

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione vengono presentati i dati preliminari per l'anno 2002 ed i dati definitivi relativi all'anno 2001 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 2002 è pari a 130690 interventi, con un decremento del 1.2% rispetto al 2001 (132234 casi) e del 44.3% 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 1.9% rispetto al 2001 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 244.0 per 1000 con un decremento dell'1.8% rispetto al 2001 e del 35.8% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

L'analisi delle caratteristiche delle IVG riportata nella presente relazione fa riferimento all'anno 2001 per il quale si dispone, come si è detto, dei dati analitici definitivi.

Nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese (9850 nel 1996, 13826 nel 1998, 21201 nel 2000 e 25094 nel 2001).

L'incremento osservato è legato principalmente all'aumentata presenza sul territorio nazionale delle donne straniere a seguito dei ben noti fenomeni migratori ed influisce in modo sempre più consistente sull'incidenza dell'IVG. Infatti i 25094 interventi del 2001 rappresentano il 19.1% del totale delle IVG effettuate in Italia nello stesso anno.

Di ciò è necessario tener conto sia per l'andamento generale del fenomeno abortivo, sia per l'aumento di interventi fatto registrare da alcune regioni, regioni nelle quali il maggior ricorso all'IVG è legato alla più alta presenza di immigrate in tali regioni.

Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane il dato risulterebbe essere 127700 nel 1996, 124531 nel 1998, 120407 nel 1999, 111741 nel 2000 e 106166 nel 2001, con una riduzione del 5% rispetto al 2000.

In conclusione, quindi, ad una costante diminuzione delle IVG tra le italiane si associa un sempre più importante contributo delle straniere.

Anche la stima dell'aborto clandestino per il 2001, con un valore pari a 21000 casi, conferma la tendenza alla diminuzione (-79% rispetto al 1983) dell'IVG.

La serie storica dei dati rilevati nel tempo evidenzia che le IVG, dopo un massimo osservato a distanza di pochi anni dall'approvazione della legge, si sono ridotte in modo costante. Infatti, considerando sia gli aborti notificati che quelli ancora clandestini, si può stimare che nel 2002 vi sono stati circa duecentomila casi in meno rispetto al valore stimato prima dell'approvazione della Legge 194/78 e al valore relativo al 1982-83. Il fenomeno è sicuramente associato ad una maggiore diffusione (o un più corretto uso) di metodi per la procreazione responsabile messi in atto per evitare gravidanze indesiderate. Questa tesi trova conferma anche nello studio

dell'aborto ripetuto, in diminuzione da molti anni, con valori di molto inferiori a quanto attesi (nell'ipotesi di una costanza nel tempo dei comportamenti relativi alla regolazione della fecondità).

Le caratteristiche delle donne che prevalentemente ricorrono all'aborto, manifestano in generale, 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.

L'apporto delle donne straniere alla modulazione delle 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 classi di età 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 modeste variazioni. Nel 87.7% 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. Permane elevato il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, non giustificato dalle metodiche adottate e in contrasto con le indicazioni formulate a livello internazionale.

Il ricorso al Consultorio Familiare per la certificazione rimane sempre basso (31.6%), anche se negli ultimi anni si nota un certo incremento. La reale difficoltà della donna a ricorrere a detta struttura è riconducibile a fattori quali la non adeguata integrazione tra questo servizio e quelli presso cui viene effettuata l'IVG e, soprattutto al Sud, alla scarsa presenza del servizio sul territorio, all'incompletezza della equipe consultoriale, al limitato numero di ore delle figure professionali che dovrebbero occuparsi di questo problema o alla indisponibilità a rilasciare la certificazione.

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

Se si prende in esame la distribuzione delle IVG per settimana di gestazione, nel 2001 si rileva un aumento degli interventi effettuati a 11-12 settimane di gestazione (da 14.4% nel 2000 a 14.7% nel 2001) e una riduzione di quelli effettuati in epoca precoce, uguale o inferiore a 8 settimane di gestazione (da 43.5% nel 2000 a 42.2% nel 2001). Percentuali più elevate di interventi in epoche gestazionali più avanzate si osservano nelle Regioni del Centro e del Nord.

L'analisi delle cause dell'incremento della percentuale di interventi effettuati oltre la 10<sup>a</sup> settimana mette in evidenza principalmente da una parte la possibile riduzione della disponibilità dei servizi e/o della loro efficienza, dall'altra 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.

L'obiezione di coscienza nel 2001 è risultata del 66.6% per i ginecologi e del 54.1% per gli anestesiisti, anche se l'informazione non è aggiornata per tutte le regioni. 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, attualmente in corso. Per il momento, la qualità e l'aggiornamento dell'informazione al riguardo non è tale da permettere di valutare l'andamento del fenomeno.

Sulla base delle conoscenze ormai consolidate del fenomeno abortivo, si ritiene possibile ottenere una ulteriore riduzione dell'IVG favorendo la realizzazione di programmi volti alla promozione di consapevolezze e competenze per la procreazione responsabile, mediante l'offerta attiva di counselling e sostegno alla popolazione interessata, soprattutto nelle circostanze (colloqui prematrimoniali, percorso nascita, educazione sessuale nelle scuole, screening per i tumori femminili, ecc.) in cui più facilmente le persone entrano in contatto con operatori socio-sanitari. L'offerta attiva è essenziale per raggiungere soprattutto quelle fasce di popolazione (donne con minore istruzione, le non occupate, ecc.) in cui la riduzione del ricorso all'IVG nel corso degli anni si è rilevata 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.

La problematica è stata affrontata con il D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" che 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 sottolineata nell'obiettivo "La salute degli immigrati" del Piano Sanitario 2003 – 2005 che individua, tra le azioni prioritarie in tema di salute delle donne immigrate, il miglioramento dell'assistenza delle donne straniere in stato di gravidanza e la riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Gli interventi di prevenzione sopra indicati potrebbero anche produrre ulteriori riduzioni dell'aborto clandestino.

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 2001 risulta essere 0.7 per 20000 abitanti. Inoltre, negli ultimi anni, il numero dei consultori familiari si è andato riducendo in modo significativo. Piuttosto si osserva una tendenza alla settorizzazione e frammentazione delle attività consultoriali, con la creazione di servizi per svolgere specifiche attività che prima erano realizzate in modo maggiormente integrato dall'equipe consultoriale.

La rete consultoriale sul territorio, adeguatamente potenziata e riqualificata, sia con attività di formazione continua nella capacità di programmazione operativa e valutazione, sia assicurando la messa in rete con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, con organici completi e stabili, potrebbe rivestire un ruolo di rilievo nel 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).

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, ai fini della presa in carico, soprattutto nelle condizioni di elevato rischio sociale o socio-sanitario. In tal senso assume particolare rilievo l'"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).

In particolare la realizzazione di un proficuo e serio rapporto territorio/ospedale deve basarsi sulla complementarità 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, infine, come la raccolta, il controllo e l'elaborazione dei dati analitici di tutte le Regioni rappresenta un processo lungo e delicato che impegnava 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 anche 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 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità per l'elaborazione, l'analisi dei dati e la stesura della relazione.

Prof. Girolamo Sirchia

## DATI PRELIMINARI ANNO 2002

Per l'anno 2002 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 130690 IVG (Tab. A), con un decremento del 1.2% rispetto al dato definitivo del 2001 (132234 IVG) e un decremento del 44.3% 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 1.9% rispetto al 2001 (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 2002 forniti dall'ISTAT, pari a 535538 per tutto il territorio; vi sono state 244.0 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento del 1.8% rispetto al 2001 (Tab. C) e del 35.8% 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 2002 - Valori assoluti: dati 2002 e confronti con il 2001**

<b>REGIONE</b>	<b>N. IVG per trimestre</b>				<b>TOTALE</b>	<b>TOTALE</b>	<b>VAR. %</b>
	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>2002</b>	<b>2001</b>	
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>14712</b>	<b>15006</b>	<b>14765</b>	<b>14599</b>	<b>59082</b>	<b>58311</b>	<b>1.3</b>
Piemonte	3027	2926	2610	2765	11328	11014	2.9
Valle d'Aosta	67	71	61	80	279	279	0.0
Lombardia	4598	5338	5968	5396	21300	21889	-2.7
Bolzano	141	120	120	114	495	448	10.5
Trento	353	343	338	328	1362	1181	15.3
Veneto	1817	1783	1659	1637	6896	6573	4.9
Friuli Venezia Giulia	594	548	524	510	2176	2154	1.0
Liguria	1031	958	914	924	3827	3793	0.9
Emilia Romagna	3084	2919	2571	2845	11419	10980	4.0
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>7767</b>	<b>7450</b>	<b>6521</b>	<b>6956</b>	<b>28694</b>	<b>28370</b>	<b>1.1</b>
Toscana	2278	2087	1795	2002	8162	8186	-0.3
Umbria	697	631	552	575	2455	2407	2.0
Marche	696	691	648	619	2654	2604	1.9
Lazio	4096	4041	3526	3760	15423	15173	1.6
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>8819</b>	<b>8560</b>	<b>7007</b>	<b>6867</b>	<b>31253</b>	<b>34056</b>	<b>-8.2</b>
Abruzzo	771	751	615	710	2847	2634	8.1
Molise	176	198	144	129	647	775	-16.5
Campania	3166	2970	2309	2228	10673	12563	-15.0
Puglia	3559	3553	3009	2969	13090	14067	-6.9
Basilicata	177	173	151	143	644	645	-0.2
Calabria	970	915	779	688	3352	3372	-0.6
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>3313</b>	<b>3167</b>	<b>2617</b>	<b>2564</b>	<b>11661</b>	<b>11497</b>	<b>1.4</b>
Sicilia	2598	2527	2039	2088	9252	9035	2.4
Sardegna	715	640	578	476	2409	2462	-2.2
<b>ITALIA</b>	<b>34611</b>	<b>34183</b>	<b>30910</b>	<b>30986</b>	<b>130690</b>	<b>132234</b>	<b>-1.2</b>

**Tab. B Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 2002 - Tassi di abortività: dati 2002 e confronti con il 2001**

<b>REGIONE</b>	<b>Tasso per 1000 donne 15-49 anni</b>		
	<b>2002</b>	<b>2001</b>	<b>VAR. %</b>
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>9.6</b>	<b>9.6</b>	<b>0.1</b>
Piemonte	11.4	11.2	1.5
Valle d'Aosta	9.7	9.8	-1.3
Lombardia	9.6	10.0	-3.8
Bolzano	4.3	3.9	10.2
Trento	11.9	10.4	14.2
Veneto	6.2	6.0	3.9
Friuli Venezia Giulia	8.0	8.0	-0.5
Liguria	10.8	10.9	-0.6
Emilia Romagna	12.3	12.0	2.6
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>10.7</b>	<b>10.7</b>	<b>0.1</b>
Toscana	10.0	10.1	-1.5
Umbria	12.7	12.6	1.0
Marche	7.8	7.7	0.9
Lazio	11.6	11.5	0.8
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>8.8</b>	<b>9.6</b>	<b>-8.2</b>
Abruzzo	9.3	8.6	7.5
Molise	8.4	10.0	-16.8
Campania	7.2	8.5	-14.9
Puglia	12.6	13.5	-7.1
Basilicata	4.3	4.3	-0.2
Calabria	6.6	6.6	-0.5
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>6.9</b>	<b>6.8</b>	<b>1.3</b>
Sicilia	7.4	7.2	2.4
Sardegna	5.6	5.8	-2.6
<b>ITALIA</b>	<b>9.3</b>	<b>9.5</b>	<b>-1.9</b>

**Tab. C Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) 2002 - Rapporti di abortività: dati 2002  
e confronti con il 2001**

<b>REGIONE</b>	<b>Rapporto per 1000 nati vivi</b>		
	<b>2002</b>	<b>2001</b>	<b>VAR. %</b>
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>257.4</b>	<b>260.1</b>	<b>-1.1</b>
Piemonte	313.9	311.2	0.9
Valle d'Aosta	294.3	281.5	4.5
Lombardia	256.7	272.9	-5.9
Bolzano	100.2	87.0	15.2
Trento	272.4	234.6	16.1
Veneto	158.3	155.3	1.9
Friuli Venezia Giulia	245.0	239.2	2.4
Liguria	328.9	328.3	0.2
Emilia Romagna	321.4	318.1	1.0
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>290.8</b>	<b>293.9</b>	<b>-1.0</b>
Toscana	279.1	286.6	-2.6
Umbria	337.6	353.0	-4.4
Marche	209.0	214.0	-2.3
Lazio	311.9	309.7	0.7
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>220.0</b>	<b>235.6</b>	<b>-6.6</b>
Abruzzo	290.5	255.7	13.6
Molise	255.9	309.3	-17.2
Campania	162.2	188.5	-13.9
Puglia	324.3	344.4	-5.8
Basilicata	118.4	119.7	-1.1
Calabria	184.9	178.8	3.4
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>178.7</b>	<b>172.5</b>	<b>3.5</b>
Sicilia	178.2	172.0	3.6
Sardegna	180.5	174.4	3.5
<b>ITALIA</b>	<b>244.0</b>	<b>248.6</b>	<b>-1.8</b>

## DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2001

### 1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2001 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 132234 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.5 ed un rapporto di abortività pari a 248.6. 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 2001.

#### 1.1 Valori assoluti

Nel 2001 sono state notificate 132234 IVG (Tab. 1), con un decremento del 2.1% rispetto al 2000; di queste, 25094 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, 21201 nel 2000) e rappresenta, nel 2001, il 19.1% di tutte le IVG effettuate in Italia (nel 2000 questa percentuale era pari al 15.9%).

Quindi, se dalle IVG notificate nel 2001 si escludono quelle effettuate da cittadine straniere, il totale risulta 106166, con una diminuzione del 5.0% rispetto al valore (111741) del 2000.

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 2001 è il seguente:

**N° IVG per area geografica, 1983-2001**

							VARIAZIONE %	
	1983	1987	1991	1995	2000	2001	2000-2001	83-2001
NORD	105430	81136	67619	56186	57692	58311	+1.1	- 44.7
CENTRO	52423	41417	34178	29182	29079	28370	- 2.4	- 45.9
SUD	57441	51722	44353	41466	35802	34056	- 4.9	- 40.7
ISOLE	18682	17194	14344	12715	12560	11497	- 8.5	- 38.5
ITALIA	233976	191469	160494	139549	135133	132234	- 2.1	- 43.5

Nelle Regioni si nota la tendenza, salvo alcune eccezioni (per il maggior contributo delle cittadine straniere), 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 58311 IVG con un incremento dell'1.1% rispetto al 2000, nell'Italia Centrale 28370 IVG con un decremento del 2.4%, nell'Italia Meridionale 34056 IVG con un decremento del 4.9% e nell'Italia Insulare si sono avute 11497 IVG con un decremento dell'8.5%.

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 la stima dell'aborto clandestino è stata effettuata utilizzando uno dei tre modelli matematici applicati nel 1983; il valore stimato per l'anno 2001 è pari a 21000 (il 90% dei quali effettuati al Sud e Isole).

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

**Stima dell'aborto clandestino (1983-2001)**

							VARIAZIONE %	
	1983	1987	1991	1995	2000	2001	2000-2001	83-2001
	100000	85000	60000	43500	21100	21000	0.5%	- 79%

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. Da notare che nel 1982 anno in cui si è avuto il massimo numero di IVG, la somma degli aborti legali (234801) e di quelli clandestini (100000) risultava poco inferiore alla somma di aborti clandestini effettuati

prima della legge. E' necessario segnalare che la stima degli aborti clandestini diverrà sempre più problematica nei prossimi anni sia a causa del crescente contributo delle cittadine straniere (con diversi profili riproduttivi rispetto alle italiane), sia per la ridotta affidabilità delle stime ai livelli attualmente raggiunti (i modelli producono in generale stime con precisione in genere del 10-20%), tanto da avere fluttuazioni dello stesso ordine di grandezza del valore delle stime stesse. Nel futuro si provvederà a rivisitare i modelli e, soprattutto, a controllare l'evoluzione nel tempo dell'offerta di servizio, regione per regione.

## 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 2001 si sono avute 9.5 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con una riduzione del 1.8% rispetto al 2000 (Tab. 2).

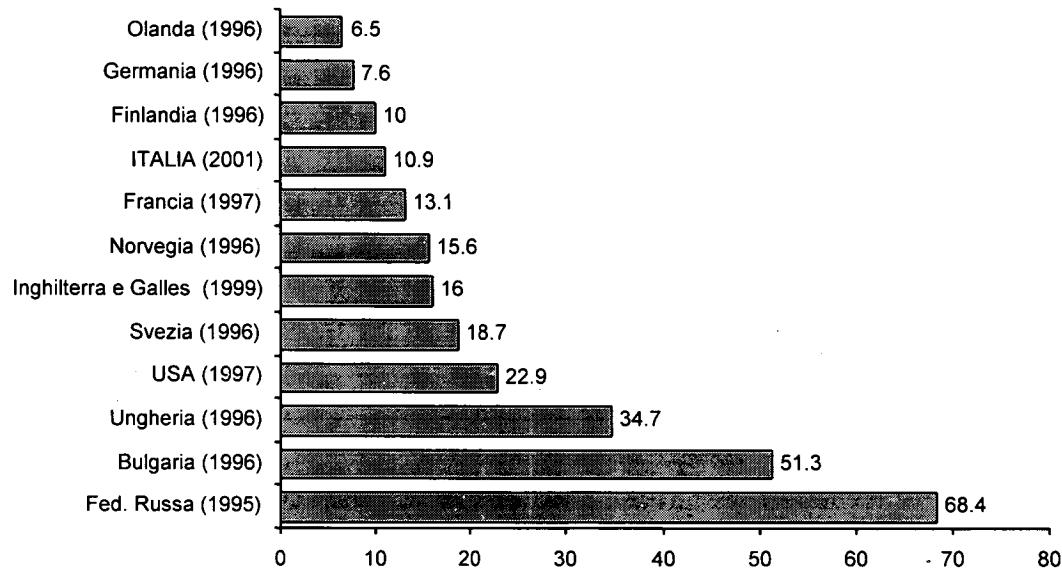
L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2001 è il seguente:

**Tassi di abortività per area geografica, 1983-2001**

	1983	1987	1991	1995	2000	2001	2000-2001	VARIAZIONE %	83-2001
NORD	16.8	12.7	10.6	9.0	9.5	9.6	+1.4	- 42.9	
CENTRO	19.8	15.2	12.4	10.7	11.0	10.7	- 2.5	- 46.0	
SUD	17.3	14.6	12.1	11.4	10.0	9.6	- 4.4	- 44.5	
ISOLE	11.7	10.0	8.1	7.3	7.4	6.8	- 7.9	- 41.9	
ITALIA	16.9	13.3	11.0	9.7	9.6	9.5	- 1.8	- 43.8	

Nella stessa tabella 2 sono state riportate le variazioni percentuali di tassi di abortività regionale.

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, 1995-2001**

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.