

3. Modalità di svolgimento dell' IVG

3.1 Certificazione

Anche per l'anno 2001 la certificazione è stata rilasciata prevalentemente dal medico di fiducia (34.6%), nel 31.8% dei casi dal servizio ostetrico-ginecologico che effettua l'intervento, mentre il consultorio è stato coinvolto nel 31.6% dei casi (Tab. 16). 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, dai dati individuali provvisori dell'ISTAT relativi al 2001, il 50.0% delle certificazioni per le donne straniere è stato rilasciato dal consultorio familiare mentre per le italiane questo dato è pari al 27.3%.

Un ruolo più importante del consultorio, con valori che si discostano dalla media, si osserva in Piemonte (56.3%), nel Lazio (52.2%), in Emilia Romagna (45.0%), in Lombardia (35.9%), in Umbria (37.5%), in Toscana (36.5) e in Veneto (33.9%). In generale si osservano percentuali più basse nell'Italia meridionale ed insulare.

IVG (%) per luogo di certificazione, 1983-2001

	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
2001	34.6	31.8	31.6	1.9

Confrontando la tabella 16 con quella della distribuzione dei consultori familiari sul territorio (Tab. 17), 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 2001, 2169 e 124 privati, con una diminuzione di 463 unità 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 2001 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.

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 1.6 per 10000 donne in età feconda.

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 esigenze inderogabili.

3.2 Urgenza

Il ricorso al terzo comma dell'art. 5 della legge è avvenuto nel 2001 nel 8.2% dei casi (Tab. 18). Le percentuali più alte si sono osservate, come nei precedenti anni, in Emilia Romagna (21.7%) ed in Toscana (24.5%). 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: 8.6% al Nord, 11.4% al Centro, 6.1% al Sud e 4.0% nelle Isole.

3.3 Epoca gestazionale

La distribuzione delle IVG per settimana di gestazione (Tab. 19) mostra 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 43.3% 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. Anche in questo caso si deve tener conto delle cittadine straniere, che tendono ad abortire a settimane gestazionali più avanzate.

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 fornisce indicazioni sulla disponibilità e qualità dei servizi.

La percentuale degli aborti oltre la dodicesima settimana per Regioni, nel 2001, è riportata nella tabella seguente:

REGIONI	%	REGIONI	%
Piemonte	1.5	Marche	3.5
V. Aosta	0.7	Lazio	1.7
Lombardia	2.4	Abruzzo	1.3
Bolzano	4.0	Molise	0.8
Trento	2.5	Campania	0.7
Veneto	7.2	Puglia	1.8
Friuli V.G.	2.3	Basilicata	3.0
Liguria	2.3	Calabria	1.1
Emilia Rom.	2.4	Sicilia	2.2
Toscana	2.0	Sardegna	4.6
Umbria	1.6		
		ITALIA	2.2

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^a 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
	(2001)	132234	10.9	2.2
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 20 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 10a settimana: 21.0% nelle donne con meno di 20 anni rispetto a 16.5% 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 individuali provvisori dell'ISTAT relativi al 2001 si osserva che le donne straniere abortiscono più tardivamente (24.8% oltre la 10a settimana, rispetto al 15.0% per le 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 61.5% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dalla certificazione. Nel 16.4% dei casi sono trascorse più di 3 settimane (Tab. 21).

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.

IVG (%) per luogo di intervento, 1983-2001

	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
2000	90.6	9.1	0.3
2001	90.7	9.1	0.3

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

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).

3.6 Tipo di anestesia impiegata

Nel 2001 l'anestesia generale è stata impiegata nell'83.3% delle IVG (Tab. 24), mentre il ricorso all'anestesia locale ha riguardato il 14.7% degli interventi, senza significative modificazioni rispetto al 2000. Sulla base del tipo di anestesia praticata, nel 2001, si possono distinguere le seguenti distribuzioni per grandi aree geografiche:

IVG (%) per tipo di anestesia e per area geografica, 2001

	Generale	Locale	Analgesia	Altro	Nessuna
NORD	86.1	11.3	0.6	1.5	0.6
CENTRO	66.9	31.3	0.2	0.1	1.6
SUD	88.0	10.6	0.8	0.1	0.4
ISOLE	96.4	2.9	0.2	0.1	0.4
ITALIA	83.3	14.7	0.5	0.7	0.7

C'è da segnalare, ancora una volta, l'eccessivo 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.

3.7 Tipo di intervento

L'isterosuzione, ed in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata (Tab. 25).

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

IVG (%) per tipo di intervento, 1983-2001

	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
2000*	15.6	19.5	63.6	1.3
2001*	15.1	21.1	62.5	1.3

* Esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

Valori nettamente più alti della media nazionale nell'uso del raschiamento si osservano nelle Regioni meridionali ed insulari (soprattutto in Calabria, Sardegna, Molise, Sicilia, Abruzzo e Basilicata dove questa tecnica è ancora presente in più del 25% 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, 2001

	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
NORD	12.5	24.9	61.3	1.3
CENTRO*	3.1	30.1	64.4	2.4
SUD	18.3	12.3	68.5	0.9
ISOLE	33.0	17.2	48.4	1.4
ITALIA*	15.1	21.1	62.5	1.3

* Esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

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.

In generale il raschiamento risulta essere maggiormente presente fra donne con titolo di studio basso, donne di età più avanzata e donne con figli (ISTAT. L'interruzione di gravidanza in Italia - Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi. Serie Argomenti n.9 - 1997).

Come già osservato nelle precedenti relazioni, e come accennato precedentemente, permane la contraddizione fra la prevalenza di metodi di isterosuzione rispetto al raschiamento e l'adozione di anestesia generale, anche tenendo conto che l'83.1% delle IVG viene effettuato entro la 10a settimana gestazionale.

Considerando le differenze esistenti non solo tra Regioni ma, soprattutto all'interno delle Regioni, tra ospedali, così come accade per il tipo di anestesia e la durata della degenza, sarebbe opportuno procedere ad una omogenizzazione delle procedure adottate secondo gli standard raccomandati a livello internazionale, ciò al fine di un risparmio non indifferente di risorse e, soprattutto, per una maggiore salvaguardia della salute della donna, dato che all'anestesia generale è associato un maggiore rischio di complicanze post operatorie (Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? European Journal of Epidemiology 1990;6:416-422). Peraltro studi effettuati in Italia non evidenziano differenze nelle due tecniche anestesilogiche nella percezione del dolore (Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, Grandolfo ME. Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology 1999;70:145-149).

3.8 Durata della degenza

Nel 2001 continua a ridursi la durata della degenza, come si evidenzia nella tabella seguente:

IVG (%) per durata della degenza, 1983-2001

	Giorni di degenza		
	< 1	1	>=2
1983	47.5	30.5	22.0
1987	67.4	21.2	11.5
1991	72.9	19.0	8.0
1993	74.8	19.2	6.0
1995	76.9	17.5	5.5
2000	83.1	12.2	4.7
2001	87.7	8.2	4.1

Per aree geografiche, la variazione della durata della degenza rispetto al 2000 è stata la seguente:

IVG (%) per durata della degenza e per area geografica, 2000-2001

	Giorni di degenza					
	< 1		1		>=2	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
NORD	85.6	90.9	12.1	7.2	2.3	1.9
CENTRO	93.0	94.2	4.8	3.8	2.2	1.9
SUD	75.2	82.4	18.2	11.8	6.6	5.8
ISOLE	70.7	71.4	13.4	13.4	15.9	15.1
ITALIA	83.1	87.7	12.2	8.2	4.7	4.1

Nell'87.7 % la durata della degenza è risultata essere inferiore alle 24 ore e nel 8.2% dei casi la donna è rimasta ricoverata per una sola notte. Confrontando i dati delle varie Regioni, pur notando dei miglioramenti, vengono confermate nette differenze (Tab. 26), con degenze più lunghe in Sardegna e Calabria.

3.9 Complicanze immediate dell'IVG

L'incidenza delle complicanze (Tab. 27) è pressoché simile a quella degli anni precedenti e sovrapponibile a quella di altri Paesi europei, con un valore totale di 4.1 complicanze per 1000 IVG. La complicanza più frequente risulta essere l'emorragia (3.1 per 1000).

3.10 Obiezione di coscienza

La tabella 28 mostra le percentuali di obiezione per categorie professionali. Dai dati disponibili risultano obiettori il 66.6% dei ginecologi, il 54.1% degli anestesisti ed il 50.4% del personale non medico.

Analizzando i dati trasmessi dalle Regioni, le percentuali più alte di ginecologi obiettori, con valori superiori al 70%, si osservano in Basilicata, Veneto, in provincia di Bolzano, Puglia, Abruzzo, Campania, Marche, Lazio, Molise e Sicilia e le percentuali particolarmente basse in Val d'Aosta (16.7%) ed Emilia Romagna (35.7%).

Tra gli anestesisti le percentuali più alte, con valori superiori al 70%, si hanno in Basilicata, Calabria e Sicilia, e quelle più basse in Emilia Romagna (25.5%), Trento (26.5%), Toscana (33.1%) e provincia di Bolzano (37.8 %).

TABELLE E GRAFICI

Indice delle Tabelle

- Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza, 2001
- Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento, 2000-2001
- Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica, 2001
- Tabella 4 - Numero di aborti e percentuali di cambiamento, 1996 - 2001
- Tabella 5 - IVG ed età, 2001
- Tabella 6 - IVG per classi di età, 2001
- Tabella 7 - Tassi di abortività per classi di età e per regione, 2001
- Tabella 8 - IVG e stato civile, 2001
- Tabella 9 - IVG e titolo di studio, 2001
- Tabella 10 - IVG e occupazione, 2001
- Tabella 11 - IVG e luogo di residenza, 2001
- Tabella 12 - IVG e cittadinanza, 2001
- Tabella 13 - IVG e nati vivi, 2001
- Tabella 14 - IVG e aborti spontanei precedenti, 2001
- Tabella 15 - IVG e aborti volontari precedenti, 2001
- Tabella 16 - IVG e luogo di certificazione, 2001
- Tabella 17 - N. Consultori Familiari funzionanti, 2001
- Tabella 18 - IVG ed urgenza, 2001
- Tabella 19 - IVG e settimana di gestazione, 2001
- Tabella 20 - IVG per periodo di gestazione e per età della donna, 2001
- Tabella 21 - Tempi di attesa tra certificazione ed intervento, 2001
- Tabella 22 - IVG ed assenso per le minorenni, 2001
- Tabella 23 - Luogo dove è stata effettuata l'IVG, 2001
- Tabella 24 - IVG e tipo di anestesia, 2001
- Tabella 25 - IVG e tipo di intervento, 2001
- Tabella 26 - IVG e durata della degenza, 2001
- Tabella 27 - IVG e complicanze, 2001
- Tabella 28 - Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua l'IVG, 2001
- Tabella 29 - IVG, 2001 - Valori assoluti, tassi e rapporti per regione di int. e di resid. (Fonte ISTAT)
- Tabella 30 - Valori assoluti
- Tabella 31 - Tassi di abortività
- Tabella 32 - Rapporti di abortività

Indice dei Grafici

- Figura 1 - Tassi e rapporti di abortività - Italia 1978-2002
- Figura 2 - Tassi di abortività - 2001
- Figura 3 - Tassi di abortività per classi di età - Italia, 1983 e 2001

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2002 - Valori assoluti: dati 2002 e confronti con il 2001

REGIONE	N. IVG per trimestre				TOTALE 2002	TOTALE 2001	VAR. %
	I	II	III	IV			
ITALIA SETTENTRIONALE	14712	15006	14765	14599	59082	58311	1.3
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
ITALIA CENTRALE	7767	7450	6521	6956	28694	28370	1.1
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
ITALIA MERIDIONALE	8819	8560	7007	6867	31253	34056	-8.2
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
ITALIA INSULARE	3313	3167	2617	2564	11661	11497	1.4
Sicilia	2598	2527	2039	2088	9252	9035	2.4
Sardegna	715	640	578	476	2409	2462	-2.2
ITALIA	34611	34183	30910	30986	130690	132234	-1.2

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2002 - Tassi di abortività: dati 2002 e confronti con il 2001

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2002	2001	
ITALIA SETTENTRIONALE	9.6	9.6	0.1
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
ITALIA CENTRALE	10.7	10.7	0.1
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
ITALIA MERIDIONALE	8.8	9.6	-8.2
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
ITALIA INSULARE	6.9	6.8	1.3
Sicilia	7.4	7.2	2.4
Sardegna	5.6	5.8	-2.6
ITALIA	9.3	9.5	-1.9

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2002 - Rapporti di abortività: dati 2002 e confronti con il 2001

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2002	2001	
ITALIA SETTENTRIONALE	257.4	260.1	-1.1
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
ITALIA CENTRALE	290.8	293.9	-1.0
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
ITALIA MERIDIONALE	220.0	235.6	-6.6
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
ITALIA INSULARE	178.7	172.5	3.5
Sicilia	178.2	172.0	3.6
Sardegna	180.5	174.4	3.5
ITALIA	244.0	248.6	-1.8

Tabella 1 - Interruzioni volontarie di gravidanza, 2001

REGIONE	ABORTIVITA'					
	IVG	NATI VIVI *	DONNE 15-49 ANNI **	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI	TASSO DI FECONDITA'
ITALIA SETTENTRIONALE	58311	224173	6067476	260.1	9.6	36.9
Piemonte	11014	35396	984253	311.2	11.2	36.0
Valle d'Aosta	279	991	28405	281.5	9.8	34.9
Lombardia	21889	80211	2197251	272.9	10.0	36.5
Bolzano	448	5151	113788	87.0	3.9	45.3
Trento	1181	5035	113719	234.6	10.4	44.3
Veneto	6573	42312	1098301	155.3	6.0	38.5
Friuli Venezia Giulia	2154	9006	268986	239.2	8.0	33.5
Liguria	3793	11555	347664	328.3	10.9	33.2
Emilia Romagna	10980	34516	915109	318.1	12.0	37.7
ITALIA CENTRALE	28370	96541	2653002	293.9	10.7	36.4
Toscana	8186	28560	807310	286.6	10.1	35.4
Umbria	2407	6818	191087	353.0	12.6	35.7
Marche	2604	12166	338731	214.0	7.7	35.9
Lazio	15173	48997	1315874	309.7	11.5	37.2
ITALIA MERIDIONALE	34056	144534	3563797	235.6	9.6	40.6
Abruzzo	2634	10301	306056	255.7	8.6	33.7
Molise	775	2506	77164	309.3	10.0	32.5
Campania	12563	66636	1483238	188.5	8.5	44.9
Puglia	14067	40850	1038510	344.4	13.5	39.3
Basilicata	645	5387	148707	119.7	4.3	36.2
Calabria	3372	18854	510122	178.8	6.6	37.0
ITALIA INSULARE	11497	66632	1683969	172.5	6.8	39.6
Sicilia	9035	52518	1257703	172.0	7.2	41.8
Sardegna	2462	14114	426266	174.4	5.8	33.1
ITALIA	132234	531880	13968244	248.6	9.5	38.1

* numero nati vivi nel 2001 (dati forniti brevi manu dall'Istat)

** numero donne 15-49 anni al gennaio 2001 (dati forniti brevi manu dall'Istat)

Tabella 2 - Rapporti e tassi di abortività, percentuali di cambiamento, 2000-2001

REGIONE	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI			TASSO PER 1000 DONNE IN ETA' 15-49		
	2000	2001	VARIAZIONE %	2000	2001	VARIAZIONE %
ITALIA SETTENTRIONALE						
Piemonte	304.6	311.2	2.2	11.1	11.2	1.0
Valle d'Aosta	287.7	281.5	-2.1	10.3	9.8	-5.0
Lombardia	263.9	272.9	3.4	9.7	10.0	2.7
Bolzano	87.4	87.0	-0.4	4.1	3.9	-4.1
Trento	218.0	234.6	7.6	9.8	10.4	5.5
Veneto	147.0	155.3	5.7	5.8	6.0	3.1
Friuli Venezia Giulia	239.9	239.2	-0.3	8.1	8.0	-0.6
Liguria	330.1	328.3	-0.5	10.8	10.9	1.1
Emilia Romagna	325.7	318.1	-2.3	12.1	12.0	-1.0
ITALIA CENTRALE						
Toscana	317.7	286.6	-9.8	11.0	10.1	-7.8
Umbria	358.8	353.0	-1.6	12.7	12.6	-0.8
Marche	207.0	214.0	3.4	7.5	7.7	2.1
Lazio	303.8	309.7	1.9	11.6	11.5	-0.4
ITALIA MERIDIONALE						
Abruzzo	276.4	255.7	-7.5	9.4	8.6	-8.5
Molise	337.5	309.3	-8.4	11.1	10.0	-9.6
Campania	193.5	188.5	-2.6	8.8	8.5	-3.5
Puglia	346.7	344.4	-0.7	13.8	13.5	-1.7
Basilicata	117.4	119.7	2.0	4.4	4.3	-1.1
Calabria	203.3	178.8	-12.0	7.6	6.6	-13.5
ITALIA INSULARE						
Sicilia	187.2	172.0	-8.1	7.9	7.2	-8.7
Sardegna	173.4	174.4	0.6	6.1	5.8	-5.0
ITALIA	250.7	248.6	-0.8	9.6	9.5	-1.8

Tabella 3 - IVG in Italia per area geografica, 2001

	IVG	RAPPORTO PER 1000 NATI VIVI	TASSO PER 1000 DONNE 15-49 ANNI
ITALIA SETTENTRIONALE	58311	260.1	9.6
ITALIA CENTRALE	28370	293.9	10.7
ITALIA MERIDIONALE	34056	235.6	9.6
ITALIA INSULARE	11497	172.5	6.8
ITALIA	132234	248.6	9.5