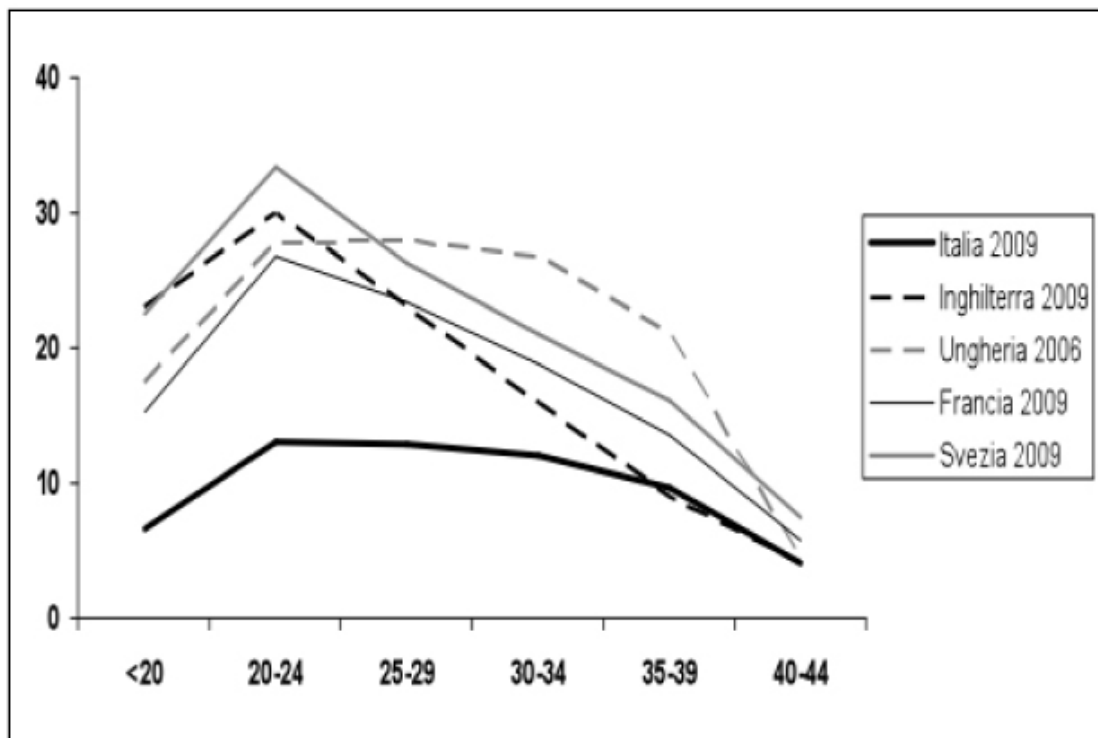


# Trent'anni di declino dell'aborto volontario in Italia

scritto da Marzia Loghi, Alessia D'Errico, Angela Spinelli, Marina Pediconi, Ferdinando Timperi, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi | 2 Maggio 2013

Figura 1 – Tassi di abortività volontaria per età in alcuni paesi europei



Fonti: Italia: Istat; Inghilterra: Department of Health, Abortion Statistics, England and Wales, 2009; Ungheria: Hungarian Central Statistical Office, Terhességmegszakítások, Induced abortions, 1995-2006, Budapest, 2007; Francia: Vilain, 2011; Svezia: Official Statistics of Sweden, Induced abortions, 2009-10.

In Italia l'aborto volontario è stato legalizzato nel 1978, dopo accese discussioni in parlamento e nella società. Le argomentazioni a favore di questa legge erano principalmente due: a) avrebbe permesso alle donne, in caso di gravidanza indesiderata, di ricorrere all'aborto legale, annullando i rischi per la salute collegati all'aborto clandestino; b) avrebbe favorito nel Paese la diffusione di informazioni sulla procreazione responsabile. A distanza di oltre trent'anni appare opportuno domandarsi se e quanto questa legge abbia effettivamente funzionato.

## Caratteristiche generali del fenomeno

Il ricorso all'Ivg in Italia è decisamente in calo, di oltre il 40% dal 1980 al 2010: il numero di aborti per 1000 donne in età riproduttiva (15-49 anni) è passato da 15,3 a 7,9 per mille e l'Italia è diventata uno dei paesi a sviluppo avanzato con i più bassi livelli di abortività volontaria legale. Ciò è vero per tutte

le età, ma soprattutto per le giovani (Figura 1). È invece aumentata, a partire dagli anni '90, la proporzione di lvg di cittadine straniere: la percentuale è passata dal 7% del 1995 al 19% del 2001, fino al 34% del 2010. Questa crescita è attribuibile in parte all'aumento dell'immigrazione nel nostro Paese e in parte al più frequente ricorso all'lvg da parte delle donne straniere rispetto alle italiane (cfr. Loghi *et al.*, 2012) La decisione di ricorrere all'lvg è influenzata da diversi fattori sia di tipo biologico (età, eventi riproduttivi precedenti), che socio-economici (stato civile, titolo di studio, condizione professionale).

### **Età**

Tra il 1980 e il 2010, si è osservata una diminuzione di lvg a tutte le età, ma con l'eccezione delle teenager (15-19 anni), per le quali si è invece registrato un aumento, sia pur contenuto (+4,4%). Ma, anche qui, il quadro si capisce meglio se si distingue per nazionalità: se si considerano solo le donne con cittadinanza italiana, il calo è molto forte (pari a circa il 60%) e presente a tutte le età, anche tra le più giovani (figura 2). È dunque per la presenza straniera che il calo complessivo è stato più contenuto (40% circa, come si è detto), e addirittura assente per le giovanissime

Questa diminuzione dei tassi di abortività si è registrata in un periodo in cui l'attività sessuale delle donne ha subito importanti cambiamenti, sia in termini di quantità che di qualità. Infatti, si è intensificata la frequenza dei rapporti sessuali, si è abbassata l'età al primo rapporto e, in generale, la sessualità femminile è sempre meno legata alla riproduzione. Questi processi sono stati accompagnati da una maggiore diffusione e utilizzo della contraccezione che ha permesso un minor ricorso all'aborto volontario. Anche se, a differenza dei paesi del Nord e del Centro Europa, in Italia il ricorso a metodi moderni risulta meno incisivo: la sterilizzazione è praticamente inesistente, la diffusione della pillola è avvenuta molto lentamente, ed è quindi il profilattico, molto diffuso soprattutto tra i giovani, che ha sostituito il meno efficace coito interrotto (cfr. Castiglioni, 2013).

### **Stato civile**

All'inizio, ad abortire in Italia erano principalmente le donne coniugate, che volevano così limitare la discendenza. Ma dalla metà degli anni Novanta i rapporti si sono invertiti: adesso sono le non coniugate ad avere tassi di abortività più elevati. Da un lato, le coniugate sono a maggior rischio di concepire, perché hanno una maggior frequenza di rapporti sessuali. Per contro, la maggior stabilità di una coppia coniugata potrebbe favorire un miglior controllo della fecondità e dell'uso della contraccezione e indurla a proseguire con meno problemi una gravidanza indesiderata. Le donne nubili, separate, divorziate e vedove - anche se tendenzialmente meno coinvolte in rapporti sessuali regolarmente frequenti - risultano essere ad alto rischio di lvg, perché per loro una nascita può essere un evento fortemente problematico e indesiderabile.

### **Titolo di studio**

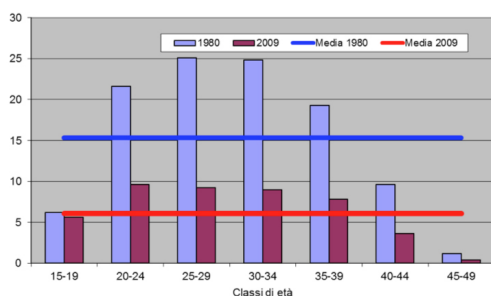
Nel trentennio in questione, il ricorso all'aborto volontario si è modificato anche secondo il livello di istruzione: esso è diminuito tra le donne con un titolo di studio alto, ma è rimasto più o meno costante tra le donne con un livello intermedio. Differente è l'andamento per le donne con un basso livello di istruzione, per le quali il livello si è mantenuto costante per diversi anni, ma è aumentato in tempi recenti. Due le possibili spiegazioni: da una parte le donne più istruite hanno avuto la possibilità di migliorare le conoscenze e i comportamenti sul controllo della fecondità e l'uso dei contraccettivi; dall'altra tra le donne con un basso livello di istruzione è presente una quota rilevante di straniere (circa il 65%) che hanno una propensione all'aborto circa 4 volte superiore a quella delle italiane.

### **Condizione professionale**

Con riferimento alla condizione professionale, le donne che ricorrono più spesso all'aborto volontario sono le casalinghe, seppur con una rilevante diminuzione tra il 1981 e il 2009 (da 19,0 a 10,3 lvg per mille donne)[1]. Le donne in condizione professionale presentano un ricorso all'lvg inferiore rispetto alle casalinghe, e una diminuzione più consistente. Tra le studentesse e le donne in altra condizione non professionale invece non si rileva una diminuzione al ricorso all'lvg.

### **Nascite precedenti e aborti volontari precedenti**

Figura 2 – Tassi specifici per classi di età di abortività volontaria delle donne italiane (1980 e 2009)



Nella difficile decisione di interrompere una gravidanza, il numero di figli presenti potrebbe essere pensato come un fattore determinante nell'orientare i comportamenti della donna e della coppia. E nei primi anni di applicazione della legge, come si è detto, è stato in effetti così, ma oggi il ricorso all'Ivg è in calo indipendentemente dal numero dei figli già avuti, e comunque circa il 40% delle Ivg è praticato da donne senza figli.

La presenza di precedenti Ivg è un fattore che tende a far aumentare il rischio di un'ulteriore Ivg: chi ha già effettuato un aborto risulta avere un rischio 3 volte superiore di ripetere l'esperienza rispetto a chi non ne ha mai fatto ricorso. Va in ogni caso sottolineato che il numero di donne che ripetono l'Ivg non è molto elevato: nel 2010 queste rappresentavano circa il 27% di tutti i casi di aborto rilevati in Italia, valore inferiore a quello riscontrato in altri paesi europei.

### Conclusioni

In sintesi, si può dire che nel giro di trent'anni il "modello" di abortività in Italia si è modificato. Negli anni immediatamente successivi alla legalizzazione, l'Ivg veniva prevalentemente utilizzata da donne coniugate, con più di 30 anni, casalinghe e già con figli, che ricorrevano all'aborto prevalentemente per mantenere il livello di fecondità raggiunto, rimediando ai fallimenti del coito interrotto. A partire da metà degli anni Novanta si afferma anche un altro profilo di donna: più giovane, non coniugata, senza figli, che ricorre all'Ivg per posticipare la nascita del suo primo figlio.

L'aspetto più importante è senz'altro il costante declino dell'abortività volontaria in Italia, per tutte le categorie di donne (anche tra le donne straniere, che pure si caratterizzano per un più elevato ricorso all'Ivg). A questo si aggiunge la consapevolezza che l'aborto viene usato prevalentemente dalle donne come ultima *ratio* e non come scelta di elezione, segnale inequivocabile che la legge 194/78 ha raggiunto lo scopo per il quale era stata istituita, pur se ulteriori margini di miglioramento sono senz'altro ancora possibili.

### Nota

Articolo tratto dal *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, a cura di Alessandra De Rose e Gianpiero Dalla Zuanna, Bologna, Il Mulino, 2013, che prosegue la tradizione dei rapporti biennali curati dall'Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione.

### Riferimenti bibliografici

Castiglioni M. (2013), "Il lento tramonto del coito interrotto", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Il Mulino, pp. 81-96.

Grandolfo M., Spinelli A., Pediconi M., Timperi F., Andreozzi S., Bucciarelli M. (2009), "Il sistema di sorveglianza epidemiologica dell'interruzione volontaria di gravidanza", *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 22(05):3-7.

Istat (2012), *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2009*, Tavole di dati

Loghi M., D'Errico A., Burgio A., Cotroneo R., Cialesi R. (2012), *Le interruzioni volontarie di gravidanza: un focus sulle donne straniere*, NEODEMOS del 10/10/2012

Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*, Il Mulino, pp. 97-115.

Ministero della Salute (2012), *Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78, Dati definitivi anno*

2010, dati preliminari anno 2011).

---

[1] I tassi per condizione professionale si riferiscono al 2009 e non al 2010 in quanto la popolazione per età, sesso e condizione professionale proveniente dall'indagine sulle Forze di lavoro non è attualmente disponibile.