



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

---

**Gravidanza, aborto spontaneo  
e volontario in Campania**

A cura di  
G. Baglio, S. Salinetti e A. Spinelli

---

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**99/21**

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Gravidanza, aborto spontaneo  
e volontario in Campania**

A cura di  
Giovanni Baglio, Sandra Salinetti e Angela Spinelli  
*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**99/21**

Istituto Superiore di Sanità  
**Gravidanza, aborto spontaneo e volontario in Campania.**  
A cura di Giovanni Baglio, Sandra Salinetti e Angela Spinelli  
1999, 81 p. Rapporti ISTISAN 99/21

Si analizzano alcuni aspetti della salute riproduttiva in Campania. Per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio nella provincia di Napoli si evidenzia: l'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, soprattutto per le donne in migliori condizioni socio-economiche; la limitazione dell'autonomia decisionale della donna nel percorso medico-assistenziale; il ricorso frequente nella pratica clinica a procedure di non provata efficacia; una ridotta assistenza per le donne appartenenti a categorie socialmente più svantaggiate; e il ruolo marginale di consultori nell'assistenza della donna in gravidanza. Per quanto riguarda l'aborto spontaneo si nota un andamento simile a quello nazionale (diminuzione nel 1980 dopo la legalizzazione dell'aborto volontario e successivo leggero aumento nel tempo) anche se la Campania presenta uno dei valori più bassi d'Italia, probabilmente per effetto delle sottonotifiche. L'incidenza del fenomeno aumenta con l'età e la parità, diminuisce con l'istruzione e le nubili hanno valori leggermente più elevati. Il fenomeno dell'IVG vede tassi di abortività più elevati tra le donne di età 25-34 anni, quelle con un più basso titolo di studio, le casalinghe e le donne con due o più figli. Il ricorso all'IVG è spesso conseguenza dell'incapacità delle donne di regolare la propria fecondità con metodi contraccettivi efficaci. Da questa analisi emerge come prioritaria l'azione preventiva da parte soprattutto dei consultori familiari.

*Parole chiave:* Aborto, Assistenza in gravidanza, Salute riproduttiva

Istituto Superiore di Sanità  
**Pregnancy, spontaneous and induced abortion in Campania (Italy).**  
Edited by Giovanni Baglio, Sandra Salinetti and Angela Spinelli  
1999, 81 p. Rapporti ISTISAN 99/21 (in Italian)

Some aspects of reproductive health in Campania (Italy) are analysed and discussed. As regards the assistance in pregnancy, delivery and puerperium in the province of Naples, it is observed: an excess of medical-treatment during pregnancy, above all for women in best socio-economic conditions; women had limited control over decisions about the methods and procedures adopted in pregnancy; a frequent use of procedures in clinical practice which are not evidence based; reduced assistance for women belonging to disadvantaged social groups, and the marginal role of the maternal and child health care services in assisting pregnant women. The trend of spontaneous abortion in Campania is similar to the national one (decreasing in 1980 after the legalisation of induced abortion and a slight increase after 1980) even though this region shows one of the lowest rates in Italy, probably due to undernotification. The spontaneous abortion rate increases with age and parity, and decreases with increasing education; unmarried women have a slightly higher rate. The induced abortion rate is higher among women aged 25-34 years, among those with lower education, among housewives and women with two or more children. Induced abortion is often the consequence of women's inability to control their fecundity with effective contraceptives. Thus the prevention is a priority for health care services.

*Key words:* Abortion, Prenatal care, Reproductive health

## INDICE

<b>PREFAZIONE</b> .....	p.	1
<b>1. Indagine sull'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio nella provincia di Napoli</b> .....	p.	3
1.1. Introduzione .....	p.	3
1.2. L'assistenza in gravidanza al parto e durante il puerperio: i risultati dell'indagine in Campania .....	p.	4
1.3. Discussione .....	p.	32
A – Gravidanza .....	p.	32
B – Parto.....	p.	34
C – Puerperio.....	p.	35
1.4. Conclusioni .....	p.	37
<b>2. L'aborto spontaneo in Campania dal 1974 al 1995</b> .....	p.	41
2.1. Aspetti generali del fenomeno.....	p.	41
2.1.1. <i>Definizione di aborto spontaneo</i> .....	p.	41
2.1.2. <i>Raccolta dei dati: il modello di rilevazione ISTAT</i> .....	p.	41
2.1.3. <i>Indicatori di abortività spontanea</i> .....	p.	42
2.2. L'aborto spontaneo nella regione Campania.....	p.	43
2.2.1. <i>Andamento del fenomeno negli ultimi 20 anni: confronto con la realtà italiana</i> ..	p.	43
2.2.2. <i>Analisi epidemiologica dei fattori di rischio dell'aborto spontaneo</i> .....	p.	47
2.3. Conclusioni .....	p.	60
<b>3. L'interruzione volontaria di gravidanza in Campania dal 1980 al 1997</b> .....	p.	63
3.1. L'abortività volontaria in Campania .....	p.	63
3.1.1. <i>Andamento del fenomeno</i> .....	p.	63
3.2. L'abortività volontaria e i contesti di vita .....	p.	65
3.2.1. <i>L'età della donna</i> .....	p.	65
3.2.2. <i>Lo stato civile</i> .....	p.	66
3.2.3. <i>Il grado di istruzione</i> .....	p.	68
3.2.4. <i>L'attività occupazionale</i> .....	p.	69
3.3. L'abortività in relazione alla storia riproduttiva.....	p.	69
3.4. Il fenomeno delle migrazioni: mobilità tra regioni e province.....	p.	72
3.5. Servizi e procedure operative relativi all'IVG .....	p.	75
3.5.1. <i>Il luogo di certificazione</i> .....	p.	75
3.5.2. <i>Tipologie di intervento</i> .....	p.	76
3.6. Conclusioni .....	p.	78
<b>Bibliografia</b> .....	p.	81

## PREFAZIONE

Il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità e l'Assessorato Sanità della Regione Campania da diverso tempo collaborano allo svolgimento di numerose attività di servizio e di ricerca orientate alla sanità pubblica. In particolare, nel 1997 è stata stipulata tra i due enti una convenzione, "Sorveglianza epidemiologica e formazione sanitaria a livello regionale", su alcune aree di interesse per la tutela della salute: epatite, leishmaniosi, vaccinazioni, salute della donna, analisi dei dati di mortalità, sistema informativo delle malattie infettive.

In questo rapporto tecnico sono stati riportati i risultati riguardanti l'area della salute della donna.

È indubbio che in Italia le condizioni di salute della donna e del bambino sono andate incontro al miglioramento anche tangibile negli ultimi decenni, con riduzione della mortalità materna, della natimortalità e della mortalità infantile. Permangono, tuttavia, forti differenze inter e intra-regionali e di alcuni fenomeni si ha ancora una conoscenza parziale (ad esempio, l'infertilità, l'aborto spontaneo, l'aborto volontario clandestino, la pianificazione familiare, l'utilizzo dei servizi in gravidanza).

Allo scopo di fornire un contributo alla conoscenza e al dibattito su tali problematiche, sono stati effettuati tre studi riguardanti la gravidanza, l'aborto spontaneo e l'interruzione volontaria di gravidanza in Campania.

Il primo capitolo di questo rapporto contiene i risultati di un'indagine sulle conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti pratici delle donne durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, che ha coinvolto l'Azienda USL Napoli 1.

Il secondo capitolo prende in esame l'andamento dell'aborto spontaneo in Campania dal 1974 al 1995 e il terzo descrive il fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza nella regione dal 1980 al 1996, mediante una ricostruzione effettuata a partire dai dati ISTAT.

Tali studi intendono offrire spunti operativi alla pianificazione di interventi di sanità pubblica, centrati sui reali bisogni della popolazione e finalizzati alla prevenzione e alla promozione della salute, anche attraverso un'opera di riqualificazione dei servizi socio-sanitari territoriali.

*Dr. Alfonso Mele*  
*Responsabile Scientifico della Convenzione*

## 1. INDAGINE SULL'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO E DURANTE IL PUERPERIO NELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Giovanni Baglio<sup>1</sup>, Angela Spinelli<sup>1</sup>, Michele E. Grandolfo<sup>1</sup>, Serena Donati<sup>1</sup>,  
Silvia Andreozzi<sup>1</sup>, Marina Pediconi<sup>1</sup>, Sandra Salinetti<sup>1</sup>, Loredana Cafaro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità – Roma

<sup>2</sup>Osservatorio Epidemiologico, Regione Campania – Napoli

### 1.1. Introduzione

In Italia la gravidanza, il parto e il puerperio rappresentano eventi generalmente poco studiati dal punto di vista psico-sociale e le uniche informazioni riguardano gli aspetti demografici ed epidemiologici ricavabili dall'analisi delle schede di nascita o dei certificati di assistenza al parto. Attraverso queste fonti di informazione (1) è stato possibile, ad esempio, rilevare un aumento del ricorso al taglio cesareo (da 11.2% nel 1980 a 26.1% nel 1995) o un aumento dell'età media delle donne al primo figlio (da 25.1 nel 1970 a 27.5 nel 1994).

Al fine di ampliare le conoscenze in questo settore, il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità ha organizzato e condotto nel 1995-96 un'indagine campionaria sui servizi e le procedure utilizzati dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio, in tredici regioni italiane.

L'indagine rientra nel progetto ISS per la "Prevenzione dei fattori di rischio della salute materno-infantile" ed è stata condotta in stretta collaborazione con gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale.

Gli obiettivi principali dell'indagine sono stati:

1. rilevare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti delle donne in gravidanza, parto e puerperio;
2. valutare il grado di consapevolezza delle donne rispetto alle procedure cui vengono esposte e il loro livello di gradimento;
3. rilevare la disponibilità dei servizi e la loro utilizzazione da parte delle donne.

L'indagine, peraltro, tiene conto delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che suggeriscono di:

- sviluppare punti di unione tra l'approccio medico e quello sociale nel futuro dei servizi per la gravidanza, il parto e il puerperio;
- garantire una costante e accurata valutazione scientifica a tutti i livelli e tipi di servizi;
- incrementare il ruolo delle donne nel definire le loro necessità in ambito sanitario, nella pianificazione dei servizi e nella loro valutazione.

Le informazioni relative alla gravidanza, al parto e al puerperio sono state raccolte mediante interviste, eseguite da personale medico addestrato attraverso un questionario strutturato.

A livello nazionale sono state intervistate 9004 donne entro due mesi dal parto in tredici regioni italiane; il tasso di rispondenza è stato del 97%.

I dati forniti dalle 3 Unità Sanitarie Locali campane (la ex USL 37, la ex USL 38 e la ex USL 39, che attualmente fanno parte della ASL Napoli 1) si riferiscono a 328 donne, intervistate nel luogo del parto al momento della dimissione (57%), a domicilio (4%) o in consultorio (38%) entro i primi due mesi dal parto.

L'indagine si è svolta nel periodo febbraio-novembre 1995.

L'analisi dei dati è stata eseguita presso il Reparto Indagini Campionarie del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica (ISS), utilizzando i software Epi-Info e BMDP.

## 1.2. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio: risultati dell'indagine in Campania

Le tabelle seguenti riportano la frequenza assoluta e la percentuale per ciascuna modalità di risposta nel campione delle 328 donne intervistate a Napoli nel periodo febbraio-novembre 1995 (si rimanda alla sezione 1.3 per i commenti). In caso di domande che prevedevano risposte multiple, la percentuale è stata calcolata sul totale delle donne rispondenti come riportato in nota per ogni tabella.

### A - GRAVIDANZA

**Tabella 1.-** *Quando ha sospettato di essere incinta, che cosa ha fatto?*

Risposta	Frequenza	%
ha aspettato senza preoccuparsene	14	4.3
appuntamento con il medico	27	8.2
appuntamento presso il consultorio	6	1.8
test di gravidanza a casa	149	45.4
test di gravidanza in laboratorio	132	40.2
totale	328	100.0

**Tabella 2.-** *Ha eseguito degli esami preconcezionali?*

Risposta	Frequenza	%
no	292	89.0
sì, presso una struttura pubblica	22	6.7
sì, presso una struttura privata	13	4.0
dato mancante	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 3.- Esami eseguiti durante la gravidanza**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%*</b>
microcitemia	150	45.7
test herpes	286	87.2
toxο-test	277	84.5
test citomegalovirus	278	84.8
rubeo-test	274	83.5
nessuno	36	11.0

\* sul totale di 328 donne rispondenti

**Tabella 4.- Da chi è stata seguita durante la gravidanza?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
nessuno	1	0.3
medico di base	2	0.6
ginecologo privato	114	34.8
ginecologo privato in ospedale	102	31.1
ginecologo in una struttura pubblica	63	19.2
consultorio familiare	36	11.0
ostetrica	10	3.0
totale	328	100.0

**Tabella 5.- Potrebbe specificare il motivo di questa scelta?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
fiducia nella struttura	65	19.8
fiducia nel medico	239	72.9
vicinanza della struttura	17	5.2
carenza delle strutture pubbliche	1	0.3
consigliata da amici/familiari	2	0.6
motivi economici	2	0.6
<i>dato mancante</i>	2	0.6
totale	328	100.0

**Tabella 6.- In quale mese di gravidanza ha effettuato la prima visita?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
1°	42	12.8
2°	141	43.0
3°	105	32.0
4°	22	6.7
5°	6	1.8
6°	5	1.5
8°-9°	2	0.6
<i>dato mancante</i>	5	1.5
totale	328	100.0

Tabella 7.- *Frequenza dei controlli in gravidanza*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>	
I trimestre	<i>mai</i>	30	9.2
	<i>meno di 1 volta al mese</i>	97	29.8
	<i>1 volta al mese</i>	173	53.2
	<i>più di 1 volta al mese</i>	25	7.7
	(325)	(100.0)	
II trimestre	<i>mai</i>	2	0.6
	<i>meno di 1 volta al mese</i>	57	17.7
	<i>1 volta al mese</i>	237	73.8
	<i>più di 1 volta al mese</i>	25	7.8
	(321)	(100.0)	
III trimestre	<i>mai</i>	1	0.3
	<i>meno di 1 volta al mese</i>	49	15.2
	<i>1 volta al mese</i>	235	73.0
	<i>più di 1 volta al mese</i>	37	11.5
	(322)	(100.0)	

Tabella 8.- *In che modo avveniva la convocazione per i controlli?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
frequenza stabilita dal medico	264	80.5
su iniziativa personale	63	19.2
entrambe le risposte	1	0.3
totale	328	100.0

Tabella 9.- *Con che periodicità ha eseguito le analisi del sangue?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
mai	1	0.3
una volta	6	1.8
due, tre volte	86	26.2
quattro volte o più	234	71.3
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 10.-** *Quante ecografie ha eseguito durante la gravidanza?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
1	2	0.6
2	23	7.0
3	58	17.7
4	71	21.6
5	63	19.2
6	38	11.6
7	24	7.3
8 o più	46	14.0
<i>dato mancante</i>	3	0.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 11.-** *Dove ha eseguito le ecografie?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
struttura pubblica	113	34.5
struttura privata	147	44.8
entrambe le strutture	67	20.4
<i>dato mancante</i>	1	0.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 12.-** *A quale mese di gravidanza ha eseguito la 1ª ecografia?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
1°	29	8.8
2°	119	36.3
3°	129	39.3
4°	33	10.1
5°	14	4.3
6°	3	0.9
8°-9°	1	0.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 13A.-** *Ha eseguito una flussimetria fetale durante la gravidanza?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	198	60.4
sì	114	34.8
non so	16	4.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

Tabella 13B.- *Se sì, quante volte?*

Risposta	Frequenza	%
1	62	54.4
2	31	27.2
3	9	7.9
4	3	2.6
5	2	1.8
6	1	0.9
8 o più	3	2.6
<i>dato mancante</i>	3	2.6
totale	114	100.0

Tabella 14A.- *Ha eseguito monitoraggi cardiotocografici?*

Risposta	Frequenza	%
no	95	29.0
sì	231	70.4
non so	2	0.6
totale	328	100.0

Tabella 14B.- *Se sì, quante volte?*

Risposta	Frequenza	%
1	57	24.7
2	40	17.3
3	34	14.7
4	20	8.7
5	9	3.9
6	8	3.5
7	6	2.6
8 o più	46	19.9
<i>dato mancante</i>	11	4.8
totale	231	100.0

Tabella 15A.- *È stata informata delle possibilità di diagnosi prenatale?*

Risposta	Frequenza	%
no	145	44.2
sì	182	55.5
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 15B.- Se sì, da chi?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%*</b>
libri/riviste	55	30.0
amiche/familiari	20	11.0
medico	125	69.0
personale non medico	1	0.5
consultorio	13	7.0

\* sul totale di 182 donne rispondenti

**Tabella 16.- Ha scelto di usufruire di una di queste tecniche di diagnosi prenatale?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%*</b>
sì, alfa-feto proteina	27	8.2
sì, tri-test	82	25.0
sì, amniocentesi	34	10.4
sì, villi coriali	2	0.6
nessuno	203	61.9

\* sul totale di 328 donne rispondenti

**Tabella 17.- Ha partecipato ad un corso di preparazione al parto?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	289	88.1
sì, in ospedale	4	1.2
sì, in consultorio	24	7.3
sì, in struttura privata	11	3.4
totale	328	100.0

**Tabella 18.- Se no, perché?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
già frequentato	21	7.3
non ritiene utile	93	32.2
nessuna struttura disponibile	16	5.5
problemi di tempo	95	32.9
non informata	19	6.6
cesareo programmato	14	4.8
problemi di salute	9	3.1
dato mancante	22	7.6
totale	289	100.0

**Tabella 19.-** *Quale tecnica di preparazione al parto è stata adottata?*

Risposta	Frequenza	%
training autogeno	4	10.0
RAT	27	67.5
parte teorica/lavoro sul corpo	3	7.5
bioenergetica	1	2.5
<i>dato mancante</i>	5	12.5
totale	40	100.0

**Tabella 20.-** *Ha avuto dei disturbi durante questa gravidanza?*

Risposta	Frequenza	%*
nessuno	148	45.1
nausea/vomito	135	41.1
minaccia d'aborto	40	12.2
infezione delle vie urinarie	9	2.7
diabete	2	0.6
ipertensione	7	2.1
minaccia di parto pre-termine	20	6.1
altro	18	5.5

\* sul totale di 328 donne rispondenti

**Tabella 21A.-** *È stata ricoverata durante questa gravidanza?*

Risposta	Frequenza	%
no	267	81.4
sì, meno di 7 giorni	35	10.7
sì, 7-14 giorni	13	4.0
sì, 15-30 giorni	7	2.1
sì, più di 1 mese	5	1.5
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 21B.-** *Se sì, perché?*

Risposta	Frequenza	%
minaccia d'aborto	16	26.7
contrazioni	12	20.0
controlli	2	3.3
gestosi	6	10.0
problemi al rene e/o alle vie urinarie	3	5.0
diabete	1	1.7
IUGR	3	5.0
insufficienza placentare	3	5.0
altro	13	21.7
<i>dato mancante</i>	1	1.7
totale	60	100.0

**Tabella 22A.- Ha assunto dei farmaci durante questa gravidanza?**

Risposta	Frequenza	%
no	157	47.9
sì	171	52.1
totale	328	100.0

**Tabella 22B.- Farmaci assunti**

Farmaci	Frequenza	%*
ferro	73	42.7
vitamine	95	55.6
tocolitici	13	7.6
antibiotici	14	8.2
miorilassanti	19	11.1
antiipertensivi	1	0.6
FANS	23	13.5
altro	13	7.6
<i>dato mancante</i>	9	5.3

\* sul totale di 171 donne che hanno assunto farmaci

**Tabella 22C.- Farmaci assunti, in relazione al trimestre di gravidanza**

Farmaci	Trimestre							dm*
	I	II	III	I-II	II-III	I-III	I-II-III	
ferro/acido folico	8	8	7	1	10	2	9	28
vitamine/calcio	12	11	7	-	7	5	21	32
tocolitici	1	2	3	-	1	3	1	2
antibiotici	1	7	5	1	-	-	-	-
miorilassanti	8	5	4	-	1	-	1	-
antiipertensivi	-	-	1	-	-	-	-	-
FANS	3	10	7	-	1	-	-	2
altro	1	5	5	-	2	1	-	8

\* dm: dato mancante

**Tabella 23.- Nel corso di questa gravidanza è dovuta stare a letto per più di una settimana?**

Risposta	Frequenza	%
no	260	79.3
sì	68	20.7
totale	328	100.0

**Tabella 24.- Di quanti chili è aumentato il suo peso corporeo durante la gravidanza?**

Risposta	Frequenza	%
meno di 10 kg	68	20.7
10-15 kg	180	54.9
16-20 kg	65	19.8
più di 20 kg	13	4.0
<i>dato mancante</i>	2	0.6
totale	328	100.0

**B - PARTO****Tabella 25.- Dove ha partorito?**

Risposta	Frequenza	%
in una struttura pubblica	265	80.8
in una struttura convenzionata	11	3.4
in una struttura privata	52	15.9
totale	328	100.0

**Tabella 26.- Dove avrebbe desiderato partorire?**

Risposta	Frequenza	%
in una struttura pubblica	248	75.6
in una struttura convenzionata	12	3.7
in una struttura privata	62	18.9
a domicilio	5	1.5
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 27.- Come è andato il parto rispetto alle sue aspettative?**

Risposta	Frequenza	%
meglio	143	43.6
peggio	110	33.5
come si aspettava	74	22.6
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 27A.-** *Se è andata meglio rispetto alle sue aspettative, perché?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
bravura medici e paramedici	3	2.1
praticata anestesia epidurale	2	1.4
travaglio/parto breve, senza complicazioni	83	58.0
<i>dato mancante</i>	55	38.5
<b>totale</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 27B.-** *Se è andata peggio rispetto alle sue aspettative, perché?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
travaglio lungo e taglio cesareo	41	37.3
rimpianto parto spontaneo	7	6.4
travaglio/parto lungo, doloroso	42	38.2
non soddisfatta per l'assistenza ricevuta	3	2.7
<i>dato mancante</i>	17	15.4
<b>totale</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 28.-** *Quando si è ricoverata era già iniziato il travaglio?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	153	46.6
sì, spontaneamente	128	39.0
no, è stato indotto	24	7.3
no, indotto con amniorexi	2	0.6
no, indotto con entrambi i metodi	1	0.3
<i>dato mancante</i>	20	6.1
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 29.-** *Le è stata praticata la tricotomia (rasatura del pube)?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	31	9.5
sì, parziale	154	47.0
sì, totale	97	29.6
<i>dato mancante</i>	46	14.0
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 30.-** *Le è stato praticato un clistere?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	138	42.1
sì, parziale	153	46.6
<i>dato mancante</i>	37	11.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 31.- Il parto è stato:**

Risposta	Frequenza	%
spontaneo	188	57.3
cesareo	130	39.6
con ventosa	9	2.7
con forcipe	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 32.- Se il parto non è stato spontaneo, perché?**

Risposta	Frequenza	%*
sofferenza bambino	55	39.3
sofferenza madre	12	8.6
malposizione bambino	21	15.0
sproporzione feto-pelvica	5	3.6
cesarei reiterati	27	19.3
gestosi	3	2.1
distacco placenta, rottura utero	2	1.4
altro	12	8.6
non so	9	6.4
<i>dato mancante</i>	2	1.4

\* sul totale di 140 donne rispondenti

**Tabella 33.- Le è stata praticata una anestesia?**

Risposta	Frequenza	%
no	117	35.7
sì, locale	65	19.8
sì, generale	117	35.7
sì, epidurale	24	7.3
<i>dato mancante</i>	5	1.5
totale	328	100.0

**Tabella 34.- Le sono stati dati farmaci durante il travaglio?**

Risposta	Frequenza	%*
no	98	44.7
sì, antidolorifici	13	5.9
sì, ossitocina per bocca	1	0.5
sì, ossitocina in flebo	75	34.2
sì, gel vaginale prostaglandine	3	1.4
sì, antiipertensivi	1	0.5
non so	23	10.5

\* sul totale di 219 donne rispondenti

**Tabella 35.** - *Le è stata messa la flebo?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	29	8.8
sì	250	76.2
<i>dato mancante</i>	49	14.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 36.** - *È stata costretta a letto durante il travaglio?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	118	53.9
sì, non so perché	21	9.6
sì, per rottura sacco	10	4.6
sì, per monitoraggio	25	11.4
sì, per l'organizzazione della sala travaglio	3	1.4
sì, per flebo	38	17.4
<i>dato mancante</i>	4	1.8
<b>totale</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 37.** - *Ha potuto scegliere le modalità del parto?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	263	80.2
sì, sala parto tradizionale	3	0.9
sì, parto naturale	9	2.7
<i>dato mancante</i>	53	16.2
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 38.** - *Le è stata effettuata una episiotomia?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	98	49.5
sì	92	46.5
non so	8	4.0
<b>totale</b>	<b>198</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 39.** - *È stato richiesto il suo parere sull'uso delle procedure?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	261	79.6
sì	22	6.7
<i>dato mancante</i>	45	13.7
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 40.- Avrebbe desiderato avere vicino una persona di fiducia?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	111	33.8
sì	216	65.9
<i>dato mancante</i>	1	0.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 41.- La struttura prescelta prevedeva questa possibilità?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	275	83.8
sì	50	15.2
<i>dato mancante</i>	3	0.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 42.- Avere vicino una persona di fiducia le è stato:**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
di grande aiuto	42	56.0
d'aiuto	28	37.3
di nessun aiuto	3	4.0
<i>dato mancante</i>	2	2.7
<b>totale</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 43.- Il personale l'ha aiutata ad utilizzare il corso al parto?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	8	14.8
sì	23	42.6
<i>dato mancante</i>	23	42.6
<b>totale</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>

## C - POST-PARTUM E PUERPERIO

**Tabella 44.-** *È potuta stare con il bambino per un po' di tempo, subito dopo il parto?*

Risposta	Frequenza	%
no	166	50.6
sì, ma non come desideravo	91	27.7
sì, come desideravo	69	21.0
<i>dato mancante</i>	2	0.6
totale	328	100.0

**Tabella 45.-** *Avrebbe desiderato avere il bambino sempre in camera con lei?*

Risposta	Frequenza	%
no	184	56.1
sì	143	43.6
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 46.-** *Al momento del parto pensava di fare un allattamento:*

Risposta	Frequenza	%
al seno sicuramente	156	47.6
al seno se possibile	154	47.0
artificiale	10	3.0
misto	3	0.9
non so	5	1.5
totale	328	100.0

**Tabella 47.-** *Quando sarebbe opportuno iniziare l'allattamento al seno?*

Risposta	Frequenza	%
alla nascita	181	55.2
dopo 24 ore	96	29.3
con la montata lattea	11	3.4
non so	38	11.6
<i>dato mancante</i>	2	0.6
totale	328	100.0

**Tabella 48.-** *Ha allattato durante il ricovero?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	27	8.2
sì	293	89.3
<i>dato mancante</i>	8	2.4
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 49.-** *Se sì, dopo quanto tempo le hanno attaccato al seno il bambino la prima volta, dopo il parto?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
subito	24	8.2
dopo qualche ora	73	24.9
il giorno dopo	172	58.7
dopo più di 2 giorni	23	7.8
<i>dato mancante</i>	1	0.3
<b>totale</b>	<b>293</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 50.-** *Come ha allattato il suo bambino fino a oggi?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
al seno	236	72.0
artificialmente	41	12.5
misto	39	11.9
<i>dato mancante</i>	12	3.7
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 51A.-** *La collocazione del nido ha influito sull'allattamento?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
favorito	121	36.9
ostacolato	13	4.0
non influito	165	50.3
<i>dato mancante</i>	29	8.8
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 51B.-** *Gli orari di accesso al nido hanno influito sull'allattamento?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
favorito	107	32.6
ostacolato	18	5.5
non influito	171	52.1
<i>dato mancante</i>	32	9.8
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 51C.-** *L'atteggiamento degli operatori nel reparto ha influito sull'allattamento?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
favorito	126	38.4
ostacolato	8	2.4
non influito	162	49.4
<i>dato mancante</i>	32	9.8
totale	328	100.0

**Tabella 51D.-** *L'atteggiamento degli operatori nel nido ha influito sull'allattamento?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
favorito	145	44.2
ostacolato	11	3.4
non influito	139	42.4
<i>dato mancante</i>	33	10.1
totale	328	100.0

**Tabella 52.-** *A chi si rivolgerebbe per informazioni sull'allattamento?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%*</b>
libri/riviste	46	14.0
amiche/familiari	59	18.0
medico	180	54.9
personale non medico	26	7.9
consultorio familiare	28	8.5
esperienza gravidanza precedente	5	1.5
nessuno	17	5.2

\* sul totale di 328 donne rispondenti

**Tabella 53.-** *Ha già accudito altri neonati?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	108	32.9
sì	220	67.1
totale	328	100.0

**Tabella 54A.-** *Ritiene di aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al rientro a casa?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	80	24.4
sì	245	74.7
<i>dato mancante</i>	3	0.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 54B.-** *Se sì, da chi è stata informata principalmente?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
libri/riviste	22	9.0
amiche/familiari	69	28.2
medico	48	19.6
personale non medico	8	3.3
consultorio	11	4.5
esperienza gravidanza precedente	76	31.0
esperienza lavorativa	2	0.8
<i>dato mancante</i>	9	3.7
<b>totale</b>	<b>245</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 55.-** *Per garantire le prime cure al bambino, pensa di farlo seguire/lo ha fatto seguire da:*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
medico di base	10	3.0
pediatra di una struttura pubblica	176	53.7
pediatra di una struttura privata	112	34.1
nessuno	1	0.3
non so	27	8.2
consultorio	1	0.3
<i>dato mancante</i>	1	0.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 56.-** *Secondo lei è possibile rimanere incinta durante l'allattamento al seno?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	36	11.0
sì	284	86.6
non so	6	1.8
<i>dato mancante</i>	2	0.6
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 57.- È stata informata circa la contraccezione in puerperio?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no, da nessuno	196	59.8
sì, da libri/riviste	38	11.6
sì, dalle amiche	10	3.0
sì, dal medico	66	20.1
sì, dal personale non medico	2	0.6
sì, dal consultorio	15	4.6
<i>dato mancante</i>	1	0.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 58.- Alla ripresa dei rapporti sessuali, pensa di utilizzare/ha utilizzato un contraccettivo?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	78	23.8
sì	201	61.3
non so	47	14.3
<i>dato mancante</i>	2	0.6
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 58A.- Se sì, quali?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
pillola	60	29.8
spirale	26	12.9
profilattico	41	20.4
metodi naturali	14	7.0
coito interrotto	34	16.9
diaframma	1	0.5
non so	18	8.9
<i>dato mancante</i>	7	3.5
<b>totale</b>	<b>201</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 58B.- Se no, perché?**

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
desidero altri figli	4	5.1
controindicazioni mediche	1	1.3
preferisco non usarli	37	47.4
<i>dato mancante</i>	36	46.1
<b>totale</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 59.- Ritiene utile usufruire di visite ostetriche a domicilio?**

Risposta	Frequenza	%
no	224	68.3
sì	102	31.1
<i>dato mancante</i>	2	0.6
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 60.- Ha avuto questa opportunità?**

Risposta	Frequenza	%
no	14	87.5
sì, presso una struttura pubblica	1	6.3
sì, presso una struttura privata	1	6.3
<b>totale</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 61.- Conosce la legge che regola i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza?**

Risposta	Frequenza	%
no	199	60.7
sì	123	37.5
<i>dato mancante</i>	6	1.8
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 62.- Se lavorava prima della gravidanza, a che mese ha smesso?**

Risposta	Frequenza	%
1°	4	5.3
2°	1	1.3
3°	7	9.3
4°	1	1.3
5°	7	9.3
6°	8	10.7
7°	27	36.0
8°-9°	14	18.7
<i>dato mancante</i>	6	8.0
<b>totale</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 63A.-** *Ha intenzione di ricominciare a lavorare?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	5	6.7
sì	62	82.7
non so	4	5.3
<i>dato mancante</i>	4	5.3
<b>totale</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 63B.-** *Se sì, dopo quanti mesi dalla nascita del bambino?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
1	4	6.5
2	2	3.2
3	18	29.0
4	6	9.7
5	7	11.3
6	9	14.5
7	3	4.8
8 o più	11	17.7
<i>dato mancante</i>	2	3.2
<b>totale</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 64.-** *Fumava prima della gravidanza?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	173	52.7
sì, meno di 5 sigarette al giorno	43	13.1
sì, 6-10 sigarette al giorno	41	12.5
sì, 11-20 sigarette al giorno	40	12.2
sì, più di 20 sigarette al giorno	30	9.1
<i>dato mancante</i>	1	0.3
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 65.-** *Ha fumato durante la gravidanza?*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
no	233	71.0
sì, meno di 5 sigarette al giorno	47	14.3
sì, 6-10 sigarette al giorno	22	6.7
sì, 11-20 sigarette al giorno	14	4.3
sì, più di 20 sigarette al giorno	10	3.0
<i>dato mancante</i>	2	0.6
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

Tabella 66.- Attualmente fuma?

Risposta	Frequenza	%
no	260	79.3
sì, meno di 5 sigarette al giorno	28	8.5
sì, 6-10 sigarette al giorno	16	4.9
sì, 11-20 sigarette al giorno	10	3.0
sì, più di 20 sigarette al giorno	10	3.0
<i>dato mancante</i>	4	1.2
totale	328	100.0

Tabella 67A.- Grado di soddisfazione per la gravidanza

Risposta	Frequenza	%
molto soddisfatta	178	54.3
abbastanza soddisfatta	130	39.6
poco soddisfatta	12	3.7
non soddisfatta	5	1.5
<i>dato mancante</i>	3	0.9
totale	328	100.0

Tabella 67B.- Grado di soddisfazione per il corso di preparazione al parto

Risposta	Frequenza	%
molto soddisfatta	21	36.2
abbastanza soddisfatta	14	24.1
poco soddisfatta	1	1.7
<i>dato mancante</i>	22	37.9
totale	58	100.0

Tabella 67C.- Grado di soddisfazione per il travaglio

Risposta	Frequenza	%
molto soddisfatta	60	27.3
abbastanza soddisfatta	85	38.6
poco soddisfatta	41	18.6
non soddisfatta	13	5.9
<i>dato mancante</i>	21	9.5
totale	220	100.0

**Tabella 67D.- Grado di soddisfazione per il parto**

Risposta	Frequenza	%
molto soddisfatta	124	37.8
abbastanza soddisfatta	131	39.9
poco soddisfatta	45	13.7
non soddisfatta	23	7.0
<i>dato mancante</i>	5	1.5
totale	328	100.0

**Tabella 67E.- Grado di soddisfazione per il puerperio**

Risposta	Frequenza	%
molto soddisfatta	145	44.2
abbastanza soddisfatta	152	46.3
poco soddisfatta	17	5.2
non soddisfatta	4	1.2
<i>dato mancante</i>	10	3.0
totale	328	100.0

**Tabella 68.- Durante questa gravidanza quanto ha speso per esami, visite, assistenza al parto, non rimborsati dal SSN?**

Risposta	Frequenza	%
meno di £ 500.000	122	37.2
£ 500.000 - £ 2.000.000	160	48.8
£ 3.000.000 - £ 6.000.000	36	11.0
£ 7.000.000 - £ 15.000.000	6	1.8
£ 16.000.000 - £ 30.000.000	2	0.6
<i>dato mancante</i>	2	0.6
totale	328	100.0

**Tabella 69A.- Ha una assicurazione sanitaria privata?**

Risposta	Frequenza	%
no	314	95.7
sì	8	2.4
<i>dato mancante</i>	6	1.8
totale	328	100.0

Tabella 69B.- *Se sì, ha coperto le spese della gravidanza e del parto?*

Risposta	Frequenza	%
no	3	37.5
sì, completamente	1	12.5
sì, in gran parte	2	25.0
sì, in piccola parte	2	25.0
totale	8	100.0

## D - CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Tabella 70.- *Età della madre (in anni compiuti)*

Fasce d'età	Frequenza	%
16-19	14	4.2
20-24	78	23.8
25-29	119	36.3
30-34	81	24.7
35-39	31	9.5
40-42	5	1.5
totale	328	100.0

## RIEPILOGO

media=27.8 (ds=5.25)

min=16; 25%ile=24; mediana=27; 75%ile=31.5; max=42

moda=25

Tabella 71.- *Luogo di nascita*

Luogo di nascita	Frequenza	%
Nord	2	0.6
Centro	1	0.3
Sud	310	94.5
PSA*	7	2.1
America latina	1	0.3
Asia	1	0.3
Africa	2	0.6
<i>dato mancante</i>	4	1.2
totale	328	100.0

\*PSA: Paesi a Sviluppo Avanzato

**Tabella 72.- Stato civile**

<b>Stato civile</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
coniugata	315	96.0
nubile/convivente	9	2.7
divorziata/separata	2	0.6
<i>dato mancante</i>	2	0.6
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 73.- Professione della madre**

<b>Professione</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
casalinga	255	77.7
impiegata	35	10.7
operaia	7	2.1
insegnante	11	3.4
commerciante	10	3.0
libera professionista	8	2.4
colf	2	0.6
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 74.- Professione del padre**

<b>Professione</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
operaio	119	36.3
impiegato	71	21.6
commerciante	37	11.3
libero professionista	38	11.6
autista	2	0.6
disoccupato	54	16.5
<i>dato mancante</i>	7	2.1
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 75A.- Titolo di studio della madre**

<b>Titolo di studio</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
nessuno	1	0.3
elementare	79	24.1
media inferiore	122	37.2
media superiore	107	32.6
laurea	19	5.8
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

Tabella 75B.- Titolo di studio del padre

Titolo di studio	Frequenza	%
nessuno	4	1.2
elementare	57	17.4
media inferiore	139	42.4
media superiore	98	29.9
laurea	28	8.5
<i>dato mancante</i>	2	0.6
totale	328	100.0

Tabella 76.- Patologie preesistenti alla gravidanza

Patologia	Frequenza	%
nessuna	315	96.0
valvulopatie	1	0.3
anemia	1	0.3
epatopatie	2	0.6
varici	2	0.6
diabete	1	0.3
allergie	4	1.2
ernia inguinale	1	0.3
poliomielite	1	0.3
totale	328	100.0

Tabella 77.- Numero figli

Numero di figli	Frequenza	%
1	154	47.0
2	121	36.9
3	39	11.9
4	11	3.4
5	3	0.9
totale	328	100.0

Tabella 78.- Numero aborti spontanei

Numero di aborti	Frequenza	%
0	263	80.2
1	54	16.5
2	10	3.0
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

Tabella 79.- Numero IVG

Numero di IVG	Frequenza	%
0	292	89.0
1	21	6.4
2	8	2.4
3	2	0.6
<i>dato mancante</i>	5	1.5
totale	328	100.0

Tabella 80.- A che settimana ha partorito?

Risposta	Frequenza	%
34 <sup>a</sup>	1	0.3
35 <sup>a</sup>	4	1.2
36 <sup>a</sup>	4	1.2
37 <sup>a</sup>	11	3.4
38 <sup>a</sup>	24	7.3
39 <sup>a</sup>	68	20.7
40 <sup>a</sup>	105	32.0
41 <sup>a</sup>	85	25.9
42 <sup>a</sup>	20	6.1
43 <sup>a</sup>	1	0.3
<i>dato mancante</i>	5	1.5
totale	328	100.0

Tabella 81.- Durata travaglio

Durata (in ore)	Frequenza	%
1	23	10.4
2	49	22.1
3	26	11.7
4	25	11.3
5	18	8.1
6	23	10.4
7-11	28	12.6
12 o più	25	11.3
<i>dato mancante</i>	5	2.3
totale	222	100.0

**Tabella 82.- Complicazioni parto, post-partum e puerperio**

<b>Complicazione</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
nessuna	294	89.6
ipocinesia uterina	5	1.5
lacerazione perineo-vagina	1	0.3
sofferenza fetale	21	6.4
emorragia post-partum	4	1.2
altro	3	0.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 83.- Giorni di ricovero**

<b>Giorni di ricovero</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
2	2	0.7
3	28	9.7
4	60	20.8
5	86	29.9
6	17	5.9
7	37	12.8
8 o più	54	18.8
<i>dato mancante</i>	4	1.4
<b>totale</b>	<b>288</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 84.- Farmaci prescritti alla dimissione**

<b>Farmaci</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%*</b>
nessuno	147	44.8
methergin	161	49.1
antibiotici	12	3.6
ferro/vitamine	23	7.0
altro	5	1.5

\* sul totale di 328 donne rispondenti

**Tabella 85.- Sesso del bambino**

<b>Sesso</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
maschio	184	56.1
femmina	144	43.9
<b>totale</b>	<b>328</b>	<b>100.0</b>

**Tabella 86.- Peso alla nascita**

<b>Peso (in grammi)</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
meno di 2500	10	3.0
2500 -2999	73	22.3
3000 -3499	150	45.7
3500 -3999	82	25.0
4000 o più	13	4.0
totale	328	100.0

**Tabella 87.- Apgar a un minuto dalla nascita**

<b>Apgar</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
non so	301	91.8
3-5	4	1.2
7	3	0.9
8	16	4.9
9	4	1.2
totale	328	100.0

**Tabella 88.- Apgar a cinque minuti dalla nascita**

<b>Apgar</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
non so	300	91.5
4	1	0.3
7	2	0.6
8	4	1.2
9	9	2.7
10	11	3.4
<i>dato mancante</i>	1	0.3
totale	328	100.0

**Tabella 89.- Giorni di ricovero del bambino**

<b>Giorni di ricovero</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
2	2	0.7
3	28	9.7
4	65	22.5
5	86	29.8
6	19	6.6
7	38	13.1
8	28	9.7
9 o più	19	6.6
<i>dato mancante</i>	4	1.4
totale	289	100.0

**Tabella 90.-** *Se il bambino è stato ricoverato più di 5 giorni, specificare il motivo*

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza</b>	<b>%</b>
premature	5	4.8
attesa madre	83	79.0
ittero	1	1.0
intervento chirurgico	1	1.0
altro	6	5.7
<i>dato mancante</i>	9	8.6
totale	105	100.0

### 1.3. Discussione

#### A - Gravidanza

Dall'indagine risulta che la gran parte delle donne è stata seguita da un ginecologo privato (65.9%), il 19.2% da un ginecologo di una struttura pubblica e solo l'11% dal consultorio familiare (tabella 4).

I dati relativi all'assistenza in gravidanza mostrano una situazione che, nel complesso, può essere giudicata soddisfacente. Se si considerano due importanti indicatori, quali il mese della prima visita (tabella 6) e della prima ecografia (tabella 12), risulta che circa l'88% delle donne ha effettuato la prima visita entro il 3° mese di gestazione (la mediana è risultata pari a 2), e che l'84% ha eseguito entro il primo trimestre anche un'ecografia (mediana = 3).

La probabilità che le donne si sottopongano alla prima visita e alla prima ecografia nel I trimestre di gravidanza non sembra essere influenzata in modo significativo dall'età né dall'istruzione, né dall'occupazione delle gestanti, quanto piuttosto dal grado d'istruzione del partner: in particolare, le donne il cui partner ha un titolo di studio più elevato (licenza media, diploma di scuola media o laurea) effettuano i controlli medici entro il 3° mese con una probabilità superiore alle altre (tabella 91).

**Tabella 91.-** *Odds ratio di aver fatto controlli medici entro il 3° mese, in relazione al grado di istruzione del partner*

<b>Istruzione del partner</b>	<b>Prima visita OR (IC 95%)</b>	<b>Prima ecografia OR (IC 95%)</b>
nessuno/licenza elementare	1.0	1.0
licenza media	2.64 (1.02-6.82)	2.55 (1.11-5.85)
diploma/laurea	2.67 (1.01-7.06)	2.13 (0.94-4.86)

I dati riguardanti la tipologia degli accertamenti effettuati e, soprattutto, la frequenza del ricorso alle procedure (tabella 7) rivelano un diffuso atteggiamento di medicalizzazione della gravidanza, come del resto avviene ormai in gran parte dell'Italia, che sottopone le donne a una vera e propria sovraesposizione assistenziale. Risulta, infatti, che il 70% delle donne ha effettuato almeno un monitoraggio cardiocografico (tabella 14A), il 53% ha eseguito 5 o più ecografie (con una media di 4.9) (tabella 10) e il 71% ha ripetuto le analisi del sangue 4 o più volte (tabella 9).

Per contro, si evidenzia una scarsa conoscenza da parte delle donne riguardo alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale che le strutture sanitarie offrono in gravidanza. A ciò si associa un basso ricorso a procedure utili per la prevenzione di esiti negativi.

Ad esempio, il 44% delle intervistate riferisce di non avere ricevuto informazioni sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale (tabella 15A). La probabilità che la donna risulti informata su questo argomento tende a crescere con l'età ( $\chi^2$  for trend significativo a livello del 5%) e con il grado d'istruzione ( $\chi^2$  for trend:  $p=0.0001$ ) (tabella 92).

**Tabella 92.** - Odds ratio di aver ricevuto informazioni sulla diagnosi prenatale per età e istruzione della donna

Età	OR (IC 95%)
≤ 24 anni	1.0
25-29 anni	1.19 (0.66-2.13)
30-34 anni	1.57 (0.82-3.01)
≥ 35	2.04 (0.85-4.96)
Istruzione	
nessuno/licenza elementare	1.0
licenza media	2.71 (1.43-5.15)
diploma/laurea	6.58 (3.38-12.9)

Per quanto riguarda l'occupazione, risulta che le donne che lavorano hanno maggiore probabilità di essere informate rispetto alle casalinghe [OR = 2.36 (1.30-4.32)]. L'associazione tra lavoro e informazione permane dopo aver corretto per il fattore età [OR<sub>M-H</sub> = 2.22 (1.19-4.17)].

Un altro esempio interessante riguarda la frequenza di corsi di preparazione al parto (tabella 17): quasi il 90% delle donne intervistate non vi ha partecipato. Tra i fattori che influiscono sulla probabilità che la donna abbia frequentato un corso, vi sono il grado di istruzione e l'occupazione: in particolare, risulta dall'indagine che nessuna donna con basso grado d'istruzione ne ha frequentato uno e che le lavoratrici hanno una probabilità tripla rispetto alle casalinghe. Per contro, tutte le donne che hanno frequentato un corso lo consiglierebbero ad un'amica.

Infine è emerso che il 52.1% delle donne ha assunto farmaci in gravidanza (tabella 22A) e tale percentuale è ben al di sotto della media nazionale (75.3%). Le classi farmacologiche a più alta frequenza di prescrizione sono: terapia marziale (42.7%), vitamine (55.6%) e FANS (13.5%) (tabella 22B).

## B - Parto

Per quanto riguarda l'assistenza al parto, il livello di gradimento manifestato dalle donne non è stato molto elevato: ad esempio, il 33.5% ha dichiarato che il parto è andato peggio rispetto alle aspettative (tabella 27).

Si è registrato, inoltre, un basso grado di coinvolgimento della donna nelle scelte assistenziali: al 79.6% non è stato richiesto alcun parere sull'utilizzo di procedure routinarie, quali la tricotomia, il clistere, l'episiotomia (tabella 39); e l'80.2% non ha avuto la possibilità di scegliere la posizione del parto (tabella 37).

A fronte di un desiderio alquanto diffuso di avere una persona di fiducia al momento del travaglio e del parto, manifestato dal 66% delle intervistate (tabella 40), soltanto il 15% delle strutture prevedeva la possibilità di un supporto affettivo alla donna (tabella 41).

Il desiderio manifesto di avere una persona di fiducia al momento del parto non è risultato essere condizionato dall'età, quanto piuttosto dall'occupazione e dal grado d'istruzione delle donne (tabella 93).

**Tabella 93.- Odds ratio che la donna abbia manifestato il desiderio di supporto psico-sociale al parto per istruzione e occupazione della donna**

<b>Istruzione</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
nessuno/licenza elementare	1.0
licenza media	1.16 (0.63-2.15)
diploma/laurea	2.04 (1.07-3.89)
<b>Occupazione</b>	
casalinga	1.0
lavoratrice	2.08(1.09-4.01)

Un dato sicuramente interessante riguarda l'elevato ricorso al taglio cesareo, che è risultato pari al 39.6% (tabella 31), ben al di sopra del dato nazionale (26.1%) e leggermente più alto del dato regionale (32.7%) del 1995 (1). Trascurabile, invece, è risultata la quota di parti operativi (forcipe 0.3%, ventosa 2.7%).

Si rileva anche un ricorso elevato alla tricotomia (76.6%; tabella 29), al clistere (46.6%; tabella 30) e all'episiotomia (46.5%; tabella 38).

A proposito di tali procedure, non è risultata alcuna evidente associazione tra la tricotomia e i comuni fattori socio-demografici, quali l'età, l'occupazione, il grado d'istruzione della donna e del partner, e la parità.

La probabilità di aver effettuato un clistere sembra, invece, essere influenzata dall'età, in particolare è risultata maggiore per le donne giovani (tabella 94).

**Tabella 94.- Odds ratio di aver effettuato un clistere, in relazione all'età della donna**

Età	OR (IC 95%)
≤ 24 anni	2.29 (1.32-4.01)
> 24 anni	1.0

Non si evidenzia, invece, una associazione con l'occupazione e il grado d'istruzione della donna e del partner. Le primipare, inoltre, hanno maggiore probabilità di effettuare un clistere rispetto alle pluripare [OR = 2.18 (1.33-3.59)]. L'associazione permane dopo aver corretto per l'età [OR<sub>M-H</sub> = 1.85 (1.13-3.02)].

Infine, la probabilità di aver avuto una episiotomia tende a diminuire con l'aumentare dell'età della donna ( $\chi^2$  for trend significativo: p = 0.001); tuttavia questo effetto sparisce quando l'odds ratio viene aggiustato per la parità (tabella 95).

**Tabella 95.- Odds ratio di aver effettuato una episiotomia, in relazione all'età e alla parità della donna**

Età	OR (IC 95%)
≤ 24 anni	1.0
25-29 anni	0.87 (0.40-1.89)
30-34 anni	1.15 (0.45-2.94)
≥ 35 anni	0.32 (0.07-1.43)
Parità	
0 figli	1.0
1 figlio	0.25 (0.13-0.51)
≥ 2 figli	0.16 (0.05-0.49)

Le primipare, inoltre, hanno maggiore probabilità rispetto alle pluripare [OR = 4.95 (2.55-9.66)].

## C - Puerperio

Sotto il profilo delle conoscenze, si rileva una grave carenza di informazioni sui temi della contraccezione in puerperio.

Alla domanda se è possibile che la donna rimanga incinta durante l'allattamento al seno, il 12.8% delle intervistate ha risposto *no/non so* (tabella 56), mentre il 59.8% riferisce di non essere stata informata da nessuno sui metodi contraccettivi da utilizzare in puerperio (tabella 57).

La probabilità che la donna non sia correttamente informata sulla possibilità di rimanere incinta nel periodo dell'allattamento al seno è risultata maggiore nelle puerpere di giovane età e con un grado di istruzione più basso (tabella 96).

**Tabella 96.- Odds ratio che la donna non sia stata informata sulla possibilità di rimanere incinta durante l'allattamento, per età e istruzione della donna**

<b>Età</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
≤ 24 anni	2.49 (1.16-5.33)
> 24 anni	1.0
<b>Istruzione</b>	
nessuno/elementare/media diploma/laurea	3.96 (1.28-13.6)
	1.0

Anche sui diritti che la legge garantisce alle donne lavoratrici in gravidanza, le donne intervistate hanno dimostrato uno scarso livello di conoscenza (tabella 61).

In particolare, la probabilità di conoscere la legislazione vigente sembra dipendere dall'età e dal grado di istruzione (tabella 97).

**Tabella 97.- Odds ratio che la donna conosca le leggi per la tutela dei diritti in gravidanza per età e istruzione della donna**

<b>Età</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
≤ 24 anni	1.0
> 24 anni	2.09 (1.19-3.70)
<b>Istruzione</b>	
nessuno/licenza elementare	1.0
licenza media	2.07 (0.92-4.74)
diploma/laurea	11.3 (5.13-25.4)

Risulta anche molto evidente l'associazione con l'occupazione [lavoratrici vs casalinghe: OR = 14.84 (7.18-31.2)].

Infine, sui comportamenti relativi all'abitudine di fumare in gravidanza (tabella 98) e in puerperio, si è evidenziata una chiara associazione con il grado di istruzione (rischio più elevato in donne con istruzione più bassa).

**Tabella 98.** - Odds ratio che la donna abbia fumato in gravidanza per istruzione della donna

Istruzione	OR (IC 95%)
nessuno/licenza elementare	4.15 (2.08-8.33)
licenza media	2.07 (1.08-3.99)
diploma/laurea	1.0

Inoltre, rispetto alla precedente abitudine di fumare, è risultato che nessuna donna che non fosse già fumatrice ha fumato in gravidanza e che comunque vi è la tendenza a diminuire, durante la gravidanza, il numero delle sigarette fumate.

#### 1.4. Conclusioni

In generale, i risultati dell'indagine nazionale hanno evidenziato una notevole variabilità geografica sulle modalità di conduzione del follow-up in gravidanza, sul ricorso alle procedure al momento del parto, sui comportamenti degli operatori sanitari e sull'organizzazione dei servizi a livello delle singole realtà territoriali.

Occorre sottolineare che i dati presentati nelle sezioni precedenti si riferiscono a tre Unità Sanitarie Locali di Napoli: dunque, le conclusioni che è possibile trarre dall'analisi di quei dati non sono necessariamente generalizzabili all'intera realtà campana, dal momento che la variabilità esiste non solo tra regioni o province, ma anche tra strutture all'interno della stessa provincia. Sarebbe, senza dubbio, utile ripetere l'indagine anche in altre zone della Campania, per avere una riproduzione fedele della realtà composita e diversificata dei servizi assistenziali operanti sul territorio regionale.

È possibile, comunque, fare delle considerazioni conclusive su alcune questioni che assumono una rilevanza specifica sotto il profilo della salute pubblica e, in particolare, dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, quali la progressiva medicalizzazione dell'evento nascita, la limitazione dell'autonomia decisionale della donna nel percorso medico-assistenziale, il ricorso frequente nella pratica clinica a procedure di non provata efficacia, il rischio di ridotta esposizione per le donne che fanno parte di categorie socialmente più svantaggiate e il ruolo marginale dei consultori nell'assistenza alla donna in gravidanza.

Sul problema della medicalizzazione, è già stato detto in sede di discussione dei risultati. Il ricorso sempre più assiduo a procedure diagnostiche e terapeutiche complesse e/o invasive, che non trovano giustificazione in termini di indicazioni mediche, ha come conseguenza inevitabile la progressiva emarginazione della donna rispetto ai processi decisionali che riguardano la gravidanza e il parto. Le donne si

sottopongono a un numero sempre maggiore di esami in nome di una presunta eliminazione totale del rischio; e questo atteggiamento finisce per assumere il significato di delega totale al medico di ogni capacità di controllo (2).

Oltretutto, la limitazione dell'autonomia e della consapevolezza delle donne nei processi decisionali è all'origine di quel pericoloso circolo vizioso per cui la spinta alla medicalizzazione trova sostegno e giustificazione nelle ragioni di tutela medico-legale. Le donne non adeguatamente informate e al di fuori di una relazione interattiva con il medico non accettano un possibile fallimento e, qualora l'esito non corrisponda alle aspettative, ricorre con sempre maggiore frequenza al magistrato. L'ostetricia tende ad assumere, così, le caratteristiche di una pratica difensiva: non dimentichiamo che l'aumento degli episodi di "malpratica medica" è stato indicato come la ragione principale dell'incremento di tagli cesarei negli Stati Uniti, in questi ultimi anni (3).

Un'ulteriore considerazione riguarda il ricorso sempre più frequente nella pratica ostetrica a tecnologie e procedure di cui non è mai stata pienamente documentata l'efficacia.

Nel 1985, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una serie di raccomandazioni sulla nascita (4).

**Tabella 99.- Raccomandazioni dell'OMS sulla tecnologia appropriata per la nascita**

<b>Raccomandazioni specifiche</b>	
■	Il benessere fisico della nuova madre deve essere favorito tramite il libero accesso del partner o di altro membro della famiglia durante la nascita ed anche nel periodo postnatale. L'équipe di assistenza deve fornire un sostegno emozionale.
■	La donna deve prendere parte alle decisioni sulle varie fasi del parto.
■	Il neonato sano può rimanere con la madre quando ciò è possibile.
■	Dovrebbe essere incoraggiato l'allattamento al seno anche prima che la madre lasci la sala parto.
■	Non vi è giustificazione ad un tasso di cesarei superiore al 10-15%. Deve essere incoraggiata la pratica del parto vaginale anche dopo TC.
■	Non dovrebbe essere usato di routine il monitoraggio elettronico fetale.
■	Non vi è alcuna indicazione per la tricotomia di routine prima del parto.
■	Non vi è alcuna indicazione per il clistere di routine prima del parto.
■	La posizione litotomica dorsale durante il travaglio e il parto non è raccomandata. Deve essere lasciata alla donna la possibilità di decidere quale posizione adottare per il parto.
■	Non è giustificato l'uso routinario dell'episiotomia.
■	L'induzione del travaglio dovrebbe essere eseguita solo su specifica indicazione medica.
■	La somministrazione routinaria di farmaci analgesici o anestetici dovrebbe essere evitata.
■	Non è giustificata l'amniotomia di routine.

Fonte: Basevi V, Cerrone L, Gori G. Resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia. Ruolo dei media e medicina di comunità. *Epidemiologia e prevenzione* 1994; 18:194-9.

Secondo tali raccomandazioni, si ritiene ingiustificato il ricorso abituale a procedure che sono invece comunemente utilizzate nell'assistenza medica e infermieristica al parto: la tricotomia, il clistere, l'episiotomia, il monitoraggio elettronico fetale, la somministrazione di antidolorifici, il cesareo ripetuto.

Le raccomandazioni dell'OMS sono state, poi, confermate nel corso di questi anni da numerose evidenze sperimentali (5).

Si riportano di seguito alcune delle raccomandazioni OMS del 1985 con gli aggiornamenti del 1996 (6) confrontate con i dati della Campania.

**Tabella 100.-** *Raccomandazioni dell'OMS 1985 e 1996 confrontate con i dati della Campania*

<b>Raccomandazioni OMS</b>	<b>Dati Campania</b>
■ Non c'è alcuna prova che il monitoraggio elettronico fetale di routine abbia un effetto positivo sull'esito della gravidanza	▶ 231 donne (70.4%) hanno eseguito monitoraggi cardiocografici in gravidanza
■ Abbandonare l'uso routinario della tricotomia pubica	▶ A 251 donne (76.6%) è stata praticata la tricotomia
■ Abbandonare l'uso routinario del clistere	▶ A 153 donne (46.6%) è stato praticato il clistere
■ Non è giustificato l'uso eccessivo o routinario dell'episiotomia	▶ 92 donne (46.5%) sono state sottoposte a episiotomia
■ Ogni donna deve prendere parte alle decisioni sulle varie fasi del parto	▶ A 261 donne (79.6%) non è stato chiesto alcun parere sulle procedure applicate
■ La posizione litotomica (supina) durante il travaglio e durante il parto non è raccomandata. Ogni donna dovrebbe poter decidere liberamente quale posizione adottare durante il parto	▶ 172 donne (91.5%) non hanno potuto scegliere quale posizione adottare
■ Libero accesso del partner durante la nascita	▶ 40 donne (21.3%) hanno avuto il partner vicino
■ Non vi è alcuna giustificazione in nessuna area geografica per avere più del 10-15% di cesarei	▶ 130 parti (39.6%) sono stati cesarei
■ Il neonato sano dovrebbe restare con la madre ogni volta che le condizioni dei due lo permettono	▶ 69 donne (21%) sono potute stare con il bambino dopo il parto per tutto il tempo che desideravano
■ Dovrebbe essere incoraggiato l'allattamento al seno anche prima che la madre lasci la sala parto	▶ 293 donne (89.3%) hanno allattato durante il ricovero

Peraltro, la mancanza di percorsi assistenziali ben codificati e standardizzati rende ragione della estrema variabilità che si osserva tra le singole strutture, nel ricorso alle procedure suddette.

Va, inoltre, sottolineato che l'utilizzo eccessivo delle procedure non è generalizzato. Le donne in condizioni socio-economiche più svantaggiate (donne con basso livello di istruzione, casalinghe, immigrate) sono spesso le meno esposte, pur essendo quelle a maggior rischio di esiti negativi della gravidanza. Superare tali differenze non vuol dire auspicare un ricorso esagerato alle prestazioni sanitarie in maniera generalizzata, ma cercare di arrivare ad offrire a tutte le donne pari opportunità di accesso alle strutture e alle procedure.

Un'ultima considerazione riguarda il ruolo marginale assunto dai consultori familiari nell'assistenza alla donna in gravidanza. Dall'indagine è risultato che a Napoli solo l'11% delle gestanti viene seguito in una struttura consultoriale. Il dato assume una rilevanza particolare nell'ambito della discussione in corso a livello nazionale sull'opportunità di avviare un'opera di riqualificazione dei consultori familiari, in un'ottica di più stretta integrazione tra i servizi di prevenzione e di assistenza a livello territoriale e ospedaliero.

È auspicabile che la regione Campania organizzi incontri di lavoro tra gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale che si occupano di gravidanza e parto al fine di definire delle linee guida e migliorare il coordinamento tra i servizi interessati.

## 2. L'ABORTO SPONTANEO IN CAMPANIA DAL 1974 AL 1995

Giovanni Baglio<sup>1</sup>, Angela Spinelli<sup>1</sup>, Michele E. Grandolfo<sup>1</sup>, John Osborn<sup>2</sup>, Maria Sofia Cattaruzza<sup>2</sup>, Franco Santonastasi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità – Roma

<sup>2</sup>Istituto di Igiene "G. Sanarelli" – Università "La Sapienza" – Roma

<sup>3</sup>Osservatorio Epidemiologico, Regione Campania – Napoli

### 2.1. Aspetti generali del fenomeno

*2.1.1. Definizione di aborto spontaneo.* - Secondo la definizione dell'ISTAT, per aborto spontaneo si intende "l'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 (25 settimane e 5 giorni compiuti)" (7).

La definizione italiana non è, però, universalmente accettata. Per esempio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'aborto spontaneo come "l'espulsione o l'estrazione dal corpo materno di un embrione o di un feto con peso uguale o inferiore ai 500 grammi", che corrisponderebbe a un'età gestazionale di circa 20-22 settimane (8).

Nell'ambito della letteratura internazionale, molti ricercatori includono, tra gli aborti spontanei, i feti che non abbiano superato le 28 settimane di gestazione (195 giorni), che corrisponde alla definizione adottata dall'OMS fino al 1977 (9).

L'adozione di definizioni diverse pone, naturalmente, seri problemi in termini di confrontabilità delle stime a livello internazionale.

Nonostante queste difficoltà, si ritiene che nella popolazione generale la percentuale di aborti spontanei sul totale delle gravidanze clinicamente riconosciute sia compresa tra il 10% e il 20%.

*2.1.2. Raccolta dei dati: il modello di rilevazione ISTAT.* - Il modello attuale di rilevazione dell'ISTAT (D11), in vigore dal 1979, viene compilato da operatori sanitari, in occasione di ogni ricovero per aborto spontaneo, presso istituti di cura sia pubblici che privati. In base alla normativa nazionale, vi è stato l'obbligo della compilazione per i ricoveri che abbiano degenza uguale o superiore a un giorno fino al 1993; da quella data in poi, sono stati inclusi anche gli aborti spontanei con degenza inferiore a un giorno.

Nonostante l'obbligo di segnalazione da parte degli ospedali, risulta un certo grado di sottonotifica, come evidenziano taluni studi sulla base del confronto dei dati ISTAT con le schede di dimissione ospedaliera, variabile da regione a regione (10, 11).

Il modulo D11 è individuale e anonimo, raccoglie informazioni sulla donna (caratteristiche socio-demografiche e storia riproduttiva), sull'aborto in questione (età gestazionale e causa) e sulle caratteristiche del ricovero (tipo di intervento, durata della degenza, eventuali complicazioni).

Alcune regioni, tra cui Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, adottano attualmente modelli D11 parzialmente modificati, contenenti informazioni aggiuntive e comunque concordate con l'ISTAT (per esempio su alcuni fattori di rischio come il fumo, il consumo di alcool e droghe, ecc.).

*2.1.3. Indicatori di abortività spontanea.* - Un passo importante nell'analisi dell'abortività spontanea è la definizione e/o la scelta di indicatori, che permettano di quantificare il fenomeno e di descriverne l'andamento nel tempo.

Le misure più comunemente utilizzate sono di due tipi:

1. misure, o più precisamente tassi, che rapportano il numero di aborti alla popolazione media femminile (con o senza distinzione di età). Un esempio è costituito dal *tasso di abortività spontanea* per 1000 donne in età feconda ( $Pf_{15-49}$ ).

$$\text{Tasso di abortività spontanea : } \frac{\text{N. aborti spontanei}}{Pf_{15-49}} \quad \times 1000$$

2. misure, o rapporti, che pongono in relazione gli aborti con il numero di nati vivi o di gravidanze.

Ad esempio, il *rapporto di abortività spontanea*, calcolato tra aborti spontanei e totale di nati vivi (per 100 o per 1000). Questa misura è molto facile da calcolare, tuttavia non include nel denominatore la quota di concepimenti che hanno esito diverso (in particolare, le interruzioni volontarie di gravidanze e i nati morti).

$$\text{Rapporto di abortività spontanea : } \frac{\text{N. aborti spontanei}}{\text{N. nati vivi}} \quad \times 1000$$

Una misura più completa è il cosiddetto *rischio di abortività*, definito in inglese "simplified true abortion risk" o "simplified true abortion rate", e calcolato come rapporto tra numero di aborti spontanei e popolazione a rischio di avere un aborto spontaneo in un certo periodo di tempo – popolazione composta per quel dato intervallo di tempo da: *a*) donne che hanno richiesto IVG; *b*) donne che hanno avuto aborti spontanei e *c*) donne che hanno partorito sia nati vivi che nati morti (12, 13). Rimangono comunque fuori dal calcolo quei concepimenti che sono andati incontro a interruzione spontanea in epoca gestazionale assai precoce, prima cioè che sia stato possibile un loro riconoscimento diagnostico.

Un aspetto metodologico da considerare nella costruzione del denominatore del rischio di abortività riguarda la competitività delle IVG sugli aborti spontanei: si è

stimato, infatti, che una certa quota di aborti spontanei non può verificarsi semplicemente perché la gravidanza è stata interrotta volontariamente in fase precoce. Per tener conto di tale aspetto, si è ritenuto di dover introdurre un fattore di correzione, generalmente pari a  $\frac{1}{4}$ , che moltiplica il numero delle IVG (ciò significa che solo  $\frac{1}{4}$  delle interruzioni volontarie di gravidanza si considera veramente esposto a rischio di aborto spontaneo).

$$\text{Rischio di abortività: } \frac{\text{N. aborti spontanei}}{\text{nati vivi} + \text{nati morti} + \text{aborti spontanei} + \frac{1}{4}\text{IVG}} \times 100$$

## 2.2. L'aborto spontaneo nella regione Campania

2.2.1. *Andamento del fenomeno negli ultimi 20 anni: confronto con la realtà italiana.* - L'analisi dei dati ISTAT relativi alla regione Campania ha riguardato il periodo 1974-1995 (ultimo anno per il quale sono disponibili i dati ISTAT).

Il calcolo degli indici di frequenza (rapporto di abortività per 100 nati vivi e rischio di abortività per 100 concepimenti conosciuti) ha permesso di valutare la situazione a livello geografico e temporale.

La figura 1 descrive l'andamento del fenomeno dell'abortività spontanea nel periodo considerato, mettendo a confronto la realtà regionale con quella nazionale.

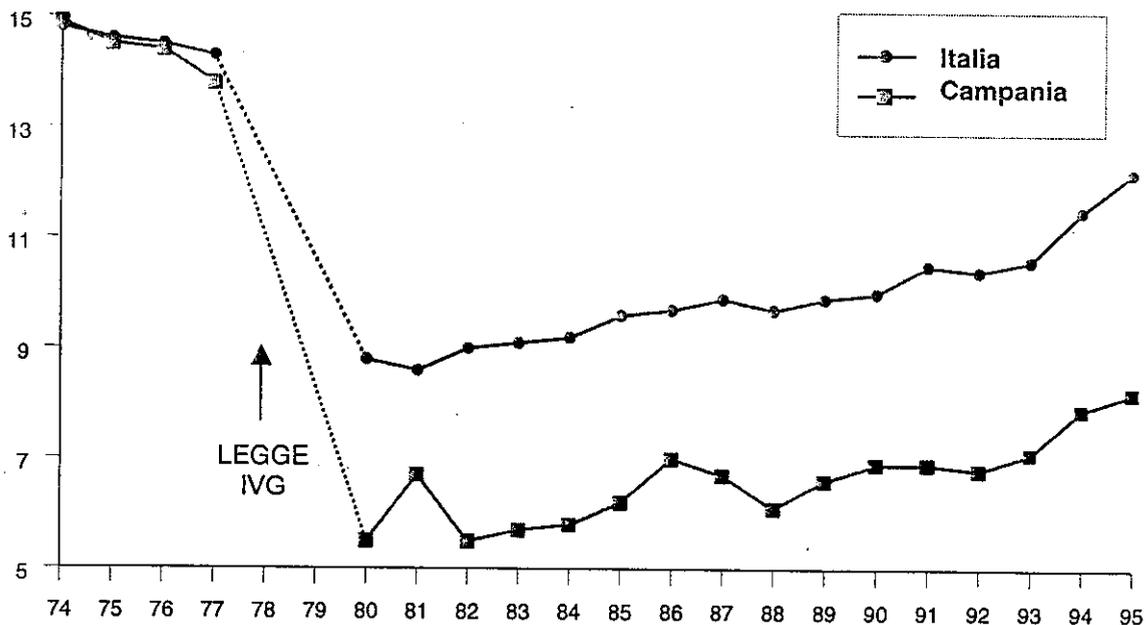


Figura 1.- Rapporto di abortività spontanea per 100 nati vivi. Italia e regione Campania 1974-1995

Un'improvvisa e brusca diminuzione del fenomeno si è osservata subito dopo l'approvazione della legge 194/78, che regola l'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Nel 1977 erano stati notificati 13664 casi di aborto spontaneo nella regione Campania, nel 1980 4984.

Lo stesso fenomeno si è registrato a livello nazionale: 106055 casi nel 1977 (14.3 per 100 nati vivi), rispetto a 52864 casi nel 1980 (8.2 per 100 nati vivi).

Una così marcata diminuzione ha fatto ritenere che prima del 1978 molte interruzioni volontarie di gravidanze venivano denunciate come aborti spontanei.

I valori assoluti a livello nazionale e regionale per luogo di intervento, relativi al periodo 1980-1995, sono riportati in tabella 1.

Tabella 1.- Aborti spontanei per regione in Italia dal 1980 al 1995

Regioni	Anni						
	1980	1983	1985	1987	1990	1993	1995
Piemonte *	nc	4251	3642	1529	2901	2108	3054
Valle d' Aosta	127	136	169	148	145	128	123
Lombardia	10358	10178	9680	9899	10049	10347	11189
Trentino A. A.	849	924	960	983	1105	1126	1347
Veneto	4478	4704	4262	4746	5043	5294	5461
Friuli Venezia G.	1263	1231	1354	1291	1308	1182	1169
Liguria	1580	1610	1579	1565	1553	1398	1478
Emilia Romagna	4058	3140	2833	2953	2799	4135	4357
Toscana	4013	3233	2976	2968	3538	3523	3970
Umbria	700	657	619	725	749	725	721
Marche	1358	1668	1815	1676	1443	1402	1671
Lazio	3056	6284	6222	5208	5445	5319	6401
Abruzzo	1140	1116	869	1365	1232	1340	1413
Molise	416	375	434	429	414	407	383
<b>Campania</b>	<b>4984</b>	<b>4804</b>	<b>5011</b>	<b>5449</b>	<b>5527</b>	<b>5441</b>	<b>5943</b>
Puglia	5769	4327	4082	4234	4041	3648	4173
Basilicata	708	647	594	536	652	675	704
Calabria	2051	2110	1647	2285	2169	2233	1983
Sicilia **	3886	5328	6271	6114	5576	5564	6319
Sardegna	2070	1313	1711	1478	1213	1310	1670
<b>Italia</b>	<b>52864</b>	<b>58036</b>	<b>56730</b>	<b>55581</b>	<b>56902</b>	<b>57305</b>	<b>63529</b>

\* Per il Piemonte, i dati relativi al 1980 non sono pervenuti (nc); per il 1987, il 1990 e il 1993 le informazioni trasmesse su supporto magnetico dall'Assessorato alla Sanità sono risultate incomplete.

\*\* In Sicilia, al totale di aborti relativo all'anno 1980 mancano i dati di 3 Ospedali per il II trimestre e di 4 Ospedali per il II semestre.

nc non calcolabile, perché i dati non sono pervenuti all'ISTAT.

Le tabelle 2 e 3 descrivono i rapporti di abortività spontanea per 100 nati vivi e i rischi di abortività per 100 concepimenti rispettivamente, per le diverse regioni italiane, dal 1980 al 1993.

In realtà, i due indicatori considerati forniscono un quadro abbastanza simile, ma sono stati presentati entrambi per facilitare i confronti con gli indici riportati da altri studi, sia a livello nazionale che internazionale.

Dalle tabelle presentate, si osserva un graduale aumento del fenomeno a partire dal 1980, più o meno regolare, in quasi tutte le regioni italiane. Il rapporto di abortività nazionale, che nel 1980 era di 8.2 aborti spontanei per 100 nati vivi è cresciuto fino a 10.6 nel 1993. Non sono completamente chiare le ragioni di questo aumento, che potrebbe essere attribuito a un generale miglioramento del sistema di notifica o all'innalzamento dell'età materna al primo figlio o, ancora, a fattori di rischio di tipo ambientale e occupazionale.

**Tabella 2 - Rapporti di abortività spontanea per 100 nati vivi. Italia, 1980-1993**

Regioni	Anni					
	1980	1983	1985	1987	1990	1993
Piemonte	nc	11.2	10.8	4.8	8.7	6.5
Valle d'Aosta	13.9	16.0	20.4	18.0	15.3	15.0
Lombardia	12.0	12.5	12.7	13.7	13.3	13.8
Trentino A. A.	8.6	9.7	10.6	11.0	11.6	11.9
Veneto	10.3	11.7	10.9	13.3	13.2	14.6
Friuli Venezia G.	12.2	13.1	14.9	15.3	14.5	13.8
Liguria	12.9	13.6	14.0	14.3	13.7	12.8
Emilia Romagna	13.2	11.1	10.4	11.5	9.8	14.8
Toscana	13.1	11.8	11.0	11.7	13.3	14.3
Umbria	8.9	8.5	8.6	11.0	11.1	11.2
Marche	9.4	12.7	14.3	14.2	11.6	11.9
Lazio	5.3	11.6	12.2	10.5	10.7	10.7
Abruzzo	8.4	8.5	6.8	11.5	10.1	11.4
Molise	12.0	10.4	12.4	12.4	12.9	13.3
<b>Campania</b>	<b>5.5</b>	<b>5.7</b>	<b>6.2</b>	<b>6.7</b>	<b>6.9</b>	<b>7.1</b>
Puglia	9.7	7.8	7.8	8.2	8.0	7.7
Basilicata	8.9	8.7	8.6	7.8	10.2	11.8
Calabria	6.9	7.2	6.0	8.8	8.8	9.8
Sicilia	5.3	7.8	9.3	9.2	8.5	8.9
Sardegna	9.2	6.5	9.0	8.2	6.9	8.5
<b>Italia</b>	<b>8.2</b>	<b>9.7</b>	<b>9.9</b>	<b>10.1</b>	<b>10.1</b>	<b>10.6</b>

nc non calcolabile, perché i dati non sono pervenuti all'ISTAT.

Tabella 3.- *Rischi di abortività spontanea per 100 concepimenti conosciuti. Italia, 1980-1993*

Regioni	Anni					
	1980	1983	1985	1987	1990	1993
Piemonte	nc	9.3	8.6	4.1	7.3	5.6
Valle d'Aosta	10.8	12.1	15.1	13.5	12.3	11.8
Lombardia	9.8	10.1	10.2	11.0	10.9	11.3
Trentino A.A.	7.5	8.4	9.1	9.4	10.0	10.2
Veneto	8.8	9.9	9.3	11.2	11.2	12.3
Friuli Venezia G.	9.7	10.3	11.7	12.1	11.7	11.3
Liguria	9.9	8.4	8.1	9.0	8.0	11.8
Emilia Romagna	9.9	8.4	8.1	9.0	8.0	11.8
Toscana	10.2	9.2	8.8	9.3	10.7	11.5
Umbria	7.3	7.0	7.0	8.9	9.1	9.2
Marche	7.9	10.3	11.6	11.6	9.8	10.1
Lazio	4.6	9.3	9.8	8.6	8.9	8.9
Abruzzo	7.2	7.2	5.8	9.5	8.6	9.6
Molise	10.1	8.7	10.2	10.1	10.5	10.7
<b>Campania</b>	<b>5.0</b>	<b>5.2</b>	<b>5.5</b>	<b>6.0</b>	<b>6.2</b>	<b>6.4</b>
Puglia	8.1	6.4	6.4	6.8	6.7	6.5
Basilicata	7.8	7.5	7.5	6.9	8.9	10.1
Calabria	6.2	6.4	5.5	7.7	7.7	8.5
Sicilia	4.8	6.9	8.1	8.0	7.5	7.9
Sardegna	8.0	5.7	7.8	7.2	6.1	7.4
<b>Italia</b>	<b>7.0</b>	<b>8.0</b>	<b>8.2</b>	<b>8.4</b>	<b>8.6</b>	<b>9.0</b>

nc non calcolabile, perché i dati non sono pervenuti all'ISTAT.

L'incremento del fenomeno ha riguardato anche la Campania, che è passata da 4984 aborti spontanei (con un rapporto di abortività pari a 5.5 per 100 nati vivi) a 5441 nel 1993 (con un rapporto di abortività pari a 7.1).

Un altro dato che emerge chiaramente è la presenza di un gradiente Nord-Sud: tranne poche eccezioni, le regioni del Nord Italia presentano indici di abortività superiori a quelle del Centro e del Sud. Nel 1980, i rischi di abortività per il Nord oscillavano intorno ai 9-10 aborti spontanei per 100 concepimenti noti e nel Sud intorno ai 5-8 aborti spontanei per 100. Nel 1993, tali rischi sono cresciuti fino a 11-12 aborti per 100 concepimenti nel Nord e a 6-8 aborti per 100 concepimenti nel Sud (tabella 3).

La Campania presenta valori tra i più bassi d'Italia. Sarebbe interessante conoscere, a tal proposito, quanto incida sul fenomeno la carenza dei sistemi di rilevazione e di notifica dei casi di aborto spontaneo e quanto, invece, non debba essere attribuito a una reale differenza nella distribuzione dei fattori di rischio sul territorio nazionale (in particolare, alla diversa età materna al primo figlio).

2.2.2. *Analisi epidemiologica dei fattori di rischio dell'aborto spontaneo.* - Recenti indagini epidemiologiche hanno evidenziato un aumento del rischio di aborto spontaneo legato a certe caratteristiche socio-demografiche delle gestanti e a specifiche attività professionali.

Sono riportati di seguito i risultati di un'analisi condotta sui dati ISTAT del 1991, relativi ai nati, agli aborti spontanei e alle IVG.

Sono state considerate le variabili età, stato civile, parità, livello di istruzione e occupazione, e per ognuna di queste si è valutato il rischio di aborto spontaneo. L'indice utilizzato come misura di rischio è il rischio di abortività per 100 concepimenti noti.

È utile premettere che, dal momento che a ogni aborto spontaneo corrisponde una donna, le percentuali di aborti spontanei calcolate per le variabili suddette corrispondono alle percentuali di donne secondo quelle stesse variabili.

Nel 1991 sono stati registrati in Italia 782005 esiti di concepimento: 58966 erano aborti spontanei (7.5%), 157173 IVG (20.1%), 3079 nati morti (0.4%) e 562787 nati vivi (72.0%).

I rischi di abortività spontanea, calcolata utilizzando  $\frac{1}{4}$  delle IVG, è risultata pari a 8.9%. Le variazioni a livello regionale vanno da un minimo di 6.1%, in Campania, a un massimo di 11.8%, in Veneto.

La tabella 4 riporta per l'anno 1991 gli esiti di concepimento e i rischi di aborto spontaneo per regione.

Si registra una generale tendenza verso la diminuzione del rischio dai livelli elevati fatti registrare nelle regioni del Nord a livelli decisamente più bassi nel Sud. La Campania presenta il valore più basso a livello nazionale.

La tendenza generale del fenomeno si evidenzia anche attraverso le variazioni dei rischi relativi regionali, espressi rispetto al tasso nazionale: il range va dallo 0.69 della Campania all'1.33 del Veneto (valori inferiori a 1 indicano un'incidenza del fenomeno più bassa di quella italiana).

*L'età materna.* L'effetto della variabile *età materna* sul rischio di aborto spontaneo è stato oggetto di interesse crescente in questi anni, per via della tendenza generale allo slittamento del calendario riproduttivo verso età anagrafiche più avanzate.

Le tabelle 5 e 6 riportano, per ogni regione, la distribuzione di frequenza degli aborti spontanei, la distribuzione percentuale e il rischio, espresso come rischio di abortività spontanea, secondo le seguenti fasce d'età: età sconosciuta (dm), <20, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 e 40 anni o più.

Se si assume che le età medie delle donne nelle fasce di età conosciute siano 18, 22.5, 27.5, 32.5, 37.5 e 43 anni, si può stimare l'età media delle donne che hanno abortito spontaneamente intorno ai 30.7 anni (con oscillazioni che vanno dai 29.5 anni in Sicilia ai 31.6 anni in Sardegna). Nonostante le variazioni regionali siano abbastanza contenute, è tuttavia possibile rilevare un gradiente Nord-Sud dell'età media, che tende a essere più bassa di circa 1 anno nelle regioni meridionali.

La tabella 6 mostra come la fascia d'età 20-24 abbia il rischio di abortività spontanea più basso e come tale rischio tenda a crescere con l'età.

Vale la pena di sottolineare che l'effetto dell'età sul rischio di aborto spontaneo si riscontra in tutte le regioni. In Campania, si passa da un rischio pari a 5.78 tra le donne di età inferiore a 20 anni a rischi pari a 4.69 per la classe 20-24 anni, a 5.12 per la classe 25-29, a 5.86 per la classe 30-34 e a 10.17 per la classe 35-39. Infine le donne oltre i 40 anni presentano un rischio quattro volte superiore (22.88) rispetto alla classe a meno rischio (20-24 anni).

Tabella 4.- *Esiti della gravidanza e rischio di aborto spontaneo per regione, 1991*

Regioni	Spon*	IVG*	NM*	NV*	Conc*	Ag conc*	R %*	RR Italia*
Piemonte	3102	10571	168	33511	47352	39423.8	7.87	0.89
Valle d'Aosta	107	387	9	967	1470	1179.75	9.07	1.02
Lombardia	10251	24579	325	76595	111750	93315.8	10.99	1.24
Trentino A. A.	1176	1670	35	9682	12563	11310.5	10.40	1.17
Veneto	5294	6489	178	37665	49626	44759.2	11.83	1.33
Friuli Venezia G.	1316	3067	37	9090	13510	11209.8	11.74	1.32
Liguria	1490	4707	64	11512	17773	14242.8	10.46	1.18
Emilia Romagna	3768	13132	135	28788	45823	35974	10.47	1.18
Toscana	3527	11041	129	26395	41092	32811.2	10.75	1.21
Umbria	760	2906	28	6651	10345	8165.5	9.31	1.05
Marche	1571	2901	44	12338	16854	14678.2	10.70	1.21
Lazio	5354	17737	246	50261	73598	60295.2	8.88	1.00
Abruzzo	1233	3319	59	12032	16643	14153.8	8.71	0.98
Molise	404	1254	26	3268	4952	4011.5	10.07	1.13
<b>Campania</b>	<b>5526</b>	<b>13722</b>	<b>540</b>	<b>81002</b>	<b>100790</b>	<b>90498.5</b>	<b>6.11</b>	<b>0.69</b>
Puglia	4063	20458	331	50190	75042	59698.5	6.81	0.77
Basilicata	693	991	43	6274	8001	7257.75	9.55	1.08
Calabria	2208	3991	165	24384	30748	27754.8	7.96	0.90
Sicilia	5768	10535	415	65494	82212	74310.8	7.76	0.87
Sardegna	1355	3716	102	16688	21861	19074	7.10	0.80
<b>Italia</b>	<b>58966</b>	<b>157173</b>	<b>3079</b>	<b>562787</b>	<b>782005</b>	<b>664125</b>	<b>8.88</b>	<b>1.00</b>

\* ABBREVIAZIONI

- Spon Numero di aborti spontanei  
 IVG Numero di interruzioni volontarie di gravidanza  
 NM Numero di nati morti  
 NV Numero di nati vivi  
 Conc Numero di concepimenti = Spon + IVG + NM + NV  
 Ag conc Numero di concepimenti aggiustato per il rischio competitivo di IVG  
 R % Il rischio reale di aborto spontaneo, espresso come *richio di abortività* =  $100 \times \text{Spon} / \text{Ag conc}$   
 RR Italia Il rapporto tra il rischio regionale e il rischio per l'Italia

Tabella 5.- Aborti spontanei secondo l'età della donna

Regione		Età della donna							totale
		dm	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+	
Piemonte	N.	35	58	370	938	866	533	302	3102
	%	1.13	1.87	11.93	30.24	27.92	17.18	9.74	100
Valle d'Aosta	N.	0	3	24	32	28	10	10	107
	%	0.00	2.80	22.43	29.91	26.17	9.35	9.35	100
Lombardia	N.	0	203	1203	3175	2871	1856	943	10251
	%	0.00	1.98	11.74	30.97	28.01	18.11	9.20	100
Trentino A. A.	N.	1	22	152	344	328	219	110	1176
	%	0.09	1.87	12.93	29.25	27.89	18.62	9.35	100
Veneto	N.	15	92	625	1679	1503	887	493	5294
	%	0.28	1.74	11.81	31.72	28.39	16.75	9.31	100
Friuli Venezia G.	N.	1	29	147	422	397	214	106	1316
	%	0.08	2.20	11.17	32.07	30.17	16.26	8.05	100
Liguria	N.	7	34	174	430	452	246	147	1490
	%	0.47	2.28	11.68	28.86	30.34	16.51	9.87	100
Emilia Romagna	N.	18	107	479	1032	1064	702	366	3768
	%	0.48	2.84	12.71	27.39	28.24	18.63	9.71	100
Toscana	N.	43	97	463	1028	929	651	316	3527
	%	1.22	2.75	13.13	29.15	26.34	18.46	8.96	100
Umbria	N.	5	16	117	243	195	127	57	760
	%	0.66	2.11	15.39	31.97	25.66	16.71	7.50	100
Marche	N.	1	29	214	497	433	270	127	1571
	%	0.06	1.85	13.62	31.64	27.56	17.19	8.08	100
Lazio	N.	103	132	719	1599	1359	942	500	5354
	%	1.92	2.47	13.43	29.87	25.38	17.59	9.34	100
Abruzzo	N.	8	28	223	397	296	193	88	1233
	%	0.65	2.27	18.09	32.20	24.01	15.65	7.14	100
Molise	N.	2	13	81	120	104	55	29	404
	%	0.50	3.22	20.05	29.70	25.74	13.61	7.18	100
<b>Campania</b>	N.	25	199	1090	1705	1164	827	516	5526
	%	0.45	3.60	19.72	30.85	21.06	14.97	9.34	100
Puglia	N.	7	186	744	1143	929	670	384	4063
	%	0.17	4.58	18.31	28.13	22.86	16.49	9.45	100
Basilicata	N.	13	12	141	206	168	98	55	693
	%	1.88	1.73	20.35	29.73	24.24	14.14	7.94	100
Calabria	N.	11	82	406	597	580	366	166	2208
	%	0.50	3.71	18.39	27.04	26.27	16.58	7.52	100
Sicilia	N.	49	380	1199	1504	1272	864	500	5768
	%	0.85	6.59	20.79	26.07	22.05	14.98	8.67	100
Sardegna	N.	5	43	188	343	339	260	177	1355
	%	0.37	3.17	13.87	25.31	25.02	19.19	13.06	100
<b>Italia</b>	N.	349	1765	8759	17434	15277	9990	5392	58966
	%	0.59	2.99	14.85	29.57	25.91	16.94	9.14	100

dm dato mancante

Tabella 6.- Rischio di aborto spontaneo secondo l'età della donna

Regione	Età della donna						età media
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+	
Piemonte	5.60	5.59	6.33	7.77	11.79	26.49	31.04
Valle d'Aosta	8.05	10.88	7.51	8.36	7.84	31.01	29.80
Lombardia	9.64	8.72	9.13	10.39	15.90	30.74	31.36
Trentino A. A.	8.26	8.40	8.08	10.16	16.17	28.41	31.36
Veneto	11.15	9.89	9.80	11.19	16.13	34.08	31.21
Friuli Venezia G.	10.61	8.91	10.10	11.97	15.11	29.00	31.09
Liguria	11.66	9.06	8.39	10.22	13.35	27.32	31.27
Emilia Romagna	10.56	8.19	8.18	10.14	15.39	28.28	31.24
Toscana	11.09	8.91	8.70	9.78	15.82	27.68	30.80
Umbria	8.44	8.17	7.84	8.76	13.68	22.53	30.47
Marche	10.37	8.76	8.80	10.32	16.13	29.76	30.98
Lazio	9.17	6.89	7.11	8.17	13.27	26.05	30.54
Abruzzo	8.56	7.52	7.10	8.36	14.59	23.56	30.07
Molise	10.63	8.54	8.43	10.53	13.92	23.72	29.82
<b>Campania</b>	<b>5.78</b>	<b>4.69</b>	<b>5.12</b>	<b>5.86</b>	<b>10.17</b>	<b>22.88</b>	<b>30.04</b>
Puglia	6.87	5.26	5.41	6.77	11.25	21.54	30.36
Basilicata	7.13	7.62	7.55	10.05	14.93	35.14	29.66
Calabria	7.50	5.39	6.20	9.52	14.25	23.31	30.23
Sicilia	8.27	6.00	6.07	8.03	12.84	26.43	29.55
Sardegna	5.56	5.43	5.63	6.55	9.73	20.92	31.60
<b>Italia</b>	<b>8.07</b>	<b>6.65</b>	<b>7.23</b>	<b>8.81</b>	<b>13.64</b>	<b>26.76</b>	<b>30.72</b>

*Lo stato civile.* Le schede per la rilevazione dell'aborto spontaneo, dell'IVG e della nascita non riportano lo stato civile della donna in modo esattamente equivalente. Mentre le schede per l'aborto spontaneo e per l'IVG prevedono cinque categorie (nubile, coniugata, separata legalmente, divorziata e vedova), la scheda per la nascita indica solamente la data del matrimonio dei genitori: nei casi in cui la data manca è ipotizzabile che la donna sia nubile.

In questa analisi la variabile *stato civile della donna* è stata, quindi, dicotomizzata nelle due modalità *sposata* o *mai sposata*.

I risultati, riportati nelle tabelle 7 e 8, indicano che circa il 90% degli aborti spontanei si verifica in donne sposate; tuttavia il rischio è generalmente più alto per le donne non sposate, sia pure con delle eccezioni (ad esempio, in Basilicata, il rischio è del 9.64% per le donne sposate e solo del 5.2% per le donne non sposate).

Tabella 7.- Aborti spontanei secondo lo stato civile della donna

Regione		Stato civile			totale
		dm	sposate	mai sposate	
Piemonte	N.	70	2721	311	3102
	%	2.26	87.72	10.03	100
Valle d' Aosta	N.	0	91	16	107
	%	0.00	85.05	14.95	100
Lombardia	N.	28	9163	1060	10251
	%	0.27	89.39	10.34	100
Trentino A. A.	N.	9	1026	141	1176
	%	0.77	87.24	11.99	100
Veneto	N.	22	4786	486	5294
	%	0.42	90.40	9.18	100
Friuli Venezia G.	N.	3	1105	208	1316
	%	0.23	83.97	15.81	100
Liguria	N.	6	1312	172	1490
	%	0.40	88.05	11.54	100
Emilia Romagna	N.	21	3127	620	3768
	%	0.56	82.99	16.45	100
Toscana	N.	34	2986	507	3527
	%	0.96	84.66	14.37	100
Umbria	N.	3	682	75	760
	%	0.39	89.74	9.87	100
Marche	N.	1	1446	124	1571
	%	0.06	92.04	7.89	100
Lazio	N.	81	4677	596	5354
	%	1.51	87.36	11.13	100
Abruzzo	N.	6	1159	68	1233
	%	0.49	94.00	5.52	100
Molise	N.	1	380	23	404
	%	0.25	94.06	5.69	100
<b>Campania</b>	N.	30	5195	301	5526
	%	0.54	94.01	5.45	100
Puglia	N.	6	3763	294	4063
	%	0.15	92.62	7.24	100
Basilicata	N.	2	681	10	693
	%	0.29	98.27	1.44	100
Calabria	N.	8	2119	81	2208
	%	0.36	95.97	3.67	100
Sicilia	N.	70	5286	412	5768
	%	1.21	91.64	7.14	100
Sardegna	N.	3	1196	156	1355
	%	0.22	88.27	11.51	100
<b>Italia</b>	N.	404	52901	5661	58966
	%	0.69	89.71	9.60	100

dm dato mancante

Bisogna osservare, però, che il numero di donne che concepiscono prima del matrimonio è in Italia abbastanza basso, particolarmente nelle regioni meridionali, dove il numero di aborti spontanei tra le donne nubili è in molti casi troppo piccolo per permettere di stimare il rischio con precisione (ad esempio, in Basilicata, nel 1991 sono stati osservati solamente 10 casi di aborto spontaneo). Anche in Campania il rischio è risultato superiore tra le donne mai sposate (6.74), rispetto a 6.04 delle donne coniugate, separate, divorziate e vedove.

**Tabella 8.- Rischio di aborto spontaneo secondo lo stato civile della donna**

Regione	Stato civile		
	sposate	non sposate	totale
Piemonte	7.78	7.36	7.87
Valle d'Aosta	9.04	9.26	9.07
Lombardia	10.88	11.73	10.99
Trentino A. A.	10.41	9.73	10.40
Veneto	11.50	15.54	11.83
Friuli Venezia G.	11.22	15.38	11.74
Liguria	10.55	9.55	10.46
Emilia Romagna	10.09	12.52	10.47
Toscana	10.26	13.87	10.75
Umbria	9.13	10.85	9.31
Marche	10.49	13.88	10.70
Lazio	8.75	8.81	8.88
Abruzzo	8.62	9.62	8.71
Molise	9.97	11.68	10.07
<b>Campania</b>	<b>6.04</b>	<b>6.74</b>	<b>6.11</b>
Puglia	6.80	6.71	6.81
Basilicata	9.64	5.15	9.55
Calabria	7.93	8.06	7.96
Sicilia	7.75	6.85	7.76
Sardegna	6.89	9.12	7.10
<b>Italia</b>	<b>8.72</b>	<b>9.97</b>	<b>8.88</b>

*Il grado d'istruzione.* Come per lo stato civile, anche per l'istruzione le schede di rilevazione dell'aborto spontaneo, dell'IVG e della nascita non sono perfettamente equivalenti.

In particolare, le schede per l'aborto, sia spontaneo che volontario, classificano l'istruzione come: nessun titolo, licenza elementare, licenza media, diploma di scuola media superiore o maturità, laurea o altro titolo universitario. Le schede di nascita, invece, aggregano sotto un'unica voce le categorie "nessun titolo" e "licenza elementare". Nel corso dell'analisi, queste ultime due categorie sono state quindi accorpate.

Tabella 9.- Aborti spontanei secondo il livello di istruzione della donna

Regione		Livello d'istruzione					totale
		dm	laureate	media superiore	media inferiore	elementare/ nessuno	
Piemonte	N.	405	159	889	1429	220	3102
	%	13.06	5.13	28.66	46.07	7.09	100
Valle d'Aosta	N.	3	6	36	48	14	107
	%	2.80	5.61	33.64	44.86	13.08	100
Lombardia	N.	120	661	3258	5258	954	10251
	%	1.17	6.45	31.78	51.29	9.31	100
Trentino A. A.	N.	236	41	254	606	39	1176
	%	20.07	3.49	21.60	51.53	3.32	100
Veneto	N.	205	321	1472	2909	387	5294
	%	3.87	6.06	27.81	54.95	7.31	100
Friuli Venezia G.	N.	11	73	471	665	96	1316
	%	0.84	5.55	35.79	50.53	7.29	100
Liguria	N.	39	111	602	640	98	1490
	%	2.62	7.45	40.40	42.95	6.58	100
Emilia Romagna	N.	149	325	1327	1652	315	3768
	%	3.95	8.63	35.22	43.84	8.36	100
Toscana	N.	192	251	1054	1682	348	3527
	%	5.44	7.12	29.88	47.69	9.87	100
Umbria	N.	24	72	307	303	54	760
	%	3.16	9.47	40.39	39.87	7.11	100
Marche	N.	39	97	557	764	114	1571
	%	2.48	6.17	35.46	48.63	7.26	100
Lazio	N.	431	427	1714	2077	705	5354
	%	8.05	7.98	32.01	38.79	13.17	100
Abruzzo	N.	111	68	330	580	144	1233
	%	9.00	5.52	26.76	47.04	11.68	100
Molise	N.	3	30	97	180	94	404
	%	0.74	7.43	24.01	44.55	23.27	100
<b>Campania</b>	N.	<b>384</b>	<b>187</b>	<b>1088</b>	<b>2516</b>	<b>1351</b>	<b>5526</b>
	%	<b>6.95</b>	<b>3.38</b>	<b>19.69</b>	<b>45.53</b>	<b>24.45</b>	<b>100</b>
Puglia	N.	80	176	684	2071	1052	4063
	%	1.97	4.33	16.83	50.97	25.89	100
Basilicata	N.	4	43	205	343	98	693
	%	0.58	6.20	29.58	49.49	14.14	100
Calabria	N.	91	151	493	1002	471	2208
	%	4.12	6.84	22.33	45.38	21.33	100
Sicilia	N.	515	215	979	2578	1481	5768
	%	8.93	3.73	16.97	44.69	25.68	100
Sardegna	N.	13	83	288	804	167	1355
	%	0.96	6.13	21.25	59.34	12.32	100
<b>Italia</b>	N.	<b>3055</b>	<b>3497</b>	<b>16105</b>	<b>28107</b>	<b>8202</b>	<b>58966</b>
	%	<b>5.18</b>	<b>5.93</b>	<b>27.31</b>	<b>47.67</b>	<b>13.91</b>	<b>100</b>

dm dato mancante

Le tabelle 9 e 10 riportano la distribuzione di frequenza (assoluta e percentuale) degli aborti spontanei nelle varie regioni e il rischio di abortività spontanea, in base al livello d'istruzione della donna.

**Tabella 10.- Rischio di aborto spontaneo secondo il livello d'istruzione della donna**

Regione	Livello d'istruzione				totale
	laurea	media superiore	media inferiore	elementare/ nessuno	
Piemonte	6.34	6.78	7.11	7.32	7.87
Valle d' Aosta	12.06	9.61	6.75	35.22	9.07
Lombardia	10.04	9.65	11.51	13.95	10.99
Trentino A. A.	9.49	7.06	9.07	10.96	10.40
Veneto	13.04	11.55	10.94	14.57	11.83
Friuli Venezia G.	9.13	11.75	11.49	16.14	11.74
Liguria	9.11	10.11	10.58	11.15	10.46
Emilia Romagna	9.85	9.48	10.48	12.22	10.47
Toscana	9.54	8.17	11.66	14.10	10.75
Umbria	10.81	8.81	8.45	14.34	9.31
Marche	8.85	10.03	10.81	12.56	10.70
Lazio	7.71	6.94	8.51	14.06	8.88
Abruzzo	7.21	6.40	8.45	13.59	8.71
Molise	12.08	7.04	9.44	20.22	10.07
<b>Campania</b>	<b>4.22</b>	<b>5.03</b>	<b>5.91</b>	<b>6.38</b>	<b>6.11</b>
Puglia	7.39	5.37	6.80	7.64	6.81
Basilicata	14.25	10.02	9.39	7.91	9.55
Calabria	9.50	6.59	7.98	7.94	7.96
Sicilia	5.67	5.59	7.85	7.72	7.76
Sardegna	8.97	6.15	7.17	7.59	7.10
<b>Italia</b>	<b>8.35</b>	<b>7.79</b>	<b>8.81</b>	<b>9.04</b>	<b>8.88</b>

La metà circa dei casi di aborto spontaneo si verifica tra le donne con la licenza media inferiore e un quarto tra le donne diplomate. In Campania, come in altre regioni del Sud, c'è una percentuale più elevata di donne con istruzione bassa. A livello nazionale il rischio non subisce molte variazioni da una categoria all'altra e risulta essere massimo per le donne con basso livello di istruzione. In Campania si evidenzia un andamento crescente del rischio con il diminuire dell'istruzione.

*Il numero di gravidanze precedenti.* Anche a proposito del numero di gravidanze precedenti, le schede per gli aborti non sono esattamente equivalenti a quelle delle nascite. Nel caso degli aborti (spontanei ed IVG), il numero di gravidanze precedenti viene categorizzato come segue: parti (a termine o pretermine), aborti spontanei ed IVG. Non vi è alcuna indicazione specifica sul numero di nati vivi e nati morti. Sulle schede di nascita, invece, è indicato l'esito di tutti i precedenti concepimenti: nati vivi, nati morti e aborti. Non si specifica però se l'interruzione di gravidanza è stata spontanea o volontaria.

Ai fini dell'analisi, si è considerato come numero di gravidanze precedenti la somma dei parti (che includono sia i nati vivi che i nati morti) e degli aborti (spontanei e IVG, insieme). I risultati sono riassunti nella tabella 11. Il 34% delle donne che hanno abortito spontaneamente in Italia nel 1991 non aveva gravidanze precedenti, il 29% ne aveva una e il 36% due o più.

Tale distribuzione non è però uguale in tutte le regioni. La percentuale di donne che non hanno mai avuto una gravidanza precedentemente varia dal 26% della Puglia, al 40% della Toscana, al 47% della Valle d'Aosta. La percentuale di donne con due o più gravidanze precedenti varia dal 26% della Valle d'Aosta, al 28% della Liguria, fino al 49% della Calabria. In Campania il 29.41% delle donne che abortito ha dichiarato di essere alla prima gravidanza, il 24.45% alla seconda e il 44.64% alla terza o di ordine superiore.

Il rischio di aborto spontaneo aumenta con il numero di gravidanze precedenti, da 6.7% per le primipare, a 8.0% per le donne che hanno già avuto una gravidanza, a 14.5% per le donne con due o più gravidanze precedenti (tabella 12). Questo trend si conferma in tutte le regioni, ma l'aumento del rischio in coloro che hanno avuto due o più gravidanze precedenti rispetto alle primipare varia da 1.46 volte in Valle d'Aosta, a 1.78 volte in Molise, fino a 2.83 volte in Liguria.

In Campania il rischio di aborto spontaneo per numero di gravidanze precedenti passa da 4.26 per le primipare a 4.65 per le donne che hanno già avuto una gravidanza, a 10.62 per le donne con due o più gravidanze precedenti (tabella 12). Il rapporto del rischio tra coloro che hanno avuto due o più gravidanze rispetto alle primipare risulta pari a 2.49.

Tabella 11.- Aborti spontanei secondo il numero di gravidanze precedenti

Regione	Numero di gravidanze precedenti					
		0	1	2+	nc	totale
Piemonte	N.	1191	960	948	3	3102
	%	38.39	30.95	30.56	0.10	100
Valle d'Aosta	N.	50	29	28	0	107
	%	46.73	27.10	26.17	0.00	100
Lombardia	N.	3693	3267	3291	0	10251
	%	36.03	31.87	32.10	0.00	100
Trentino A. A.	N.	388	378	408	2	1176
	%	32.99	32.14	34.69	0.17	100
Veneto	N.	1842	1740	1672	40	5294
	%	34.79	32.87	31.58	0.76	100
Friuli Venezia G.	N.	459	439	398	20	1316
	%	34.88	33.36	30.24	1.52	100
Liguria	N.	545	497	420	28	1490
	%	36.58	33.36	28.19	1.88	100
Emilia Romagna	N.	1485	1155	1128	0	3768
	%	39.41	30.65	29.94	0.00	100
Toscana	N.	1413	1084	1030	0	3527
	%	40.06	30.73	29.20	0.00	100
Umbria	N.	273	257	223	7	760
	%	35.92	33.82	29.34	0.92	100
Marche	N.	538	498	531	4	1571
	%	34.25	31.70	33.80	0.25	100
Lazio	N.	1935	1608	1808	3	5354
	%	36.14	30.03	33.77	0.06	100
Abruzzo	N.	405	358	445	25	1233
	%	32.85	29.03	36.09	2.03	100
Molise	N.	140	108	155	1	404
	%	34.65	26.73	38.37	0.25	100
<b>Campania</b>	N.	1625	1351	2467	83	5526
	%	29.41	24.45	44.64	1.50	100
Puglia	N.	1067	955	1961	80	4063
	%	26.26	23.50	48.26	1.97	100
Basilicata	N.	223	177	290	3	693
	%	32.18	25.54	41.85	0.43	100
Calabria	N.	624	494	1077	13	2208
	%	28.26	22.37	48.78	0.59	100
Sicilia	N.	1781	1474	2456	57	5768
	%	30.88	25.55	42.58	0.99	100
Sardegna	N.	438	370	547	0	1355
	%	32.32	27.31	40.37	0.00	100
<b>Italia</b>	N.	20115	17199	21283	369	58966
	%	34.11	29.17	36.09	0.63	100

**Tabella 12.-** *Rischio di aborto spontaneo per numero di gravidanze precedenti*

Regione	Numero di gravidanze precedenti			
	0	1	2+	totale
Piemonte	6.47	7.48	13.04	7.87
Valle d'Aosta	8.65	7.63	12.63	9.07
Lombardia	8.36	10.84	17.31	10.99
Trentino A. A.	7.88	9.78	16.25	10.40
Veneto	8.56	11.59	20.46	11.83
Friuli Venezia G.	9.03	11.65	17.02	11.74
Liguria	7.14	11.04	20.18	10.46
Emilia Romagna	7.95	10.47	17.99	10.47
Toscana	8.11	10.31	21.13	10.75
Umbria	7.11	9.28	14.38	9.31
Marche	7.76	9.66	20.53	10.70
Lazio	6.76	8.32	14.63	8.88
Abruzzo	6.41	7.19	15.74	8.71
Molise	8.40	8.25	14.98	10.07
<b>Campania</b>	<b>4.26</b>	<b>4.65</b>	<b>10.62</b>	<b>6.11</b>
Puglia	4.45	5.17	11.40	6.81
Basilicata	7.50	7.36	15.43	9.55
Calabria	5.72	5.49	13.73	7.96
Sicilia	5.76	6.08	12.86	7.76
Sardegna	5.33	6.07	11.48	7.10
<b>Italia</b>	<b>6.69</b>	<b>8.00</b>	<b>14.47</b>	<b>8.88</b>

*La valutazione del rischio occupazionale.* A causa delle differenze di classificazione delle professioni nelle tre schede ISTAT, le categorie considerate in questa analisi sono state: condizione non professionale, lavoratrice nell'agricoltura, lavoratrice nell'industria e altra occupazione (tabella 13).

L'obiettivo era di indagare se le donne appartenenti a certe categorie lavorative presentano un rischio di aborto spontaneo diverso da quello delle altre donne.

La percentuale di donne che lavorano in agricoltura non è tanto elevato al giorno d'oggi e solamente il 3.2% delle donne che hanno abortito nel corso del 1991 a livello nazionale risulta impegnato in attività agricole.

Si osserva, inoltre, che nel 2.7% dei casi l'informazione relativa all'occupazione della donna non viene riportata dalle schede di aborto spontaneo. Questa percentuale, che rappresenta il dato nazionale, è soggetta però a variazioni regionali abbastanza marcate (si va dallo 0.0% nella Valle d'Aosta, al 6.9% in Campania, al 9.0% in Piemonte).

Tra le donne che hanno avuto un aborto spontaneo, la percentuale di quelle che lavorano in agricoltura varia tra lo 0.3% in Lombardia e il 18.7% in Calabria. Circa il 50% dei casi di aborto spontaneo si verifica tra le donne che non hanno una professione, cioè sono casalinghe, studentesse, ecc.

Tabella 13.- Aborti spontanei secondo l'occupazione della donna

Regione		Codice di occupazione					totale
		dm	1	2	3	4	
Piemonte	N.	282	1227	1251	15	327	3102
	%	9.09	39.56	40.33	0.48	10.54	100
Valle d'Aosta	N.	0	39	58	2	8	107
	%	0.00	36.45	54.21	1.87	7.48	100
Lombardia	N.	21	3664	4982	32	1552	10251
	%	0.20	35.74	48.60	0.31	15.14	100
Trentino A. A.	N.	10	469	593	23	81	1176
	%	0.85	39.88	50.43	1.96	6.89	100
Veneto	N.	31	2019	2356	62	826	5294
	%	0.59	38.14	44.50	1.17	15.60	100
Friuli Venezia G.	N.	15	475	715	12	99	1316
	%	1.14	36.09	54.33	0.91	7.52	100
Liguria	N.	15	634	763	19	59	1490
	%	1.01	42.55	51.21	1.28	3.96	100
Emilia Romagna	N.	123	1192	1890	97	466	3768
	%	3.26	31.63	50.16	2.57	12.37	100
Toscana	N.	262	1445	1517	27	276	3527
	%	7.43	40.97	43.01	0.77	7.83	100
Umbria	N.	19	323	346	9	63	760
	%	2.50	42.50	45.53	1.18	8.29	100
Marche	N.	1	581	697	12	280	1571
	%	0.06	36.98	44.37	0.76	17.82	100
Lazio	N.	155	2848	2186	48	117	5354
	%	2.90	53.19	40.83	0.90	2.19	100
Abruzzo	N.	37	674	405	12	105	1233
	%	3.00	54.66	32.85	0.97	8.52	100
Molise	N.	3	257	116	15	13	404
	%	0.74	63.61	28.71	3.71	3.22	100
<b>Campania</b>	N.	<b>379</b>	<b>3800</b>	<b>866</b>	<b>333</b>	<b>148</b>	<b>5526</b>
	%	<b>6.86</b>	<b>68.77</b>	<b>15.67</b>	<b>6.03</b>	<b>2.68</b>	<b>100</b>
Puglia	N.	5	2699	748	455	156	4063
	%	0.12	66.43	18.41	11.20	3.84	100
Basilicata	N.	11	447	181	47	7	693
	%	1.59	64.50	26.12	6.78	1.01	100
Calabria	N.	93	1171	497	413	34	2208
	%	4.21	53.03	22.51	18.70	1.54	100
Sicilia	N.	144	4519	826	253	26	5768
	%	2.50	78.35	14.32	4.39	0.45	100
Sardegna	N.	8	822	480	30	15	1355
	%	0.59	60.66	35.42	2.21	1.11	100
<b>Italia</b>	N.	<b>1614</b>	<b>29305</b>	<b>21473</b>	<b>1916</b>	<b>4658</b>	<b>58966</b>
	%	<b>2.74</b>	<b>49.70</b>	<b>36.42</b>	<b>3.25</b>	<b>7.90</b>	<b>100</b>

\*CODICE 1: Senza il lavoro professionale, casalinghe, studentesse, ecc.

\*CODICE 3: Agricoltura

\*CODICE 2: Altre professioni

\*CODICE 4: Industria

dm dato mancante

La tabella 14 riporta i rischi di aborto spontaneo secondo le categorie occupazionali considerate.

**Tabella 14.-** *Rischio di aborto spontaneo secondo l'occupazione della donna*

Regione	Codice di occupazione				totale
	1	2	3	4	
Piemonte	8.12	7.45	2.20	5.07	7.87
Valle d'Aosta	8.95	8.69	4.62	24.81	9.07
Lombardia	11.58	11.69	7.52	8.46	10.99
Trentino A. A.	10.92	9.48	13.96	14.05	10.40
Veneto	12.58	11.65	12.01	10.54	11.83
Friuli Venezia G.	11.64	12.60	11.91	7.46	11.74
Liguria	10.34	10.41	9.88	12.29	10.46
Emilia Romagna	11.03	10.04	8.82	9.43	10.47
Toscana	10.82	9.40	8.78	10.61	10.75
Umbria	9.14	9.46	8.00	7.74	9.31
Marche	11.59	10.76	7.78	9.26	10.70
Lazio	8.97	9.01	3.31	4.63	8.88
Abruzzo	8.98	8.38	6.73	6.64	8.71
Molise	11.10	10.55	4.38	5.38	10.07
<b>Campania</b>	<b>6.55</b>	<b>5.39</b>	<b>2.58</b>	<b>5.11</b>	<b>6.11</b>
Puglia	7.68	5.76	4.83	8.27	6.81
Basilicata	11.59	9.33	3.64	4.79	9.55
Calabria	9.95	8.53	4.33	7.85	7.96
Sicilia	8.54	6.08	3.85	3.85	7.76
Sardegna	6.98	8.25	2.38	9.30	7.10
<b>Italia</b>	<b>9.00</b>	<b>9.29</b>	<b>4.10</b>	<b>8.18</b>	<b>8.88</b>

\*CODICE 1: Senza il lavoro professionale, casalinghe, studentesse, ecc.

\*CODICE 2: Altre professioni

\*CODICE 3: Agricoltura

\*CODICE 4: Industria

Occorre sottolineare, infine, che la diversa completezza delle informazioni tra le varie regioni potrebbe introdurre una distorsione nella valutazione dei rischi, se le informazioni mancanti fossero prevalentemente appannaggio di una determinata categoria lavorativa, come ad esempio potrebbe accadere per l'attività agricola. In ogni caso, non vi è alcuna evidenza di correlazione lineare tra la percentuale delle schede con informazione di occupazione mancante e la percentuale delle donne che lavorano nell'agricoltura ( $r = 0.06$ ,  $p = 0.8$ ).

Risulta che il rischio connesso all'attività agricola è minore rispetto alle altre categorie occupazionali e varia dal 2.2% in Piemonte al 14% in Trentino Alto Adige.

A livello nazionale, il rischio di aborto spontaneo risulta pari a 9% per le casalinghe e le altre donne senza occupazione, a 8.2% per quelle che lavorano nel settore industriale, a 4.1% per quelle in agricoltura e a 9.3% per quelle in altre occupazioni.

Esistono, comunque, notevoli variazioni regionali.

In Campania, si è osservata una percentuale più elevata di lavoratrici nel settore dell'agricoltura tra le donne che hanno abortito. I valori sono simili a quelli di altre regioni meridionali. Il rischio maggiore è risultato a carico della categoria delle casalinghe, studentesse e donne senza occupazione (6.55), rispetto a 5.11 per le lavoratrici nell'industria, a 2.58 per le lavoratrici nell'agricoltura e a 5.39 per le altre professioni.

### 2.3. Conclusioni

Sulla base di quanto presentato nelle sezioni precedenti, è possibile formulare alcune considerazioni conclusive.

La prima riguarda l'incidenza del fenomeno: la Campania è tra le regioni che presentano un rischio di aborto spontaneo tra i più bassi d'Italia. Nel 1980, il rischio di abortività spontanea per 100 concepimenti conosciuti era pari a 5.0 (la Campania era allora, insieme a Lazio e Sicilia, la regione italiana con il rischio più basso); nel 1993, il livello è salito a 6.4 per 100 concepimenti, ma è rimasto comunque ben al di sotto della media nazionale (che si è attestata, per quell'anno, intorno a 9.0 per 100 concepimenti conosciuti).

Dal momento che non esistono particolari evidenze riguardo a un'eventuale distribuzione differenziata dei principali fattori di rischio sul territorio nazionale, si può supporre che l'incidenza dell'abortività spontanea in Campania sia in realtà sotto-stimata, a causa della carenza dei sistemi di rilevazione e di notifica presenti sul territorio regionale.

Una seconda considerazione riguarda, appunto, i fattori di rischio.

In generale, il rischio di aborto spontaneo tende a crescere con l'età: le donne di età superiore ai 40 anni presentano un rischio più che triplicato rispetto alle donne con meno di 20 anni. L'analisi dei rischi con il metodo della standardizzazione indiretta ha, comunque, permesso di escludere che in Campania vi sia una differente distribuzione della popolazione femminile per età, rispetto alle regioni italiane a più alta incidenza di aborti spontanei e, quindi, i valori più bassi rilevati in Campania non dipendono da una differente composizione della popolazione per età.

Le donne nubili, inoltre, sono risultate più esposte delle coniugate al rischio di avere un aborto spontaneo. Tuttavia, il numero di donne che concepiscono prima del matrimonio in Italia è abbastanza basso: nel 1991, il 94% degli aborti registrati in Campania si è verificato in donne sposate. Si può supporre che la condizione di maggior rischio per le nubili sia determinata dal maggior numero di gravidanze non programmate, dal minore supporto familiare e sociale, da un più limitato ricorso alle cure prenatali.

L'istruzione sembra svolgere un effetto protettivo rispetto all'aborto spontaneo. In realtà, la riduzione del rischio per le donne con titolo di studio più elevato rappresenta probabilmente una conseguenza dell'associazione tra il livello di istruzione e la condizione socio-economica.

Il numero di gravidanze precedenti sembra accrescere il rischio di avere aborti spontanei. L'interpretazione dei risultati, in questo caso, non è semplice. Una spiegazione potrebbe essere che dopo ogni gravidanza il rischio di aborto aumenta a causa di una perdita di efficienza riproduttiva. D'altra parte, una donna che ha già avuto due o più gravidanze precedenti può aver avuto anche aborti spontanei precedenti; ed è ben noto che le donne con una storia di aborti spontanei precedenti hanno un rischio elevato di aborto nelle gravidanze successive.

Infine, a proposito del rischio occupazionale, la categoria delle donne impegnate nel settore dell'agricoltura è risultata a più basso rischio di aborto spontaneo: in Campania, per le donne in tale categoria lavorativa è stato stimato un rischio pari a circa la metà di quello delle altre donne. Anche in questo caso, l'interpretazione dei risultati non è agevole. In passato sono stati effettuati molti studi su donne esposte ad alcune sostanze chimiche, per esempio insetticidi, fertilizzanti, ecc., che hanno dimostrato un aumento del rischio di aborto spontaneo in relazione a tale esposizione. I risultati che emergono dall'indagine sembrerebbero in parte contraddire tali evidenze e certamente meriterebbero un approfondimento ulteriore. È pur vero che, nella valutazione dei rischi occupazionali, occorre considerare anche il problema delle informazioni mancanti: nel 1991, la percentuale di dati mancanti, relativamente alla Campania, è risultata pari al 7%. Bisogna ricordare, come già detto in precedenza, che la diversa completezza delle informazioni potrebbe introdurre distorsioni nella valutazione dei rischi, se le informazioni mancanti fossero prevalentemente appannaggio di una determinata categoria lavorativa, come ad esempio potrebbe accadere per l'attività agricola.

Per concludere, un'ultima notazione. Il confronto dei rischi grezzi di abortività spontanea tra le varie regioni d'Italia, che è stato presentato nelle sezioni precedenti, non può essere considerato completamente attendibile perché alcune variabili di confondimento potrebbero avere oscurato le reali differenze tra le regioni.

Ci potrebbe essere, infatti, una correlazione tra le variabili di confondimento. Per esempio, le donne nubili tendono ad essere nullipare e più giovani rispetto alle coniu-gate; le donne con due o più gravidanze precedenti sono generalmente più anziane delle primipare; e così via.

Per separare tutti gli effetti delle variabili simultaneamente bisognerebbe utilizzare dei modelli matematici. In particolare, per l'analisi dei rischi, il modello più appropriato è quello della regressione multipla logistica.

Ci riserviamo, in futuro, di elaborare un modello di regressione logistica per i dati relativi alla Campania.

Un'analisi multivariata è stata, invece, eseguita sui dati nazionali; le variabili inserite nel modello sono state l'età, lo stato civile, l'occupazione, il titolo di studio e le gravidanze precedenti.

L'effetto dell'aggiustamento sulla variabile età è stata una leggera riduzione nei rischi per le donne più anziane.

Per quanto riguarda lo stato civile, non si rilevano modificazioni sostanziali dei rischi, così pure per l'occupazione.

Rispetto ai rischi grezzi calcolati in base al titolo di studio, si evidenzia una riduzione del rischio a carico delle laureate, ma rimangono le stesse differenze dei rischi per le donne con licenza media inferiore in confronto a quelle con licenza elementare o senza alcun titolo.

Infine, per quanto concerne l'effetto delle gravidanze precedenti, risulta un rischio più che raddoppiato per le donne che hanno avuto due o più gravidanze precedenti; il rischio è particolarmente elevato se le donne pluripare sono anche di giovane età (13).

### 3. L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA IN CAMPANIA DAL 1980 AI 1997

Angela Spinelli<sup>1</sup>, Giovanni Baglio<sup>1</sup>, Francesca Sampogna<sup>1</sup>, Marina Pediconi<sup>1</sup>,  
Ferdinando Timperi<sup>1</sup>, Michele E. Grandolfo<sup>1</sup>, Maria Teresa Pini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità – Roma

<sup>2</sup>Dipartimento Materno-Infantile, Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 – Napoli

#### 3.1. L'abortività volontaria in Campania

*3.1.1. Andamento del fenomeno.*- Dall'approvazione della legge 194/78, che regolamenta l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), ad oggi la dinamica dell'abortività volontaria in Italia ha attraversato due fasi temporali ben distinte.

Un primo periodo di crescita si è registrato immediatamente dopo la depenalizzazione dell'aborto e nei cinque anni successivi, per effetto del progressivo assestamento della rilevazione statistica e soprattutto per l'assorbimento da parte dell'abortività legale di una quota di abortività clandestina. Nel 1982 si è avuto il più alto tasso di abortività volontaria<sup>1</sup>, pari a 16.7 IVG per 1000 donne residenti di età 15-49 anni, che in valore assoluto corrisponde a 229472 IVG (14), su un totale di 234801 IVG effettuato lo stesso anno in Italia (15).

A partire dal 1984 ha avuto inizio il periodo di riduzione dell'abortività volontaria, tuttora in corso. Si è passati dalle 16.4 IVG per 1000 (‰) donne in età feconda nel 1983 alle 9.3 nel 1995. Nel 1996 sono state notificate 140398 IVG e 139607 sono state stimate per il 1997 (16).

Per quanto riguarda la regione Campania, tale andamento risulta meno evidente.

La figura 1 permette di confrontare i tassi di abortività volontaria in Campania e in altre due regioni meridionali, Puglia e Calabria, scelte perché hanno valori simili di fecondità rispetto ai valori medi nazionali, per gli anni 1980-1996.

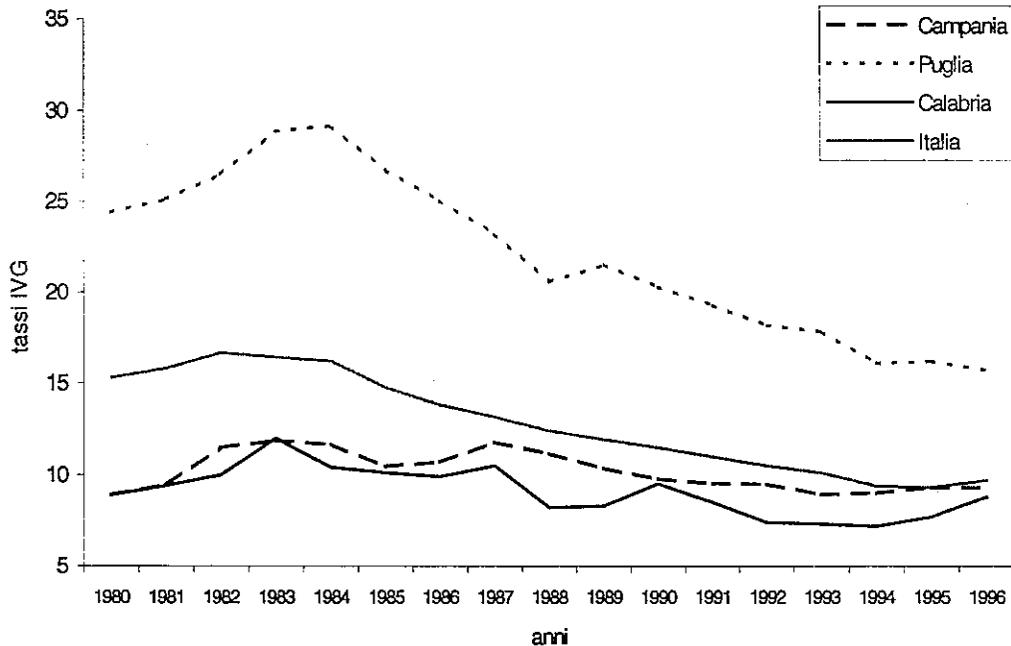
Si nota come in Campania e in Calabria l'andamento sia molto simile; in Puglia, invece, i livelli di abortività risultano molto più elevati e l'andamento bifasico molto più pronunciato.

---

<sup>1</sup> I due principali indicatori dell'IVG sono il *tasso di abortività*, che esprime quante donne in età feconda (15-49 anni) ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza sulla popolazione media femminile, e il *rapporto di abortività*, che mette in relazione il numero di IVG con il numero di nati vivi. Può accadere che il tasso e il rapporto diano risultati diversi, pur misurando la stessa intensità del fenomeno. Il rapporto, infatti, è costruito in modo tale da essere influenzato dal tasso di fecondità. In condizioni di bassa natalità e ridotto ricorso all'aborto volontario, il rapporto di abortività risulta elevato anche se il tasso di abortività è basso.

Il più alto tasso di abortività in Campania si è registrato nel 1983 (11.9‰), in Calabria nel 1987 (10.5‰), in Puglia nel 1984 (29.1‰) e in Italia nel 1982 (16.7‰).

Nel 1996, i tassi sono risultati 9.3‰ in Campania, 8.8‰ in Calabria, 15.7‰ in Puglia e 9.7‰ in Italia.



**Figura 1.-** Tassi IVG per 1000 donne in età feconda, per regione di residenza. Campania, Puglia, Calabria e Italia: 1980-1996

Le IVG effettuate da donne residenti in Campania sono risultate 11702 nel 1980, 16120 nel 1983, 14082 nel 1990 e 13978 nel 1996. Questi valori sono inferiori a quelli notificati nella regione a causa del fenomeno migratorio (vedi sezione 3.4). Ad esempio, nel 1996 sono state notificate in Campania 13978 IVG rispetto alle 14113 effettuate su donne residenti (15).

Tenendo conto del fatto che i tassi di fecondità sono sostanzialmente uguali nelle tre regioni meridionali (Campania 46.8 per 1000, Calabria 38.2 e Puglia 40.9 nel 1996) e nettamente più elevati rispetto alla media nazionale (36.7), è ragionevole ipotizzare che il tasso di abortività più basso registrato in Campania e in Calabria non sia dovuto a un miglior controllo della fecondità quanto, piuttosto, alla persistenza di una quota importante di aborto clandestino, come già indicato da studi precedenti (17).

Peraltro, indagini su conoscenze, atteggiamenti e comportamenti relativi alla

pianificazione familiare, condotti in Campania e in Puglia nella seconda metà degli anni '80, non mostrano significative differenze per quanto riguarda l'uso di contraccettivi e, più in generale, la procreazione responsabile.

È interessante notare che rispetto all'anno con il più alto tasso di abortività, la diminuzione calcolata per il 1996 è risultata del 21.8% in Campania, del 16.2% in Calabria, del 46.0% in Puglia e del 41.9% in Italia, a dimostrazione che il completo dispiegarsi dell'abortività nella legalità produce un maggiore effetto di riduzione del ricorso all'aborto.

### 3.2. L'abortività volontaria e i contesti di vita

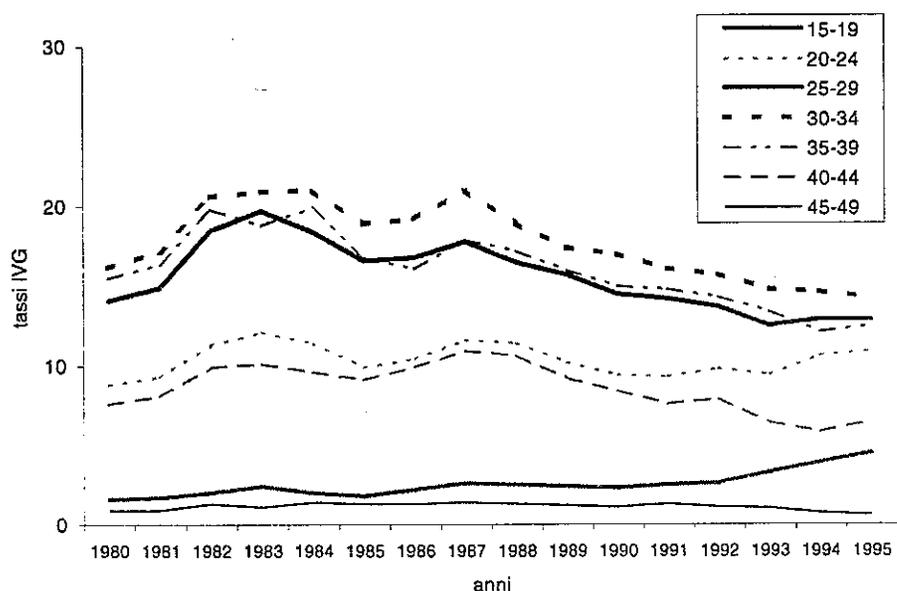
Le caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'IVG (l'età, lo stato civile, l'istruzione e l'attività lavorativa) sono fattori determinanti nelle scelte riproduttive; far riferimento a tali variabili, che identificano l'ambiente familiare e sociale in cui le donne vivono e operano, consente di valutare i differenziali di abortività volontaria rispetto ai diversi contesti di vita e di identificare le condizioni di maggior rischio per il ricorso all'IVG.

È, inoltre, opportuno considerare l'influenza che ciascuna variabile socio-demografica ha avuto sulla contrazione dell'abortività volontaria, al fine di verificare se la riduzione dei tassi abbia riguardato l'intera popolazione femminile in modo uniforme o se, invece, non vi siano stati gruppi ristretti che hanno sperimentato andamenti diversi da quello medio generale.

3.2.1. *L'età della donna.*- In Campania, come nel resto del Paese, il fenomeno dell'IVG riguarda prevalentemente le classi d'età centrali (20-39 anni); del resto, quelle estreme (15-19 e 40-49), essendo interessate solo marginalmente dalla fecondità, sono anche meno toccate dall'abortività.

La figura 2 riporta il trend dell'abortività volontaria tra le residenti in Campania per classi d'età, relativamente al periodo 1980-95.

Per quanto riguarda le fasce d'età più estreme, si osserva un andamento lievemente differente nella classe 40-44 anni e in quella 15-19 anni: mentre per la prima sembra esserci un lieve calo a partire dal 1992, per la seconda si nota un trend leggermente crescente a partire dal 1991. Tuttavia, i bassi livelli dei tassi e la dinamica molto lenta del fenomeno non consentono al momento di trarre alcuna conclusione in proposito.



**Figura 2.**-Tassi IVG per 1000 donne residenti in Campania e per classi d'età. Campania, 1980-1995

L'attenzione maggiore va posta, dunque, sulle classi d'età centrali, che mostrano tassi più alti. Per queste classi l'andamento generale è abbastanza simile a quello osservato per i valori nazionali, anche se l'andamento bifasico non è sempre chiaramente evidenziabile. Si nota, inoltre, una certa stabilità a carico della fascia 20-24 anni.

La fascia d'età a maggiore abortività rimane quella dei 30-34 anni.

**3.2.2. Lo stato civile.**- Il fenomeno dell'abortività volontaria presenta una particolare eterogeneità in relazione allo stato civile delle donne.

I dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione femminile, indispensabili per il calcolo dei tassi specifici di abortività volontaria, si riferiscono agli anni censuari 1981 e 1991. Per questo motivo, nel proseguo dell'analisi, si farà spesso riferimento solamente alle due date suddette.

Risulta evidente (15) che la principale caratteristica dell'abortività volontaria in Italia sia rappresentata dalla prevalenza di donne coniugate (tabella 1). Nel 1981, circa il 72% delle IVG veniva effettuato da donne sposate, nel 1991 tale percentuale è scesa al 61%. Per contro, si è osservato un progressivo aumento della percentuale di nubili: nel 1981 rappresentavano il 24.4% e nel 1991 il 39%. In aumento è anche la percentuale di separate e divorziate (dal 2.1% nel 1981 al 3.9% nel 1991).

**Tabella 1.- Distribuzione percentuale di IVG e di donne in età feconda (15-49 anni) e tassi di abortività per stato civile. Italia, 1981 e 1991**

Stato civile	1981			1991		
	IVG %	popolazione %	tasso standardizzato	IVG %	popolazione %	tasso standardizzato
coniugate	72.1	63.8	20.5	61.5	57.7	13.7
nubili	24.4	33.2	11.5	33.0	38.8	8.9
vedove	0.4	1.5	10.2	0.5	1.2	7.9
separate/divorziate	2.1	1.5	28.8	3.9	2.3	25.6

È vero che l'aumento della percentuale di donne nubili (ed eventualmente di donne separate/divorziate) non indica di per sé un maggiore ricorso alle IVG da parte delle donne non sposate. Bisogna, infatti, considerare che tale percentuale è funzione sia dei diversi livelli di abortività nelle categorie considerate, sia della struttura per stato civile della popolazione italiana femminile. La variazione nel tempo del peso proporzionale delle categorie di stato civile sul totale fa sì che aumenti di conseguenza anche la frequenza delle IVG delle nubili e delle separate/divorziate, e diminuisca quella relativa alle donne coniugate. Il confronto dei tassi standardizzati indica però che, oltre all'effetto demografico, ha giocato un ruolo importante la diversa entità della riduzione dei livelli di abortività nelle categorie considerate: in particolare, dal 1981 al 1991 i tassi di abortività delle coniugate sono passati da 20.5 IVG per 1000 donne in età feconda a 13.7, con un decremento complessivo pari al 33%, mentre i tassi delle nubili sono passati da 11.5 per 1000 a 8.9, con un decremento complessivo del 23%.

L'analisi del fenomeno condotta a partire dai dati regionali conferma l'andamento emerso a livello nazionale. In Campania, nel 1981 il tasso di abortività delle coniugate era pari a 14.1 IVG per 1000 e nel 1991 era sceso a 12.7; a carico delle categorie delle donne nubili e delle divorziate/separate si è registrato, invece, un incremento dei tassi (da 3.2 a 5.5 per le nubili e da 4.5 a 15.3 per le divorziate/separate), valori comunque ancora molto inferiori a quelli nazionali.

In conclusione, anche se i tassi delle coniugate sono ancora superiori a quelli delle nubili, nel corso degli anni stanno acquistando peso, in termini relativi, le IVG delle donne non coniugate.

Questa evoluzione, del resto, è comune a tutti i Paesi occidentali avanzati e segna il passaggio da un'abortività di tipo "coniugale", conseguenza di scelte contraccettive assenti o improprie, a un'abortività "extraconiugale", occasionale e imprevedibile. In Inghilterra e in Galles, ad esempio, dal 1968 al 1987 la percentuale di donne coniugate tra quelle che hanno fatto ricorso all'IVG è diminuita dal 45.3% al 24.8%; in Danimarca dal 57.9% del 1974 al 33.6% del 1987; infine, in Francia dal 51.2% del 1979 al 42.2% del 1986.

3.2.3. *Il grado d'istruzione.* - Il grado di istruzione può essere considerato un indicatore sintetico e valido della condizione socio-economica della donna ed è fortemente correlato con le scelte abortive, sia in termini di diversa propensione a ricorrere a una interruzione volontaria nel caso di gravidanza indesiderata, sia in termini di ricorso alla contraccezione.

Le informazioni relative alla regione Campania, in sintonia con il dato nazionale, indicano che le donne con titolo di studio medio (diploma di scuola media inferiore) ricorrono più frequentemente delle altre all'IVG, anche se nelle generazioni più giovani (donne al di sotto dei 30 anni) i tassi tendono a essere più elevati per le donne senza titolo di studio o con diploma elementare (tabella 2).

Tabella 2.- IVG per 1000 donne in età feconda, secondo il titolo di studio e l'età, e tassi standardizzati. Campania, 1981 e 1991

Età	1981			1991		
	istruzione			istruzione		
	<i>basso (a)</i>	<i>medio (b)</i>	<i>alto (c)</i>	<i>basso (a)</i>	<i>medio (b)</i>	<i>alto (c)</i>
15-19	2.1	1.6	n.c.	4.0	2.4	n.c.
20-24	10.1	11.5	6.8	13.5	10.9	7.1
25-29	15.5	21.1	8.4	18.4	16.3	9.2
30-34	17.4	25.4	11.1	17.2	19.5	10.1
35-39	14.4	21.0	8.8	13.3	18.7	9.6
40-44	6.9	11.7	4.6	6.4	10.0	5.9
45-49	0.7	0.7	0.6	0.8	1.0	1.1
15-49	9.5	10.0	n.c.	9.8	10.1	n.c.
<i>std 15-49</i>	<i>9.8</i>	<i>13.6</i>	<i>n.c.</i>	<i>10.9</i>	<i>11.4</i>	<i>n.c.</i>
20-49	10.4	16.2	7.7	10.3	13.9	8.0
<i>std 20-49</i>	<i>11.2</i>	<i>15.6</i>	<i>6.9</i>	<i>12.1</i>	<i>13.0</i>	<i>7.3</i>

(a) nessun titolo di studio o licenza elementare; (b) licenza media inferiore; (c) licenza media superiore o laurea.  
 nc non calcolabile  
 std tasso standardizzato

Si osserva, inoltre, un trend in aumento dell'abortività proprio nelle categorie di donne giovani e poco istruite, che contrasta con la tendenza alla riduzione dei tassi per le donne coetanee con istruzione medio-alta. Risulta difficile credere, anche alla luce della generale diminuzione dei livelli di abortività registrati non solo in Campania ma nel Paese, che si tratti di un reale aumento nel ricorso alle IVG. Una spiegazione plausibile di questo fenomeno, che si osserva anche in altre regioni del Mezzogiorno, è che si sia verificato in questi anni un aumento dell'abortività legale in sostituzione di quella clandestina proprio per quelle generazioni che hanno potuto usufruire della legge fin dall'inizio del loro periodo riproduttivo.

È, invece, più difficile attendersi un comportamento analogo da parte delle donne d'età più avanzata. Si può ipotizzare che con il passare del tempo il fenomeno della clandestinità sia destinato a diminuire e a rimanere sempre più circoscritto ad alcuni strati della popolazione, in particolare alle generazioni di donne più mature.

*3.2.4. L'attività occupazionale.* - I dati nazionali sull'abortività volontaria, analizzati secondo la condizione professionale, mostrano tassi standardizzati più alti a carico della categoria delle casalinghe, sia nel 1981 che nel 1991 (21.6 e 18.9 rispettivamente); seguono le donne in condizione professionale con 14.6 nel 1981 e 10.2 nel 1991, le studentesse con 16.0 nel 1981 e 8.3 nel 1991 e le donne in altre condizioni non professionali con 2.6 nel 1981 e 2.7 nel 1991.

Anche in Campania i tassi di abortività maggiori spettano alle casalinghe, che a differenza delle altre due categorie maggiori mostrano un trend in aumento (tabella 3).

**Tabella 3.- IVG per 1000 donne in età feconda e tassi standardizzati secondo la condizione lavorativa. Campania, 1981 e 1991**

Condizione lavorativa	1981		1991	
	tasso grezzo	tasso standardizzato	tasso grezzo	tasso standardizzato
professionale	9.2	8.5	8.6	8.1
non professionale				
<i>casalinga</i>	13.4	13.4	15.2	15.5
<i>studentessa</i>	3.1	9.0	4.2	4.3
<i>altra condizione non professionale (a)</i>	0.3	0.3	1.0	1.0

(a) in cerca di prima occupazione, pensionata, benestante.

Nel caso delle studentesse, che presentano tassi di abortività relativamente bassi, vi è probabilmente l'effetto combinato dell'istruzione (si tratta prevalentemente di universitarie) e della condizione di nubile, che è assolutamente prevalente in questa categoria.

### 3.3. L'abortività in relazione alla storia riproduttiva

L'analisi dell'abortività volontaria in relazione alla fecondità ha essenzialmente due obiettivi: da un lato, permette di valutare come le scelte riproduttive delle donne influiscono sulla decisione di ricorrere all'interruzione volontaria di gravidanza; dall'altro, consente di verificare i legami che intercorrono tra il fenomeno dell'abortività volontaria e quello dell'abortività spontanea, in particolare l'effetto che ha avuto la legalizzazione dell'IVG sulla diminuzione dei casi notificati di aborto spontaneo.

I dati nazionali relativi alla *parità* (numero figli) mostrano un'elevata percentuale di donne con 1-2 figli tra coloro che ricorrono all'IVG, anche se negli anni si è osservato un progressivo aumento della percentuale di quelle senza nessun figlio. Questo sistematico aumento della percentuale di nullipare è determinato dalla maggiore riduzione del livello di abortività tra le donne con figli rispetto a quelle senza figli, ma è anche legato all'affermazione di un modello di fecondità che ha visto crescere in questi anni il numero dei figli unici e ridursi, di conseguenza, il peso relativo delle donne con molti figli.

L'andamento osservato in Campania è simile a quello nazionale (tabella 4).

**Tabella 4.- IVG (%) secondo la parità. Campania, 1983-1996.**

Anni	Numero di figli				
	0	1	2	3	4+
1983	8.4	10.4	32.6	25.5	23.0
1985	11.5	17.5	35.0	20.6	15.4
1987	11.9	13.0	35.9	21.8	17.4
1989	13.3	15.8	35.2	22.5	15.2
1991	23.5	11.9	32.9	21.1	11.0
1993	25.1	12.9	33.4	19.3	9.3
1995	25.4	13.2	33.3	19.2	8.9
1996	27.4	14.2	32.2	17.7	8.3

Tuttavia i valori per le nullipare sono inferiori alla media nazionale. Questo è dovuto a differenze demografiche e di comportamento.

La Campania si comporta come le altre regioni del Sud (16), dove il controllo della dimensione familiare si sposta prevalentemente dopo il secondo figlio (tabella 5).

**Tabella 5.- IVG (%), per parità e area geografica. Italia, 1996**

Area geografica	Numero di figli				
	0	1	2	3	4+
Nord	47.2	23.8	22.3	5.0	1.7
Centro	46.3	21.1	24.8	5.9	1.9
Sud	27.5	15.3	34.2	16.6	6.4
Isole	28.6	16.6	33.0	15.1	6.7
<b>Italia</b>	<b>39.5</b>	<b>20.1</b>	<b>27.3</b>	<b>9.5</b>	<b>3.6</b>

In Campania, l'analisi dei rapporti di abortività relativi alle donne residenti (calcolati su 1000 nati vivi) per ordine di nascita mostra un aumento del fenomeno nei primi anni della legalizzazione, ossia una crescente proporzione del numero di IVG sul totale delle gravidanze portate a termine. Il livello di abortività più alto è sempre stato appannaggio della classe delle pluripare con 3 o più figli, che è anche la sola categoria che in questi ultimi anni ha manifestato una tendenza verso la diminuzione, passando da 966.4 nel 1987 a 808.8 nel 1994 (figura 3).

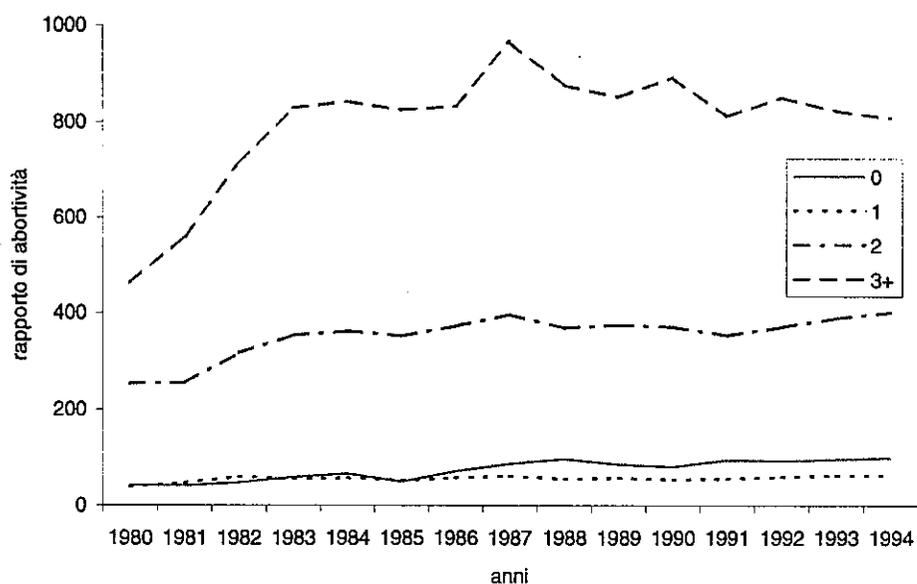


Figura 3.- Rapporti di abortività volontaria relativi alle donne residenti per ordine di nascita. Campania, 1980-1994

A proposito dell'abortività spontanea, un'analisi approfondita degli effetti legati alla legalizzazione dell'aborto volontario non può non considerare un aspetto importante e ancora non del tutto esplorato: i dati disponibili dalle fonti ufficiali (ISTAT) indicano una fortissima e generalizzata riduzione dei casi notificati di aborto spontaneo in Italia, subito dopo l'introduzione della legge 194/78 (da circa 106055 casi nel 1977 a 52864 casi nel 1980); lo stesso fenomeno si è registrato in Campania, dove si è passati da 13664 casi nel 1977 a 4984 nel 1980.

Una diminuzione così marcata ha fatto ritenere che prima di quella data molte interruzioni volontarie di gravidanze venissero denunciate come aborti spontanei e che la diminuzione dei livelli di abortività spontanea, fino a quel momento stabili, sia attribuibile a un riassorbimento della quota clandestina di IVG.

Del resto, non vi è ragione di pensare all'esistenza di particolari condizioni o fattori che abbiano portato a una contrazione così drastica dell'abortività spontanea, né a modificazioni tecniche e/o metodologiche nella rilevazione dei dati tali da giustificare una variazione così vistosa dei livelli di notifica.

### 3.4. Il fenomeno delle migrazioni: mobilità tra regioni e province

Il confronto dei dati relativi al luogo di residenza delle donne che ricorrono all'IVG e al luogo di effettuazione dell'intervento permette di avere indicazioni abbastanza precise sul movimento migratorio "sanitario" esistente nel Paese, sia a livello interregionale che tra province della stessa regione.

Uno studio più attento del fenomeno migratorio consente di distinguere gli spostamenti che potremmo definire "fittizi" o di comodo, da quelli che invece denotano una situazione di vero e proprio disagio. Nel primo caso, si tratta di donne che non emigrano per effettuare l'IVG ma che si trovano fuori dalla propria provincia di residenza per ragioni diverse, ad esempio per motivi di studio o di lavoro. Migrazione fittizia potremmo definire anche lo spostamento verso una provincia diversa da quella di residenza che si verifica per motivi di contiguità territoriale, piuttosto che per mancanza di capacità recettiva della domanda da parte della provincia di origine.

In altri casi, si individuano vere e proprie aree di fuga, sia verso altre province della stessa regione che verso altre regioni, che stanno ad indicare la mancanza di congrui bacini di accoglienza per le donne che decidono di interrompere la gravidanza.

Al fine di fornire una fotografia delle migrazioni sanitarie, sono stati analizzati, a partire dalle notifiche ISTAT per IVG effettuate nel corso del 1994, l'ammontare e la direzione degli spostamenti, per regione e provincia di residenza e di intervento.

La figura 4 riporta le migrazioni relative alla regione Campania rispetto al complesso delle regioni italiane.

Risulta che in Campania vi sia una tendenza all'emigrazione di poco superiore alla media nazionale.

Appare relativamente più contenuta la percentuale di migrazioni verso altre regioni, probabilmente per la contiguità geografica con zone di bassa attrazione. In particolare, i flussi migratori si dirigono prevalentemente verso il Lazio (37%), il Molise (13.5%), la Puglia (9.2%), la Toscana (8.7%), la Lombardia (8.0%) e l'Emilia Romagna (7.9%).

La quota di migrazioni intraregionali, invece, risulta più elevata rispetto alla media italiana, interessando il 18.0% delle donne residenti.

La figura 5 riproduce la dinamica dei flussi per le cinque province campane.

La sola provincia di Napoli contribuisce a spiegare gran parte di questi flussi migratori, con il 23% di migrazioni intraregionali: circa 1700 donne napoletane preferiscono effettuare l'IVG in un'altra provincia della regione e di queste più della metà sceglie Salerno.

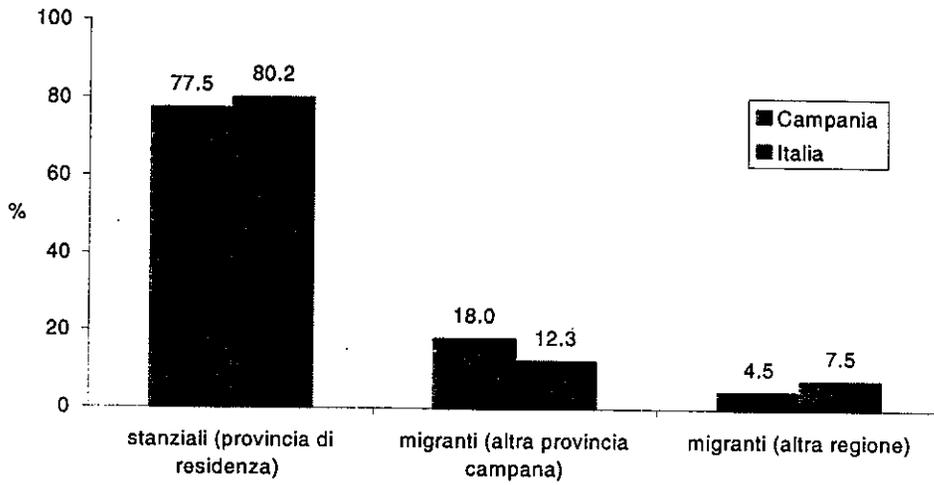


Figura 4.- Migrazioni di donne che effettuano IVG. Campania e Italia, 1994

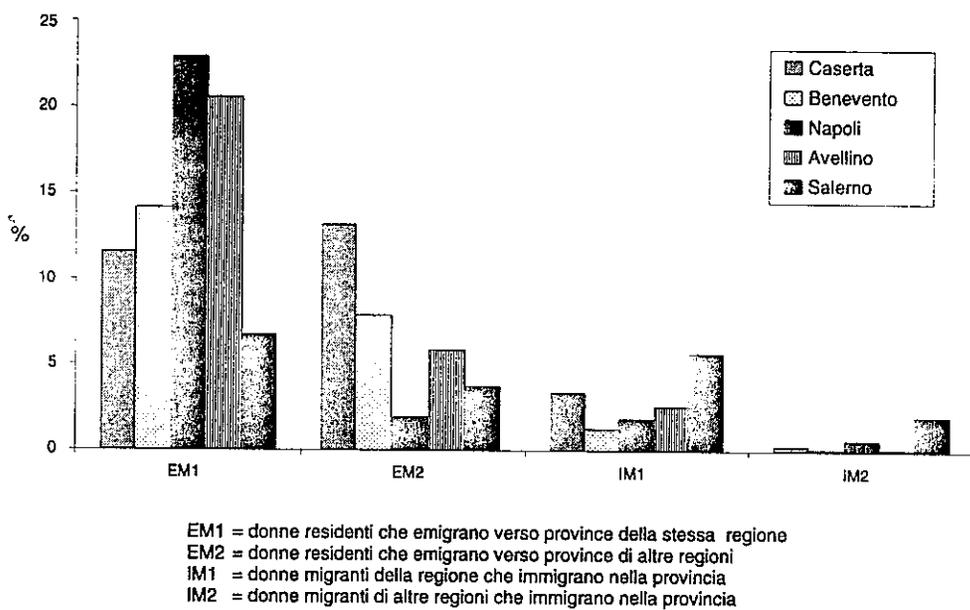
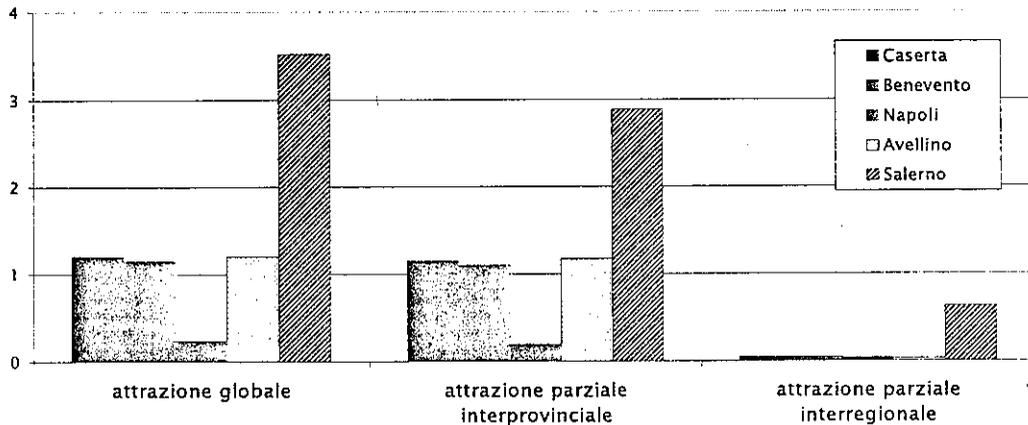


Figura 5.- Indicatori provinciali di migrazione per l'IVG. Campania, 1994

Napoli, dunque, contrariamente alle altre grandi città italiane, è provincia di forte emigrazione e fa registrare uno degli indici di attrazione<sup>2</sup> più bassi della penisola (figura 6).



Indice di attrazione globale = esprime l'attrazione della provincia nei confronti di altre province  
 Indice di attrazione parziale interprovinciale = esprime l'attrazione nei confronti delle altre province della regione  
 Indice di attrazione parziale interregionale = esprime l'attrazione nei confronti di province di altre regioni

**Figura 6.-** Indici di attrazione delle province campane: anno 1994

La tabella 7 permette di esaminare il fenomeno migratorio in relazione alle principali caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'IVG.

La maggiore propensione allo spostamento spetta alle nubili: quasi 1 su 3 di loro emigra, mentre le coniugate tendono ad essere più stanziali.

Anche il titolo di studio sembra influire sulla mobilità: le donne con un'istruzione più elevata tendono a scegliere strutture situate al di fuori della propria provincia di residenza, più di quanto non facciano le donne con titolo di studio più basso.

Infine, la distribuzione per classi d'età mostra una maggiore stanzialità da parte delle donne di età più avanzata.

<sup>2</sup> Gli indici di attrazione si dividono in: a) indice di attrazione globale, calcolato come rapporto tra la percentuale di immigrazione nella provincia e la percentuale di emigrazione dalla provincia; b) indice di attrazione parziale interprovinciale, calcolato come rapporto tra la percentuale di immigrazione dalle province della stessa regione e la percentuale di emigrazione; c) indice di attrazione parziale interregionale, calcolato come rapporto tra la percentuale di immigrazione da province di altre regioni e la percentuale di emigrazione.

**Tabella 7.- Migrazioni e caratteristiche socio-demografiche delle donne residenti in Campania che effettuano IVG: distribuzione percentuale per stato civile, istruzione ed età. Campania, 1994**

Caratteristica		% Migranti	Totale
Stato civile	<i>nubile</i>	27.7	3524
	<i>coniugata</i>	20.5	9612
	<i>separata-divorziata</i>	24.0	375
Titolo di studio	<i>nessuno, lic. elementare o media inferiore</i>	21.6	9650
	<i>licenza media superiore o laurea</i>	24.9	3680
Età (in anni)	<i>≤20</i>	24.3	1435
	<i>21-30</i>	24.2	6075
	<i>31-40</i>	20.2	5174
	<i>&gt;40</i>	21.0	795

### 3.5. Servizi e procedure operative relativi all'IVG

*3.5.1. Il luogo di certificazione.* - La legge 194/78 prevede che la certificazione possa essere richiesta al medico di famiglia, al consultorio familiare, al servizio ostetrico-ginecologico o ad altra struttura socio-sanitaria.

L'attenzione riservata al luogo della certificazione è legata alla possibilità che nello stesso servizio si esplichino azioni sia di tipo preventivo (di rimozione, laddove sia possibile, delle cause che hanno indotto la donna a decidere di interrompere la gravidanza) sia finalizzati alla promozione di comportamenti consapevoli rispetto al controllo della fecondità.

In particolare, grande attenzione la legge ha riservato ai consultori familiari, cui spetta istituzionalmente un ruolo centrale nell'ambito della prevenzione e promozione della salute riproduttiva.

Si deve constatare, tuttavia, che in Campania il ricorso da parte delle donne alle strutture consultoriali è inferiore alla media nazionale. Per esempio, nel 1996, ai consultori spettava solo il 18.6% delle certificazioni (rispetto al 24.5% in Italia), al medico di famiglia il 34.2% e al servizio ostetrico-ginecologico circa il 47.0% (16).

Le ragioni di un basso ricorso ai consultori possono essere molteplici: un numero non adeguato di strutture nel territorio di residenza della donna; l'assenza temporanea o sistematica del ginecologo; la qualità dell'accoglienza e l'accessibilità dei servizi.

Non bisogna, infine, dimenticare che molti consultori non hanno il collegamento in rete con i servizi ostetrico-ginecologici presso cui si effettua l'intervento di IVG e quindi non possono effettuare la prenotazione.

Esperienze consolidate mettono in evidenza che la condizione necessaria perché il ricorso al consultorio sia favorito è proprio la possibilità che la struttura consultoriale svolga la funzione di centro di prenotazione. Dove questo è stato applicato, la quota di certificazioni rilasciate dal consultorio si è attestata intorno all'80%.

La tabella 8 riporta, per il 1994, ultimo anno per cui l'Istituto Superiore di Sanità dispone di dati individuali, la distribuzione delle IVG effettuate in Campania secondo il luogo di rilascio della certificazione e l'età, lo stato civile e il grado di istruzione delle donne.

Tabella 8.- Distribuzione percentuale delle IVG per luogo di certificazione ed età, stato civile e titolo di studio delle donne. Campania, 1994

Caratteristica	Consultorio	Medico di fiducia	Servizio ostetrico	Altra struttura	Totale
<i>Età (in anni)</i>					
≤ 20	10.2	10.1	10.9	10.3	10.5
21-30	44.9	44.2	45.2	43.6	44.7
31-40	39.5	39.6	37.7	41.0	38.8
> 40	5.4	6.0	6.2	5.1	6.0
<i>totale</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<i>Stato civile</i>					
<i>nubile</i>	25.5	25.7	25.9	35.9	25.8
<i>coniugata</i>	71.5	71.6	71.3	51.3	71.4
<i>già coniugata</i>	3.0	2.7	2.8	12.8	2.8
<i>totale</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<i>Titolo di studio</i>					
<i>nessuno</i>	6.1	3.9	5.2	2.6	4.8
<i>elementare</i>	30.6	20.5	24.3	28.9	23.6
<i>media inferiore</i>	37.3	50.1	41.7	10.5	44.6
<i>media superiore</i>	23.7	22.0	24.9	50.0	23.5
<i>laurea</i>	2.2	3.5	4.0	7.9	3.5
<i>totale</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Risulta che le donne con un più basso livello di istruzione ricorrono maggiormente al consultorio familiare, mentre le coniugate e le più istruite tendono a rivolgersi ai servizi ostetrico-ginecologici.

3.5.2. *Tipologie di intervento.* - In Italia, i tipi di intervento più comunemente utilizzati sono l'isterosuzione (dilatazione e aspirazione) e il raschiamento (dilatazione e curettage).

La tabella 9 riporta l'andamento del tipo di intervento in Campania.

**Tabella 9.- Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento. Campania: 1983, 1986, 1991, 1994**

Tipo di intervento	1983	1986	1991	1994
raschiamento	40.6	25.6	20.4	10.6
isterosuzione	52.6	40.7	14.2	12.4
isterosuzione secondo Karman	6.6	28.8	65.2	76.5
altro	0.1	4.9	0.1	0.5

Sono da sottolineare, a questo riguardo, i grandi passi positivi fatti dalla regione Campania con una graduale diminuzione nel tempo del ricorso al raschiamento (dal 40.6% del 1983 al 10.6% del 1994) e un corrispondente aumento dell'isterosuzione secondo il metodo di Karman (dal 6.6% del 1983 al 76.5% del 1994). Se nel passato in Campania si osservavano percentuali di raschiamento tra le più alte in Italia, dal 1993 questo valore è inferiore alla media nazionale. La tabella 10 mostra i dati a livello provinciale per il 1994.

**Tabella 10.- Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di intervento e per provincia. Campania, 1994**

Province	Raschiamento	Isterosuzione secondo Karman	Altra isterosuzione	Altro
Caserta	24.3	53.7	21.9	0.1
Benevento	0.1	99.9	0	0
Napoli	8.2	76.6	14.6	0.6
Avellino	0.1	99.9	0	0
Salerno	14.3	74.3	10.8	0.6
<b>Campania</b>	<b>10.6</b>	<b>76.5</b>	<b>12.4</b>	<b>0.5</b>

Esiste grande variabilità tra le province campane. Per esempio, il raschiamento era praticato a Caserta nel 24.3% dei casi, a Napoli nell'8.2%, a Salerno nel 14.3%, a Benevento e ad Avellino praticamente mai.

La tabella 11 mostra l'andamento del tipo di terapia antalgica praticata in Campania. Si apprezza una marcata riduzione nel numero di anestesie generali praticate, anche se il 67.6% registrato nel 1994 rappresenta un livello ancora elevato.

**Tabella 11.- Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di terapia antalgica. Campania: 1983, 1986, 1991, 1994.**

Tipo di terapia antalgica	1983	1986	1991	1994
anestesia generale	89.4	72.1	67.8	67.6
anestesia locale	7.6	19.9	29.2	29.5
analgesia	2.5	5.4	1.1	2.0
nessuna terapia	0.4	2.1	1.8	0.7

Anche riguardo al tipo di terapia antalgica, esistono forti differenze provinciali (tabella 12). In particolare, appare sorprendente che la percentuale di casi in cui è stata praticata una anestesia generale a Salerno sia pari a 81.9% e ad Avellino solo al 5.9%. Si deve sottolineare che le maggiori organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'International Parenthood Federation e The Alan Guttmacher Institute, consigliano per le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate nel primo trimestre l'uso di anestesia locale.

Tabella 12.- Distribuzione percentuale delle IVG per tipo di terapia antalgica e per provincia. Campania, 1994

Province	Anestesia generale	Anestesia locale	Analgesia	Nessuna terapia antalgica
Caserta	71.1	28.4	0.1	0.4
Benevento	66.1	33.9	0	0
Napoli	73.8	24.4	0.4	1.3
Avellino	5.9	94.0	0.1	0
Salerno	81.9	9.9	7.5	0.5
<b>Campania</b>	<b>67.6</b>	<b>29.5</b>	<b>2.0</b>	<b>0.7</b>

Numerosi studi condotti a livello internazionale hanno, inoltre, evidenziato che all'anestesia generale si associa una maggiore incidenza di complicanze post-abortive.

### 3.6. Conclusioni

L'analisi dell'abortività volontaria in Campania, fin qui condotta, ripropone con particolare urgenza alcune questioni, che offrono importanti spunti di riflessione e che certamente potrebbero essere oggetto di ulteriori approfondimenti futuri: in particolare, la possibilità di attuare programmi di prevenzione e la razionalizzazione dei servizi.

A proposito delle possibilità concrete di contrastare il fenomeno dell'abortività volontaria, resta acceso il dibattito sulle misure più opportune da adottare per ridurre il ricorso all'IVG.

I dati mostrano che la prevenzione è possibile e, del resto, i risultati ottenuti in questi anni hanno fatto sì che l'Italia sia oggi uno dei Paesi occidentali a più basso livello di abortività volontaria.

È pur vero che sul fenomeno delle IVG si intrecciano fattori di carattere individuale e altri di carattere sociale, culturale e istituzionale, che rendono complesso il quadro di riferimento.

Alcuni elementi emergono, però, con sufficiente chiarezza. L'abortività si coniuga, in certa misura, con situazioni di isolamento sociale e di scarsa disponibilità di risorse culturali. A parità di altri fattori demografici, i tassi di abortività volontaria sono

più elevati tra le donne con titolo di studio medio/basso e tra le casalinghe, categoria quest'ultima sulla quale pesa certamente un minore grado di socializzazione rispetto alle categorie di donne lavoratrici.

Esistono, tuttavia, alcune aree critiche, sulle quali occorre soffermarsi con particolare attenzione.

Innanzitutto, la situazione ancora diffusa di aborto volontario ripetuto. In Campania, per il 1996 la percentuale di IVG ripetute si attestava intorno al 25% (la percentuale di IVG ripetute due o più volte era del 10%).

Si sottolinea ancora una volta che il ricorso all'aborto per una quota preponderante di donne non costituisce affatto una scelta d'elezione ma è una diretta conseguenza dell'incapacità concreta da parte delle donne di regolare la propria fecondità con efficaci metodi contraccettivi. In quest'ottica, appare chiaro che l'azione preventiva deve avere come obiettivo primario la massima informazione possibile alle donne sulla fisiologia della riproduzione e sull'uso corretto e consapevole della contraccezione.

Un secondo aspetto da considerare è la quota ancora rilevante di abortività clandestina, difficilmente quantificabile con precisione, ma che certamente gioca un ruolo importante nella determinazione del fenomeno dell'abortività volontaria, di cui peraltro costituisce la componente più difficile da gestire.

Sulla base di tali considerazioni si prevede che la riduzione del fenomeno abortivo possa essere più consistente e verificarsi in tempi più brevi mediante la realizzazione di programmi di intervento rivolti a sezioni opportune della popolazione: alle donne che hanno recentemente partorito, alle coppie che si sposano, alle/agli adolescenti nelle scuole, alle donne che hanno già abortito (18). Questi interventi, che andrebbero effettuati attraverso una offerta attiva di informazione ed educazione affinché la sessualità venga vissuta con consapevolezza, si ritiene possano avere effetti anche sull'aborto clandestino.

Il ruolo centrale dovrebbe essere giocato dai consultori familiari, che a tutt'oggi rimangono *un'opera incompiuta*, un'opzione marginale per le donne che decidono di abortire. Il potenziamento dei consultori appare l'unica strada realisticamente percorribile per evitare alle donne il disagio della migrazione e, soprattutto, per contrastare efficacemente il ricorso all'aborto attraverso un'opera attenta ed efficace di prevenzione.

Potenziare, allora, la rete consultoriale sul territorio, completare gli organici ed eliminare le condizioni di precarietà sono certamente passaggi cruciali, che insieme alla possibilità di organizzare corsi di formazione e di aggiornamento per il personale già operante, rendono concreta la possibilità di realizzare efficaci interventi di prevenzione.

È, infine, importante rafforzare il processo di razionalizzazione delle procedure utilizzate per l'IVG avviato dalla Regione, anche attraverso conferenze di servizi. Se, da una parte, negli anni sono migliorate le condizioni in cui viene praticato l'intervento, sono diminuiti i tempi di degenza e l'incidenza di complicanze post-intervento è a livello degli standard europei, dall'altra la tecnica del raschiamento è ancora utilizzata e la maggioranza dei medici ricorre all'anestesia generale.

Modificazioni a questo riguardo porterebbero non solo a un risparmio di risorse finanziarie e logistiche/umane, ma salvaguarderebbero maggiormente la salute della donna e ridurrebbero i tempi di attesa e molto probabilmente una buona parte dell'aborto tendenzialmente clandestino (quello causato dalla carenza dei servizi) avrebbe uno sbocco nella legalità.

La realizzazione in tempi rapidi delle proposte di intervento sopra delineate porterebbe ad un radicale ridimensionamento del fenomeno e permetterebbe di concentrare l'attenzione su quelle componenti dell'aborto legale più problematiche e che richiedono studi più approfonditi nell'area psicosociale.

## Bibliografia

1. ISTAT. *Nascite e caratteristiche demografiche e sociali, anno 1995*. Annuario ISTAT 1998; 4.
2. DUBINI, V., FATTORINI, G., GORI, G. L'assistenza alla gravidanza: protocolli ed orientamenti in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione* 1996, 20: 63-5.
3. SIGNORELLI, C. L'incremento dei tagli cesarei in Italia: un problema ostetrico e di sanità pubblica. *Agenzia Sanitaria Italiana* 1996, 30: 10-1.
4. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985, 24:436-7.
5. CHALMERS, I., ENKIN, M., KEIRSE, M.J.N.C. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
6. WHO. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva; WHO, 1996. (Report WHO/FRH/MSM/96.24).
7. CRIALESI, R. (Ed.). *Glossario dei termini principali desunti dai modelli di rilevazione delle statistiche sanitarie*. Roma: ISTAT, 1997.
8. WHO. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: WHO, 1979.
9. WHO. *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: WHO, 1957.
10. REPETTO, F., REMOTTI, G., FORMIGARO, F., BESOZZI, C., DAMBROSIO, F. Abortività spontanea in Lombardia, 1980-1981. *Contracezione Fertilità Sessualità* 1984, 11: 589-613.
11. CAPPARUCCI, P., DI LENA, P., DI LALLO, D. Abortività spontanea: rapporto del sistema informativo nel Lazio: anni 1987-90. *Progetto Salute* 1995, 28 (anno XI).
12. FIGÀ TALAMANCA, I., REPETTO, F. Correcting spontaneous abortion rates for the presence of induced abortion. *American Journal of Public Health* 1998, 78: 40-42.
13. OSBORN, J., CATTARUZZA, M.S., SPINELLI, A. The risk of spontaneous abortion in Italy, 1978-1995, and the effect of maternal age, gravidity, marital status and education. *American Journal of Epidemiology* (in corso di stampa).
14. SPINELLI, A., GRANDOLFO, M.E., PEDICONI, M., DONATI, S., MEDDA, E., TIMPERI, F., ANDREOZZI, S. *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: 1991-1992*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 1995. (Rapporto ISTISAN 95/22).
15. BOCCUZZO, G., BURATTA, V., FROVA, L. (Eds). *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*. Collana Argomenti n. 9. Roma: ISTAT, 1997.
16. MINISTRO DELLA SANITÀ. *Relazione e dati del Ministro della Sanità sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/78) - Dati preliminari 1997, dati definitivi 1996*. Roma; Atti Parlamentari, 1998.
17. FIGÀ TALAMANCA, I., SPINELLI, A. L'aborto illegale in Italia è ancora un problema reale? *Contracezione Fertilità Sessualità* 1986, 13(3): 263-269.
18. GRANDOLFO, M.E., SPINELLI, A., DONATI, S., PEDICONI, M., TIMPERI, F., STAZI, M.A., ANDREOZZI, S., GRECO, V., MEDDA, E., LAURIA, L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 1991. (Rapporto ISTISAN 91/25).

*Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità  
e Responsabile scientifico: Giuseppe Benagiano*

*Direttore responsabile: Vilma Alberani*

*Stampato dal Servizio per le attività editoriali  
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN  
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988*

*Roma, dicembre 1999 (n. 4) 1° Suppl.*

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici  
pubblicati nei Rapporti e Congressi ISTISAN è dei singoli autori*