

Sanità e salute

Storicamente, le principali fonti di dati utilizzate per comprendere l'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione si basano sulle rilevazioni di natura amministrativa, relative agli atti ufficiali di nascita e di decesso. I registri di stato civile, infatti, non sono solo la principale fonte per la produzione di statistiche demografiche, ma rivestono altresì un'importanza straordinaria per la produzione di dati sulla salute pubblica.

Sulla base di tali sistemi di registrazione, a partire dal XIX secolo tutti i paesi europei hanno impiantato statistiche di stato civile di buon livello e, anche in Italia, questa fonte ha costituito il pilastro per un'informazione continua ed esaustiva in ambito sanitario; la rilevazione Istat sulle cause di morte, derivata dai registri di stato civile, costituisce tuttora la principale fonte di dati epidemiologici coerenti sull'intero territorio nazionale.

Particolare importanza in ambito sanitario rivestono i sistemi di monitoraggio delle malattie infettive soggette a notifica obbligatoria, che hanno rappresentato un'emergenza sociale fin quando i miglioramenti nelle condizioni di vita generali e la diffusione di comportamenti e norme igienicamente corrette hanno determinato una drastica riduzione delle epidemie e il conseguente declino della mortalità.

A partire dagli anni Cinquanta - con l'obiettivo di supportare i diversi livelli decisionali dell'amministrazione sanitaria - si è dato avvio alla raccolta di nuovi dati di natura amministrativa, mediante la rilevazione sugli istituti di cura pubblici e privati che l'Istat ha condotto con cadenza annuale fino alla fine degli anni Ottanta. Successivamente tali informazioni sono state ricondotte nell'ambito del sistema informativo sanitario, sviluppato dal Ministero della salute secondo una visione unitaria e integrata.

Nel contempo - per rispondere alla necessità di disporre di dati più mirati sulle tematiche emergenti di salute pubblica - il patrimonio informativo dell'Istat si è progressivamente arricchito di nuove indagini specifiche, tra queste quelle relative agli aborti spontanei e all'interruzione volontaria di gravidanza.

Una vera e propria rivoluzione nel panorama informativo del settore sanitario avvenne nel 1980, con l'utilizzo delle prime indagini sulla popolazione basate su campioni. Il ricorso alle indagini campionarie nell'attività di ricerca sanitaria è oggi uno standard e costituisce il principale strumento di informazione sulle condizioni di salute e i consumi sanitari nel nostro Paese.

Attualmente l'Istat è il soggetto principale responsabile della realizzazione di indagini campionarie sulle condizioni di salute con copertura nazionale. Tali indagini - che rientrano nel sistema di indagini multiscopo che l'Istituto conduce regolarmente presso le famiglie - offrono la possibilità di mettere in rapporto le condizioni di salute degli individui con altri aspetti rilevanti del loro contesto familiare e sociale nonché del loro stile di vita; consentono, inoltre, di analizzarne il comportamento nei riguardi della salute (ricorso a visite mediche, consumo di farmaci eccetera) e i fattori di rischio (obesità, consumo di tabacco e alcol), permettendo di cogliere un'immagine multidimensionale del fenomeno.

Strutture sanitarie e ricoveri

La raccolta delle informazioni sugli istituti di cura e sulla loro attività è cominciata in modo sistematico nel 1954 con l'indagine "Statistica degli istituti di cura pubblici e privati". Prima di tale data sono reperibili informazioni relative al solo 1932 in una pubblicazione che non ha avuto più seguito, denominata "Statistica degli ospedali e degli altri istituti pubblici e privati di assistenza sanitaria ospedaliera". Dal 1954 al 1988 la rilevazione è stata condotta dall'Istituto con periodicità annuale utilizzando il modello Istat D8-A. Dal 1989 le informazioni vengono raccolte direttamente dal Ministero della sanità, attualmente Ministero della salute, mediante appositi modelli di rilevazione (HSP11, HSP12, HSP13, HSP14, HSP15, HSP16, HSP22, HSP23, HSP24). La classificazione degli istituti di cura riportata nelle tavole è quella adottata dal Ministero della salute (vedi [Glossario](#)).

Il campo di osservazione della rilevazione include gli istituti di cura pubblici e privati e la dimensione della loro offerta in termini di numero di strutture dislocate nel territorio italiano, di posti letto e di domanda soddisfatta rispetto al numero dei degenti ospitati nel tempo. Degli istituti di cura fanno parte l'insieme degli istituti di cura pubblici (esclusi gli istituti psichiatrici residuali), le case di cura private accreditate e quelle non accreditate con il Servizio sanitario nazionale (vedi [Glossario](#)). Tra gli istituti di cura pubblici sono compresi anche quelli gestiti da enti privati (quali alcuni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti privati presidi delle aziende Asl).

I dati relativi ai posti letto, al movimento dei ricoveri e alle giornate di degenza, sono riferiti ai soli ricoveri ordinari. Le degenze sono calcolate al netto dei trasferimenti interni all'ospedale, vale a dire senza conteggiare i casi di pazienti che sono stati trasferiti da un reparto all'altro.

Fino al 2000 le informazioni relative agli istituti di cura sono state pubblicate dall'Istat nell'Annuario "Statistiche della sanità". Dal 2001 al 2011 sono state diffuse mediante volumi monotematici della collana Informazioni "Struttura e attività degli istituti di cura" e attraverso tavole di dati aggiornate fino alla rilevazione del 2008. A partire dal 2012, i dati disponibili dalla rilevazione del 2009 in poi, vengono diffusi attraverso il data warehouse [I.stat](#), il Sistema informativo territoriale su sanità e salute [Health for All-Italia](#) e tramite il Portale della Pubblica Amministrazione ([PubblicaAmministrazione.Stat](#)). Dati sulle strutture sanitarie e i ricoveri sono presenti anche nell' [Annuario Statistico Italiano](#).

Avvertenze ai confronti temporali

- Dal 1954 la normativa sugli istituti di cura ha subito una notevole evoluzione per cui, al fine di avere una chiara dimensione dei fenomeni rilevati con l'indagine, è necessario considerare attentamente non solo i dati qui esposti, ma anche gli effetti indiretti e diretti sulle caratteristiche delle strutture e sull'organizzazione sanitaria derivanti dalle riforme sanitarie susseguitesi nel tempo a partire dai primi anni Novanta.
- Dal 1997 per gli istituti privati accreditati non vengono più riportate le informazioni relative agli istituti privati di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833 del 1978, in quanto il Ministero della salute li rileva con apposita modulistica a parte (modelli RIA11).
- I tassi relativi al periodo 2001-2011 potrebbero differire da quelli presenti in alcune serie storiche di pubblicazioni Istat precedenti a questa, poiché qui sono stati ricalcolati utilizzando i dati relativi alla Popolazione media residente "ai confini dell'epoca", risultato di una operazione statistica ottenuta tramite una ricostruzione effettuata tenendo conto dell'evoluzione del territorio nel tempo tra i 2 censimenti 2001 e 2011 (nascita e morte dei comuni per fusione o per disaggregazione, passaggi dei comuni da una provincia o da una regione all'altra).

Interruzioni volontarie della gravidanza

In Italia l'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg) è stata legalizzata nel maggio del 1978 con l'emanazione della legge n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Secondo l'art. 4 l'Ivg è consentita entro i primi 90 giorni di gestazione in un ospedale pubblico o in una casa di cura autorizzata qualora una donna "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". Dopo i 90 giorni di gestazione l'Ivg può essere effettuata solo per gravi motivi di salute della donna.

Il Ministro della Salute è tenuto a presentare "[...] al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione" (art. 16); quindi la legge ha anche sollecitato la necessità di una rilevazione dei dati. L'indagine condotta dall'Istat rileva quindi tutti i casi di Ivg avvenuti in Italia nelle strutture preposte e risponde agli obiettivi politici nazionali citati nella legge: "Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite" (art. 1).

Le informazioni rilevate consentono di studiare l'evoluzione delle tendenze in atto distinte per le principali caratteristiche socio-demografiche delle donne, evidenziando così eventuali sottopopolazioni a rischio alle

quali indirizzare attività di prevenzione più efficaci. Inoltre, la rilevazione delle metodiche utilizzate consente di adempiere al fabbisogno informativo esplicitato nell'art. 15 “[...] sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza”.

La rilevazione è effettuata tramite un modello individuale e anonimo (cioè privo di elementi identificativi diretti) che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione della gravidanza. Il modello contiene due sezioni informative: una relativa alle caratteristiche socio-demografiche della donna e una riferita alle caratteristiche dell'intervento. Le prime comprendono: la data di nascita; il comune di nascita e il comune di residenza; la cittadinanza; lo stato civile; il titolo di studio (il più elevato conseguito); la condizione professionale/non professionale; la posizione nella professione; il ramo di attività economica; gli eventi riproduttivi precedenti (numero di nati vivi, di nati morti, di aborti spontanei, di interruzioni volontarie della gravidanza); l'età gestazionale e il numero di settimane di amenorrea; la presenza di malformazioni fetali. Le notizie sull'intervento comprendono: la data dell'Ivg e la data della certificazione; il rilascio dell'autorizzazione, l'urgenza, l'assenso per la minore, il luogo e il tipo di intervento; la terapia antalgica; il regime di ricovero; la durata della degenza o il numero degli accessi in day hospital; le complicazioni.

Nel corso degli anni il modello di rilevazione è stato modificato e arricchito di variabili per far fronte alle crescenti esigenze informative. La valutazione dell'impatto di eventuali modifiche e aggiunte viene effettuata in collaborazione con le Regioni che conoscono il carico statistico e le difficoltà di reperimento delle informazioni da parte degli istituti di cura.

Fino al 1999 le informazioni relative alle Ivg sono state pubblicate dall'Istat nell'Annuario “Statistiche della sanità”; dal 2000 al 2009 sono state diffuse mediante volumi monotematici della collana Informazioni e attraverso le Tavole di dati; a partire dal 2010 sono presenti nel datawarehouse I.stat. Una selezione dei principali indicatori in serie storica è presente nel Sistema informativo territoriale su sanità e salute Health for All-Italia.

I principali risultati vengono pubblicati anche sul volume istituzionale dell'Istat Annuario statistico italiano e su Italia in cifre, mentre dati provvisori si possono trovare sul Bollettino mensile di statistica online.

Avvertenze ai confronti temporali

- I tassi relativi al periodo 2001-2011 potrebbero differire da quelli presenti in alcune serie storiche di pubblicazioni Istat precedenti a questa e da quelli presenti nel sistema informativo Health for All-Italia poiché qui sono stati ricalcolati utilizzando i dati relativi alla Popolazione media residente “ai confini dell'epoca”, risultato di una operazione statistica ottenuta tramite una ricostruzione effettuata tenendo conto dell'evoluzione del territorio nel tempo tra i 2 censimenti 2001 e 2011 (nascita e morte dei comuni per fusione o per disaggregazione, passaggi dei comuni da una provincia o da una regione all'altra).

Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo

In Italia si definisce aborto spontaneo ogni interruzione involontaria della gravidanza; 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). Oltre tale soglia l'evento viene definito come nato morto e quindi non rilevato dalla presente indagine, bensì dal Ministero della Salute con i Certificati di Assistenza al parto (Cedap). Questa definizione non è armonizzata a livello internazionale: l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) non distingue tra aborto spontaneo e nato morto, ma parla genericamente di *fetal death* come *death prior to the complete expulsion or extraction from its mother of a product of conception, irrespective of the duration of pregnancy; the death is indicated by the fact that after such separation the fetus does not breathe or show any other evidence of life, such as beating of the heart, pulsation of the umbilical cord or definite movement of voluntary muscles*. Nonostante ciò, per garantire una comparabilità internazionale, l'Oms propone di classificare tutti gli eventi secondo almeno una delle seguenti caratteristiche: il peso alla nascita, l'età gestazionale e la lunghezza vertice-tallone, e ne suggerisce anche dei valori soglia (rispettivamente 500 grammi, 22 settimane e 25 centimetri).

L'attuazione di tale proposta in Italia eviterebbe di incorrere in alcuni aspetti paradossali legati alla presenza della soglia che distingue i due eventi: ad esempio, un nato vivo a 25 settimane, se deceduto entro la prima settimana di vita rientra nel computo della mortalità perinatale, mentre non vi contribuisce un nato morto con le stesse caratteristiche poiché viene classificato come aborto spontaneo.

L'indagine dell'Istat ha come campo di osservazione solo i casi di aborto spontaneo per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. Gli aborti spontanei non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono pertanto rilevati.

La rilevazione è effettuata tramite un modello individuale e anonimo (cioè privo di elementi identificativi diretti) che deve essere compilato dal medico. Il modello contiene due sezioni informative: una relativa alle caratteristiche socio-demografiche della donna e una riferita alle caratteristiche dell'intervento. Le prime comprendono la data di nascita; il comune di nascita e il comune di residenza; la cittadinanza; lo stato civile; il titolo di studio (il più elevato conseguito); la condizione professionale/non professionale; la posizione nella professione; il ramo di attività economica; gli eventi riproduttivi precedenti (numero di nati vivi, di nati morti, di aborti spontanei, di interruzioni volontarie della gravidanza); l'età gestazionale e il numero di settimane di amenorrea, l'eventuale ricorso a tecniche di riproduzione medico-assistita. Le notizie sull'intervento comprendono: la data e il luogo dell'aborto, la causa, il tipo di intervento, la terapia antalgica, il regime di ricovero, la durata della degenza e le eventuali complicazioni.

Nel corso degli anni il modello di rilevazione è stato modificato e arricchito di variabili per far fronte alle crescenti esigenze informative. La valutazione dell'impatto di eventuali modifiche e aggiunte viene effettuata in collaborazione con le Regioni che conoscono il carico statistico e le difficoltà di reperimento delle informazioni da parte degli istituti di cura.

Fino al 1999 le informazioni relative agli aborti spontanei sono state pubblicate dall'Istat nell'Annuario "Statistiche della sanità"; dal 2000 al 2009 sono state diffuse mediante volumi monotematici della collana Informazioni e attraverso le Tavole di dati; a partire dal 2010 sono presenti nel datawarehouse I.stat. Una selezione dei principali indicatori in serie storica è presente nel Sistema informativo territoriale su sanità e salute [Health for All-Italia](#).

I principali risultati vengono pubblicati anche sul volume istituzionale dell'Istat Annuario statistico italiano, mentre dati provvisori si possono trovare sul Bollettino mensile di statistica online.

Parti cesarei

Dal 1980 al 1998, l'informazione sui parti cesarei è stata ricavata dalla rilevazione corrente ed esaustiva delle nascite di fonte Stato civile, realizzata dall'Istat dal 1926.

I modelli di rilevazione (Istat D1 e D2, relativi rispettivamente ai nati di sesso maschile e femminile) erano composti di tre sezioni contenenti notizie di Stato civile e Anagrafe, notizie di tipo sanitario tratte dal certificato di assistenza al parto che il genitore doveva esibire al momento della dichiarazione come prova dell'avvenuta nascita e notizie di natura socio-demografica (titolo di studio, condizione professionale, settore di attività economica dei genitori) che l'ufficiale di Stato civile acquisiva direttamente dal dichiarante. I modelli erano compilati in base agli Atti dello stato civile nel Comune in cui si verificava l'evento.

Questa rilevazione è stata interrotta a causa dell'entrata in vigore della legge n. 127 del 17 maggio 1997 sulla Semplificazione Amministrativa e dei suoi successivi regolamenti di attuazione. Tale legge prevede, infatti, che le informazioni sanitarie sui parti e sulle nascite non debbano più transitare dagli uffici comunali. Inoltre, al momento della nascita, i genitori possono dichiarare l'evento anche presso la direzione sanitaria del centro presso il quale la nascita è avvenuta.

Dal 1999 i dati sui parti cesarei sono calcolati mediante l'elaborazione delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo). La Sdo, istituita dal Ministero della salute con il decreto ministeriale del 28 dicembre 1991, rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti pubblici e privati in tutto il territorio nazionale ed è parte integrante della cartella clinica. La Sdo contiene informazioni, sia anagrafiche che cliniche, relative a tutto il periodo di degenza del paziente fino alla sua dimissione.

Le informazioni sul quadro patologico del paziente vengono codificate utilizzando per le diagnosi la classificazione Icd-9-cm (*International classification of diseases, IX revision, clinical modification*). Le informazioni sulle diagnosi sono utilizzate dal sistema Drg (*Diagnosis related groups*) che è alla base del metodo di finanziamento degli istituti di cura, basato su tariffe specifiche associate alle singole classi. I codici del sistema Drg sono, a loro volta, ricondotti a 25 categorie diagnostiche principali (*Major diagnostic categories* - Mdc), che raggruppano le malattie e i disturbi riferibili a un unico organo o apparato, seguendo la suddivisione in settori della classificazione internazionale delle malattie.

La selezione dei casi di parto cesareo è effettuata utilizzando i codici Drg 370 (taglio cesareo con complicazioni) e 371 (taglio cesareo senza complicazioni), appartenenti alla categoria diagnostica

principale Mdc 14 (gravidanza, parto e puerperio). Il complesso dei parti è individuato mediante i codici Drg 370-375. Sono inclusi solo i casi in regime ordinario per acuti.

Dati sui parti cesarei sono disponibili sia nella pubblicazione annuale del Ministero della salute, "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero", oltre che nel già citato sistema informativo territoriale su sanità e salute dell'Istat denominato [Health for all - Italia](#).

Decessi e cause di morte

I dati sui decessi sono disponibili fin dal 1862 sulla base dei modelli riepilogativi mensili compilati dagli Uffici di stato civile. Dal 1871 veniva compilato un modello individuale per ciascun decesso avvenuto nel territorio comunale; le informazioni così raccolte erano pubblicate nell'annuario "Popolazione: Movimento dello stato civile" a cura della Direzione generale di statistica del Ministero dell'agricoltura, industria e commercio (vedi anche [Popolazione](#)).

Nel tempo il modello si è arricchito e - nel 1881 - ha preso avvio la statistica annuale sulle cause di morte che tuttora rappresenta la principale fonte esaustiva delle informazioni epidemiologiche del Paese. Fino al 1886 la rilevazione è stata eseguita con riferimento ai soli comuni capoluogo di provincia (69), di circondario (137) o di distretto (78), i quali abbracciavano circa un quarto della popolazione del Regno d'Italia (poco più di 7 milioni di abitanti). Nel 1887 l'indagine si è estesa a tutti i comuni del Regno, con alcune variazioni territoriali legate ai cambiamenti dei confini.

Dal 1881, data del suo avvio, al 1928, l'indagine sulle cause di morte è stata condotta dalla Direzione di statistica generale del Ministero dell'agricoltura, industria e commercio. Con la legge 2238 del 1929, i compiti di "[...] provvedere alla compilazione e pubblicazione delle statistiche generali e speciali...", nonché quelli di "[...] effettuare direttamente (o attraverso amministrazioni statali) indagini statistiche di interesse per l'azione di governo..." sono stati affidati all'Istat.

In particolare, con riferimento all'Indagine sulle cause di morte, sono ancora oggi di competenza dell'Istituto le attività di coordinamento della rilevazione, raccolta delle schede di morte, controllo della qualità della certificazione, codifica delle cause di morte e rilascio dei dati ufficiali di mortalità. L'indagine ha una copertura totale e il suo campo di osservazione è costituito dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale in un anno di calendario. L'unità di rilevazione, coincidente con l'unità di analisi, è il singolo individuo deceduto. L'Indagine sulle cause di morte viene effettuata correntemente dall'Istat attraverso l'utilizzo dei modelli Istat D4 (scheda di morte oltre il primo anno di vita) e Istat D4 bis (scheda di morte nel primo anno di vita).

La scheda di morte Istat è un documento sanitario ufficiale basato su uno standard internazionale raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). In Italia la scheda di rilevazione è composta di due parti: la parte A "sanitaria", da compilarsi a cura del medico curante o necroscopo con le informazioni circa le cause che hanno portato al decesso, e la parte B, da compilarsi a cura dell'ufficiale di stato civile, con informazioni di carattere demografico e sociale riguardanti il deceduto. La parte compilata dal medico che certifica il decesso deve indicare la principale sequenza morbosa che ha condotto alla morte e gli eventuali altri stati morbosi rilevanti.

Le statistiche di mortalità per causa fanno riferimento alla "causa iniziale" di tale sequenza, ossia alla malattia o evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto al decesso. La successiva fase di elaborazione dei dati prevede, per ciascun decesso, l'identificazione e la codifica della causa iniziale di morte secondo i criteri fissati dalla Classificazione internazionale delle malattie (Icd).

Il gruppo di cause denominato "Altri stati morbosi" include le malattie del sangue e degli organi ematopoietici e alcuni disturbi immunitari, le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, le malattie della cute e del tessuto sottocutaneo, le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, le malattie dell'apparato genitourinario, gravidanza parto e puerperio, alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale, malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche.

L'evoluzione della mortalità e la sempre più accurata precisazione delle sue cause rappresenta uno degli aspetti più rilevanti del cambiamento che ha interessato il nostro Paese negli ultimi 150 anni. Queste modificazioni sono ben documentate dalle serie storiche degli indicatori della mortalità generale e per causa, serie che sono state qui ricostruite nella loro interezza sia attraverso la revisione di dati retrospettivi sia attraverso l'integrazione con dati più recenti elaborati a partire dagli archivi dell'Indagine sulle Cause di Morte.

Particolare attenzione va dedicata alla lettura delle note e avvertenze che accompagnano i dati. Negli oltre cento anni di evoluzione della mortalità vi è stata infatti un'importante trasformazione non solo nelle condizioni sanitarie e nei processi morbosi, ma anche negli strumenti statistici di rilevazione e di classificazione delle informazioni raccolte, si consideri che la ricostruzione storica dell'andamento delle principali cause di morte ha dovuto tener conto dell'avvicinarsi di ben cinque diverse classificazioni nosologiche.

Avvertenze ai confronti temporali

- I dati di mortalità si riferiscono: fino al 1923 al Regno d'Italia ai confini del 1871; dal 1924 al 1942 al Regno d'Italia ai confini stabiliti dopo la Prima guerra mondiale, quando vengono annessi i territori di Gorizia, Fiume, Pola, Trieste, Zara, Trento (Venezia tridentina); dal 1943 al 1953 ai confini stabiliti con il Trattato di pace del 1947. Con l'anno 1954 i dati relativi alle cause di morte comprendono anche il territorio di Trieste.
- Per gli anni dal 1881 al 1886 i dati sulla mortalità per causa si riferiscono ai soli comuni capoluoghi di provincia, di circondario o di distretto.
- I dati sui morti per grandi gruppi di cause non sono perfettamente comparabili nel tempo a causa delle modifiche nelle classificazioni nosologiche adottate nei vari periodi. Per gli anni a partire dai quali sono state adottate modifiche rilevanti per i gruppi di cause considerati, i dati sono riportati anche secondo le classificazioni precedenti. In particolare:
 - per il 1951, anno di adozione della VI Revisione (1948) della Classificazione internazionale delle malattie, si riportano i dati anche secondo la V Revisione;
 - la VII Revisione (1955), in vigore dal 1958, non ha apportato modifiche ai gruppi di cause considerati;
 - per il 1968, anno di adozione della VIII Revisione (1965) della Classificazione internazionale delle malattie, si riportano i dati anche secondo la VII Revisione;
 - per il 1979, anno di adozione della IX Revisione (1975) della Classificazione internazionale delle malattie, si riportano i dati anche secondo la VIII Revisione;
 - per il 2003, anno di adozione della X Revisione (1993) della Classificazione internazionale delle malattie, si riportano i dati anche secondo la IX Revisione. In questo caso l'effetto del cambiamento di classificazione sui dati di mortalità per causa è documentato al seguente link: <http://www.istat.it/it/archivio/10478>
- Nel 1908 il numero dei morti sul quale è calcolato il quoziente di mortalità infantile comprende una quota di morti di età ignota, vittime del terremoto di Messina e Reggio Calabria (28 dicembre 1908) proporzionale al numero dei viventi all'epoca in quelle province, nel primo anno di vita. Per l'anno 1915 è stata effettuata una correzione analoga alla precedente in relazione al terremoto della Marsica del 13 gennaio 1915.
- Per gli anni dal 1915 al 1918 i dati non comprendono i decessi avvenuti in zona di operazioni di guerra e in territorio straniero e, per gli anni 1917 e 1918, i civili morti nei territori delle province venete invase. Per gli anni dal 1935 al 1939 i dati non comprendono i deceduti nelle guerre o per cause delle guerre di Africa e Spagna. Per gli anni dal 1940 al 1945 i dati non comprendono i deceduti in zone di guerra e in territorio straniero.
- L'età mediana alla morte è calcolata sulla base della distribuzione per età dei decessi osservati nei diversi anni di calendario. Il suo aumento nel tempo risente pertanto del progressivo invecchiamento della popolazione, dovuto, negli anni più remoti, alla riduzione dei livelli di mortalità nelle età più giovanili, mentre negli anni più recenti, alla contrazione della mortalità nelle età più avanzate.
- A partire dal 2004 viene applicata una diversa procedura di imputazione dei dati mancanti per l'informazione sullo stato civile per i decessi con età nota, che determina una riduzione del numero di decessi nella categoria stato civile "non indicato".
- Per il calcolo dei tassi di mortalità relativi al periodo 2001-2011 sono stati utilizzati i dati relativi alla Popolazione media residente "ai confini dell'epoca", risultato di una operazione statistica ottenuta tramite una ricostruzione effettuata tenendo conto dell'evoluzione del territorio nel tempo tra i 2 censimenti 2001 e 2011 (nascita e morte dei comuni per fusione o per disaggregazione, passaggi dei comuni da una provincia o da una regione all'altra).

Condizioni di salute e fattori di rischio

Le condizioni di salute della popolazione e i principali fattori di rischio per la salute vengono analizzati, a partire dal 1980, attraverso le indagini campionarie sulle famiglie. Per gli anni 1980, 1983, 1986/1987, 1990/1991, gli indicatori presentati fanno riferimento all'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", mentre dal 1993 al 2015 la fonte utilizzata per le stime in serie storica, riguardanti sia le patologie croniche sia l'obesità, consumo di tabacco e alcol, è l'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Per l'invalidità e il ricorso ai servizi sanitari la fonte è sempre l'indagine sulle condizioni di salute.

In entrambe le indagini la popolazione di interesse è costituita dalle famiglie residenti in Italia e dagli individui che le compongono, al netto dei membri permanenti delle convivenze. L'unità di rilevazione è la famiglia di fatto (a eccezione degli anni 1980 e 1983, in cui l'unità di rilevazione era la famiglia anagrafica), ossia l'insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi.

Per quanto riguarda le indagini "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", la dimensione campionaria raggiunta nelle diverse edizioni varia da un minimo di circa 22.000 famiglie nel 1994 a un massimo di oltre 50.000 famiglie. Infatti, nelle tre ultime edizioni dell'indagine (1999/2000, 2005, 2013), la dimensione campionaria è stata ampliata, con il contributo del Fondo sanitario nazionale, per fornire stime a livello sub-regionale.

Per quanto riguarda l'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", si veda [Famiglie](#): qui ci si limita a ricordare che nel 2004 questa indagine non è stata effettuata, in quanto, a partire dal 2005, la rilevazione sul campo è stata anticipata al mese di febbraio.

La presenza di malattie croniche è rilevata attraverso una lista precodificata, da cui l'intervistato seleziona le patologie di cui soffre. Il numero di malattie croniche rilevate varia nelle diverse edizioni delle indagini sulla salute, mentre a partire dal 1993 l'indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana" fa riferimento sempre alla medesima lista. Questa veniva somministrata dal rilevatore mediante intervista diretta dal 1980 al 2007, mentre dal 2008 è inserita nel questionario per autocompilazione. Si precisa che si tratta di patologie e condizioni croniche comunque dichiarate dall'intervistato. Nelle tavole di dati presentate in questa sezione vengono riportati i gruppi di patologie maggiormente comparabili nel tempo.

La presenza di invalidità viene rilevata dal 1980 nell'ambito dell'indagine campionaria sulle condizioni di salute, somministrando ai rispondenti una lista che include l'invalidità da cecità, il sordomutismo, la sordità, l'insufficienza mentale e l'insufficienza motoria. Si precisa che le stime sull'invalidità non sono sovrapponibili a quelle della disabilità (che non sono oggetto di questa sezione); per queste ultime, infatti, l'Istat utilizza una batteria di quesiti predisposta dall'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico).

Le stime sui fumatori sono raccolte, dal 1993, mediante autocompilazione del questionario da parte dell'intervistato, per gli anni precedenti sono raccolte mediante intervista diretta.

Le stime delle persone in eccesso di peso, ossia in sovrappeso o obese, sono costruite, per gli anni 1990, 1994, 2000, sulla base di informazioni raccolte mediante un questionario per intervista diretta. Per gli anni successivi (dal 2001 al 2014) sono state considerate le informazioni derivanti dalle indagini "Aspetti della vita quotidiana", raccolte mediante un questionario autocompilato. Per stimare il fenomeno dell'obesità negli studi di popolazione si fa riferimento a un indice pondo-staturale, l'Indice di massa corporea (Imc o Body mass index - Bmi), dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, e il quadrato della sua statura, espressa in metri. Secondo la classificazione del Bmi effettuata dall'Organizzazione mondiale della sanità, sono considerate obese le persone che presentano un valore soglia dell'indice pari o superiore a 30, in sovrappeso quelle con valori di Bmi compresi nell'intervallo 25-29,9, in normopeso le persone con valori compresi nell'intervallo 18,5-24,9, mentre sono sottopeso le persone con valori di Bmi inferiori a 18,5.

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche, per l'anno 1983, le stime provengono dall'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", mentre per gli anni 1993-2015 le stime provengono dall'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" sulla base delle informazioni raccolte mediante un questionario per autocompilazione. Tra gli indicatori vengono riportati quelli relativi a chi "consuma vino", che include sia il consumo quotidiano di vino che una minor frequenza (anche stagionale); a chi "consuma oltre mezzo litro di vino al giorno"; a chi "consuma birra", escludendo solo coloro che dichiarano di non consumarne.

Gli indicatori relativi alle visite mediche e accertamenti fanno riferimento tanto al numero di persone che vi hanno fatto ricorso, quanto al volume complessivo di visite e accertamenti effettuati da ciascuno nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Il "Numero di visite mediche (per 100 persone)" fa riferimento al

numero medio di visite effettuate da cento persone nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Allo stesso modo vengono costruiti gli indicatori sugli accertamenti.

Avvertenze ai confronti temporali

- Nell'ambito delle malattie dell'apparato respiratorio, per l'anno 1980, si rileva solo la presenza di bronchite cronica; per tanto enfisema, insufficienza respiratoria e asma non sono incluse nella stima. Nel 1983 il dato viene rilevato attraverso tre voci distinte (bronchite cronica; asma bronchiale; enfisema e insufficienza respiratoria). Dal 1987 il dato viene rilevato attraverso due voci (bronchite cronica, enfisema e insufficienza respiratoria; asma bronchiale).
- Il gruppo delle malattie del cuore include un numero diverso di patologie: nel 1980 si rileva in un'unica voce la presenza di malattie del cuore; negli anni 1983 e 1987 si rilevano distintamente due voci (l'infarto del miocardio e altre malattie del cuore); nel 1990 si rilevano distintamente tre voci (infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore).
- Nel 1983 il quesito sulle visite mediche ha una formulazione leggermente diversa da quella proposta negli anni successivi.
- Nel 1983 e nel 1987 per determinare il numero totale di visite mediche si è proceduto a sommare i totali delle visite specialistiche, quelle del medico generico e del pediatra, e per gli accertamenti negli stessi anni la somma è derivata dal volume delle differenti tipologie di accertamento.
- Per quanto riguarda il consumo di alcol, il dato del 1996 è stato rilevato in modo diverso dagli altri anni, pertanto è stato omesso in quanto non confrontabile.
- Nelle tavole, l'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" del 1986/87 è denominata 1987; quella del 1990/91 è denominata 1990, quella del 1999/2000 è denominata 2000.

Casi denunciati di alcune malattie infettive soggette a notifica obbligatoria

La rilevazione statistica delle malattie infettive ebbe inizio in Italia nel 1888, anno di promulgazione delle prime leggi organiche sulla sanità pubblica. Dal 1934 al 1952 i dati sulle malattie infettive e diffuse soggette a denuncia obbligatoria sono stati ricavati dalle elaborazioni delle notizie riportate sul modello 15 di sanità pubblica, compilato dalle strutture sanitarie locali a seguito delle denunce presentate dai medici in ottemperanza a quanto disposto nel T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.D. n. 1265 del 27 luglio 1934 e successivamente nei decreti ministeriali del 5 luglio 1975 e del 7 febbraio 1983. L'Istat è stato preposto alla raccolta ed elaborazione statistica dei dati con la legge n. 572 del 17 maggio 1952.

Dal 1990 l'intero sistema informativo sulle malattie infettive e diffuse è regolato dal decreto ministeriale del 15 dicembre 1990, con il quale il Ministero della sanità, oggi Ministero della salute, ha aggiornato e modificato l'elenco delle malattie infettive e diffuse che danno origine a particolari misure di sanità pubblica. Il decreto in questione prevede l'obbligo per il medico di notificare tutti i casi pericolosi per la salute pubblica di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione. Le Aziende sanitarie locali (Asl) sono tenute, a loro volta, a comunicare le informazioni, ricevute dai medici, alla Regione. Questa, con modalità diverse a seconda dei tipi di malattia, deve comunicare i dati al Ministero della salute, all'Istituto superiore di sanità e all'Istat.

Pur trattandosi di una rilevazione totale, il monitoraggio dell'andamento delle malattie infettive è in alcuni casi reso difficile dal problema della sottonotifica, che determina un'elevata variabilità nei dati. Le variazioni che si osservano nel tempo, quindi, non sono sempre riconducibili a modificazioni del quadro epidemiologico, ma possono derivare dalla mancata notifica di alcuni casi. Ciò avviene ad esempio per le malattie maggiormente diffuse nell'età infantile, quali la rosolia, il morbillo, la scarlattina, la varicella. Si può, invece, fare maggiore affidamento sull'ammontare delle notifiche relative alle patologie meno usuali.

Avvertenze ai confronti temporali

Nel tempo le malattie infettive soggette a denuncia obbligatoria sono cambiate. Per la presente sezione, tuttavia, sono state selezionate solo quelle che erano soggette a notifica negli anni passati e che lo sono tutt'oggi. I dati, quindi, sono confrontabili nel tempo.

La statura degli iscritti nelle liste di leva

La fonte dei dati sulla statura degli iscritti nelle liste di leva è costituita dalle rilevazioni effettuate in occasione della visita di reclutamento per il servizio militare obbligatorio. La leva obbligatoria, effettuata per la prima volta ai tempi di Napoleone nei primi anni del 1800, è entrata in vigore al momento della costituzione del Regno d'Italia nel 1861 ed è rimasta in essere per 144 anni. Le liste di leva venivano costituite a livello comunale ed erano formate dai giovani di sesso maschile di nazionalità italiana nati o aventi domicilio legale in Italia.

Fino al 1940, le liste riguardavano quanti avevano compiuto il 19° anno di età, dal 1941, invece, sono riferite ai giovani al compimento dei 17 anni. Gli iscritti nelle liste venivano sottoposti a visita nell'anno successivo per accertare la loro condizione di sana e robusta costituzione; nel periodo più recente, quindi, la visita si svolgeva al compimento del 18° anno di età.

La durata della coscrizione è andata progressivamente diminuendo nel tempo. L'ultima riduzione fu fatta nel 1997 (10 mesi). La leva è stata poi soppressa definitivamente a partire dal 1° gennaio 2005, a seguito dell'approvazione della legge n. 226 del 23 agosto 2004.

Le informazioni sulla statura degli iscritti nelle liste di leva venivano raccolte al momento della visita e annotate sul fascicolo "fisio-psico-addestrativo" contenente, oltre le informazioni riguardanti le principali misure antropometriche (peso, statura e perimetro toracico), anche le caratteristiche familiari e professionali, nonché il profilo sanitario. Il procedimento necessario per completare le operazioni anzidette era piuttosto complesso e si articolava in due fasi: la prima, rivolta all'accertamento delle qualità giuridiche e delle condizioni psicofisiche del soggetto, la seconda, volta a imporre definitivamente la prestazione del servizio militare.

Non tutti i giovani erano tenuti a effettuare il servizio di leva. Il riconoscimento dell'idoneità era, infatti, subordinato all'accertamento delle condizioni psicofisiche del soggetto, condizioni che dovevano rientrare in uno standard minimo al di sotto del quale veniva dichiarata l'inabilità. Se l'infermità si riteneva suscettibile di modificazioni, l'iscritto alla leva veniva rinviato alla visita della classe successiva con il provvedimento della "rivedibilità".

Inoltre, non prestavano servizio militare i giovani che fruivano di particolari benefici, quali la "dispensa" e l'"esonero". Il primo toglieva l'obbligo della prestazione del servizio militare, ma non quello di tenersi a disposizione fino al collocamento in congedo assoluto (ossia al compimento del 45° anno di età per l'esercito e l'aeronautica e al 39° per la marina), mentre il secondo liberava completamente il soggetto da ogni prestazione presente e futura. Le informazioni sulla statura venivano comunque raccolte su tutti i giovani sottoposti a visita, a prescindere dal suo esito.

Per quanto riguarda i dati, quelli relativi agli anni di nascita 1854-1956 sono basati sulle pubblicazioni del Ministero della guerra - Direzione generale della leva sottufficiali e truppa e del Ministero della marina. Negli anni più recenti - per i nati cioè dal 1957 in poi - i dati erano predisposti dallo Stato maggiore della difesa - Ufficio generale telecomunicazioni, elettronica e informatica e successivamente forniti dal Ministero della difesa, Direzione generale leva - Reclutamento obbligatorio militarizzazione mobilitazione civile e corpi ausiliari (Levadife).

Avvertenze ai confronti temporali

- Fino al 1927 i dati sono riferiti esclusivamente agli iscritti della leva di terra; dal 1928 sono riferiti sia alla leva di terra sia alla leva di mare, a eccezione del 1953 per il quale la leva di mare è nuovamente esclusa.
- A partire dai nati nel 1941 la visita è avvenuta dopo il compimento del 18° anno di età e non del 20° come in precedenza (Circolare del Ministero della Difesa - Esercito n. 480 del 3 dicembre 1960).