

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono presentati i dati preliminari per l'anno 2001 ed i dati definitivi relativi all'anno 2000 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Sulla base dei dati a tutt'oggi disponibili, il valore assoluto di IVG per il 2001 è pari a 130512 interventi, con un decremento del 3.4% rispetto al 2000 (135133 casi) e del 44.4% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234801 casi).

Il tasso di abortività (N. IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9.3 per 1000, con una diminuzione del 3.1% rispetto al 2000 e del 45.9% rispetto al 1982 (17.2 per 1000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1000 nati vivi) è risultato pari a 245.4 per 1000 con un decremento dell'1.8% rispetto al 2000 e del 35.5% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG riportata nella presente relazione fa riferimento all'anno 2000 per il quale si dispone, come si è detto, dei dati analitici definitivi.

Nella valutazione generale dell'andamento del fenomeno in Italia si deve tener conto di quanto le donne di nazionalità estera influiscano, in modo sempre più consistente, sull'incidenza dell'IVG.

Nel 2000, infatti, 21201 interventi (15.9% del totale) sono stati effettuati da donne con cittadinanza estera, generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese. Si tratta di un fenomeno in continuo aumento (9850 nel 1996, 13826 nel 1998 e 18806 nel 1999) legato principalmente all'aumentata presenza sul territorio nazionale delle donne straniere, in seguito ai ben noti fenomeni migratori. Ciò, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG in conseguenza della più alta presenza di immigrate in tali territori.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato risulterebbe essere 127700 nel 1996, 124531 nel 1998, 120407 nel 1999 e 111741 nel 2000. Quindi, ad una costante riduzione delle IVG tra le italiane si associa un sempre più importante contributo delle straniere.

Anche la stima dell'aborto clandestino per il 2000, con un valore pari a 21100 casi, conferma la tendenza alla diminuzione (- 7.7% rispetto al 1999 e -78.9% rispetto al 1983).

La serie storica dei dati rilevati nel tempo dimostra che le IVG, dopo un massimo osservato a distanza di pochi anni dall'approvazione della legge, si sono ridotte in modo costante, anno dopo anno. Considerando sia gli aborti notificati che quelli ancora clandestini, si può calcolare che nel 2001 vi sono stati circa duecentomila casi in meno rispetto al valore stimato prima dell'approvazione della Legge 194/78 e al valore massimo osservato nel 1982-83. Questo andamento è sicuramente legato ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile onde evitare il ricorso all'aborto. Anche l'andamento dell'aborto ripetuto, in diminuzione da molti anni e di valore molto inferiore a quanto atteso nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità, conferma questa ipotesi.

In generale, in Italia, le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto seguono, come già evidenziato da alcuni anni, un'evoluzione lenta determinata dalle differenti velocità di riduzione dei tassi di abortività specifici per le varie condizioni (età, parità, stato civile, istruzione) e, negli ultimi anni, dal sempre maggior contributo delle cittadine straniere.

La riduzione dell'IVG nel suo insieme è prevalentemente riconducibile ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate con 1 o più figli, rispetto alla riduzione osservata

nelle donne non coniugate e senza figli. Anche l'istruzione di livello superiore e l'essere in una condizione professionale sono fattori associati alla maggiore riduzione del ricorso all'aborto.

Per quanto riguarda le straniere, il loro effetto sulle caratteristiche generali delle donne che effettuano IVG è determinato dalla diversa struttura per età (mediamente più giovani) e dalla maggior tendenza al ricorso all'aborto. Infatti utilizzando la distribuzione per età della popolazione femminile straniera con permesso di soggiorno fornita dal Ministero degli Interni, l'ISTAT ha stimato, per il 1998, il numero di donne straniere residenti in Italia di età compresa tra 18 e 49 anni ed il tasso di abortività per queste donne (32.5 per 1000 donne straniere in età 18-49 anni) che risulta tre volte superiore al dato delle cittadine italiane dello stesso gruppo d'età (9.1 per 1000). Questo è un fattore importante da tenere in considerazione specialmente quando si valuta l'andamento dell'IVG tra le più giovani.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo leggeri mutamenti. Nel 83.1% dei casi la degenza è risultata inferiore a un giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata; ciò comporta rischi minori di complicanze per la salute della donna. C'è tuttavia da segnalare, ancora una volta, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Anche se negli ultimi anni si nota un certo incremento, rimane sempre basso il ricorso al consultorio familiare per la certificazione (30.1%), indicando ciò una reale difficoltà della donna a farvi ricorso, sia per la non adeguata integrazione tra questo servizio e quelli presso cui viene effettuata l'IVG sia, soprattutto al Sud, per la scarsa presenza del servizio sul territorio, per l'incompletezza della equipe consultoriale, per il limitato numero di ore delle figure professionali che dovrebbero occuparsi di questo problema o per la indisponibilità a rilasciare la certificazione.

Nel 2000 la distribuzione delle IVG per settimana di gestazione mostra un aumento degli interventi effettuati a 11-12 settimane di gestazione (da 12.5% nel 1999 a 14.4% nel 2000) e una riduzione di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane di gestazione (da 47.7% nel 1999 a 43.3% nel 2000). Percentuali più elevate di interventi in epoche gestazionali più avanzate si osservano nelle Regioni del Centro e del Nord. L'incremento della percentuale di interventi effettuati oltre la 10<sup>a</sup> settimana è attribuibile principalmente alla riduzione della disponibilità dei servizi e/o della loro efficienza. L'aumento del ricorso all'aborto delle donne straniere, che generalmente abortiscono ad epoche gestazionali più avanzate a causa delle difficoltà legate all'identificazione o all'accesso ai servizi, contribuisce solo in parte a questo andamento.

L'epoca gestazionale è una variabile importante da considerare nell'analisi del fenomeno abortivo in quanto da un lato gli interventi effettuati a settimane gestazionali più avanzate comportano un maggior rischio di complicanze e dall'altro rappresentano un valido indicatore della disponibilità e qualità dei servizi.

L'obiezione di coscienza è risultata del 67.4% per i ginecologi e del 54.7% per gli anestesiologi, con un leggero aumento rispetto agli anni precedenti. Al fine di valutare con maggiore accuratezza questa informazione, il Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'ISTAT ha avviato una specifica rilevazione.

Sulla base delle conoscenze ormai consolidate del fenomeno abortivo, si avverte la possibilità che una ulteriore riduzione dell'IVG potrebbe essere favorita dalla realizzazione di programmi volti alla promozione di consapevolezza e competenze per la procreazione responsabile, da realizzare

mediante interventi basati sull'offerta attiva di counselling e sostegno alla popolazione interessata, soprattutto nei momenti in cui più facilmente le persone entrano in contatto con operatori socio-sanitari (colloqui prematrimoniali, percorso nascita, educazione sessuale nelle scuole, screening per i tumori femminili, ecc). L'offerta attiva è essenziale per raggiungere soprattutto quelle sezioni di popolazione (donne con minore istruzione, le non occupate, ecc.) in cui la riduzione del ricorso all'IVG nel corso degli anni è stata minore, nonché per rimuovere le cause che inducono la donna ad interrompere la gravidanza.

In questo contesto le donne straniere meritano particolare attenzione anche in relazione alle diversità di condizione di vita, di cultura e di costumi.

È da sottolineare che il D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" dà rilievo a questo aspetto ribadendo modalità organizzative e standard di assistenza che devono trovare piena applicazione nella programmazione regionale.

Tale necessità, già evidenziata in passato, viene proposta nell'obiettivo "La salute degli immigrati" dello schema di Piano Sanitario 2002-2004 che considera gli stranieri immigrati tra i gruppi sociali meno favoriti e con minori opportunità di salute. Una delle azioni prioritarie è rivolta appunto a migliorare l'assistenza delle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso all'IVG.

Tutti questi interventi di prevenzione, che andrebbero effettuati attraverso una offerta attiva di informazione ed educazione al fine di promuovere la procreazione consapevole e responsabile, potrebbero produrre anche ulteriori riduzioni dell'aborto clandestino.

I consultori familiari, opportunamente potenziati e riqualificati, dovrebbero giocare un ruolo centrale a questo riguardo. Completare la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi e stabili, sostenere l'implementazione di programmi strategici di promozione della salute basati sull'offerta attiva e su sistemi esplicativi di monitoraggio e valutazione alla luce di obiettivi chiaramente definiti (come indicato nel D.M. 24.4.2000 di adozione del Progetto Obiettivo Materno Infantile), sono le condizioni per potenziare l'attività consultoriale. Tale potenziamento deve essere sostenuto sia con attività di formazione continua nella capacità di programmazione operativa e valutazione, sia assicurando la messa in rete con gli altri servizi territoriali di primo, secondo e terzo livello.

L'integrazione in rete è fondamentale per garantire percorsi di assistenza agevoli e completi, con la continuità della presa in carico, soprattutto nelle condizioni di elevato rischio sociale o socio-sanitario. Anche il raccordo con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali diviene un passaggio importante per il potenziamento dell'attività consultoriale.

Un ulteriore strumento normativo in tal senso è rappresentato dall'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" (D.P.C.M. 14.02.2001 pubblicato nella G.U. del 6.6.2001, n. 129).

C'è da rilevare come a tutt'oggi, dalla emanazione della legge 405/75 e delle leggi attuative nazionali e regionali, le condizioni di regime dei consultori per completezza della loro rete e stabilità del personale non sono ancora state raggiunte e, soprattutto al Sud, persistono zone con bassa copertura dei servizi consultoriali.

Sebbene la legge 34/96 preveda un consultorio ogni 20000 abitanti si deve tuttavia constatare che in molte regioni la presenza dei consultori familiari pubblici è inferiore a questo rapporto; a livello nazionale tale valore nel 2000 risulta essere 0.7 per 20000 abitanti. Inoltre, negli ultimi anni, il numero dei consultori familiari si è andato riducendo in modo significativo.

In particolare la realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale deve basarsi sulla complementarietà dei diversi servizi nel rispetto delle reciproche autonomie e specificità, da realizzare attraverso ben definiti progetti che vedano coinvolti diversi ambiti operativi e attraverso lo sviluppo di programmi di aggiornamento permanente.

Tale approccio deve prevedere una riallocazione delle risorse in base alle priorità individuate quali obiettivi di salute leggibili e attuabili anche nel processo di definizione del budget delle strutture operative da parte delle A.S.L. nel rispetto degli indirizzi organizzativi e dei criteri di finanziamento espressi dalle amministrazioni regionali.

Va sottolineato come la raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati analitici di tutte le Regioni rappresenta un processo lungo e delicato che impegna a fondo tutto il sistema di sorveglianza, dalle strutture periferiche a quelle centrali. Tale sistema, va detto con orgoglio, è per completezza, accuratezza e tempestività tra i migliori del mondo.

Tuttavia quest'anno si sono avute maggiori difficoltà nell'acquisizione e nel controllo dei dati a livello regionale nonché nell'inoltro al Ministero della Salute ed all'Istituto Superiore di Sanità. Nell'evidenziare questo segnale di difficoltà si invitano le Regioni ad adottare misure idonee per non perdere l'eccellente qualità del sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG, presente nel nostro Paese, che rappresenta un patrimonio di esperienza e competenza da non dissipare.

Un plauso ed un vivo ringraziamento per il grande impegno profuso, il senso di responsabilità ed i risultati ottenuti va rivolto da una parte ai funzionari regionali per i dati che riescono a fornire nonostante le difficili realtà operative in cui si trovano ad agire, dall'altra ai funzionari della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute ed ai ricercatori del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità per l'elaborazione, l'analisi dei dati e la stesura della relazione.

(Girolamo Sirchia)

**DATI PRELIMINARI ANNO 2001**

Per l'anno 2001 sono disponibili i valori totali, preliminari, di tutte le Regioni. I dati riportati nelle tabelle A, B e C si riferiscono alle Regioni di intervento. Sono state notificate 130512 IVG (Tab. A), con un decremento del 3.4% rispetto al dato definitivo del 2000 (135133 IVG) e un decremento del 44.4% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.3 per 1000 donne di età 15-49 anni, con un decremento del 3.1% rispetto al 2000 (Tab. B) e con una riduzione del 45.9% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi nell'anno 2001 forniti dall'ISTAT, pari a 531880 per tutto il territorio; vi sono state 245.4 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento del 1.8% rispetto al 2000 (Tab. C) e del 35.5% rispetto al 1982.

L'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività negli anni è illustrato in Figura 1.

## TAB. A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2001 - Valori assoluti: dati 2001 e confronti con il 2000

REGIONE	N. IVG per trimestre				TOTALE 2001	TOTALE 2000	VAR %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETT.	15363	15021	13152	13300	56836	57692	-1.5
Piemonte	3077	2967	2501	2469	11014	10995	0.2
V. D'aosta	70	76	65	68	279	296	-5.7
Lombardia	5535	5367	4805	4929	20636	21382	-3.5
Bolzano	118	119	106	105	448	467	-4.1
Trento	305	315	270	299	1189	1120	6.2
Veneto	1727	1727	1420	1469	6343	6391	-0.8
Friuli v.g.	625	548	523	458	2154	2180	-1.2
Liguria	997	977	940	879	3793	3790	0.1
Emilia rom.	2909	2925	2522	2624	10980	11071	-0.8
ITALIA CEN.	7853	7279	6501	6356	27989	29079	-3.7
Toscana	2318	2066	1896	1906	8186	8901	-8.0
Umbria	685	650	515	561	2411	2422	-0.5
Marche	707	703	579	619	2608	2550	2.3
Lazio	4143	3860	3511	3270	14784	15206	-2.8
ITALIA MER.	9430	8873	8012	7493	33808	35802	-5.6
Abruzzo	681	675	663	623	2642	2881	-8.3
Molise	216	188	203	168	775	863	-10.2
Campania	3533	3171	3015	2844	12563	13073	-3.9
Puglia	3910	3778	3143	2991	13822	14406	-4.1
Basilicata	154	186	154	151	645	656	-1.7
Calabria	936	875	834	716	3361	3923	-14.3
ITALIA INS.	3376	3272	2745	2486	11879	12560	-5.4
Sicilia	2690	2604	2161	1959	9414	9945	-5.3
Sardegna	686	668	584	527	2465	2615	-5.7
ITALIA	36022	34445	30410	29635	130512	135133	-3.4

## TAB. B

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 2001 - Tassi di abortività: dati 2001 e confronti con il 2000

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		
	2001	2000	VAR. %
ITALIA SETT.	9.4	9.5	-1.1
Piemonte	11.2	11.1	0.9
V. D'aosta	9.8	10.3	-4.9
Lombardia	9.4	9.7	-3.1
Bolzano	3.9	4.1	-4.9
Trento	10.5	9.8	7.1
Veneto	5.8	5.8	0.0
Friuli v.g.	8.0	8.1	-1.2
Liguria	10.9	10.8	0.9
Emilia rom.	12.0	12.1	-0.8
ITALIA CEN.	10.5	11.0	-4.5
Toscana	10.1	11.0	-8.2
Umbria	12.6	12.7	-0.8
Marche	7.7	7.5	2.7
Lazio	11.2	11.6	-3.4
ITALIA MER.	9.5	10.0	-5.0
Abruzzo	8.6	9.4	-8.5
Molise	10.0	11.1	-9.9
Campania	8.5	8.8	-3.4
Puglia	13.3	13.8	-3.6
Basilicata	4.3	4.4	-2.3
Calabria	6.6	7.6	-13.2
ITALIA INS.	7.1	7.4	-4.1
Sicilia	7.5	7.9	-5.1
Sardegna	5.8	6.1	-4.9
ITALIA	9.3	9.6	-3.1

## TAB. C

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 2001 - Rapporti di abortività: dati 2001 e confronti con il 2000

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		
	2001	2000	VAR. %
ITALIA SET.	253.5	254.5	-1.5
Piemonte	311.2	304.6	2.2
V. D'aosta	281.5	287.7	-2.2
Lombardia	257.3	263.9	-2.5
Bolzano	87.0	87.4	-0.5
Trento	236.1	218.0	8.3
Veneto	149.9	147.0	2.0
Friuli v. G.	239.2	239.9	-0.3
Liguria	328.3	330.1	-0.5
Emilia rom.	318.1	325.7	-2.3
ITALIA CEN.	289.9	299.4	-3.2
Toscana	286.6	317.7	-9.8
Umbria	353.6	358.8	-1.4
Marche	214.4	207.0	3.6
Lazio	301.7	303.8	-0.7
ITALIA MER.	233.9	243.6	-4.0
Abruzzo	256.5	276.4	-7.2
Molise	309.3	337.5	-8.4
Campania	188.5	193.5	-2.6
Puglia	338.4	346.7	-2.4
Basilicata	119.7	117.4	2.0
Calabria	178.3	203.3	-12.3
ITALIA INS.	178.3	184.2	-3.2
Sicilia	179.3	187.2	-4.2
Sardegna	174.6	173.4	0.7
ITALIA	245.4	250.7	-1.8

## DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2000

### 1. ANDAMENTO GENERALE DEL FENOMENO

Per il 2000 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 135133 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.6 ed un rapporto di abortività pari a 250.7. Questi dati confermano la diminuzione del fenomeno a partire dal 1983 seguito da una fase di stabilizzazione (figura 1).

Al fine di offrire un confronto rapido ed agevole sull'andamento dell'IVG, la tabella 30 riporta i valori assoluti, e le tabelle 31 e 32 forniscono l'andamento dei tassi e dei rapporti di abortività per regione dal 1982. La figura 2 fornisce il quadro delle differenze regionali dei tassi di abortività per il 2000.

#### 1.1 Valori assoluti

Nel 2000 sono state notificate 135133 IVG (Tab. 1), con un decremento del 2.9% rispetto al 1999; di queste, 21201 sono state effettuate da donne cittadine straniere. Questo dato, disponibile solo dal 1995, risulta in aumento (8967 nel 1995, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13826 nel 1998, 18806 nel 1999) e rappresenta, nel 2000, il 15.9% di tutte le IVG effettuate in Italia (nel 1999 questa percentuale era pari al 13.7%).

Quindi, se dalle IVG notificate nel 2000 si escludono quelle effettuate da cittadine straniere, il totale degli interventi risulterebbe essere 111741. Nel 1999 questo valore è stato pari a 120407.

Da quanto su riportato risulta evidente da una parte la costante riduzione delle IVG tra le donne italiane e dall'altra il contributo sempre più importante delle straniere al fenomeno abortivo in Italia.

L'andamento dei valori assoluti, per area geografica, dal 1983 al 2000 è il seguente:

N° IVG PER AREA GEOGRAFICA, 1983-2000

	1983	1987	1991	1995	1999	2000	99-2000	83-2000	VARIAZIONE %
NORD	105430	81136	67619	56186	58606	57692	- 1.6	- 45.3	
CENTRO	52423	41417	34178	29182	29796	29079	- 2.4	- 44.5	
SUD	57441	51722	44353	41466	37571	35802	- 4.7	- 37.7	
ISOLE	18682	17194	14344	12715	13240	12560	- 5.1	- 32.8	
ITALIA	233976	191469	160494	139549	139213	135133	- 2.9	- 42.2	

In quasi tutte le Regioni si nota la tendenza, salvo alcune eccezioni, ad una generale riduzione del fenomeno, più accentuata nelle regioni del Sud Italia e delle Isole (Tab. 4). Per aree geografiche (Tab. 3) si riscontra: nell'Italia Settentrionale 57692 IVG con un decremento dell'1.6% rispetto al 1999, nell'Italia Centrale 29079 IVG con un decremento del 2.4%, nell'Italia Meridionale 35802 IVG con un decremento del 4.7% e nell'Italia Insulare si sono avute 12560 IVG con un decremento del 5.1%.

Per la valutazione del fenomeno nella sua interezza va considerata la quota di aborto clandestino.

Come già riportato nelle precedenti relazioni la prima stima dell'incidenza degli aborti clandestini per regione è stata effettuata per l'anno 1983 (Rapporto ISTISAN 85/5), utilizzando tre diversi modelli matematici che, l'uno in modo indipendente dall'altro, hanno fornito tre dati sovrapponibili, il che è indicativo della ragionevolezza delle stime e della validità dei modelli.

Da allora il ricorso ad esso è stato stimato utilizzando uno dei tre modelli matematici applicati nel 1983; il valore stimato per l'anno 2000 è pari a 21100 (il 91% dei quali effettuati al Sud e Isole).

Il fenomeno risulta in costante flessione, come si può osservare nella tabella seguente:

1983	1987	1991	1995	1999	2000	VARIAZIONE %	
						99-2000	83-2000
100000	85000	60000	43500	22850	21100	- 7.7	- 78.9

L'applicazione di uno dei tre modelli considerati al periodo immediatamente antecedente al 1978 aveva dato luogo ad una stima di circa 350000 aborti clandestini.

## 1.2 Tasso di abortività

Il tasso di abortività, come peraltro raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e già detto nelle precedenti relazioni, rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

Nel 2000 si sono avute 9.6 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con una riduzione del 3.0% rispetto al 1999 (Tab. 2).

L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2000 è il seguente:

TASSI DI ABORTIVITÀ PER AREA GEOGRAFICA, 1983-2000

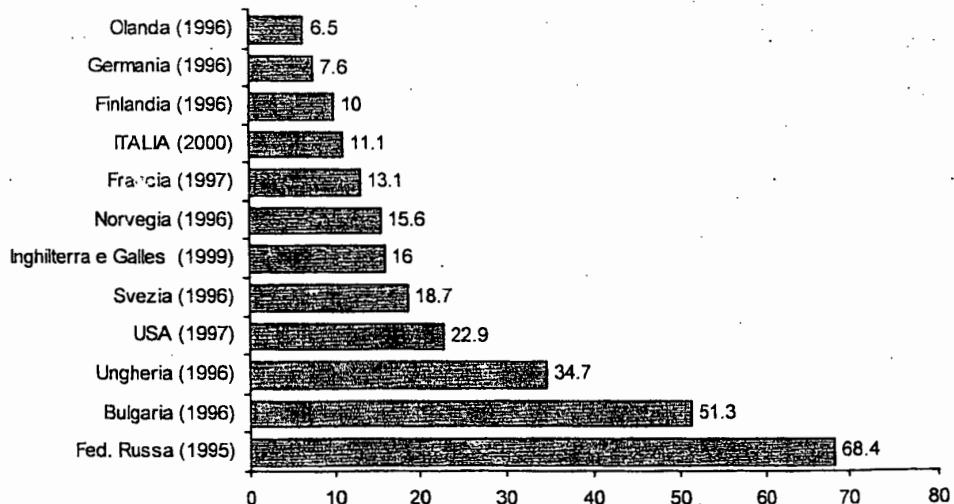
	1983	1987	1991	1995	1999	2000	VARIAZIONE %	
							99-2000	83-2000
NORD	16.8	12.7	10.6	9.0	9.6	9.5	- 1.0	- 43.5
CENTRO	19.8	15.2	12.4	10.7	11.2	11.0	- 1.8	- 44.4
SUD	17.3	14.6	12.1	11.4	10.4	10.0	- 3.8	- 42.2
ISOLE	11.7	10.0	8.1	7.3	7.8	7.4	- 5.1	- 36.8
ITALIA	16.9	13.3	11.0	9.7	9.9	9.6	- 3.0	- 43.2

Sul piano regionale, rispetto al 1999, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei tassi di abortività:

REGIONI	Variazione %	REGIONI	Variazione %
Piemonte	0	Marche	- 3.8
V. Aosta	- 2.3	Lazio	- 4.1
Lombardia	- 2.0	Abruzzo	1.1
Bolzano	- 6.8	Molise	- 5.9
Trento	1.0	Campania	- 5.4
Veneto	0	Puglia	- 3.5
Friuli V.G.	- 4.7	Basilicata	- 22.8
Liguria	- 0.9	Calabria	- 2.6
Emilia Rom.	0.8	Sicilia	- 4.8
Toscana	0.9	Sardegna	- 3.2
Umbria	3.3	ITALIA	- 3.0

Per un confronto internazionale il grafico seguente riporta il tasso di abortività italiano e gli ultimi dati disponibili di altri Paesi. Si rammenta come a livello internazionale il tasso di abortività è calcolato su donne di età 15-44 anni. Il dato italiano è stato ricalcolato adeguando il denominatore.

TASSI DI ABORTIVITÀ PER 1000 DONNE IN ETÀ 15-44 ANNI, 1995-2000



Fonti:

- Henshaw SK, Singh S, Haas T. Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999;25(1):44-48.
- Institut National d' Études Démographiques. *Statistiques de l'avortement*. Annuaire 1997. Paris: INED; 2001.
- Prioux F. L'évolution démographique récente. *Population* 2000, 3.
- Office for National Statistics. *Abortion Statistics Annual Reference Volume-series AB n°26*. London: ONS; 2000.
- The Alan Guttmacher Institute. *Induced abortion. Facts in brief*. New York: AGI; 2001.

### 1.3 Rapporto di abortività

Nel 2000 si sono avute 250.7 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento del 5.7% rispetto al 1999 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2000, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

RAPPORTI DI ABORTIVITÀ PER AREA GEOGRAFICA, 1983-2000

	1983	1987	1991	1995	1999	2000	VARIAZIONE %	
							99-2000	83-2000
NORD	484.2	418.0	327.1	277.9	269.1	254.5	- 5.4	- 47.4
CENTRO	515.2	442.7	356.1	322.2	318.1	299.4	- 5.9	- 41.9
SUD	283.8	286.3	253.0	265.2	259.8	243.6	- 6.2	- 14.2
ISOLE	205.3	204.6	176.1	176.1	196.4	184.2	- 6.2	- 10.3
ITALIA	381.7	346.7	286.9	267.7	265.9	250.7	- 5.7	- 34.3

Le differenti variazioni osservate nelle ripartizioni geografiche dipendono prevalentemente dalla maggiore riduzione delle nascite nel Sud Italia e Isole.

Sul piano regionale, rispetto al 1999, si hanno le seguenti variazioni percentuali dei rapporti di abortività:

REGIONI	Variazione %	REGIONI	Variazione %
Piemonte	- 6.0	Marche	- 6.6
V. Aosta	- 6.3	Lazio	- 7.0
Lombardia	- 6.1	Abruzzo	- 6.7
Bolzano	- 3.7	Molise	- 3.0
Trento	- 2.1	Campania	- 7.3
Veneto	- 3.4	Puglia	- 4.4
Friuli V.G.	- 9.0	Basilicata	- 24.8
Liguria	- 7.6	Calabria	- 4.9
Emilia Rom.	- 4.8	Sicilia	- 5.9
Toscana	- 4.9	Sardegna	- 7.1
Umbria	- 2.7	ITALIA	- 5.7