

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA DALLA LEGGE AD OGGI

Angela Spinelli, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi,
Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Michele Grandolfo

Istituto Superiore di Sanità, Roma

ANDAMENTO NEL TEMPO

E' ormai indubbio che dall'approvazione della Legge 194 del maggio 1978 il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) nel nostro Paese sia diminuito. Come si osserva, infatti, dai dati raccolti dal Sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG, istituito e gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e l'Istat, presentati nelle Relazioni annuali del Ministro della Salute, si è passati da circa 235mila IVG nel 1982-'83 a circa 135 mila nel 2004-2005 (Tab. 1). Anche il tasso di abortività (numero di IVG su 1000 donne in età 15-49 anni), principale indicatore del ricorso al fenomeno, è diminuito da 17 su mille donne nel 1982 a 10 su mille nel 2005.

Questo andamento non è imputabile ad un aumento dell'aborto clandestino. Infatti le stime

ufficiali parlano di circa 20mila unità negli ultimi anni rispetto ai 100mila del 1983, pari a una riduzione dell'80% (1, 2).

Ma non bisogna dimenticare che l'aborto esisteva anche prima della Legge 194 e molte donne sono morte a causa di ciò. Le stime dell'aborto in Italia negli anni precedenti la legalizzazione variavano da 200mila a 600mila, ma quelle più attendibili si attestavano su 350mila interventi l'anno (3). Una conferma dell'esistenza e dell'entità del fenomeno poteva essere dedotta dall'eccesso di incidenza notificata di aborto spontaneo, eccesso plausibilmente connesso a ricoveri dichiarati per aborto spontaneo ma in realtà conseguenza di complicazioni in seguito ad aborto volontario clandestino. In effetti, l'abortività spontanea notificata si dimezzò subito dopo la legalizzazione dell'IVG (4, 5).

Tabella 1

Andamento dell'abortività legale e clandestina in Italia, 1982-2005

	1982	1987	1991	1995	1999	2001	2003	2004	2005*	Var% 82-04
IVG	234.801	191.469	160.494	139.549	139.213	132.234	132.178	138.123	129.588	- 41,2
Tasso di abortività (per 1000)	17,2	13,3	11,0	9,7	9,9	9,5	9,6	10,0	9,3	- 41,9
Aborti clandestini (stima)	n.d.	85.000	60.000	43.500	22.500	21.000	n.d.	n.d.	n.d.	- 79,0
IVG cittadinanza straniera	n.r.	n.r.	n.r.	8.967	18.806	25.094	31.836	36.323	n.d.	+305

*dato provvisorio n.r.=dato non rilevato n.d.=dato non disponibile

Come per molti altri fenomeni sanitari, esistono delle differenze tra regioni e tra aree geografiche.

In questo caso la più importante ragione che dà conto delle differenze regionali è la residua persistenza, soprattutto nel meridione, dell'aborto clandestino: il 70% di tutti gli aborti clandestini stimati nel 1983 era al Sud e il 90% nel 2001. La Puglia ha costituito una eccezione notevole perché all'inizio della legalizzazione l'autorità politica del tempo fu sollecitata ad attivare i servizi per l'applicazione della legge in ogni USL, anche ricorrendo consistentemente al convenzionamento. Come era da attendersi, tenendo conto che l'indagine WHO sulla fecondità in Italia condotta nel 1979 riportava una maggiore storia di ricorso all'aborto al Sud, nel 1982 in Puglia si registrava il più alto tasso di abortività italiano, mentre nelle altre regioni meridionali, dove vi era, e tuttora persiste, la carenza di servizi, si avevano irrealisticamente i valori più bassi di ricorso all'IVG.

In ogni caso, ovunque si è osservata una diminuzione dell'IVG e una tendenza alla riduzione delle differenze geografiche. Nella regione Puglia dove, come si è detto, all'inizio della legalizzazione si era avuta una tempestiva e completa emersione del fenomeno nella legalità, si è osservata la riduzione più consistente, a conferma che il miglior modo per contrastare il ricorso all'aborto è la sua legalizzazione e l'attivazione estensiva dei servizi. In tali condizioni, infatti, aumenta l'esposizione delle donne e delle coppie ad attività di promozione della consapevolezza e delle competenze riguardo la salute riproduttiva, con un benefico effetto di riduzione dei fallimenti nel tentativo di evitare gravidanze indesiderate e, quindi, di ricorso all'aborto.

In generale l'incidenza del fenomeno (11,6 IVG ogni 1000 donne in età 15-44 anni nel 2004) è simile a quella di altri Paesi dell'Europa nord-occidentale (i tassi di abortività variano da 7 per 1000 in Svizzera a 20 in Svezia), ma molto inferiore a quella dei Paesi dell'Europa orientale (che presentano spesso tassi fino a 50 per 1000) e negli Stati Uniti (21 per 1000).

CAMBIAMENTI NEGLI ULTIMI ANNI

Nel corso degli anni è andata aumentando nel nostro Paese la presenza della popolazione straniera. Questo fenomeno ha avuto una sua influenza anche sull'andamento dell'IVG. Se nel 1995 solo il 7% delle IVG (8.967 interventi) risultava essere effettuata da cittadine straniere, nel 2004 questo valore è salito al 27% (Tabb. 1, 2).

Inoltre si è osservato che queste donne ricorrono più frequentemente delle donne italiane all'IVG: il loro tasso di abortività risulta infatti tre-quattro volte superiore a quello delle donne con cittadinanza italiana (6, 7).

Questo doppio effetto ha provocato una sostanziale stabilizzazione delle IVG in Italia negli ultimi 4-5 anni e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane. Infatti, considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane (e avendo cura di ripartire per cittadinanza i casi carenti nell'informazione di dettaglio) il dato risulterebbe essere 130.546 nel 1996, 113.656 nel 2000 e 101.392 nel 2004. Di ciò si dovrà sempre più tener conto in un futuro nella lettura e nell'interpretazione.

Tabella 2

IVG per cittadinanza, Italia, 1995-2004

	Cittadinanza			Totale IVG	Tasso stimato straniere ‰	
	Italiana	straniera				
	n.	n.	%			
				n.r.		
1995	118.116	8.967	7,1	12.466	139.549	27,4
1996	127.700	9.850	7,1	1.373	140.398	29,1
1997	119.292	11.978	9,1	8.896	140.166	26,4
1998	123.728	13.826	10,1	798	138.352	28,7
1999	118.818	18.806	13,7	1.084	138.708	30,5
2000	111.741	21.201	15,9	2.191	135.133	n.d.
2001	106.166	25.094	19,1	974	132.234	n.d.
2002	101.314	29.263	22,4	3.529	134.106	n.d.
2003	91.275	31.836	25,9	9.067	132.178	n.d.
2004	97.363	36.323	27,2	4.437	138.123	n.d.

n.r. = dato non rilevato n.d. = dato non disponibile, Fonte: ISS, ISTAT e Ministero della Salute.

ne dei dati sull'aborto, visto l'aumento della popolazione straniera nel nostro Paese e le differenze nella composizione socio-demografica, nei comportamenti riproduttivi e nell'utilizzo dei servizi.

L'effetto dovuto al contributo della popolazione immigrata è stato diverso nelle Regioni e nelle aree geografiche, in relazione alla diversa quota di immigrate ivi presenti. Ad esempio, nel 2004 (Tab. 3), sul totale delle IVG effettuate, il 40,9% in Veneto, il 39,2% in Lombardia, il 36,7% in Umbria, il 35,6% in Emilia Romagna, il 33,2% in Piemonte, il 33,9% nelle Marche, il 33,1% nel Lazio e il 33,0% in Liguria si riferiva a cittadine straniere, mentre tale percentuale è risultata pari a 6,8% in Sicilia 4,4% in Basilicata e 4,0% in Puglia. Complessivamente, in Italia il 27,2%, cioè una su quattro, di IVG ha riguardato donne cittadine straniere (1). L'analisi per luogo di nascita della donna conferma questo andamento.

Tabella 3

Distribuzione regionale delle IVG tra le straniere, Italia 2004

Regione	IVG Totale n.	IVG Straniere %
Piemonte	11.731	33,2
Valle d'Aosta	277	11,6
Lombardia	23.909	39,2
Bolzano	582	25,1
Trento	1.316	22,3
Veneto	7.417	40,9
Friuli Venezia Giulia	2398	27,9
Liguria	4.003	33,0
Emilia Romagna	11.839	35,6
Toscana	8.763	32,1
Umbria	2.494	36,7
Marche	2.600	33,9
Lazio	16.238	33,1
Abruzzo	2.964	18,2
Molise	644	8,1
Campania	12.572	11,5
Puglia	12.651	4,0
Basilicata	624	4,4
Calabria	3.384	11,7
Sicilia	9.253	6,8
Sardegna	2.464	6,8
Italia	138.123	27,2

L'INTERPRETAZIONE DEL FENOMENO

La riduzione, sia dell'abortività legale che di quella clandestina, indica chiaramente che dalla legalizzazione la tendenza al ricorso all'aborto si è ridotta in modo significativo, molto probabilmente come conseguenza dell'aumentata competenza delle donne e delle coppie a regolare efficacemente la fecondità con i metodi della procreazione responsabile. Questa interpretazione è compatibile con quanto accertato attraverso indagini di popolazione condotte in Italia nel decennio successivo alla legalizzazione: il ricorso all'aborto non risultava infatti una scelta di elezione, ma un'ultima alternativa, in seguito al fallimento e/o all'uso scorretto di metodi per il controllo della fecondità (essendo più usati quelli a più bassa efficacia teorica e di uso corretto più difficile).

Come osservato in altri Paesi, in Italia la maggiore circolazione dell'informazione e il maggiore impegno dei servizi (in primis i consultori familiari, soprattutto nell'azione preventiva) ha aumentato le conoscenze, le consapevolezza e le competenze. Questo processo di "empowerment" ha coinvolto più rapidamente le sezioni di popolazione più istruite, quelle con maggiori contatti sociali, con relazioni sessuali più stabili e residenti in aree geografiche con maggiore presenza fisica e maggiore impegno dei servizi consultoriali. Se il ricorso all'aborto fosse stata una scelta d'elezione non si sarebbe osservata una riduzione perché la legalizzazione avrebbe "facilitato" la pratica abortiva e, quindi, un aumento nel tempo del tasso di abortività.

Ciò è confermato dall'andamento delle IVG ripetute, nettamente al di sotto di quello stimato, con modelli matematici (8), assumendo costante nel tempo i comportamenti per la regolazione della fecondità: nel 2003 la percentuale osservata di aborti ripetuti è stata del 25%, a fronte di un valore atteso del 45% (Fig. 1).

I SERVIZI COINVOLTI E LE PROCEDURE ADOTTATE

Nonostante lo specifico richiamo della Legge 194/78, l'uso dei consultori familiari per la documentazione e certificazione medica necessaria per ottenere l'IVG è modesto. Infatti, mediamente tra il 25% e il 30% delle certificazioni in questi anni è stato rilasciato dai medici consultoriali (Fig. 2).

Una ragione di questo scarso ricorso a servizi specificamente deputati alle attività di promozione della salute riproduttiva, risiede nella mancata messa in rete, non solo per l'IVG, dei servizi consultoriali con gli altri servizi sanitari tradizionali di primo, secondo e terzo livello. Al Sud questa carenza ha as-

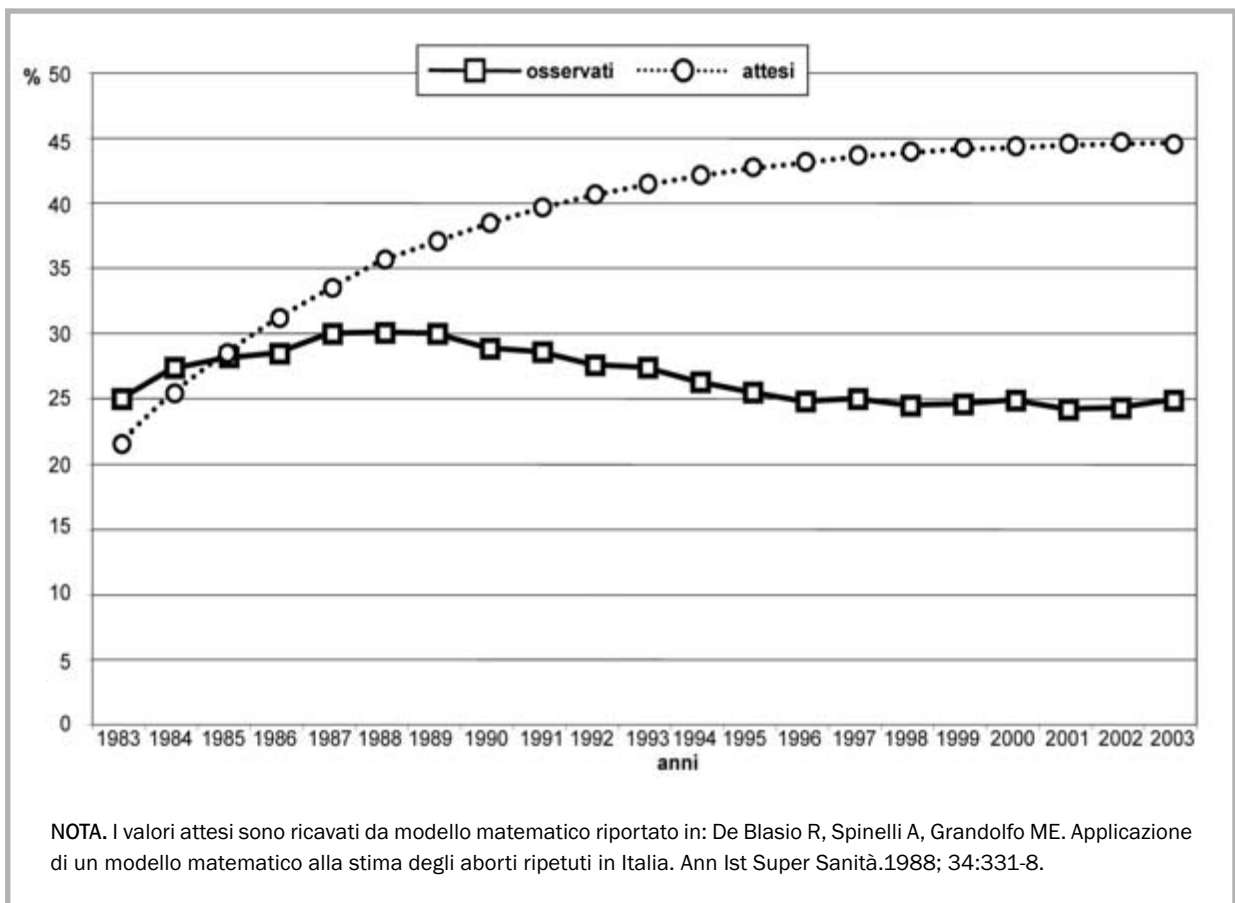


Figura 1: Andamento (%) delle IVG di donne con precedente esperienza abortiva 1983-2003.

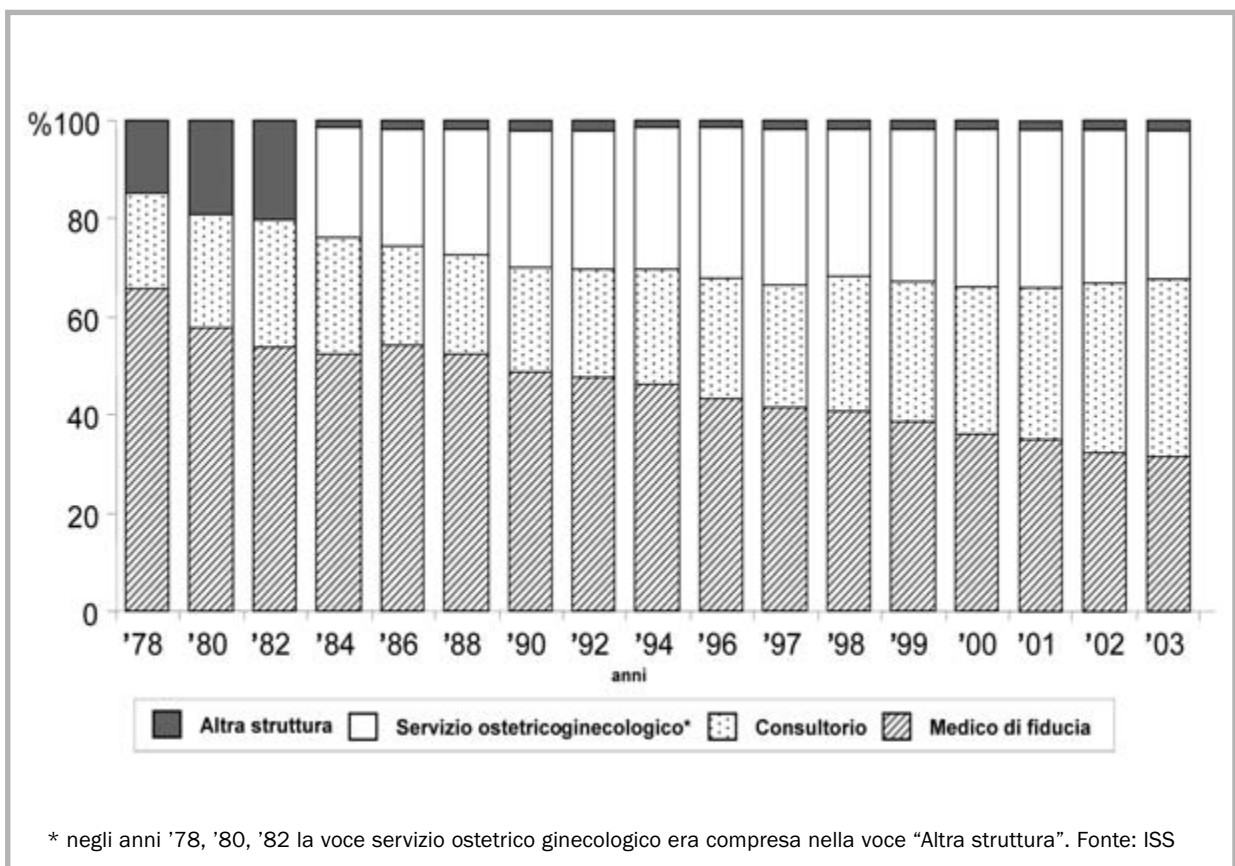


Figura 2: IVG e luogo di certificazione, Italia 1978-2003.

sunto dimensioni clamorose, accentuate dalla maggiore scarsità dei consultori (non infrequentemente con organico incompleto e/o non stabile) sul territorio, dall'assenza o dalla ridotta presenza della figura professionale abilitata a rilasciare la certificazione, quando non obietttrice. Sembra francamente incomprensibile non favorire un ruolo del consultorio come riferimento privilegiato per la prenotazione delle analisi pre-IVG e per l'intervento. Dove ciò è stato fatto come espressione di una esplicita politica sanitaria, il ricorso al consultorio per la certificazione è stato superiore all'85%, con un benefico riflesso per l'attuazione di programmi di prevenzione. In effetti, nelle Regioni con maggiore presenza consultoriale, o con maggiore quota di certificazioni rilasciate dai consultori, il tasso di abortività è diminuito più rapidamente (9).

Per l'esecuzione dell'intervento la quasi totalità delle IVG si verifica negli Istituti di cura pubblici. Nel 2004, il 37% è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione, con un leggero aumento degli interventi a epoca gestazionale tardiva (16,8% a 11-12 settimane). Si è osservato che le straniere tendono ad abortire a settimane gestazionale più avanzate. Circa metà delle IVG si verifica entro 2 settimane dalla data di certificazione. Nel 2004, tuttavia, il 13,8% delle donne ha dovuto attendere 3-4 settimane e il 6,7% più di 4 settimane, con notevoli differenze tra regioni.

L'impiego dell'anestesia generale (84,5%, nel 2004) è, pure con importanti differenze regionali, molto elevato, soprattutto se si tiene conto che oltre l'80% degli interventi viene effettuato entro la decima settimana gestazionale. Sono evidenti i maggiori costi connessi con questa scelta, come è ampiamente documentato il maggiore rischio per la salute della donna. Non è confermata l'affermazione che sia la donna a richiedere l'anestesia generale (10), bensì sono spesso i servizi a proporre un'unica alternativa; inoltre, non è confermato che in seguito ad anestesia generale si abbia una minore percezione del dolore, rispetto a una anestesia locale ben praticata (11). Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità in una recente pubblicazione non raccomanda l'uso dell'anestesia generale (12). Non si comprende come, nell'era della medicina basata sulle evidenze scientifiche e quando l'approccio scientifico viene rivendicato dai professionisti per la loro credibilità, si persista in questa procedura e non si attivino corsi di aggiornamento professionale per modificare le attuali procedure anestetiche.

La distribuzione delle IVG per tipo di intervento ha invece visto una positiva evoluzione con una riduzione del ricorso al raschiamento (dal 24,5% del 1983 al 13,3% del 2004) e un corrispondente incremento dell'isterosuzione con metodo Karman (dal 28,3% del 1983 al 64,9% del 2004); anche in questo caso si registrano importanti differenze regionali.

POSSIBILITÀ DI PREVENZIONE E DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

L'analisi dell'evoluzione del ricorso all'aborto in Italia mostra che gli obiettivi del legislatore nel promulgare la Legge 194/78 sono stati raggiunti e che investire sulla responsabilità e sulla consapevolezza delle donne è stata la carta vincente.

Tale risultato dovrebbe essere di insegnamento generale per le autorità sanitarie e per i professionisti: i migliori risultati si ottengono quando si investe, si promuove e si valorizza la competenza delle persone. E risulta particolarmente cruciale agire in tal modo con le donne perché ogni crescita della loro consapevolezza e competenza ha un immediato positivo riflesso sull'intera società, visto il loro ruolo di pilastri delle famiglie.

Alla luce delle considerazioni svolte, ulteriori obiettivi di riduzione possono essere conseguiti se si ha cura di intraprendere azioni mirate da parte dei servizi e di dedicare maggiori risorse nel coinvolgimento delle sezioni più svantaggiate della popolazione. La prevenzione e promozione della salute richiedono strategie operative basate su una chiara definizione ed identificazione della popolazione bersaglio e sull'offerta attiva iscritta in un processo di coinvolgimento in grado di superare le barriere della comunicazione, soprattutto per le sezioni di popolazione più difficili da raggiungere; la metodologia dell'intervento deve essere iscritta nel modello dell'"empowerment" (promozione della riflessione sul vissuto quotidiano e sulla memoria storica della comunità di appartenenza su cui incardinare le nuove conoscenze, per lo sviluppo di consapevolezza e competenze autonome).

Non si tratta di formulare programmi settoriali ma integrare le attività nel contesto dei programmi strategici previsti dal Piano Sanitario Nazionale e dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) riguardanti il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e la promozione della salute tra gli/le adolescenti (13).

E' incomprensibile che si perda una grande opportunità offerta nel puerperio (per non parlare dell'assistenza prenatale) di fornire consulenza e sostegno riguardo la ripresa dei rapporti sessuali e sulla procreazione responsabile. La mancata opportunità è della stessa gravità della mancata offerta in puerperio della vaccinazione contro la rosolia alle donne rubeotest-negative o prive di Rubeo-test. Indagini condotte dall'ISS hanno evidenziato quanto poco si faccia al riguardo (14). Dalle stesse indagini risulta chiaramente che le donne esposte a counselling e all'informazione sulla procreazione responsabile hanno fatto un maggior ricorso a metodi efficaci per evitare gravidanze indesiderate alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto.

Analogamente si dovrebbe procedere nei programmi di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero: l'offerta attiva del Pap test dovrebbe essere accompagnata dall'offerta di counselling e sostegno riguardo la procreazione responsabile.

L'estensione dell'offerta attiva dei corsi di informazione ed educazione sessuale a tutta la popolazione scolastica (scegliendo opportune età filtro) rappresenta non solo una non più rinviabile risposta a bisogni chiaramente espressi dagli/le adolescenti, ma anche un ulteriore contributo alla diminuzione del ricorso all'aborto, sul medio-lungo periodo.

Su tutti questi aspetti è importante l'impegno di tutti i servizi e operatori coinvolti, quelli ospedalieri, consultoriali e territoriali in genere.

L'aumento del fenomeno migratorio in Italia pone certamente nuove sfide per la maggiore difficoltà di coinvolgimento della popolazione femminile immigrata, non solo per la dimensione culturale, ma anche per le condizioni sociali: modalità innovative di offerta attiva di counselling e sostegno andrebbero sperimentate, con il coinvolgimento delle comunità e delle organizzazioni non governative e con la promozione della "peer education".

Riguardo il miglioramento dei servizi, in primo luogo va stigmatizzata la tendenza a ridurre la presenza dei consultori familiari e all'impoverimento dei suoi organici, in contrasto con i dettami della Legge 34/96 e del POMI, accusandoli, per di più, di essere "abortifici" e dispensatori di certificazioni per l'IVG. I consultori familiari vanno adeguatamente potenziati, secondo le linee di indirizzo del POMI, come servizi integrati di base per la promozione della salute, a partire da quella riproduttiva. Messi in condizione di funzionare, si sono dimostrati luoghi molto importanti per la prevenzione dell'IVG e dovrebbero svolgere il ruolo principale nei tre programmi strategici citati. Ripetute indagini condotte dall'ISS sul percorso nascita hanno dimostrato sistematicamente la migliore qualità operativa dei consultori, rispetto ad altri servizi. Dovrebbero essere maggiormente coinvolti nella certificazione, tuttora ancora molto limitata (25% del totale). A tale scopo, garantita la loro esistenza fisica, la presenza delle competenze necessarie e la loro disponibilità al rilascio del certificato, basterebbe che potessero prenotare direttamente le analisi pre-IVG e l'intervento, per avere incrementi molto significativi delle certificazioni rilasciate da tali servizi. Sono evidenti le grandi opportunità di prevenzione, soprattutto dell'aborto ripetuto.

Il tema del potenziamento dei consultori familiari e della loro riqualificazione è stato più volte affrontato dall'ISS, e ribadito dai Ministri della Salute nei loro rapporti sull'applicazione della Legge 194, con l'indicazione di un organico completo e stabile per un consultorio ogni 20.000 abitanti e indicazioni sulla loro modali-

tà operativa. Il fatto che le donne immigrate, maggiormente presenti nelle regioni del Centro-Nord, utilizzino di più i servizi consultoriali per la certificazione fa ben sperare che il contatto con tali servizi produca il benefico effetto di prevenzione già osservato tra le italiane, con la necessità di un particolare sostegno vista la competenza di mediazione culturale richiesta. Naturalmente tutto ciò in un'ottica di grande raccordo con tutti gli altri servizi territoriali ed ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA

1. "Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2004, dati preliminari anno 2005)", presentata dal Ministro della Salute (Turco) Camera dei Deputati. Atti Parlamentari XV Legislatura. Doc. XXXVII N. 1. 2006. http://legxv.camera.it/_dati/leg15/lavori/documenti/parlamentari/indiceetesti/037/001/INTERO.pdf.
2. Figà Talamanca I, Spinelli A. "L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale?". *Contracezione, Fertilità, sessualità*, 1986; 13: 263-269.
3. Figà Talamanca I. "Estimating the incidence of induced abortion in Italy", *Genus*, 1976; 1-2 (32): 91-107.
4. Figà Talamanca I, Grandolfo ME, Spinelli A. "Epidemiology of legal abortion in Italy", *Int. J. Epidemiol.*, 1986; 15: 343-351.
5. Osborn JF, Cattaruzza MS, Spinelli A. "Risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, marital status and education". *Am J Epidemiol.*, 2000; 151: 98-105.
6. Spinelli A, Loghi M. "Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita", in: Ricciardi W., Muriani L. (Eds.) *Rapporto Osservasalute 2006*. Milano, Edizione Italiana Prex, 2006; 216-218.
7. Spinelli A, Baglio G, Lispi L, Guasticchi G. "Condizioni di salute della donna immigrata in Italia", *Ann Ig.* 2005; 17: 231-241.
8. 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.
9. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. "Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione". *Rapporti ISTISAN 91/25 Istituto Superiore di Sanità, Roma*, 1991.
10. Osborn JF, Arisi E, Spinelli A, Stazi MA. "Anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion?", *Eur J Epidemiol.*, 1990; 6: 416-422.
11. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D, Grandolfo ME. "Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia". *Eur J Obstetrics and Gynecology & Reproductive Biology*, 1996; 70: 145-149.
12. WHO. "Safe abortion: Technical and policy guidance for health system", WHO, Ginevra, 2003 (versione PDF in: <http://www.epicentro.iss.it>).
13. Ministero della Sanità. "Progetto Obiettivo Materno Infantile", D.M. del 24/4/2000, G.U. n.131 Suppl. Ord. n.89 del 7/6/2000.
14. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. "Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali" (www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf).