

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA IN UN'OTTICA GENERAZIONALE



L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA IN UN'OTTICA GENERAZIONALE

A cura di: Marzia Loghi, Alessia D'Errico e Roberta Crialesi.

Attività editoriali: Nadia Mignolli (coordinamento), Claudio Bava, Alfredina Della Branca, Marco Farinacci, Alessandro Franzò e Manuela Marrone.

Responsabile per la grafica: Sofia Barletta.

ISBN 978-88-458-2147-9

© 2024

Istituto nazionale di statistica
Via Cesare Balbo, 16 - Roma



Salvo diversa indicazione, tutti i contenuti pubblicati sono soggetti alla licenza Creative Commons - Attribuzione - versione 4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.it>

È dunque possibile riprodurre, distribuire, trasmettere e adattare liberamente dati e analisi dell'Istituto nazionale di statistica, anche a scopi commerciali, a condizione che venga citata la fonte.

Immagini, loghi (compreso il logo dell'Istat), marchi registrati e altri contenuti di proprietà di terzi appartengono ai rispettivi proprietari e non possono essere riprodotti senza il loro consenso.



INDICE

| | Pag. |
|---|------|
| Premessa | 5 |
| 1. L'andamento di lungo periodo | 7 |
| 1.1 Introduzione | 7 |
| 1.2 La Legge 194/1978 | 7 |
| ▶ L'attività dei consultori | 10 |
| ▶ L'aborto farmacologico | 12 |
| ▶ L'obiezione di coscienza | 14 |
| 1.3 L'andamento nel corso del tempo | 16 |
| ▶ L'impatto del <i>COVID-19</i> | 19 |
| 1.4 Le differenze per età | 21 |
| 1.5 Il maggiore ricorso all'IVG delle donne straniere | 22 |
| 1.6 Le differenze territoriali | 25 |
| 2. La costruzione delle generazioni | 27 |
| 2.1 Introduzione | 27 |
| 2.2 Generazioni complete e incomplete | 27 |
| 2.3 Fecondità e abortività per coorte | 28 |
| 2.4 Abortività per coorte e cittadinanza | 32 |
| 3. I cambiamenti strutturali e familiari | 35 |
| 3.1 Introduzione | 35 |
| 3.2 Contesti di vita delle varie generazioni | 35 |
| 3.3 Il ruolo dell'istruzione e della condizione professionale | 39 |
| ▶ L'abortività ripetuta | 42 |
| 4. Le scelte riproduttive | 45 |
| 4.1 Introduzione | 45 |
| 4.2 La sessualità | 45 |
| 4.3 La contraccezione | 47 |
| 4.4 La contraccezione di emergenza | 51 |

| | Pag. |
|----------------------------------|------|
| Conclusioni | 53 |
| Riferimenti bibliografici | 55 |

PREMESSA¹

La salute riproduttiva dipende da numerosi fattori, sia biologici sia comportamentali, a loro volta influenzati dal contesto sociale, economico, demografico. Tali fattori presentano effetti diretti e indiretti sulla scelta di fare un (altro) figlio o di portare avanti una gravidanza indesiderata o inattesa.

L'obiettivo di questo *ebook* è illustrare le caratteristiche delle diverse generazioni di donne, seguendo il percorso della loro vita riproduttiva in relazione agli importanti cambiamenti sociali, demografici e culturali che hanno attraversato il nostro Paese nei decenni successivi alla legalizzazione dell'aborto. Nel tempo, le donne hanno acquisito maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva e sessuale: la diminuzione dell'età al primo rapporto, l'aumento del numero dei *partner*, l'attività sessuale più frequente anche non in coppia, il posticipo dell'età del primo figlio, l'utilizzo della contraccezione sono solo alcuni aspetti che la donna ha imparato a gestire senza ricorrere all'aborto come strumento di regolazione delle nascite.

Nel primo Capitolo si esaminano le modifiche avvenute nel corso del tempo nei livelli di abortività e di fecondità, analizzandole secondo alcune caratteristiche della donna, quali l'età, la cittadinanza e il territorio. I due eventi, pur appartenendo entrambi alla sfera della salute riproduttiva, non presentano molte analogie.

Nel secondo Capitolo viene descritta la metodologia di costruzione delle generazioni limitatamente ai dati disponibili sulle nascite e sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG). Vengono messi a confronto i *trend* per coorte e per anno di calendario, con i primi che non vengono "disturbati" da eventi congiunturali e quindi esprimono la tendenza di fondo dei comportamenti riproduttivi.

Il terzo Capitolo ripercorre i grandi cambiamenti avvenuti nella società a partire dal dopoguerra e quale impatto hanno avuto nelle giovani generazioni, in particolare sulla condizione della donna. La sua sempre maggiore presenza nel mondo del lavoro e i suoi progressi dal punto di vista dell'istruzione l'hanno resa più consapevole in materia di scelte riproduttive.

È nel quarto e ultimo Capitolo che vengono riportate le scelte più personali in termini di sessualità e contraccezione. Nel corso delle generazioni la donna acquisisce maggiore autonomia e maggiore libertà anche in questi due campi, mostrando comportamenti sempre più simili a quelli dell'uomo in riferimento alla precocità dei rapporti sessuali, al loro numero e al numero dei *partner*. Nonostante questa emancipazione, il ricorso a metodi contraccettivi moderni non è ancora tale da fare pensare a una rivoluzione contraccettiva conclusa.

¹ Il Volume è stato curato da Marzia Loghi, Alessia D'Errico e Roberta Crialesi. Le elaborazioni sono state effettuate da Alessia D'Errico e Marina Zingrillo.

1. L'ANDAMENTO DI LUNGO PERIODO¹

1.1 Introduzione

In Italia, da ormai oltre quaranta anni, l'aborto volontario è stato legalizzato mediante la Legge 22 maggio 1978, n. 194, che ne ha anche disciplinato le modalità di accesso (GU n. 140 del 22 maggio 1978).

L'*Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)* è stata avviata nel 1979 a seguito dell'entrata in vigore della suddetta Legge e viene condotta dall'Istat in accordo con le Regioni, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. Essa costituisce uno strumento fondamentale per la conoscenza e la prevenzione dell'IVG ed è una delle più dettagliate a livello internazionale: raccoglie informazioni socio-demografiche sulla donna, sulla gravidanza e informazioni tecniche sull'intervento.

Tali informazioni vengono pubblicate sia dall'Istat, tramite i propri canali di diffusione, sia dal Ministero della Salute con l'annuale "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza" (Ministero della Salute 2023).

1.2 La Legge 194/1978

La Legge italiana oggi risulta essere una delle meno restrittive al mondo (*Center for Reproductive Rights* 2024) e consente l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) entro i primi novanta giorni nei casi in cui "la donna accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito" (L. 194/1978, art. 4). Dopo i primi novanta giorni può essere praticata: "a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna" (L. 194/1978, art. 6). Non viene specificato un termine preciso entro il quale l'IVG possa essere effettuata poiché viene riportato "Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".

¹ Le autrici hanno redatto il Capitolo congiuntamente, poiché è stato necessario portare avanti riflessioni e analisi comuni. Tuttavia è possibile attribuire: a Marzia Loghi i paragrafi 1.1 e 1.2 e gli Approfondimenti "L'attività dei consultori", "L'aborto farmacologico" e "L'obiezione di coscienza"; ad Alessia D'Errico i paragrafi 1.3, 1.4 e 1.5 e l'Approfondimento "L'impatto del COVID-19". Le elaborazioni sono state effettuate da Alessia D'Errico e Marina Zingrillo.

Fino al 1978 l'IVG era considerata un reato. Il Codice Rocco del 1930 considerava reati "l'aborto di donna consenziente, l'aborto di donna non consenziente, il procurato aborto, l'autoprocurato aborto e l'istigazione all'aborto" e aveva addirittura istituito un titolo apposito "Dei delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe" (Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, Libro II, Titolo X).

Una svolta determinante a livello internazionale viene data dalla "*Roe contro Wade*", una sentenza della Corte Suprema degli Stati Uniti d'America del 1973, considerata una pietra miliare nella giurisprudenza statunitense sull'aborto. Questa collocò il diritto all'aborto all'interno della sfera privata e negò lo *status* di "persona" al feto, favorendo così il diritto della libera scelta della donna (U.S. Supreme Court 1973). A questa sentenza si appoggiò la N. 27 del 18 febbraio 1975 della Corte Costituzionale che affermava "... non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare." (Corte Costituzionale 1975).

Nel Disegno di Legge presentato alla Presidenza del Consiglio in data 18 giugno 1971 (Senato della Repubblica 1971), si illustra la situazione allora esistente (da tutti sottaciuta ma ben conosciuta) di "donne costrette" ad abortire clandestinamente per limitare una fecondità poco controllata. La pratica abortiva viene denominata "la fabbrica degli angeli" e riporta cifre di aborti procurati di oltre un milione all'anno, con donne che hanno fatto tante IVG quanti sono i loro (tanti) figli viventi. Alcune indagini riportano un numero impressionante (circa 20 mila) di donne che muoiono ogni anno uccise "da violente infezioni e da irrimediabili emorragie", complicazioni a seguito di un aborto clandestino. A latere di questa attività illegale esiste un processo speculativo che coinvolge i medici che fanno pagare somme assai elevate per l'epoca: si parla di importi compresi tra 200 mila e 400 mila lire; se l'intervento non è eseguito da un medico professionista, ma da un cosiddetto "praticone" o una "mammana", l'importo si riduce sensibilmente (circa 50 mila).

Nonostante la severità della Legge, che punisce pesantemente sia la donna che chiede l'interruzione di gravidanza sia chi esegue l'intervento, il numero di aborti risulta molto elevato. Nel Disegno di Legge viene riportata la seguente motivazione: "I motivi più appariscenti sono due fra loro correlati. In primo luogo il fatto che [...] allorché si produce un profondo divario tra la realtà e la legge, è sempre la realtà che finisce per prevalere. In secondo luogo perché l'efficacia della legge è assai modesta malgrado la severità della norma scritta" (Benci 2018).

Con queste premesse e con movimenti femministi già in atto da tempo che hanno scosso la coscienza civile sull'argomento, si è faticosamente arrivati alla legalizzazione dell'aborto.

La Legge individua il consultorio familiare, citato in più articoli, come il luogo privilegiato che possa prendere in carico la donna per seguirla nei numerosi aspetti che riguardano la sua salute sessuale e riproduttiva, nonché l'assistenza in gravidanza e l'IVG. Nonostante ciò, nel corso del tempo i consultori sono stati depotenziati e ben poche Regioni rispondono al requisito raccomandato di un consultorio ogni 20 mila abitanti (cfr. Approfondimento "L'attività dei consultori").

All'articolo 15 la Legge guarda al futuro e promuove "l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza". Con riferimento alle tecniche utilizzate, a partire dal 2009 l'IVG chirurgica è stata affiancata dall'IVG farmacologica, il cui utilizzo è in costan-

te aumento pur presentando disomogeneità territoriali tra le Regioni (cfr. Approfondimento “L’aborto farmacologico”).

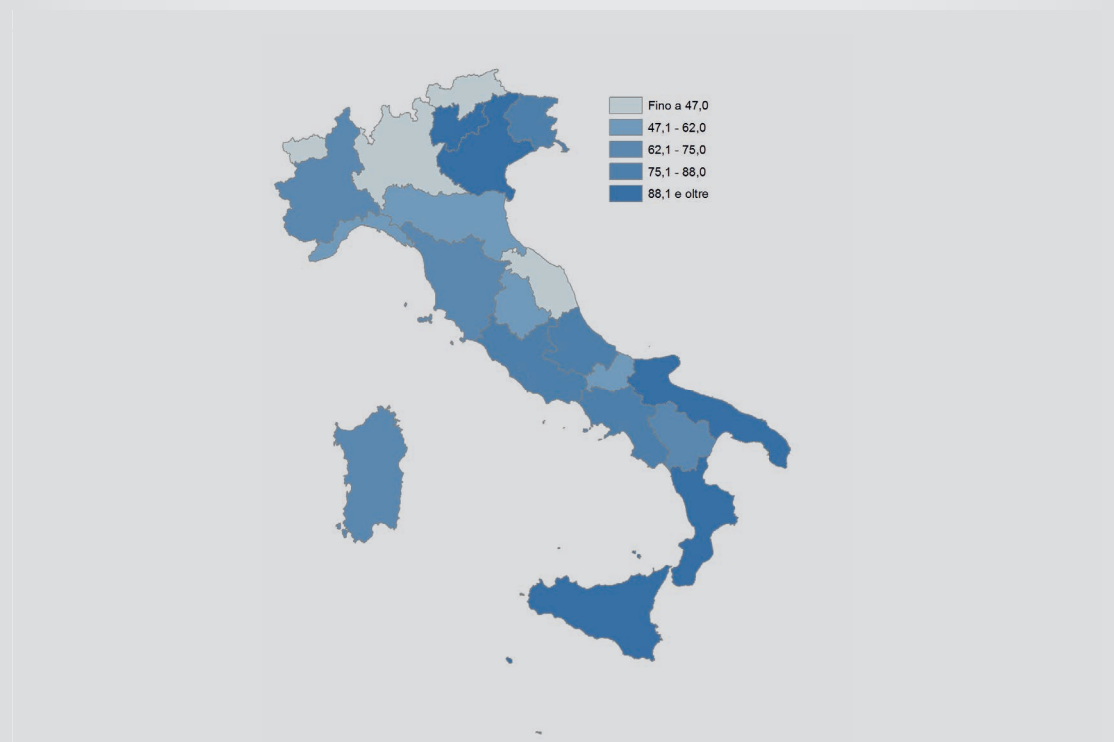
L’articolo 9 prevede l’obiezione di coscienza citando: “Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l’interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione”. Questo aspetto è fondamentale per rilevare l’offerta di personale dedicato all’IVG nelle singole strutture. Per questo il Ministero della Salute, nell’annuale Relazione al Parlamento, ha inserito uno specifico parametro per misurare il carico di lavoro effettivo dei ginecologi non obiettori (cfr. Approfondimento “L’obiezione di coscienza”).

L'ATTIVITÀ DEI CONSULTORI

I Consultori Familiari (CF) sono stati istituiti nel 1975 con la Legge 9 luglio 1975, n. 405 "Istituzione dei consultori familiari" (GU n. 227 del 27 agosto 1975), che ne definisce chiaramente il ruolo determinante in tutti gli ambiti che riguardano la salute della donna, tra cui contraccezione, gravidanza e IVG. I punti di forza sono costituiti dalla loro prossimità e diffusione sul territorio, oltre all'*équipe* multidisciplinare e a un'integrazione tra sanitari e personale sociale; ciò consente la presa in carico della donna lungo tutto il percorso assistenziale.

Il Ministero della Salute effettua tutti gli anni un'indagine ad hoc sull'attività dei CF nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza. L'Istituto Superiore di Sanità ha effettuato una indagine nazionale nel biennio 2018-2019 che ha indagato molti aspetti relativi alle attività dei CF e al loro assetto organizzativo (Istituto Superiore di Sanità 2022). Ciò che emerge è la presenza di pochi CF rispetto ai bisogni della popolazione (che vengono definiti come un consultorio ogni 20 mila abitanti), invece, a livello nazionale nel 2021 (ultimo dato disponibile) se ne contano quasi uno ogni 30 mila. Le regioni che rispettano lo *standard* raccomandato sono solo cinque: Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste*, Provincia autonoma di Bolzano/*Bozen*, Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata. Oltre la soglia dei 30 mila abitanti si trovano ben otto regioni: Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Campania, Lombardia, Lazio, Veneto, Provincia autonoma di Trento e in ultimo il Molise.

Figura 1 - Consultori familiari che effettuano *counselling* IVG per regione. Anno 2021 (valori per 100)



Fonte: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei consultori familiari, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti regionali del tavolo tecnico per la piena applicazione della Legge n. 194/1978

Non tutti i 2.015 CF censiti effettuano *counselling* per IVG: in media sono il 68,4 per cento, con un *range* molto ampio che va dal 4,4 per cento delle Marche al 95,2 per cento della Sicilia (Figura 1). Una quota inferiore al 50 per cento si rileva, oltre che nelle Marche, anche nella Provincia autonoma di Bolzano/*Bozen*, in Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste* e in Lombardia. Superano l'80 per cento altre sei regioni oltre la Sicilia: Lazio, Veneto, Puglia, Calabria e Provincia autonoma di Trento.

La loro attività relativa al percorso IVG viene rilevata dal numero di colloqui pre-IVG, dal numero di certificati rilasciati e dal numero di controlli post-IVG (Tavola 1). Nel 2021 la Regione Lazio è l'unica che ha effettuato IVG farmacologiche in consultorio (cfr. Approfondimento "L'aborto farmacologico").

Tavola 1 - Attività dei consultori familiari a sostegno del percorso IVG. Anno 2021

| | Colloqui IVG effettuati | Certificati IVG rilasciati | Controlli post-IVG effettuati | Totale IVG |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------|
| Piemonte | 3.483 | 3.639 | 1.500 | 5.361 |
| Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste | 0 | 12 | 0 | 114 |
| Lombardia | 5.530 | 4.848 | 2.290 | 10.747 |
| Provincia autonoma di Bolzano/Bozen | 17 | 10 | 1 | 494 |
| Provincia autonoma di Trento | 552 | 444 | 325 | 561 |
| Veneto | 3.418 | 2.272 | 730 | 4.086 |
| Friuli-Venezia Giulia | 937 | 692 | 612 | 1.219 |
| Liguria | 909 | 967 | 199 | 1.976 |
| Emilia-Romagna | 7.258 | 3.744 | 1.926 | 5.701 |
| Toscana | 2.600 | 2.049 | 1.262 | 4.284 |
| Umbria | 765 | 596 | 221 | 856 |
| Marche | 154 | 194 | 185 | 1.124 |
| Lazio | 8.298 | 3.005 | 1.451 | 6.929 |
| Abruzzo | 436 | 277 | 95 | 1.326 |
| Molise | 36 | 33 | 23 | 242 |
| Campania | 7.353 | 4.262 | 1385 | 5.810 |
| Puglia | 2.004 | 1.731 | 840 | 5.152 |
| Basilicata | 129 | 105 | 44 | 399 |
| Calabria | 470 | 554 | 3201 | 1.559 |
| Sicilia | 1.585 | 1.410 | 407 | 4.331 |
| Sardegna | 260 | 221 | 97 | 1.382 |
| Italia | 46.194 | 31.065 | 16.794 | 63.653 |

Fonte: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei consultori familiari, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti regionali del tavolo tecnico per la piena applicazione della Legge n. 194/1978

Il numero di colloqui effettuati è stato inferiore al numero di IVG in quasi tutte le regioni, con poche eccezioni: Emilia-Romagna, Lazio e Campania. La percentuale nazionale di documenti/certificati rilasciati dal consultorio è del 48,8 per cento, ma risulta molto diversificata tra le regioni poiché dipende da differenti modalità organizzative. Ad esempio, nella Provincia autonoma di Bolzano/Bozen solo un 2,0 per cento dei documenti/certificati viene rilasciata dal CF, ma i bassi valori degli altri indicatori confermano che i consultori vengono coinvolti molto poco nel percorso IVG. Altre regioni che coinvolgono poco (meno del 30 per cento) i CF nella consegna dei documenti/certificati sono il Molise, la Sardegna, le Marche, l'Abruzzo e la Basilicata.

Questo indicatore mostra un maggiore ricorso ai consultori da parte delle cittadine straniere rispetto alle italiane in tutte le regioni: nel 2021 il 38,8 per cento delle italiane si è rivolto ai CF per ottenere il documento/certificato, contro il 53,4 per cento delle straniere. Questa differenza si è ormai consolidata nel corso degli anni, determinata dalla bassa soglia di accesso di questi servizi, spesso dotati della figura del mediatore culturale e conosciuti e utilizzati dalle cittadine straniere anche per l'assistenza al percorso nascita (Ministero della Salute 2023).

Anche i controlli post-IVG costituiscono un'altra tappa importante del percorso, poiché rappresentano un'ulteriore occasione per la promozione di metodi contraccettivi e quindi un'opportunità per la prevenzione secondaria. Nel 2021 sono stati effettuati 16.794 colloqui per 63.653 interventi, cioè il 26,4 per cento. Le differenze regionali sono di difficile interpretazione, poiché in alcuni casi il dato risulta sottostimato a causa dell'errata registrazione del colloquio post-IVG come "generica visita di controllo".

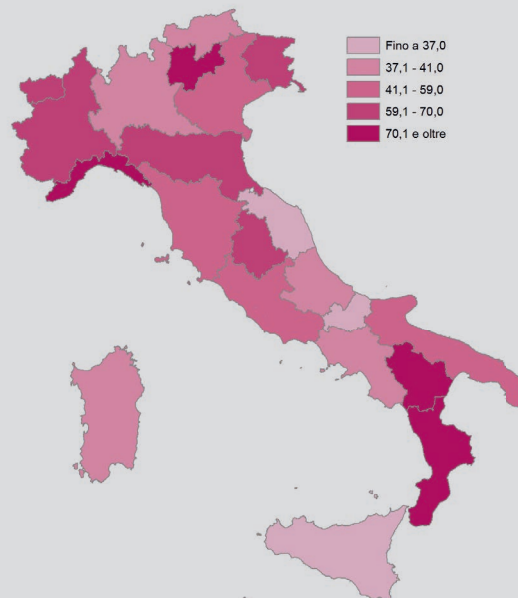
L'ABORTO FARMACOLOGICO

L'articolo 15 della Legge 194/1978 afferma che “Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza” (GU n. 140 del 22 maggio 1978).

In accordo a tale norma, nel corso del tempo è emersa la metodica farmacologica in alternativa a quella chirurgica. Mentre in altri paesi questa era già presente da vari anni, in Italia l'iter di autorizzazione in commercio del mifepristone si è concluso il 30 luglio 2009 con il parere favorevole dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA 2009). Le regioni hanno avuto tempi diversi per organizzare la somministrazione dell'IVG farmacologica (detta anche IVG medica) e solo nel 2014 questa tecnica è presente in tutto il territorio nazionale.

L'offerta dell'aborto farmacologico però varia molto per regione, sia per quanto riguarda il numero di interventi sia per il numero di strutture che offrono tale servizio, e può dipendere anche da precise scelte organizzative territoriali (Figura 1). È certamente una metodica meno invasiva per le donne che, su parere medico, andrebbe raccomandata. Prevede la somministrazione di solo mifepristone o di questo associato alle prostaglandine e può essere effettuata entro e non oltre le nove settimane di gestazione.

Figura 1 - IVG farmacologiche per regione. Anno 2022 (a) (valori per 100)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)
(a) Sono state selezionate le voci “Solo mifepristone” e “Mifepristone e prostaglandine”.

Nel 2022, per la prima volta, questo tipo di intervento ha superato la tecnica chirurgica (51,1 per cento contro 46,7 per cento)¹. La diffusione regionale non dovrebbe riportare differenze troppo marcate, poiché non ci si aspetta che le donne che fanno una IVG abbiano carat-

¹ Il complemento a 100 è dato dalle voci “Solo prostaglandina” e “Altro”.

teristiche diverse tra regione e regione. Invece si nota un ampio *range* che va dal minimo delle Marche (23,2 per cento) al massimo della Calabria (79,1 per cento).

Una circolare del Ministero della Salute emanata il 12 agosto 2020 ha recentemente cambiato le modalità di esecuzione dell'aborto farmacologico in Italia (Ministero della Salute 2020a). Tale circolare allunga i tempi di attuazione dell'aborto farmacologico, che non deve più essere effettuato entro la settima settimana di gestazione, bensì fino a 63 giorni (che corrispondono a nove settimane compiute di età gestazionale). Inoltre, può essere eseguito, oltre che in regime ospedaliero (sia ordinario sia *day hospital*), anche presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle regioni, nonché presso i consultori. Questa disposizione ha imposto una rivisitazione del flusso e del questionario di rilevazione, attività che si sta svolgendo all'interno di un più ampio progetto coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma CCM 2022. Tale progetto è denominato "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza" e vi collaborano l'Istat, l'AIFA, le società scientifiche di settore, il Tavolo ministeriale "Immigrazione e salute" e le regioni/province autonome.

Nonostante la circolare sia stata emanata nel 2020, sono ben poche le regioni che hanno iniziato a offrire l'aborto farmacologico in ambulatori e/o consultori. Nel 2020 solo la Toscana e solo negli ambulatori ma, non distinguendo questi casi da quelli effettuati in ospedale, non è possibile conteggiare le strutture. Nel 2021 si aggiunge il Lazio con cinque strutture: quattro consultori e un poliambulatorio, cui nel 2022 si aggiungono un altro consultorio e un altro ambulatorio, per un totale di sette unità. Nel 2023 si confermano le sette unità del Lazio, cui si affianca l'Emilia-Romagna con quattordici strutture (cinque ambulatori e nove consultori). Nel 2024 (indagine in corso) la Provincia autonoma di Trento ha comunicato l'apertura di dieci consultori che dovrebbero offrire l'aborto farmacologico mentre l'Emilia-Romagna ha fornito una lista di sedici strutture, il Lazio di quindici e la Toscana di ventitré. Solo a fine indagine sarà possibile determinare quelle effettivamente attive come punti IVG.

Si osserva quindi un lento adeguamento delle regioni/province autonome alle nuove disposizioni del Ministero della Salute che dovrebbero migliorare e facilitare l'accesso al servizio IVG a tutte le donne.

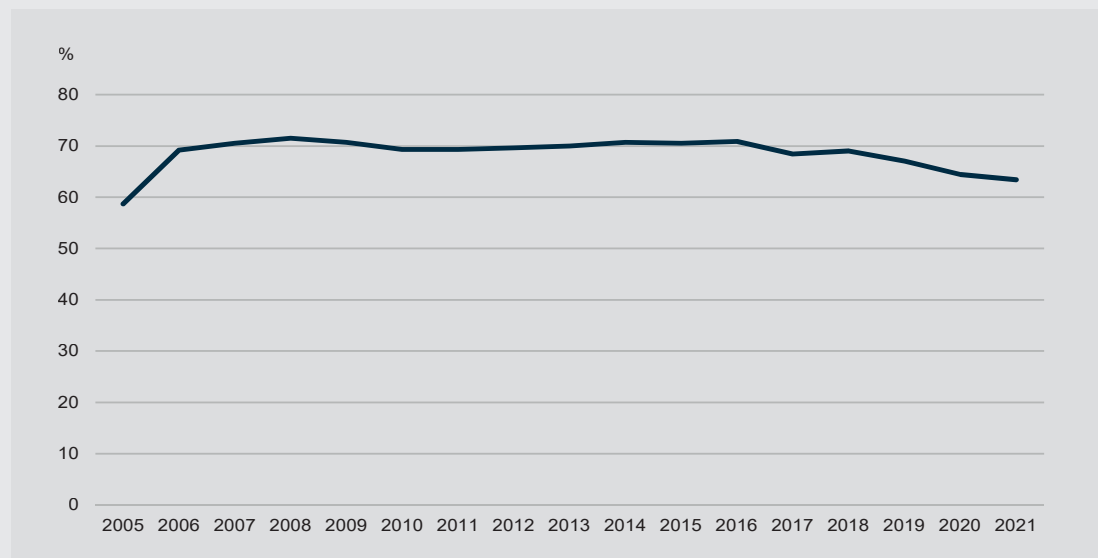
L'OBIEZIONE DI COSCIENZA

L'articolo 9 della Legge 194/1978 riporta "Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure [...] ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione" (Gazzetta Ufficiale, 1978). Informazioni sul personale obiettore vengono rilevate dal Ministero della Salute tramite un monitoraggio ad hoc e sono riportate nelle annuali Relazioni al Parlamento.

Il sistema di rilevazione si è andato affinando nel corso degli anni. Fino al 2010 veniva calcolata la percentuale "grezza" di obiettori tra le categorie professionali dei ginecologi, degli anestesisti e del personale non medico. Dal 2011 si è iniziato a ragionare sul carico di lavoro settimanale di ogni singolo professionista e sull'opportunità di scendere al di sotto del livello regionale, che può nascondere eventuali criticità più localizzate. Nelle ultime relazioni, quindi, è stato inserito un nuovo indicatore denominato "Parametro 3 - Numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore", calcolato rapportando il numero complessivo di aborti indotti effettuati nell'anno al numero di ginecologi non obiettori assegnati al servizio IVG presenti nelle strutture ospedaliere e case di cura. Il parametro viene infine normalizzato considerando 44 settimane lavorative annuali (valore *standard* europeo).

Date queste recenti modifiche, non è possibile avere una lunga serie storica del parametro per tutte le figure professionali citate, ma solo della percentuale di ginecologi obiettori (Figura 1).

Figura 1 - Percentuale di ginecologi obiettori di coscienza in Italia. Anni 2005-2021

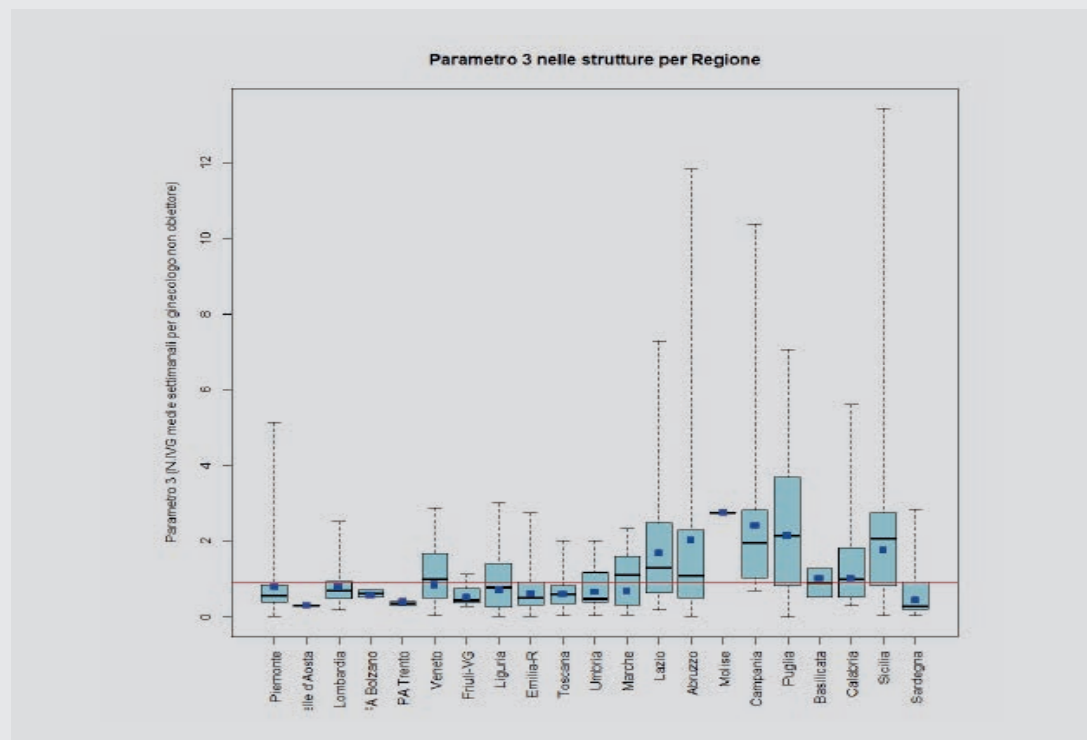


Fonte: Ministero della Salute, 2022

Come si può notare, la situazione non si è molto modificata nel tempo: tra il 2007 e il 2016 il valore è sostanzialmente stabile e vicino al 70 per cento; negli ultimi anni diminuisce e nel 2021 si ferma a 63,4 per cento. Sappiamo che il numero di IVG si è invece ridotto in maniera considerevole: nel periodo considerato (2005-2021) si è più che dimezzato e questo non può che avere ridotto il carico di lavoro dei ginecologi non obiettori, che sono rimasti in numero pressoché costante. Nell'ultima Relazione al Parlamento il parametro del carico di lavoro riportato per gli ultimi cinque anni conferma questa riduzione: nel 2017 il valore medio italiano è di 1,2 IVG settimanali per ginecologo non obiettore, diminuito a 0,9 nel 2021 (Ministero della Salute 2022). Per tale anno solo tre regioni hanno superato il numero di due IVG: Molise (2,8, c'è solo un ginecologo non obiettore), Campania (2,4) e Puglia (2,1).

Come già accennato, il valore medio regionale non fa emergere eventuali criticità più localizzate, per questo il Ministero calcola il parametro a livello di singola struttura. In questo modo è possibile rilevare le differenze territoriali e l'eventuale diversa distribuzione tra le strutture della stessa regione (Figura 2).

Figura 2 - Numero medio settimanale di IVG per ginecologo non obiettore per regione. Anno 2021



Fonte: Ministero della Salute, 2022

Le criticità maggiori risultano più diffuse nelle regioni del Centro e del Sud del Paese, sebbene in solo tre strutture viene superato il numero di 10 IVG per ginecologo: una si trova in Abruzzo (11,8), una in Campania (10,4) e una in Sicilia (13,4).

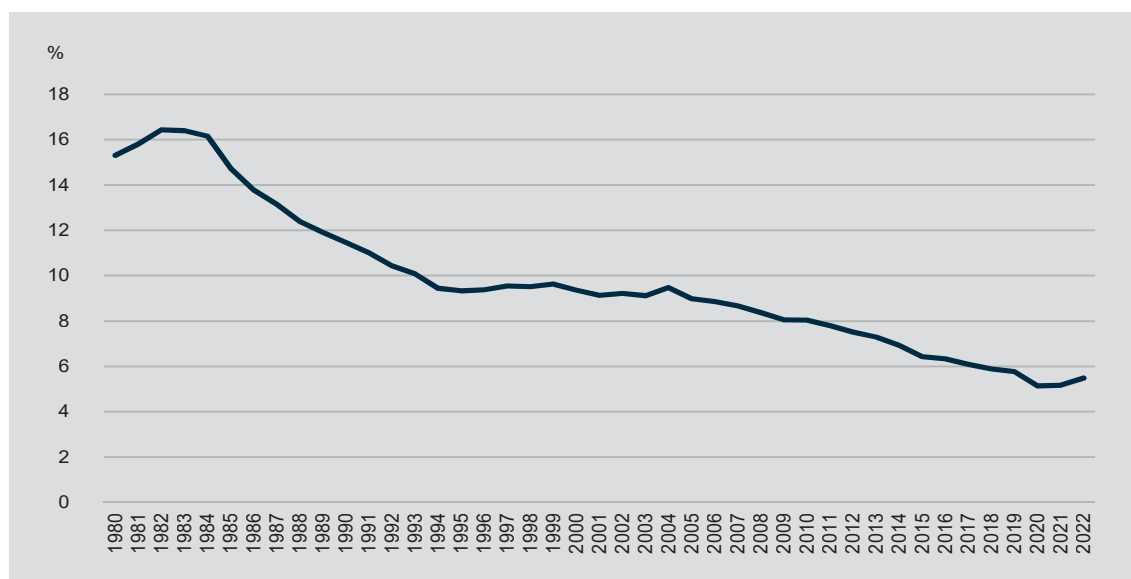
Va sottolineato che alcune strutture, pur non avendo ginecologi non obiettori in organico, hanno garantito il servizio utilizzando la mobilità del personale non obiettore di altre strutture. Questo è esplicitamente previsto dall'articolo 9 della Legge, che riporta: "Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale".

1.3 L'andamento nel corso del tempo

Tra il 1980 e il 2022 il numero di IVG è diminuito del 68 per cento, passando da 208 mila a poco più di 65 mila casi, con il valore massimo riferito all'anno 1983 (231 mila interventi). Nello stesso periodo anche il tasso di abortività volontaria (numero di IVG su mille donne residenti di età 15-49 anni) è diminuito del 64 per cento. Tale diminuzione non è avvenuta in maniera lineare, ma si distinguono quattro fasi (Figura 1.1) (Loghi *et al.* 2013):

- tra il 1980 e il 1984 si assiste a un periodo di "assestamento", con un aumento del tasso dovuto a un progressivo miglioramento della rilevazione nelle varie regioni in tempi diversi, oltre a una graduale uscita dalla clandestinità². Il valore massimo (16,4 per mille) si trova in corrispondenza degli anni 1982 e 1983, pertanto il 1982 viene riportato come il primo anno nel quale la rilevazione è considerata esaustiva.
- Dal 1985 al 1995 la progressione lineare mostra un continuo decremento del ricorso all'IVG (-36,7 per cento), passando da 14,8 a 9,3 per mille.
- Dopo il 1995 e fino al 2004 si assiste a una sostanziale stabilità che fa aumentare il tasso solo dell'1,0 per cento, da 9,3 a 9,5.
- Dal 2005 al 2021 riprende il *trend* decrescente e l'indicatore raggiunge il minimo storico, arrivando a 5,1 per mille nel 2020 e poco superiore nel 2021 (5,2 per mille).

Figura 1.1 - Tasso di abortività volontaria in Italia. Anni 1980-2022 (per 1.000 donne di età 15-49 anni)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

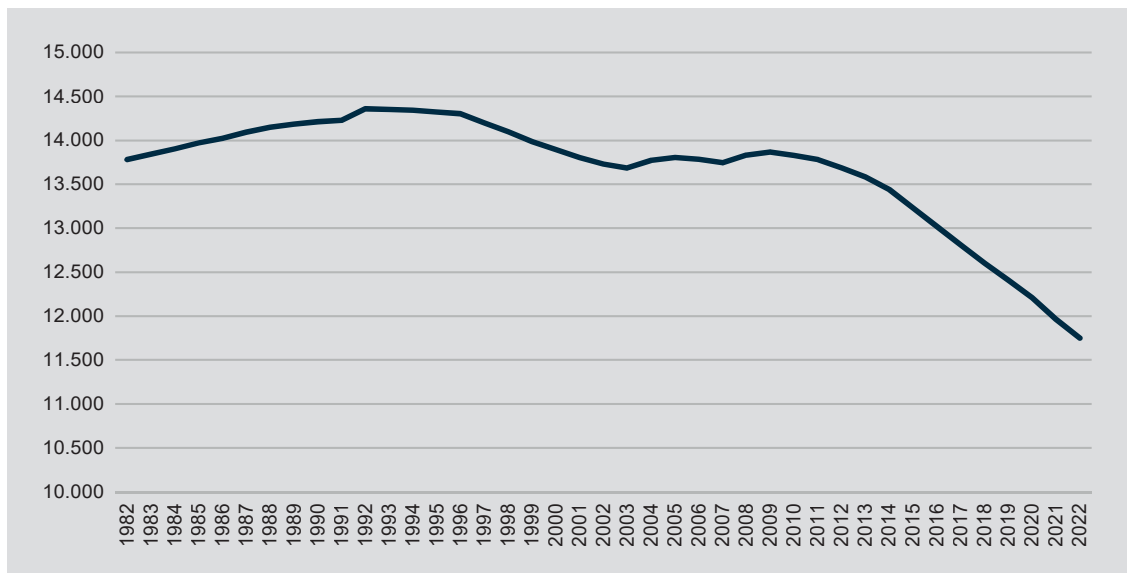
Nel 2022 il tasso aumenta, passando a 5,5 IVG per mille donne, dopo un lungo periodo di decrescita seppure irregolare. Non si può definire come una effettiva inversione di tendenza, ma è plausibile ritenere che gli anni della pandemia (2020 e 2021) abbiano fatto diminuire il ricorso all'IVG in maniera più consistente rispetto all'andamento storico e che nel 2022 i livelli siano tornati a essere quelli attesi (cfr. Approfondimento "L'impatto del COVID-19").

² A conferma di ciò si fa presente che il numero di aborti, rilevati insieme alle nascite prima del 1979, si è praticamente dimezzato tra il 1979 e il 1980. Tali aborti potevano essere "ufficialmente" solo aborti spontanei e solo in rari casi aborti procurati, per i quali il medico doveva fornire apposita denuncia.

1. L'andamento di lungo periodo

Variazioni strutturali nella popolazione hanno certamente avuto un effetto nel determinare il *trend* decrescente osservato: il contingente delle donne residenti in Italia in età feconda (15-49 anni) si è sempre più ridotto a partire dagli anni Novanta, nonostante l'ingresso di giovani donne immigrate (Figura 1.2) (Istat 2019). Nel periodo compreso tra il 1982 e il 2022 il numero si è ridotto del 15,5 per cento, passando da circa 13 milioni negli anni Ottanta a 14 milioni negli anni Novanta e a meno di 12 milioni a partire dal 2021. In questo periodo le donne nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e la prima metà dei Settanta (quelle del *baby boom*) sono quasi tutte uscite dalla fase riproduttiva. A questo si associa il cosiddetto *baby bust*, ovvero la fase di continua riduzione della fecondità tra il 1976 e il 1995, che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995.

Figura 1.2 - Popolazione femminile di età 15-49 anni in Italia. Anni 1982-2022 (valori in migliaia)



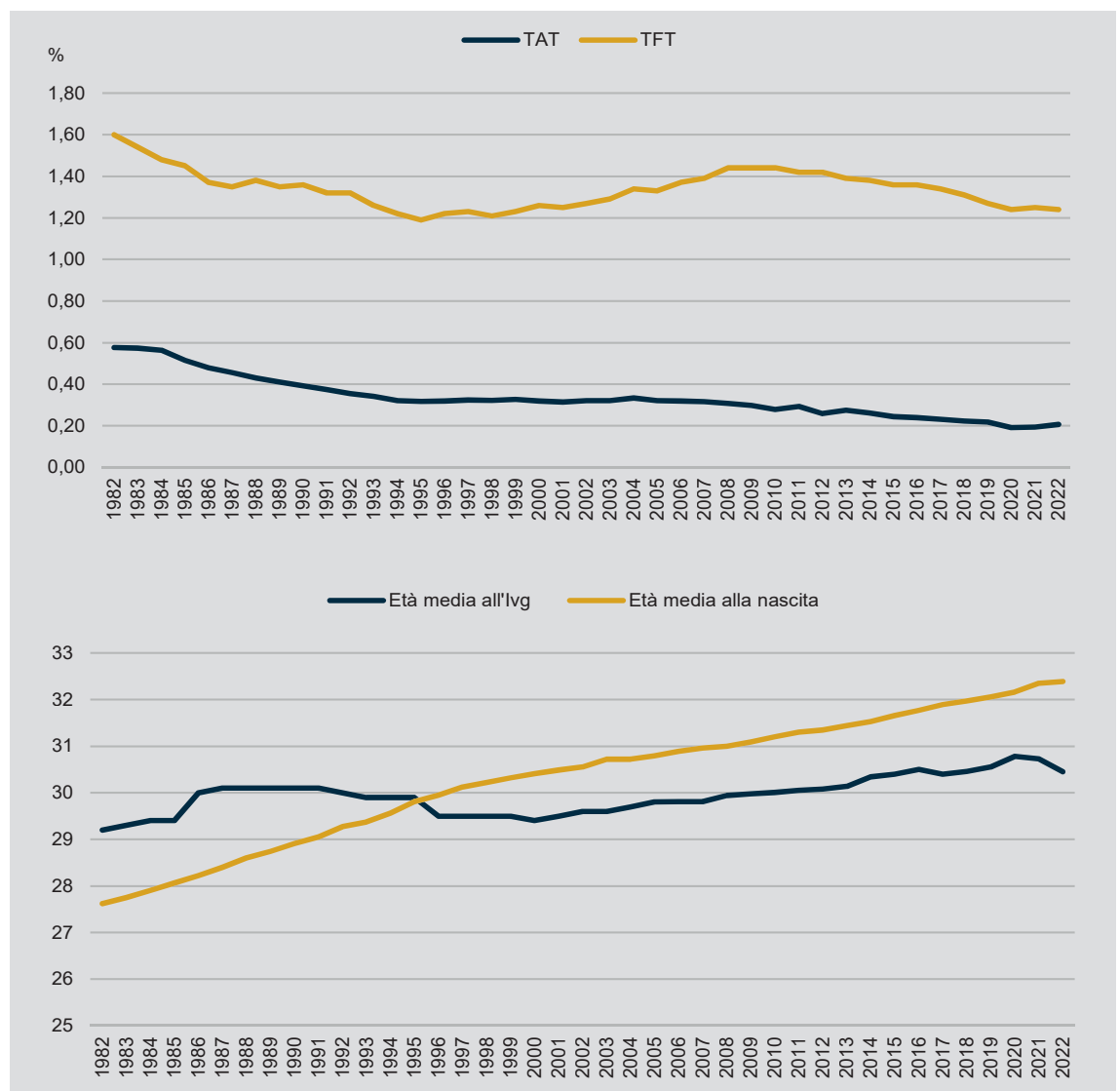
Fonte: Istat, Popolazione per sesso, età e stato civile; Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente

La Figura 1.3 confronta la serie storica del numero medio di figli per donna (Tasso di Fecondità Totale - TFT) con quella dell'analogo indicatore calcolato sulle IVG, che quindi riporta il numero medio di aborti volontari per donna; a questi viene affiancata l'età media per avere una visione del calendario degli eventi. La ripresa della fecondità osservata dal 1995 al 2010 (differentemente dall'abortività, che non mostra andamenti crescenti lungo tutto il periodo) non ha come spiegazione un anticipo delle nascite, poiché l'andamento dell'età media al parto è lineare e tendenzialmente in crescita: il fenomeno della fecondità si sposta infatti verso età più mature, raggiungendo i 32,4 anni nel 2022 (+4,8 anni rispetto al 1982) (Istat 2023). La crescita dell'età media all'IVG è invece più contenuta e aumenta nello stesso periodo solo di 1,3 anni, passando da 29,2 a 30,5.

Tra i fenomeni riproduttivi andrebbero considerati anche gli aborti spontanei, in Italia definiti come "interruzione involontaria della gravidanza provocata da cause patologiche; in particolare, ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di gestazione". L'Indagine dell'Istat (nata in contemporanea a quella delle IVG) rileva solo i casi di aborto spontaneo ospedalizzati, quindi quelli per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici sia privati. I casi non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano

di sole cure ambulatoriali, non vengono pertanto rilevati. Quindi si dispone solo di una parte di tutti gli eventi possibili, quantificata nel 2022 come l'8,6 per cento delle gravidanze diagnosticate. Inoltre, negli ultimi anni la *spending review* attuata in tutte le regioni ha fatto sì che sempre più casi fossero trattati in ambulatorio piuttosto che in regime ospedaliero: questa potrebbe essere una parziale spiegazione del calo del numero di aborti spontanei registrato dal 2011, dopo un incremento più o meno continuo dal 1986 (per dovere di cronaca, si informa che il numero di casi rilevati nel 2022 risulta pari a 43.018). Queste considerazioni rendono impraticabile un'analisi efficace dell'abortività spontanea.

Figura 1.3 - Tasso di Abortività Totale (TAT) e Tasso di Fecondità Totale (TFT) (in alto); Età media all'IVG ed età media alla nascita (in basso). Italia. Anni 1982-2022



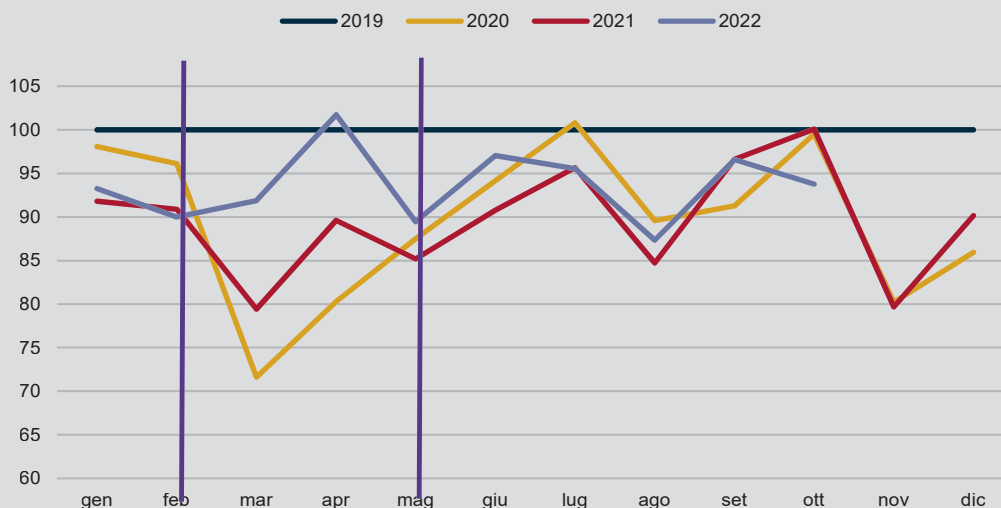
Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG); Iscritti in Anagrafe per nascita

L'IMPATTO DEL COVID-19

Come osservato (cfr. paragrafo 1.3) il tasso di abortività volontaria ha un andamento decrescente lungo tutto il periodo considerato, con poche eccezioni. Una di queste è l'incremento osservato tra il 2021 e il 2022: da 5,2 IVG per 1.000 donne si passa a 5,5. Nel tempo ci sono state solo altre due variazioni positive tra due anni consecutivi: la prima è riferita all'anno 1982 (16,4 rispetto al 15,8 del 1981) ed è determinata dall'emersione del fenomeno dell'abortività clandestina successivo alla legalizzazione dell'IVG. La seconda, rilevata nel 2004 (9,5 contro il 9,1 dell'anno precedente), viene attribuita al crescente contributo delle donne straniere nei primi anni Duemila. Quella del 2022 mostra un effetto di "recupero" dei livelli storici dopo la diminuzione del numero di IVG effettuate negli anni della pandemia.

Questa affermazione trova riscontro dal fatto che, se consideriamo i concepimenti esitati in aborto e avvenuti durante la pandemia, questi risultano essere diminuiti (Figura 1).

Figura 1 - Concepimenti terminati in aborto volontario, per mese, Italia. Anni 2019-2022 (a) (Numero indice 2019=100)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)
(a) Il mese di concepimento viene calcolato considerando 60 giorni prima dalla data di aborto.

L'anno 2019 viene considerato come anno di confronto in quanto è l'ultimo della serie storica a non essere inficiato dalla pandemia. Nel primo semestre degli anni pandemici i concepimenti esitati in aborto sono stati nettamente inferiori, soprattutto durante i mesi del *lockdown*: tra marzo 2020 e marzo 2019 la riduzione è stata del 28 per cento, del 20 per cento tra i mesi di aprile. Nel 2021, sempre rispetto al 2019, la diminuzione è meno consistente seppure sempre rilevante: -21 per cento tra i mesi di marzo e -10 per cento tra i mesi di aprile. Nel 2022 i livelli tornano a essere quelli storici, con un decremento più contenuto e inferiore al 10 per cento.

Considerando l'età della donna, la differenza è ancora più marcata tra le giovani: 57 per cento in meno tra le donne di 15-19 anni e il 41 per cento in meno tra quelle di 20-24 anni (Dalla Zuanna 2023). Questo fa propendere per l'ipotesi che ci sia stata una forte diminuzione dei rapporti sessuali tra *partner* non conviventi, avvalorata dalla riduzione di oltre il 50 per cento delle vendite delle pillole del giorno dopo e dei cinque giorni dopo (OsMed 2022).

Nella riorganizzazione delle strutture che effettuano IVG a seguito della pandemia non emergono criticità che possano fare pensare a una riduzione problematica dell'offerta del servizio. Il numero di punti IVG a livello regionale mostra alcune riduzioni tra il 2019 e il 2021 solo in alcune regioni (Tavola 1).

Tavola 1 - Strutture che effettuano IVG per regione. Anni 2019-2022

| Regione | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Piemonte | 26 | 27 | 25 | 26 |
| Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Lombardia | 56 | 54 | 52 | 53 |
| Bolzano/Bozen | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Trento | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Veneto | 31 | 32 | 29 | 29 |
| Friuli-Venezia Giulia | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Liguria | 13 | 14 | 12 | 11 |
| Emilia-Romagna | 34 | 34 | 28 | 31 |
| Toscana | 27 | 27 | 27 | 27 |
| Umbria | 11 | 10 | 10 | 10 |
| Marche | 12 | 13 | 13 | 13 |
| Lazio | 23 | 23 | 23 | 28 |
| Abruzzo | 8 | 9 | 9 | 7 |
| Molise | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Campania | 19 | 19 | 18 | 19 |
| Puglia | 21 | 22 | 21 | 17 |
| Basilicata | 4 | 4 | 4 | 5 |
| Calabria | 9 | 8 | 9 | 9 |
| Sicilia | 32 | 31 | 28 | 26 |
| Sardegna | 14 | 14 | 14 | 14 |
| Italia | 356 | 357 | 338 | 342 |

Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG); Ministero della Salute, 2022

Quelle che hanno perso più di una struttura sono la Lombardia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Sicilia. Nel 2022 non risulta esserci un recupero, anzi: in Veneto la situazione resta invariata, la Lombardia riacquista solo una struttura, la Sicilia ne perde altre due e quindi, rispetto al 2019, ne ha sei in meno. Solo l'Emilia-Romagna ha un bilancio positivo, dovuto anche al fatto di aver aperto, nel 2022, cinque strutture ambulatoriali/consultoriali in accordo con la circolare del Ministero (Ministero della Salute 2020a) sulle nuove modalità di offerta dell'aborto farmacologico (cfr. Approfondimento "L'aborto farmacologico").

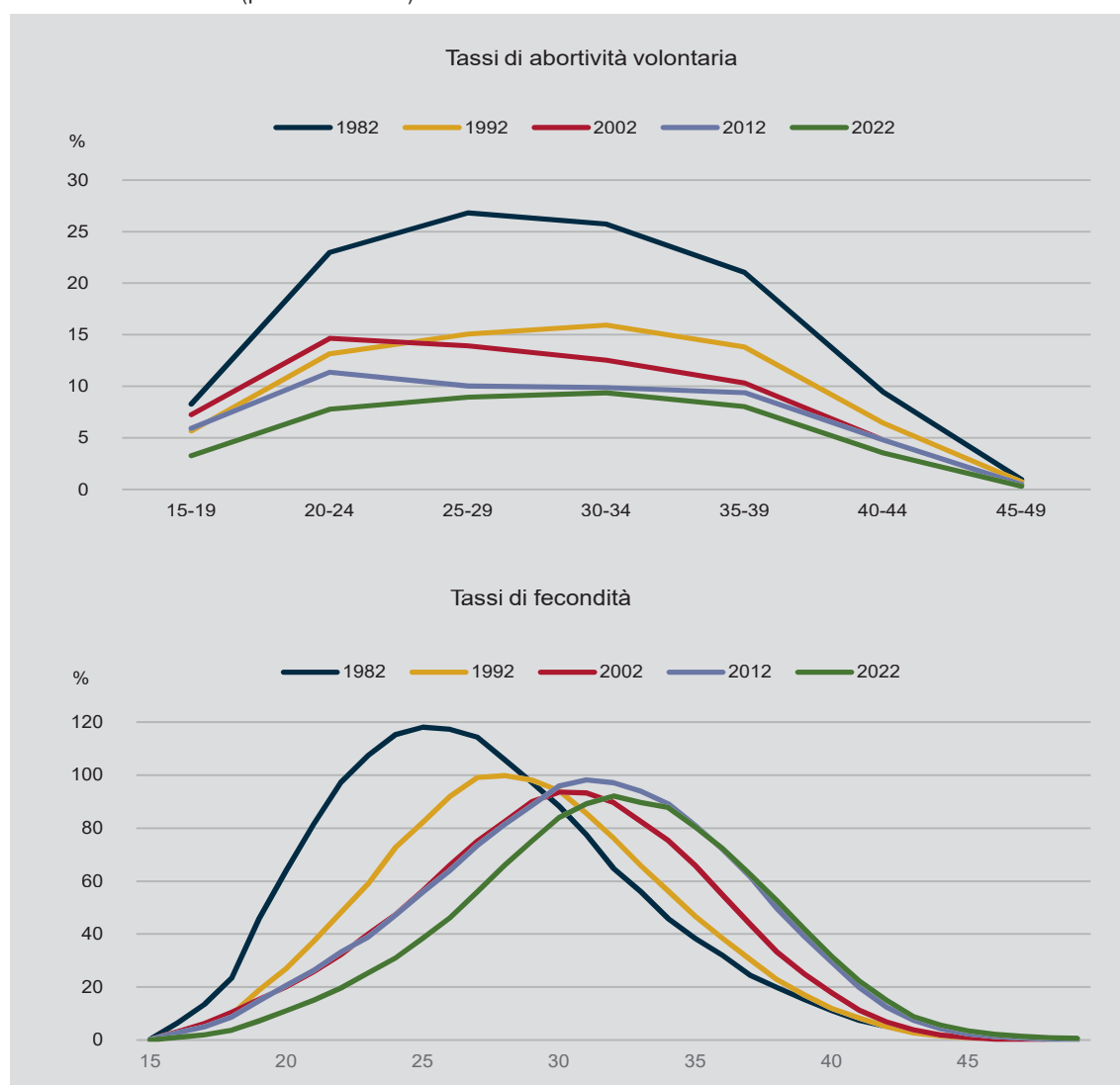
La riduzione del numero di punti IVG ha avuto un impatto sui tempi di attesa tra la certificazione e l'intervento solo per la Lombardia e per la Sicilia e solo tra il 2019 e il 2020: in questi casi, infatti, è aumentata la percentuale di IVG con attesa superiore a 21 giorni.

Salvo quindi alcune specificità territoriali, durante la pandemia sembra che il servizio sia stato garantito, ovviamente non senza affanno da parte degli operatori sanitari: l'attività di IVG era stata infatti indicata dal Ministero della Salute, fin dall'inizio della pandemia, come una prestazione indifferibile in ambito ginecologico (Ministero della Salute 2020b). La difficoltà si è invece manifestata nella registrazione dei casi di IVG sul Portale dell'Istat: sei regioni nel 2020 e sette nel 2021 hanno fornito dati incompleti. Comprensibilmente, gli operatori sanitari erano impegnati in ben altre emergenze. Si è dovuto quindi ricorrere al flusso ministeriale delle Schede di dimissione ospedaliera per integrare i dati mancanti e fornire un dato completo.

1.4 Le differenze per età

Nello studio dei fenomeni riproduttivi, e quindi anche dell'abortività volontaria, non si può prescindere da alcune caratteristiche della donna, prima tra tutti l'età quale componente biologica di base. Infatti, come è noto, il "rischio biologico" di concepire è massimo intorno ai 20 anni, per poi decrescere gradualmente.

Figura 1.4 - Tasso di abortività volontaria (in alto) e Tasso di fecondità (in basso), per età. Italia. Anni 1982, 1992, 2002, 2012 e 2022 (per 1.000 donne)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG); Iscritti in Anagrafe per nascita

Il confronto tra le curve in alcuni anni del periodo compreso tra il 1982 e il 2022 conferma quanto detto precedentemente (Figura 1.4): il progressivo "appiattimento" di quelle riferite ai tassi di IVG mostra la riduzione dell'abortività volontaria di oltre il 60 per cento in tutte le classi di età. La riduzione maggiore si presenta in corrispondenza delle età più elevate (45-49 anni), cui corrispondono comunque pochi casi di IVG. Segue la classe giovanile di 20-24 anni, con una riduzione del 66,6 per cento. L'età modale cambia in maniera discontinua, poiché nel 1982 risulta essere la classe 25-29 anni, nel 1992 la successiva, negli anni 2002 e 2012 si sposta verso le più giovani (20-24 anni), per tornare a essere la 30-34 nel 2022.

L'abortività è quindi un evento più "giovane" rispetto alla fecondità, le cui curve nel corso degli anni traslano chiaramente verso destra (dunque verso età più elevate) oltre ad abbassarsi. In questo caso l'età modale si sposta in maniera più regolare e sempre verso le età più elevate, passando da 25 anni nel 1982 a 32 nel 2022 (Istat 2014a; Istat 2023).

I due eventi (IVG e nascita) nel corso del tempo hanno subito modifiche strutturali e diminuzione dei livelli, ma non allo stesso modo; appare chiaro, quindi, che la fecondità e l'abortività non vadano di pari passo e non siano dipendenti solo da effetti di struttura (composizione della popolazione femminile per età) e di calendario (decisione di anticipare/posticipare gli eventi), ma che ci siano delle dinamiche più profonde che agiscono nel lungo periodo.

1.5 Il maggiore ricorso all'IVG delle donne straniere

Come già accennato, l'ingresso sempre più consistente in Italia di immigrati a partire dalla metà degli anni Novanta ha creato delle modifiche strutturali nella composizione della popolazione, che hanno inevitabilmente avuto effetto sui livelli di abortività e di fecondità. Su questi hanno agito anche comportamenti diversi rispetto alle donne italiane in materia di salute riproduttiva che la popolazione immigrata porta con sé. Fino a metà degli anni Novanta la popolazione femminile straniera residente era meno dell'1 per cento della popolazione femminile totale, poi ha iniziato ad aumentare, superando l'8 per cento nel 2014 e mantenendosi sempre al di sotto del 9 per cento fino al 2022. Se consideriamo la popolazione in età feconda (15-49 anni), l'andamento nel corso degli anni risulta analogo ma con livelli superiori: nel 2022 la quota femminile di cittadine straniere è del 12,2 per cento.

Con riferimento all'IVG, le donne con cittadinanza straniera che ne hanno fatto ricorso in Italia sono passate dal 7 per cento circa dei primi anni Novanta al 27,4 per cento del 2022, ma i valori più elevati e superiori al 33 per cento si sono riscontrati tra il 2009 e il 2013.

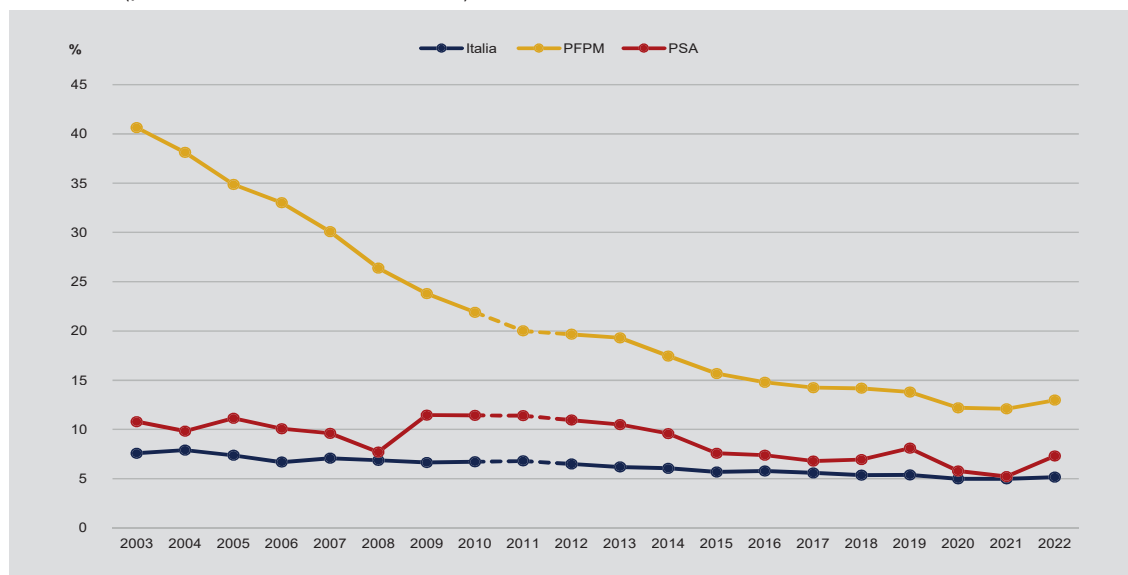
Questa differenza tra la presenza e il ricorso all'aborto lascia intendere che le donne straniere utilizzino in modo più frequente l'IVG rispetto alle donne italiane, sia per retaggio culturale sia per oggettive difficoltà economiche e sociali di vivere in un Paese straniero, tali da rendere meno sostenibile il proseguimento di una gravidanza indesiderata. Il calcolo del tasso per cittadinanza si rende quindi necessario per valutare la propensione all'aborto, dipendentemente dalla disponibilità della popolazione residente di riferimento, distinta per cittadinanza, età e sesso (Figura 1.5) (Loghi *et al.* 2018).

Per eliminare l'interferenza delle differenti strutture per età delle popolazioni è stato calcolato il tasso standardizzato, che consente un'interpretazione del fenomeno al netto della diversa composizione della popolazione femminile tra i tre gruppi di cittadinanza: donne italiane, donne provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Il *trend* è evidentemente decrescente anche se i numeri relativi alle donne provenienti dai PSA sono bassi e quindi i valori dell'indicatore risultano poco stabili e presentano delle oscillazioni. Il lieve incremento tra il 2021 e il 2022, osservato nell'andamento generale, si conferma anche per le diverse cittadinanze. Tra il 2003 e il 2022 il valore riferito alle donne provenienti dai PFPM passa da 40,6 IVG per mille a 13,0, una variazione consistente (-68,1 per cento) determinata anche dagli elevati livelli all'inizio del periodo considerato. Anche per le donne italiane, nonostante partano da valori già molto bassi (7,6 per mille nel 2003), il *trend* è in negativo (-32,1 per cento) e, nel 2022, il valore scende fino a 5,2 per mille.

1. L'andamento di lungo periodo

Figura 1.5 - Tasso standardizzato di abortività volontaria per gruppi di cittadinanze in Italia. Anni 2003-2022 (a)
(per 1.000 donne di età 15-49 anni)



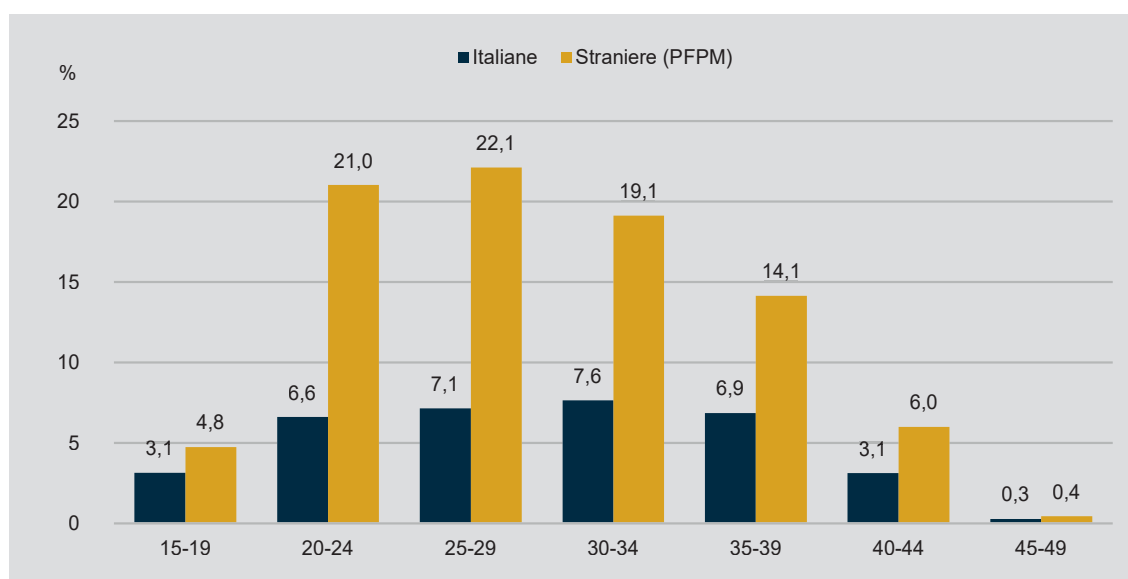
Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

(a) PSA – Paesi a Sviluppo Avanzato: Paesi appartenenti all'Unione europea, all'America settentrionale, Australia e Nuova Zelanda, Israele e Giappone. PFP – Paesi a Forte pressione Migratoria: Paesi africani, Paesi dell'America centro-meridionale, Paesi dell'Asia (a eccezione di Giappone e Israele), Oceania (a eccezione di Australia e Nuova Zelanda), Paesi dell'Europa centro-orientale (a eccezione di Malta, Cipro e dei Paesi di nuova adesione UE). Non essendo disponibile il dato per il 2010 e per il 2012, si è ipotizzato un andamento lineare dal 2009 al 2011 e dal 2011 al 2013 che è stato indicato con la linea tratteggiata.

Colpisce il divario all'inizio del periodo dei tassi tra le donne straniere e le donne italiane e come questo si sia notevolmente ridotto nel giro di venti anni: nel 2003 i tassi delle donne PFP sono 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2022 tale rapporto scende a 2,5.

Le differenze tra i due gruppi si manifestano anche per età (Figura 1.6) dove, oltre a essere diversi i livelli di abortività, appare difforme anche la distribuzione: tra le italiane il tasso più elevato si trova in corrispondenza delle età centrali 30-34 anni (7,6 per mille), mentre tra le donne straniere questo si riferisce alla classe più giovane 25-29 anni (22,1 per mille).

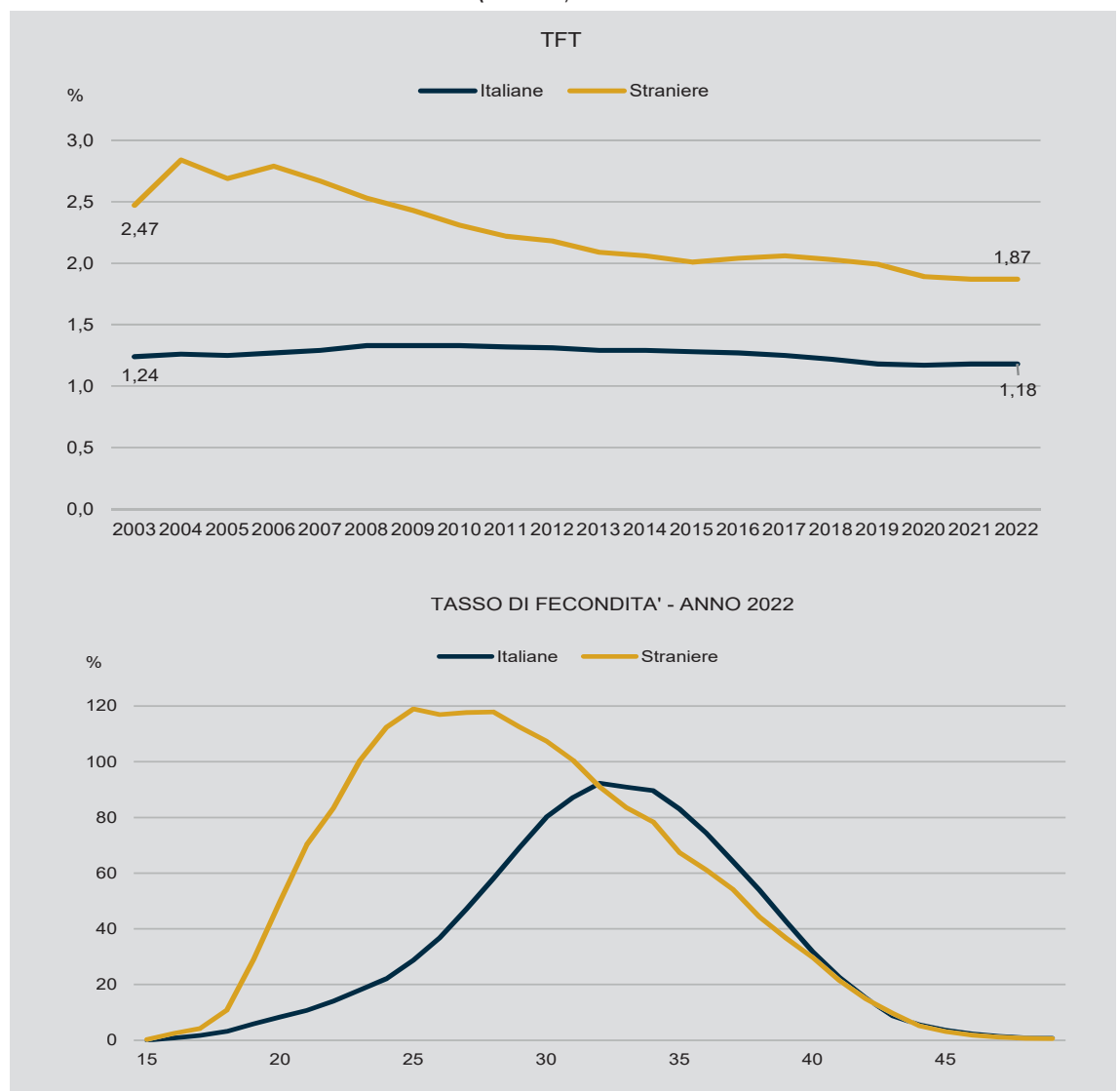
Figura 1.6 - Tassi di abortività volontaria per classi di età e cittadinanza in Italia. Anno 2022 (per 1.000 donne di età 15-49 anni)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Analoghe considerazioni possono essere fatte per la fecondità nello stesso periodo (2003-2022) (Figura 1.7). Il TFT dei due gruppi diminuisce, in maniera più consistente tra le straniere (-24,3 per cento), che partono da livelli più elevati (2,47 figli per donna nel 2003 e 1,87 nel 2022); le donne italiane hanno già livelli molto bassi (1,24 nel 2003) e, nonostante ciò, mostrano ancora un decremento (-4,8 per cento), arrivando al valore osservato minimo nel 2022 con 1,18 figli per donna. Il *gap* tra i due gruppi appare inferiore a quello rilevato per l'abortività, ma l'andamento è lo stesso: nel 2003 il TFT delle donne straniere è il doppio di quello delle italiane e si riduce a 1,6 volte nel 2022.

Figura 1.7 - Tasso di Fecondità Totale (TFT) per cittadinanza in Italia. Anni 2003-2022 (in alto); Tasso di fecondità per età e cittadinanza in Italia. Anno 2022 (in basso)



Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

Tutto ciò conferma la maggiore propensione e la precocità degli eventi riproduttivi (nascite e aborti) tra le cittadine straniere rispetto alle italiane. La riduzione può essere attribuita a una maggiore integrazione avvenuta nel tempo da parte delle donne straniere, affermazione verosimile considerando che in queste analisi sono state selezionate le donne straniere residenti, quindi più inserite nel contesto sociale dove vivono.

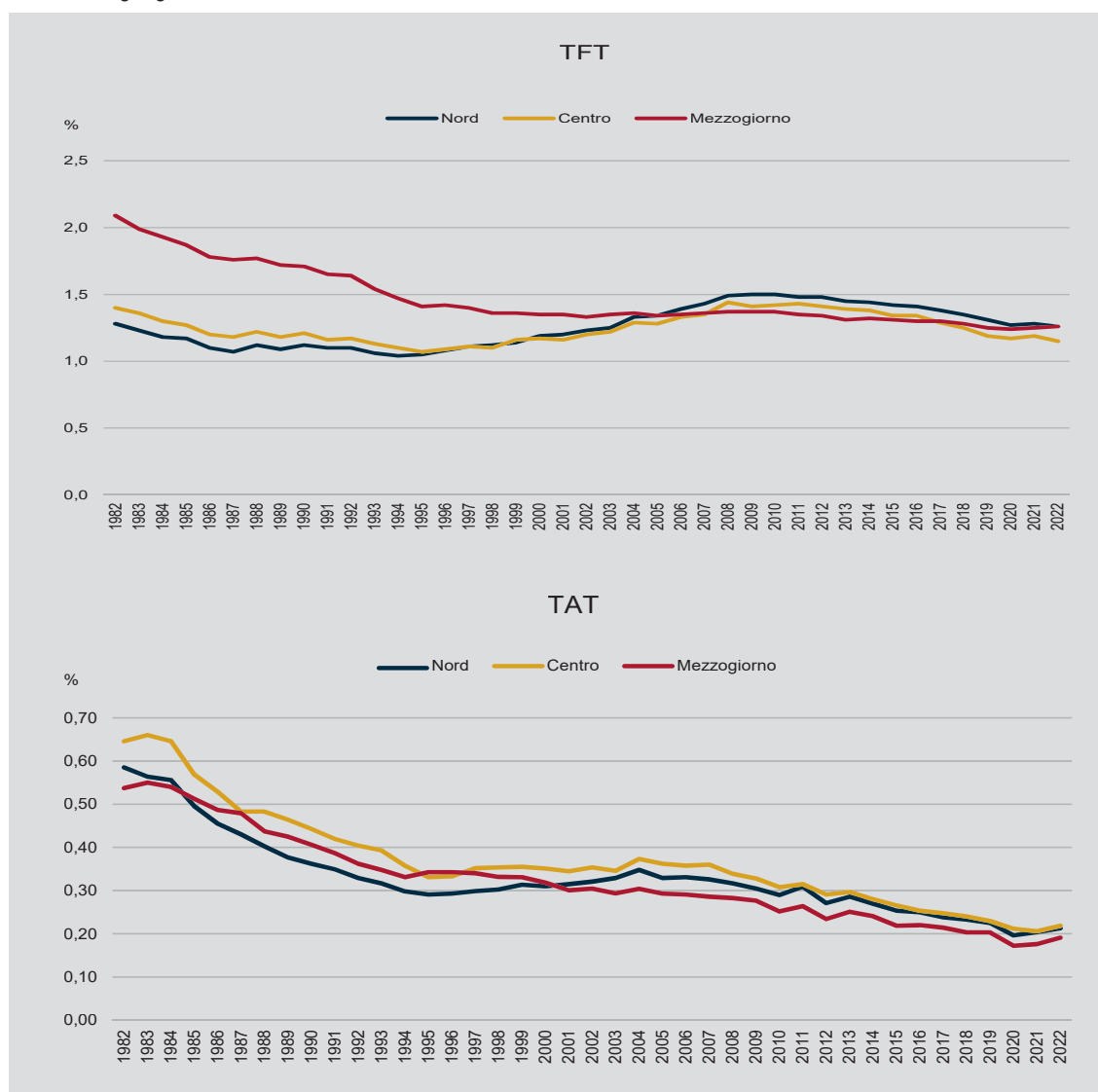
1. L'andamento di lungo periodo

Alcune delle motivazioni che inducono le donne straniere a ricorrere all'IVG in maniera più frequente rispetto alle donne italiane sono state individuate nella scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e dei metodi per la procreazione responsabile, oltre che alle condizioni di vita e alle maggiori difficoltà di accesso ai servizi sanitari (Ministero della Salute 2022).

1.6 Le differenze territoriali

Anche all'interno del territorio italiano ci sono delle differenze nel ricorso all'IVG e nella fecondità (Figura 1.8). Ovviamente in tutte e tre le ripartizioni geografiche (Nord, Centro e Mezzogiorno) sia i livelli di abortività sia di fecondità sono diminuiti, in accordo con l'andamento generale.

Figura 1.8 - Tasso di Fecondità Totale (TFT) (in alto) e Tasso di Abortività Totale (TAT) (in basso), per ripartizione geografica di residenza della donna. Anni 1982-2022



Fonte: Istat, Indagini sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG); Iscritti in Anagrafe per nascita

Con riferimento all'IVG, il *trend* non risulta molto diversificato tra le tre aree geografiche: all'inizio del periodo il valore del Tasso di Abortività Totale (TAT) è compreso tra i valori 0,65 e 0,54 (quindi un *range* uguale a 0,11), mentre nel 2022 la differenza è pressoché nulla (0,02). Nel corso dei quaranta anni la ripartizione del Centro ha avuto sempre i valori più elevati, con l'unica eccezione del biennio 1995-1996. Il Nord e il Mezzogiorno, invece, hanno invertito le loro posizioni nell'anno 2001, quando il primo ha superato il secondo andando, nel 2022, quasi a eguagliare i livelli del Centro. La diminuzione è stata considerevole in tutte e tre le aree: -63,6 per cento al Nord, -66,1 per cento al Centro e -64,4 per cento al Mezzogiorno.

Differentemente dall'abortività, l'andamento della fecondità tra le ripartizioni manifesta la peculiarità del Mezzogiorno che, storicamente, ha sempre presentato un numero medio di figli per donna più elevato del resto della penisola. Questo appare evidente dal grafico, ma solo fino all'anno 2005 quando, dopo una discesa continua, il TFT più alto è passato a essere quello riferito al Nord e continua a esserlo fino al 2022. Nell'ultimo periodo (dal 2017) i valori minimi appartengono alla ripartizione di Centro. La semplice variazione tra il 1982 e il 2022, pertanto, cela delle dinamiche intermedie e le differenze di inizio e fine periodo devono quindi essere interpretate anche alla luce di queste. Al Nord il TFT è diminuito dell'1,6 per cento, al Centro del 17,9 per cento e al Mezzogiorno del 39,7 per cento.

2. LA COSTRUZIONE DELLE GENERAZIONI¹

2.1 Introduzione

L'ottica generazionale che caratterizza il presente volume è volta a evidenziare i cambiamenti dei comportamenti delle donne della stessa età in termini di salute riproduttiva, in relazione al diverso contesto sociale in cui hanno vissuto. La disponibilità di una serie storica dei dati sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) copre ormai oltre un quarantennio e consente di effettuare una lettura interessante del fenomeno, confrontando le generazioni di donne che in questo arco temporale hanno sperimentato almeno una volta nel loro periodo fertile l'aborto volontario, quindi donne della stessa età ma nate e vissute in periodi differenti (Ministero della Salute 2017).

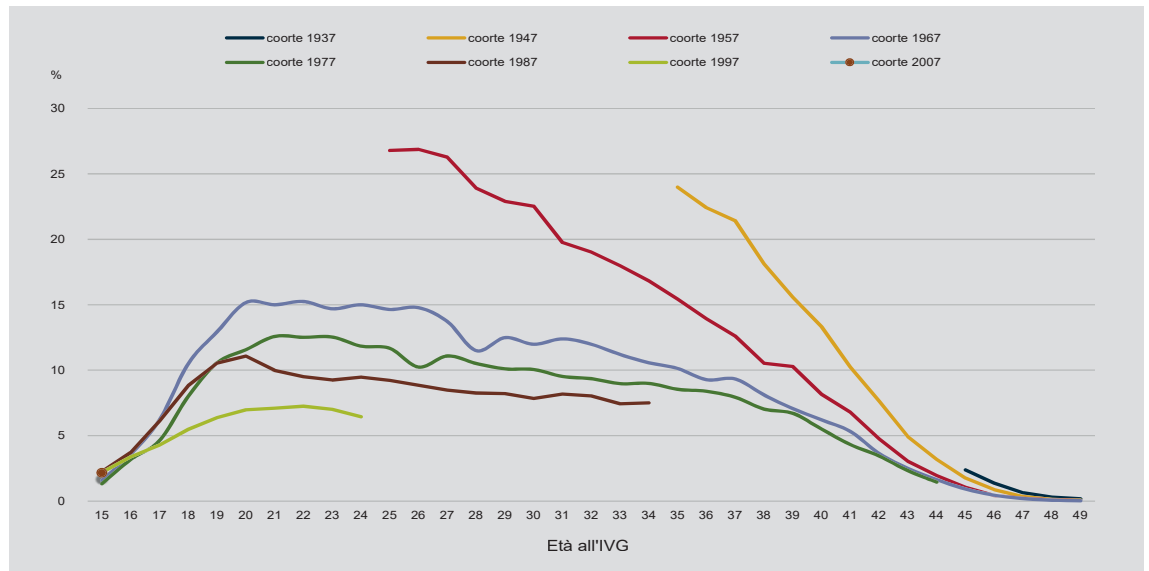
2.2 Generazioni complete e incomplete

L'inizio e la fine di una generazione sono determinati dalle età 15 e 49 anni e i dati sulle IVG sono disponibili dal 1982 al 2022, pertanto quasi tutte le generazioni sono incomplete con l'eccezione di quelle nate tra il 1967 e il 1972. Per quelle antecedenti al 1967 non si dispongono dei dati riferiti alle età più giovani, poiché sarebbero precedenti al 1978 (anno di approvazione della Legge 194) e quindi all'istituzione della raccolta dati sulle IVG da parte dell'Istat. Quelle invece nate dopo il 1972 sono generazioni ancora "in vita", poiché non sono uscite dal campo di osservazione non avendo raggiunto l'età massima dei 49 anni: manca loro ancora una parte di vita riproduttiva, nello specifico mancano i dati delle età più avanzate che devono ancora essere vissute (Figura 2.1).

I dati sulle nascite presentano invece una serie storica più lunga, che consente la costruzione di molte generazioni complete (Istat 2021).

¹ Le autrici hanno redatto il Capitolo congiuntamente, poiché è stato necessario portare avanti riflessioni e analisi comuni. Tuttavia è possibile attribuire ad Alessia D'Errico tutti i paragrafi. Le elaborazioni sono state effettuate da Alessia D'Errico e Marina Zingrillo.

Figura 2.1 - Tasso di abortività per età e per alcune generazioni in Italia



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

2.3 Fecondità e abortività per coorte

Riprendendo il confronto tra abortività e fecondità, seppur limitato dalla presenza di solo sei generazioni complete per quanto riguarda i dati sulle IVG, alcune osservazioni sono meritevoli di interesse. Il *trend* per contemporanei (mostrato nel paragrafo precedente) e quello per generazioni possono essere riportati sullo stesso grafico (Figura 2.2). Per far questo è necessario accostare l'anno di accadimento dell'evento (nascita di un figlio o aborto) all'anno di nascita della donna (generazione), scegliendo come criterio l'età media all'evento stesso. Ricordando che la prima generazione completa per le IVG è quella nata nel 1967, si è osservato che l'età media delle donne che hanno fatto IVG nel 1996 è stata pari a 29 anni, quindi corrispondente proprio alla generazione nata nel 1967. Sullo stesso grafico, pertanto, sono stati abbinati i tassi per generazione e per anno di calendario con 29 anni di differenza. Lo stesso criterio è stato utilizzato per rappresentare l'indicatore di fecondità, poiché l'età media alla nascita in corrispondenza della coorte del 1967 è risultata essere 29,5 anni.

Il Tasso di Fecondità Totale (TFT) calcolato per anno di nascita della donna e non per anno di evento rappresenta la discendenza finale delle generazioni e consente di analizzare le tendenze di fondo dei comportamenti riproduttivi senza essere inficiate dagli eventi congiunturali: infatti l'indicatore per coorte continua a decrescere senza soluzione di continuità. Si va da quasi 2,5 figli delle donne nate negli anni Trenta, ai circa 2 figli per donna delle generazioni dell'immediato secondo dopoguerra, per arrivare a un livello inferiore a 1,5 figli per le donne nate negli anni Settanta. Queste dinamiche verranno approfondite successivamente, leggendole anche alla luce dei cambiamenti avvenuti in altri contesti socio-economici. Per ora possiamo notare come nella prima parte del grafico i livelli del TFT per contemporanei siano più elevati, a conferma di un anticipo delle nascite avvenute negli anni 1962-1974 da parte delle generazioni nate nel periodo 1933-1948, che dopo la guerra hanno "recuperato" le nascite creando il ben noto fenomeno del *baby boom*.

Successivamente, invece, accade il contrario, poiché la curva relativa al TFT per contemporanei è al di sotto di quella per generazioni: le coorti successive a quella del 1948, quindi, hanno messo in campo un posticipo delle intenzioni riproduttive che è proseguito almeno fino alla generazione nata nel 1972.

Per l'abortività le considerazioni possono essere analoghe, seppure limitate dalla breve curva del Tasso di Abortività Totale (TAT) per coorte. Si può quindi solo affermare che la propensione all'IVG tra le donne nate nel 1967 e quelle nate nel 1972 è diminuita e che la curva più elevata dell'indicatore per contemporanei può essere determinata dall'aumento della quota di donne straniere in Italia – che ha avuto inizio proprio a metà degli anni Novanta – le quali, come abbiamo visto, hanno una maggiore tendenza a fare IVG. Solo in futuro, con dati aggiornati che andranno a completare le generazioni più giovani, sarà possibile fare considerazioni più puntuali e dettagliate.

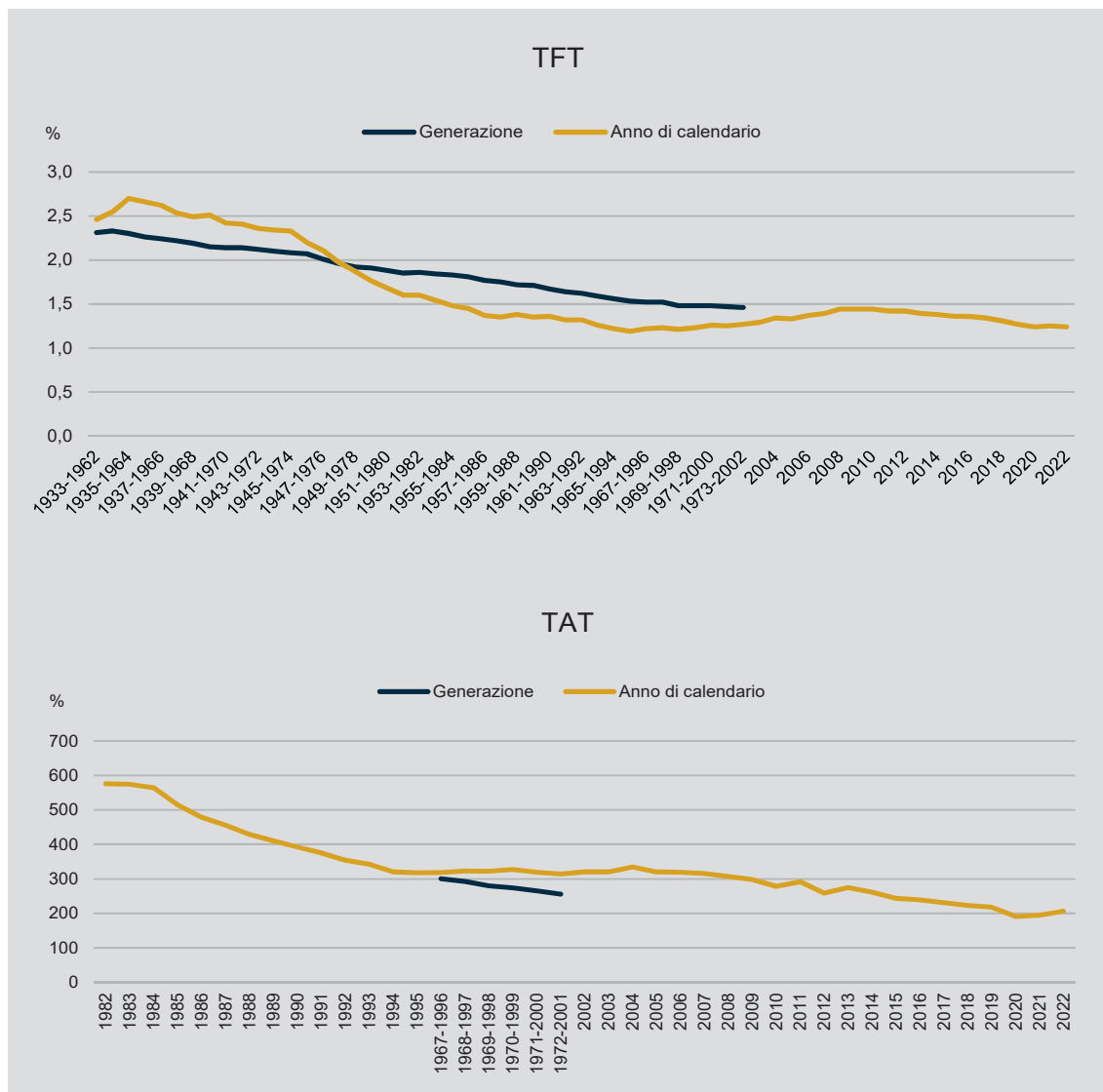
Confrontando i due eventi, aborto e nascita, per le sei generazioni complete disponibili, si osserva che il rapporto tra i due (TAT/TFT) con riferimento al totale Italia è decrescente: infatti il TAT a numeratore diminuisce maggiormente del TFT a denominatore: -3 per cento rispetto a -15 per cento (Tavola 2.1). Pur essendo un periodo di tempo limitato, si denota una tendenza di fondo alla diminuzione del ricorso all'aborto volontario più marcata della riduzione della fecondità.

Distinguendo per ripartizione geografica erano già emerse delle differenze territoriali tra Nord, Centro e Mezzogiorno (paragrafo 1.5), più marcate per la fecondità che per l'abortività: a Nord il TFT è diminuito solo dell'1,6 per cento tra il 1982 e il 2022, al Centro del 17,9 per cento e al Mezzogiorno del 39,7 per cento. A partire dall'inizio degli anni Duemila la fecondità del Nord ha superato quella del Mezzogiorno, storicamente sempre più elevata. Considerando, come già osservato, che l'età media alla nascita nello stesso periodo è di circa 30 anni, le generazioni che hanno dato luogo a questa inversione di tendenza sono anche quelle nate tra il 1967 e il 1972, cioè quelle per le quali abbiamo i dati completi sia per la fecondità sia per l'abortività (Figura 2.3).

Vediamo infatti che, nonostante i livelli del TFT siano ancora più elevati per il Mezzogiorno, al Nord il numero di figli per donna si assesta intorno a 1,35. All'opposto, nelle altre due ripartizioni continua a diminuire: da 1,42 a 1,37 al Centro (-3,5 per cento) e da 1,77 a 1,62 nel Mezzogiorno (-8,5 per cento).

Il TAT invece continua il suo inesorabile declino in tutte e tre i contesti, a conferma che i due eventi (nascita e aborto) non seguono lo stesso modello riproduttivo.

Figura 2.2 - Tasso di Fecondità Totale (TFT) (in alto) e Tasso di Abortività Totale (TAT) (in basso), per generazione e anno di calendario. Italia



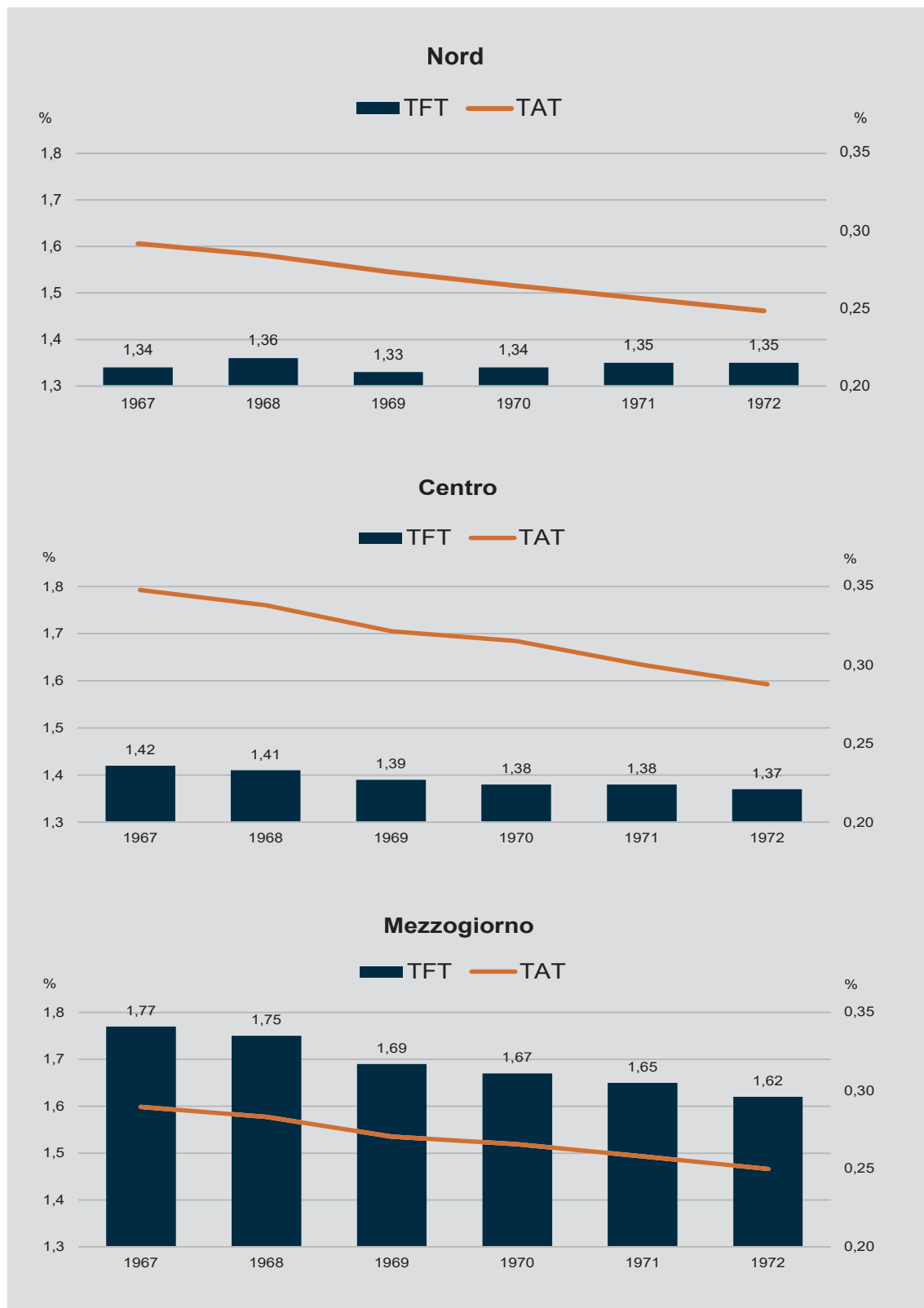
Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita; Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Tavola 2.1 - Tasso di Fecondità Totale (TFT) e Tasso di Abortività Totale (TAT), per generazione e ripartizione geografica. Italia. Coorti 1967-1972 (Rapporto e Numeri indice)

| Anno di nascita | TFT | TAT | Ratio TAT/TFT | TFT 1967=100 | TAT 1967=100 |
|-----------------|------|------|---------------|--------------|--------------|
| 1967 | 1,52 | 0,30 | 0,198 | 100 | 100 |
| 1968 | 1,52 | 0,29 | 0,193 | 100 | 98 |
| 1969 | 1,48 | 0,28 | 0,189 | 97 | 93 |
| 1970 | 1,48 | 0,27 | 0,185 | 97 | 91 |
| 1971 | 1,48 | 0,26 | 0,179 | 97 | 88 |
| 1972 | 1,47 | 0,26 | 0,174 | 97 | 85 |

Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG); Iscritti in Anagrafe per nascita

Figura 2.3 - Tasso di Fecondità Totale (TFT) (a sinistra) e Tasso di Abortività Totale (TAT) (a destra), per generazione e ripartizione. Coorti 1967-1972



Fonte: Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita; Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

2.4 Abortività per coorte e cittadinanza

La Figura 2.1 mette in evidenza la già segnalata incompletezza delle coorti, sia di quelle incompiute nella parte iniziale sia di quelle mancanti nella parte finale della loro vita riproduttiva. Per potere proseguire nelle analisi dei comportamenti generazionali necessita pertanto dell'utilizzo di un diverso tipo di rappresentazione, che permetta di sfruttare al meglio la parziale informazione disponibile. Selezionando, per semplicità di lettura, solo alcune delle età alle quali le donne hanno fatto l'IVG (15, 20, 25, 30, 35, 40 e 45) proiettiamo sul grafico l'andamento dei tassi di abortività a queste specifiche età. In questo modo ogni linea rappresenta il tasso di abortività volontaria riferito a donne della stessa età, ma nate in anni diversi, che hanno vissuto in contesti diversi e che sono state quindi raggruppate ed etichettate secondo le loro caratteristiche (Figura 2.4).

Il *trend* viene costruito all'aumentare dell'anno di nascita, quindi della generazione di appartenenza. Ad esempio, osservando il grafico delle italiane, la riga in basso a sinistra si riferisce alle donne che hanno fatto l'IVG a 45 anni e che sono nate negli anni dal 1937 al 1971. Se si sommano l'anno di nascita e l'età, si ottiene l'anno di rilevazione del dato, pertanto per le quarantacinquenni nate nel 1937 l'anno di rilevazione corrisponde al 1982 (inizio del periodo di osservazione) e per le quarantacinquenni nate nel 1977, invece, corrisponde al 2022 (fine del periodo di osservazione). Considerando per le straniere la stessa linea, questa risulta più corta poiché la prima generazione considerata è quella nata nel 1950, in quanto l'informazione sulla cittadinanza è presente nei dati Istat sulle IVG solo a partire dall'anno 1995. Prima di quest'anno viene ritenuta trascurabile la quota di donne straniere residenti, per cui tutte le donne sono state considerate di cittadinanza italiana.

Analogamente, la riga in basso a destra mostra il *trend* delle IVG effettuate da donne di 15 anni di età appartenenti a diverse generazioni: per le italiane la serie storica parte dalle quindicenni nate nel 1967 e termina con quelle nate nel 2007; per le straniere la prima generazione disponibile è invece quella del 1980. In entrambi i grafici è presente una interruzione che corrisponde all'anno di rilevazione 2002, poiché nei dati di popolazione non è disponibile la distinzione tra donne italiane e donne straniere.

L'Istat ha iniziato a rilevare la popolazione residente per età, sesso e cittadinanza a partire dall'anno 2003; quindi per gli anni precedenti (dal 1995 al 2001) sono stati utilizzati i permessi di soggiorno, che costituiscono una buona approssimazione della presenza straniera in Italia, pure essendo numeri che risentono molto dei cambiamenti estemporanei nelle norme legislative, come ad esempio delle regolarizzazioni avvenute nel corso degli anni. È per questo motivo che le linee riferite alle donne straniere, soprattutto nella prima parte del grafico, risultano avere un andamento molto irregolare.

Nell'anno 2011, in occasione del Censimento, il contingente della popolazione residente nelle anagrafi viene rettificato, creando una discontinuità nella serie storica. Per le donne straniere, il cui contingente è meno numeroso di quello delle italiane, questo è più evidente e si traduce in un picco verso il basso dei valori dei tassi di abortività. Nonostante queste problematiche che limitano l'interpretazione dei dati, anche l'ottica generazionale mostra livelli di abortività delle donne straniere superiori a quelli delle donne italiane, come già osservato nel paragrafo 1.5. In particolare, per il primo gruppo il tasso si avvicina all'80 per mille in corrispondenza delle ventenni nate tra la metà degli anni Settanta e la metà degli anni Ottanta.

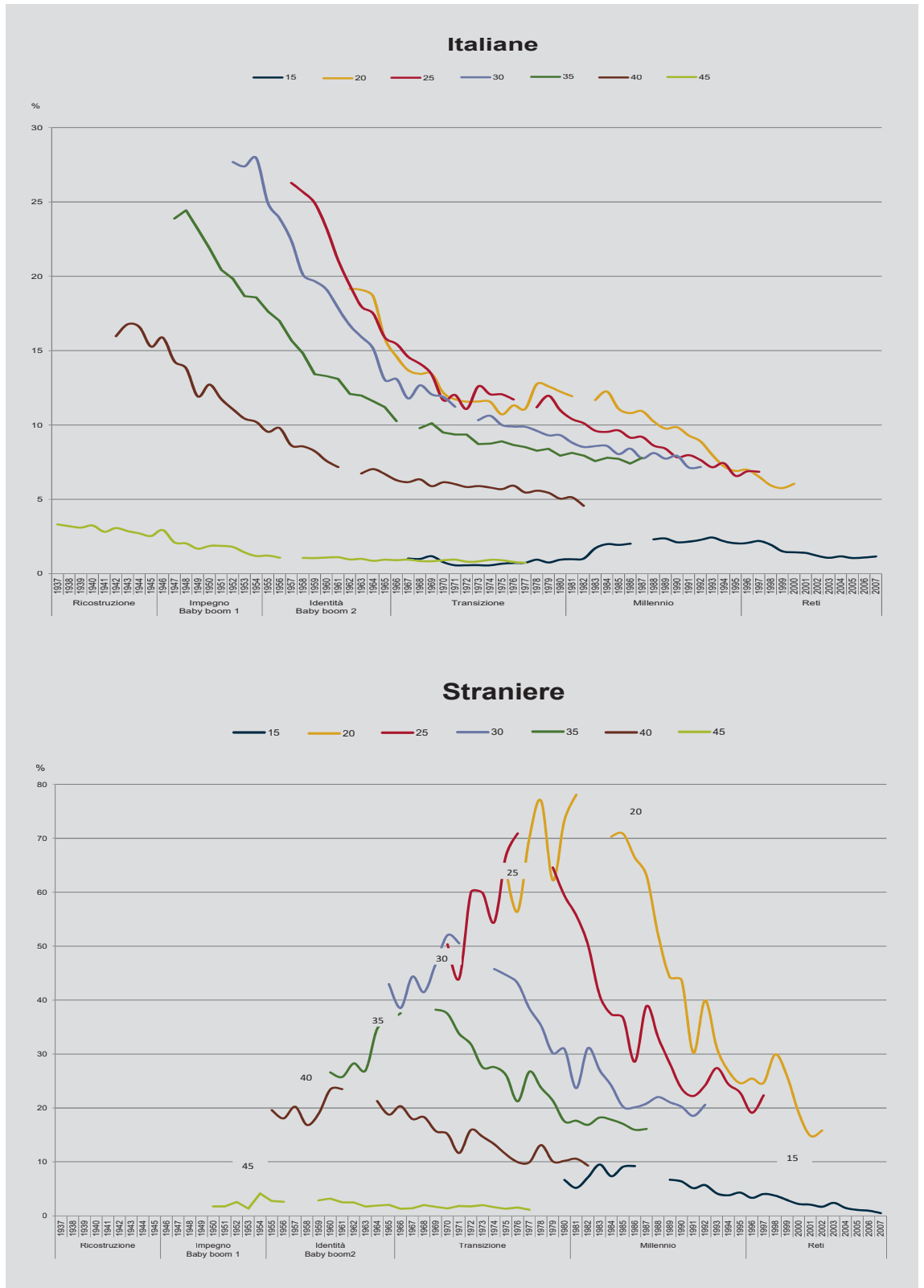
Tra le italiane, invece, il valore massimo non supera il 30 per mille e fa riferimento alle donne di 30 anni appartenenti alle generazioni della metà degli anni Cinquanta.

Considerando le donne italiane per le quali disponiamo di una numerosità più consistente e di una serie di dati più lunga, l'andamento decrescente è comune a tutte le età considerate (con l'eccezione delle giovanissime quindicenni) e supera il 70 per cento: vale a dire, ad esempio, che il tasso di abortività delle trentenni nate nel 1992 è inferiore a quello delle coetanee nate nel 1952 del 74,1 per cento.

Nel periodo considerato (1982-2022), quindi, anche l'abortività per coorte mostra segnali evidenti di riduzione, seppure con modalità diverse rispetto alla fecondità. Per la fecondità non è una novità che in Italia sia in atto un continuo declino dei livelli, accompagnato da un prolungato posticipo delle nascite. Invece per l'abortività è la prima volta che vengono costruite generazioni complete e, anche se sono in numero ridotto (solo sei), si intravede comunque una tendenza a ricorrere sempre meno all'IVG in tutte le generazioni.

Quindi ci chiediamo: in che contesto hanno vissuto, ad esempio, due trentenni, una nata nel 1952 e l'altra nel 1992? Quanta autonomia hanno avuto nelle decisioni personali e intime relativamente alla propria salute riproduttiva e alla scelta di (non) fare figli? È quello che cercheremo di capire nei prossimi Capitoli.

Figura 2.4- Tassi di abortività per età, anno di nascita e cittadinanza della donna in Italia (per 1000 donne)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

3. I CAMBIAMENTI STRUTTURALI E FAMILIARI¹

3.1 Introduzione

La scelta di portare avanti una gravidanza o di interromperla dipende da molteplici fattori, legati al contesto sociale in cui si vive e all'ambiente più intimo e familiare dove vengono prese tali decisioni. Proveremo ora a calare il fenomeno dell'abortività volontaria in un contesto più ampio che possa fare luce, almeno in parte, sulle condizioni che hanno portato la donna a scegliere di effettuare una Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) piuttosto che portare avanti la gravidanza.

3.2 Contesti di vita delle varie generazioni

Come riportato nella Figura 2.4, le coorti di donne sono state raggruppate mettendo insieme quelle che hanno vissuto in un contesto sociale simile e che sono state etichettate secondo una peculiarità che le ha caratterizzate. Nella Tavola 3.1 vengono riportate le denominazioni delle generazioni con l'anno di inizio e di fine (Istat 2016): questo aiuterà a identificarle nell'analisi che seguirà.

Tavola 3.1 - Costruzione e denominazione delle generazioni (a)

| Generazioni | | Nome generazione | Età delle donne e anni di calendario corrispondenti | | | | | |
|-------------|------|---------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Inizio | Fine | | 15 | | 30 | | 49 | |
| 1937 | 1945 | Ricostruzione | 1952 | 1960 | 1967 | 1975 | 1986 | 1994 |
| 1946 | 1954 | Impegno (<i>baby boom 1</i>) | 1961 | 1969 | 1976 | 1984 | 1995 | 2003 |
| 1955 | 1965 | Identità (<i>baby boom 2</i>) | 1970 | 1980 | 1985 | 1995 | 2004 | 2014 |
| 1966 | 1980 | Transizione | 1981 | 1995 | 1996 | 2010 | 2015 | 2029 |
| 1981 | 1995 | <i>Millennials</i> | 1996 | 2010 | 2011 | 2025 | 2030 | 2044 |
| 1996 | 2015 | Digitali | 2011 | 2030 | 2026 | 2045 | 2045 | 2064 |

Fonte: Istat 2016

(a) In grassetto gli anni per i quali i dati sono disponibili.

La prima generazione considerata è denominata *Generazione della ricostruzione* ed è formata dalle donne nate tra il 1926 e il 1945 che hanno vissuto il periodo riproduttivo durante il dopoguerra e per le quali i dati sull'abortività sono disponibili solo per l'ultima parte. È un contesto su cui pesa ancora il passato fascista, pronatalista e contro la limitazione delle nascite. L'Italia sta cambiando dal punto di vista economico, ma dal punto di vista sociale, per le donne, il quadro è ancora largamente arretrato. Le conquiste civili arriveranno più tardi, ma iniziano lenti processi di trasformazione, soprattutto in ambito urbano, meno nel contesto rurale. La società italiana sembra ferma, ma nel sommerso inizia a essere attraversata da tensioni e turbamenti.

¹ Le autrici hanno redatto il Capitolo congiuntamente, poiché è stato necessario portare avanti riflessioni e analisi comuni. Tuttavia è possibile attribuire: a Marzia Loghi i paragrafi 3.1 e 3.2; ad Alessia D'Errico il paragrafo 3.3 e l'Approfondimento "L'abortività ripetuta". Le elaborazioni sono state effettuate da Alessia D'Errico e Marina Zingrillo.

I principali indicatori demografici riportati nella Tavola 3.2 mostrano importanti trasformazioni avvenute nel 1952 rispetto al 1926 (confronto tra la *Generazione della ricostruzione* e quella precedente). La popolazione aumenta sia grazie al guadagno in speranza di vita (+14,6 anni per gli uomini e +15,8 anni per le donne) acquisito in meno di trenta anni, sia alla forte riduzione della mortalità infantile, che si dimezza. Questo fa sottintendere migliori condizioni di vita per tutti, che si traducono anche in un aumento dei matrimoni: si recupera il tempo perduto e ci si sposa di più.

Tavola 3.2 - Principali indicatori socio-demografici in Italia. Anni 1926 e 1952

| Indicatori | 1926 | 1952 |
|--|--------|--------|
| Popolazione residente al 1 gennaio (in migliaia) | 39.339 | 47.540 |
| Quoziente di mortalità infantile | 126,5 | 63,5 |
| Speranza di vita alla nascita | | |
| - maschi | 42,3 | 63,9 |
| - femmine | 34,6 | 67,9 |
| Numero medio di figli per donna | 3,51 | 2,34 |
| Tasso di primo nuzialità femminile (per 1.000) | 834,9 | 862,0 |
| Sposi che sottoscrissero l'atto di matrimonio (per 100) | | |
| - maschi | 10,4 | 2,7 |
| - femmine | 16,7 | 4,1 |
| Casalinghe al momento del matrimonio (per 100) | 62,6 | 70,0 |
| Tasso di attività (per 100) | | |
| - maschi | 86,2 | 80,8 |
| - femmine | 31,6 | 26,0 |

Fonte: Istat 2016

Il recupero dei matrimoni, però, non fa aumentare la fecondità, che di fatto diminuisce passando da 3,51 a 2,34 figli per donna. La condizione femminile inizia a sperimentare alcuni (pochi) cambiamenti positivi con l'introduzione, nel 1946, del suffragio universale per le donne e con una maggiore scolarizzazione, premesse necessarie per un futuro ruolo più consapevole e più incisivo all'interno della società. Un'informazione indiretta sul livello di analfabetismo per questa generazione è data dalla percentuale di sposi che non sottoscrissero l'atto di matrimonio: nel 1926 questa era uguale al 10,4 per cento tra gli uomini e il 16,7 per cento delle donne, nel 1952 si è ridotta rispettivamente a 2,7 per cento e 4,1 per cento. Le donne sono ancora prevalentemente casalinghe (70 per cento al momento del matrimonio nel 1952), quindi chiuse nel contesto familiare e poco presenti nel mondo del lavoro, con tassi di attività pari a circa un terzo di quelli degli uomini (26,0 per cento contro 80,8 per cento).

La famiglia continua a essere ancora di tipo patriarcale: dal punto di vista legislativo vige ancora il Codice Rocco, fortemente sbilanciato a sfavore delle donne, punendone l'adulterio, "favorendo" il matrimonio riparatore, presupponendo ancora il delitto d'onore (la pena risultava ridotta per chi avesse commesso violenza contro la donna per difendere "l'onore suo o della famiglia").

Questa *Generazione della ricostruzione*, che ha sperimentato una forte ripresa economica postbellica ma pochi guadagni per le donne dal punto di vista sociale, ha dato luogo alla *Generazione del baby boom* nata negli anni 1946-1965. Questa è stata a sua volta suddivisa in due sottogruppi, per sottolineare i grandi cambiamenti sociali e culturali avvenuti negli anni Settanta grazie all'impegno dei giovani dell'epoca. Per questo motivo il primo sottogruppo viene etichettato come *Generazione dell'impegno* (nascite dal 1946 al 1954): è in questi anni che viene infatti promulgata la Legge n.194/1978, insieme ad altre leggi che hanno avuto un forte impatto nella trasformazione dei modelli familiari, tra cui la Legge sul divorzio del 1970. Va sottolineata l'emanazione, nel 1975, della Legge n.151 detta "Riforma del diritto di famiglia italiano", che ha

apportato profonde revisioni limitanti le disparità di posizione tra i coniugi contenute in molte norme del Codice civile.

È fondamentale il ruolo degli anni Settanta, durante i quali ha visto concretizzarsi una legislazione riformista che non ha paragoni. Tale riformismo è dovuto anche al ruolo dei movimenti sociali che, pur rivendicando un ruolo antistituzionale, hanno avuto una funzione fondamentale per le proposte di legge. È un periodo fondamentale, che vede modificarsi anche la composizione del Parlamento: aumentano i posti delle donne ed emerge il Partito Radicale, il primo che si batte apertamente per l'aborto.

La seconda parte della *Generazione del baby boom* viene denominata *Generazione dell'identità* (nascite dal 1955 al 1965) e segue quella precedente sfruttandone per prima le conquiste acquisite. Entrambe danno avvio alla cosiddetta "seconda transizione demografica", caratterizzata da una fecondità sempre più bassa e sempre più posticipata e da nuovi modelli familiari. I nati nel periodo del *baby boom* (1946-1965) hanno vissuto il loro periodo giovanile durante la fine degli anni Sessanta e l'inizio degli anni Novanta. In questo lungo periodo in Italia continuano ad aumentare i guadagni in termini di sopravvivenza, espressi sia dall'aumento della speranza di vita alla nascita sia dalla diminuzione ancora più intensa della mortalità infantile, indicatore utilizzato (tra gli altri) a livello internazionale per valutare lo stato di salute di una popolazione. L'Italia si avvia pertanto a diventare uno tra i Paesi al mondo con più alti livelli di sopravvivenza (Tavola 3.3).

Tavola 3.3 - Principali indicatori socio-demografici in Italia. Anni 1926 e 1952, 1976 e 1996

| Indicatori | 1952 | 1976 | 1996 |
|--|-------|-------|-------|
| Speranza di vita alla nascita | | | |
| - maschi | 63,9 | 69,6 | 75,1 |
| - femmine | 67,9 | 76,1 | 81,3 |
| Numero medio di figli per donna | 2,34 | 2,11 | 1,22 |
| Età media al parto | 29,7 | 27,5 | 29,9 |
| Nati fuori dal matrimonio (per 100) | 3,4 | 3,1 | 8,3 |
| Tasso di primo nuzialità femminile (per 1.000) | 862,0 | 892,4 | 609,6 |
| Età media al matrimonio delle spose | 27,1 | 25,1 | 26,8 |
| Matrimoni civili (per 100 matrimoni) | 2,4 | 9,4 | 20,3 |
| Separazioni legali (per 100 mila abitanti) | 10,9 | 38,1 | 101,2 |

Fonte: Istat 2016

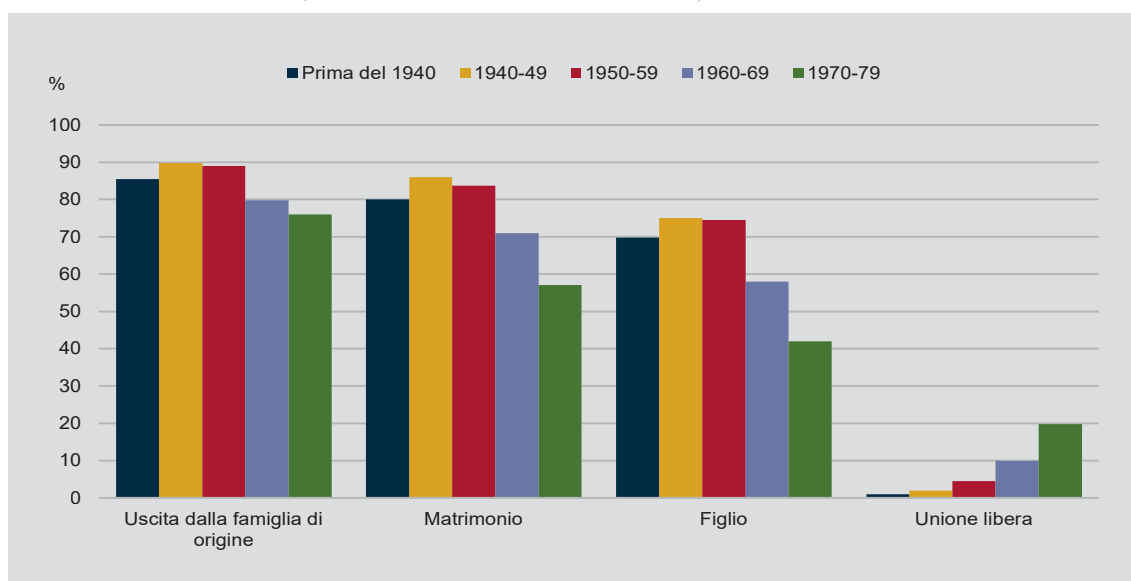
Le donne sono le principali protagoniste dei cambiamenti a venire, principalmente a causa dell'incremento sorprendente del livello di istruzione: al Censimento del 1981 la percentuale di donne in età riproduttiva con almeno il diploma di scuola media superiore era pari a 19,3 per cento, e quasi si duplica al Censimento successivo (35,0 per cento). Questo traguardo ottenuto consente alle donne di uscire dal ruolo quasi unico di "regina del focolare domestico" e di entrare a pieno titolo nel mondo del lavoro: tra i due Censimenti, infatti, diminuisce considerevolmente la quota di donne casalinghe: dal 41,2 per cento al 33,1 per cento. Lo studio e il lavoro costituiscono nuovi impegni per le donne che, quindi, posticipano i tempi di formazione della famiglia, rinviando sia il matrimonio sia la decisione di fare un figlio.

Nel corso di soli venti anni (un tempo relativamente breve se si parla di cambiamenti sociali) – tra la metà degli anni Settanta e la metà degli anni Novanta – le prospettive familiari e riproduttive dei giovani italiani risultano quindi profondamente modificate: i due eventi (matrimonio e figlio) coincidono sempre meno poiché iniziano ad aumentare i nati fuori dal matrimonio (8,3 per cento nel 1996), ci si sposa sempre meno (e sempre più con rito civile), ci si separa di più.

Nonostante ciò, negli anni Novanta il matrimonio è ancora la modalità prevalente per fare famiglia e per fare figli, quindi una mancata nuzialità (non compensata nella stessa misura da unioni libere) ha determinato un contenimento della fecondità, che raggiunge il suo minimo storico nel 1995 con un numero medio di figli per donna pari a 1,19.

Con le successive generazioni nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e gli anni Ottanta (etichettate come *Generazione di transizione*) vanno a consolidarsi i nuovi comportamenti familiari, che sono ormai caratteristica attuale della società del nuovo millennio nel quale stanno vivendo i giovani delle coorti nate tra il 1981 e il 1995, non a caso definite proprio *Generazione del millennio*. La Figura 3.1 illustra quanto descritto, mostrando come il passaggio alla vita adulta nelle varie generazioni avvenga sempre più in ritardo (Istat 2016). Tale passaggio è inteso come uscita dalla famiglia di origine per la formazione di una propria famiglia e rappresenta certamente un momento molto complesso che coinvolge molteplici aspetti della vita: ingresso nel mondo del lavoro, vita indipendente dalla famiglia di origine, presenza di figli.

Figura 3.1 - Donne che hanno sperimentato almeno un evento familiare prima dei 30 anni, per generazione e tipo di evento. Anno 2009 (per 100 donne della stessa generazione)



Fonte: Istat, Indagine Famiglie e soggetti sociali

L'uscita dalla famiglia di origine è stata effettuata dal 76 per cento delle trentenni nate nelle generazioni più giovani, quindi un quarto di loro vive ancora insieme ai genitori. Tale percentuale risulta inferiore rispetto alle generazioni precedenti, così come la quota delle donne che hanno contratto matrimonio o che hanno fatto un figlio. L'unione libera risulta invece in crescita, pur essendo una scelta per meno del 20 per cento delle donne delle ultime generazioni di trentenni. Nel corso di tre generazioni scende in modo vertiginoso la percentuale di donne che ha fatto un figlio prima dei trent'anni: si passa dal 74 per cento delle nate negli anni Quaranta a meno della metà (42,5 per cento) di quelle nate negli anni Settanta.

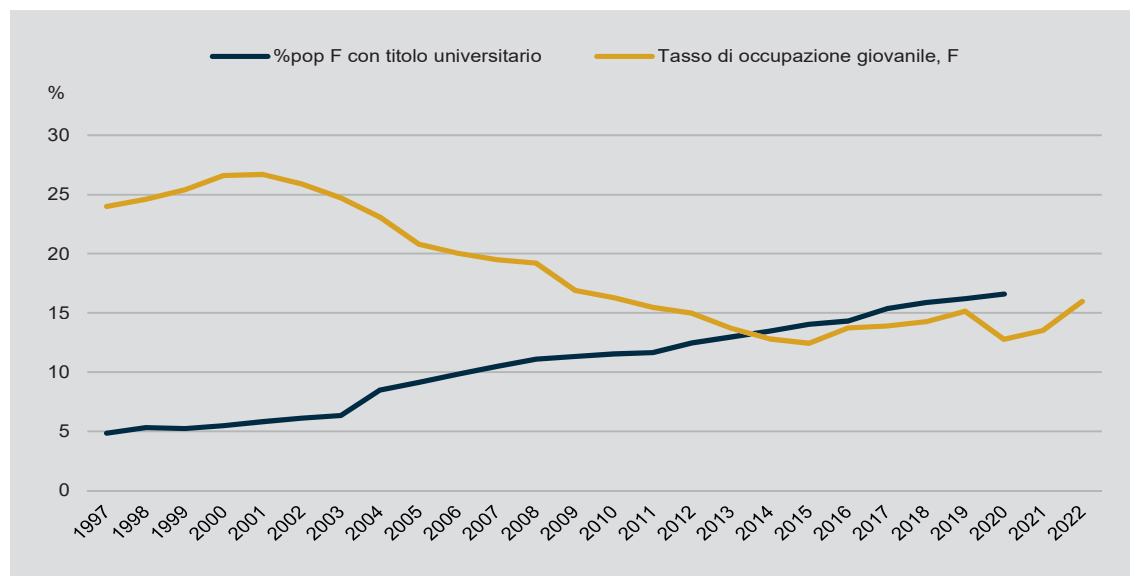
Le motivazioni che portano al distacco dalla famiglia di origine dipendono sia da fattori economici sia culturali e cambiano tra le generazioni. Mentre un tempo il matrimonio rappresentava il motivo più frequente, per quelle più recenti acquistano maggiore peso il lavoro, l'autonomia e le altre forme di unione alternative. Per le donne, rispetto agli uomini, risulta maggiore la propensione a uscire per convivere consensualmente o per studiare

più a lungo (Istat 2014c; Istat 2015; Istat 2022). Nonostante le conquiste sociali (elevato titolo di studio e occupazione) della recente *Generazione dei Millennials*, questi si trovano a non aver raggiunto la piena autonomia economica e abitativa che invece caratterizzava i loro genitori o nonni alla loro stessa età, nonché la formazione di una famiglia. Gli studiosi demografi e sociologi appellano tale condizione (Dalla Zuanna *et al.* 2021) come “sindrome del ritardo”, dovuta alle oggettive condizioni sociali che allungano i tempi di studio e di ricerca di un lavoro, causando incertezza anche sul futuro più personale.

3.3 Il ruolo dell'istruzione e della condizione professionale

Non sono disponibili i dati delle generazioni ancora più giovani (nate dopo gli anni Settanta) poiché in gran parte ancora non hanno terminato il ciclo di vita riproduttiva, però, se le tendenze vengono confermate, ci saranno ancora più donne che sempre più a lungo permarranno nella casa dei genitori posticipando, volenti o nolenti, l'ingresso nella vita adulta. Sono individui entrati nel mondo del lavoro con un livello di studio più elevato dei propri genitori (più lauree e più titoli post laurea), ma sono anche i primi a subire le conseguenze della recessione economica, con minori opportunità di lavoro sia in termini quantitativi sia qualitativi. Il tasso di occupazione giovanile, dopo una breve salita alla fine degli anni Novanta, infatti, mostra un decremento continuo dal 2012 al 2018, raggiungendo il 14,3 per cento. Segue una ripresa negli ultimi anni, con un andamento non regolare che al momento non consente di confermare una ripresa (Figura 3.2).

Figura 3.2 - Percentuale di donne con titolo universitario e tasso di occupazione giovanile in Italia. Anni 1997-2002



Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di Lavoro (RFL)

Per valutare la reale propensione all'IVG con riferimento al titolo di studio o allo *status* occupazionale è necessario considerare il tasso di abortività volontaria e non riferirsi alla distribuzione percentuale, poiché questa dipende ovviamente dalla composizione della popolazione. È stato quindi calcolato il tasso in corrispondenza degli ultimi cinque Censimenti

rapportando i casi di IVG di donne con titolo di studio basso, medio o alto alle donne in età feconda con lo stesso titolo di studio e i casi di IVG per condizione professionale alle donne in età feconda con analoga condizione (Tavola 3.4). I tassi sono stati standardizzati eliminando quindi l'effetto della differente struttura per età presente ai vari Censimenti.

Tavola 3.4 - Tassi standardizzati di abortività volontaria per titolo di studio e condizione professionale in Italia. Anni 1981, 1991, 2001, 2011 e 2021 (a) (per 1.000 donne)

| | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | 2021 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|
| TITOLO DI STUDIO | | | | | |
| Basso | 18,3 | 13,2 | 13,5 | 16,2 | 12,7 |
| Medio | 17,0 | 9,6 | 7,6 | 7,5 | 5,7 |
| Alto | 14,2 | 6,6 | 4,4 | 3,4 | 3,0 |
| CONDIZIONE PROFESSIONALE | | | | | |
| Occupata | - | - | 8,5 | 7,9 | 5,8 |
| In cerca di occupazione | - | - | 11,2 | 12,9 | 15,0 |
| Casalinga | - | - | 20,9 | 13,7 | 10,1 |
| Studentessa | - | - | 9,1 | 7,1 | 4,3 |

Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG); Censimenti della popolazione

(a) Non è stato possibile costruire i tassi per condizione professionale per gli anni 1981 e 1991 a causa di una diversa classificazione utilizzata.

La propensione all'IVG è diminuita per tutte le donne, indipendentemente dal titolo di studio, ma con intensità e modalità differenti. La differenza tra i livelli del 1981 e 2021 è più marcata al crescere del titolo di studio: le donne più istruite hanno raggiunto un livello molto basso (-78,8 per cento) e la differenza con le donne con basso titolo di studio si è accentuata nel corso del tempo, passando da 1,3 a oltre 4 volte. È indubbio che un titolo di studio elevato presupponga maggiore consapevolezza e capacità di muoversi nei vari ambiti sociali, oltre ad aumentare la probabilità di ottenere un lavoro meglio retribuito. Di conseguenza, anche in materia di scelte riproduttive chi ha un elevato titolo di studio può più facilmente programmare una gravidanza utilizzando i metodi contraccettivi in maniera più corretta e responsabile.

Nell'ultimo periodo la caratteristica che appare più discriminante nella scelta se proseguire o meno la gravidanza risulta essere lo *status* occupazionale: in particolare, il rischio minore di effettuare una IVG si presenta tra le donne occupate rispetto a quelle in cerca di occupazione. La stabilità economica rappresenta certamente un requisito per decidere di aver un (altro) figlio (Minello *et al.* 2023). Inoltre, l'aumento nel corso del tempo di donne studentesse e lavoratrici piuttosto che casalinghe ha contribuito a spingere verso valori più bassi il tasso riferito a queste ultime.

L'essere in coppia o meno può avere una grande influenza nella decisione di portare avanti una gravidanza, per questo l'Indagine rileva anche lo stato civile della donna. Negli ultimi anni, però, la diffusione delle convivenze ha ridotto il significato statistico ma anche sostanziale dello stato civile: basti pensare che al Censimento del 2011 il 9 per cento delle coppie (pari a 1.242.434 coppie) è risultato non coniugato.

Nonostante questo aspetto, alcune analisi statistiche più dettagliate hanno mostrato che fino a metà degli anni Novanta lo stato civile ha avuto un peso determinante nella scelta se effettuare o meno una IVG e le donne coniugate hanno presentato un rischio maggiore rispetto alle non coniugate, in qualsiasi classe di età. Successivamente, invece, questa variabile non sempre è risultata significativa e sono state invece le nubili (intese quindi come non coniugate) a presentare un rischio maggiore (Bocuzzo *et al.* 1999).

L'*empowerment* delle donne, acquisito con maggiore investimento in termini di istruzione e con una maggiore presenza all'interno del mondo del lavoro e quindi della società,

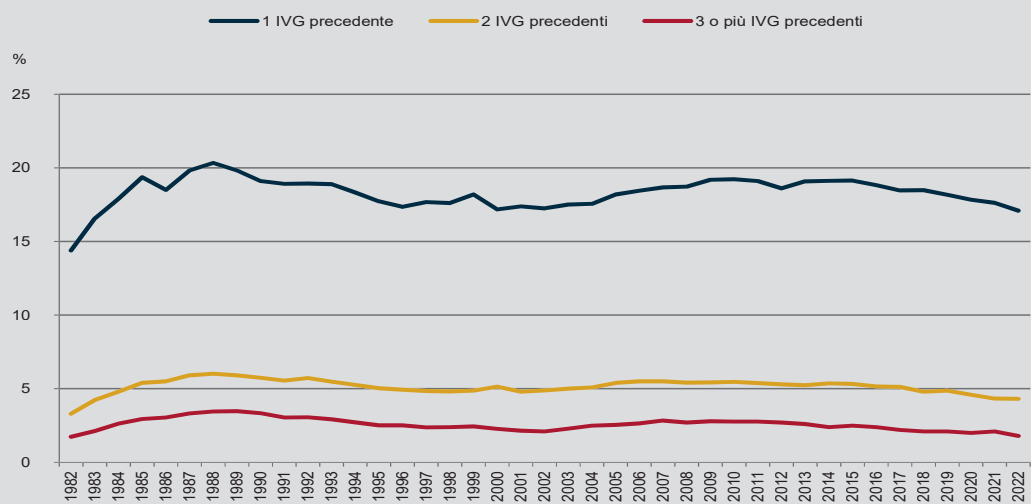
rappresenta uno strumento efficace per indirizzare le loro scelte riproduttive in maniera più consapevole, anche in riferimento alla prevenzione secondaria dell'IVG (cfr. Approfondimento "L'abortività ripetuta"). Nonostante il fatto che sempre più spesso la vita riproduttiva sia sganciata dal matrimonio, la presenza di un rischio di gravidanza in un contesto familiare non tradizionale non sembra avere portato a un ricorso più elevato all'IVG.

L'ABORTIVITÀ RIPETUTA

L'Indagine Istat rileva anche gli eventi riproduttivi precedenti, distinti in: nati vivi, nati morti, IVG e aborti spontanei. L'abortività ripetuta è un indicatore, oltre che della propensione delle donne a effettuare una IVG, anche dell'efficacia dei servizi nel prevenire un ulteriore intervento quando la donna si presenta per interrompere una gravidanza. Attività di *counselling* contraccettivo dovrebbero essere la regola per fornire alla donna strumenti di limitazione delle nascite.

Nel 2022 la quota delle IVG di secondo ordine (cioè con una sola IVG precedente) rappresenta il 17,1 per cento di tutte le IVG, quella di terzo ordine (con due IVG precedenti) il 4,3 per cento e quella di ordine superiore l'1,8 per cento (Figura 1). In totale, quindi, nel 2022 le IVG ripetute sono state il 23,2 per cento di tutti gli interventi effettuati.

Figura 1 - IVG per numero di IVG precedenti in Italia. Anni 1982-2022 (valori per 100)

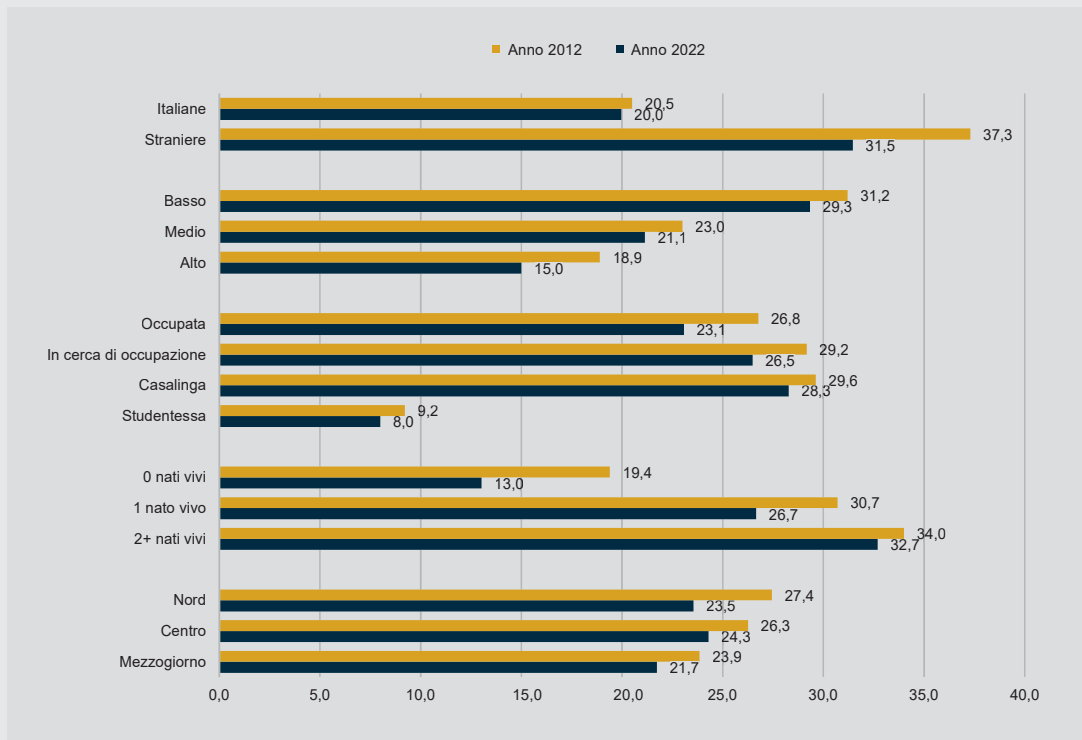


Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Nel corso del tempo, dopo una crescita “strutturale” dei primi anni Ottanta dovuta essenzialmente all'emergere dei casi a seguito della Legge n.194/1978, l'andamento mostra una decrescita per tutti gli ordini fino all'inizio degli anni Duemila, per poi ricrescere debolmente fino al 2015. Successivamente, la percentuale scende fino al 2022, ultimo anno disponibile. Non sembrano esserci stati grandi cambiamenti nell'andamento degli eventi ripetuti, ma il *trend* generale, qui non distinto per le caratteristiche socio-demografiche delle donne (che sono radicalmente cambiate nel corso del tempo) nasconde importanti differenziazioni. Ne è un esempio il calcolo del rischio di abortire che, secondo stime effettuate dal Ministero della Salute tramite modelli matematici, sarebbe dovuto essere quasi il doppio rispetto ai dati osservati se si fossero mantenute invariate tutte le caratteristiche (Ministero della Salute 2022).

La Figura 2 riporta le percentuali di IVG ripetute per gli stessi fattori che sono stati analizzati nei Capitoli 1 e 3, cioè la cittadinanza, il titolo di studio, la condizione professionale e la residenza. Non è stata considerata l'età, poiché non sarebbe corretto confrontare donne giovani e donne meno giovani: infatti il numero di anni vissuti condiziona la probabilità di effettuare più interventi. Invece è stata aggiunta l'informazione relativa al numero di nati vivi precedenti, poiché si presume che la fecondità espressa abbia un'influenza sulla decisione di avere un (altro) figlio (Istat 2014b).

Figura 2 - IVG ripetute per cittadinanza, titolo di studio, condizione professionale, nati vivi precedenti e ripartizione di residenza in Italia. Anni 2012 e 2022 (valori per 100)



Fonte: Istat, Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Il confronto tra il 2012 e il 2022, quindi a distanza di un decennio, rileva una diminuzione della percentuale di IVG ripetute per qualsiasi categoria considerata.

Le cittadine italiane hanno già un valore più basso (20,5 per cento) che nel 2022 si riduce ulteriormente (20,0 per cento). Tra le straniere la riduzione è più importante (quasi 6 punti percentuali), ma quasi un terzo (31,5 per cento) nel 2022 ha effettuato almeno una seconda IVG nell'arco della sua vita.

Il titolo di studio risulta essere una *proxy* efficace per valutare la capacità della donna nel gestire la propria pianificazione familiare, quindi anche nell'evitare le gravidanze indesiderate (cfr. paragrafo 3.3). Non è quindi inatteso che la quota di IVG ripetute sia inversamente proporzionale al livello di istruzione raggiunto: nel 2022 risulta essere uguale a 29,3 per cento tra le donne con basso titolo, 21,1 per cento tra quelle con un livello medio e 15,0 per cento (quasi la metà delle prime) tra le laureate.

Anche la condizione economica ha un impatto sulle scelte riproduttive (cfr. paragrafo 3.3) e avere un'occupazione rende più accettabile una gravidanza indesiderata. Nel 2022 risultano poco meno di un quarto (23,1 per cento) le donne che lavorano e che hanno effettuato più di una IVG, mentre per quelle in cerca di occupazione o casalinghe il valore risulta, rispettivamente, di 26,5 per cento e 28,3 per cento. Le studentesse, per quanto detto precedentemente in riferimento all'età, essendo un collettivo molto giovane, non hanno avuto molto tempo per effettuare più di una IVG. La percentuale è quindi molto bassa (8,0 per cento nel 2022) ed è un riscontro positivo il fatto che in un decennio sia diminuita (9,4 per cento nel 2012), segnale che nelle giovani generazioni sembra funzionare la prevenzione secondaria.

Il numero di figli presenti condiziona il ricorso all'IVG, quindi anche all'IVG ripetuta: l'assenza di figli sembra rendere più accettabile una gravidanza indesiderata o non programmata (13,0 per cento), mentre in presenza di figli la quota di IVG aumenta.

Non risultano grandi differenze in riferimento alla ripartizione di residenza della donna, anche se tra i due anni la zona con la percentuale più elevata è cambiata: nel 2012 era il Nord (27,4 per cento) che nel 2022 lascia il primato al Centro (24,3 per cento).

La diminuzione riscontrata in tutte le categorie analizzate è senz'altro una notizia confortante, poiché sta a indicare che la prevenzione secondaria ha raggiunto tutti gli strati della popolazione femminile: le donne hanno acquisito maggiore consapevolezza grazie anche al personale sanitario che incontrano nel loro percorso, capace di fare passare un messaggio importante. Tra le strutture maggiormente impegnate sul territorio nella promozione della salute riproduttiva e sessuale ci sono senz'altro i consultori familiari. Una indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, condotta a cavallo degli anni 2018 e 2019, ha rilevato che i controlli medici e il *counselling* contraccettivo post IVG risultano offerti dalla quasi totalità dei consultori familiari. Pur rilevando carenze e margini di miglioramento, il loro impegno nella promozione della salute riproduttiva e sessuale rientra certamente tra i principali determinanti della rilevante riduzione del ricorso all'aborto volontario registrata in Italia (Istituto Superiore di Sanità 2023).

4. LE SCELTE RIPRODUTTIVE¹

4.1 Introduzione

Le importanti trasformazioni nella società e i miglioramenti conquistati dalla donna in termini di *status* sociale visti nel Capitolo precedente, le hanno portato inevitabilmente un guadagno in termini di autonomia nelle scelte personali, anche in quelle legate alla sessualità, appannaggio dell'uomo e limitate all'interno della coppia per le generazioni più vecchie. Un aspetto rilevante della salute riproduttiva è dato dall'opportunità di potere regolare la propria fecondità anche attraverso l'uso della contraccezione, in particolare tramite l'utilizzo di metodi controllati dalla donna stessa e non più dipendenti dalla sola volontà dell'uomo.

4.2 La sessualità

Come già osservato, i dati disponibili sul ricorso all'aborto volontario per la prima generazione individuata (Tavola 3.1) permettono di calcolare tassi riferiti solo alle donne di età 37-49 anni. Sono quelle che per prime hanno usufruito della Legge n.194/1978, facendo emergere nella legalità un fenomeno prima sommerso: i livelli che inizialmente appaiono elevati sono destinati a diminuire nel corso del tempo e nelle successive generazioni.

L'aborto è ancora illegale e una inchiesta condotta alla fine degli anni Sessanta nelle borgate romane (Zardini De Marchi 1969; AIED 2023) mostra uno spaccato femminile che può essere considerato lo specchio di tutte le periferie italiane: le donne avevano molti figli ed effettuavano molti aborti con metodi "fai da te" tramandati da tempi immemorabili (oggetti appuntiti introdotti in utero, infiltrazioni locali, assunzione di decotti, eccetera). In queste generazioni si può bene immaginare come l'attività sessuale e riproduttiva sia quasi interamente concentrata all'interno del matrimonio.

Indagini che rilevano informazioni sulla sessualità sono relativamente recenti, ma in alcuni casi sono riferite all'anno di nascita della donna e non solo all'anno di conduzione dell'indagine. È possibile quindi individuare delle coorti di donne, anche quelle nate negli anni Trenta (appartenenti alla *Generazione della ricostruzione*), e sapere che l'età mediana al primo rapporto sessuale era di circa 18 anni per gli uomini e di 21 anni per le donne, senza sostanziali cambiamenti rispetto alla generazione precedente (Barbagli *et al.* 2010) (Tavola 4.1). Per molti uomini la prima esperienza sessuale completa era spesso esterna alla coppia e con una *partner* occasionale, anche perché la gran parte delle donne la sperimentava in occasione delle nozze o, comunque, con il futuro marito (Dalla Zuanna *et al.* 2021).

¹ Le autrici hanno redatto il Capitolo congiuntamente, poiché è stato necessario portare avanti riflessioni e analisi comuni. Tuttavia è possibile attribuire ad Alessia D'Errico tutti i paragrafi. Le elaborazioni sono state effettuate da Alessia D'Errico e Marina Zingrillo.

Tavola 4.1 - Indicatori sull'attività sessuale delle donne per generazione (valori in anni e percentuali)

| Generazione | Età mediana al primo rapporto sessuale | Primo rapporto prima del 16° compleanno (valori per 100) |
|-------------|--|--|
| 1913-1922 | 22,0 | n.d.. |
| 1923-1932 | 21,5 | n.d.. |
| 1933-1942 | 21,0 | n.d.. |
| 1937-1946 | 21,0 | 4,5 |
| 1947-1956 | 20,1 | 6,1 |
| 1957-1966 | 18,9 | 12,0 |
| 1967-1976 | 19,1 | 13,2 |
| 1977-1982 | 18,5 | 15,4 |
| 1983-1989 | 18,5 | 18,2 |
| 1990 | n.d.. | 22,0 |
| 1995 | n.d.. | 22,0 |
| 1999 | n.d.. | 18,0 |

Fonte: Dalla Zuanna *et al.* 2013; WHO 2016

È a partire dalle generazioni nate a fine degli anni Quaranta che si iniziano a intravedere dei cambiamenti e, lentamente, la situazione si fa sempre meno diversificata tra i due sessi, anche se le disuguaglianze di genere ancora sfavoriscono molto la donna. Per questi giovani nati alla fine della guerra e che vivono in un contesto di ripresa economica aumenta il tempo libero da trascorrere fuori dalla famiglia, i ragazzi e le ragazze si conoscono in maniera diversa al di fuori dell'ambito familiare, in maniera più "orizzontale". Le scuole iniziano a diventare miste e questo facilita la reciproca conoscenza, gli incontri e anche una sessualità non più solo matrimoniale. Questa dinamica si manifesta in maniera ancora più evidente negli anni Settanta, epoca di grandi cambiamenti sociali, quando l'attività sessuale viene intrapresa sempre più precocemente e in modo sempre più svincolato da intenzioni riproduttive. La percentuale di donne che ha il primo rapporto prima dei sedici anni inizia a essere significativa (oltre il 10 per cento) a partire proprio dalle donne nate a fine anni Cinquanta e primi anni Sessanta, per arrivare al 22 per cento tra le generazioni di fine Novecento (Dalla Zuanna *et al.* 2013; WHO 2016). Questa anticipazione dei rapporti viene confermata anche da due indagini più recenti, effettuate su un campione di studenti universitari, condotte negli anni 2000 e 2017. Pur essendo campioni selezionati, le due Indagini hanno il merito di riportare quesiti confrontabili e quindi di individuare un dato di tendenza (Dalla Zuanna *et al.* 2021): l'età mediana mostra una riduzione di 1,0 anni per gli uomini e 1,2 anni per le donne, eliminando quasi del tutto le differenze di genere.

Per ragazzi ancora più giovani, nel pieno dell'adolescenza, la vita sessuale riveste una notevole importanza, non solo per l'influenza che può avere sulla crescita intellettuale e sullo sviluppo, ma anche per le conseguenze che può avere sulla salute e sulla loro vita. L'Indagine internazionale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) rileva molti aspetti della vita di ragazzi adolescenti (di 11, 13, 15 e 17 anni), tra cui la sessualità e la contraccezione (Istituto Superiore di Sanità 2023). Gli ultimi dati del 2022 riportano che il 21,6 per cento dei ragazzi e il 18,4 per cento delle ragazze dichiara di avere avuto il primo rapporto sessuale completo prima dei 16 anni (le percentuali diventano, rispettivamente, 42,5 per cento e 43,6 per cento se si considera l'età prima dei 18 anni).

Nel corso delle generazioni quindi si è andato riducendo anche il divario tra uomini e donne sulla precocità dei rapporti sessuali: i comportamenti sono sempre più conformi e questa convergenza si riflette anche sulla frequenza dei rapporti sessuali e sul numero dei *partner*. L'Indagine sulla sessualità degli italiani, condotta nel 2006, ha evidenziato un aumento del numero medio di rapporti sessuali al mese tra il 1976 e il 2006 (Barbagli *et al.* 2010).

Più recenti studi (Dalla Zuanna *et al.* 2021) confermano il proseguimento di questa tendenza: il numero medio mensile aumenta tra il 2000 e il 2017, ma solo per chi è in coppia, passando da 7,9 a 8,6 per gli uomini e da 6,9 a 8,4 per le donne. Anche in questo caso il distacco tra i due sessi si riduce.

Incrementi più sostanziali si rilevano invece nel numero di *partner*: a partire dalle generazioni degli anni Cinquanta aumenta la percentuale di donne che ha avuto due o più *partner* nel corso della vita, mentre diminuisce quella con un solo *partner*. Per le donne delle generazioni più recenti degli anni Settanta cresce la quota di quelle con più di sei *partner*: il sesso, quindi, acquista sempre più spazio nella vita delle giovani generazioni ed è sempre più svincolato dalla riproduzione.

Sono sempre le donne nate negli anni Cinquanta a dare l'avvio a comportamenti meno tradizionali durante il periodo degli anni Settanta, caratterizzato, come già visto, da grandi cambiamenti sociali. Il legame tra attività sessuale e riproduzione si fa sempre meno stringente, causando un aumento del periodo tra il primo rapporto sessuale e la nascita del primo figlio: si passa da circa 2 anni per le donne delle generazioni più "tradizionali" a circa 12 anni per quelle più "moderne".

Ricordiamo che le giovani generazioni non hanno ancora terminato il loro ciclo di vita riproduttiva e quindi questi indicatori non sono calcolabili, ma se le tendenze osservate manterranno il loro corso, questo divario non potrà che aumentare.

4.3 La contraccezione

L'anticipazione dell'inizio della vita sessuale e il posticipo della fecondità hanno come diretta conseguenza un aumento degli anni da "coprire" con metodi contraccettivi per evitare una gravidanza indesiderata.

Negli anni Cinquanta l'agricoltura è ancora la maggiore attività e braccianti e contadini non sperimentano l'emancipazione che inizia ad affacciarsi nei contesti urbani: prevale ancora una vita di miseria e di sacrifici in zone prive di servizi. Il non fare figli resta ancora qualcosa di socialmente e moralmente condannabile, gli uomini sono totalmente indifferenti al peso che le donne devono continuare a sobbarcarsi tra lavoro casalingo e agricolo, gravidanze e cura dei figli. In questo contesto la sessualità è esclusivamente appannaggio dell'uomo e quindi anche la contraccezione (se praticata) è prevalentemente determinata dal coito interrotto e dal preservativo, quindi sempre sotto il controllo dell'uomo.

La contraccezione in Italia era vietata dall'articolo 553 del Codice penale, che è stato abrogato dalla Corte costituzionale solo il 10 marzo 1971. Ancora una volta, quindi, è negli anni Settanta che si manifestano progressi nelle questioni legate alla donna e alla società civile in generale, frutto di movimenti più o meno sommersi degli anni precedenti che hanno portato a una progressiva accettazione e rivendicazione della sessualità e del controllo delle nascite. Tuttavia, malgrado tale pronunciamento, perdurava ugualmente in Italia il divieto di vendita dei contraccettivi nelle farmacie, in quanto il Ministero della Sanità continuava ad applicare alcune norme del "Regolamento per la registrazione dei farmaci" (Regio Decreto 13 marzo 1927, n.478), che non consentiva "la registrazione di specialità medicinali e di presidi medico-chirurgici aventi indicazioni anticoncezionali". Per questo motivo, quindi, i contraccettivi venivano prescritti sotto mentite spoglie: la pillola come regolatore dei cicli mestruali, gli spermicidi come antisettici per l'igiene intima della donna. Nonostante ciò, il Ministro della Sanità aveva istituito in Italia i consultori familiari con la Legge n.405 del

22 luglio 1975, i quali dovevano servire a fornire proprio assistenza contraccettiva ma che, paradossalmente, non potevano farlo. Solo nel 1976 si provvedeva finalmente ad abrogare quelle norme e si apriva così definitivamente in Italia la strada per una effettiva pratica della contraccezione e la possibilità di realizzare – attraverso di essa – i principi della maternità libera e responsabile (AIED 2023).

La diffusione dell'informazione doveva raggiungere soprattutto le donne appartenenti agli strati più poveri e disagiati della popolazione e furono messe in campo diverse iniziative, anche innovative per l'epoca: come ad esempio l'utilizzo di fotoromanzi e riviste femminili, o di pubblicità sugli autobus. Movimenti e proteste nelle piazze, nelle strade e nelle università, occupazioni, manifestazioni e cortei erano l'espressione di una società più esigente dal punto di vista dei diritti in generale, non solo sul tema della contraccezione.

Le indagini che forniscono informazioni sulla contraccezione sono relativamente recenti e spesso riferite a gruppi di popolazione selezionati e non sempre rappresentativi a livello nazionale. Si possono comunque trarre alcune conclusioni e indicazioni di tendenza per confermare, o meno, se in Italia sia avvenuta la cosiddetta “rivoluzione contraccettiva” o se invece sia ancora in corso.

Questa viene definita come il passaggio da una contraccezione “naturale” a una di tipo più “moderno” e, quindi, più efficace. I dati delle tre indagini riportati nella Tavola 4.2 si riferiscono a coppie con la donna in età fertile, dunque non contemplano rapporti sessuali con un *partner* occasionale. Tra le donne in coppia è presente una quota che non utilizza contraccettivi pari a poco più del 20 per cento e sembra restare costante tra il 1979 e il 2006: si ritiene plausibile che la maggior parte di queste sia alla ricerca di un (altro) figlio.

Tavola 4.2 - Percentuale di utilizzo di metodi contraccettivi. Anni 1979, 1996 e 2006 (per 100 coppie con la donna in età fertile)

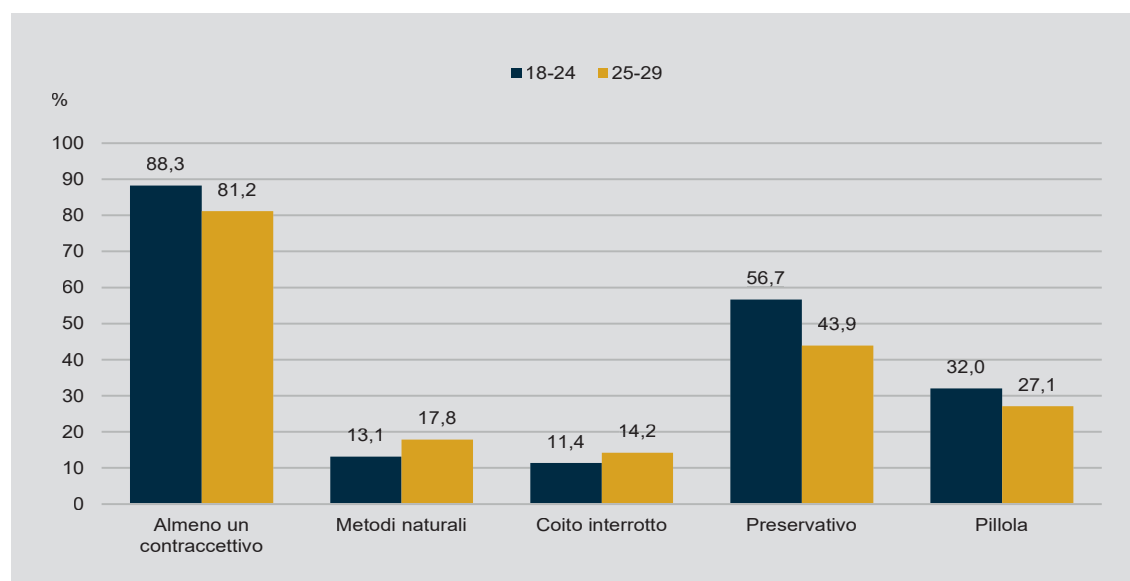
| | 1979 | 1996 | 2006 |
|------------------|------------|------------|------------|
| Nessuno | 23 | | 22 |
| Coito interrotto | 46 | 54 | 22 |
| Metodi naturali | 7 | | 4 |
| Profilattico | 10 | 16 | 19 |
| Pillola | 10 | 16 | 24 |
| Spirale | 2 | 7 | 4 |
| Altro | 2 | 7 | 5 |
| Totale | 100 | 100 | 100 |

Fonte: Dalla Zuanna *et al.* 2013

Nel 1979 viene rilevato un uso del coito interrotto del 46 per cento, valore che si dimezza nell'Indagine del 2006 (22 per cento). Il coito interrotto quindi perde il primato e le coppie aumentano l'impiego della pillola (dal 10 per cento al 24 per cento) e del profilattico (dal 10 per cento al 19 per cento). Leggendo i dati delle Indagini secondo l'anno di nascita della donna si può individuare un breve *trend* generazionale, limitatamente agli anni disponibili e per le sole donne in coppia: tra quelle nate negli anni Cinquanta solo il 31 per cento ha utilizzato una contraccezione più efficace con la pillola e/o la spirale e/o il profilattico. Tale proporzione supera il 40 per cento tra le donne nate negli anni Sessanta, per poi diventare più rilevante nelle ultime generazioni degli anni Ottanta, per le quali però è disponibile un dato incompleto e riferito solo alle donne più giovani. Anche se non può essere considerato un vero e proprio studio generazionale, si intuisce chiaramente come il declino del coito interrotto sia stato continuo e inesorabile, a conferma del fatto che sia stato il metodo principale per il controllo delle nascite nelle generazioni più vecchie, lasciando poi spazio a metodi più moderni.

I dati più recenti disponibili sono quelli raccolti dall'Istat con l'Indagine Europea sulla Salute (*European Health Interview Survey - EHIS*) del 2019. Uscendo dall'ambito della coppia e considerando le donne giovani che hanno avuto un rapporto sessuale negli ultimi 12 mesi, si rileva un uso della contraccezione (almeno un metodo utilizzato) nell'88,3 per cento delle donne di età 18-24 e nell'81,2 per cento tra quelle di 25-29 anni (Figura 4.1).

Figura 4.1 - Percentuale di utilizzo di metodi contraccettivi in Italia. Anno 2019 (per 100 donne sessualmente attive)



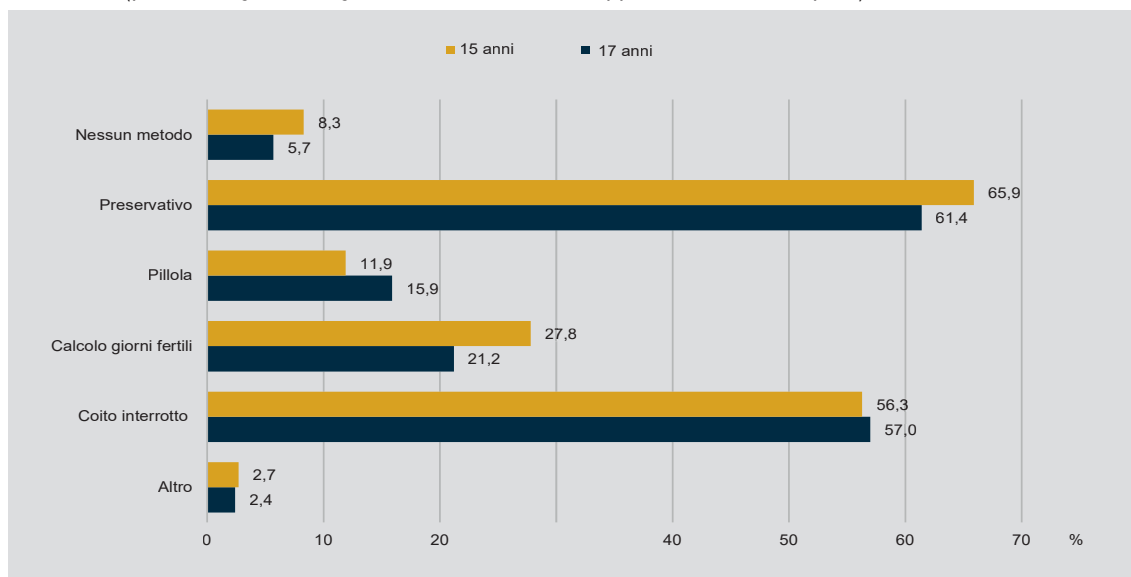
Fonte: Istat, Indagine Europea sulla Salute (*European Health Interview Survey - EHIS*)

Il preservativo risulta essere il metodo più diffuso tra le giovani che hanno dichiarato di usare almeno un metodo contraccettivo: il 56,7 per cento delle donne di 18-24 anni e il 43,9 per cento delle 25-29enni. Segue la pillola, che viene assunta da oltre un terzo delle donne più giovani: è una prevalenza significativa ma non ancora assimilabile a quella dei Paesi più avanzati dal punto di vista di copertura dalle gravidanze indesiderate. Permane una quota non indifferente (11,4 per cento e 14,2 per cento, rispettivamente) che fa ancora uso del coito interrotto, a conferma che la rivoluzione contraccettiva in Italia è ancora in atto e non può dirsi conclusa.

Va segnalata una percentuale pari a circa 15 per cento di donne che, pur avendo avuto rapporti sessuali, dichiara di non avere utilizzato alcun metodo. Trattandosi di età molto giovani, la spiegazione di volere un figlio o la presenza di sterilità possono spiegare solo in minima parte la motivazione di questa scelta: queste ragazze sono a rischio di gravidanza e di contrarre una malattia sessualmente trasmissibile.

Per le giovanissime e minorenni facciamo di nuovo riferimento all'ultima edizione dell'Indagine internazionale HBSC del 2022 (Istituto Superiore di Sanità 2023) (Figura 4.2).

Figura 4.2 - Percentuale di uso di contraccettivi all'ultimo rapporto sessuale per età in Italia. Anno 2022
(per 100 ragazzi e ragazze che hanno avuto rapporti sessuali completi)



Fonte: Spinelli A. et al. 2022

Oltre il 60 per cento dei quindicenni e dei diciassetenni ha utilizzato il preservativo in occasione dell'ultimo rapporto sessuale: è un dato senza dubbio positivo poiché, oltre a limitare i rischi di una gravidanza indesiderata, fornisce anche una copertura contro le malattie sessualmente trasmissibili. Purtroppo, però, risultano elevate anche le quote di adolescenti che hanno usato metodi meno efficaci come il coito interrotto (56,3 per cento dei quindicenni e il 57,0 per cento dei diciassetenni) e il calcolo dei giorni fertili (27,8 per cento e 21,2 per cento, rispettivamente). Un numero non trascurabile (8,3 per cento e 5,7 per cento) si è affidato al caso, non usando alcun metodo contraccettivo. Gli adolescenti più prudenti che hanno fatto ricorso a un metodo più sicuro come la pillola rappresentano l'11,9 per cento dei giovanissimi di 15 anni e il 15,9 per cento dei diciassetenni.

Riassumendo, nelle generazioni più vecchie la natalità non era regolamentata e non era presente il concetto di "pianificazione familiare". La sessualità e la contraccezione (se utilizzata) erano entrambe regolamentate dall'uomo, che non aveva molto riguardo per la condizione della donna, la quale, quindi, si trovava ad affrontare gravidanze certamente non programmate, se non addirittura indesiderate. La situazione è radicalmente cambiata nel corso del tempo e la tendenza all'aumento del numero dei *partner* e dei rapporti sessuali nelle nuove generazioni, associata a una sessualità sempre più precoce, fa supporre la presenza di rapporti occasionali e, dunque, comportamenti più a rischio e meno controllati. Le giovanissime quindicenni fanno ancora fatica ad adottare una contraccezione moderna ed efficace, quindi per loro è più facile incappare in una gravidanza indesiderata e che può condurre alla scelta di una sua interruzione. Questa può essere una spiegazione plausibile dell'aumento dei tassi di abortività per generazione (Figura 2.4) tra le giovanissime, aumento che viene via via ridimensionato al crescere dell'età: le ragazze, dopo i primi approcci sessuali, magari imparano dalle esperienze proprie o da quelle dei coetanei e tendono ad assumere comportamenti un po' meno a rischio di gravidanza.

4.4 La contraccezione di emergenza

Uno spazio a parte va dedicato alla contraccezione di emergenza, più conosciuta come “pillola del giorno dopo”, anche se ci sono principi attivi differenti che la rendono efficace fino a cinque giorni dopo il rapporto considerato a rischio. Un ingente incremento delle vendite (+79 per cento) è avvenuto dal 2015 al 2018, causato da alcune determinazioni dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che hanno eliminato l’obbligo di prescrizione sia per le maggiorenni sia per le minorenni².

Trattandosi di una metodica relativamente recente non è possibile andare troppo indietro nel tempo nell’analisi del suo utilizzo. Le due edizioni dell’Indagine Istat su “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” degli anni 2013 e 2019 consentono di fare un confronto tra i due anni, che si trovano proprio a cavallo delle novità normative che hanno liberalizzato il farmaco (Figura 4.3).

Il ricorso alla “pillola del giorno dopo” riferito a donne sessualmente attive è aumentato di cinque punti percentuali tra il 2013 e il 2019, passando dal 12,5 per cento al 17,4 per cento. Questo aumento ha coinvolto tutte le classi di età e sembra essersi radicato maggiormente tra le donne di 30-34 anni. La distribuzione per età, invece, mostra un andamento inverso: al crescere dell’età ne diminuisce il ricorso. Questo può essere dovuto a una maggiore offerta per le generazioni più recenti rispetto a quelle più anziane, ma anche a una prevalenza di uso effettivamente inferiore in donne appartenenti alle età centrali che cercano una gravidanza.

Sulle minorenni dobbiamo fare riferimento ancora all’Indagine internazionale HBSC del 2022, che indica un utilizzo pari all’11,3 per cento tra le quindicenni e al 9,9 per cento tra le diciassetenni (con riferimento all’ultimo rapporto sessuale).

Probabilmente le ragazze più grandi hanno avuto più esperienze sessuali e hanno iniziato ad assumere contraccettivi più efficaci; a parziale conferma di questa asserzione la Figura 4.2 riporta per le diciassetenni, come già visto, un maggiore utilizzo della pillola, un minore affidamento al calcolo dei giorni fertili e una minore quota che non usa alcun metodo.

Non è possibile avere un termine di confronto nelle precedenti edizioni dell’Indagine poiché il quesito sulla contraccezione di emergenza non era presente.

² cfr. Gazzetta Ufficiale n.105 dell’8 maggio 2015: si elimina, per le maggiorenni, l’obbligo di prescrizione medica dell’Ulipristal acetato (ellaOne); Gazzetta Ufficiale n. 251 del 10 ottobre 2020: si elimina l’obbligo di prescrizione anche per le minorenni; Gazzetta Ufficiale n. 52 del 3 marzo 2016: si elimina, per le maggiorenni, l’obbligo di prescrizione medica del Levonogestrel (Norlevo).

Figura 4.3 - Percentuale di utilizzo della pillola del giorno dopo per età (in alto) e per titolo di studio (in basso). Italia. Anni 2013 e 2019 (per 100 donne che hanno avuto rapporti sessuali completi)



Fonte: Istat, Indagine su Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

CONCLUSIONI

La lunga serie storica ultradecennale ha consentito di analizzare il fenomeno per generazione, raggruppando le donne con lo stesso anno di nascita. Il vantaggio di questa rappresentazione è quello di analizzare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte delle donne aventi la stessa età che sono vissute in contesti differenti. I numerosi cambiamenti economici, sociali, familiari che si sono succeduti nel tempo hanno contribuito a fare diminuire il ricorso all'aborto perché hanno dato alla donna numerosi strumenti per potere gestire la propria salute riproduttiva. *In primis* le donne nate nel dopoguerra hanno avuto l'opportunità di accedere all'istruzione e di conseguenza al mondo del lavoro. L'autonomia economica che ne è conseguita ha reso possibile l'autonomia personale delle donne, anche in termini di libertà sessuale e di scelte contraccettive. La donna ha trovato altri spazi di realizzazione oltre al matrimonio e alla famiglia, che l'hanno portata a ritardare o a eliminare del tutto il matrimonio in favore di un'unione libera, posticipando sempre più la maternità. Questo non vuole dire necessariamente un passaggio precoce alla vita adulta, perché l'uscita dalla famiglia di origine viene sempre più ritardata.

L'attività sessuale è sempre più precoce e coinvolge un numero maggiore di *partner*; questa trasformazione, associata al rinvio della maternità, lascia alla donna la gestione di numerosi anni (circa dodici) durante i quali deve limitare il rischio di gravidanze indesiderate. Con l'utilizzo di metodi contraccettivi sempre più efficaci riesce a raggiungere parzialmente questo obiettivo poiché c'è ancora della strada da fare per parlare di una vera e propria rivoluzione contraccettiva, soprattutto tra le giovani. Nonostante ciò, il ricorso all'aborto è in costante diminuzione, quindi non sembra essere stato utilizzato come mezzo per limitare le nascite, piuttosto come *extrema ratio*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA. 2009. "RU 486: CdA delibera autorizzazione alla commercializzazione". *Comunicato Stampa n. 120 del 30 luglio 2009*. Roma, Italia: AIFA. https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241024/Comunicato_stampa_120.pdf.
- Associazione Italiana per l'Educazione Demografica - AIED. 2023. "Convegno - L'AIED e la società italiana 1953-2023. Sessualità, diritti, demografia". *Area web dedicata*. Roma, Italia: AIED. <https://www.aied.it/convegno-aied-e-la-societa-italiana-1953-2023-sessualita-diritti-demografia/>.
- Barbagli, M., G. Dalla Zuanna, e F. Garelli. 2010. *La sessualità degli italiani*. Bologna, Italia: il Mulino.
- Benci, L. 2018. "Aborto. La storia della 194. Una legge non perfetta, ma degna di un paese civile". *Quotidianosanità.it*. Roma, Italia: QS Edizioni. https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=61969.
- Boccuzzo, G., e M. Loghi. 1999. "Potenzialità e limiti dell'indagine Inf-2 in tema di abortività volontaria". In De Sandre, P., A. Pinnelli, e A. Santini. *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori del cambiamento*: 147-162. Bologna, Italia: il Mulino.
- Castagnaro, C., e E. Meli (a cura di). 2022. "Famiglie, reti familiari, percorsi lavorativi e di vita". *Lecture Statistiche - Temi*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/famiglie-reti-familiari-percorsi-lavorativi-e-di-vita/>.
- Center for Reproductive Rights. 2024. "The world's Abortion Laws". *Website*. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>.
- Corte Costituzionale. 1975. "N. 27 Sentenza 18 febbraio 1975". *Gazzetta Ufficiale 1a Serie Speciale*, N. 55 del 26 febbraio 1975. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/corte_costituzionale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1975-02-26&atto.codiceRedazionale=075C0027.
- Dalla Zuanna, G. 2023. "Covid-19, concepimenti e nascite in Italia: effetti attesi e inattesi". *Neodemos*. Firenze, Italia: Associazione Neodemos. <https://www.neodemos.info/2023/07/11/covid-19-concepimenti-e-nascite-in-italia-effetti-attesi-e-inattesi/>.
- Dalla Zuanna, G., e A. De Rose (a cura di). 2013. *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*. Bologna, Italia: il Mulino.
- Dalla Zuanna, G., e D. Vignoli. 2021. *Piacere e Fedeltà. I millennials italiani e il sesso*. Bologna, Italia: il Mulino.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2023. "Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2022". *Statistiche Report*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2022/>.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2021. "Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2020". *Statistiche Report*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2020/>.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2019. "L'evoluzione demografica in Italia dall'Unità a oggi". *Pubblicazioni web*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/evoluzione-demografica-in-italia-dallunita-a-oggi/>.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2016. *Rapporto annuale 2016. La situazione del Paese*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2016-la-situazione-del-paese/>.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2015. "Come cambia la vita delle donne. 2004-2014". *Lecture Statistiche - Temi*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/come-cambia-la-vita-delle-donne-anni-2004-2014/>.

- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2014a. "Avere figli in Italia negli anni 2000. Approfondimenti dalle indagini campionarie sulle nascite e sulle madri". *Lecture Statistiche - Temi*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/avere-figli-in-italia-negli-anni-2000/>.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2014b. "Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2012". *Statistiche Report*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/comunicato-stampa/interruzioni-volontarie-della-gravidanza-anno-2012/>.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2014c. "Generazioni a confronto. Come cambiano i percorsi verso la vita adulta". *Lecture Statistiche - Temi*. Roma, Italia: Istat. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/generazioni-a-confronto/>.
- Istituto Superiore di Sanità - ISS. 2023. "Indagine HBSC 2022: convegno nazionale 8 febbraio 2023". *Area web dedicata*. Roma, Italia: ISS. <https://www.epicentro.iss.it/hbhc/indagine-2022-nazionali-convegno-8-febbraio-2023>.
- Istituto Superiore di Sanità - ISS. 2022. "Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019". *Area web dedicata*. Roma, Italia: ISS. <https://www.epicentro.iss.it/consultori/aggiornamenti>.
- Legge 22 maggio 1978, n. 194. "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, N. 140 del 22 maggio 1978. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/22/078U0194/sq>.
- Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, N. 227 del 27 agosto 1975. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/27/075U0405/sq>.
- Loghi, M., A. D'Errico, e A. Spinelli. 2018. "Cosa ci raccontano gli alti tassi di abortività delle cittadine straniere". *Neodemos*. Firenze, Italia: Associazione Neodemos. <https://www.neodemos.info/2018/09/18/alti-tassi-di-abortivita-delle-straniere/>.
- Loghi, M., A. D'Errico, A. Spinelli, M. Pediconi, F. Timperi, M. Bucciarelli, e S. Andreozzi. 2013. "Trent'anni di declino dell'aborto volontario in Italia". *Neodemos*. Firenze, Italia: Associazione Neodemos. <https://www.neodemos.info/2013/05/02/trentanni-di-declino-dellaborto-volontario-in-italia/>.
- Ministero della Salute - MSAL. 2023. *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge 194/78 contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza. Dati 2021*. Roma, Italia: MSAL. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3367>.
- Ministero della Salute - MSAL. 2022. *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78). Dati definitivi 2020*. Roma, Italia: MSAL. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3236.
- Ministero della Salute - MSAL. 2020a. *Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine - aggiornamento 2020*. Roma, Italia: MSAL. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=3039&lingua=italiano.
- Ministero della Salute - MSAL. 2020b. "Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19". *Circolare 30 marzo 2020*. Roma, Italia: MSAL. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73775>.
- Ministero della Salute - MSAL. 2017. *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78). Dati definitivi 2016*. Roma, Italia: MSAL. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2686.
- Minello A., e M. Cannito (a cura di). 2023. *Le equilibriste. La maternità in Italia nel 2023*. Roma, Italia: Save the Children Italia. <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-in-italia-2023>.
- Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali - OsMed. 2022. *L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021*. Roma, Italia: Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA. <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1740782/Rapporto-OsMed-2021.pdf>.

Riferimenti bibliografici

- Regio Decreto 19 ottobre 1930, n. 1398. “Approvazione del testo definitivo del Codice Penale”. *Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia*, N. 251 del 26 ottobre 1930. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1930/10/26/251/sg/pdf>.
- Regio Decreto 13 marzo 1927, n. 478. “Approvazione del regolamento contenente norme per la produzione ed il commercio delle specialità medicinali”. *Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia*, N. 87 del 14 aprile 1927. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1927/04/14/87/sg/pdf>.
- Senato della Repubblica. 1971. *Disegno di legge. Norme per la regolamentazione dell’aborto*. 18 giugno 1971, V Legislatura, n. 1762, <https://www.parlamento.it/service/PDF/PDFServer/DF/312743.pdf>.
- Spinelli A., ed E. Pizzi (a cura di). 2022. “Comportamento Sessuale”. *Presentazione in Convegno “La salute degli adolescenti: i dati della sorveglianza Health Behaviour in School-aged Children HBSC Italia 2022”*. Roma, Italia: Istituto Superiore della Salute. <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/8-2-2023/Comportamento%20Sessuale.pdf>.
- Supreme Court of the United States. 1973. *Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973)*. Washington, D.C., U.S.: Justia U.S. Supreme Court Center. <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/>.
- World Health Organization, Regional Office for Europe - WHO. 2016. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen, Denmark: WHO. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051361>.
- Zardini De Marchi, M.L. 1969. *Inumane vite*. Milano, Italia: Sugar Editore.

