

Nota metodologica

La rilevazione Istat

A partire dal 1979 l'Istituto nazionale di statistica, a seguito dell'entrata in vigore della legge numero 194/78, ha avviato, in accordo con le Regioni ed il Ministero della sanità, la rilevazione dei casi di interruzione volontaria di gravidanza (Ivg).

I dati vengono raccolti per mezzo del modello individuale di dichiarazione di interruzione volontaria della gravidanza (Istat D.12), che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione stessa.

Nel modello sono richieste notizie sulla donna e sull'interruzione della gravidanza.

Le prime comprendono:

- data di nascita;
- comune di nascita e comune di residenza;
- provincia di intervento;
- cittadinanza;
- stato civile;
- titolo di studio (il più elevato conseguito);
- condizione professionale/non professionale. Una donna è in condizione non professionale se è casalinga, studentessa, in pensione, in cerca di prima occupazione. Si trova in condizione professionale se lavora o se è disoccupata, nel senso che ha perso un precedente lavoro ed è in cerca di occupazione.
- posizione nella professione;
- ramo di attività economica;
- eventi riproduttivi precedenti: numero di nati vivi, di nati morti, di aborti spontanei, di Ivig.
- età gestazionale;
- settimane di amenorrea.

Le notizie sull'intervento comprendono:

- data dell'intervento;
- data della certificazione;
- certificazione di autorizzazione;
- urgenza;
- tipo di assenso per la minore;
- luogo e tipo di intervento;
- terapia antalgica;
- regime di ricovero e durata della degenza;
- complicazioni.

Al fine di monitorare il fenomeno, l'Istat richiede alle Regioni anche la comunicazione mensile del numero complessivo delle interruzioni volontarie della gravidanza praticate in ciascun mese in ogni singola provincia della regione (modello Istat D.17).

Dunque la rilevazione statistica sull'interruzione volontaria della gravidanza consta di due processi informativi: la sopracitata raccolta rapida dei dati con la conseguente pubblicazione degli stessi sul *Bollettino mensile di statistica* (dati provvisori) e la raccolta dei modelli individuali con la conseguente pubblicazione su volumi monotematici appartenenti alla collana *Informazioni* o alla pubblicazione sul sito di *Tavole di dati*.

Confrontando le due serie di dati, quelli provenienti dalla raccolta rapida e quelli provenienti dalla elaborazione dei modelli individuali, si nota che essi talvolta non coincidono. La diversità è da imputare a carenze nella comunicazione delle informazioni da parte di alcune Regioni. In questo caso vengono adottate procedure di stima a causa del mancato invio di molti modelli individuali (vedi paragrafo "Stima dei dati mancanti").

L'Istat pubblica usualmente i dati delle interruzioni volontarie della gravidanza anche nell'*Annuario statistico italiano*.

Dati e indicatori sull'interruzione volontaria di gravidanza sono consultabili anche nel database dell'Istat denominato "Health for all – Italia". Il database è gestito mediante un software di facile utilizzo, sviluppato dall'Organizzazione mondiale della sanità e riadattato dall'Istat, e consente di rappresentare gli indicatori in forma grafica, tabellare e con mappe. È possibile anche effettuare semplici analisi statistiche. Il software è disponibile nel sito Internet dell'Istat all'indirizzo <http://www.istat.it/sanita/Health/>

Indicatori utilizzati

Si segnala che i tassi successivi al 1991 hanno a denominatore la popolazione pre-censuaria ricostruita secondo il Censimento della popolazione del 2001.

Tasso specifico per età di abortività: è il rapporto fra gli aborti effettuati da donne di una classe di età e la popolazione media femminile dell'anno di quella stessa classe d'età, moltiplicato per 1.000.

Tasso grezzo di abortività: è il rapporto fra gli aborti effettuati da donne in età feconda (15-49 anni) e la popolazione media femminile dell'anno in età feconda, moltiplicato per 1.000. Il tasso grezzo esprime il numero medio di eventi che si verificano in una popolazione di 1.000 donne in età 15-49 anni, che sono mediamente esposte al rischio di subire l'evento in un dato intervallo di tempo.

Tasso standardizzato di abortività: l'utilizzo del tasso standardizzato è giustificato dal fatto che il tasso grezzo dipende dalla struttura per età della popolazione, e pertanto non permette di fare correttamente dei confronti territoriali e temporali. La standardizzazione, basata sul metodo della popolazione tipo, consiste nel riportare i tassi alla situazione ideale in cui tutta la popolazione ha la stessa struttura per età di una popolazione prescelta, che in questo caso è quella media femminile italiana tra i 15 ed i 49 anni riferita all'anno 2001. Il tasso standardizzato è la media ponderata dei tassi specifici per età, con pesi dati dal rapporto fra popolazione "tipo" femminile media nella classe d'età e popolazione "tipo" femminile in età feconda.

Tasso di abortività totale: è la somma dei tassi di abortività specifici per età (calcolati su classi quinquennali), moltiplicata per cinque. Rappresenta il numero di aborti totali verificatisi in una coorte fittizia di 1.000 donne.

Indicatori di migrazione provinciale:

1. Percentuale di stanzialità: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne ivi residenti e il totale delle Ivg effettuate da donne residenti nella provincia, moltiplicato per 100.
2. Percentuale di emigrazione: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne non residenti nella stessa provincia e il totale delle Ivg effettuate da donne residenti nella provincia, moltiplicato per 100. È il complemento a 100 della percentuale di stanzialità.
3. Percentuale di emigrazione nella stessa regione: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne non residenti nella stessa provincia, ma comunque nella stessa regione della provincia di intervento, e il totale delle Ivg effettuate da donne residenti nella provincia, moltiplicato per 100.
4. Percentuale di emigrazione in altra regione: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne non residenti nella stessa provincia, e neppure nella stessa regione della provincia di intervento, e il totale delle Ivg effettuate da donne residenti nella provincia, moltiplicato per 100. La somma degli indicatori tre e quattro fornisce l'indicatore due.
5. Percentuale di immigrazione: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne non residenti nella provincia e il totale delle Ivg ivi effettuate, moltiplicato per 100.
6. Percentuale di immigrazione dalla stessa regione: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne non residenti nella provincia, ma comunque nella stessa regione, e il totale delle Ivg ivi effettuate, moltiplicato per 100.
7. Percentuale di immigrazione da altra regione: è il rapporto fra le Ivg effettuate in una provincia da donne non residenti nella provincia, e neppure nella stessa regione, e il totale delle Ivg ivi effettuate, moltiplicato per 100. La somma degli indicatori cinque e sei fornisce l'indicatore sette.

Qualità dei dati

Il problema principale che si è posto per alcuni anni è il mancato invio di un certo numero di modelli di rilevazione individuali o l'elevata percentuale di "non indicato" per specifiche variabili. Si tratta quindi di problemi sia di *mancate risposte totali* che di *mancate risposte parziali* che hanno determinato la necessità di effettuare delle stime dei dati mancanti.

Stima dei dati mancanti

Caso 1: mancate risposte totali

Si è verificato che in alcuni anni e per alcune regioni non sono stati inviati all'Istat tutti i modelli individuali Istat D.12, e di conseguenza in tale circostanza è stato necessario procedere alla stima dell'ammontare complessivo delle Ivg, al fine di evitare delle sottostime dei livelli di abortività. Il fenomeno ha riguardato le seguenti regioni: Piemonte (per gli anni 1987-1995 e 1999), Friuli-Venezia Giulia (2005 e 2006), Molise (2005), Campania (2002-2006) e Sicilia (2004-2006).

La tecnica d'imputazione più semplice, e che usualmente si adotta nel caso di serie storiche, è l'interpolazione, che si rivela affidabile qualora sia valida l'ipotesi di evoluzione lineare del fenomeno. Sebbene per l'abortività tale ipotesi sia del tutto accettabile, a partire dal 1986, non è stato possibile ricorrere all'interpolazione per il Piemonte, i cui dati sono incompleti per un periodo troppo lungo.

Il metodo adottato si è quindi basato su ipotesi diverse: per gli anni 1986-1995 si è verificato che l'andamento dell'abortività è stato abbastanza simile all'interno delle ripartizioni geografiche, anzi, un andamento di massima ha accomunato tutte le regioni italiane, e l'unico particolare rilevante che è emerso è il ritardo del Sud nell'evoluzione rispetto al resto d'Italia. Di conseguenza, per stimare l'ammontare complessivo di Ivg nella regione Piemonte, si è partiti col considerare l'incremento (che può essere anche negativo, e trattarsi dunque di decremento) del tasso di abortività totale di tutte le regioni del Nord - escluso il Piemonte - tra gli anni 1985 e 1986; dopodiché si è assegnato al Piemonte l'incremento mediano (escludendo la Valle d'Aosta perché poco significativa). Quindi dall'ammontare complessivo di Ivg del 1985 in Piemonte, che sappiamo essere affidabile, si è stimato l'ammontare complessivo del 1986. Per gli anni successivi al 1986 si è proceduto allo stesso modo, con l'unica differenza che l'ammontare di partenza a cui applicare l'incremento mediano era a sua volta un ammontare stimato. Si è scelto l'incremento mediano e non medio perché, come noto, il primo è meno influenzato da eventuali dati anomali rispetto al secondo.

Per i dati del Piemonte relativi al 1999, invece, si è utilizzato l'ammontare totale di Ivg comunicato con ritardo all'Istat dalla Regione stessa.

Per la stima dei dati della Campania relativi al 2002 si è utilizzato l'ammontare delle Ivg del 2001 di quegli istituti che non hanno inviato i dati nel 2002.

I dati non pervenuti dalla regione Campania relativi al 2003 rappresentano una quota talmente rilevante (circa il 65%) da non permettere l'effettuazione di alcun procedimento di stima. I tassi riferiti a tale regione non sono stati pertanto calcolati. Di conseguenza per le ripartizioni Sud e Mezzogiorno e per il totale Italia si è proceduto al calcolo degli stessi eliminando l'ammontare della Campania sia dal numeratore che dal denominatore.

I dati del Friuli-Venezia Giulia per gli anni 2005 e 2006, delle regioni Campania e Sicilia per gli anni 2004-2006 e del Molise per il 2005 sono stati stimati considerando l'ammontare dei casi di Ivg rilevati nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Successivamente alla stima dell'ammontare totale per le Regioni sottostimate, si è proceduto alla redistribuzione delle Ivg all'interno delle classi d'età e per stato civile. Tale operazione si è basata sulla distribuzione percentuale osservata nell'anno di riferimento nella regione coi dati incompleti; non c'è infatti motivo di ritenere che il mancato invio di schede sia correlato alla distribuzione per età e stato civile delle donne che ricorrono all'Ivg.

Infine è stato possibile effettuare un controllo sulle stime effettuate, basandosi sui dati riepilogativi che gli Assessorati inviano mensilmente all'Istat tramite i modelli Istat D.17 e che forniscono solo l'ammontare complessivo di Ivg per provincia. Tali dati comprendono però anche le donne non residenti nella regione ma che ivi hanno effettuato l'Ivg, mentre il calcolo dei tassi si basa sulle donne residenti. Ad ogni modo questi dati riepilogativi hanno consentito di calcolare il rapporto fra la stima effettuata di Ivg di donne residenti e

l'ammontare di Ivg di donne "presenti": tale rapporto, calcolato per regione, si è mantenuto ogni anno praticamente costante, dimostrando così una certa stabilità delle stime. Tale risultato consente perciò di stimare l'ammontare complessivo di Ivg di donne residenti in maniera più semplice rispetto a quella precedentemente illustrata, moltiplicando cioè il dato riepilogativo relativo alle donne presenti per il sopraccitato rapporto. Questa procedura semplificata è stata infatti utilizzata per i dati del Piemonte del 1999.

Caso 2: mancate risposte parziali

Per gli anni 1995 e 1996 i dati relativi alla regione Lazio contenevano percentuali piuttosto elevate di "non indicato" per le variabili relative alle caratteristiche socio-demografiche della donna. Nello specifico questo avrebbe inficiato il calcolo dei tassi per età e per stato civile, calcolati su donne residenti.

Si è resa dunque necessaria una stima per ottenere dei valori più attendibili dei tassi. Il metodo utilizzato si è basato sostanzialmente sul riproporzionare i "non indicato" secondo la distribuzione per età e stato civile osservata per i restanti dati relativi al Lazio. Prima di questo è stata però eliminata, sempre dal contingente di "non indicato", una quota di Ivg che si stimava provenisse da donne non residenti nel Lazio, ancora calcolate col già citato metodo del riproporzionamento. L'ipotesi alla base di queste stime è che le Ivg per le quali età e stato civile non sono indicati abbiano la stessa distribuzione per età e stato civile delle Ivg con informazione completa. Poiché si può affermare che i dati mancanti non dipendevano dalle caratteristiche delle donne (nello specifico caso del Lazio l'elevata percentuale di "non indicato" era dovuta a un mancato accoppiamento fra due schede, quella di ricovero e quella relativa all'Ivg), il metodo di stima può essere ritenuto affidabile.

Relativamente all'anno 2002 la regione Lazio non ha inviato separatamente i dati relativi alle 'interruzioni volontarie di gravidanza' precedenti e agli 'aborti spontanei precedenti', ma li ha inviati sotto un'unica voce. Di conseguenza gran parte del numero di casi con modalità 'non indicato' è da attribuire a tale mancanza mentre la somma dei due eventi ha permesso di evitare la sottostima nel calcolo delle 'gravidanze precedenti'.

Suddivisioni territoriali

Le ripartizioni geografiche nelle tavole sono state così articolate:

- * *Nord-ovest*: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria;
- * *Nord-est*: Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna;
- * *Nord*: Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna;
- * *Centro*: Toscana, Umbria, Marche, Lazio;
- * *Sud*: Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria;
- * *Isole*: Sicilia, Sardegna;
- * *Mezzogiorno*: Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

I raggruppamenti dei paesi esteri nelle tavole sono stati così articolati:

- *Unione europea*: Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Slovacchia, Spagna, Svezia, Ungheria.
- *Europa centro-orientale*: Albania, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Federazione Russa, Macedonia, Moldavia, Romania, Serbia e Montenegro, Turchia, Ucraina.
- *Altri paesi europei*: Andorra, Città del Vaticano, Islanda, Liechtenstein, Monaco, Norvegia, San Marino, Svizzera.
- *Africa*: Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Ciad, Comore, Congo, Repubblica democratica del Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenia, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Repubblica Centrafricana, Repubblica Sudafricana, Ruanda, Sao Tomè e Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Tunisia, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

- *America del Nord*: Canada, Stati Uniti d'America.
- *America centro-meridionale*: Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Saint Kitts e Nevis, Repubblica Dominicana, Saint Lucia, Saint Vincent e Grenadine, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguay, Venezuela.
- *Asia*: Afghanistan, Arabia Saudita, Armenia, Azerbaigian, Bahrein, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambogia, Emirati Arabi Uniti, Filippine, Georgia, Giappone, Giordania, India, Indonesia, Iran, Iraq, Israele, Kazakistan, Kirghizistan, Kuwait, Laos, Libano, Malaysia, Maldive, Mongolia, Myanmar, Nepal, Oman, Pakistan, Palestina, Qatar, Repubblica popolare cinese, Repubblica popolare democratica della Corea, Repubblica della Corea, Singapore, Siria, Sri Lanka, Tagikistan, Taiwan, Territori Autonomia Palestinese, Thailandia, Timor Orientale, Turkmenistan, Uzbekistan, Vietnam, Yemen.
- *Australia, Oceania e altro*: Australia, Figi, Isole Marshall, Isole Salomone, Kiribati, Nauru, Nuova Zelanda, Palau, Papua Nuova Guinea, Samoa, Stati Federati Micronesia, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Glossario

Aborto: Interruzione della gravidanza prima che il feto sia vitale, cioè capace di vita extra uterina indipendente. Si distingue l'aborto spontaneo dall'aborto indotto o interruzione volontaria della gravidanza.

Aborto spontaneo: 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).

Concepimento (esito del): Modo con il quale la gravidanza termina. Le modalità dell'esito sono: nato vivo, nato morto, aborto.

Età gestazionale: Numero di settimane compiute di amenorrea dopo il concepimento.

Gestazione: Periodo, detto più comunemente gravidanza, in cui la donna che ha concepito porta il feto nell'utero.

Gravidanza: Stato fisiologico della donna nel periodo che va dall'inizio del concepimento al parto o comunque all'espulsione del feto.

Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg): Intervento operativo da parte di uno specialista che va a rimuovere il prodotto del concepimento e dei suoi annessi, interrompendo il periodo di gravidanza. Secondo la vigente normativa (legge 194/78) l'Ivg deve avvenire sotto precisa volontà della donna ed entro i primi 90 giorni dal concepimento nel caso in cui la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbe serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna. L'Ivg può avvenire inoltre per motivi di ordine terapeutico dopo i primi 90 giorni quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna o in presenza di rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Istituto di cura: Struttura residenziale attrezzata per l'accoglienza e l'assistenza a tempo pieno di pazienti per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi. è dotata di personale medico specializzato, di apparecchiature di diagnosi e cura ed eventualmente di servizi di supporto all'assistenza ospedaliera, quali: dipartimento di emergenza, centro di rianimazione, pronto soccorso, centro trasfusionale, centro di dialisi, sale operatorie, camere iperbariche, incubatrici, ambulanze, unità mobili di rianimazione. Si definisce anche come l'entità ospedaliera costituita dall'insieme di tutte le divisioni, sezioni e servizi, autonoma o dipendente da una struttura pubblica (ad es. Asl) o privata. Ogni istituto è individuato da un codice ai sensi del Decreto ministeriale 6.9.1988 del Ministero della sanità.

Con l'espressione istituto di cura si indica una delle seguenti tipologie specifiche:

- Ospedale a gestione diretta, costituito in azienda ai sensi dell'art.4, commi 1 e 4 del Decreto legislativo 502/92 (vedi Azienda ospedaliera)
- Ospedale a gestione diretta, presidio della Asl
- Azienda ospedaliero-universitaria e policlinico universitario: aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale (art. 2 comma 2 lettera a del Decreto Legislativo n. 517 21/12/99); aziende

ospedaliere integrate con l'università (art. 2 comma 2 lettera b del Decreto Legislativo n. 517 21/12/99); policlinico universitario privato.

- Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (art. 42 legge 833/78)
- Ospedale classificato o assimilato ai sensi dell'art.1, ultimo comma, legge 132/68 (art. 41 legge 833/78)
- Casa di cura privata
- Istituto sanitario privato qualificato presidio Asl (art. 43, comma 2, legge 833/78 e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20/10/1988)
- Ente di ricerca (art. 40 legge 833/78).

Nato morto: Decesso fetale che si verifica a partire dal 180° giorno di durata della gestazione.

Nato vivo: Prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, indipendentemente dalla durata della gestazione, respiri o manifesti altro segno di vita.

Parto: Espulsione o estrazione completa dall'organismo materno del feto e degli annessi fetali.

Terapia: Insieme di cure adottate per contrastare un processo morboso.