

BOLLETTINO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE n°30

SETTIMANALE DELL'OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' MINISTERO DELLA SANITA'
LAB. EPIDEMIOLOGIA e BIOSTATISTICA DIREZIONE IGIENE PUBBLICA
del 9 LUGLIO '81

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

La situazione italiana riguardo all'attuazione della legge n° 194 del '78 su "Norme sulla tutela sociale della maternità e interruzione volontaria della gravidanza" si può attualmente valutare in base ai dati sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). I dati vengono correntemente espressi in tassi di abortività, ovvero rapporto tra aborti e donne in età fertile (da 15 a 49 anni di età per l'Italia) e tassi rispetto a 1000 nati vivi. Essi mostrano un costante aumento in Italia dal 1978 al 1980; infatti si passa da un tasso di IVG x 1000 nati vivi di 169.6 nel secondo semestre '78, a 272.9 nel '79, e 280.1 nel primo trimestre '80.

Una previsione circa la tendenza di questo andamento non è presumibile dato il breve intervallo di attuazione della legge nel nostro paese. Se infatti consideriamo l'andamento del fenomeno altrove, dove una simile legislazione è operante da più tempo (es.: Finlandia, Svezia, Gran Bretagna, Cecoslovacchia) notiamo una riduzione dei tassi dopo un periodo di incremento di 5-7 anni.

Alcuni dei fattori che influenzano l'aumento post-legislativo dei tassi di abortività possono essere individuati nello slittamento da procedure illegali e non rilevate all'uso dei servizi pubblici e quindi alle pratiche legali rilevabili. Altri fattori importanti riguardano l'atteggiamento dei medici, specie rispetto all'indicazione di interruzione in caso di diagnosi prenatale di grave difetto fisico o mentale del feto e la capacità tecnica

delle diagnosi prenatali a loro disposizione. Così i fattori che influenzano la riduzione del fenomeno dopo alcuni anni, possono essere individuati, dalla esperienza internazionale, in un più efficace intervento di contraccezione, nel caso dell' Inghilterra, o nella scarsa entità dell'offerta dei presidi sanitari, nel caso dell'India, con significato e peso evidentemente ben diverso.

Analizzare e comprendere il significato dell'andamento dei tassi, oggi in Italia, richiederebbe almeno una serie di correlazioni con i dati relativi alle strutture sanitarie che intervengono sulla tutela della maternità e sulla contraccezione, nonché sulla disponibilità dell'offerta, ovvero delle strutture del personale sanitario non obiettore, dati che attualmente non sono disponibili.

In base alla scheda individuale di rilevazione oggi usata sul territorio nazionale dall'ISTAT le informazioni desumibili riguardano 1) caratteristiche socio-demografiche della donna: età, provincia di nascita, comune di residenza, USL di appartenenza, stato civile, titolo di studio, posizione nella professione; 2) caratteristiche relative alla precedente vita feconda della donna: numero di gravidanze precedenti (ottenute come somma di parti a termine e prematuri + aborti spontanei + interruzioni volontarie di gravidanza); 3) notizie strutturali sull'intervento, quali il presidio sanitario che rilascia la certificazione, assenso per la minore, data e luogo in cui è praticato l'intervento, durata di degenza, urgenza; 4) notizie sulla gravidanza attuale e sul tipo di intervento praticato, età gestazionale, tipo di intervento, tipo di terapia anestetica, complicanze.

Di queste informazioni sono disponibili, già elaborate, quelle relative alla distribuzione per età (Tab. 1). Notevole è la disparità tra i casi relativi alle minorenni tra l'Italia e le altre nazioni, tanto da presumere una sottostima italiana con un pericoloso ricorso all'aborto clandestino per le donne in questa fascia di età.

L'andamento dei tassi dal '78 all'80 è disaggregato per regioni (Tab. 2), mentre nelle regioni del nord il tasso di abortività è più alto e presenta un incremento maggiore dal '78 all' 80. Nelle regioni del sud, e specialmente nelle isole, il fenomeno è meno consistente. Rispetto al tasso di natalità, considerato per aree geografiche, possiamo concludere che il trend è opposto (Tab. 3). Dietro questa situazione possiamo presumere una grossa influenza della disparità di applicazione della legge n° 194. Se quindi confrontiamo per regione i tassi di natalità, abortività e il loro rapporto

con le stime fatte in base ai valori ai medi mondiali riportati da Tietze (v. figura), possiamo presumere che nelle regioni del sud ed insulari sia ancora consistente il fenomeno di aborti clandestini.

Sempre secondo Tietze l'età della donna al momento dell'interruzione di gravidanza è correlata con un maggior rischio sia durante l'intervento abortivo, che per quanto riguarda le complicanze post-abortive. Come fattore indiretto a sua volta l'età di interruzione è strettamente correlata all'età gestazionale, nel senso che le donne di età ≤ 18 praticano IVG in epoca gestazionale avanzata. I dati italiani riguardo le complicanze della IVG rispetto alla mortalità non sono ancora disponibili.

Tab. 1 Distribuzione per età delle donne sottoposte a IVG. I semestre '80.

Regioni	Classi di età:			Totale
	≤ 18	19-35	≤ 36	
Piemonte	263	6666	2212	9171
Val d'Aosta	12	227	47	286
Lombardia				
Bolzano				
Trento	27	508	137	662
Veneto	267	4648	1340	6255
Friuli V. Giulia	166	1923	570	2659
Liguria	176	3110	1209	4495
Emilia Romagna	819	9305	2473	12602
Toscana	236	6276	6528	8040
Umbria	24	1500	445	1969
Marche				
Lazio	330	8239	2146	10715
Abruzzo				
Molise	4	346	99	449
Campania	(5)	2373	793*	3221
Puglia	194	8514	2856	11564
Basilicata	10	454	170	634
Calabria				
Sicilia	81	4713	1645	6439
Sardegna				

* I trimestre '80

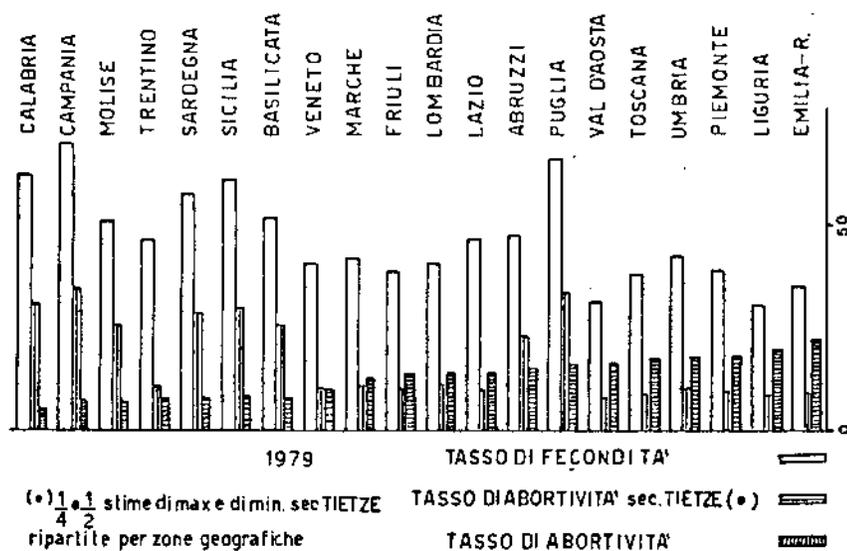
Non sono pervenuti i dati di sei regioni.

Tab. 2: IVG x Regioni - Tassi x 1.000 nati vivi.

Regioni	1978	1979		1980
	II semestre	I sem.	II sem.	I semestre
Val d'Aosta	287.7	408,1	634.3	632.7
Piemonte	312.7	465,6	485.4	583.3
Lombardia	208.1	342.1	336.7	416.9
Trent.A.Adige	99.4	177,5	192.4	227.0
Veneto	158.2	235.2	240.9	289.5
Friuli V.Giulia	246.1	350,6	383.6	526.8
Liguria	463.4	658,3	601.3	730.3
Emilia Romagna	436.5	644,7	638.9	834.1
Toscana	319.9	424,4	464.1	600.1
Umbria	253.6	372,5	444.2	496.8
Marche	149.7	264,6	306.9	366.5
Lazio	164.9	313,9	307.5	354.1
Abruzzo	177.6	302,5	308,6	337.4
Molise	118.9	186,0	184.7	257.8
Campania	57.8	102,3	119.0	129.1
Puglia	124.5	238,8	262,3	383.3
Basilicata	67.8	137,1	154.3	154.4
Calabria	29.7	76,7	88.5	134.7
Sicilia	68,0	137,8	128,4	178.6
Sardegna	97.9	167,0	158,5	171.2

Tab. 3

Italia	Aborti	Tasso di mortalità	Abor./Nat.vivi Ratio
nord	97.569	244.865	2.5
centro	41.266	115.585	2.8
sud-isole	48.917	309.628	6.3



Nota alla figura.

Da uno studio mondiale condotto da Tietze sui dati disponibili in diversi paesi, rilevati per alcuni anni fino al '77, in situazioni legislative diverse, si è stimato che ogni anno nel mondo vengono effettuati da 30 a 55 milioni di aborti e circa la metà di essi viene effettuata legalmente. Sui dati complessivi si è arrivati a stimare che il totale degli aborti sta ai nati vivi in rapporto di 1:2, secondo la stima più alta, o in rapporto di 1:4. In base a queste considerazioni possiamo estrapolare il tasso di abortività complessivo per le regioni in Italia e lo scarto presuntivo tra aborti legali e illegali.

Riportato da: Annunziata Faustini

Simonetta Tosi

Osservatorio Epidemiologico Nazionale

ISS, Roma

Summary

Data on voluntary abortion rates in Italy, since the promulgation of the law n. 194 on maternity and childhood care in 1978, are reported, per region and class of age. The observed rates are compared with those calculated according to Tietze.

Situazione della rabbia silvestre nel mese di maggio 1981.

Riportiamo nella seguente tabella i risultati delle analisi effettuate dagli Istituti Zooprofilattici Sperimentali delle Venezie; della Lombardia e dell'Emilia; del Piemonte, Liguria e Valle D'Aosta.

Specie animale	Ist. Zoo. Sper. Padova		Ist. Zoo. Sper. Brescia		Ist. Zoo. Sper. Torino	
	Animali esaminati	Diagnosi pos.	Animali esaminati	Diagnosi pos.	Animali esaminati	Diagnosi pos.
Domestici						
Cane	24		29		4	
Gatto	31		23		1	
Bovino	2					
Coniglio	2					
Suino	1					
Ovino			1			
Caprino			1			
TOTALE	60	-	54	-	5	-
Selvatici						
Volpe	288	20	135	12	10	1
Topo	3		2		1	
Ratto	1					
Scimmia					1	
Camoscio					2	
Stambecco					2	
Tasso	15	3	4		1	
Scoiattolo	1		2		1	
Martora	9	2	1		1	
Lepre	4		5			
Faina	14	1	6			
Capriolo	16	1	2			
Cervo			1			
Marmotta			1			
TOTALE	351	27	159	12	19	1

In Emilia Romagna sono stati analizzati 1 volpe, 11 cani, 6 gatti ed 1 topo, risultati tutti negativi.

Nel mese di maggio è da segnalare il caso di una morsicatura da animale rabido in provincia di Cuneo.

Il caso era un uomo residente a Peveragno morsicato da una volpe successivamente accertata rabida. L'uomo è stato ricoverato e trattato con immunoglobuline e vaccino a cellule diploidi e non ha manifestato alcun sintomo di malattia.

Caratteristiche epidemiologiche della rabbia

Al di fuori degli interventi dell'uomo si stabilisce un ciclo regolatore della malattia che distrugge il 60-80% delle volpi al momento del suo primo passaggio epizootico e che poi scompare per 3-4 anni (non trovando più la densità di popolazione ideale), per ricomparire sotto forma più o meno enzootica con delle "ondate successive" che si alternano con periodi di remissione.

Il punto di partenza dell'epizoozia Europea sembra doversi far risalire al 1939 ai confini della frontiera russo-polacca con un diffondersi in ragione di 30-60 Km l'anno verso diverse direzioni. Nel 1947 viene superato l'Oder e l'epizoozia invade la Germania dell'Est; l'Ungheria viene colpita nel 1954, la Cecoslovacchia nel 1961, i Paesi Bassi nel 1962, il Belgio nel 1966, la Svizzera nel 1967 e la Francia nel 1968. La Danimarca indeenne dal 1970, nel 1977 è invasa nella zona confinante con la Germania. Sempre nel 1977 anche l'Italia viene per la prima volta colpita dalla rabbia silvestre.

Riportato da: Reparto Malattie Virali degli Animali

Laboratorio di Veterinaria

I.S.S.

Profilassi antimalarica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, a titolo di raccomandazione, suggerisce ai viaggiatori che si recano nelle zone dove esiste il rischio di contrarre la malaria, la seguente chemioprofilassi a base di cloroquina:

Adulti:

- 300 mg (base) una volta alla settimana.

Bambini:

- meno di un anno: da 37,5 a 50 mg (base) una volta alla settimana.

- da uno a quattro anni: da 50 a 100 mg (base) una volta alla settimana.

- da cinque a otto anni: da 150 a 200 mg (base) una volta alla settimana.

- da nove a dodici anni: da 200 a 300 mg (base) una volta alla settimana.

La chemioprofilassi sarà iniziata il giorno dell'arrivo nella zona malarica, sarà continuata durante il periodo di permanenza e proseguita per almeno un mese dopo il ritorno. Il prodotto è efficace solo se è preso con regolarità assoluta.

Riportato da: Weekly Epidemiological Record, 1978 n. 25.

Il BEN è compilato nell'OEN, Reparto Malattie Trasmissibili, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 ROMA. Tel. 06/4950314-4954617-4950607-493659. Chiunque voglia ricevere il BEN può farne richiesta al suddetto indirizzo. Si ricorda che la trasmissione dei dati di sorveglianza deve essere effettuata ai numeri telefonici su riportati.