,7	16,4	15,0	5,2	7,8	21,3	3,5	6,5	6,7	3,4	1,5	4,7	4,7	7,5

Tavola 26. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 2002 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti – valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																Totale residenti n.	IE*							
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia			Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna			
Piemonte	95,4	0,1	2,7	0,0	0,1	0,0	0,6	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	7936	4,6	
Valle d'Aosta	8,7	86,7	1,1	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	264	13,3
Lombardia	0,5	0,0	96,1	0,2	0,3	0,1	0,1	1,7	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	13919	3,9
Trent.-A. Adige	0,3	0,0	1,8	92,7	1,2	0,3	0,0	1,8	0,5	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	1192	7,3
Veneto	0,1	0,0	4,5	7,0	82,5	2,5	0,0	2,4	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	5168	17,5
Friuli-V. Giulia	0,1	0,0	0,6	0,1	3,3	94,1	0,1	0,5	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1600	5,9
Liguria	3,3	0,0	0,7	0,1	0,1	0,0	90,1	0,5	4,5	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	2797	9,9
E. Romagna	0,1	0,0	2,5	0,1	0,4	0,0	0,1	95,3	0,3	0,1	0,7	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	7290	4,7
Toscana	0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	1,2	0,7	96,0	0,9	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	5693	4,0
Umbria	0,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,6	3,2	92,8	0,6	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1410	7,2
Marche	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	8,0	0,5	0,9	87,0	0,4	1,9	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1883	13,0
Lazio	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,9	1,3	0,1	95,0	0,7	0,2	0,5	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	11038	5,0
Abruzzo	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	1,9	0,4	0,3	4,1	1,9	89,4	0,6	0,3	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	2400	10,6
Molise	0,1	0,0	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	1,8	0,3	0,3	0,6	2,8	16,8	73,7	0,7	0,9	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	677	26,3
Campania	0,1	0,0	0,5	0,1	0,1	0,1	0,0	0,9	0,5	0,2	0,2	1,6	0,1	0,4	94,2	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	11627	5,8
Puglia	0,1	0,0	0,5	0,1	0,2	0,1	0,0	1,1	0,3	0,1	0,2	0,5	0,3	0,1	0,1	96,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12388	4,0
Basilicata	0,2	0,1	0,6	0,1	0,3	0,0	0,0	2,5	1,5	0,7	0,2	1,6	0,1	0,3	10,2	33,9	45,9	1,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1191	54,1
Calabria	0,4	0,0	1,1	0,1	0,2	0,1	0,2	1,6	0,6	0,6	0,0	2,4	0,1	0,0	0,9	0,5	0,2	88,1	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	3368	11,9
Sicilia	0,3	0,0	0,5	0,0	0,2	0,1	0,1	0,8	0,3	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	96,7	0,1	0,0	0,0	0,0	8764	3,3
Sardegna	0,3	0,0	0,7	0,1	0,2	0,1	0,3	1,2	0,7	0,3	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2297	4,9
Italia	7,7	0,2	13,9	1,5	4,4	1,6	2,6	7,8	5,8	1,6	1,8	10,8	2,4	0,6	10,9	12,1	0,6	3,0	8,4	2,2	0,0	0,0	0,0	102902	6,6
Estero	1,7	0,0	25,9	2,4	14,9	1,5	1,2	9,8	12,4	0,7	0,5	9,3	1,7	0,0	6,1	2,9	0,2	3,2	3,2	2,4	0,0	0,0	0,0	410	
Totale IVG	7,6	0,2	14,0	1,5	4,4	1,6	2,6	7,9	5,9	1,6	1,8	10,8	2,4	0,6	10,9	12,1	0,6	3,0	8,4	2,2	0,0	0,0	0,0	103312	

* IE: Indice di Emigrazione

Tavola 27. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 2002 (percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi – valori in grassetto –, e indice di immigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																Totale residenti %				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia		Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Piemonte	96,1	2,9	1,5	0,1	0,2	0,1	1,9	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	7,7
Valle d'Aosta	0,3	95,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Lombardia	0,9	0,4	92,6	1,4	0,9	0,4	0,6	2,9	0,6	0,2	0,6	0,2	0,3	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	13,5
Trent-A. Adige	0,1	0,0	0,2	71,0	0,3	0,2	0,0	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	1,2
Veneto	0,1	0,0	1,6	23,2	93,4	7,5	0,0	1,5	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	5,0
Friuli-V. Giulia	0,0	0,0	0,1	0,1	1,2	88,8	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	1,5
Liguria	1,2	0,4	0,1	0,2	0,1	0,0	93,4	0,2	2,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	2,7
E. Romagna	0,1	0,0	1,3	0,4	0,6	0,1	0,1	85,7	0,3	0,2	2,6	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	7,1
Toscana	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	2,4	0,5	90,0	3,1	0,4	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	5,5
Umbria	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	81,4	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,4
Marche	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	1,9	0,2	1,1	86,7	0,1	1,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Lazio	0,2	0,0	0,2	0,6	0,1	0,2	0,2	0,4	1,6	8,8	0,8	94,4	3,1	3,9	0,5	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2	10,7
Abruzzo	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,6	0,2	0,4	5,2	0,4	87,4	2,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	2,3
Molise	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	4,6	81,7	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7
Campania	0,1	0,0	0,4	0,7	0,3	0,9	0,1	1,2	0,9	1,1	1,0	1,6	0,6	8,0	97,3	0,6	4,0	0,4	0,1	0,3	11,3
Puglia	0,2	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,1	1,7	0,6	0,7	1,2	0,5	1,5	2,9	0,2	95,1	4,1	0,3	0,0	0,0	12,0
Basilicata	0,0	0,4	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,3	0,5	0,1	0,2	0,0	0,5	1,1	3,2	89,3	0,6	0,0	0,0	1,2
Calabria	0,2	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,7	0,3	1,2	0,1	0,7	0,1	0,2	0,3	0,1	1,0	96,0	1,1	0,0	3,3
Sicilia	0,3	0,0	0,3	0,2	0,4	0,5	0,3	0,8	0,4	0,6	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	1,0	97,9	0,3	8,5
Sardegna	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,4
Italia	99,9	100,0	99,3	99,4	98,7	99,6	99,8	99,5	99,2	99,8	99,9	99,7	99,7	100,0	99,8	99,9	99,8	99,6	99,8	99,6	99,6
Estero	0,1	0,0	0,7	0,6	1,3	0,4	0,2	0,5	0,8	0,2	0,1	0,3	0,3	0,0	0,2	0,1	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	7879	241	14453	4567	1696	2698	8110	6071	1609	1890	11112	2453	611	11260	12500	612	3092	8658	2242	1557	103312
Indice di immigrazione	3,9	5,0	7,4	29,0	6,6	11,2	6,6	14,3	10,0	18,6	13,3	5,6	12,6	18,3	2,7	4,9	10,7	4,0	2,1	2,6	14,3

Tavola 28. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 2006 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti – valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																	Totale residenti n.	IE*				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata			Calabria	Sicilia	Sardegna	
Piemonte	95,8	0,1	2,2	0,0	0,1	0,0	0,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	6939	4,2
Valle d'Aosta	8,3	89,3	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	206	10,7
Lombardia	0,5	0,0	96,2	0,3	0,3	0,0	0,2	1,5	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	12368	3,8
Trent.-A. Adige	0,1	0,0	1,7	94,5	1,4	0,1	0,2	1,0	0,4	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1023	5,5
Veneto	0,1	0,0	2,6	7,2	83,4	3,2	0,0	2,5	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	3574	16,6
Friuli-V. Giulia	0,1	0,0	0,4	0,1	4,2	93,1	0,1	0,7	0,2	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1461	6,9
Liguria	3,3	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	91,8	0,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	2400	8,2
E. Romagna	0,2	0,0	2,1	0,1	0,6	0,0	95,2	0,3	0,1	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	6140	4,8
Toscana	0,1	0,0	0,6	0,0	1,0	0,0	1,3	0,7	92,4	0,8	0,4	0,3	0,2	0,0	0,2	1,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	5454	7,6
Umbria	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,8	2,7	92,5	0,6	0,6	2,5	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1165	7,5
Marche	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	7,1	0,6	0,7	88,1	0,9	1,2	0,1	0,2	0,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1643	11,9
Lazio	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	1,1	1,1	0,2	95,4	0,5	0,3	0,4	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	9108	4,6
Abruzzo	0,1	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	2,1	0,5	0,2	4,9	2,3	87,8	1,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2048	12,2
Molise	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	2,8	0,8	0,8	0,2	4,3	15,2	71,9	1,5	1,8	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	606	28,1
Campania	0,2	0,0	0,5	0,0	0,2	0,1	0,1	0,9	0,6	0,1	0,1	1,4	0,2	0,4	94,5	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	10441	5,5
Puglia	0,3	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	0,0	1,1	0,3	0,1	0,1	0,6	0,6	0,4	0,1	95,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	10077	4,8
Basilicata	0,8	0,0	1,2	0,0	0,1	0,0	0,0	2,8	1,4	0,9	0,2	3,3	0,4	0,0	10,9	21,2	54,9	1,5	0,2	0,0	0,0	990	45,1
Calabria	0,7	0,0	1,5	0,1	0,2	0,1	0,2	2,0	1,4	0,3	0,0	2,1	0,1	0,0	1,0	0,7	0,6	86,8	2,1	0,0	0,0	2879	13,2
Sicilia	0,2	0,0	0,8	0,1	0,1	0,0	0,1	0,8	0,6	0,2	0,1	0,6	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	95,8	0,0	0,0	9863	4,2
Sardegna	0,5	0,1	0,8	0,4	25,6	0,1	0,1	0,8	0,6	0,1	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	2878	31,4
Italia	7,6	0,2	13,9	1,4	4,4	1,6	2,6	7,5	6,1	1,4	1,8	10,2	2,3	0,6	11,1	11,0	0,7	2,8	10,5	2,2	0,0	91263	7,4
Estero	4,4	1,1	5,5	2,2	3,7	1,1	2,2	12,1	6,2	1,1	0,0	7,0	2,2	8,1	10,6	1,5	2,6	5,9	7,7	15,0	0,0	273	
Totale IVG	7,6	0,2	13,8	1,4	4,4	1,6	2,6	7,5	6,1	1,4	1,8	10,2	2,3	0,6	11,1	11,0	0,7	2,9	10,5	2,2	0,0	91536	

* IE: Indice di Emigrazione

Tavola 29. Matrice origine-destinazione regionale: IVG secondo la regione di residenza e di intervento. Anno 2006 (percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi – valori in grassetto –, e indice di immigrazione)

Regione di residenza	Regione di intervento																	Totale residenti %				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trent-Alto Adige	Veneto	Friuli-V. Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata		Calabria	Sicilia	Sardegna	
Piemonte	95,4	2,0	1,2	0,1	0,1	0,0	1,5	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	7,6	
Valle d'Aosta	0,2	92,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Lombardia	0,9	0,5	93,9	2,4	1,0	0,3	1,0	2,8	0,7	0,0	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	13,5
Trent-A. Adige	0,0	0,0	0,1	73,7	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Veneto	0,1	0,0	0,7	19,5	74,5	7,6	0,0	1,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	3,9
Friuli-V. Giulia	0,0	0,0	0,0	0,1	1,5	90,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6
Liguria	1,1	0,5	0,1	0,1	0,1	92,4	0,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
E. Romagna	0,2	1,0	1,0	0,3	0,9	0,0	0,1	85,3	0,4	0,6	2,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	6,7
Toscana	0,1	0,0	0,3	0,2	1,3	0,1	2,9	0,6	89,8	3,3	1,2	0,2	0,6	0,3	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1	0,0	0,0	6,0
Umbria	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	82,4	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Marche	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,7	0,2	0,9	86,9	0,2	1,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
Lazio	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,4	1,8	7,4	0,8	93,2	2,2	4,0	0,4	0,1	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0	10,0
Abruzzo	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,6	0,2	0,3	6,1	0,5	86,1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,4	0,1	0,3	4,4	73,5	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Campania	0,3	0,0	0,4	0,0	0,4	0,5	0,3	1,4	1,1	0,6	0,5	1,5	1,1	7,8	97,2	0,4	4,0	0,4	0,1	0,0	0,0	11,4
Puglia	0,4	0,0	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1	1,6	0,5	1,0	0,7	0,7	3,0	6,1	0,1	95,6	5,2	0,2	0,0	0,0	11,0	
Basilicata	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,7	0,1	0,4	0,2	0,0	1,1	2,1	85,8	0,6	0,0	0,0	1,1	
Calabria	0,3	0,0	0,3	0,2	0,1	0,3	0,3	0,8	0,7	0,8	0,1	0,6	0,1	0,0	0,3	0,2	2,8	95,5	0,6	0,0	3,1	
Sicilia	0,3	0,8	0,6	1,1	0,3	0,3	0,4	1,1	1,0	1,2	0,4	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,5	98,5	0,0	10,8	
Sardegna	0,2	1,0	0,2	0,9	18,4	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,3	3,1	
Italia	99,8	98,5	99,9	99,5	99,8	99,8	99,7	99,5	99,7	99,8	100,0	99,8	99,7	96,3	99,7	100,0	98,9	99,4	99,8	98,0	99,7	
Estero	0,2	1,5	0,1	0,5	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3	0,2	0,0	0,2	0,3	3,7	0,3	0,0	1,1	0,6	0,2	2,0	0,3	
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	6969	200	12661	4002	1509	2384	6859	5610	1309	1664	9315	2089	593	10154	10036	634	2615	9594	2027	1312	91536	
Indice di immigrazione	4,6	7,8	6,1	26,3	25,5	9,8	7,6	14,7	10,2	17,6	13,1	6,8	13,9	26,5	2,8	4,4	14,2	4,5	1,5	2,7	14,9	

Tavola 30. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 1982 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti –valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti n.	Indice di emigrazione
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione		
Bari	96,9	0,8	0,3	0,1	0,8	1,2	10.521	3,1
Brindisi	3,2	87,8	0,0	2,1	4,6	2,3	2.605	12,2
Foggia	3,8	0,0	89,3	0,0	0,0	6,9	4.545	10,7
Lecce	1,3	4,2	0,0	90,3	0,3	3,9	3.236	9,7
Taranto	3,8	2,8	0,0	0,2	91,0	2,1	4.130	9,0
Fuori Regione	41,0	5,1	11,4	4,1	38,5		1.029	
Totale IVG	43,7	10,6	16,6	12,0	17,2		25.358	

Tavola 31. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 1982 (percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi –valori in grassetto –, indice di immigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione	
Bari	92,1	3,2	0,7	0,2	1,9	17,4	42,0
Brindisi	0,8	85,3	0,0	1,8	2,7	8,3	10,4
Foggia	1,6	0,1	96,5	0,0	0,0	44,2	18,2
Lecce	0,4	5,1	0,0	96,2	0,2	17,8	12,9
Taranto	1,4	4,3	0,0	0,3	86,1	12,3	16,5
Fuori Regione	3,8	1,9	2,8	1,4	9,1		
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	11.070	2.680	4.205	3.035	4.368	708	25.037
Indice di emigrazione	7,9	14,7	3,5	3,8	13,9		

Tavola 32. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 1992 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti –valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti n.	Indice di emigrazione
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione		
Bari	97,4	0,3	0,7	0,1	0,6	0,9	8.271	2,7
Brindisi	7,3	87,1	0,3	1,2	1,4	2,6	1.773	12,9
Foggia	5,8	0,1	88,5	0,1	0,1	5,6	3.913	11,5
Lecce	1,8	15,1	0,0	77,7	0,6	4,8	2.899	22,4
Taranto	17,3	10,3	0,1	0,1	69,2	3,0	2.226	30,8
Fuori Regione	57,9	6,4	19,3	2,6	13,8		1.286	
Totale IVG	48,4	11,7	19,1	11,7	9,1		19.825	

Tavola 33. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 1992 (percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi –valori in grassetto –, indice di immigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione	
Bari	84,0	1,1	1,6	0,4	2,7	13,8	43,3
Brindisi	1,4	66,5	0,2	1,0	1,4	8,5	9,3
Foggia	2,4	0,1	91,6	0,1	0,1	0,0	20,5
Lecce	0,6	18,9	0,0	97,0	0,9	25,4	15,2
Taranto	4,0	9,9	0,1	0,1	85,1	12,3	11,7
Fuori Regione	7,8	3,5	6,6	1,4	9,8		
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	9.590	2.325	3.780	2.320	1.810	543	19.082
Indice di emigrazione	16,0	33,6	8,4	3,0	14,9		

Tavola 34. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 2002 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti –valori in grassetto –, indice di emigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti n.	Indice di emigrazione
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione		
Bari	97,2	0,4	0,2	0,1	0,1	1,9	5.413	2,8
Brindisi	9,2	84,5	0,0	1,7	0,5	4,1	1.117	15,5
Foggia	7,6	0,1	84,8	0,0	0,0	7,5	2.166	15,2
Lecce	2,3	13,7	0,1	78,6	0,1	5,3	2.033	21,5
Taranto	13,7	18,8	0,0	0,9	62,0	4,6	1.659	38,0
Fuori Regione	52,3	4,1	35,8	2,0	5,9		593	
Totale IVG	49,0	12,7	16,5	13,2	8,6		12.483	

Tavola 35. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 2002 (percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi –valori in grassetto-, indice di immigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione	
Bari	86,1	1,5	0,6	0,2	0,6	21,1	43,7
Brindisi	1,7	59,6	0,0	1,2	0,5	9,2	9,0
Foggia	2,7	0,1	89,1	0,0	0,0	32,5	17,5
Lecce	0,8	17,6	0,1	97,0	0,2	21,7	16,4
Taranto	3,7	19,7	0,0	0,9	95,5	15,5	13,4
Fuori Regione	5,1	1,5	10,3	0,7	3,3		
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	6.114	1.583	2.062	1.647	1.077	498	12.388
Indice di emigrazione	13,9	40,4	10,9	3,0	4,5		

Tavola 36. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 2006 (percentuali di riga, indice di stanzialità delle residenti –valori in grassetto-, indice di emigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti n.	Indice di emigrazione
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione		
Bari	96,6	0,5	0,4	0,1	0,1	2,3	4.442	3,4
Brindisi	8,1	84,4	0,0	2,6	0,6	4,3	997	15,7
Foggia	6,7	0,0	84,0	0,0	0,1	9,3	1.725	16,0
Lecce	1,9	12,9	0,1	79,2	0,0	6,0	1.919	20,8
Taranto	24,5	31,7	0,1	0,7	37,2	5,9	992	62,8
Fuori Regione	49,5	9,9	28,8	9,2	2,6		424	
Totale IVG	49,7	14,6	15,9	15,9	3,9		10.019	

Tavola 37. Matrice origine-destinazione provinciale: IVG secondo la provincia di residenza e di intervento. Province della Puglia. Anno 2006 (percentuali di colonna, indice di stanzialità degli interventi –valori in grassetto-, indice di immigrazione)

Provincia di residenza	Provincia di intervento						Totale residenti
	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	fuori Regione	
Bari	86,2	1,6	1,1	0,2	1,0	21,7	44,1
Brindisi	1,6	57,3	0,0	1,6	1,5	9,0	9,9
Foggia	2,3	0,0	91,1	0,0	0,3	33,3	17,1
Lecce	0,7	16,8	0,1	95,3	0,0	24,0	19,0
Taranto	4,9	21,4	0,1	0,4	94,4	12,1	9,8
Fuori Regione	4,2	2,9	7,7	2,4	2,8		
Totale IVG (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale IVG (n.)	4.976	1.467	1.590	1.95	391	480	10.075
Indice di emigrazione	13,8	42,7	8,9	4,7	5,6		

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2011 (n. 4) 23° Suppl.