

Signor Presidente, Onorevoli colleghi,

nella presente relazione sono presentati i dati preliminari per l'anno 2003 ed i dati definitivi relativi all'anno 2002 sull'attuazione della legge n. 194 del 1978, che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza. I dati sono tratti dalla sorveglianza effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità, dalle Regioni e dal Ministero della Salute.

Attualmente la sorveglianza si basa sulla compilazione di questionari trimestrali, compilati dalle Regioni, i cui dati sono estrapolati dalle schede redatte per ogni donna dimessa da istituti di cura con diagnosi di interruzione volontaria di gravidanza (mod. Istat D12). La sorveglianza mira a:

- Monitorare l'andamento temporale e la distribuzione geografica dei tassi di abortività volontaria
- Identificare le donne ad elevato rischio di interruzione di gravidanza
- Monitorare i tipi di procedura impiegata, l'epoca gestazionale in cui viene effettuato l'aborto
- Valutare l'efficacia dei programmi di promozione della procreazione cosciente e responsabile e dei programmi di prevenzione delle interruzioni di gravidanza.

La rilevazione è obbligatoria (articolo 16 legge 194/78) e pertanto inserita nel Programma Statistico Nazionale. Ciononostante, la relazione segnala che esistono problemi di completezza in quanto circa 3000 schede sono andate perdute nel 2003, e di queste si è potuto tener conto solo grazie ai riepiloghi dei modelli effettuati dalle Regioni e dall'Istituto Superiore di Sanità.

Andamento temporale e distribuzione geografica dei tassi di abortività volontaria

Nei primi anni '80 il numero di IVG effettuate in Italia era superiore a 200.000. Dal 1983 è iniziata una diminuzione che ha portato il numero di IVG poco al di sopra di 134.000 nel 2002.

I tassi di IVG per 1000 donne in età feconda (15-49) sono contemporaneamente calati da valori di circa 16 IVG su 1000 a valori che oscillano tra 9 e 10 IVG per 1000.

Il ricorso alle IVG negli ultimi venti anni si è ridotto di oltre il 40%. Ma a partire dagli ultimi anni '90 si è osservata una tendenza alla stabilizzazione legata alla presenza di un gruppo della popolazione femminile che ha un rischio di ricorrere all'IVG più alto: le donne immigrate.

Il tasso di IVG italiano, nei confronti internazionali, è maggiore di quello dell'Olanda e della Germania, inferiore a quello di altri paesi europei come la Francia, la Gran Bretagna, la Svezia. Gli USA hanno un tasso doppio rispetto all'Italia ed i paesi dell'ex Europa dell'est sono caratterizzati da tassi di IVG che superano i nostri di tre volte o più.

Le donne a maggior rischio di interruzione volontaria di gravidanza

Le donne straniere hanno avuto un tasso di IVG maggiore di circa tre volte rispetto alle donne italiane. Nel complesso il tasso stimato di IVG tra le straniere era 32,0 per 1000, contro l'8,2 per 1000 delle italiane, una differenza di ben 24 IVG ogni 1000 cittadine straniere che è attribuibile alla cittadinanza. Si tratta del gruppo sociale a maggior rischio individuato dalla sorveglianza.

L'IVG ripetuta costituisce il 24% delle interruzioni, una percentuale che sta diminuendo lentamente a partire dal 30% del 1989. Si tratta di una frequenza nettamente inferiore a quella attesa per il 2002 (44,5%). Il sempre maggior contributo delle cittadine estere tende, tuttavia, a stabilizzare quel trend in diminuzione osservato nell'ultimo decennio.

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

Monitorare i tipi di procedura impiegata

La certificazione è rilasciata per un terzo dal Consultorio familiare, un terzo dal medico di famiglia, un terzo dal Servizio di Ostetricia e Ginecologia. Il ruolo del Consultorio familiare è giudicato ancora insufficiente ed indice di una scarsa integrazione tra territorio ed ospedale.

Le interruzioni oltre la 12^a settimana, sono state il 2,3% con una variabilità interregionale considerevole, in parte legata alla disponibilità di strutture che eseguono l'intervento a questa epoca.

Il ritardo dell'intervento, ovvero un intervallo tra certificazione ed intervento maggiore di 3 settimane si è verificato nel 14,3% delle IVG.

Gli istituti di cura pubblici hanno effettuato il 91% degli interventi.

La metodica più usata è stata l'isterosuzione (nell'86% dei casi), secondo Karman (nel 62%). Il raschiamento, seppur lentamente si è ridotto, ed è attualmente la metodica prescelta nel 14% dei casi. Queste frequenze non concordano con il dato dell'anestesia generale praticata nell'85% dei casi, mentre secondo le linee guida internazionali, l'isterosuzione praticata in anestesia locale è più sicura che se praticata in anestesia generale.

Conclusioni

In conclusione, è possibile indicare quattro impegni per il Servizio Sanitario, per le Regioni e per il Ministero.

1. Grazie all'impegno del Centro Nazionale di Epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni, dell'ISTAT abbiamo un buon sistema di sorveglianza che ci consente di tenere sotto controllo le principali variabili del fenomeno. Tuttavia, si sono verificati problemi di incompletezza che non devono essere sottovalutati, in quanto senza informazione epidemiologica di qualità siamo privi di capacità di governo.

E' necessaria una valutazione del funzionamento della sorveglianza riguardo a completezza, tempestività, accuratezza e semplicità del sistema. Di questa valutazione potrà essere incaricato il neonato Centro per il Controllo delle Malattie.

2. Il tasso di abortività è in diminuzione nelle donne italiane, ma il ricorso all'interruzione di gravidanza tra le donne straniere che vivono in Italia è molto elevato. Le cittadine straniere ricorrono più spesso anche all'aborto ripetuto, che rappresenta in questo gruppo, più di una IVG su tre. E' necessario migliorare l'accesso delle donne straniere ai servizi territoriali dedicati alla salute della donna ed aumentare le loro conoscenze sulla salute riproduttiva e sulla procreazione cosciente e responsabile.

3. Per quanto riguarda le procedure adottate, lentamente i metodi più sicuri come l'isterosuzione sono diventati quelli più frequentemente utilizzati, ma l'anestesia generale, che dà più complicanze, è prescelta nell'85% dei casi. E' possibile impegnare il Piano Nazionale Linee Guida per la produzione o l'adattamento di linee guida sull'interruzione di gravidanza, e la loro diffusione ai centri che praticano l'interruzione.

4. La promozione della procreazione responsabile potrebbe ridurre il numero di interruzioni volontarie di gravidanza in Italia.

Per prevenire l'interruzione volontaria di gravidanza bisogna che le Aziende Sanitarie portino avanti programmi mirati ad aumentare le conoscenze di tutte le donne sulla salute riproduttiva e sulla procreazione cosciente e responsabile, in particolar modo le conoscenze delle donne a maggior rischio. In tutto il paese sono attivi i consultori familiari che costituiscono lo strumento, previsto dalla legge per promuovere la procreazione cosciente e responsabile, ma sussistono difficoltà sia di dotazione di risorse, sia di integrazione tra questi servizi e quelli ospedalieri che praticano l'interruzione di gravidanza. Non è solo in questo campo che ospedale e territorio non riescono a cooperare, anche perché i modelli operativi sono diversi. Tuttavia abbiamo bisogno di capire perché l'integrazione non riesce, individuare le buone pratiche e promuoverle portandole ad esempio al Paese.

In questa azione potrà essere impegnata direttamente la Direzione Generale della Prevenzione con una speciale collaborazione da parte delle Regioni.

Prof. Girolamo Sirchia

DATI PRELIMINARI ANNO 2003

Per l'anno 2003 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 132795 IVG (Tab. A), con un decremento dell' 1.0% rispetto al dato definitivo del 2002 (134106 IVG) e un decremento del 43.4% rispetto al 1982.

Il tasso di abortività, calcolato utilizzando le stime della popolazione femminile fornite dall'ISTAT, è risultato pari a 9.7 per 1000 donne di età 15-49 anni, con un decremento del 0.9% rispetto al 2002 (Tab. B) e con una riduzione del 43.6% rispetto al 1982.

Il rapporto di abortività è stato calcolato utilizzando i dati provvisori dei nati vivi nei primi 11 mesi del 2002 (forniti dall'ISTAT) e stimando il numero complessivo per l'intero anno, pari a 535538 ; vi sono state 246.4 IVG per 1000 nati vivi, con un decremento dell' 1.6% rispetto al 2002 (Tab. C) e del 35.2% rispetto al 1982.

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

Tabella A

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2003 - Valori assoluti: dati 2003 e confronti con il 2002

REGIONE	N. IVG per trimestre				TOTALE	TOTALE	VAR.
	I	II	III	IV	2003	2002	%
ITALIA SETTENTRIONALE	16457	15941	13422	12948	59741	59827	-0.1
Piemonte	3022	2830	2480	1621	10926	11328	-3.5
Valle d'Aostar	69	78	75	72	294	279	5.4
Lombardia	6345	6154	4906	5289	22694	22046	2.9
Bolzano	106	142	135	142	525	495	6.1
Trento	336	346	277	284	1243	1362	-8.7
Veneto	1810	1823	1486	1523	6642	6895	-3.7
Friuli Venezia Giulia	609	597	535	505	2246	2176	3.2
Liguria	1030	1032	952	879	3893	3827	1.7
Emilia Romagna	3130	2939	2576	2633	11278	11419	-1.2
ITALIA CENTRALE	7926	7720	6415	6375	28437	28899	-1.6
Toscana	2329	2209	1776	1823	8137	8162	-0.3
Umbria	600	636	518	538	2293	2458	-6.7
Marche	707	717	580	668	2672	2654	0.7
Lazio	4290	4158	3541	3346	15335	15625	-1.9
ITALIA MERIDIONALE	9265	9810	7055	6847	32977	33658	-2.0
Abruzzo	747	801	705	630	2883	2939	-1.9
Molise	150	150	109	105	514	647	-20.6
Campania	3633	4407	2619	2655	13314	12913	3.1
Puglia	3606	3426	2770	2738	12540	13090	-4.2
Basilicata	170	139	158	148	615	644	-4.5
Calabria	959	887	694	571	3111	3425	-9.2
ITALIA INSULARE	3167	3199	2693	2581	11640	11722	-0.7
Sicilia	2511	2539	2116	2040	9206	9298	-1.0
Sardegna	656	660	577	541	2434	2424	0.4
ITALIA	36815	36670	29585	28751	132795	134106	-1.0

Tabella B

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2003 - Tassi di abortività: dati 2003 e confronti con il 2002

REGIONE	Tasso per 1000 donne 15-49 anni		VAR. %
	2003	2002	
ITALIA SETTENTRIONALE	10.0	10.0	-0.1
Piemonte	11.4	11.8	-3.1
Valle d'Aosta	10.4	9.9	4.7
Lombardia	10.5	10.2	3.1
Bolzano	4.6	4.4	5.6
Trento	10.9	12.1	-9.4
Veneto	6.1	6.3	-3.9
Friuli Venezia Giulia	8.5	8.2	3.6
Liguria	11.8	11.5	2.5
Emilia Romagna	12.4	12.6	-1.6
ITALIA CENTRALE	11.0	11.2	-1.5
Toscana	10.3	10.3	-0.1
Umbria	12.3	13.2	-7.2
Marche	7.9	7.8	0.3
Lazio	12.1	12.3	-1.6
ITALIA MERIDIONALE	9.4	9.6	-2.0
Abruzzo	9.5	9.8	-2.3
Molise	6.8	8.6	-20.4
Campania	9.1	8.8	2.9
Puglia	12.4	12.9	-3.9
Basilicata	4.2	4.4	-4.0
Calabria	6.2	6.8	-9.0
ITALIA INSULARE	7.0	7.1	-0.5
Sicilia	7.5	7.5	-0.8
Sardegna	5.8	5.8	0.7
ITALIA	9.7	9.8	-0.9

Tabella C

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2003 - Rapporti di abortività: dati 2003 e confronti con il 2002

REGIONE	Rapporto per 1000 nati vivi		VAR. %
	2003	2002	
ITALIA SETTENTRIONALE	255.9	260.6	-1.8
Piemonte	296.3	313.9	-5.6
Valle d'Aosta	263.0	294.3	-10.6
Lombardia	271.0	265.7	2.0
Bolzano	103.3	100.2	3.1
Trento	245.0	272.4	-10.1
Veneto	148.3	158.3	-6.3
Friuli Venezia Giulia	241.8	245.0	-1.3
Liguria	328.9	328.9	0.0
Emilia Romagna	315.9	321.4	-1.7
ITALIA CENTRALE	286.1	292.9	-2.3
Toscana	276.4	279.1	-1.0
Umbria	311.2	338.0	-7.9
Marche	207.5	209.0	-0.7
Lazio	308.5	316.0	-2.4
ITALIA MERIDIONALE	234.1	237.0	-1.2
Abruzzo	286.2	299.9	-4.6
Molise	202.1	255.9	-21.0
Campania	204.8	196.3	4.3
Puglia	318.6	324.3	-1.8
Basilicata	117.6	118.4	-0.7
Calabria	167.0	188.9	-11.6
ITALIA INSULARE	178.7	179.6	-0.5
Sicilia	178.8	179.1	-0.2
Sardegna	178.3	181.6	-1.8
ITALIA	246.4	250.4	-1.6

DATI DEFINITIVI ED ANALISI DELL'IVG NEL 2002

1. Andamento generale del fenomeno

Per il 2002 sono disponibili i dati definitivi analitici di tutte le Regioni. Sono state notificate 134106 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 9.8 per 1000 ed un rapporto di abortività pari a 250.4 per 1000. 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, le tabelle 30, 31 e 32 forniscono, rispettivamente, l'andamento dei valori assoluti, 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 2002.

1.1 Valori assoluti

Nel 2002 sono state notificate 134106 IVG (Tab. 1), con un incremento del 1.4% rispetto al 2001; di queste il 22.4% è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2001 la percentuale era stata 19.1%). Se si esclude questo contributo le IVG effettuate da cittadine italiane nel 2002 sono diminuite del 2.7%, rispetto al 2001.

Per la regione Campania non sono disponibili i dati analitici per 3000 IVG, per le quali il dato informatizzato è stato perduto (comunicazione del responsabile del sistema di sorveglianza della regione). Si è provveduto, quindi, ad aggiungere 3000 unità alla voce non rilevato o non analizzato.

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 2002 è il seguente:

N° IVG per area geografica, 1983-2002

	1983	1991	2001	2002	VARIAZIONE %	
					2001/2002	1983/2002
NORD	105430	67619	58311	59827	2.6	-43.3
CENTRO	52423	34178	28370	28899	1.9	-44.9
SUD	57441	44353	34056	33658	-1.2	-41.4
ISOLE	18682	14344	11497	11722	2.0	-37.3
ITALIA	233976	160494	132234	134106	1.4	-42.7

Nelle Regioni si nota la tendenza, salvo alcune eccezioni (per il minor contributo delle cittadine straniere), ad un generale aumento del fenomeno, più accentuato nelle regioni del Centro-Nord (Tab. 4). Per aree geografiche (Tab. 3) si riscontra: nell'Italia Settentrionale 59827 IVG con un incremento del 2.6% rispetto al 2001, nell'Italia Centrale 28899 IVG con un incremento dell'1.9%, nell'Italia Meridionale 33658 IVG con un decremento dell'1.2% e nell'Italia Insulare si sono avute 11722 IVG con un incremento del 2.0%.

Il sempre maggiore contributo delle cittadine straniere e la drastica riduzione della stima dell'aborto clandestino negli ultimi anni (circa 20000) rendono non più applicabile il modello di stima adottato negli anni precedenti. E' ragionevole ipotizzare, alla luce del quadro del 2002, una sostanziale costanza del fenomeno e la prevalente collocazione nella realtà meridionale.

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 2002 si sono avute 9.8 IVG per 1000 donne in età feconda (Tab. 1), con un incremento del 3.3% rispetto al 2001 (Tab. 2).

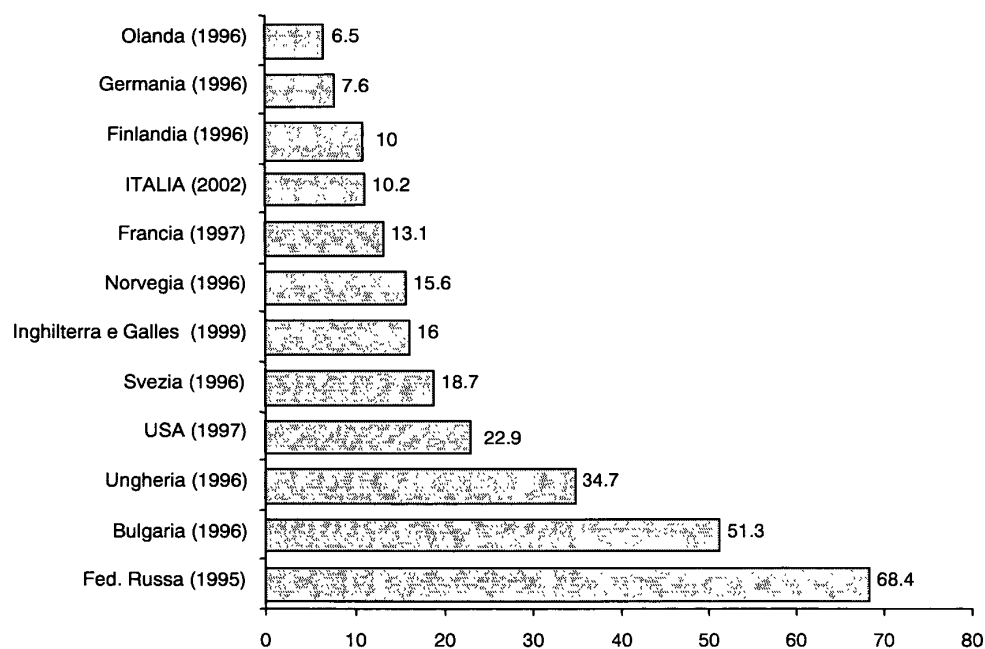
L'andamento del tasso di abortività riferito alle quattro ripartizioni geografiche dal 1983 al 2002 è il seguente:

Tassi di abortività per area geografica, 1983-2002

	VARIAZIONE %					
	1983	1991	2001	2002	2001/2002	1983/2002
NORD	16.8	10.6	9.6	10.0	4.3	-40.3
CENTRO	19.8	12.4	10.7	11.2	4.6	-43.5
SUD	17.3	12.1	9.6	9.6	0.5	-44.5
ISOLE	11.7	8.1	6.8	7.1	3.6	-39.5
ITALIA	16.9	11.0	9.5	9.8	3.3	-42.1

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, 1995-2002

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

1.3 Rapporto di abortività

Nel 2002 si sono avute 250.4 IVG per 1000 nati vivi, con un incremento dello 0.7% rispetto al 2001 (Tab. 2).

L'andamento, dal 1983 al 2002, del rapporto di abortività (indicatore correlato all'andamento della natalità) per le quattro ripartizioni geografiche, è il seguente:

Rapporti di abortività per area geografica, 1983-2002

	VARIAZIONE %					
	1983	1991	2001	2002	2001/2002	1983/2002
NORD	484.2	327.1	260.1	260.6	0.2	-46.2
CENTRO	515.2	356.1	293.9	292.9	-0.3	-43.1
SUD	283.8	253.0	235.6	237.0	0.6	-16.5
ISOLE	205.3	176.1	172.5	179.6	4.1	-12.5
ITALIA	381.7	286.9	248.6	250.4	0.7	-34.4

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

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

2. Caratteristiche delle donne che fanno ricorso all'IVG

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all' IVG ha permesso di accertare che l'evoluzione del fenomeno per le specifiche modalità di tali caratteristiche (età, stato civile, numero figli, istruzione, residenza e cittadinanza) non è stata omogenea e ha confermato l'ipotesi formulata all'inizio degli anni '80 che prevalentemente il ricorso all'aborto non è una scelta di elezione ma un'ultima ratio, conseguente il fallimento e/o l'uso scorretto dei metodi per la procreazione responsabile adottati all'atto dell'ultimo concepimento. In effetti, come ampiamente trattato nella relazione presentata nel 1998, la riduzione del ricorso all'aborto è stata maggiore per le donne più istruite, per quelle coniugate e per quelle occupate, cioè per le donne in condizioni di stabilità di rapporto e con maggiore opportunità di conoscenze e di relazioni comunitarie, condizioni che hanno favorito, grazie anche al ruolo dei servizi, in primis dei consultori familiari, una maggiore competenza e consapevolezza relativamente all'uso dei metodi per la procreazione responsabile.

I diversi trend in diminuzione dei tassi di abortività specifici per le condizioni socio-demografiche hanno come conseguenza una corrispondente modificazione, nel corso degli anni, delle distribuzioni percentuali delle IVG con un maggiore peso relativo di quelle condizioni per le quali la riduzione è stata minore. Inoltre nell'ultimo decennio si è andato sempre più evidenziando il peso delle IVG ottenute dalle cittadine straniere, che hanno caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane (in particolare, maggiore prevalenza delle nubili e delle più giovani) e una tendenza al ricorso all'aborto tre volte maggiore, in generale, oltre quattro volte per le più giovani. Questo spiega sia l'aumento del tasso di abortività per le donne di età inferiore a 25 anni, sia le evoluzioni delle distribuzioni percentuali. Quindi è necessario tener presente tali elementi nell'effettuare confronti tra gli 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 2002 (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. Quest'ultimo è, in linea di principio, l'indicatore privilegiato per effettuare confronti regionali, perché tiene conto delle eventuali differenze di composizione per classi di età nelle regioni. Tuttavia la distorsione maggiore non proviene dall'uso dei tassi grezzi, quanto piuttosto dall'essere, questi, indicatori viziati dall'aver al denominatore le IVG effettuate nella regione (quindi anche da donne provenienti da altre regioni) e al denominatore le donne in età feconda residenti in regione (alcune delle quali potrebbero essere andate ad abortire in altre regioni). In ogni caso gli scostamenti fra i tassi grezzi e quelli standardizzati sono trascurabili (Tab. 1 e Tab. 7) in quanto le distribuzioni 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 2002 si ha il seguente quadro dell'andamento dei tassi di abortività per classi di età:

Tassi di abortività per età, 1983-2002

	1983	1991	2001	2002	VARIAZIONE %	
					2001/2002	1983/2002
< 20	8.0	5.5	6.9	7.5	9.3	-6.3
20-24	23.6	13.4	15.0	15.8	5.0	-33.2
25-29	27.6	15.7	14.0	14.8	5.9	-46.4
30-34	25.2	17.1	12.7	13.3	4.4	-47.4
35-39	23.6	15.1	10.4	10.7	2.6	-54.7
40-44	9.8	7.2	5.1	5.0	-3.0	-49.3
45-49	1.2	0.9	0.4	0.5	7.2	-61.8

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 dovuto in buona parte all'aumento del contributo delle straniere all'IVG in Italia negli ultimi anni, in quanto tra le donne straniere, di età media più giovane, si ha un tasso di abortività maggiore rispetto alle cittadine italiane.

L'analisi per ripartizione geografica mostra come si siano ridotte le differenze territoriali a tutte le età sebbene si osservino ancora i più alti tassi di abortività nelle classi di età < 30 anni al Nord e al Centro, e nelle classi di età \geq 30 anni al Sud (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 abortività per età, confronti internazionali

PAESE	ANNO	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
ITALIA	(2000)	7.0	14.7	14.1	12.9	11.0	5.1
	(2001)	6.9	15.0	14.0	12.7	10.4	5.1
	(2002)	7.5	15.8	14.8	13.3	10.7	5.0
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