

# LA PREVENZIONE DELLE IVG RIPETUTE E RUOLO DEI CONSULTORI FAMILIARI

Giovanni Fattorini

Struttura Semplice Ginecologia e Ostetricia - Unità Operativa Consultori – AUSL di Bologna

*Indirizzo per corrispondenza:* Dott. Giovanni Fattorini

Responsabile Struttura Semplice Ginecologia e Ostetricia - Unità Operativa Consultori

Via Blu 22, 43100 Parma (PR) Italia

tel: +39 3392817381; fax: +39 3392817381; e-mail: giovanni.fattorini@ausl.bo.it

## ABSTRACT

The percentage of repeated voluntary interruption of pregnancy (VIP) in Italy is lower than other countries. This shows that in our reality, abortion has not become a means of birth control. In recent years, this percentage has been increasing due to the increase in the use of VIP by immigrant women. Italian women's abortion rate: 7,1 abortions per 1000 women in childbearing age. Immigrant women's abortion rate: 26,5 abortions per 1,000 women in childbearing age. Italian women's percentage of repetition: 21,5% women who have already resorted to VIP. Immigrant women's percentage of repetition: 37,2% women who have already resorted to VIP. There are many situations in which the repetition is mainly due to the case, but there is probably a subpopulation of women who presents a greater inclination to resort to VIP. The attempt to scientifically deepen these aspects should not become an excuse to express moral judgments. It is likely that most of these cases is due to difficulties in very deep to govern their own fertility and a desire "excessive and unreasonable" of motherhood. There were taken into account the possible prevention strategies especially by dedicated public services: the Family Counselings. Only by strengthening these services and with the implementation of all the skills, medical, psychological, and with the cooperation of the whole social and sanitary staff and with the cooperation of volunteers will be possible to get more benefits. The adoption of a national program sponsored by the Ministry of Health and coordinated by the "Istituto Superiore di Sanità" could facilitate the achievement of significant epidemiological findings.

## RIASSUNTO

La percentuale di IVG ripetute, è, in Italia, più bassa di altri paesi. Questo dato dimostra che nella nostra realtà il ricorso all'aborto non è diventato un mezzo di controllo delle nascite. Negli ultimi anni questa percentuale è andata crescendo a causa dell'aumento del ricorso all'IVG tra le donne immigrate. Tasso di abortività donne italiane: 7,1 aborti per 1000 donne in età feconda. Tasso di abortività donne immigrate: 26,5 aborti per 1000 donne in età feconda. Percentuale di ripetitività donne italiane: 21,5% donne che sono già ricorse ad una IVG. Percentuale di ripetitività donne immigrate: 37,2% donne che sono già ricorse ad una IVG. Vi sono molte situazioni in cui la ripetizione è dovuta principalmente al caso, ma esiste probabilmente una sottopopolazione di donne che presenta una maggiore inclinazione a ricorrere all'IVG. Il tentativo di approfondire scientificamente questi aspetti, non deve diventare pretesto per esprimere giudizi morali. E' probabile che la maggior parte di questi casi sia da ricondurre a difficoltà molto profonde a governare la propria fertilità e a un desiderio "eccessivo e irrazionale" di maternità. Sono state prese in considerazione le possibili strategie di prevenzione soprattutto da parte dei servizi pubblici dedicati. Solo col rafforzamento di questi servizi e con l'implementazione di tutte le competenze, mediche, psicologiche, e con la collaborazione di tutto il personale sanitario, e di quello sociale e la cooperazione del volontariato sarà possibile ottenere effetti positivi. L'adozione di un programma nazionale promosso dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità potrebbe favorire il raggiungimento di risultati epidemiologicamente significativi.

## INTRODUZIONE

Il tema della prevenzione dell'abortività volontaria è un tema che, fin dall'approvazione della Legge 194, fa discutere tecnici e opinione pubblica. Purtroppo

però la maggior parte di queste discussioni nascono viziate da pregiudizi ideologici, da superficialità scientifica, e da argomentazioni più retoriche che utili ad affrontare in modo concreto ed efficace il cuore del problema.

Questo lavoro non affronterà il tema complesso, ma per necessità generale, dei modi su come ridurre ulteriormente il numero degli aborti volontari nel nostro paese, anche perché chi scrive è della convinzione che un ulteriore, significativo, decremento sarà possibile solo se verranno profondamente modificate le politiche di welfare e di sostegno alla, alle famiglie, e alle coppie soprattutto quelle più giovani, e se verranno difesi e rafforzati i servizi di tutela e promozione della salute sessuale e riproduttiva e non tramite un generico aumento dell'utilizzo degli anticoncezionali.

Questa presentazione affronterà invece un tema più circoscritto e cioè il tema della prevenzione della ripetizione dell'esperienza abortiva al fine di evitare che dopo una prima esperienza, una donna, quella donna debba ricorrervi un'altra volta, e più in particolare quali debbano essere i compiti e le strategie di azione del Servizio Sanitario Nazionale e dei Consultori Familiari in particolare, per intervenire su questo fenomeno, rammentando che proprio i Consultori, come previsto dall'attuale ordinamento, sono l'istituzione titolare di questo impegno.

### **IVG ripetuta e IVG ripetute. Per una definizione del problema**

Non esistono nella letteratura scientifica molti lavori su questo argomento, per cui una definizione condivisa non è stata codificata. Possiamo dire che per IVG ripetuta viene intesa qualsiasi interruzione che segue un'altra, o altre, subite dalla stessa donna in un periodo precedente della sua vita fertile.

Se questa definizione può essere sufficiente a livello statistico-epidemiologico per valutare l'andamento del fenomeno e le tendenze ad utilizzare il ricorso all'IVG al pari di un qualsiasi mezzo contraccettivo, si rileva troppo generica per consentirne un approfondimento sul piano sociale e sanitario. Una cosa infatti è subire una prima IVG all'inizio della propria vita fertile a causa di motivazioni legate per esempio all'età, ed una seconda alle soglie della menopausa per motivazioni speculari e che potremmo ascrivere alla categoria della casualità, ed altra è la ripetizione di una o più IVG in condizioni diverse. Alcuni autori anni or sono hanno proposto come eventuale indicatore della presenza di un atteggiamento di "abortion habit", se di abitudine all'aborto è lecito parlare, la distinzione tra IVG ripetuta e IVG ripetuta "recente" intendendo per quest'ul-

tima quella/e che hanno avuto luogo nei due anni precedenti l'attuale richiesta di IVG. E' probabile che questo indicatore insieme al numero delle IVG ripetute-nessuno ha stabilito però il numero oltre il quale è lecito parlare di "inclinazione all'aborto"-aiuti ad individuare quelle situazioni che già presentano condizioni di rischio superiore a quello medio prescindendo ancora dal tipo di causa, psicologica, sociale o culturale, che sono alla base di tale rischio.

Ma obiettivo di un buon counselling e di una strategia di prevenzione efficace dovrebbe avere come principale indicatore di risultato, proprio il tendenziale azzeramento di situazioni definibili come aborto reiterato recente. (A.R.R.).

### **Qualche considerazione sui dati a nostra disposizione.**

L'ultima relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge "Norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)" presentata il 29/07/2009 riporta i dati definitivi relativi al 2007. Questi dati confermano una sostanziale stabilità della percentuale di IVG effettuate da donne con una storia di una o più IVG precedenti.

Tale tendenza è in corso dal 1990.

La relazione commenta così i risultati in tabella 1: "L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti che si osserva in Italia è la più significativa dimostrazione del cambiamento nel tempo del rischio di gravidanze indesiderate. Se tale rischio fosse rimasto costante avremmo avuto dopo quasi 30 anni dalla legalizzazione una percentuale poco meno che doppia rispetto a quanto osservato, come si desume dall'applicazione di modelli matematici in grado di stimare l'andamento della percentuale di aborti ripetuti al variare del tempo dalla legalizzazione e in costanza del rischio di abortire."

La tabella 2 mostra l'andamento osservato in confronto con quello atteso.

Analizzando poi il dato per cittadinanza delle donne, come in tabella 3, si conferma che il leggero aumento osservato negli ultimi anni è da imputare al sempre maggior contributo delle cittadine straniere, che, come risulta dalla tabella, presentano valori percentuali di IVG precedenti nettamente superiori a quelli delle cittadine italiane (37,21% rispetto a 21.5%).

**Tabella 1** - IVG (%) per IVG precedenti. 1983-2007

ANNO	I IVG	II IVG	III IVG	≥ IV IVG	TOTALE
1983	18.0	4.5	1.4	1.0	24.9
1987	20.4	6.2	2.1	1.4	30.0
1991	18.9	5.6	1.8	1.2	27.5
1995	17.8	5.1	1.6	1.0	25.5
2000	17.1	5.1	1.6	0.9	24.9
2004	17.6	5.1	1.6	1.1	25.4
2007	18.5	5.5	1.7	1.2	26.9

**Tabella 2** - Percentuali di IVG ottenute da donne con precedente esperienza abortiva (aborti legali) in Italia (1989-2007)

	1989	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
osservati	30.0	28.9	27.6	26.3	24.8	24.5	24.9	24.2	24.3	24.9	25.4	26.3	26.9	26.9
attesi	36.9	38.3	40.5	42.0	43.0	43.8	44.2	44.4	44.5	44.6	44.6	44.6	44.6	44.7

**Tabella 3** - IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica. 2007

	I IVG (ITALIANE)	I IVG (STRANIERE)	II IVG (ITALIANE)	II IVG (STRANIERE)	≥3 IVG (ITALIANE)	≥3 IVG (STRANIERE)	TOTALE (ITALIANE)	TOTALE (STRANIERE)
NORD	16.2	24.9	3.2	8.0	1.2	4.3	20.6	37.2
CENTRO	15.0	23.3	3.3	9.2	1.3	6.3	19.6	38.8
SUD	16.8	20.3	5.4	9.5	2.9	6.5	25.1	36.3
ISOLE	13.5	16.8	3.3	7.8	1.5	5.3	18.3	29.9
ITALIA	15.9	23.7	3.9	8.4	1.7	5.1	21.5	37.2

Il leggero incremento dei valori osservati negli ultimi anni è conseguenza del contributo delle immigrate che hanno un rischio di abortire, e quindi di riabortire, più elevato rispetto alle italiane. È confortante che le straniere, che sono nella con-

dizione delle italiane 30 anni fa, utilizzino i servizi sanitari ed, in particolare, i Consultori Familiari. visto il ruolo positivo che tali servizi hanno avuto nella riduzione del rischio tra le italiane. Infine riportiamo, sempre dalla relazione ministe-

riale, un confronto con altri Paesi che mostra come i valori italiani sono tra i più bassi a livello internazionale (tabella 4).

In conclusione, l'andamento degli aborti ripetuti rispetto all'atteso è una importante conferma che il rischio di gravidanze indesiderate, e quindi la tendenza al ricorso all'aborto, nel nostro Paese, non è costante, ma in diminuzione (escludendo il contributo delle straniere).

#### Alcune osservazioni.

1. Il tasso del 21% di donne italiane e il 37,2 di donne immigrate che ripetono una IVG, di cui circa un 5% è alla terza o più esperienza abortiva, è, come abbiamo visto, un tasso basso rispetto a quello atteso, e basso rispetto a molti altri paesi, ma è un tasso che può essere ancora ridotto a seconda delle strategie che si sceglierà di utilizzare. Forse proprio quel 5% dovrebbe diventare il target a cui dedicare le maggiori attenzioni.
2. I dati a nostra disposizione, per quanto ricchi e molto attendibili (non si loderà mai

abbastanza l'efficienza del nostro sistema di sorveglianza a cui va riconosciuta una parte importante e purtroppo sottovalutata dei positivi risultati raggiunti dalla legge 1949, non ci dicono molto, a parte la nazionalità, delle caratteristiche delle donne che tendono a ripetere più frequentemente l'IVG. Non sappiamo infatti, se non approssimativamente, le classi di età, lo stato civile, il titolo di studio, l'occupazione, i precedenti ostetrici. E' auspicabile che questi dati possano essere raccolti e messi a disposizione di chi lavora in questo ambito allo scopo di rendere più efficaci le politiche di prevenzione.

3. Ancora una volta il tema delle donne immigrate si ripropone con forza, e con altrettanta evidenza si pone il problema di differenziare l'approccio al controllo della fertilità a seconda del gruppo etnico di appartenenza. Il fatto che una grande parte delle donne immigrate scelga il C.F., oltre il 50% (51,2% secondo l'ultima relazione ministeriale), come luogo della certificazione affida a questo servizio

**Tabella 4.** IVG (%) per IVG precedenti: confronti internazionali.

PAESE/ANNO	0 IVG	1 IVG	2 IVG	≥ 3 IVG	≥1
ITALIA (2007)	73.1	18.5	5.5	2.9	26.9
ITALIA (2006)	73.0	18.6	5.5	3.0	27.1
SPAGNA (1996)	77.0	18.0	3.9	1.2	23.0
FRANCIA (1997)	75.3	19	14.1	1.5	24.7
INGHILTERRA/ GALLES (2007)	67,6	24.9	5.6	1.9	32.4
OLANDA (2002)	68.1	23.4	5.7	2.7	31.9
NORVEGIA (1996)	68.0	23.6	6.2	2.1	32.0
DANIMARCA(1995)	62.4	22.6	9.1	5.9	37.6
SVEZIA (1996)	62.3	25.3	8.4	4.0	37.7
UNGHERIA (1996)	55.0	26.4	10.7	8.0	45.0
USA (2004)	53.4	26.8	19.8	19.8	46.6
REP. CECA (1996)	52.2	27.0	12.8	8.0	47.8

una responsabilità in più, ma consegna ad esso una sfida sociale sanitaria e, perché no, anche politica di grande rilievo, nell'ottica di favorire una integrazione equilibrata e solida tra immigrati e cittadini italiani.

4. Rispetto a molti paesi, come si è visto, i valori italiani possono essere considerati buoni, ma tenuto conto del fatto che il ricorso all'IVG negli ultimi due anni sembra aver ricominciato a diminuire, dopo alcuni anni di stallo, concentrare risorse ed energie nella ulteriore riduzione delle ripetizioni, sembra essere un impegno che vale la pena di essere intrapreso.

### Cause e motivazioni

Nel tentativo di indagare le cause o i gruppi di cause che possono essere alla base di questa "maggiore attitudine all'aborto volontario" vi sono ragioni che possono essere attribuite a caratteristiche dipendenti dal tipo di personalità del soggetto a ragioni prevalentemente socioeconomiche e a ragioni eminentemente culturali. Ognuna di queste motivazioni non è mai da assumere come unica causa della scelta abortiva, poiché spesso le diverse ragioni si intrecciano inestricabilmente. L'attribuzione prevalente però ad una di esse può risultare utile a scopo interpretativo e di ricerca.

Corre l'obbligo peraltro, prima di affrontare questo tema, di sbarazzare il campo da interpretazioni che per l'indubbio impatto etico di questi temi, potrebbero essere utilizzati a supporto di posizioni proibizioniste che personalmente non condividiamo, anche se consideriamo legittimi, e da rispettare pienamente i principi etici che le sorreggono. Ciò che si vuol dire è che le categorie di decodificazione di alcuni comportamenti non dovrebbero essere unilateralmente decifrate secondo una griglia morale e soprattutto tali categorie non dovrebbero costituire causa di stigma sociale o di giudizio etico sulle persone.

Il primo gruppo di cause riguarda ambiti che attengono a caratteristiche tipiche di personalità.

Si tratta in genere di donne che sottoposte a test di valutazione dell'impulsività rivelavano comportamenti poco riflessivi, incapacità a prevedere le conseguenze delle loro azioni, e a pianificare i propri comportamenti. Tra queste donne sono state individuate molti elementi di "instabilità" personale, affettiva e professionale.

Nel corso di alcune indagini svolte a Ginevra negli anni 70 l'attenzione dei ricercatori si concentrò sul cosiddetto *Risk-taking* e, cioè, quella caratteristica psicologica associata a diversi indici (pratica del gioco d'azzardo, modalità di trascorrere le vacanze, - programmate o no-, presenza o assenza di un bilancio, amore per gli imprevisti etc.) che delineano una forma di personalità "*volubile*".

Ebbene queste caratteristiche risultavano particolarmente presenti nel gruppo di donne che tendevano a ripetere l'esperienza abortiva rispetto ai gruppi di controllo.

Il secondo gruppo di cause -in qualche modo assimilabile al primo- riporta il tema delle caratteristiche di personalità che, interpretate secondo criteri psicodinamici, riconoscerebbe come triade psicologica fondamentale una tendenza alla depressione, un grande senso di dipendenza, e una forte passività. Soprattutto quest'ultima, associata ad un frustrante desiderio di essere invece più intraprendenti, e quindi più capaci di controllo, genererebbe l'apparente irrazionalità che giustifica i comportamenti più discordanti.

Nei lavori citati mentre appariva evidente che queste caratteristiche erano appannaggio delle donne che reiteravano il ricorso all'aborto volontario, non sembrava vi fossero significative differenze rispetto al gruppo di controllo relativamente al livello culturale o socioeconomico, ma su questo torneremo in seguito.

Vi è poi un terzo gruppo di cause che potremmo attribuire a motivi di ordine socio-economico ed affettivo. Si tratta in questo caso di fasce di popolazione minoritarie caratterizzate da una rilevante deprivazione socio-affettiva e da situazioni di emarginazione sociale (tossicodipendenti, ex tossicodipendenti, immigrati precari, etc.).

In questo caso le motivazioni "psichiatriche" appaiono quasi sempre presenti, ma la caratteristica centrale è la situazione di isolamento e "impoverimento relazionale ed affettivo" che conducono più facilmente a comportamenti autolesionistici, autopunitivi etc.

Infine vi è un ultimo gruppo di cause che potremo definire di ordine culturale. Intendiamo con questa categoria le ragioni che attengono all'idea soggettiva che ogni individuo -donna in particolare- si è andata facendo dell'interruzione volontaria della gravidanza a partire dal suo contesto ambientale,

**Tabella 5.** Primi tre paesi di cittadinanza per le donne che effettuano IVG nelle regioni italiane - Anno 2004

REGIONE	% CITTADINANZA	% CITTADINANZA	% CITTADINANZA
<b>Piemonte</b>	Romania(39,5%),	Marocco(10,1%)	Albania(8,5%)
<b>Valle d'Aosta</b>	Marocco(43,8%)	Perù(9,4%)	Francia,Romania,Moldavia,Filippine(6,3%)
<b>Lombardia</b>	Romania(14,5%)	Ecuador(11,5%)	Perù(10,7%)
<b>Bolzano</b>	Albania(5,5%)	Macedonia	Marocco(3,4%)
<b>Trento</b>	Romania(71,9%)	Moldavia(38,2%)	Albania(33,7%)
<b>Veneto</b>	Romania(22,0%)	Moldavia(11,8%)	Albania(7,6%)
<b>F.V. Giulia</b>	Romania(14,5%)	Albania(11,1%)	Jug. Serbia-Montenegro(9,6%)
<b>Liguria</b>	Ecuador(40,7%)	Romania(10,8%)	Albania(8,6%)
<b>E.Romagna</b>	Romania(14,4%)	Moldavia,Marocco(8,9%)	Albania(7,7%)
<b>Toscana</b>	Romania(26,5%)	Albania(11,3%)	Cina(9,0%)
<b>Umbria</b>	Romania(24,2%)	Albania (11,4%)	Ecuador (10,2%)
<b>Marche</b>	Romania(17,8%)	Albania(11,1%)	Marocco(7,2%)
<b>Lazio</b>	Romania(47,9%)	Ucraina(6,2%)	Perù(5,3%)
<b>Abruzzo</b>	Romania(27,7%)	Albania(10,9%)	Cina(9,6%)
<b>Molise</b>	Romania(28,8%)	Albania(13,5%)	Ucraina(11,5%)
<b>Campania</b>	Ucraina(43,8%)	Romania(12,5%)	Polonia(9,1%)
<b>Puglia</b>	Albania(25,1%)	Romania(23,4%)	Polonia(6,6%)
<b>Basilicata</b>	Romania(33,3%)	Albania(18,6%)	Ucraina(14,8%)
<b>Calabria</b>	Romania(26,2%)	Ucraina(23,4%)	Bulgaria(9,6%)
<b>Sicilia (*)</b>	Romania(22,6%)	Sri Lanka(10,2%)	Tunisia(7,3%)
<b>Sardegna</b>	Romania(21,0%)	Cina(15,0%)	Nigeria(10,2%)

Nota: La percentuale è calcolata sul totale delle IVG effettuate da cittadine straniere.

(\*)I dati della regione Sicilia sono incompleti.

dall'universo di credenze e valori in cui è o era immersa, dall'utilizzo socialmente accettato o no di questa pratica nella realtà di origine.

L'esempio che non solo viene naturale fare, ma in questo caso si è obbligati a fare, è proprio legato alle donne immigrate che provengono da contesti molto diversi e nei quali l'aborto volontario assume volta per volta significati diversi.

Ma se come abbiamo detto il gruppo delle donne immigrate presenta tassi di abortività molto più elevati di quelli delle donne italiane, non tutto il mondo dell'immigrazione è uguale.

Riportiamo qui di seguito una tabella che offre una sintesi del fenomeno, ma che ci consente soprattutto di valutare in termini percentuali il contributo delle diverse nazionalità (La tabella è tratta da "La salute delle donne: Un diritto in costruzione "1978-2008" a cura Ministero della Salute nel trentesimo anniversario dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).

"Abbastanza diverso risulta anche il ricorso all'IVG per età della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle più avanzate. La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine. Anche i tassi di abortività evidenziano un ricorso all'aborto volontario maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane. Infatti, utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-24 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle donne straniere residenti in Italia. Questo è risultato essere pari a 25,4 per 1000 nel 1996 e 29,4 nel 2004 (valori standardizzati). Si evidenzia quindi un aumento negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, che presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (quasi 4 volte nel 2004) e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di IVG di donne straniere per ogni IVG effettuata da donne italiane".

E' evidente che il maggior ricorso all'IVG tra le donne immigrate è appannaggio delle donne che provengono dai paesi dell'Est, che peraltro sono gli stessi paesi che presentano i più alti tassi di abortività volontaria e di ripetitività. L'esempio si presta

molto bene a sostenere la tesi che al di là di motivazioni legate alla condizione di migrante, condizione già di per se poco favorevole a scelte orientate alla procreazione, gli alti tassi di abortività e di ripetitività registrati in Italia soprattutto tra alcune nazionalità, sembrano dipendere da attitudini e convinzioni socioculturali già presenti nei paesi di origine, e che probabilmente al di là di spiegazioni più complesse potremmo più semplicemente attribuire ad una sorta di "teoria della continuità". Teoria che "si regge sulla premessa paradossale della continuità del processo riproduttivo e non fa differenza tra il mero materiale biologico del concepimento e il concepito, un ente che comunque lo si voglia definire non può essere ridotto a mero ammasso di cellule"\*.

E' probabilmente questa assenza di percezione, questo scarto di sensibilità incrementato in quei paesi da una grossolana propaganda, natalista o antinatalista, a seconda delle convenienze dei vari regimi al potere e durata decenni, a spiegare, in parte, l'apparente indifferenza con la quale queste donne affrontano una IVG. Ma se questo è vero si apre allora un ulteriore interrogativo: quando le generazioni di donne presenti in Italia da più tempo si adegueranno ai comportamenti delle nostre connazionali? Per quanto ancora manterranno le abitudini contratte nei paesi di origine? Quale spazio vi è per interventi attivi volti a modificarli? E' dalla risposta a queste e a molte altre domande che si potranno valutare, nel prossimo futuro, le capacità positive di integrazione del nostro sistema a cui peraltro il fenomeno immigratorio sta già dando contributi importanti sul piano economico e culturale.

A conclusione di questo paragrafo un'ultima osservazione.

Se dovessimo individuare un elemento comune che lega e parzialmente spiega i diversi tipi di comportamento che abbiamo descritto, dovremmo concentrare la nostra attenzione su un aspetto a prima vista paradossale e cioè la presenza in tutte, o quasi, queste donne di un desiderio di gravidanza prima ancora che irrazionale, eccessivo e particolarmente viscerale.

Ciò dimostrerebbe che l'attitudine a ripetere l'IVG non è la conseguenza, come si potrebbe immaginare, di una mancanza di desiderio di gravidanza, ma piuttosto l'indizio del suo contrario e cioè l'eccessivo e perciò "irragionevole" desiderio di maternità.

\*Maria Moneti Codignola: L'enigma della maternità

tà. Etica e ontologia della riproduzione. pag100

## IVG RIPETUTE E CONTROLLO DELLA FERTILITÀ

Nell'analisi delle ragioni che condurrebbero alcune donne a ripetere l'esperienza abortiva tema centrale è il rapporto tra queste esperienze e le scelte di controllare adeguatamente la propria fertilità. Il tema è molto denso e tocca uno dei tasti più sensibili dell'universo psicologico femminile.

Ci limiteremo ad alcune osservazioni.

La prima legittima domanda che ci si è posti e a cui alcuni dei pochi lavori su questo argomento hanno tentato di dare una risposta è stata questa: le donne che si sottomettevano con una certa frequenza all'IVG "preferivano" l'aborto alla contraccezione? Ora, se accantoniamo percentuali sempre molto basse di donne che dichiaravano esplicitamente di preferire un intervento "brutale" ma saltuario ad una "manipolazione continua" di qualsiasi natura sul loro corpo, la stragrande maggioranza delle donne intervistate rispondeva di preferire la contraccezione all'aborto.

Questo sia che le donne fossero alla prima esperienza abortiva, sia che fossero tra il gruppo di coloro che avevano già avuto esperienze precedenti. Quindi, anche in questo ultimo gruppo l'aborto risulterebbe più subito che scelto.

Una seconda legittima domanda riguarda le informazioni in possesso di questo gruppo di donne riguardanti in particolare la fisiologia della riproduzione, condizione necessaria, ma non sufficiente, come oggi sappiamo, per decidere lucidamente di adottare una tecnica contraccettiva. Anche a questa seconda domanda, sulla base dei dati della ricerca fino ad ora prodotta si è orientati a rispondere che non sembrano esservi differenze tra le donne che ripetono un aborto volontario e le altre.

E' da segnalare sì, e con preoccupazione, un permanente analfabetismo sui meccanismi della riproduzione, vedi i diversi lavori prodotti dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su questo argomento, ma questa ignoranza taglia trasversalmente tutti i gruppi di popolazione concentrandosi naturalmente sui soggetti più deboli, ma non sembra questa la causa principale che determina l'appartenenza ad uno dei due gruppi.

Ancora, anche per quanto riguarda l'uso dichiarato

dei diversi sistemi contraccettivi non risulterebbero grandi differenze tra chi tende a ripetere e chi no. Secondo alcune ricerche inoltre i due fenomeni - uso dei contraccettivi e ricorso all'aborto - presenterebbero invece un andamento parallelo nel senso che le donne che fanno più spesso ricorso ai contraccettivi sarebbero le stesse che fanno più spesso ricorso all'aborto.

I risultati di altri lavori confermerebbero questa ipotesi, visto che il gruppo di donne che era alla sua seconda esperienza abortiva era anche quello che aveva praticato più delle altre la contraccezione nell'anno successivo al primo aborto, utilizzato un mezzo anticoncezionale al momento del concepimento, e previsto di far ricorso in futuro a mezzi contraccettivi. Non risulterebbe confermato, quindi, che questa categoria di donne scelga l'aborto al posto della contraccezione, né che questa categoria rifiuti aprioristicamente l'utilizzo di mezzi contraccettivi.

Quello a cui si assiste nella maggioranza dei casi è quindi una scissione tra una dichiarata accettazione dei mezzi contraccettivi e i comportamenti effettivi.

La spiegazione di questa apparente incoerenza sta nel fatto che, dichiarare di utilizzare un contraccettivo, e magari utilizzarlo davvero ma in modo non convinto e sostanzialmente di mala voglia, e servirsi invece di strumenti per controllare davvero la propria fertilità sono due cose molto diverse. Nel primo caso, errori, fallimenti, abbandoni, sono all'ordine del giorno; nel secondo, tecniche contraccettive sulla carta meno efficaci, ma utilizzate con determinazione in un clima di complicità affettiva con il partner e in situazioni di assenza di conflittualità procreativa, possono risultare altrettanto efficaci.

Non si vuole sostenere in questa sede che ogni tecnica ha lo stesso grado di efficacia teorica, ma che l'accettazione psicologica, la convinzione personale, il clima all'interno della coppia, i vantaggi percepiti sono ancora più importanti di quest'ultima e che compito di un buon counselor è quello di fare sì che l'efficacia teorica si traduca in efficacia concreta.

A conferma del rapporto contraddittorio tra aborto ripetuto e contraccezione vorremmo segnalare, infine, l'esempio di alcuni grandi Paesi che hanno molte analogie con il nostro, e nei quali assistiamo alla contemporanea presenza di alti tassi di ricorso

all'aborto volontario e di alti tassi di utilizzazione dei contraccettivi considerati più sicuri.

Per limitarci alla contraccezione ormonale (C.O.), che rispetto ad altre tecniche contraccettive è forse quella di cui abbiamo maggiori, e più attendibili, conoscenze in termini di uso, quasi tutti i Paesi europei mostrano percentuali di utilizzo superiori a quelli Italiani. Per fare un esempio, la Gran Bretagna (G.B.) e la Francia presentano tassi di utilizzazione della C.O. rispettivamente del 33% e di oltre il 40%; ciò significa, in sostanza, che più di un terzo abbondante delle donne in età fertile di quei paesi assumono la pillola rispetto ad un risicato 21% delle donne italiane. Ma quando scorriamo i tassi di abortività di quei paesi vediamo che la G.B. presenta un tasso di abortività del 18,2 per mille, e la Francia del 16,9 per mille rispetto ad un tasso italiano che è del 10,7 per mille.

E' vero altresì che i due Paesi che presentano i più alti tassi di utilizzo della C.O. in Europa (oltre il 50% delle donne ne farebbero uso) e cioè Belgio e Olanda sono tra i pochi Paesi che hanno tassi di abortività inferiori a quelli italiani, ma la differenza (9,6 per mille il Belgio 8,6 l'Olanda) non sembra essere spiegabile solo da un consumo molto più elevato di C.O.

### **Fattori di rischio**

Oltre al tema centrale del "difficile" rapporto con la contraccezione è possibile rintracciare nel gruppo di donne che, come abbiamo già detto, presentano maggiori difficoltà a controllare la propria fertilità, ulteriori elementi distintivi che possono essere a tutti gli effetti considerati fattori di rischio. Questi "fattori", a parte l'età e il caso di una precedente IVG, sono in realtà gli stessi fattori di rischio che espongono le persone che presentano tali caratteristiche anche ad una prima IVG.

Il solo fatto, quindi che un primo aborto sia stato già subito, conferma non solo la correttezza dell'individuazione di questi fattori come fattori di rischio, ma soprattutto il fatto che questi dovranno essere tenuti presenti nelle strategie successive di prevenzione.

#### **1) Livello di istruzione**

Se per alcuni anni, dopo l'introduzione della legge 194, il basso livello di istruzione non sembrava dimostrarsi una prerogativa delle donne che accedevano con più frequenza all'aborto vo-

lontario, con il passare degli anni questo indice ha assunto un valore sempre più rilevante. Se è vero che il ricorso all'IVG è sempre più in correlazione con le condizioni socio-economiche, e il grado di istruzione è a sua volta correlato con lo stato socioeconomico, ne deriva che le donne meno istruite presentano tassi di reiterazione più alti delle altre. La componente delle donne immigrate gioca, anche in questo caso, un ruolo importante, ma forse non decisivo, come si potrebbe immaginare.

#### **2) Stato civile**

Anche per lo stato civile vale lo stesso discorso fatto precedentemente a proposito del livello di istruzione. Nel 2004 il numero di donne sposate che erano ricorse ad una IVG è diventato pari al numero delle donne non sposate. Tra queste, le donne separate e divorziate costituiscono oggi un gruppo piuttosto numeroso. Vi è da ricordare a questo proposito che in Italia, a differenza di molti altri Paesi, le nascite al di fuori del matrimonio sono ancora molto poche. La tendenza quindi che espone le donne non sposate ad evitare gravidanze non desiderate, e quindi a ricorrere più spesso all'aborto ripetuto, non sembra dipendere da caratteristiche tipiche di questo gruppo di donne o a condotte sessuali più spericolate, quanto dal fatto che nel nostro Paese l'idea di riproduzione è ancora fortemente legata all'idea di matrimonio.

#### **3) Età**

Se è vero che la probabilità di ricorrere più volte all'aborto aumenta, per una pura ragione di esposizione, con l'età della donna, per cui un gruppo di quarantenni non può che presentare una percentuale di ripetizione molto più elevato di un corrispondente gruppo di donne di vent'anni, è altrettanto vero che, sia per specifiche condizioni psicosociali, che per ragioni di "tempo futuro a disposizione", le adolescenti debbano essere considerate un gruppo a rischio.

I dati a nostra disposizione sono anche in questo caso confortanti; a tutti è noto infatti che i tassi di abortività tra le adolescenti italiane sono tra i più bassi del mondo, ma è altrettanto vero che questi tassi rimangono costanti nel tempo e non hanno seguito come per le altre fasce di età i decrementi che abbiamo constatato in questi anni. Anche in questo caso il gruppo delle adolescenti

immigrate costituisce un gruppo più a rischio, nell'ambito di un gruppo già a rischio.

#### 4) **Pratica religiosa**

E' noto che non sembrano esservi differenze significative, in relazione alla scelta di interrompere una gravidanza tra donne che si dichiarano credenti e donne che dichiarano di non esserlo, mentre sembra vi sia una differenza tra donne che si dichiarano credenti e praticanti, e donne che si dichiarano credenti ma non praticanti e donne non credenti, in relazione alla ripetitività abortiva. Qualche lavoro ha suggerito l'ipotesi che anche l'ambiente circostante rivesta una qualche importanza, nel senso che la frequentazione di ambienti in cui la pratica religiosa è diffusa avrebbe un effetto disincentivante la reiterazione dell'aborto volontario.

Di grande interesse sarebbe avere informazioni, sempre in riferimento alla popolazione immigrata, sul rapporto tra le credenze religiose presenti nelle varie etnie e la scelta di interrompere, ma soprattutto di ripetere, una interruzione di gravidanza.

#### 5) **Precedente/i IVG**

Secondo il ragionamento che ci ha guidati fino a questo punto l'anamnesi positiva per precedenti IVG va attentamente considerata perché, se una esperienza precedente, lontana nel tempo, in un contesto umano affettivo e sessuale diverso da quello attuale non costituisce di per sé un vero e proprio fattore di rischio, diverso è il caso se il precedente assume le caratteristiche di una situazione di disagio riproduttivo, la manifestazione di una cultura "continuista" che mettendo sullo stesso piano contraccezione e IVG ricorre alla prima o alla seconda secondo parametri illusoriamente utilitaristici.

Per finire, non abbiamo volutamente preso in considerazione tutti i possibili "fattori di rischio" agiuntivi alle condizioni di fondo che sono state esaminate, all'unico scopo di rendere questo contributo più "fruibile" da chi si dedica a questi temi e rendere più facile l'elaborazione di strumenti atti a comprendere e ad intervenire con la delicatezza e la determinazione del caso.

#### **Strategie di prevenzione**

La strategia volta a evitare la ripetizione di una IVG non dovrebbe essere rivolta principalmente a con-

vincere la donna ad utilizzare un contraccettivo, ma dovrebbe sottolineare altri due aspetti: il valore dell'assunzione di una mentalità che pone la responsabilità procreativa come principio di etica personale e sociale e contemporaneamente puntare sui vantaggi pratici di comportamenti responsabili. I rischi maggiori non sono tanto legati alla dichiarata resistenza ad utilizzare contraccettivi, quanto ad una accettazione non convinta, e sufficientemente interiorizzata, in grado di farsi carico di una contraddizione inevitabile e, cioè, la dichiarata volontà di non essere nelle condizioni di procreare e comportarsi come se, invece, la volontà vera, magari non cosciente, o il desiderio non espresso razionalmente, fosse invece quello di sperimentare una maternità.

I primi e più importanti compiti di un counselling in occasione di una richiesta di interruzione di gravidanza dovrebbero essere quello di valutare la reale volontà di interrompere la gravidanza, offrire le possibili alternative nel pieno rispetto della dignità e libertà della donna ed insieme valutare quali probabilità vi sono che questo gesto possa essere reiterato.

Obiettivo, il terzo che andrebbe perseguito con un mix di atti e proposte.

Il colloquio dovrebbe quindi proporsi con tutti i "se" del caso, di collocare idealmente il soggetto in un gruppo più a rischio o in uno meno a rischio; gruppo quest'ultimo che risulterà, senza dubbio, anche quello più numeroso. Gli strumenti sono in parte quelli che abbiamo già segnalato: un'anamnesi attenta che indaghi i precedenti riproduttivi, ma anche le caratteristiche di personalità che abbiamo descritto, e le caratteristiche del conflitto in relazione al desiderio di maternità e all'utilizzo delle tecniche di controllo della fertilità. I compiti dei ginecologi che affrontano questi temi dovrebbero essere quanto più standardizzati e tenere presente il livello di complessità del caso.

Praticamente questo impegno dovrebbe essere rivolto a comprendere e a graduare questa complessità attribuendosi la responsabilità di discernere le situazioni che possono essere affrontate dal medico e quelle che vanno inviate a professionisti specificamente competenti.

#### **Proposta di un percorso possibile.**

- Valutazione della complessità del caso e attribu-

zione del soggetto nel gruppo a maggiore o minore rischio, avvalendosi della consulenza di personale specificamente formato (psicologi, etc).

- Definizione di una proposta di presa in carico più o meno attiva a seconda delle caratteristiche della persona. A tutte andrebbe offerto un colloquio e una visita di controllo dai 14 ai 21 giorni dopo l'intervento. (vedi le Linee Guida ACOG e ANAES). Va ricordato a questo proposito che la condizione di fertilità si riottiene molto rapidamente dopo una IVG. Nel 75% dei casi l'ovulazione compare entro sei settimane dopo l'aborto, nel 50% dei casi entro le prime tre settimane. La necessità quindi di affrontare tempestivamente il tema della contraccezione va tenuto assolutamente presente.

Il grado di interventismo (semplice appuntamento formalizzato, appuntamento più sollecitazione telefonica nei giorni che precedono il giorno dell'appuntamento, eventuale coinvolgimento del partner) andrebbe discusso in sede di equipe consultoriale sulla base di protocolli operativi collaudati. Le Linee Guida che trattano questi argomenti danno indicazioni abbastanza chiare - sul piano strettamente sanitario- sui criteri da adottare nell'impiego dei diversi contraccettivi, ma al di là di situazioni specifiche che possono essere individuate anche nella fase prima dell'intervento penso che il tema dovrebbe essere affrontato all'interno di un rapporto di relazione e di cura evitando interventi troppo "automatici".

- Definizione delle modalità di counselling post-intervento.

Non sarebbe necessario, ma va comunque ribadito che le donne, dopo una IVG dovrebbero essere trattate come ogni donna che richiede una consulenza contraccettiva e, quindi, con atteggiamento rispettoso, non giudicante, e libero da pregiudizi.

Centrale in questo step dovrebbe diventare la valutazione sulle eventuali resistenze alla contraccezione. Ricordiamo, ancora, che spesso le resistenze esplicite a questo o quell'altro metodo sono il segnale di una reattività positiva nei confronti della quale la "negoziante" terapeutica può ottenere maggiori successi rispetto a forme di resistenze implicite che sono quasi sempre alla base di errori o fallimenti contraccettivi successivi.

Nel tentativo di essere ancora più pratici ci sentiamo di offrire alcuni suggerimenti.

- a) Nel caso la scelta si sia rivolta nei confronti di uno IUD, l'appuntamento dovrebbe essere fissato per la prima mestruazione dopo l'intervento -fatte salve tutte le precauzioni e gli accorgimenti della buona pratica clinica- a parte quelle situazioni dove è stato possibile discuterne prima e dove l'inserimento può avvenire nel corso della stessa seduta chirurgica.
- b) Nel caso la scelta sia stata quella di un contraccettivo ormonale, valgono, soprattutto in questi casi, alcune regole sulle quali da tempo è in atto una progressiva condivisione:
  - prescrizione del C.O. nel corso della stessa visita di controllo;
  - prescrizione di più confezioni;
  - prenotazione di un controllo a distanza di qualche mese allo scopo di confermare la prescrizione iniziale o cambiare il contraccettivo ormonale;
  - assicurazione di counselling telefonico.
- c) Nel caso la scelta sia stata il Condom o il Diaframma andrebbe tenuta presente l'opportunità della prescrizione di un contraccettivo a base di Levonorgestrel da utilizzarsi nei casi di emergenza. In questo caso il colloquio dovrà tendere ad informare con molta chiarezza sulle caratteristiche della contraccezione d'emergenza dei suoi vantaggi e dei suoi limiti.
- d) Non andrebbero trascurati o irrisi anche i metodi naturali che andrebbero comunque presentati spiegandone vantaggi e svantaggi.

## CONCLUSIONI

Se è vero che i dati statistici forniti dal sistema di sorveglianza potrebbero rassicurarci sul fatto che la situazione italiana è "migliore" di quella di altri Paesi, ciò non toglie che si possa fare ancora di più e cimentarsi con l'inedito problema rappresentato dalle donne immigrate che, come abbiamo visto, non solo ricorrono all'IVG con una frequenza decisamente superiore alle Italiane (tasso di abortività delle italiane 7,1 per mille rispetto ad un tasso del 26,5 per mille delle donne immigrate) ma tendono anche a ripetere l'aborto volontario più frequentemente.

Non esistono molti lavori che abbiano approfondito l'argomento soprattutto ai fini di proporre strategie di prevenzione.

Siamo dell'opinione che, proprio grazie all'esperienza accumulata in questi anni soprattutto dai Consultori Familiari ci troviamo oggi in una posizione privilegiata per affrontare con ancora maggiore convinzione l'impegno di rendere le donne, e le coppie, più libere di vivere una sessualità serena, non obbligata alla procreazione, ma nemmeno slegata per definizione, dal desiderio e dal piacere della generazione. Un primo compito molto concreto che il SSN può assumersi è quello di contribuire a ridurre ulteriormente il numero delle IVG, di farlo soprattutto nelle fasce di popolazione che oggi presentano i tassi di abortività più alti, di lavorare alacremente per ridurre il ricorso ripetuto all'IVG. Questo ultimo aspetto dovrebbe costituire ambito di ricerca e riflessione, e terreno sul quale cimentarsi concretamente.

Se è vero che risulta molto difficile pensare di intervenire su una sfera tanto delicata e soggettiva come è quella procreativa, è anche vero che, se isoliamo nell'ambito della prevenzione dell'aborto volontario in generale, il tema dell'aborto ripetuto, è immaginabile che uno sforzo culturale fatto ai diversi livelli del S.S.N., che prevede l'adozione di protocolli, indicazioni comuni, Linee Guida, un più forte e sereno rapporto tra istituzioni e mondo del volontariato, e del privato sociale in un clima di rispettoso riconoscimento dei diversi ruoli, possano ottenere con il tempo successi significativi e misurabili.

Non si tratta di coltivare complessi di onnipo-

tenza quanto affinare e sperimentare strumenti di counselling in grado di coniugare il rispetto per la libertà degli individui e l'opportunità di ridurre al minimo quei comportamenti che potrebbero assumere aspetti autolesionistici, oggettivamente offensivi per la dignità delle donne e potenzialmente pericolosi per il benessere della coppia.

Questo sarà più facile se verrà accettata la convinzione che l'aborto non costituisce uno scacco solo per la donna che lo subisce, ma una sconfitta che riguarda un po' tutti.

Infine, se è vero che il primo passo per avviare a soluzione un problema è quello di riconoscere che il problema esiste, forse questo non è stato fatto, fino ad ora, in modo sufficiente. Ma è pur vero che il tema è da tempo all'attenzione degli osservatori più sensibili e abbiamo cominciato a comprendere, seppur per sommi capi ancora, alcuni aspetti della questione.

Un piano generale redatto a livello nazionale, sulla scorta per esempio del "Piano nazionale di prevenzione delle IVG nelle donne straniere", elaborato dal Ministero della Salute, che individui gli aspetti più rilevanti delle azioni da mettere in atto, dall'organizzazione dei servizi, alla formazione del personale, ad un sistema di valutazione dei risultati, e che le Regioni potrebbero adottare adeguandolo alle rispettive realtà, potrebbe essere una proposta sulla quale aprire un dibattito, anche sulle pagine di questa rivista.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Legge 22 Maggio 1978 n194: "Norme per la tutela sociale della Maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Gazzetta Ufficiale 22 Maggio 78 n140.
2. Legge 29 Luglio 1975 n 405: "Istituzione dei Consultori Familiari".
3. Gazzetta Ufficiale 27 Agosto 1975 n 227: leggi regionali relative alla istituzione e disciplina dei consultori familiari.
4. Legge 11 Agosto 1991 n266: "Legge quadro sul volontariato".
5. Gazzetta Ufficiale 22 Agosto 1991 n196 e leggi regionali che disciplinano i rapporti tra le regioni e le organizzazioni del volontariato.
6. Ministero della salute. Decreto ministeriale 24 Aprile 2000: Adozione del progetto obiettivo materno infantile (POMI) relativo al "Piano Sanitario 1998-2000. (www.ministerosalute.it)
7. Camera dei Deputati (a cura della XII commissione). Indagine conoscitiva sulla applicazione della legge 194 del 1978 recante "Norme per la tutela sociale della Maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari. Roma 2006. (www.camera.it)

8. Ministero della Salute. "La salute delle donne: Un diritto in costruzione. 1978-2008" (nel trentesimo anniversario dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).
9. Ministero della Salute. Relazione al parlamento sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della Maternità e per l'IVG. Dati preliminari 2008, Dati definitivi 2007. Roma, 29 luglio 2009.
10. Istituto Superiore di Sanità. "Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti". Rapporti ISTISAN 00/7, Roma, 2000. ([www.iss.it](http://www.iss.it))
11. Istituto Superiore di Sanità. "L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia". Rapporti ISTISAN 2006/17, Roma, 2006. ([www.iss.it](http://www.iss.it))
12. Istituto Superiore di Sanità. "L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia". Rapporti ISTISAN 1983/13, Roma, 1983.
13. Istituto Superiore di Sanità. Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione. Rapporti ISTISAN 1991/25, Roma 1991.
14. De Blasio R, Spinelli A, Grandolfo ME. Applicazione di un modello matematico alla stima degli aborti ripetuti in Italia. Annali Istituto Superiore di Sanità, Roma 1988.
15. Grandolfo ME, Donati S. I Consulenti Familiari e le strategie di prevenzione. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. Roma, 1999; 35(2):297-299.
16. Caritas/Migrantes. Anno europeo del dialogo interculturale. Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto sull'immigrazione. Idos, Roma 2007.
17. Alan Guttmacher Institute (AGI). Sharing Responsibility Women Society & Abortion WorldWide. New-York 1999.
18. Population Reference Bureau (PRB). Family Planning Worldwide 2002. Data Sheet 2002.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London 2004.
20. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Rapport, Paris 2001.
21. World Health Organization (WHO). Improving access to quality in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO Technical Report 1996.
22. World Health Organization (WHO). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva 2003.
23. Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI). "Indagine multicentrica, epidemiologica sull'interruzione volontaria della gravidanza". Rivista di Ostetricia e ginecologia pratica e medicina perinatale. (1999) Vol. XIV, n°2.
24. Saperi Doc: Centro di documentazione online sulla Salute Perinatale e Riproduttiva della Regione Emilia Romagna. ([www.Saperidoc. It](http://www.Saperidoc. It))
25. Deutsch H. Psicologia della donna. Bollati Boringhieri, 1957, Torino.
26. AA.VV. I Comportamenti Sessuali degli Italiani, "Falsi miti e nuove normalità". Franco Angeli, 2003, Milano.
27. De Sandre P. (a cura di). Indagine sulla fecondità in Italia (INF1). Rapporto generale. Firenze, Roma, Università degli studi di Padova, 1982.
28. De Sandre P, Ongaro F, Rettaroli R, Salvini S. Matrimonio e nascita: tra rinvio e rinuncia. Seconda Indagine Nazionale sulla fecondità (INF2). Il Mulino, Bologna 1997.
29. De Sandre P, Pinnelli A, Santini A. Nuzialità e fecondità in trasformazione: Percorsi e fattori del cambiamento. Il Mulino, Bologna 1999.
30. De Sandre P. Controllo della fecondità: fattori demografici e sociali nelle scelte procreative. Intervento al Convegno "Aborto perché?". Bologna 1986.
31. Berlinguer G. La legge sull'aborto. Editori Riuniti. Roma 1978.
32. Kellerhals J, Pasini W. Perché l'aborto? A. Mondadori Editore. Milano 1977.
33. Schusterman LR. "The psychosocial factors of the abortion experience: a critical review". Psychology Women's Quarterly. 1976; 1: 79-106.
34. Pek A, Marcus H. "Psychiatric Sequelae of therapeutic interruption of pregnancy". J. Nerv Ment Dis. 1966;143: 417-425.
35. Bracken MB, Hachamoviitch M, Grossman G. Correlates of repeated induced abortion. Obstet Gynecol. 1972 Dec;40(6):816-25.
36. Ottosson JO. Legal abortion in Sweden: Thirty years experience. J Biosoc Sci. 1971 Apr;3(2):173-92.
37. Rovinsky JJ. Abortion recidivism. A problem in preventive medicine. Obstet Gynecol. 1972 May;39(5):649-59.
38. Marder L. Psychiatric experience with a liberalized therapeutic abortion law. Am J Psychiatry. 1970 Mar;126(9):1230-6.
39. Ford CV, Castelnuovo-Tedesco P, Long KD. Abortion: is a therapeutic procedure in psychiatry. JAMA. 1971 Nov 22;218(8):1173-8.
40. Brody H, Meikle S, Gerritse R. Therapeutic abortion: a prospective study. Am J Obstet Gynecol 1971;109:347-352.
41. Osofsky JD, Osofsky HJ. The psychological reactions of patients to legalized abortion. Am J Orthopsychiatry 1972;42: 48-60.
42. Addelson F. Induced abortion: source of guilt or growth? Am J Orthopsychiatry 1973;43:815 - 823.
43. Lask B. Short-term psychiatric sequelae to therapeutic termination of pregnancy. Br J Psychiatry. 1975 Feb;126:173-7.
44. Schusterman LR. The psychosocial factors of the abortion experience: a critical review. Psychology Women's Quarterly 1976;1:79-106.
45. Nada L., Stotland D, Stewart E. Aspetti psicologici nella cura della salute della donna. Interfaccia tra psichiatria, ostetricia e ginecologia. CIC Edizioni Internazionali. Roma 2002.
46. Carini R, Finzi I. Aborto volontario ripetuto e desiderio di gravidanza. F. Angeli. Milano 1988.
47. Finzi SV. Il bambino della notte. A. Mondadori. Milano 1990.
48. Finzi SV. L'aborto uno scacco del pensiero. Intervento al Convegno "Aborto perché?". Bologna, 1986.

49. Duden B. *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita.* Bollati Boringhieri. Torino 1994.
50. Butler C. *Late psychological sequelae of abortion: questions from a primary care perspective.* J Fam Pract. 1996; 43:396-401.
51. Duden B. *I geni in testa e il feto nel grembo. Sguardo storico sul corpo delle donne.* Bollati Boringhieri. Torino 2006.
52. Quintavalla E, Raimondi E. (a cura di) *Aborto perché?* Feltrinelli, Milano 1989.
53. Giacobazzi D et al, *I percorsi del cambiamento. Ricerca sui comportamenti contraccettivi in Emilia Romagna.* Rosemberg&Sellier. Torino 1989.
54. Chatel MM. *Il disagio della procreazione nell'onnipotenza della medicina si annida la minaccia di una nuova sterilità.* Il Saggiatore. Milano 1995.
55. Flamini C, Venturosi S. *I percorsi contraccettivi.* Nuovi Orientamenti. La nuova Italia Scientifica. Roma 1996.
56. Quartararo P, Cittadini E. *Breve storia della contraccezione.* Coese. Palermo 2001.
57. Casadei D, Rigetti PL. *Il sostegno psicologico in gravidanza.* Edizioni Scientifiche. Roma 2005.
58. Merelli M, Ruggerini MG. *Donne migranti: le difficili scelte di maternità. Ricerca sull'interruzione di gravidanza nella provincia di Reggio Emilia.* Carocci. Roma 2005.
59. Morresi A, Roccella E. *La favola dell'aborto facile.* FAngeli. Milano 2006.
60. Joannes FV. *Humane Vitae (a cura di).* Mondadori. Milano 1969.
61. Marinopoulos S. *Nell'intimità delle madri. Luci ed ombre della Maternità.* Feltrinelli. Milano 2006.
62. Arisi E. *Consumo e compliance dei contraccettivi ormonali.* La Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Bologna 2004. Numero 2.
63. Arisi E. *Strategie da applicare per ridurre il ricorso alla IVG.* Atti del 78° Congresso SIGO, 43° Congresso AOGOI, 10° Congresso AGUI, Perugia 2002. CIC Edizioni Internazionali. Roma 2002.
64. Fattorini G. *Le competenze ostetrico-ginecologiche e consultoriali nell'ambito del Servizio materno infantile.* Gli ospedali della Vita. Bologna 1982.
65. Fattorini G. *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194.* Guerini e Associati Editore. Milano 2008.
66. Fattorini G. *Il ruolo della contraccezione nella prevenzione della interruzione volontaria della gravidanza.* Rivista di Ginecologia Consultoriale. Marzo 2001.
67. Rotzer J. *Breve storia della pianificazione familiare con metodi naturali.* Intervento al Convegno "La regolazione naturale della fertilità oggi". Milano 1988.
68. DeAloysio D, Altieri P, Orlandi R. *La compliance dei contraccettivi orali.* Current Obstetrics and Gynecology. Edizione italiana. 1994.
69. De Gennaro E, De Rose A. *Situazione italiana sul tema della contraccezione orale: utilizzatrici e non utilizzatrici a confronto.* Current Obstetrics & Gynaecology. Roma 2003.
70. *La contraccezione ormonale oggi.* Bollettino d'informazione sui Farmaci, Bimestrale dell'Agenzia italiana del Farmaco. Anno XIV, n°2, 2007.
71. Moneti Codignola M. *L'enigma della maternità. Etica ed ontologia della riproduzione.* Carocci. Roma 2008.