

L'IVG in Italia a 30 anni dalla legge 194: cosa dicono i dati del sistema di sorveglianza?

Introduzione

La legge 194/78 “Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza” è stata approvata dal Parlamento Italiano nel 1978 e confermata dal referendum del 1981.

Grazie ad essa, qualsiasi donna che “accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni d'anomalie o malformazioni del concepito» (art. 4) può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. Dopo questo periodo l'IVG può essere praticata in caso di grave pericolo per la vita della donna o in caso d'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).

Negli anni precedenti la legalizzazione, l'aborto provocato in Italia avveniva nella clandestinità e, attraverso l'utilizzo di modelli matematici, furono stimati circa 350.000 aborti clandestini l'anno. L'indagine sulla fecondità realizzata subito dopo l'approvazione della legge 194, rilevò un 7% d'intervistate che dichiararono di aver praticato almeno un aborto procurato prima dell'approvazione della legge.

Nel 1979 l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), a seguito della legalizzazione dell'aborto, attivò la rilevazione di tutte le IVG effettuate presso le strutture pubbliche e private autorizzate, attraverso un modello di rilevazione anonimo (modello ISTAT D 12) mediante il quale vengono raccolti i dati relativi alla donna e alle modalità dell'intervento. Nel 1980 l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Sanità, in collaborazione con gli assessorati regionali competenti, istituirono un sistema di sorveglianza epidemiologica. I dati elaborati costituiscono ancora oggi la base della relazione che il Ministro della Sanità presenta annualmente in Parlamento. Questo lavoro di raccolta ed analisi di dati ha permesso di seguire l'evoluzione del fenomeno nel tempo, di identificare i problemi prioritari, di definire possibili strategie d'intervento e di razionalizzare i servizi coinvolti nell'applicazione della legge.

Gli indicatori utilizzati a livello internazionale e nazionale per lo studio dell'aborto volontario sono:

1. Il tasso di abortività, che rappresenta il numero di IVG effettuate annualmente da mille donne in età fertile ($n. \text{ IVG} / n. \text{ donne in età 15-49 anni per 1000}$)
2. Il rapporto di abortività che esprime il numero di IVG effettuate annualmente rispetto a mille o cento nati nello stesso periodo temporale ($n. \text{ IVG} / n. \text{ nati vivi per 1000 o per 100}$)

Il tasso di abortività rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

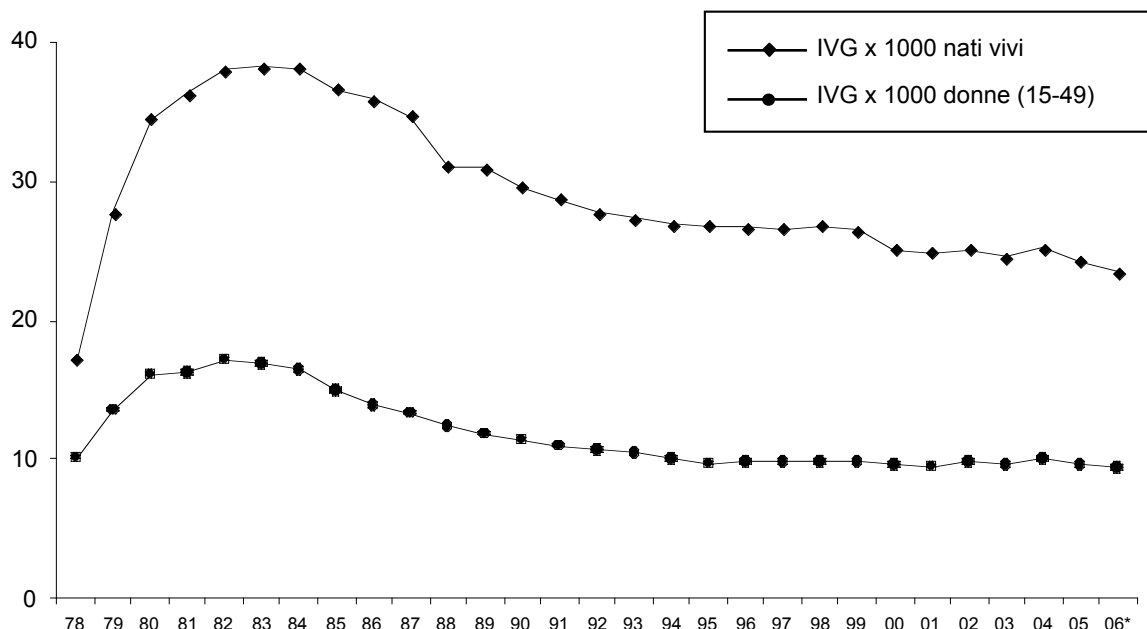
Come sono andate le cose?

Nei primi cinque anni dopo l'approvazione della legge si è osservato un aumento del numero assoluto di IVG e dei tassi e rapporti di abortività con un valore massimo raggiunto nel 1982 (234.801 IVG pari ad un tasso di abortività di 17.2 per 1000 donne in età 15-49 anni e a un rapporto di abortività di 380.2 per 1000 nati vivi). Questa crescita, osservata subito dopo la legalizzazione dell'aborto anche in molti altri paesi, è stata determinata prevalentemente dall'assorbimento dell'abortività clandestina da parte di quella legale e dal progressivo miglioramento della rilevazione statistica.

Dopo questa prima fase di assestamento è iniziata una costante diminuzione del numero di aborti che sono diminuiti negli anni fino ad arrivare a 130.033 IVG notificate nel 2005 (tasso di abortività

pari a 9.4 e rapporto di abortività pari a 234.7) con una riduzione complessiva del 45.3% per il tasso di abortività e del 38.3% per il rapporto, rispetto al 1982. Il grafico mostra l'andamento dei 2 indicatori negli anni

Tassi e rapporti di abortività – Italia 1978-2006



* dato provvisorio

Come per molti altri fenomeni sanitari esistono delle differenze all'interno del Paese tra Regioni e tra aree geografiche. Nel 2005 il tasso di abortività è risultato essere 9.9 al Nord, 11.2 al Centro, 8.8 al Sud e 7.2 nelle Isole. Tuttavia la diminuzione del fenomeno si è osservata ovunque e nel tempo si è registrata una riduzione delle differenze per ciascuna area geografica.

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2005

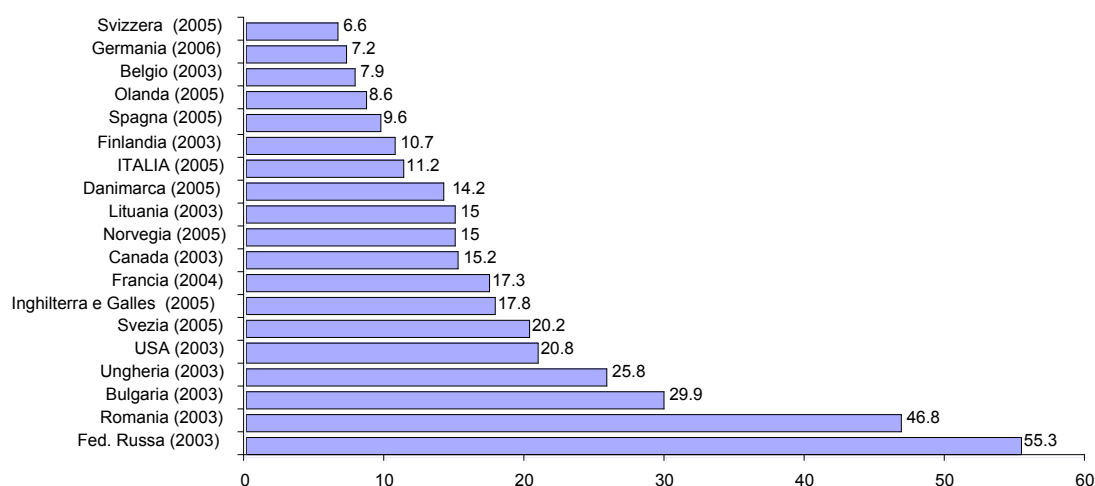
	1983	1991	2004	2005	VARIAZIONE* %	
					2005/2004	2005/1983
NORD	16.8	10.6	10.5	9.9	-5.7%	-41.1%
CENTRO	19.8	12.4	11.5	11.2	-2.6%	-43.4%
SUD	17.3	12.1	9.3	8.8	-5.4%	-49.1%
ISOLE	11.7	8.1	7.1	7.2	1.4%	-38.5%
ITALIA	16.9	9.5	10.0	9.6	-4.0%	-43.2%

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

Dagli studi effettuati sino ad oggi si deduce che il ricorso all'IVG non è una scelta di elezione, ma, nella maggioranza dei casi, una conseguenza delle difficoltà oggettive che le donne incontrano nel gestire la loro fecondità. Le indagini realizzate, intervistando donne che si sottopongono ad IVG, rilevano difatti un'attitudine positiva all'uso della contraccezione: oltre il 70% delle donne intervistate a seguito dell'IVG aveva fatto ricorso a un metodo contraccettivo al momento del concepimento, ma spesso aveva utilizzato un metodo a bassa efficacia quale il coito interrotto.

Nel contesto internazionale l'incidenza dell'aborto volontario in Italia è tra le più basse e notevolmente inferiore a quella dei Paesi dell'Europa orientale. Nella tabella il tasso di abortività italiano riportato è pari a 11.2 perché è stato ricalcolato adeguando il denominatore alla popolazione femminile in età 15-44 anni in accordo con quanto riportato a livello internazionale.

Tassi di abortività per 1000 donne in età 15-44 anni, 2003-2006



Fonte: Conseil de l'Europe, "Evolution démographique récente en Europe", 2004 - Statistiques nationales OFS - Alan Guttmacher Inst. 2005

Quali sono le caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG in Italia?

La decisione di interrompere una gravidanza si iscrive in un "tempo" individuale, in un contesto familiare ed in uno spazio sociale che possono essere solo sommariamente descritti dalle variabili rilevate nelle schede di registrazione delle IVG. Tuttavia le caratteristiche socio-demografiche delle donne (età, titolo di studio, stato civile, condizione rispetto al mercato del lavoro e storia riproduttiva) rappresentano fattori importanti nelle scelte riproduttive e ci aiutano a comprendere se la diminuzione dell'abortività volontaria abbia interessato in modo generalizzato l'intera popolazione femminile in età feconda o gruppi specifici.

L'età della donna

Una peculiarità tutta Italiana, rispetto agli altri paesi dell'Europa Occidentale, è rappresentata dalla netta prevalenza, tra quante ricorrono all'IVG, di donne di età 25-34 anni, coniugate e con figli. Difatti, mentre in altri paesi dell'Europa Occidentale e negli Stati Uniti il fenomeno aborto interessa prevalentemente le giovani sotto i 25 anni, in Italia il grosso del fenomeno ha riguardato le donne delle classi di età centrali che avevano concluso la dimensione desiderata della famiglia e avevano difficoltà a regolare la loro fecondità. Negli ultimi anni si sono osservate modificazioni che tendono ad avvicinare l'Italia al modello degli altri paesi dell'Europa Occidentale con un leggero aumento per le classi di età 20-24 e 25-29 anni e con riduzioni meno marcate per le donne sotto i 20 anni. Tuttavia i tassi di abortività si sono ridotti nel tempo per tutti i gruppi di età anche a fronte del sempre maggiore contributo delle cittadine straniere, la cui struttura per classe d'età è più giovane rispetto alle italiane. Per quanto riguarda le minorenni, il tasso Italiano di abortività pari a 4.8 per 1000 nel 2005, si colloca tra i più bassi rilevati in Europa.

Tassi di abortività per età, 1983-2005

Classi di età	anni				VARIAZIONE* %	
	1983	1991	2004	2005	2005/2004	2005/1983
< 20	8.0	5.5	7.9	7.6	-3.8%	-1.3%
20-24	23.6	13.4	16.4	15.7	-4.3%	-33.5%
25-29	27.6	15.7	15.8	15.3	-3.2%	-44.6%
30-34	25.2	17.1	13.8	13.2	-4.3%	-47.6%
35-39	23.6	15.1	10.9	10.6	-2.2%	-55.1%
40-44	9.8	7.2	5.0	4.8	-4.0%	-51.0%
45-49	1.2	0.9	0.4	0.5	25%	-58.3%

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

Lo stato civile

Nel 2005 il 47% delle IVG in Italia è stato effettuato da donne coniugate, tale percentuale è diminuita rispetto al passato (72.7% nel 1981, 62.1% nel 1991 e 52.4% nel 1998) evidenziando una graduale evoluzione verso un modello di abortività che caratterizza i paesi occidentali in cui la liberalizzazione dell'aborto ha una tradizione più lunga. Occorre inoltre considerare i cambiamenti dovuti al contributo determinato dalle IVG effettuate dalle donne straniere in Italia. La riduzione dei tassi di abortività nel tempo ha riguardato sia le coniugate sia le nubili, ma sono le coniugate, in particolare quelle con figli, ad aver registrato la diminuzione maggiore nel tempo in Italia.

Il titolo di studio

In Italia il titolo di studio è il migliore indicatore di condizione sociale. Nel 2005 sul totale delle donne che hanno effettuato un'IVG, il 46.5% aveva un diploma di scuola media inferiore, il 39.7% di scuola media superiore, il 7.3% di scuola elementare, il 6.5% era laureato. L'aumento delle donne con licenza media inferiore registrato negli anni è da ricollegare prevalentemente all'obbligatorietà dell'istruzione media a partire dagli anni '50.

La condizione professionale

L'analisi dell'abortività secondo la condizione professionale evidenzia come la presenza delle donne nel mondo del lavoro, al di fuori del contesto familiare, abbia rappresentato nel tempo un fattore "protettivo". Probabilmente le donne occupate hanno avuto maggiori possibilità di accedere all'informazione sull'attività dei servizi e sulle loro modalità di accesso e fruizione, grazie al maggior grado di socializzazione ed interazione che esse sperimentavano nella loro condizione lavorativa. Difatti i livelli di abortività sono risultati più bassi per le donne occupate rispetto alle casalinghe sia nel 1981 che nel 1991. Nel 2005 il 45.8% delle donne che hanno praticato un aborto volontario sono occupate con marcate differenze per area geografica attribuibili sia alla diversa composizione per questa variabile della popolazione generale sia al diverso impatto del contributo delle cittadine straniere che presentano condizioni professionali diverse dalle Italiane.

La cittadinanza

Dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Il contributo delle donne straniere al numero di IVG in Italia, pari al 10% del dato nazionale nel 1998, è salito al 29.6% nel 2005. Questo fenomeno influisce fortemente sull'andamento generale dell'IVG, rappresentando la causa principale dell'attuale fase di

stabilizzazione dell'incidenza del fenomeno. Infatti, considerando solo le cittadine italiane l'aborto risulta essere ancora in diminuzione con una riduzione pari al 60% rispetto al picco del 1982.

Fig. IVG per paese di nascita – 1980-2005



In quasi tutte le Regioni del Centro-Nord, dove maggiore è la presenza delle cittadine straniere, la percentuale di IVG a loro attribuibili supera il 30%. Il tasso di abortività stimato recentemente dall'ISTAT per le donne straniere risulta essere di circa 3-4 volte superiore a quello delle italiane. Inoltre mentre tra le Italiane i tassi maggiori di abortività si registrano nella fascia d'età 25-34 anni, tra le donne straniere i tassi più alti riguardano le donne giovani sotto i 25 anni e decrescono passando alle classi d'età più avanzate. Queste diversità, in parte riconducibili alla provenienza di alcune donne straniere da paesi in cui il ricorso all'aborto è maggiore rispetto all'Italia, richiedono politiche di informazione e di supporto nei confronti delle donne straniere, in particolare delle giovanissime.

Il numero di figli

Nel 2005 il 57.7% delle IVG è stato effettuato da donne con almeno un figlio e il 34.7% da donne con almeno 2 figli. Il confronto con gli anni precedenti mostra un aumento della percentuale di donne senza figli che hanno praticato un aborto volontario, tuttavia sia i tassi sia i rapporti di abortività volontaria nel tempo sono più elevati all'aumentare delle dimensioni del nucleo familiare.

Precedenti interruzioni volontarie di gravidanza

I dati del 2005 mostrano una stabilità nella percentuale di IVG effettuate da donne che si erano già sottoposte a una o più IVG in passato. Tale tendenza è in corso dal 1990 e il leggero incremento dei valori osservati negli ultimi anni è conseguenza del contributo delle donne immigrate che hanno un maggior rischio di abortire e quindi di riabortire rispetto alle Italiane. Grazie a modelli matematici è stato possibile verificare che le IVG ripetute osservate nel tempo sono state inferiori al numero di quelle attese a conferma che la tendenza al ricorso all'aborto non è costante ma in diminuzione e la spiegazione più plausibile è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge. Anche il confronto con i dati

riportati a livello internazionale evidenzia chiaramente come il dato Italiano relativo agli aborti ripetuti si collochi tra i valori più bassi

Percentuale di IVG per IVG precedenti: confronti internazionali

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				
		0	1	2	3 o più	≥1
ITALIA	(2005)	73.7	18.1	5.4	2.7	26.3
SPAGNA	(1996)	77.0	18.0	3.9	1.2	23.0
FRANCIA	(1997)	75.3	19.1	4.1	1.5	24.7
INGHILTERRA E GALLES	(2005)	67.7	←	32.3	→	32.3
OLANDA	(2002)	68.1	23.4	5.7	2.7	31.9
NORVEGIA	(1996)	68.0	23.6	6.2	2.1	32.0
DANIMARCA	(1995)	62.4	22.6	9.1	5.9	37.6
SVEZIA	(1996)	62.3	25.3	8.4	4.0	37.7
UNGHERIA	(1996)	55.0	26.4	10.7	8.0	45.0
USA	(1996)	54.7	26.9	11.2	7.2	45.3
REPUBBLICA CECA	(1996)	52.2	27.0	12.8	8.0	47.8

Quali sono le modalità di svolgimento dell'IVG?

Le modalità e i tempi entro cui è effettuata l'IVG dipendono in maniera determinante dal modo in cui i servizi sono organizzati, dalla loro accessibilità e dalle singole scelte operative. L'analisi del fenomeno da questo punto di vista può costituire la base per la valutazione e la formulazione di ipotesi di organizzazione dei servizi e qualificazione delle procedure, al fine di tutelare al meglio la salute della donna e razionalizzare i costi.

La legge 194 prevede che la donna debba ottenere dal “medico del consultorio o della struttura sociosanitaria, o del medico di fiducia” (art.5) un certificato attestante lo stato di gravidanza e che, dopo un periodo di sette giorni, possa rivolgersi ad una struttura autorizzata per l'esecuzione dell'intervento.

Il rilascio del certificato per accedere all'IVG

Nel 2005 il 35.7% delle certificazioni è stata rilasciata dal consultorio familiare, il 31% dal medico di fiducia e il 31.3% dal servizio ostetrico ginecologico che effettua l'intervento. L'aumento del ruolo dei consultori familiari registrato negli ultimi 10 anni è attribuibile in gran parte al contributo delle donne straniere che ricorrono più spesso a questi servizi rispetto alle donne italiane. Il maggior coinvolgimento del consultorio è anche il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio. Il Progetto Obiettivo materno-infantile, previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevede, tra gli argomenti prioritari, la riqualificazione qualitativa e quantitativa dei consultori e, tra i programmi da privilegiare, quello della prevenzione dell'IVG. Di conseguenza completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività consultoriale restano a tutt'oggi esigenze prioritarie.

L'epoca gestazionale

Per quanto riguarda la settimana di gestazione a cui viene effettuato l'intervento, il 38.4% delle IVG avviene entro otto settimane, il 43.1% tra nove e dieci, il 15.8% tra undici e dodici e il 2.7% oltre le dodici settimane di gestazione. La percentuale di IVG tra 13 e 20 settimane è stata del 2%, quella

dopo 21 settimane è stata dello 0.7% invariata rispetto all'anno precedente. Anche questa variabile ha risentito nel tempo del contributo delle donne straniere che tendono ad abortire a settimane gestazionali più avanzate rispetto alle Italiane. Inoltre si evidenzia una variabilità regionale e all'interno delle singole Regioni a testimonianza del ruolo decisivo svolto dai servizi nel condizionare il tempo di esecuzione dell'IVG.

I tempi di attesa

L'informazione relativa alla data di certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, è stata inserita nel modello ISTAT solo a partire dall'anno 2000. Nel 2005 la percentuale di IVG effettuata dopo 3 settimane è scesa al 16.4%, e il 58% degli interventi è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. La cittadinanza straniera è associata ad un più lungo tempo di attesa.

L'obiezione di coscienza

La legge 194 prevede la possibilità che il personale medico e non medico, coinvolto nelle procedure dell'IVG, possa sollevare obiezione di coscienza (art.9). Il sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG richiede ogni anno il numero e la percentuale di professionisti che sollevano obiezione di coscienza. Dai dati disponibili per il 2005, che essendo incompleti sono stati integrati con quelli dell'anno precedente, risultano obiettori il 58.7% dei ginecologi, il 45.7% degli anestesisti ed il 38.6% del personale non medico.

Il tipo di intervento

Per quanto riguarda il tipo di metodica utilizzata per eseguire l'IVG l'isterosuzione e, in particolare la tecnica secondo Karman, risulta essere la più utilizzata (66.2%) mentre si è osservata nel tempo una graduale riduzione nel ricorso al raschiamento (dal 25% nel 1983 al 12.9 nel 2005). L'uso del raschiamento, tuttavia, varia ancora notevolmente per Regione (vedi tabella) e all'interno delle Regioni stesse.

Tabella 25 - IVG e tipo di intervento, 2005

REGIONE	RASCHIAMENTO		ISTEROSUZIONE		KARMAN		ALTRO		NON RILEVATO		TOTALE
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%**	
ITALIA SETTENTRIONALE	5830	9,7	13963	23,3	39144	65,2	1102	1,8	241	0,4	60280
Piemonte	1599	14,3	2267	20,3	7023	62,9	273	2,4	12	0,1	11174
Valle d'Aosta	13	5,4	175	72,6	48	19,9	5	2,1	1	0,4	242
Lombardia	2419	10,8	5916	26,4	13703	61,1	372	1,7	58	0,3	22468
Bolzano	101	17,2	482	82,0	2	0,3	3	0,5	0	0,0	588
Trento	7	0,6	8	0,6	1210	97,3	18	1,4	0	0,0	1243
Veneto	768	10,8	2008	28,2	4192	59,0	143	2,0	40	0,6	7151
Friuli Venezia Giulia	140	6,4	261	12,0	1740	79,9	38	1,7	130	5,6	2309
Liguria	193	5,2	648	17,4	2818	75,6	67	1,8	0	0,0	3726
Emilia Romagna	590	5,2	2198	19,3	8408	73,9	183	1,6	0	0,0	11379
ITALIA CENTRALE (1)	1089	8,2	3504	26,3	8271	62,2	438	3,3	324	2,4	13626
Toscana	858	10,1	1311	15,5	6137	72,4	176	2,1	276	3,2	8758
Umbria	12	0,5	1869	82,7	133	5,9	245	10,8	20	0,9	2279
Marche	219	8,6	324	12,7	2001	78,1	17	0,7	28	1,1	2589
Lazio	1606	10,5	← [13647	89,0]	→	84	0,5	537	3,4	15874	
ITALIA MERIDIONALE	4340	14,5	3122	10,4	22235	74,3	215	0,7	1231	4,0	31143
Abruzzo	802	29,1	356	12,9	1573	57,0	28	1,0	1	0,0	2760
Molise	8	1,4	348	61,7	204	36,2	4	0,7	52	8,4	616
Campania	226	2,1	208	1,9	10375	95,5	53	0,5	1105	9,2	11967
Puglia	1518	12,8	2010	16,9	8258	69,5	102	0,9	65	0,5	11953
Basilicata	109	18,5	151	25,7	308	52,4	20	3,4	3	0,5	591
Calabria	1677	51,6	49	1,5	1517	46,7	8	0,2	5	0,2	3256
ITALIA INSULARE	3337	32,7	1268	12,4	5461	53,4	153	1,5	1648	13,9	11867
Sicilia	1838	23,3	1246	15,8	4695	59,4	119	1,5	1599	16,8	9497
Sardegna	1499	64,6	22	0,9	766	33,0	34	1,5	49	2,1	2370
ITALIA (1)	14596	12,9	21857	19,3	75111	66,2	1908	1,7	3444	2,9	116916

Nel 2005 il Mifepristone (RU486) per l'aborto medico è stato utilizzato in Piemonte e Toscana per un totale di 132 casi, nel 2006 in 5 Regioni (Piemonte, Trento, Emilia-Romagna, Toscana e Marche) per un totale di 1151 casi pari allo 0.9% del totale delle IVG effettuate nell'anno.

L'anestesia

Il tipo di anestesia utilizzata più frequentemente è la generale (85%) mentre il ricorso a quella locale ha riguardato il 12.4% degli interventi. Esiste una grande variabilità territoriale ed anche all'interno di ogni Regione si osservano grandi differenze per struttura di intervento. Considerata l'alta prevalenza di isterosuzioni, e tenendo conto che oltre l'80% delle IVG è effettuato entro la decima settimana, permane la contraddizione, tutta Italiana con l'eccezione delle Marche, di un eccesso di interventi effettuati in anestesia generale.

Il ricovero ospedaliero

La durata della degenza nelle strutture presso le quali è stata effettuata l'IVG si è andata riducendo negli anni. Attualmente il 90.5%% delle donne effettuano l'intervento in day hospital e sono dimesse in giornata. Le degenze più lunghe vengono registrate in alcune Regioni del Sud del paese.

Le complicanze

L'incidenza delle complicanze post-intervento è pressoché simile a quella degli anni precedenti e sovrapponibile a quella di altri paesi europei con un valore totale di 2.9 complicanze per 1000 IVG, la più frequente risulta essere l'emorragia.

Il contributo delle donne migranti

Il numero di donne straniere è aumentato negli anni e l'immigrazione nel nostro paese non può più essere considerata come un fenomeno emergenziale, bensì come una dimensione strutturale, dinamica e, allo stesso tempo, molto eterogenea della società. La presenza delle donne straniere è maggiore nelle Regioni del Nord e nelle maggiori città dell'Italia Settentrionale e Centrale. La gran parte delle donne migranti (80%) proviene da Paesi Poveri, con un notevole incremento delle donne provenienti dall'Europa dell'Est.

Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata, si è osservato anche un incremento del numero di IVG effettuate da donne straniere che nel 2005 hanno praticato il 30% del totale degli aborti volontari registrati in Italia. Negli ultimi anni il decremento dell'abortività volontaria in Italia è stato difatti parzialmente mascherato dal contributo della popolazione femminile di cittadinanza straniera che presenta un tasso di abortività pari a 3-4 volte (34 per 1000) quello delle donne italiane (9 per 1000). Rispetto alle Italiane, le donne straniere presentano differenze per età nel ricorso all'IVG con percentuali maggiori tra le giovanissime e un trend fortemente decrescente verso le età più avanzate. La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia.

A causa della forte eterogeneità della popolazione migrante nel nostro paese, il numero di aborti effettuati dalle donne straniere varia in funzione del paese di origine con proporzioni maggiori tra le donne provenienti dall'Est Europa. Le Regioni dove risiedono più donne straniere (Nord e Centro Italia) registrano ovviamente un numero maggiore di interruzioni di gravidanza.

Nel 2004 l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato, in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, un'indagine multicentrica sul fenomeno dell'aborto volontario tra le donne immigrate per approfondire meglio le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione

immigrata, individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'IVG, evidenziare le differenze tra i gruppi etnici, valutare l'accesso ai servizi socio-sanitari e le difficoltà più frequentemente incontrate e per fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi per la prevenzione dell'IVG.

Lo studio comprendeva un'indagine campionaria che ha permesso di intervistare 605 donne e interviste semistrutturate, della durata di circa un'ora, realizzate con 43 donne provenienti da Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina. L'uso combinato della metodologia quantitativa e qualitativa ha permesso di esplorare meglio il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. Infatti, se i dati dell'indagine campionaria hanno fornito un importante quadro di fondo della situazione, la parte qualitativa ha permesso di evidenziare la varietà di profili, di culture e di comportamenti delle donne migranti. Sebbene il campione esaminato non possa essere considerato rappresentativo di tutte le donne straniere presenti nel nostro paese, i risultati ottenuti evidenziano dei determinanti comuni dovuti a una storia di migrazione che lega queste donne, ma anche delle forti differenze per zona di provenienza che derivano dalla cultura di origine e che tendono a determinare le scelte sul piano procreativo. A ciò si aggiungono le condizioni di precarietà in cui spesso queste donne vivono, secondarie alla mancanza di permessi di soggiorno, a lavori non in regola, alla solitudine e alla mancanza di una famiglia d'origine.

In generale si sono osservati dei bassi livelli di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi. Una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile del ciclo, conosce superficialmente i metodi contraccettivi che usa e spesso li utilizza in modo inappropriato (la metà delle immigrate è rimasta incinta nonostante l'uso di contraccettivi ad elevata efficacia). Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est Europa, mentre tra le donne del Sud America la pillola e il preservativo risultano spesso fallire a seguito di un uso improprio.

Le motivazioni per l'IVG riportate più frequentemente sono legate alle condizioni di migrante, all'aver raggiunto il numero di figli desiderato e a problemi economici in analogia con quanto rilevato in altre indagini sulle straniere e con quanto riportato nel passato dalle donne italiane.

In generale le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta dai servizi, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

Alla luce dei dati emersi dall'indagine è possibile formulare alcune proposte operative:

- garantire l'aggiornamento degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali delle diverse etnie
- promuovere la riorganizzazione dell'assistenza, considerando la figura del migrante anche da un punto di vista culturale
- mettere in rete i servizi pubblici, le strutture del volontariato e del privato sociale per fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole
- facilitare la flessibilità organizzativa dei servizi tenendo conto delle esigenze della popolazione straniera (orari e giorni di apertura, almeno una ginecologa donna nei punti nascita e nei servizi IVG e mediatrici culturali per le etnie a maggior rischio).
- sviluppare nuovi modelli di comunicazione con il coinvolgimento partecipativo delle comunità dei migranti per promuovere l'educazione tra pari quale strumento di diffusione delle conoscenze.
- investire sulla consapevolezza delle donne così come è stato fatto per le donne italiane che, grazie alla possibilità di accedere alle informazioni e ai servizi appropriati, hanno saputo governare consapevolmente la loro fecondità dimezzando il ricorso all'aborto volontario.

Per favorire il coinvolgimento e la comunicazione con le donne migranti è opportuno sfruttare ogni occasione di visibilità delle stesse all'interno delle strutture sanitarie. Dal momento che la gran

parte dei ricoveri delle donne straniere è ascrivibile, oltre che all'IVG, a gravidanza, parto e puerperio, l'assistenza al percorso nascita (sia durante le visite in gravidanza, che durante il ricovero per il parto o nel puerperio) rappresenta un'opportunità preziosa per offrire informazioni e counselling sulla contraccezione e la prevenzione dell'aborto.

Conclusioni

Se il primo obiettivo della legge 194 era quello di portare alla luce un fenomeno che esisteva clandestinamente già prima del 1978, oltre a ciò, la legge ed i dibattiti che essa ha sollevato hanno contribuito a diffondere nella popolazione il concetto di procreazione responsabile e a rifiutare quella cultura che vedeva l'aborto come uno strumento per il controllo delle nascite.

L'analisi degli indicatori di abortività in Italia dalla legalizzazione in poi ha messo in luce un generale e significativo decremento dell'abortività con riduzioni maggiori dove più tempestiva è stata l'attivazione dei servizi e più intensa la diffusione e l'azione dei consultori familiari.

La riduzione significativa del ricorso all'aborto registrata dalla legalizzazione ad oggi corrisponde ad un aumento di competenze delle donne e delle coppie nel regolare efficacemente la fecondità utilizzando i metodi della procreazione responsabile. Questa interpretazione scaturisce anche da quanto emerso dalle indagini di popolazione realizzate in Italia a seguito della legalizzazione dell'aborto. Il ricorso all'aborto non è mai stato una scelta di elezione per le donne, ma un'ultima ratio in seguito al fallimento e/o all'uso improprio dei metodi anticoncezionali.

La sorveglianza epidemiologica ha permesso di seguire l'andamento del fenomeno nel tempo e recentemente ha evidenziato un cambiamento nella fisionomia del fenomeno. A seguito del forte decremento registrato tra le coniugate, aumenta il peso relativo delle donne non coniugate e risulta sempre più importante il contributo delle donne straniere che hanno un tasso di abortività pari a 3-4 volte quello delle italiane.

I differenziali dei tassi di abortività per specifiche condizioni indicano che il benefico effetto della legalizzazione sulla riduzione delle IVG non è stato realizzato con sufficiente equità nell'intera popolazione. Le donne migranti pongono nuove sfide a causa della maggiore difficoltà del loro coinvolgimento nei programmi di prevenzione e di promozione della salute, per la loro diversa ed eterogenea dimensione culturale e sociale.

Sulla base di queste conoscenze si ritiene che la riduzione del fenomeno abortivo potrebbe essere più consistente mediante la realizzazione di programmi d'intervento rivolti a sezioni appropriate della popolazione. Le donne straniere, le donne che hanno già abortito, quelle che hanno partorito recentemente, le coppie che si sposano, le/gli adolescenti nelle scuole rappresentano popolazioni target in grado di garantire risultati a breve, medio e lungo termine.

Counselling e sostegno riguardo la procreazione responsabile dovrebbero essere offerti alle donne in età riproduttiva nei momenti di loro visibilità nei servizi sanitari, ad esempio durante l'assistenza al percorso nascita specie in puerperio quando le donne necessitano di informazioni relative alla ripresa dei rapporti sessuali. Anche l'offerta attiva dello screening del carcinoma della cervice uterina mediante Pap-test rappresenta un'occasione preziosa dal momento che le donne vengono invitate a partire dai 25 anni d'età. Per ottenere risultati sul medio periodo si potrebbe offrire l'offerta sistematica di counselling alle coppie che si sposano, mentre per un investimento in grado di produrre risultati sul lungo periodo andrebbero offerti attivamente corsi di informazione/educazione sessuale a tutta la popolazione scolarizzata, scegliendo opportune età filtro, in modo da facilitare comportamenti responsabili e favorire la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

In conclusione le modalità della riduzione del ricorso all'aborto volontario, avvenuta più rapidamente tra le donne più istruite, tra le occupate e le coniugate, testimonia l'aumentata consapevolezza e competenza delle donne e delle coppie nell'uso efficace dei metodi per la procreazione responsabile. La forte riduzione del tasso di abortività, pari al 45.3% dal 1982 ad oggi, fornisce un modello esemplare di quanto sia stato efficace ed efficiente investire sulle competenze

delle donne per ottenere riduzioni considerevoli dell'incidenza dell'abortività volontaria nel nostro paese.

Bibliografia

- Bankole A., Singh S., Haas T.. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *International Family Planning Perspectives*, 1999; 25:68-77.
- Baglio G., Cacciani L., Rosano A., Burgio A., Geraci S., Guasticchi G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: *Rapporto Osservasalute 2005* (a cura di Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane). Prex S.p.A., Milano, 2005, pag. 173-6.
- Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2006 – XVI Rapporto Caritas/Migrantes sull'immigrazione. Idos, Edizioni Nuova Anterem, 2006.
- Costa G. La salute degli immigrati come costruzione sociale. In Allasino E., Andolina L., Sisti M., Valetti R. *Promuovere la mediazione culturale in Piemonte*. Contributi di Ricerca 197/2006, pag.112-31.
- De Blasio R., Spinelli A., Grandolfo M.E. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 1988; 24: 331-8
- De Sandre P. Indagine sulla fecondità in Italia, Rapporto generale. Istituto di Statistica dell'Università di Padova, Dipartimento Statistico dell'Università di Firenze, Istituto di Demografia dell'Università "La Sapienza" di Roma. 1982.
- Figà Talamanca I. Estimating the incidence of induced abortion in Italy. *Genus* 1982; 32: 91-107.
- Figà Talamanca I., Spinelli A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contraccezione Fertilità e Sessualità* 13 (3): 263-269 1986
- Grandolfo M.E., Spinelli A., Donati S., Pediconi M., Timperi F., Stazi M.A., 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
- Henshaw S.K., Singh S., Haas T.. The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives*, January 1999; 25 suppl: S30-8
- Henshaw S.K., Morrow E. Induced abortion. A world review - 1990 supplement. The Alan Guttmacher Institute, New York 1990
- Istituto Nazionale di Statistica. L'interruzione di gravidanza in Italia- Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi. ISTAT Serie Argomenti n.9-1997
- Medda E., Spinelli A. La salute riproduttiva: nati vivi, interruzioni volontarie di gravidanza e aborti spontanei. In: *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000* (a cura di Baglio G, Cacciano L, Materia E, Guasticchi G). Monografie Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma, 2002, pag.35-53
- Relazione del Ministro della Sanità sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78). Dati preliminari 2006. Dati definitivi 2005. scaricabile da:<http://www.ministerosalute.it/pubblicazioni/ppRisultati.jsp?area=escludi&subarea=escludi&tipo=escludi&autorehidden=&datadocda=1901%2F01%2F01&datadoca=2101%2F01%2F01&titolohidden=&keywords=ivg&keywordshidden=ivg&keywordshiddenke y=ivg&keywordshiddenTA=ivg>
- Spinelli A., Loghi M. Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita. In: *Rapporto Osservasalute 2006* (a cura di Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane). Prex S.p.A., Milano, 2007, pag. 216-8.

- Spinelli A., Boccuzzo G., Grandolfo M.E., Buratta V., Pediconi M., Donati S., Frova L., Timperi F.. L'evoluzione dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia dalla legalizzazione ad oggi. Ann. Ist. Super. Sanità, vol.35,n. 2 (1999), pp.307-314.
- Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo ME. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2006. Rapporto ISTISAN 06/17.

Serena Donati, ginecologa