

Convegno

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA TRA LE DONNE STRANIERE

Roma, 15 dicembre 2005

L'IVG in Italia

Michele Grandolfo

Salute della donna e dell'età evolutiva

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

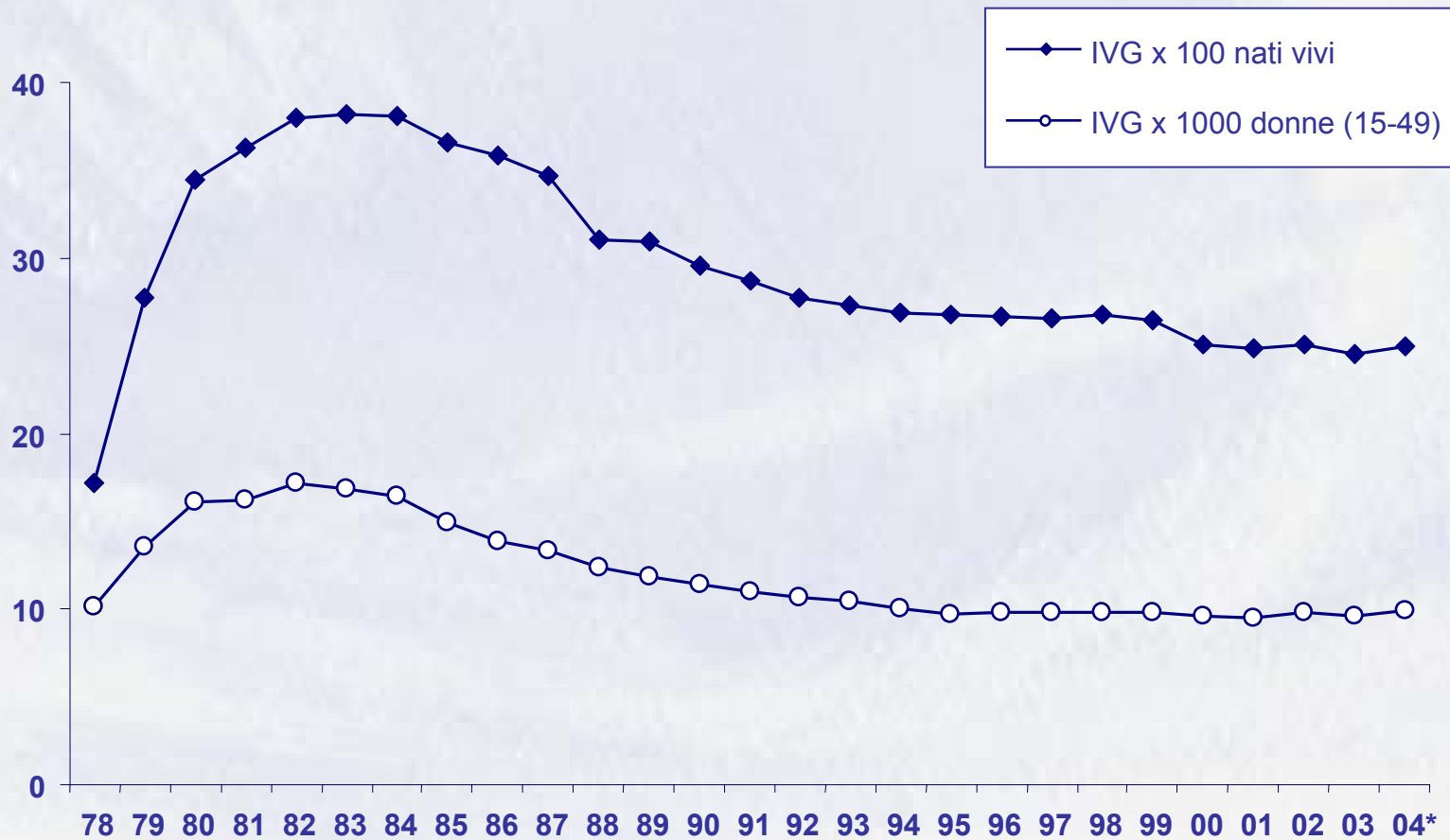
Istituto Superiore di Sanità

E-mail: migrando@iss.it - Tel: 06 49904309/11 - Fax: 06 49904310

Dal sistema di sorveglianza delle IVG la descrizione dell'evoluzione del fenomeno in Italia dalla legalizzazione ad oggi fornisce la risposta ai seguenti quesiti:

- **La legalizzazione ha permesso la riduzione dell'aborto clandestino?**
- **La maggiore "facilità" del ricorso all'aborto ne ha favorito la diffusione (scelta di elezione) o, al contrario, ha promosso una maggiore consapevolezza e competenza verso i metodi della procreazione responsabile, alternativi all'aborto (ultima ratio)?**
- **Quale contributo al fenomeno in seguito alla crescente immigrazione?**

TASSI E RAPPORTI DI ABORTIVITÀ – ITALIA 1978-2004



* dato provvisorio

ANDAMENTO DELL'ABORTIVITÀ LEGALE E CLANDESTINA IN ITALIA, 1982-2003

Anno

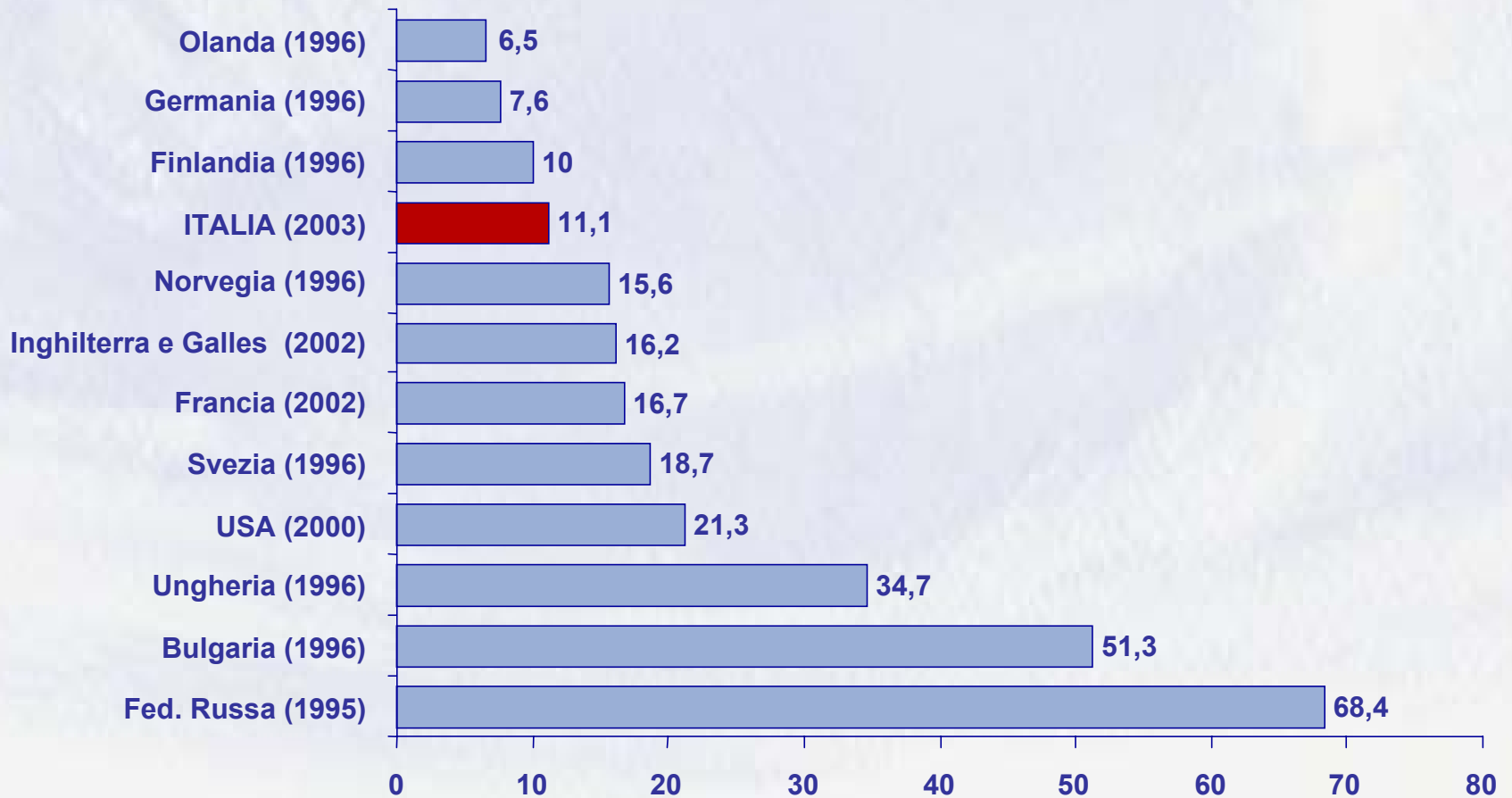
	1982	1987	1991	1995	1999	2001	2002	2003	Var % 1982-2003
IVG	234801	191469	160494	139549	139213	132234	134106	132178	- 43.5
Tasso di abortività	17.2	13.3	11.0	9.7	9.9	9.5	9.8	9.6	- 43.2
Aborti clandestini (stima)	n.r.	85000	60000	43500	22850	21000	n.d.	n.d.	- 79.0
IVG cittadinanza estera	n.r.	n.r.	n.r.	8967	18806	25094	29263	31836	

n.r. = dato non rilevato n.d. = dato non disponibile

La riduzione del ricorso all'aborto

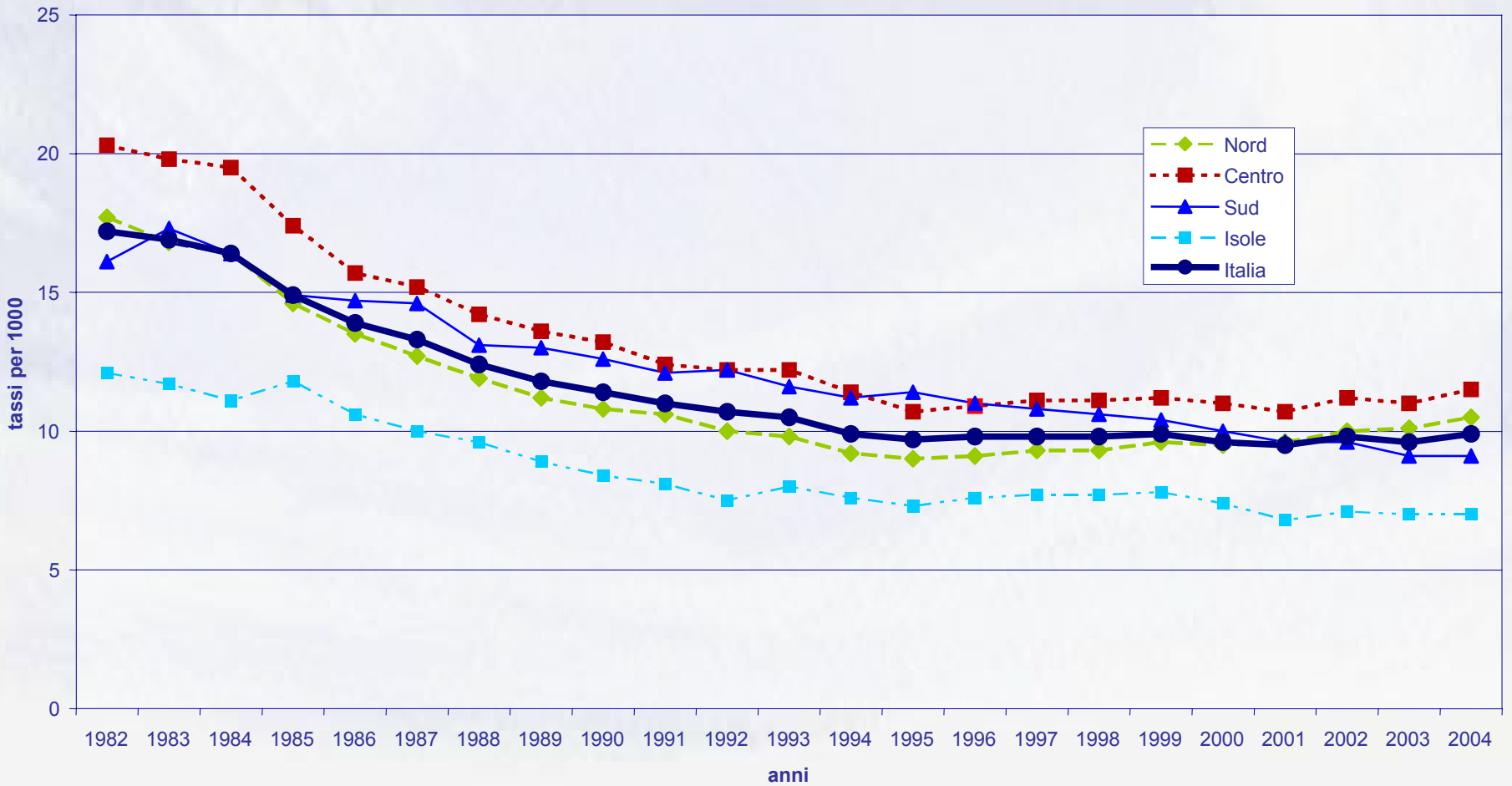
TASSI DI ABORTIVITÀ PER 1000 DONNE IN ETÀ 15-44 ANNI ANNI 1995-2003

confronti internazionali

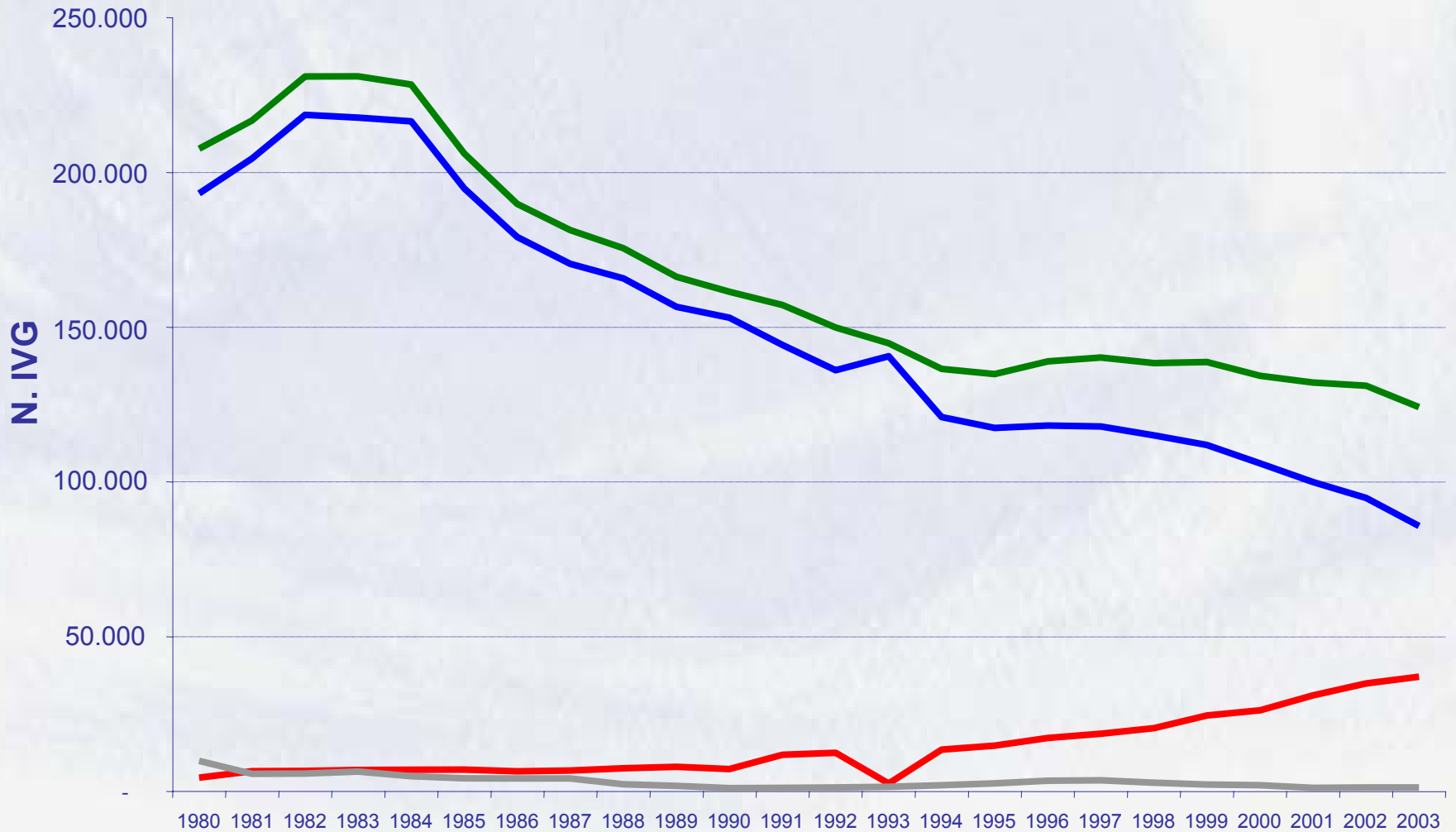


Fonti: Finer L.B., Henshaw S.K. Abortion Incidence and Services In the United States in 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(1):6-15. Ministère de la Santé et de la protection sociale. Drees, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2002. *Etudes et Résultats*, n.348, octobre 2004. Government Statistical Service. Abortion Statistics, England and Wales: 2002. *Statistical Bulletin*, 2003/23, October 2003 revised July 2004. The Alan Guttmacher Institute, *latest statistics* sul sito Internet www.guttmacher.org.

TASSI DI ABORTIVITÀ PER AREA GEOGRAFICA 1982-2004

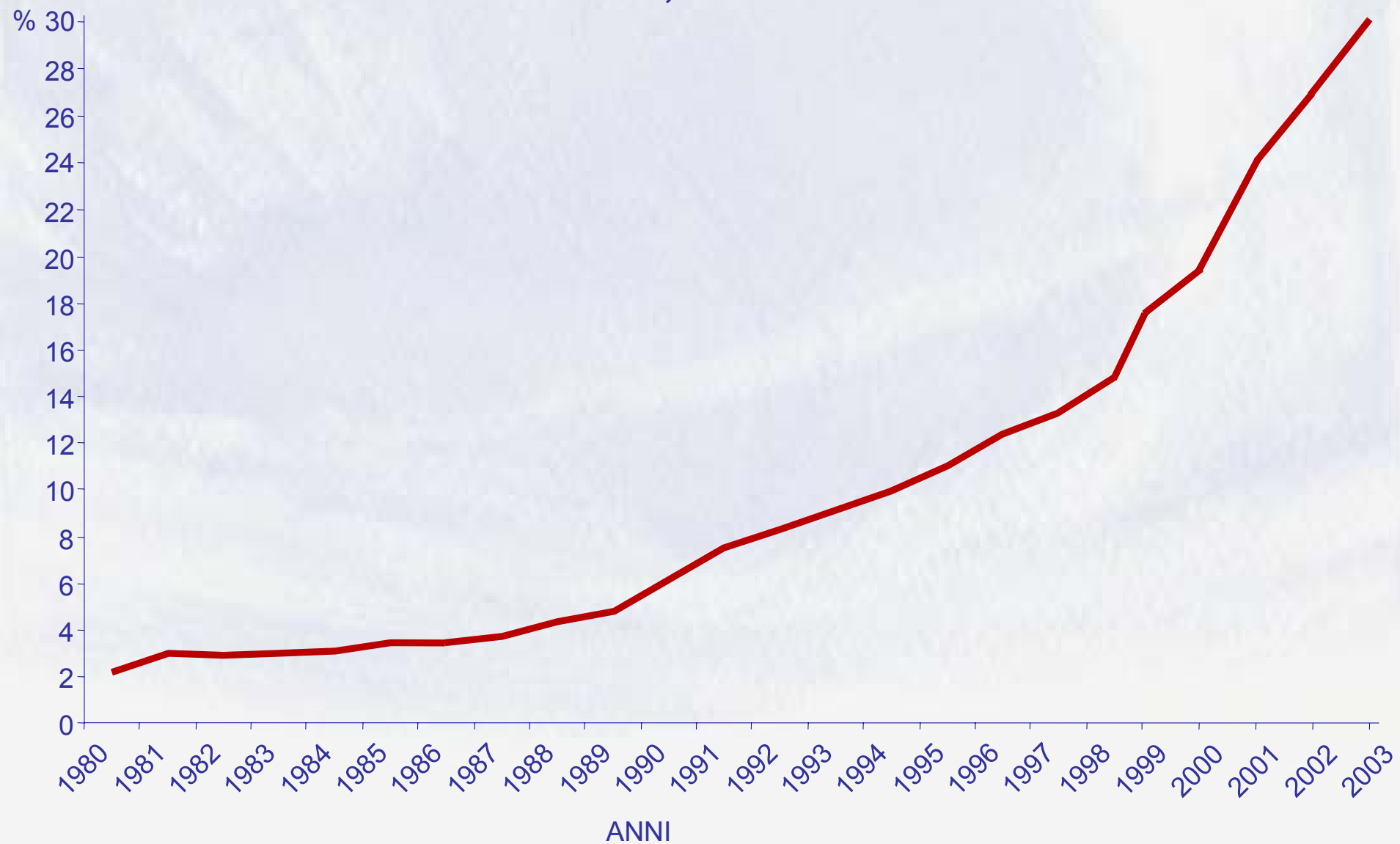


IVG PER PAESE DI NASCITA 1980-2003



— Italiane — Straniere — N.R. — TOT.

PERCENTUALE DI IVG EFFETTUATE DA DONNE NATE ALL'ESTERO ITALIA, 1980-2003



IVG PER CITTADINANZA, ITALIA 1995-2003

	Cittadinanza				Totale IVG	Tasso stimato straniere ‰
	<i>italiana</i> n.	<i>straniera</i> n.	%	<i>N.R.</i>		
1995	118.116	8.967	7,1	12466	139.549	27,4
1996	127.700	9.850	7,1	1373	140.398	29,1
1997	119.292	11.978	9,1	8896	140.166	26,4
1998	123.728	13.826	10,1	798	138.352	28,7
1999	118.818	18.806	13,7	1084	138.708	30,5
2000	111.741	21.201	15,9	2191	135.133	n.d.
2001	106.166	25.094	19,1	974	132.234	n.d.
2002	101.314	29.263	22,4	3529	134.106	n.d.
2003	91.275	31.836	25,9	9067	132.178	n.d.

DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLE IVG TRA LE STRANIERE, ITALIA 2003

REGIONE	IVG TOTALE n.	IVG STRANIERE %
PIEMONTE	10.921	32,8
VALLE D'AOSTA	294	9,2
LOMBARDIA	23.72	37,4
BOLZANO	525	27,2
TRENTO	1.229	14,8
VENETO	6.773	37,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.232	25,1
LIGURIA	3.893	30,8
EMILIA ROMAGNA	11.278	33,5
TOSCANA	8.106	29,1
UMBRIA	2.293	34,9
MARCHE	2.672	29,7
LAZIO	15.335	31,1
ABRUZZO	2.902	17,3
MOLISE	525	7,1
CAMPANIA	12.232	13,3
PUGLIA	12.519	3,9
BASILICATA	615	5,2
CALABRIA	3.125	11,0
SICILIA	9.203	5,9
SARDEGNA	2.434	6,0
ITALIA	132.178	25,9

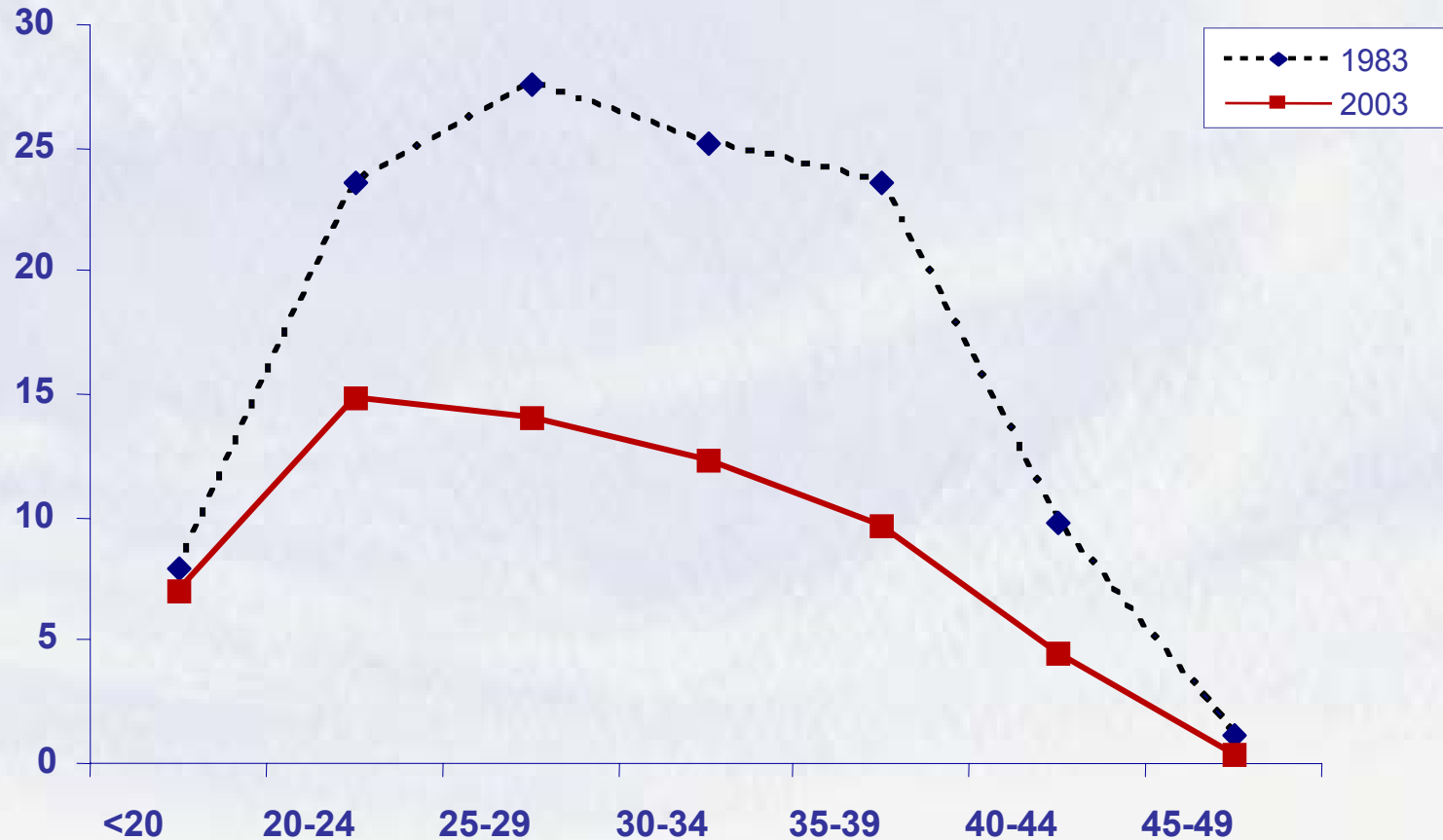
TASSI DI ABORTIVITÀ VOLONTARIA PER 1.000 DONNE RESIDENTI IN ITALIA, SECONDO LA CITTADINANZA E LE CLASSI D'ETÀ – 2000

Età	Cittadinanza	
	<i>italiana</i>	<i>straniera</i>
18-24	11,8	48,5
25-29	11,0	41,7
30-34	10,3	33,3
35-39	9,1	23,6
40-44	4,3	10,0
45-49	0,4	1,5
18-49 tasso grezzo	8,2	32,0
18-49 tasso standardizzato	8,5	29,7

Fonte: Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", In: Conti C, Sgritta GB. (a cura di), *Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri*. Anno III, n. 2, pp.131-140.

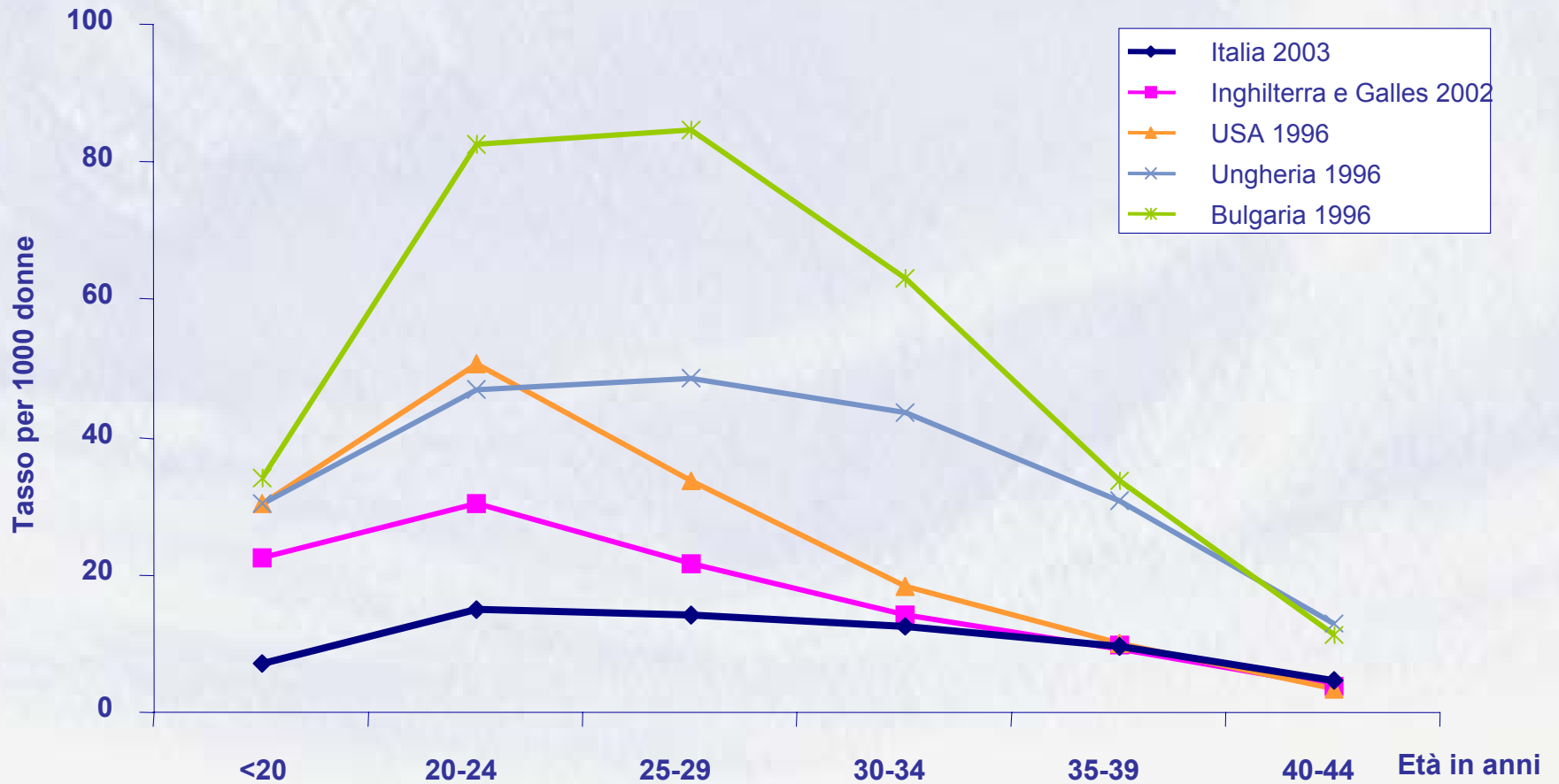
TASSI DI ABORTIVITÀ PER CLASSI DI ETÀ ITALIA, 1983 E 2003

La riduzione per classi di età



TASSI DI ABORTIVITÀ PER CLASSI DI ETÀ

Confronti internazionali



TASSI SPECIFICI DI ABORTIVITÀ PER STATO CIVILE, ISTRUZIONE ED OCCUPAZIONE

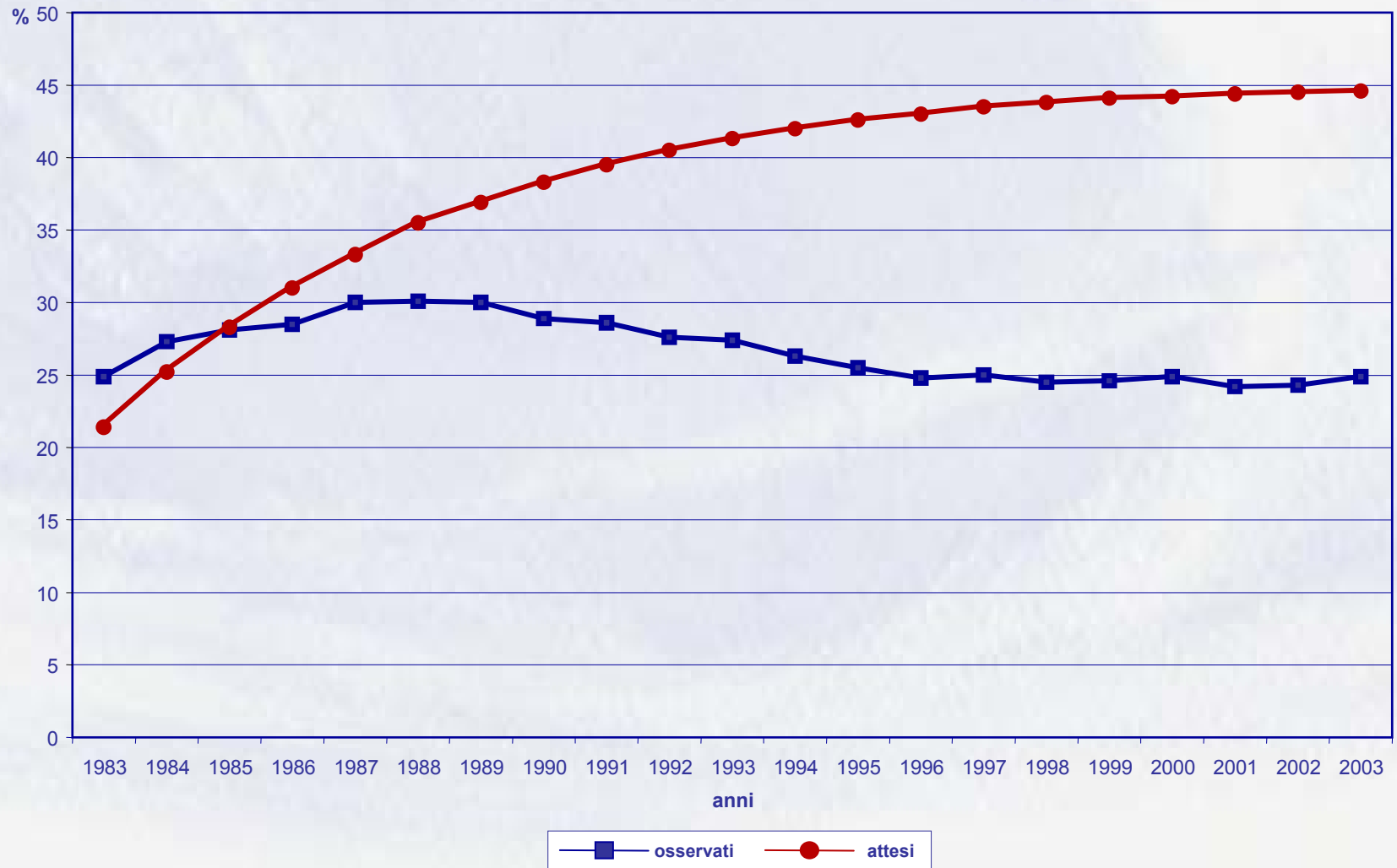
La riduzione per specifiche condizioni

	Anno			Var % 81- 91/ 2001
	1981	1991	2001	
STATO CIVILE				
coniugata	17.7	11.6	7.9	- 55.4
nubile	11.4	9.2	9.6	- 15.8
ISTRUZIONE				
Elementare	16.9	14.7	n.d.	- 13.0
Media inferiore	21.9	14.1	n.d.	- 35.6
Media sup. o laurea	14.2	9.0	n.d.	- 36.6
OCCUPAZIONE				
occupata	14.6	10.2	n.d.	- 30.1
casalinga	21.6	18.9	n.d.	- 12.5

n.d. = dato non disponibile

ANDAMENTO (%) DELLE IVG DI DONNE CON PRECEDENTE ESPERIENZA ABORTIVA 1983-2003

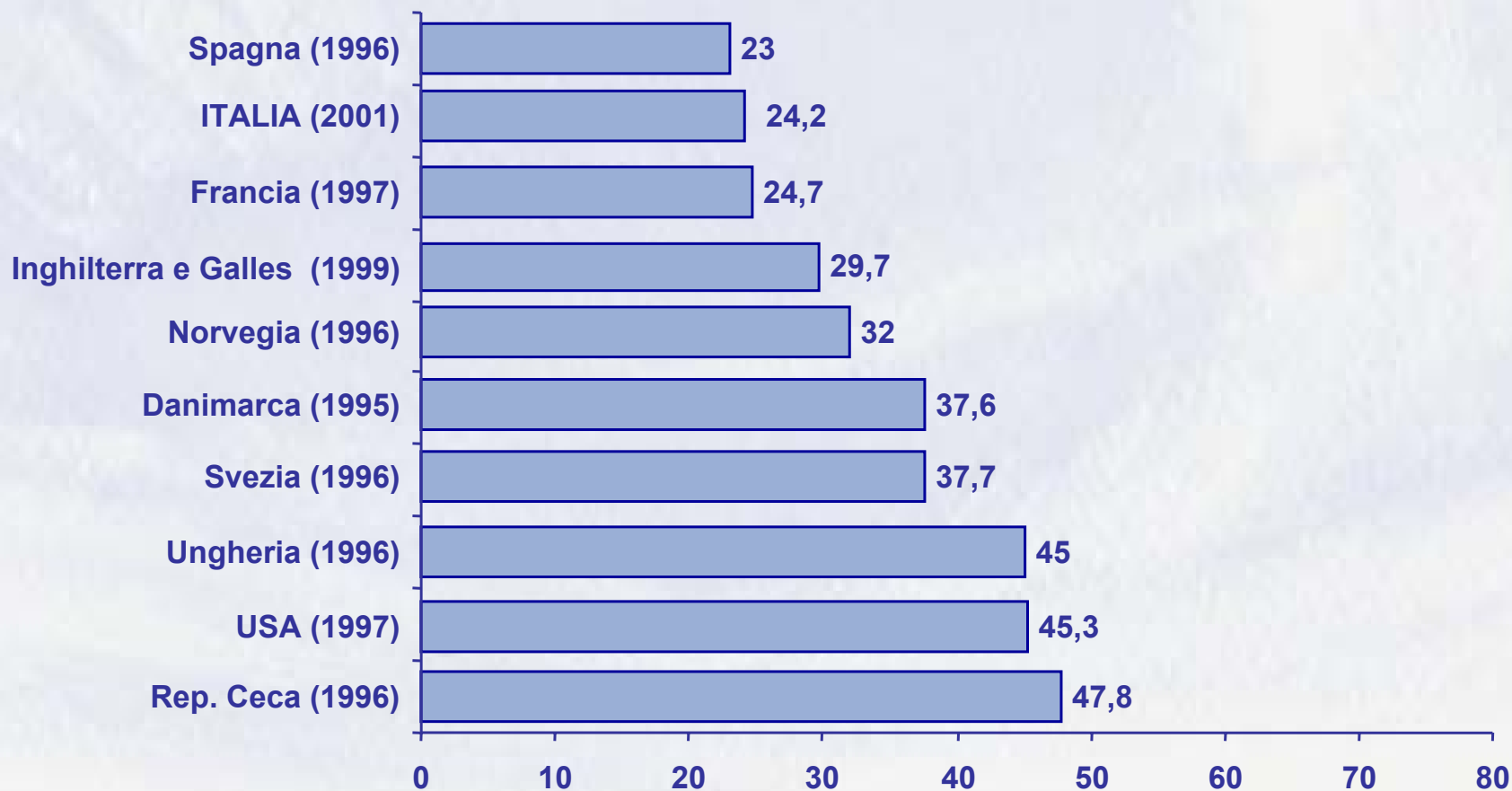
Confronto tra percentuali osservate e percentuali attese



NOTA. I valori attesi sono ricavati da modello matematico riportato in:
De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia.
Ann Ist Super Sanità. 1988; 34:331-8.

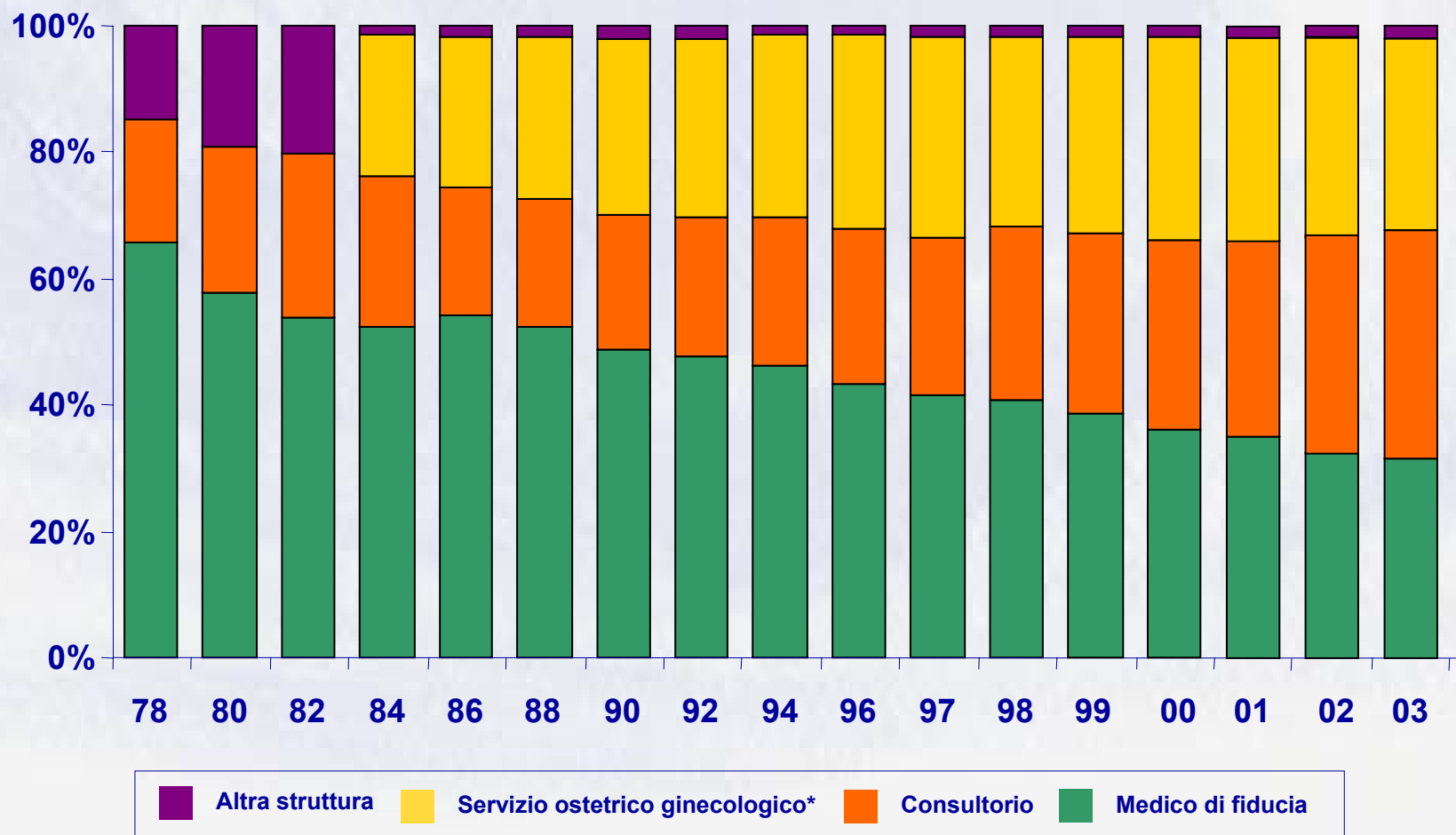
PERCENTUALE DI DONNE CHE HANNO ABORTITO CON STORIA DI IVG PRECEDENTI, VARI PAESI, 1995-2001

Confronti internazionali



IVG E LUOGO DI CERTIFICAZIONE – ITALIA 1978-2003

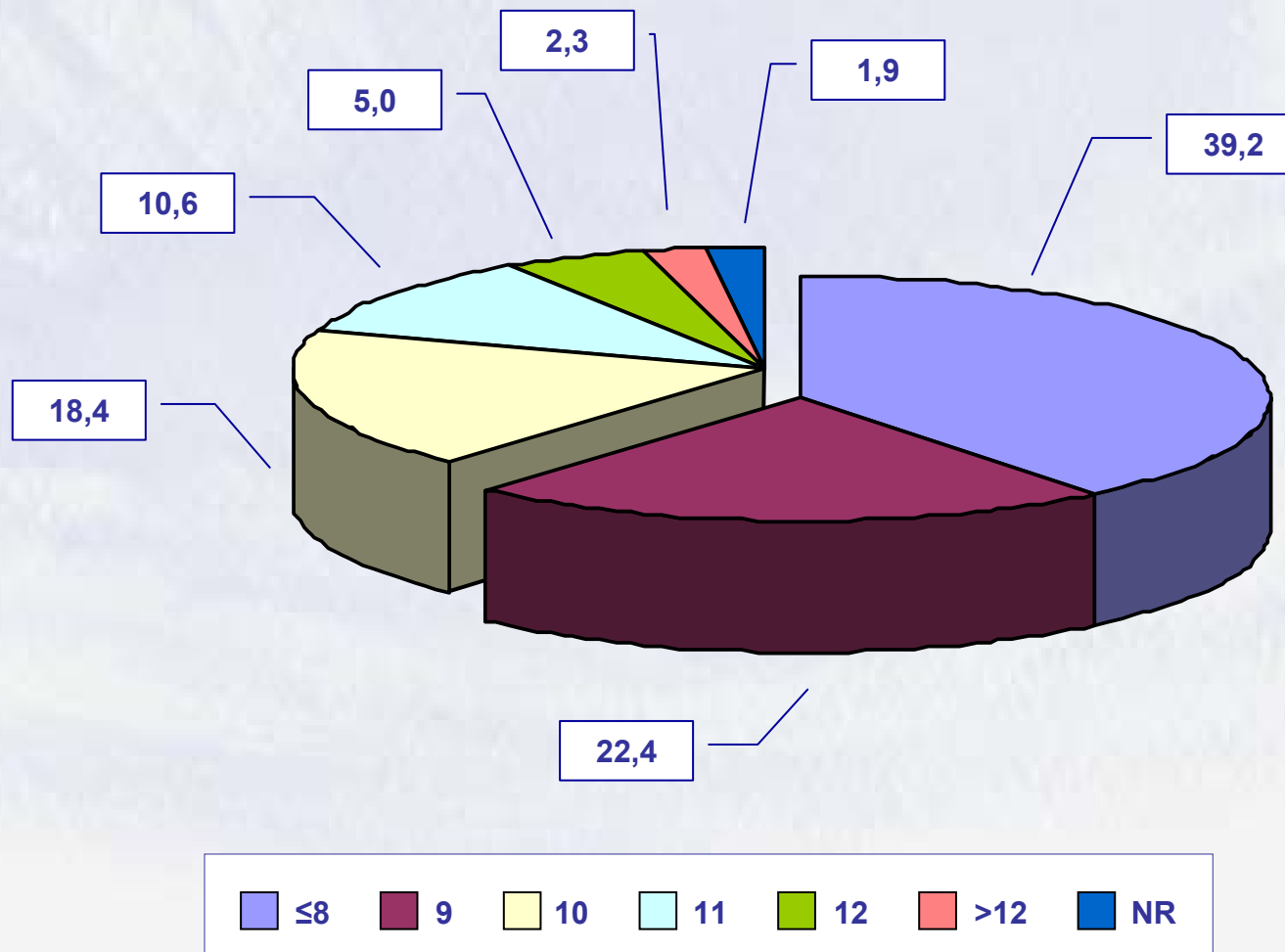
Il consultorio familiare rilascia poche certificazioni



* negli anni 78, 80, 82 la voce servizio ostetrico ginecologico era compresa nella voce altra struttura

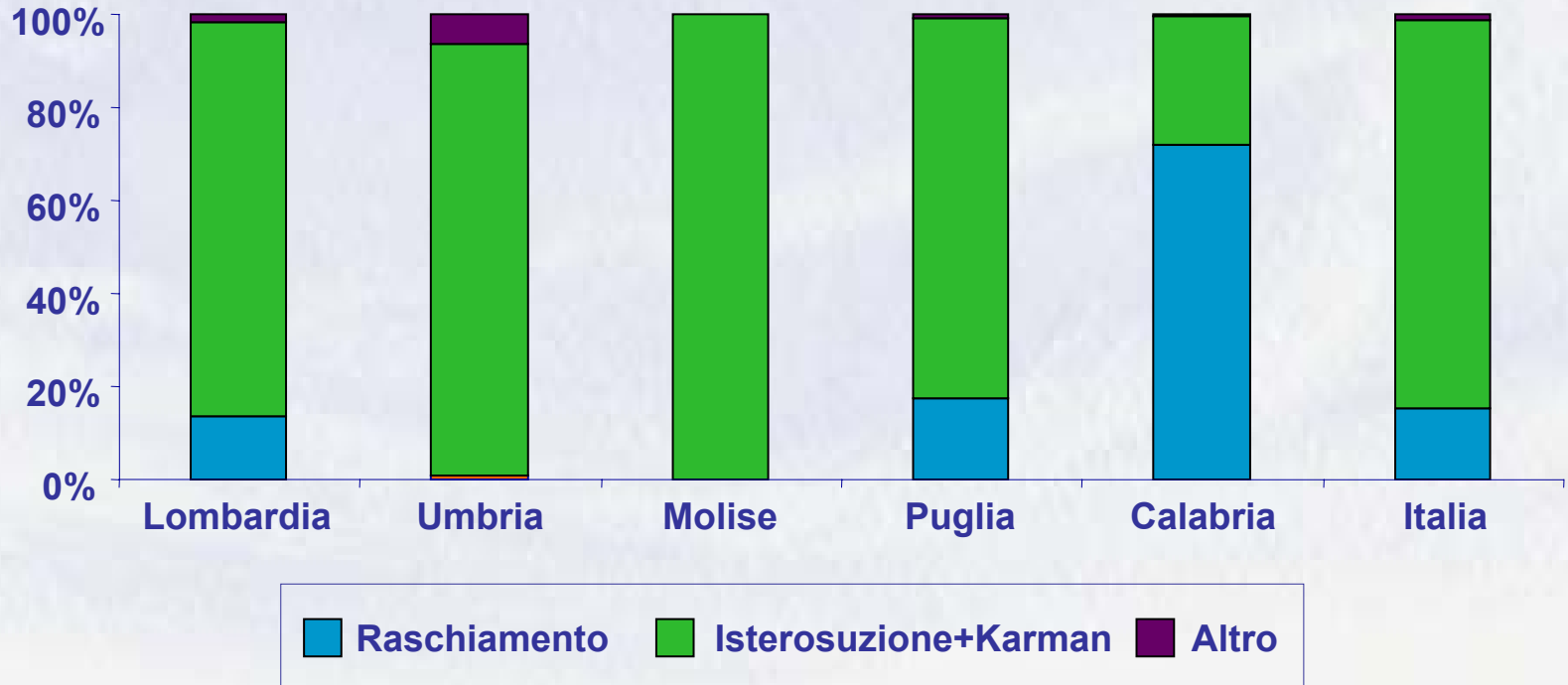
IVG E SETTIMANA GESTAZIONALE – 2003

Entro la 9^a settimana il 61.6% delle IVG



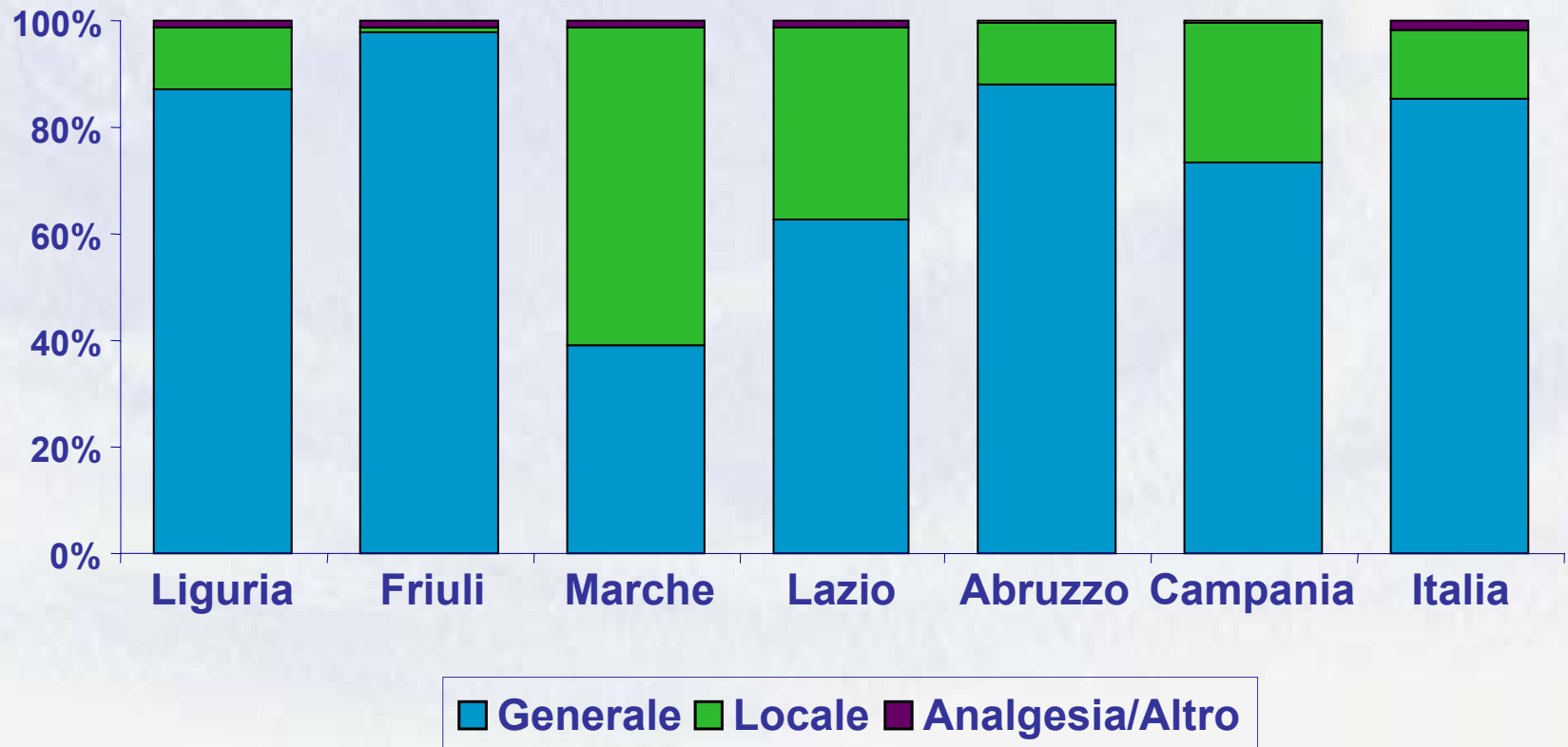
IVG E TIPO DI INTERVENTO – 2003

Ancora troppo raschiamento



IVG E TIPO DI ANESTESIA – 2003

*Troppa anestesia generale,
contro ogni evidenza scientifica*



.....

L'evoluzione dell'incidenza dell'IVG, i differenti trend di diminuzione per condizioni significative (stato civile, istruzione, parità e occupazione) e l'evoluzione nel tempo della percentuale di aborti ripetuti, confermano univocamente la validità dell'ipotesi formulata nei primi anni dalla legalizzazione:

Il ricorso all'IVG non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio in seguito al fallimento o all'uso scorretto dei metodi per la procreazione responsabile

Dando ragione al legislatore che saggiamente ha lasciato alla donna l'ultima parola, nel rispetto della sua competenza di scelta.

POSSIBILITÀ DI PREVENZIONE

- **PERCORSO NASCITA**
- **INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SESSUALE
NELLE SCUOLE**
- **PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLLO
DELL'UTERO**

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 405 del 1975

Legge 194 del 1978

Legge 34 del 1996

D.m. 24 aprile 2000 “P.O. materno infantile”

L.E.A. G.U. n.19 23 gennaio 2002, pag. 37

PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE

tre progetti strategici:

- Percorso nascita
- Adolescenti
- Prevenzione dei tumori femminili

popolazioni bersaglio:

- Donne e coppie nella realizzazione concreta del desiderio di maternità e genitorialità
- Adolescenti in via di formazione
- Donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

OFFERTA ATTIVA DI:

- ❖ **consulenza prematrimoniale**
- ❖ **consulenza in gravidanza**
(quanto sarebbe opportuno che il certificato di esenzione dal ticket venisse rilasciato dai consultori familiari!)
- ❖ **corsi di preparazione alla nascita**
- ❖ **visite domiciliari o in consultorio dopo il parto**
- ❖ **corsi di educazione sessuale nelle scuole**
- ❖ **spazi adolescenti dentro e fuori i consultori**
- ❖ **Pap test e della mammografia, in un contesto di integrazione negoziata dei servizi distrettuali e di ASL.**

In questi tre programmi strategici è essenziale promuovere lo sviluppo delle consapevolezze sulla procreazione consapevole e nel far ciò si produce la migliore azione per la prevenzione delle gravidanze indesiderate, come è stato ripetutamente raccomandato (anche nelle relazioni dei Ministri della Sanità al Parlamento sull'applicazione della legge 194/78) dalla seconda metà degli anni ottanta.

CONCLUSIONI

L'evoluzione dell'IVG in Italia non solo non lascia dubbi riguardo la saggezza di assumere al centro della legislazione e dell'organizzazione dei servizi e delle attività il senso di responsabilità delle donne, ma esalta il ruolo dei consultori familiari nella promozione della salute.

I consultori familiari, nonostante la continua e oggi ancora più accentuata emarginazione, anche attraverso considerazioni prive di fondamento scientifico, dimostrano la fruttuosità della loro originale ragione costitutiva (se non ci fossero bisognerebbe inventarli)

Una ancora più significativa riduzione del ricorso all'aborto si avrà se si attuerà integralmente il Progetto Obiettivo Materno Infantile, come la normativa vigente prescrive.