

## 2. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO ALL'IVG

Le caratteristiche socio-demografiche delle donne (numero di figli, età, titolo di studio, stato civile, cittadinanza) rappresentano fattori importanti nelle scelte riproduttive. Un'analisi più approfondita su queste caratteristiche è stata riportata nella Relazione al Parlamento presentata nell'anno 1998.

In generale le caratteristiche delle donne che più frequentemente ricorrono all'IVG si sono modificate, col trascorrere degli anni, in modo lento e costante. In particolare negli ultimi anni si è osservato un aumento dei tassi di abortività per le donne di età inferiore ai 25 anni e per le nubili. Tale evoluzione è dovuta prevalentemente ad una maggiore riduzione del ricorso all'IVG da parte delle donne con figli (che in Italia corrisponde alle donne coniugate) rispetto alla pur significativa riduzione osservata nelle donne senza figli (prevalentemente nubili), come peraltro già evidenziato nelle precedenti relazioni. Un altro aspetto importante da considerare è l'influenza, sulle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG in Italia, delle cittadine straniere. Queste donne sono generalmente più giovani delle donne italiane e abortiscono di più al di sotto dei 30 anni.

Nei paragrafi che seguono vengono confrontate le caratteristiche delle donne che ricorrono all'aborto in Italia con quelle di altri paesi utilizzando i dati più aggiornati disponibili (The Alan Guttmacher Institute. *Readings on induced abortion. Volume 2: A world review 2000*. New York: AGI; 2001. 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).

### 2.1 Classi di età

La distribuzione percentuale delle IVG per classi di età relativa all'anno 2000 (Tab. 6), pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella dell'anno precedente. La tabella 7 riporta i tassi di abortività per classi di età ed il tasso di abortività standardizzato per regione. È da tenere presente che per fare confronti tra Regioni sarebbe più corretto utilizzare il tasso standardizzato per età, che tiene conto delle diverse composizioni per classe di età della popolazione femminile in età feconda nelle Regioni. In realtà gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono minimi (Tab. 1 e Tab. 7) in quanto la distribuzione per età a livello regionale non sono molto diverse. Per tale motivo nell'analisi del fenomeno viene considerato il tasso grezzo.

Facendo un confronto tra il 1983 e il 2000 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', 1983-2000

	1983	1987	1991	1995	1999	2000	VARIAZIONE %	
							99-2000	83-2000
< 20	8.0	6.2	5.5	5.8	7.3	7.2	- 1.4	- 10.0
20-24	23.6	16.2	13.4	12.5	14.7	14.7	0.0	- 37.7
25-29	27.6	20.1	15.7	13.6	14.3	14.1	- 1.4	- 48.9
30-34	25.2	21.3	17.1	14.1	13.2	12.9	- 2.3	- 48.8
35-39	23.6	17.4	15.1	12.7	11.6	11.0	- 5.2	- 53.4
40-44	9.8	9.1	7.2	6.1	5.4	5.1	- 5.6	- 47.6
45-49	1.2	1.1	0.9	1.0	0.5	0.5	0.0	- 58.3

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Si nota come dal 1983 i tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate per le donne con meno di 20 anni (Fig. 3). Inoltre, dal 1995, si può osservare un leggero aumento dei tassi di abortività per le classi di età minori di 20, 20-24 e 25-29 anni. Questo andamento è in parte dovuto all'aumento del contributo delle straniere all'IVG in Italia negli ultimi anni, in quanto tra le donne straniere il tasso di abortività è maggiore tra le giovani, come indicato in maniera più analitica nel paragrafo 2.5.

L'analisi per ripartizione geografica mostra come si siano ridotte le differenze territoriali a tutte le età sebbene si osservi un andamento dell'abortività al Nord ed al Centro spostato verso le età più giovani (Tab. 7).

Permane differente la distribuzione italiana dei tassi di abortività per classi di età rispetto a quella degli altri paesi industrializzati occidentali. In questi Paesi, infatti, i valori più elevati si osservano al di sotto dei 25 anni, mentre in Italia i tassi di abortività sono maggiori nelle donne delle classi di età centrali, anche se si osservano modificazioni, come riportato precedentemente, che tendono ad avvicinare l'Italia agli altri Paesi dell'Europa occidentale.

## TASSI DI ABORTIVITA' PER ETA', CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(1999)	7.3	14.7	14.3	13.2	11.6	5.4
	(2000)	7.2	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
OLANDA	(1992)	4.2	7.4	7.2	6.6	5.0	1.9
GERMANIA	(1997)	5.5	11.3	10.8	9.1	6.5	2.8
FRANCIA	(1997)	9.8	19.8	17.0	15.0	11.4	4.9
FINLANDIA	(1997)	11.0	15.8	13.7	10.9	7.1	3.4
DANIMARCA	(1995)	14.8	22.5	21.4	19.1	12.5	5.4
NORVEGIA	(1996)	15.8	25.7	21.1	15.9	10.1	4.3
SVEZIA	(1996)	17.7	27.5	24.7	20.9	14.8	6.5
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	19.5	29.9	20.4	13.9	9.2	3.3
USA	(1996)	30.3	50.7	33.6	18.2	9.9	3.2
UNGHERIA	(1996)	30.4	46.8	48.7	43.5	30.7	13.0
BULGARIA	(1996)	34.2	82.5	84.6	63.0	33.6	11.4

Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività per il 2000 è risultato essere pari a 4.1 per 1000 (Tab. 5); l'assenso per l'intervento è stato rilasciato nel 67.1% dei casi dai genitori e nel 29.8% dei casi vi è stato il ricorso al giudice tutelare (Tab. 23). Queste percentuali possono essere poco accurate, essendo il dato non indicato pari al 11.7%.

## 2.2 Stato civile

Le donne che ricorrono all'aborto legale in Italia sono in prevalenza coniugate. Va sottolineato ancora una volta che il progressivo aumento della percentuale di donne nubili sul totale delle donne che ricorrono all'IVG è dovuto principalmente ad una maggiore riduzione del ricorso ad essa da parte delle donne coniugate a fronte di una riduzione minore tra le nubili.

L'ISTAT, nel volume *L'abortività in Italia – tendenze e nuovi comportamenti degli anni '90* (Serie Informazioni n. 3 – 2000), ha calcolato i tassi di abortività per stato civile, per gli anni 1981 e 1991 per i quali sono disponibili le popolazioni secondo lo stato civile grazie ai censimenti, e dal 1992 al 1996, grazie all'attivazione dell'indagine sulla popolazione. Nel volume *L'interruzione volontaria*

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

di gravidanza in Italia — Anno 1999 (Serie informazioni n° 5 — 2001) sono riportati i dati relativi agli anni 1997 e 1999.

Come si osserva nella tabella seguente, le donne coniugate sono quelle che registrano la diminuzione maggiore nel ricorso all'IVG nell'arco del decennio 1981-1991 (da 17.7 per 1000 a 11.6 per 1000, -34.5%), in particolare quelle con figli. L'analisi degli anni successivi al 1991 mostra una riduzione dei tassi che si assestano intorno al 9 per 1000. Un trend simile si osserva nelle ripartizioni geografiche, ma a livelli diversi, soprattutto per quanto riguarda il Sud, i cui tassi tra le coniugate sono decisamente più elevati.

IVG PER 1000 DONNE IN ETA' FECONDA, PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E STATO CIVILE (anni 1981 e 1991-1999)

	NUBILI					
	1981	1991	1993	1995	1997	1999
NORD	15.6	10.2	9.7	9.2	10.2	10.9
CENTRO	15.6	12.3	12.2	11.6**	11.2	11.6
SUD		5.5	7.3	7.3	8.3	8.9
ISOLE	4.9*	3.7	5.0	5.4	6.2	6.7
ITALIA	11.4	9.2	9.1	8.8	9.4	10.0

  

	CONIUGATE					
	1981	1991	1993	1995	1997	1999
NORD	17.5	9.1	7.6	6.8	6.9	6.9
CENTRO	17.7	11.8	10.5	8.6**	8.8	8.5
SUD		16.3	14.8	13.9	13.0	11.7
ISOLE	18.0*	10.9	8.8	8.5	8.7	8.2
ITALIA	17.7	11.6	10.1	9.1	9.0	8.6

\* Il dato disaggregato per Sud ed Isole non è disponibile.

\*\* I tassi sono stati stimati a seguito dell'elevata percentuale di "Non indicato" attribuibile alla Regione Lazio.

Le riduzioni dei tassi di abortività delle nubili nel corso del tempo sono state meno accentuate: si è passati dall'11.4 per 1000 del 1981 a valori nell'ordine del 9 per 1000 nel corso degli anni '90, seguito da un lieve aumento negli ultimi anni. Detto aumento trova in parte giustificazione nell'incremento del contributo all'IVG in Italia da parte di donne straniere. Un altro elemento da considerare è lo spostamento dell'età media al primo matrimonio nella popolazione generale femminile (da 24.7 anni nel 1991 a 27.6 anni nel 1998) con un conseguente prolungamento della condizione di nubile della donna.

Si deve però considerare che l'abortività tra le nubili negli anni '80 era notevolmente inferiore a quella delle coniugate, mentre negli anni più recenti sono dello stesso ordine di grandezza, analogamente a quanto si riscontra nei Paesi dell'Europa occidentale.

L'analisi territoriale mostra tassi di abortività più alti per le nubili nel Centro e nel Nord Italia.

L'andamento dell'abortività per stato civile è coerente con l'ipotesi che uno dei fattori principali del calo dell'IVG in Italia sia la maggior diffusione dell'uso corretto dei metodi per la procreazione consapevole soprattutto tra le coniugate. Sembrerebbe, inoltre, che al Sud, a fronte di una generale buona attitudine a impiegare i metodi per la procreazione consapevole, persista ancora una difficoltà al ricorso ai metodi più efficaci e al loro corretto uso.

Le distribuzioni percentuali delle IVG per stato civile del 2000 confermano la maggiore prevalenza di coniugate nelle Regioni meridionali/insulari (Tab. 8). Nelle quattro ripartizioni geografiche si hanno i seguenti valori:

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

## IVG (%) PER STATO CIVILE E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	Coniugate	Già coniugate	Nubili
NORD	43.2	7.4	49.4
CENTRO	44.7	6.4	49.0
SUD	61.9	3.7	34.4
ISOLE	59.9	4.7	35.3
ITALIA	50.0	6.0	44.1

A partire dall'anno 2000, nel modello D12 ISTAT che viene compilato per ogni intervento effettuato, le voci "separate" e "divorziate" sono state unite in una unica voce.

Nel confronto internazionale i valori percentuali italiani riferiti alle donne nubili sono al di sotto di quelli dell'Europa occidentale, anche se c'è un avvicinamento nel tempo, come si osserva nella tabella seguente.

## IVG (%) PER STATO CIVILE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	Coniugate	Nubili o già coniugate
ITALIA	(1999)	51.0	49.0
	(2000)	50.0	50.0
BULGARIA	(1996)	74.8	25.3
GERMANIA	(1997)	52.2	47.8
UNGHERIA	(1996)	52.2	47.8
OLANDA	(1992)	50.2	49.8
NORVEGIA	(1996)	46.6	53.4
FRANCIA	(1997)	27.1	72.9
FINLANDIA	(1995)	25.7	74.3
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	19.9	80.1
USA	(1996)	19.9	80.1

### 2.3 Titolo di studio

In Italia il titolo di studio è il più importante indicatore di condizione sociale. La distribuzione percentuale delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2000 (Tab. 9) segue il medesimo andamento già rilevato negli anni precedenti con prevalenza di donne in possesso di licenza media inferiore (46.3%). Anche per il titolo di studio, nella versione 2000 del modello D12 ISTAT, le voci "nessun titolo" e "licenza elementare" sono state unificate in quanto le donne senza titolo di studio sono ormai solo una piccolissima percentuale delle donne in età feconda.

Le variazioni delle distribuzioni percentuali per titolo di studio negli anni riflettono sia la maggiore scolarizzazione nella popolazione generale, sia i diversi trend di diminuzione per classi di istruzione.

Infatti dal confronto dei tassi standardizzati per età, possibile solo per il 1981 ed il 1991 (anni del censimento), si evidenzia che a livelli crescenti di scolarità corrispondono livelli decrescenti di abortività. Escludendo le donne di 15-19 anni perché non possono avere la licenza di scuola media superiore o la laurea, nel decennio considerato la riduzione è stata del 13% (da 16.9 per 1000 a 14.7 per 1000) nelle donne con titolo di studio inferiore o uguale ad elementare, del 35.5% (da 21.9 a 14.1) nelle donne con licenza media e del 36.6% (da 14.2 a 9.0) nelle donne con licenza media

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

superiore o laurea, come riportato nel rapporto dell'ISTAT *L'interruzione di gravidanza in Italia - Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi* (Serie Argomenti n.9 - 1997).

Come evidenziato dalla tabella seguente, esistono tuttavia differenze nella distribuzione percentuale per istruzione tra aree geografiche, in parte giustificate dalla differente composizione della popolazione e dalla diversa diffusione dell'istruzione superiore.

IVG (%) PER ISTRUZIONE E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	Nessuno/Licenza Elementare	Licenza media	Licenza superiore	Laurea
NORD	7.5	47.2	40.1	5.2
CENTRO	5.6	40.5	45.8	8.2
SUD	18.0	48.4	29.0	4.6
ISOLE	12.3	50.7	33.2	3.9
ITALIA	10.3	46.3	37.8	5.6

## 2.4 Occupazione

E' il primo anno che il sistema di sorveglianza ha raccolto il dato sull'occupazione delle donne che si sono sottoposte ad IVG. Negli anni precedenti l'entità dei non rilevati era tale da rendere poco affidabile ogni analisi. In Tab. 10 è riportata la distribuzione percentuale di questa variabile, da cui si evidenzia che il 40.9% delle donne che hanno abortito nel 2000 risulta occupata, il 30.8% casalinga, l'11.9% studentessa.

Come per il titolo di studio esistono notevoli differenze nella distribuzione percentuale per occupazione tra aree geografiche, in gran parte giustificate dalla differente composizione per occupazione nella popolazione generale.

IVG (%) PER OCCUPAZIONE E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	Occupata	Disoccupata o in cerca prima occupazione	Casalinga	Studentessa	Altra
NORD	54.6	13.8	20.9	8.7	0.2
CENTRO	43.8	16.4	16.7	18.8	1.4
SUD	23.6	11.6	49.4	11.3	0.1
ISOLE	20.2	9.5	55.7	12.3	0.2
ITALIA	40.9	13.4	30.8	11.9	0.4

Per il 2000, non essendo disponibili i dati di popolazione per occupazione non si possono calcolare i tassi specifici per le modalità di tale caratteristica.. Essendo, inoltre, la prima volta che questa variabile viene rilevata, la qualità dell'informazione può non essere ancora ottimale ed analisi più approfondite potranno essere effettuate solo negli anni futuri. Tuttavia, il confronto con le distribuzioni percentuali, calcolate dall'ISTAT negli anni precedenti, mostra un andamento simile.

L'ISTAT ha inoltre calcolato per il 1981 ed il 1991, anni in cui sono disponibili i dati di popolazione, i tassi di abortività per condizione professionale. Tassi maggiori si sono osservati tra le casalinghe sia nel 1981 che nel 1991. Una diminuzione più rilevante del tasso di abortività è emerso tra le donne in condizione professionale rispetto alle casalinghe, -30.1% rispetto a -12.5%

*(L'interruzione di gravidanza in Italia - Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi - Serie Argomenti n.9 - 1997).*

## **2.5 Residenza**

Nel 2000 il 91.4% delle IVG ha riguardato donne residenti nelle Regioni di intervento (Tab. 11). Di queste l'87.5% si riferisce a donne residenti nella provincia di intervento. Dai dati del 2000 si osserva una maggiore frequenza di migrazione, che supera il 10% nelle stesse Regioni degli anni precedenti (Provincia Autonoma di Trento, Molise, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Friuli Venezia Giulia, Abruzzi, Lazio e Piemonte).

È stato inoltre segnalata da parte dei funzionari regionali, la presenza, via via crescente, di donne straniere, in prevalenza originarie dei paesi extracomunitari, che ricorrono all'IVG nel nostro Paese. Dai dati ISTAT disponibili risulta che il numero delle IVG effettuate da donne residenti all'estero è passato, con un incremento costante, da 461 casi del 1980 a 2443 casi nel 1997, 3258 nel 1998, 3703 nel 1999 e 3651 nel 2000; quest'ultimo valore corrisponde al 2.7% del totale delle IVG. Le provincie nelle quali si osserva una frequenza elevata di IVG effettuate da donne residenti all'estero sono situate nell'Italia centrale e settentrionale, dove è maggiormente presente la popolazione straniera.

Per una corretta valutazione dei tassi di abortività per regione devono essere tenuti presenti i dati sulla mobilità.

I valori riportati nelle relazioni riguardano sempre gli aborti per regione di intervento. Nel calcolo dei tassi di abortività, da un punto di vista metodologico, questo non è corretto perché, numeratore (le IVG) e denominatore (le donne 15-49 anni) non sono omogenei. Infatti, il numeratore è costituito da IVG per regione di intervento ed il denominatore dalle donne residenti nella data regione. Sarebbe più corretto utilizzare come numeratore le IVG ovunque ottenute dalle donne residenti.

A livello nazionale, poiché l'apporto delle donne non residenti in Italia non risulta molto elevato (3651 IVG nel 2000), questa differenza di provenienza del numeratore e del denominatore, nel calcolo del tasso e del rapporto di abortività, non costituisce un grosso problema. Infatti il tasso di abortività calcolato utilizzando solo le IVG di donne residenti in Italia risulta pari a 9.3 per 1000, rispetto a 9.6 calcolato su tutte le IVG effettuate nel Paese nel 2000.

Anche a livello regionale, generalmente, non si osservano significative differenze tra i tassi di abortività per regione di residenza e tassi di abortività per regione di intervento. Fanno eccezione poche realtà come l'Emilia Romagna da un lato, dove il numero di interventi effettuati da donne ivi residenti è inferiore di oltre mille unità rispetto alle IVG effettuate nella Regione, e la Basilicata dall'altro, dove circa la metà delle IVG riguardanti donne residenti viene effettuata fuori Regione. La mobilità è attualmente intraregionale e per una analisi più dettagliata si rinvia al volume dell'ISTAT (Serie Argomenti n. 9 - 1997).

## **2.6 Cittadinanza**

Dal 1995 l'ISTAT ha iniziato a raccogliere e pubblicare il dato riguardante la cittadinanza delle donne che abortiscono in Italia. Anche il sistema di sorveglianza dal 2000 ha acquisito questa informazione attraverso i Referenti Regionali. Nel 1995 ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13826 nel 1998, 18806 nel 1999 e 21201 nel 2000. In queste 21201 cittadine straniere sono comunque comprese le suddette

3651 residenti all'estero. I dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2000, hanno fatto ricorso all'IVG sono mostrati in tabella 12.

L'aumento nel tempo delle IVG effettuate da donne straniere maschera la riduzione del fenomeno tra le donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 127700 nel 1996, a 124531 nel 1998, a 120407 nel 1999 e 111741 nel 2000.

Nel 2000 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 15.9% del dato nazionale e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori. Ad esempio in Lombardia, Veneto ed Umbria la percentuale di IVG riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 25%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

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 la quantità 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 dato è da mettere in relazione al fatto che molte delle donne cittadine straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e che provengono da aree in cui l'abortività legale e/o clandestina è più alta che in Italia.

L'analisi per età e per cittadinanza mostra, inoltre, che per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni, sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani, mentre per le donne straniere i tassi decrescono passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana; infatti mentre tra le cittadine italiane l'IVG è più frequente tra le donne di età 25-34 anni, tra le straniere sono le giovani quelle che ricorrono di più all'IVG. (ISTAT, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia*. Statistiche in breve, 6 marzo 2000).

TASSI DI ABORTIVITÀ VOLONTARIA PER 1000 DONNE RESIDENTI IN ITALIA, SECONDO LA CITTADINANZA E LE CLASSI D'ETÀ (Annò 1998)

Età	Cittadinanza	
	Italiana	Straniera
18-24	11.5	55.0
25-29	12.0	44.0
30-34	12.2	31.4
35-39	11.1	23.6
40-44	5.3	10.0
45-49	0.5	0.7

L'aumento del ricorso all'IVG da parte delle donne straniere è collegato all'incremento della popolazione straniera nel nostro Paese negli ultimi anni.

È necessario tener presente quanto su detto nell'analisi della variazione delle distribuzioni percentuali per caratteristiche delle donne che effettuano l'IVG, soprattutto per età e stato civile, visto che la popolazione straniera è costituita in prevalenza da giovani e nubili.

Questa analisi indica in maniera evidente la necessità di politiche di supporto e informazione verso le donne straniere, in particolare le giovani.

**2.7 Anamnesi Ostetrica****2.7.1 Numero di nati vivi e nati morti**

A seguito della modifica della scheda D12 ISTAT intervenuta nel 2000 l'informazione riguardante i "figli" ed i "parti precedenti" è stata sostituita da quella sui "nati vivi" e "nati morti".

Nella tabella 13 è riportata la distribuzione percentuale per regione per numero di nati vivi che la donna dichiara di aver avuto prima dell'intervento.

Analizzando l'informazione per aree geografiche, nel 2000, si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) PER NATI VIVI E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	N° nati vivi				
	0	1	2	3	4 o più
NORD	47.6	23.8	21.7	5.2	1.7
CENTRO	51.6	20.8	21.2	4.9	1.4
SUD	33.6	15.8	33.1	13.2	4.3
ISOLE	34.1	17.5	30.8	12.7	4.8
ITALIA	43.5	20.5	25.5	7.9	2.6

Poiché la mortalità infantile ed in età giovanile in Italia sono molto basse questa informazione può essere confrontata con quella sui figli raccolta negli anni precedenti.

IVG (%) PER FIGLI, 1983-99

	N° nati vivi				
	0	1	2	3	4 o più
1983	24.6	22.0	31.5	13.6	8.3
1987	29.3	19.6	31.6	13.0	6.6
1991	35.1	19.5	29.3	11.4	4.8
1995	39.0	19.9	27.4	9.9	3.7
1998	41.9	19.9	26.4	8.8	3.0
1999	41.6	20.5	26.5	8.7	2.8

Dall'analisi riportata nel volume dell'ISTAT (Serie Argomenti n. 9 - 1997) i tassi di abortività per 1000 donne coniugate e numero di figli relativi al 1991 evidenziano che il ricorso all'IVG è più contenuto per le donne senza figli e assume maggior rilievo via via che aumenta il nucleo familiare. Anche i rapporti di abortività volontaria secondo il numero dei figli, per gli anni 1981-1994, sono più elevati tra le donne con due o più figli; contemporaneamente si osserva una sensibile diminuzione nel tempo, maggiormente accentuata per le donne con tre o più figli.

Da ciò emerge la considerazione di ordine generale che, poiché in Italia nel tempo è diminuito il numero dei nati e soprattutto quelli di ordine superiore, la diminuzione dei rapporti di abortività è la conseguenza di un calo delle IVG maggiore di quello dei nati. L'unico fattore che può aver agito in questo senso è la maggiore diffusione dell'uso di metodi per la procreazione consapevole, in quanto gli altri fattori che influenzano la fecondità sono quelli involontari, ovvero l'abortività spontanea e l'infertilità, che agiscono sui concepimenti indipendentemente dal fatto che questi abbiano come esito la nascita o l'IVG.

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Un confronto dei valori percentuali con altri paesi viene presentato nella seguente tabella:

## IVG (%) PER PARITA': CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	N° figli o nati vivi	
		0	≥ 1
ITALIA	(1999)	41.6	58.4
	(2000)	43.5	56.5
BULGARIA	(1996)	19.1	80.9
REPUBBLICA CECA	(1996)	21.0	79.1
GERMANIA	(1997)	36.3	63.7
USA	(1995)	45.0	55.0
FRANCIA	(1997)	45.6	54.4
SVEZIA	(1996)	45.6	54.4
DANIMARCA	(1994)	45.9	54.1
FINLANDIA	(1996)	46.8	53.2
NORVEGIA	(1996)	47.9	52.1
OLANDA	(1992)	48.9	51.1
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	53.0	47.0

La distribuzione delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG nell'anno 2000 per nati morti è riportata in tabella 14.

Poiché la natimortalità in Italia è molto bassa, il 98.9% delle donne ha dichiarato di non aver avuto nati morti in precedenza, con valori leggermente più elevati in Campania ed Emilia Romagna.

Un confronto per aree geografiche è riportata nella tabella seguente:

## IVG (%) PER NATI MORTI E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	0	1	2	3	4 o più
NORD	99.1	0.7	0.2	0	0
CENTRO	99.6	0.4	0.1	0	0
SUD	98.1	0.8	0.6	0.3	0.1
ISOLE	99.0	0.7	0.2	0.1	0
ITALIA	99.8	0.6	0.3	0.1	0

## 2.7.2 Aborti spontanei precedenti

Nel 2000 l'89.4% delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG ha dichiarato di non aver mai avuto aborti spontanei nel passato (Tab. 15). Questo valore, simile a quello rilevato negli ultimi anni, conferma la tendenza alla diminuzione delle donne che hanno dichiarato di avere avuto aborti spontanei precedenti, rispetto ai dati del 1983.

## IVG (%) PER NUMERO DI ABORTI SPONTANEI PRECEDENTI, 1983-2000

	N° aborti spontanei precedenti				
	0	1	2	3	4 o più
1983	81.1	13.1	3.8	1.2	0.9
1987	86.1	10.4	2.5	0.6	0.4
1991	87.9	9.4	2.0	0.5	0.3
1995	88.8	8.8	1.8	0.4	0.2
1999	89.3	8.6	1.6	0.3	0.1
2000	89.4	8.4	1.7	0.3	0.2

**2.7.3 Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti**

I dati del 2000 (Tab. 16) mostrano una stabilità nella percentuale di donne che hanno già effettuato una o più IVG precedentemente. Tale tendenza è in corso dal 1990.

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI, 1983-2000

	N° IVG precedenti					totale
	1	2	3	4 o più		
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9	
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0	
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5	
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5	
1999	17.5	4.7	1.5	0.9	24.6	
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9	

Si tratta, come già detto nelle precedenti relazioni, di una evoluzione diversa da quella che si avrebbe se si assumesse costante nel tempo la tendenza ad abortire. Infatti, sotto questa assunzione, con modelli matematici è possibile stimare l'andamento nel tempo dell'abortività ripetuta. Dal momento della legalizzazione la proporzione di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva deve aumentare fino a raggiungere un valore stazionario dopo 30 anni (questo aumento è la conseguenza dell'aumento della popolazione in età feconda con esperienza abortiva).

Il confronto tra l'osservato e l'atteso, riportato nella tabella seguente, mostra che il plateau è stato raggiunto dopo 10 anni dalla legalizzazione e su un livello (peraltro discendente) inferiore di oltre un terzo rispetto all'atteso.

PERCENTUALI DI IVG OTTENUTE DA DONNE CON PRECEDENTE ESPERIENZA ABORTIVA (ABORTI LEGALI) - ITALIA 1988-2000

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
osservati	30.1	30.0	28.9	28.6	27.6	27.4	26.3	25.5	24.8	25.0	24.5	24.6	24.9
attesi *	35.5	36.9	38.3	39.5	40.5	41.3	42.0	42.6	43.0	43.5	43.8	44.1	44.2

(\* I valori attesi sono stati ricavati utilizzando il modello matematico riportato nella pubblicazione: De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME: *Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia*. Ann Ist Super Sanità 1988;34: 331-338.)

Considerando l'anno 2000 può notarsi come la massima frequenza delle ripetizioni sia a carico delle Regioni meridionali con il 30.3%, come evidenziato nella tabella seguente:

IVG (%) PER IVG PRECEDENTI E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	N° IVG precedenti					totale
	1	2	3	4 o più		
NORD	16.7	4.2	1.2	0.7	22.8	
CENTRO	15.1	4.0	1.2	0.8	21.1	
SUD	19.1	7.1	2.5	1.6	30.3	
ISOLE	15.8	5.0	1.7	0.6	23.1	
ITALIA	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9	

Nel Nord, la percentuale maggiore di ripetizioni si ha in Friuli Venezia Giulia (26.6%); nel Centro, in Toscana (21.8%); al Sud, in Puglia (39.1%); nell'Italia insulare, in Sicilia (24.2%).

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Il quadro complessivo dei dati regionali relativo alle donne che, avendo fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza nel 2000, avevano effettuato in precedenza due o più IVG risulta il seguente:

REGIONI	IVG precedenti >1 (%)	REGIONI	IVG precedenti >1 (%)
Piemonte	7.2	Marche	5.0
V. Aosta	3.3	Lazio	n.r.
Lombardia	5.1	Abruzzo	7.1
Bolzano	4.2	Molise	9.1
Trento	3.9	Campania	7.6
Veneto	6.2	Puglia	16.6
Friuli V.G.	7.2	Basilicata	4.7
Liguria	6.4	Calabria	7.7
Emilia Rom.	6.9	Sicilia	7.8
Toscana	6.4	Sardegna	5.5
Umbria	5.9		
		ITALIA	7.6

Per avere un quadro più completo, l'ISTAT, che dispone dei dati individuali ha analizzato le caratteristiche socio demografiche delle donne che hanno avuto aborti ripetuti (Serie Argomenti n.9 - 1997). Da ciò è risultato che il numero di IVG precedenti aumenta con l'aumentare del numero di figli e dell'età delle donne. Inoltre, a parità di numero di figli, il fenomeno è più marcato tra le nubili rispetto alle coniugate. Diversamente, un elevato livello di istruzione e l'aver un'occupazione extradomestica agiscono da fattore protettivo, come già osservato per l'abortività in generale. L'analisi dei dati individuali del 1999 mostra una percentuale di IVG precedenti maggiore tra le donne straniere, 35.0% rispetto al 23.2% tra le cittadine italiane.

Considerando infine la ripartizione geografica si osserva una maggiore concentrazione dell'aborto ripetuto al Sud rispetto al resto d'Italia, indipendentemente dalla maggior presenza di donne con figli.

Un confronto con altri Paesi, riportato nella tabella seguente, mostra che il valore italiano è comunque tra i più bassi a livello internazionale.

## IVG (%) PER IVG PRECEDENTI: CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	N° IVG PRECEDENTI				TOTALE
		0	1	2	3 o più	
ITALIA	(1999)	75.4	17.5	4.7	2.4	24.6
	(2000)	75.1	17.1	5.1	2.5	24.9
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	(1999)	70.3	←	29.7	→	29.7
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

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importante conferma che la tendenza al ricorso all'aborto non è costante ma in diminuzione, e la spiegazione più plausibile, sulla base di molti studi di popolazione, è il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge.

### 3. MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL' IVG

#### 3.1 Certificazione

Anche per l'anno 2000 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (36.0%); nel 32.2% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'interruzione, mentre il consultorio è stato coinvolto nel 30.1% dei casi (Tab. 17). In generale, negli ultimi anni, si osserva un leggero aumento della percentuale di certificazione rilasciata dal consultorio familiare. Questo andamento può essere in gran parte determinato dalle donne straniere, le quali ricorrono più frequentemente al consultorio familiare per ottenere la certificazione, in quanto servizio a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. Infatti, nel 2000, il 47.6% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare mentre per le italiane questo dato è pari al 26.8%.

Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva in Piemonte (56.9%), nel Lazio (48.4%), in Emilia Romagna (42.5%), in Lombardia (33.9%), in Umbria (33.6%) ed in Veneto (32.7%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare.

IVG (%) PER LUOGO DI CERTIFICAZIONE, 1983-2000

	Medico fiducia	Servizio Ost. Gin	Consultorio	Altro
1983	52.9	21.4	24.2	1.4
1987	52.4	25.7	20.0	1.9
1991	47.8	29.1	21.4	1.7
1995	45.5	29.1	23.5	1.9
1999	38.6	31.0	28.7	1.7
2000	36.0	32.2	30.1	1.7

Confrontando la tabella 17 con quella della distribuzione dei consultori familiari sul territorio (Tab. 18), può notarsi come le più alte percentuali di certificazioni per l'IVG rilasciate in consultorio non sono automaticamente correlate alla maggior presenza dei consultori nelle Regioni; ciò sta a significare che un maggior coinvolgimento del consultorio è in buona parte il risultato di una scelta di politica sanitaria tendente all'integrazione dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali, condizione questa indispensabile perché la donna trovi conveniente rivolgersi al consultorio.

In generale, da un'analisi più approfondita, emerge che le nubili o le già coniugate, le donne più giovani e le meno istruite ricorrono di più al consultorio familiare (ISTAT, Serie Argomenti n.9 - 1997).

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo quanto riferito dalle Regioni) sono risultati, nel 2000, 1963 e 144 privati, con una diminuzione di 34 rispetto al 1999 (2007 consultori pubblici) e una riduzione 659 rispetto al 1994.

Questa riduzione è prevalentemente legata alla creazione o riorganizzazione dei distretti, presso i quali sono stati accentrati i consultori familiari e all'eliminazione delle sedi distaccate, che prima, impropriamente, inflazionavano il numero dei consultori.

Va detto, comunque, che anche i dati del 2000 risultano comprensivi, in alcune Regioni, delle sedi distaccate e che spesso i consultori sono con organico non completo, soprattutto al Sud. A tale proposito è necessario rilevare che da una parte permane l'esigenza di una dislocazione territoriale tale da facilitare l'offerta attiva e l'accesso al servizio, dall'altra l'organico consultoriale è rapportato a una dimensione di popolazione di 20000 abitanti in media, per cui fenomeni di accentramento fisico delle sedi a livello distrettuali devono comunque garantire un organo adeguato alla nuova dimensione territoriale. Ad esempio, in un distretto di 60000 abitanti, in cui secondo la

legge 34/96 (1 consultorio familiare ogni 20000 abitanti) dovrebbero essere previsti tre consultori familiari, l'eventuale centralizzazione del servizio consultoriale dovrebbe prevedere l'equivalente di tre organici completi per garantire alla popolazione la possibilità di essere coinvolta nei programmi strategici di promozione della salute previsti nei livelli essenziali di assistenza con le modalità organizzative indicate dal Progetto Obiettivo Materno Infantile e di poter avere a disposizione un numero sufficiente di ore/lavoro delle singole figure professionali integrate nell'equipe per rispondere alle richieste spontanee.

Considerando che, mediamente, le donne in età feconda costituiscono il 25% della popolazione generale, ciò comporta 2 consultori ogni 10000 donne in età feconda. Nella tabella 17 si osserva che in molte regioni la presenza dei consultori familiari pubblici è inferiore a questi rapporti; a livello nazionale tali valori risultano rispettivamente di 0.7 per 20000 abitanti e 1.4 per 1000 donne in età feconda senza differenze tra aree geografiche. Solo poche regioni superano tale valore.

Non deve quindi sorprendere che solo circa un terzo delle certificazioni vengano rilasciate dal consultorio familiare. La non adeguata presenza del consultorio familiare sul territorio, l'assenza o il ridotto numero di ore lavorative della figura professionale di riferimento, la scarsa disponibilità dei servizi di secondo e terzo livello ad accettare di mettersi in rete con i servizi consultoriali per garantire la completa presa in carico, sono i fattori dominanti di questo quadro.

In questo modo viene vanificata la potenziale risorsa, di maggior esperienza nel contesto sanitario, caratterizzata da competenze pluridisciplinari, che meglio possa sostenere la donna e aiutarla nella maternità consapevole ed in particolare nella riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta.

Il D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" nell'assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare individua, tra le prestazioni da garantire, sia la promozione della procreazione cosciente e responsabile sia l'assistenza per l'interruzione volontaria di gravidanza. Identifica, inoltre, nei consultori familiari i servizi di riferimento e ribadisce le modalità organizzative e gli standard previsti dal Progetto Obiettivo Materno Infantile e dalla legge 34/96.

Completare, quindi, la rete consultoriale sul territorio, assicurare organici completi, eliminare le condizioni di precarietà e sviluppare le capacità di programmazione, gestione e valutazione dell'attività, anche attraverso programmi di formazione permanente, restano quindi esigenze inderogabili.

### **3.2 Urgenza**

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge è avvenuto nel 2000 nel 9.0% dei casi (Tab. 19). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Emilia Romagna (26.0%) ed in Toscana (25.9%). In queste Regioni le percentuali di IVG effettuate oltre la decima settimana sono inferiori al dato di Regioni confrontabili, in particolare nella classe di età 15-19 anni

La distribuzione per aree geografiche dell'IVG con certificazione che attestava l'urgenza è la seguente: 10.1% al Nord, 11.8% al Centro, 6.5% al Sud e 4.1% nelle Isole.

### **3.3 Epoca gestazionale**

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione (Tab. 20) 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

## XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

1999 a 40,4% nel 2000). Percentuali più elevate di interventi in epoche gestazionali più avanzate si osservano nelle Regioni del Centro e del Nord.

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 lo stesso rappresenta un valido indicatore della disponibilità e qualità dei servizi.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 2000, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	1.2	Marche	2.7
V. Aosta	2.0	Lazio	1.4
Lombardia	2.2	Abruzzo	1.1
Bolzano	3.1	Molise	0.7
Trento	2.6	Campania	0.5
Veneto	5.5	Puglia	1.0
Friuli V.G.	3.0	Basilicata	2.0
Liguria	2.3	Calabria	1.2
Emilia Rom.	2.3	Sicilia	1.9
Toscana	2.0	Sardegna	2.5
Umbria	1.6		
		ITALIA	1.8

Una possibile spiegazione delle differenze osservate tra le varie Regioni consiste nella diversa disponibilità di strutture che effettuano l'intervento oltre le dodici settimane di gestazione.

La seguente tabella riporta i confronti internazionali, le cui differenze sono spesso giustificate da una diversa legislazione e dalla disponibilità di servizi.

IVG OLTRE LA 12<sup>a</sup> SETTIMANA GESTAZIONALE: CONFRONTI INTERNAZIONALI

PAESE	ANNO	N° totale IVG	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IVG >12 settimane
ITALIA	(1999)	139213	11.4	1.8
	(2000)	135133	11.1	1.8
REPUBBLICA CECA	(1996)	46500	20.7	1.1
UNGHERIA	(1996)	76600	34.7	1.1
GERMANIA	(1997)	130900	7.7	1.7
FRANCIA	(1995)	156200	12.4	2.2
DANIMARCA	(1995)	17700	16.1	2.9
NORVERGIA	(1996)	14300	15.6	3.6
SVEZIA	(1996)	32100	18.7	4.0
OLANDA	(1996)	22400	6.5	8.2
INGHILTERRA E GALLES	(1999)	173701	16.0	10.9
USA	(1997)	1330000	22.2	12.0

\* il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni.

La tabella 21 riporta la distribuzione percentuale di IVG per settimana di gestazione e per età della donna. Si osserva tra le giovani una percentuale più elevata di IVG oltre la 10<sup>a</sup> settimana: 20,6% nelle donne con meno di 20 anni rispetto a 15,9% nelle altre. Da un'analisi dei dati individuali (ISTAT, Serie Argomenti n.9 - 1997), si osserva che più basso è il livello di istruzione della donna, più elevata è l'epoca gestazionale in cui la donna effettua l'intervento. Anche la parità è associata

con la precocità dell'intervento: all'aumentare della parità aumenta la percentuale delle IVG effettuate sia entro l'ottava che entro la decima settimana. Dall'analisi dei dati del 2000 si osserva che le donne straniere abortiscono più tardivamente (25.3% oltre la 10<sup>a</sup> settimana, rispetto al 14.3% nelle cittadine italiane).

### 3.4 Tempo di attesa fra certificazione ed intervento

L'informazione relativa alla data della certificazione, che permette di calcolare i tempi di attesa per l'intervento, indicatore dell'efficienza dei servizi, è stata inserita nel modello D 12 standard (ISTAT) a partire dal 2000. Il 64.6% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 13.5% dei casi, con alcune variazioni regionali, sono trascorse più di 3 settimane (Tab. 22).

### 3.5 Luogo dell'intervento

La distribuzione degli interventi nelle diverse strutture (Tab. 23) non è sostanzialmente cambiata rispetto agli anni precedenti, come evidenziato nella tabella seguente.

La riduzione osservata, dopo il 1987, per l'ambulatorio è da mettere in relazione alla corretta registrazione sotto questa voce dei soli interventi effettuati in struttura esterna agli istituti di cura pubblici (definizione ISTAT).

IVG (%) PER LUOGO DI INTERVENTO, 1983-2000

	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87.6	9.7	2.7
1987	82.7	12.6	4.6
1991	87.3	11.6	1.0
1995	88.3	10.9	0.7
1999	90.9	8.9	0.2
2000	90.6	9.1	0.3

In alcune Regioni, Puglia e Sardegna, e nella Provincia Autonoma di Trento, è particolarmente elevata la percentuale di interventi effettuati in casa di cura.

### 3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2000 l'anestesia generale è stata impiegata nell'82.2% delle IVG (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 15.8% degli interventi, senza significative modificazioni rispetto al 1999. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2000, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) PER TIPO DI ANESTESIA E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	Generale	Locale	Analgesia	Altro	Nessuna
NORD	85.7	11.9	1.1	0.7	0.6
CENTRO	64.3	32.7	0.2	0.2	2.7
SUD	86.5	12.6	0.6	0.1	0.3
ISOLE	94.9	4.4	0.2	0	0.4
ITALIA	82.2	15.8	0.7	0.4	0.9

C'è da segnalare, ancora una volta, l'alto ricorso all'anestesia generale, non giustificato dalle metodiche adottate per espletare l'intervento e dall'epoca gestazionale in cui mediamente le IVG vengono effettuate; ciò è in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale. Nelle linee guida sull'aborto volontario prodotte recentemente dal Royal College of Obstetricians and Gynaecologists inglese (RCOG. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guideline n.7.* London: RCOG Press;2000) si afferma che quando l'intervento viene effettuato tramite isterosuzione l'uso dell'anestesia locale è più sicuro dell'anestesia generale.

Da un'analisi più dettagliata (ISTAT. *L'interruzione di gravidanza in Italia - Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi.* Serie Argomenti n.9 - 1997) è stata evidenziata una maggiore percentuale di anestesia locale tra le laureate e tra le donne di età più avanzata e con figli. Tuttavia il fattore più importante nel determinare la scelta del tipo di anestesia risulta essere il luogo dove viene effettuato l'intervento e quindi le scelte del personale che esegue l'IVG.

### 3.7 Tipo di intervento

Confrontando negli anni le metodiche utilizzate per effettuare l'IVG si ottiene il seguente quadro:

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO, 1983-2000

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24.5	46.7	28.3	0.6
1987	17.8	37.9	43.7	0.5
1991	15.8	33.4	50.2	0.6
1995	14.9	24.8	57.5	2.8
1999	16.9	19.0	63.1	1.0
2000	15.6	19.5	63.6	1.3

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (Tab. 25). Dal 1997 si nota, dopo una progressiva fase di riduzione ed una successiva situazione di stabilità, un leggero aumento dell'uso del raschiamento, in particolare in alcune regioni.

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria, Sardegna, Molise ed Abruzzo, dove questa tecnica è ancora presente in più del 30% dei casi), a fronte di valori contenuti nell'Italia settentrionale e centrale. L'analisi per area geografica è riportata nella seguente tabella:

IVG (%) PER TIPO DI INTERVENTO E PER AREA GEOGRAFICA, 2000

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	13.7	21.1	63.7	1.4
CENTRO	3.5	38.8	56.0	1.7
SUD	19.0	9.8	70.3	0.9
ISOLE	27.6	18.0	52.5	2.0
ITALIA	15.6	19.5	63.6	1.3

È da tener presente che esistono differenze tra ospedali all'interno di ogni Regione, come si evince da elaborazioni ad hoc dei modelli D12/ISTAT.