

Nota metodologica

In Italia l'aborto è stato legalizzato nell'anno 1978 con la legge n. 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

Secondo l'art. 4 di tale legge "Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico [...] o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia".

Dopo i primi novanta giorni l'interruzione volontaria della gravidanza viene consentita solo per gravi motivi di salute della donna.

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 Ivg.
- età gestazionale;
- settimane di amenorrea;
- presenza di malformazioni fetali

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 riceve dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) i dati del sistema di sorveglianza. Si tratta di dati aggregati comunicati trimestralmente dalle Regioni all'ISS sul numero complessivo delle interruzioni volontarie della gravidanza praticate in ciascun mese in ogni Regione o Provincia Autonoma.

Dunque la rilevazione statistica sull'interruzione volontaria della gravidanza consta di due processi informativi: la raccolta rapida dei dati con la conseguente pubblicazione degli stessi nel *Bollettino mensile online* (dati provvisori) e la raccolta dei modelli individuali con la conseguente pubblicazione dei dati nel sito Istat all'indirizzo <http://dati.istat.it/>

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 sistema informativo territoriale su sanità e salute 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/>

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.

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 1990-1995 e 1999), Friuli-Venezia Giulia (2005 e 2006), Umbria (anni 2010-2012), Abruzzo (2009 e 2012), Molise (2005), Campania (1980, 2002-2003, 2005-2012), Puglia (2012), Basilicata (2009), Calabria (1980-1981, 2005 e 2008), Sicilia (2004-2012) e Sardegna (2008-2009).

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 2004-2007 e del Molise per il 2005 sono stati stimati considerando l'ammontare dei casi di lvg rilevati nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Successivamente alla stima dell'ammontare totale per le Regioni sottostimate, si è proceduto alla redistribuzione delle lvg 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'lvg.

A partire dai dati dell'anno 2008 i casi di IVG registrati nelle SDO sono stati utilizzati per la stima delle mancate risposte totali. La procedura di stima è stata applicata solo alle regioni in cui il totale IVG per regione di intervento registrato nelle SDO è superiore di almeno il 5% al totale IVG rilevate dall'Istat. Per gli anni 2010 e 2011 le regioni sono Umbria, Campania e Sicilia.

In questi casi il totale delle IVG registrate nelle SDO è considerato come totale noto per riproporzionare i totale IVG rilevato dall'Istat.

Come per gli anni precedenti poi si è proceduto alla redistribuzione delle lvg all'interno delle classi d'età e per stato civile, basando tale operazione sulla distribuzione percentuale osservata nell'anno di riferimento nella regione con i dati incompleti.

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 lvg 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 lvg per le quali età e stato civile non sono indicati abbiano la stessa distribuzione per età e stato civile delle lvg 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'lvg), 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'.

Nell'anno 2011 la variabile "luogo di aborto" non è stata pubblicata in quanto inficiata da problemi di codifica in molte regioni.

Descrizione degli indicatori

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.