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

Angela Spinelli[1], Giovanni Baglio[1], Francesca Sampogna[1], Marina Pediconi[1], Ferdinando Timperi[1], Michele E. Grandolfo[1], Maria Teresa Pini[2]
[1]*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità – Roma*
[2]*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[1], 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.

---

[1] 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.

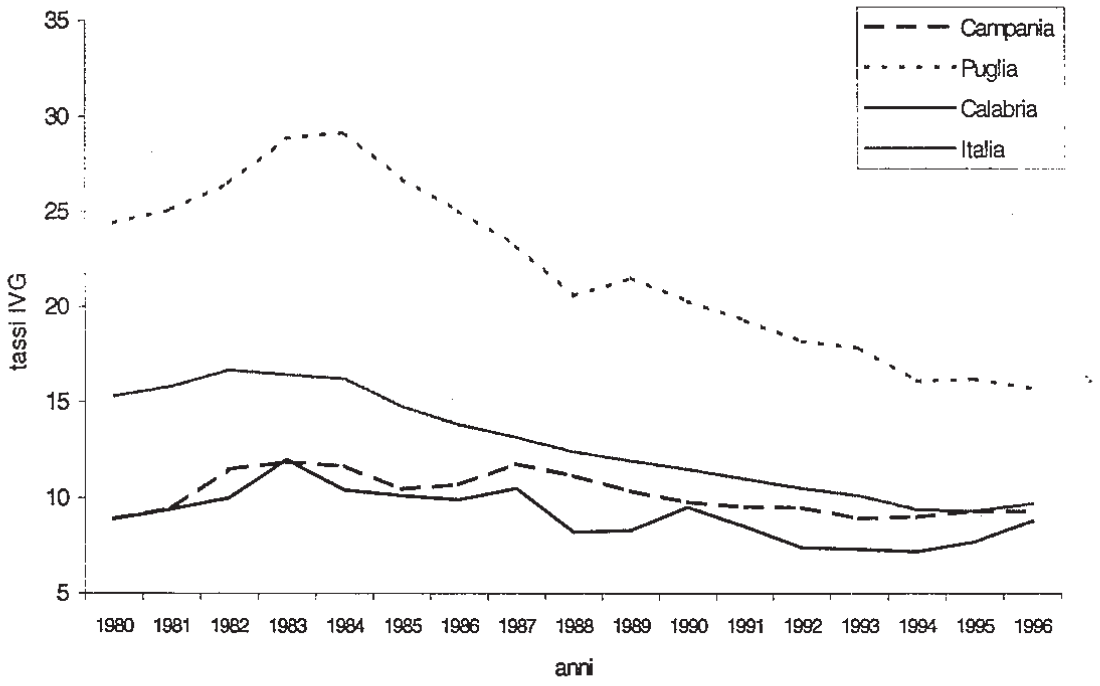


Figura 1.- *Tassi IVG per 1000 donne in età feconda, per regione di residenza. Campania, Puglia, Calabria e Italia: 1980-1996*

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.

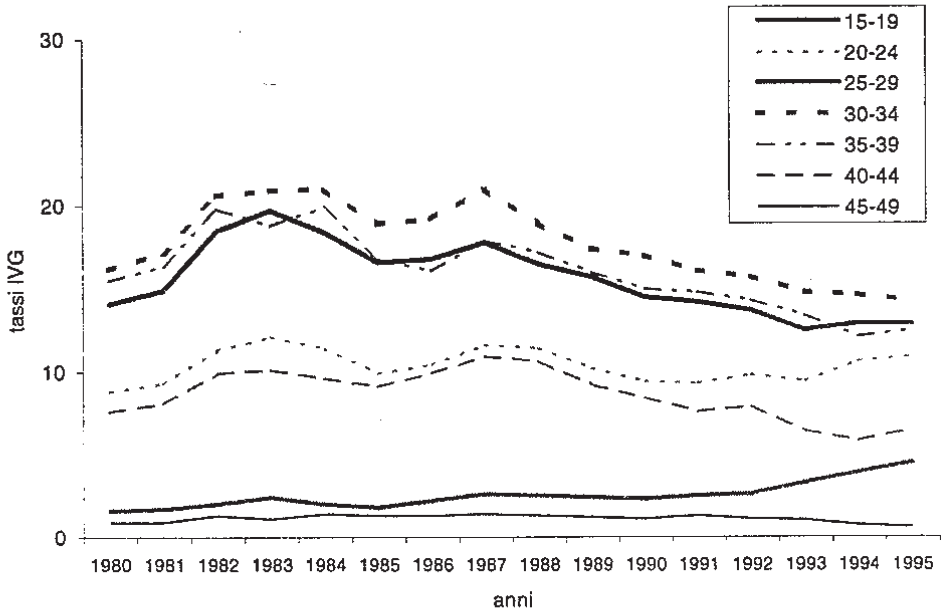


Figura 2.-*Tassi IVG per 1000 donne residenti in Campania e per classi d'età. Campania, 1980-1995*

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		
	basso (a)	*medio (b)*	*alto (c)*	*basso (a)*	*medio (b)*	*alto (c)*
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.
std 15-49	*9.8*	*13.6*	*n.c.*	*10.9*	*11.4*	*n.c.*
20-49	10.4	16.2	7.7	10.3	13.9	8.0
std 20-49	*11.2*	*15.6*	*6.9*	*12.1*	*13.0*	*7.3*

(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				
casalinga	13.4	13.4	15.2	15.5
studentessa	3.1	9.0	4.2	4.3
altra condizione non professionale (a)	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
Italia	**39.5**	**20.1**	**27.3**	**9.5**	**3.6**

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).

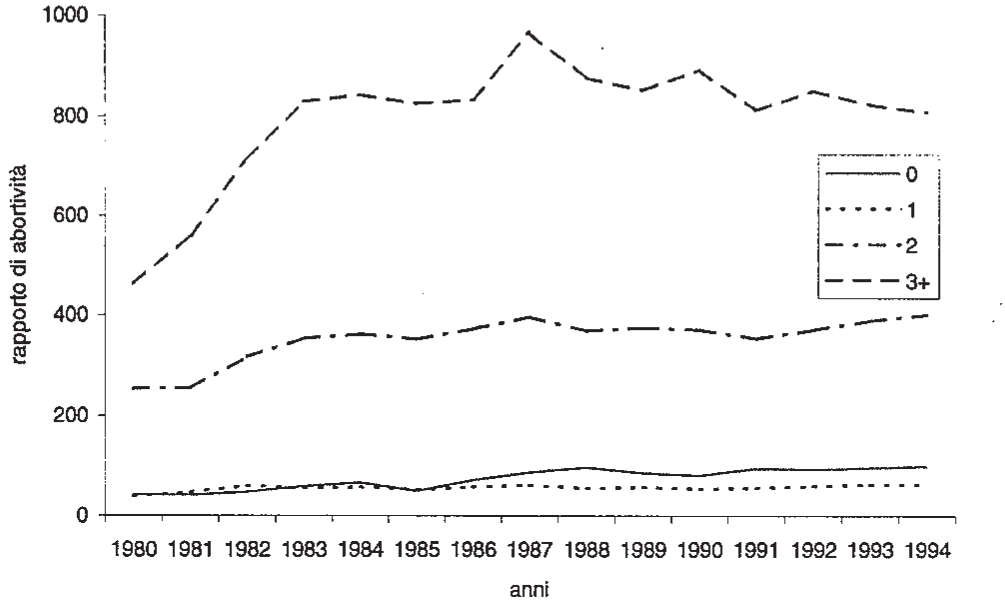


Figura 3.- *Rapporti di abortività volontaria relativi alle donne residenti per ordine di nascita. Campania, 1980-1994*

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.

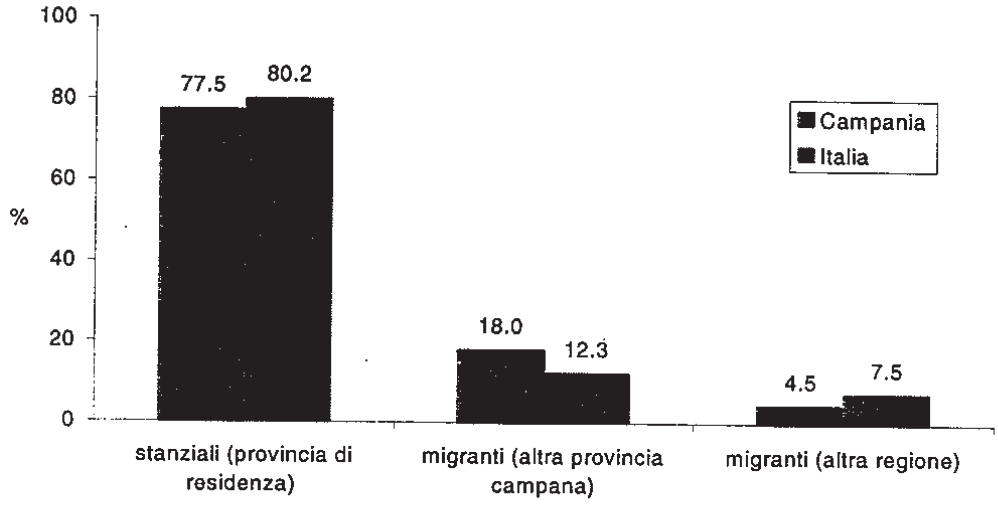
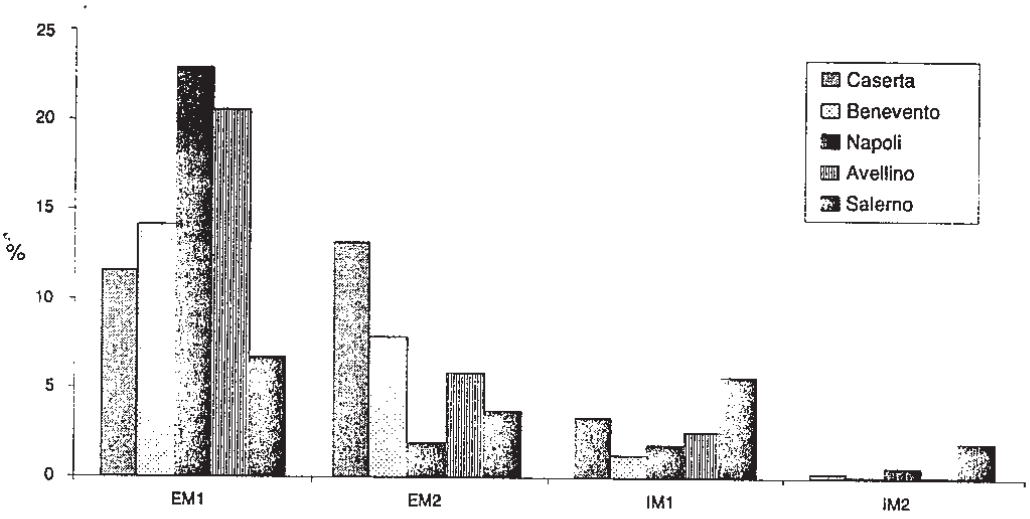


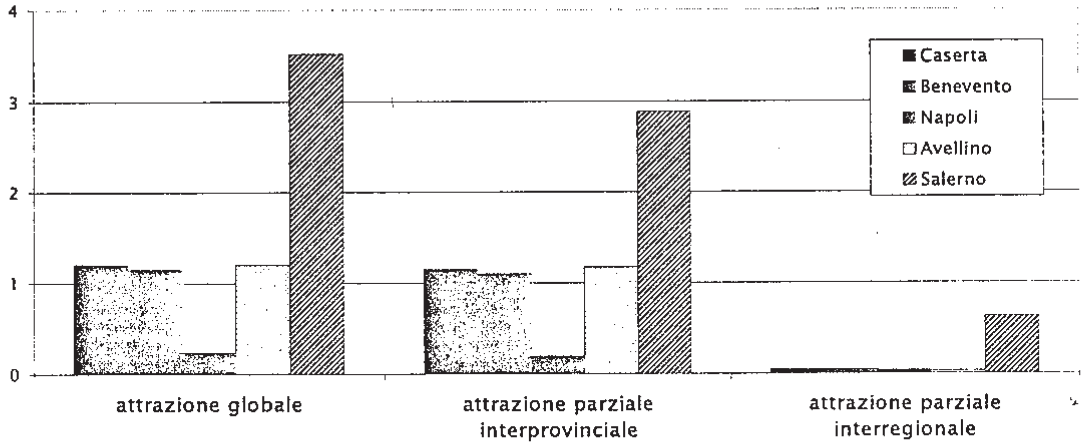
Figura 4.- *Migrazioni di donne che effettuano IVG. Campania e Italia, 1994*



EM1 = donne residenti che emigrano verso province della stessa regione
EM2 = donne residenti che emigrano verso province di altre regioni
IM1 = donne migranti della regione che immigrano nella provincia
IM2 = donne migranti di altre regioni che immigrano nella provincia

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[2] 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.

---

[2] 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	*nubile*	27.7	3524
	coniugata	20.5	9612
	separata-divorziata	24.0	375
Titolo di studio	*nessuno, lic. elementare o media inferiore*	21.6	9650
	licenza media superiore o laurea	24.9	3680
Età *(in anni)*	*≤20*	24.3	1435
	21-30	24.2	6075
	31-40	20.2	5174
	>40	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 costatare, 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
Età *(in anni)*					
≤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
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Stato civile					
nubile	25.5	25.7	25.9	35.9	25.8
coniugata	71.5	71.6	71.3	51.3	71.4
già coniugata	3.0	2.7	2.8	12.8	2.8
totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Titolo di studio					
nessuno	6.1	3.9	5.2	2.6	4.8
elementare	30.6	20.5	24.3	28.9	23.6
media inferiore	37.3	50.1	41.7	10.5	44.6
media superiore	23.7	22.0	24.9	50.0	23.5
laurea	2.2	3.5	4.0	7.9	3.5
totale	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
Campania	*10.6*	*76.5*	*12.4*	*0.5*

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
Campania	*67.6*	*29.5*	*2.0*	*0.7*

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 potenziamenti 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.