



## Scenari futuri

L'informazione statistica per la sanità ha una lunga tradizione nel nostro Paese. Questo settore, infatti, è stato tra i più sensibili alla misurazione, al monitoraggio e alla valutazione della *performance* del sistema. Sin dal 1989 il Ministero della Salute ha implementato un Sistema Informativo Sanitario, alimentato dai dati provenienti dai flussi delle Aziende Sanitarie Locali, finalizzato a documentare l'offerta, l'attività e la spesa sanitaria pubblica. Successivamente, il Piano sanitario nazionale, per il triennio 1994-1996, oltre alla programmazione delle attività e all'individuazione degli obiettivi, prevedeva l'utilizzo di numerosi indicatori per misurare la *performance* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in termini di efficienza e qualità. Un esempio importante dell'attenzione del sistema agli aspetti del monitoraggio si ha nel 2005 quando, a seguito della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dalle riforme che hanno introdotto il federalismo sanitario<sup>1</sup>, l'Intesa Stato-Regioni ha affidato al Comitato LEA la progettazione di un sistema di indicatori e degli standard di riferimento, finalizzati al monitoraggio dell'effettiva erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

Il complesso degli indicatori prodotti nel corso degli ultimi 30 anni ha permesso di documentare il grado di miglioramento della qualità degli interventi sanitari, di supportare i decisori nell'intraprendere azioni efficaci ed appropriate, di indurre cambiamenti nella pratica clinica e nell'organizzazione sanitaria e di valutare la *performance* del sistema sanitario. Questa corposa informazione statistica, opportunamente organizzata e analizzata, fornisce un quadro di uno scenario passato, ancorché prossimo, del settore che andrebbe affiancato con uno sguardo verso il futuro, per progettare interventi e politiche che agiscano e reagiscano in anticipo a una realtà in continuo mutamento. Alcuni eventi sono prevedibili con ragionevole accuratezza, per esempio gli scenari demografici che per loro natura hanno una dinamica molto lenta e prevedibile nel breve e medio termine. La demografia ha un forte effetto sulle dinamiche sanitarie in quanto, gran parte della domanda di assistenza e cure dipende, per esempio, dalla percentuale di popolazione molto giovane, da quella delle donne in età feconda o dalla popolazione che supera i 75 anni.

Più complessa è la previsione della spesa sanitaria che, se da un lato dipende dalla domanda di cure, in parte legata all'invecchiamento della popolazione, dall'altro è frutto di scelte politiche e della congiuntura economica, queste ultime assai più difficili da valutare nel futuro.

Il presente Capitolo intende fornire degli scenari plausibili su quello che potrebbe accadere in futuro, basandoli prevalentemente sulla dinamica demografica che come abbiamo riferito influenza in gran parte i fenomeni di interesse per il settore sanitario.

Tra i principali risultati emersi dall'esercizio di previsione, si segnala l'aumento del numero di malati cronici che comporterà un aumento di spesa per i prossimi 10 anni di circa 4 miliardi. In generale, la spesa sanitaria pubblica, nelle proiezioni di medio-lungo termine, si attesterà attorno ai 140 miliardi di € nel 2030.

Uno scenario preoccupante si prospetta per la dotazione di medici e odontoiatri. Infatti, perderemo per pensionamento circa 56.000 medici nei prossimi 15 anni e il sistema universitario sarà in grado di rimpiazzarne solo circa il 75% se non si correrà ai ripari aumentando, adeguatamente, il numero di posti per le Facoltà di Medicina e Chirurgia e per le Scuole di Specializzazione messi a bando.

### Scenario demografico

Come è noto, la dinamica demografica del nostro Paese sta provocando un graduale invecchiamento della popolazione. Le cause di questo processo sono da ricercare, da un lato, nell'aumento della sopravvivenza e della forte riduzione della mortalità infantile, entrambi effetti positivi dell'efficacia e dell'universalismo delle cure sanitarie pubbliche, dall'altro lato sono il risultato della progressiva riduzione della natalità, dovuta a mutamenti sia di natura sociale sia economica che hanno contraddistinto l'Italia negli ultimi 40 anni.

Nel 2017, gli ultra 65enni sono oltre 13,5 milioni, il 22,3% della popolazione totale. Le proiezioni dell'Istituto Nazionale di Statistica mostrano che questa fascia di popolazione, nel 2028, ammonterà al 26,0%, pari a poco più di 15,6 milioni di abitanti, mentre nel 2038 saranno oltre 18,6 milioni, il 31,1% degli italiani (Tabella 1).

Quelli appena descritti sono scenari molto preoccupanti, in quanto avranno un forte impatto sulla società e sull'economia. Si prospetta, infatti, di avere strutture familiari sempre più deboli, formate in grande prevalenza da anziani, molti dei quali soli. Sul piano economico, ci si attende un problema di sostenibilità di tutto il sistema di *welfare*, per la diminuzione della fascia di popolazione attiva sul mercato del lavoro e il contestuale aumento

<sup>1</sup>Cfr. D. Lgs 56 del 18 febbraio 2000 e la Legge n. 3 del 18 ottobre 2001 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione".





di domanda di assistenza di natura sociale. Inoltre, ci si potrà attendere una modifica sostanziale della domanda di beni di consumo e una sua possibile riduzione che unita al calo degli investimenti causerebbero una contrazione della crescita economica del Paese.

### *Scenario di cronicità e non autosufficienza*

Lo scenario demografico prospettato avrà sicuramente un effetto sulle condizioni di salute della popolazione. Per esempio, ci si potrà attendere un aumento della cronicità e della disabilità, non tanto in termini di tassi specifici per età, quanto in termini di numero assoluto di persone colpite dal problema.

Nel 2017, le malattie croniche interessano quasi il 40% della popolazione, ovvero quasi 24 milioni di italiani dei quali oltre 12,5 milioni soffrono di multicronicità.

Le donne sono più frequentemente affette da patologie croniche, il 42,6% vs il 37,0% degli uomini, divario che aumenta per la multicronicità che affligge quasi un quarto delle donne (24,5%) vs il 17,0% degli uomini. Si tratta di differenze in parte dovute alla struttura per età che, come è noto, è più anziana nelle donne. Particolarmente elevati i divari, a svantaggio delle donne, per l'artrosi/artrite e l'osteoporosi, di cui soffrono, rispettivamente, il 20,9% e il 13,2% delle donne vs l'11,1% e il 2,3% degli uomini.

Le differenze di genere si acuiscono con l'età; nel periodo adulto della vita (45-54 anni) si inverte il divario rispetto all'ipertensione a svantaggio degli uomini (14,1% tra gli uomini; 11,4% tra le donne), crescono le differenze a svantaggio delle donne rispetto alle artrosi/artrite (7,5% tra gli uomini; 12,7% tra le donne), all'osteoporosi (0,9% tra gli uomini; 4,9% tra le donne) e alle malattie allergiche (10,7% tra gli uomini; 13,0% tra le donne). Nella classe di età più anziana (65-74 anni) il divario cresce ancora e le donne sono molto più frequentemente multicroniche (42,6% tra gli uomini; 54,4% tra le donne) con problemi di osteoporosi (5,2% tra gli uomini; 31,2% tra le donne) e di artrosi/artriti (27,8% tra gli uomini; 48,3% tra le donne); lo svantaggio di genere per gli uomini cresce rispetto al diabete (17,6% tra gli uomini; 12,5% tra le donne) e alle malattie del cuore (14,4% tra gli uomini; 5,4% tra le donne).

La prevalenza più elevata di almeno una malattia cronica si registra in Liguria con il 45,1% della popolazione. In Calabria si registra la quota più elevata di malati di diabete, ipertensione e disturbi nervosi, rispettivamente 8,2%, 20,9% e 7,0% della popolazione. Il Molise si caratterizza per la prevalenza maggiore di malati di cuore, il 5,6% della popolazione, la Liguria per quella più elevata di malati di artrosi/artriti, il 22,6%, la Sardegna per la quota maggiore di malati di osteoporosi, il 10,4% e la Basilicata per la prevalenza più alta di malati di ulcera gastrica o duodenale e bronchite cronica, 4,5% e 7,7% rispettivamente. La PA di Bolzano presenta la prevalenza più bassa di cronicità (26,8%) per tutte le patologie considerate.

I Comuni sotto i 2.000 abitanti sono quelli con la quota più elevata di cronicità, quasi il 45%, mentre nelle periferie delle città metropolitane si riscontra la quota più elevata di persone che soffrono di malattie allergiche, il 12,2% della popolazione residente.

Le proiezioni della cronicità indicano che tra meno di 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a oltre 25 milioni, mentre i multicronici saranno circa 14 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028, mentre l'artrosi/artrite interesserà quasi 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende oltre 1 milione di malati in più rispetto al 2017. Tra 10 anni le persone affette da osteoporosi, invece, saranno circa 5,3 milioni, oltre 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno oltre 3,6 milioni, mentre i malati di cuore circa 2,7 milioni (Tabella 2).

Quanto alle diverse fasce della popolazione, nel 2028, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni gli ipertesi saranno 7 milioni, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i diabetici circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Inoltre, tra gli italiani ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache.

L'aumento sensibile delle persone con problemi di salute avrà sicuramente un impatto sulla domanda di cura e assistenza, sia di natura strettamente sanitaria che socio-sanitaria. I dati a disposizione permettono di proiettare la domanda di visite specialistiche, di giornate di degenza e di assistenza domiciliare. In particolare, nel 2016 il numero di contatti mensili con un medico specialista sono stati oltre 13 milioni, nel 2038 supereranno i 14 milioni (Tabella 3). Le notti trascorse in ospedale, nel 2016, sono state oltre 41 milioni, nel 2038 supereranno i 47 milioni (Tabella 4). Le persone che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare, nel 2016, sono state oltre 1,8 milioni, nel 2038 supereranno i 2,2 milioni, mentre nello stesso anno saranno oltre 1,4 milioni quelli che domanderanno assistenza domiciliare di tipo sanitaria, contro gli oltre 1,2 milioni del 2016 (Tabella 5).

L'aumento della domanda di cure e assistenza avrà conseguenze sulla spesa sanitaria. Attualmente nel nostro Paese si stima che si spendono, complessivamente, circa 66,7 miliardi di € per la cronicità; stando alle proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028 spenderemo 70,7 miliardi di €.

L'invecchiamento della popolazione porterà con sé problemi legati alla perdita di autonomia di una cre-





scente quota della popolazione. Infatti, le persone anziane finiscono spesso in una condizione di disabilità. Nel 2016, le persone ultra 65enni con gravi limitazioni motorie erano oltre 3 milioni, quelle con limitazioni gravi alla vista 724 mila e 1 milione e 624 mila quelle con limitazioni gravi all'udito.

Le proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri non sono rassicuranti; infatti, nel 2028 le persone con grave *deficit* motorio tra gli anziani ultra 65enni saliranno a oltre 3,5 milioni e a oltre 4,1 milioni nel 2038, mentre le persone con gravi *deficit* alla vista, nel 2028, saranno oltre 800 mila e 959 mila nel 2038. Gli anziani con limitazioni gravi all'udito saranno circa 1,9 milioni nel 2028 e quasi 2,2 milioni nel 2038 (Tabella 6).

L'autonomia dell'anziano sarà uno dei problemi da affrontare nel futuro. Si pensi che, nel 2016, erano circa 200 mila le persone tra i 65-74 anni non in grado di prendersi cura della propria persona e quasi 1 milione e 300 mila tra gli *over 75*enni. Nella classe di età 65-74 anni coloro che non sono in grado di compiere azioni strumentali alla vita quotidiana, quali usare il telefono, prendere le medicine, gestire le risorse economiche, preparare i pasti, fare la spesa, svolgere attività domestiche, leggere e svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti sono quasi 900 mila, salgono a circa 3,2 milioni tra gli ultra 75enni. Nella classe di età 65-74 anni le persone non in grado di prendersi cura di sé saliranno, nel 2028, a quasi 1,5 milioni e a circa 1,7 milioni nel 2038. Nella stessa classe di età, gli anziani che non saranno in grado di compiere le azioni strumentali della vita quotidiana saranno circa 3,7 milioni nel 2028 e oltre 4,2 milioni nel 2038 (Tabella 7).

### Scenario di spesa

Lo scenario epidemiologico, sia pur parziale, prospettato per il futuro avrà sicuramente effetti sulla spesa sanitaria pubblica, già oggi soggetta a forti vincoli e in difficoltà a causa dei *deficit* accumulati dalle Regioni nel corso degli anni. Infatti, la dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita. Dal 2000 al 2008 l'aumento medio annuo è stato del 6,0%, ben superiore all'aumento del Prodotto Interno Lordo (PIL) nominale (+3,5%), mentre dal 2009 al 2017 si è assistito ad una sostanziale stabilità (+0,3% medio annuo). Il finanziamento ordinario del SSN, dal 2000 al 2017, è passato da circa 66 miliardi a 112 miliardi di €, con un incremento medio annuo del 3,2%, dinamica più sostenuta di quella del PIL nominale che nello stesso periodo ha registrato un aumento medio annuo del 2,0%.

Lo scenario futuro della spesa sanitaria pubblica dipende, oltre che dall'aumento della domanda di cure per le dinamiche appena riferite, dal grado di innovazione tecnologica che verrà introdotta nel sistema, dalla capacità di efficientamento dell'organizzazione della sanità, dall'andamento dell'economia e dalle scelte politiche che condizioneranno l'allocazione delle risorse pubbliche. Quindi, l'esercizio di previsione per il futuro della spesa pubblica non è affatto facile, poiché alcuni dei fattori che la condizionano non sono agevolmente prevedibili, gli altri lo sono solo nel breve termine.

La Ragioneria Generale dello Stato effettua delle proiezioni sulla base degli scenari demografici, su ipotesi sulla dinamica dei consumi, sullo scenario macro-economico e sulle previsioni del PIL. Si tratta di stime fondate su dati macro e sono relative ad alcune ipotesi di scenari dei fattori considerati e sull'elasticità della spesa sanitaria al PIL<sup>2</sup>.

Secondo queste previsioni, in particolare quelle fondate sullo scenario base, il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dovrebbe crescere dal 6,6% del 2017 al 6,8% nel 2030, fino ad arrivare al 7,3% del 2040. In altre parole, dovremmo passare dagli attuali 114 miliardi a 139 miliardi nel 2030 e a 168 miliardi di € nel 2040.

### Scenario personale medico

Un'altra emergenza che il SSN dovrà affrontare in un futuro non molto lontano è legata alla carenza del personale, in particolare dei medici. Il motivo di questa carenza è, principalmente, il rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Infatti, la dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi 15 anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita osservata dopo la prima metà degli anni Novanta. La contrazione della spesa si è accentuata con l'introduzione dei Piani di Rientro, attivati per arginare il crescente aumento del *deficit* delle Regioni. Tra le voci di bilancio maggiormente colpite dagli interventi c'è la spesa per personale dipendente del SSN, scesa nel 2016 al 30,6% del totale della spesa sanitaria pubblica. Tale riduzione è stata ottenuta attraverso una forte contrazione del numero del personale dipendente, testimoniato dal *turnover* osservato negli ultimi anni che in alcune Regioni è arrivato al 25%, cioè su 100 pensionati ci sono state solo 25 nuove assunzioni.

I dati riferiti al quadriennio 2013-2016, pubblicati del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia in tutti e 4 gli anni presi a riferimento, inferiore a 100, il che significa che sostanzialmente l'organico del SSN ha subito una contrazione.

Nel 2016 si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale del 97,2%, ma nel 2015 si è atte-

<sup>2</sup>Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Studi e pubblicazioni - Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario 2017. Rapporto n. 18 - Nota di aggiornamento.



stato al 76,3% e nel 2014 all'80,5%. L'ultimo triennio segue a un trend storico, tra il 2008 e il 2012, in cui si è osservato un tasso di compensazione costantemente in riduzione, dal 97,2% del 2008 è sceso fino al 68,9% nel 2012.

A livello nazionale, il numero di medici e odontoiatri del SSN (Tabella 8) si è ridotto in modo costante tra il 2013 e il 2016, passando da 108.271 unità nel 2013 a 105.093 unità nel 2016 (-2,9%). Il medesimo trend si riscontra, seppur in maniera più accentuata, se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del SSN alla popolazione (Tabella 9); infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del 4,3%.

La dotazione minore di medici si riscontra nel Lazio, Molise e Lombardia le quali hanno, rispettivamente, 1,31, 1,40 e 1,42 medici ogni 1.000 abitanti (valore nazionale 1,73 per 1.000). Il Molise e il Lazio sono le regioni che hanno sperimentato la diminuzione più marcata dal 2013, 16,4% e 13,3% rispettivamente. In generale, la dotazione di medici mediamente più bassa si registra nelle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Sardegna e della Basilicata che vantano un rapporto medico/popolazione superiore alla media nazionale, rispettivamente 2,60 e 2,07 ogni 1.000 abitanti.

L'altra dinamica alla quale si sta assistendo è il progressivo invecchiamento del personale. Infatti, nel 2016, il personale dipendente del SSN è composto per il 73,2% da persone di età 40-59 anni, per il 14,4% di età  $\geq 60$  anni e solo per l'1,6% di personale  $< 30$  anni.

Tale dinamica si riscontra anche tra la classe medica, in particolare quasi il 52% del personale medico ha oltre 55 anni, sale al 61% tra gli uomini e si attesta al 38% tra le donne. Nella classe di età 50-59 anni la quota dei medici si attesta al 41%, mentre tra i 40-49 anni a circa il 23%.

La dinamica temporale osservata dal 2013 al 2016 è molto preoccupante. La quota di medici ultra 60enni è aumentata di quasi il 10% e la variazione è del 7% al Nord, dell'8% al Centro e sale fino al 14% nelle regioni del Mezzogiorno. Per contro, tutte le fasce di età più giovani sperimentano una diminuzione del loro peso percentuale, calo generalizzato su tutto il territorio.

La prospettiva futura è allarmante, in quanto, nel 2016, i medici con più di 55 anni sono oltre 56.000, quindi nel corso dei prossimi 15 anni, a legislazione vigente e al netto di uscite anticipate legate alla riforma nota come "quota 100", ci si attende una uscita per pensionamento di pari entità.

Lo scenario appena prospettato è aggravato dal fatto che la programmazione degli accessi ai corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, nonché quelli previsti per le Scuole di Specializzazione, non ha considerato il fabbisogno di medici che avrebbe dovuto assicurare, come dimostrano le stime che seguono effettuate dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Dall'anno accademico 1997/1998 al 2018/2019 i posti nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia sono passati da 6.400 a 9.800, mentre dal 2001 al 2017 risultano messi a bando da 6.000-7.000 posti per specializzazioni e per la formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG).

L'Osservatorio ha implementato, sulla base dei dati del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, un modello di previsione dal quale si stima che, data una coorte di 10.000 immatricolazioni ai Corsi di Medicina e Chirurgia e di circa 7.000 posti nelle Scuole di Specializzazione, dal 2012 al 2030 il sistema universitario formerà 105 mila specialisti e MMG. In Italia, nel 2017, ci sono circa 243 mila medici specialisti in attività, di questi circa il 40% è assorbito dal SSN, il 20% opera in regime di convenzione, il resto è occupato nel settore privato. Quindi, il SSN sarà in grado di coprire solo 42.000 dei 56.000 medici specialisti che andranno in pensione entro il 2030, a meno che non si aumentino le immatricolazioni e i posti di specializzazione o si attraggano più medici specialisti nel settore pubblico.



## SCENARI FUTURI

549

**Tabella 1** - Popolazione (valori assoluti e valori per 100) per genere e classe di età - Anno 2017 e proiezioni anni 2028, 2038

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<b>2017</b>						
0-14	4.210.071	3.972.513	8.182.584	14,3	12,8	13,5
15-24	3.052.851	2.842.502	5.895.353	10,4	9,1	9,7
25-34	3.397.119	3.315.585	6.712.704	11,5	10,6	11,1
35-44	4.304.098	4.311.332	8.615.430	14,6	13,8	14,2
45-54	4.811.950	4.939.029	9.750.979	16,3	15,9	16,1
55-64	3.820.770	4.083.075	7.903.845	13,0	13,1	13,0
65-74	3.109.055	3.487.361	6.596.416	10,6	11,2	10,9
75+	2.739.827	4.192.307	6.932.134	9,3	13,5	11,4
<b>Totale</b>	<b>29.445.741</b>	<b>31.143.704</b>	<b>60.589.445</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>2028</b>						
0-14	3.730.126	3.459.806	7.189.933	12,5	11,3	12,0
15-24	3.096.463	2.847.658	5.944.122	10,4	9,3	9,9
25-34	3.424.020	3.086.313	6.217.230	11,5	10,0	10,3
35-44	3.647.133	3.417.879	7.065.010	12,3	11,1	11,7
45-54	4.225.678	4.270.250	8.495.928	14,2	13,9	14,1
55-64	4.698.857	4.931.634	9.630.491	15,8	16,0	16,0
65-74	3.579.892	3.995.093	7.574.984	12,0	13,0	12,6
75+	3.324.169	4.719.091	8.043.262	11,2	15,4	13,4
<b>Totale</b>	<b>29.726.338</b>	<b>30.727.724</b>	<b>60.160.960</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>2038</b>						
0-14	3.660.113	3.403.222	7.063.335	12,4	11,2	11,8
15-24	2.693.365	2.447.149	5.140.516	9,1	8,1	8,6
25-34	3.429.002	3.112.431	6.541.434	11,6	10,3	10,9
35-44	3.643.535	3.236.087	6.879.623	12,3	10,7	11,5
45-54	3.675.425	3.507.159	7.182.581	12,4	11,6	12,0
55-64	4.124.811	4.271.972	8.396.781	13,9	14,1	14,0
65-74	4.366.128	4.752.736	9.118.864	14,8	15,7	15,2
75+	3.982.258	5.529.329	9.511.588	13,5	18,3	15,9
<b>Totale</b>	<b>29.574.637</b>	<b>30.260.085</b>	<b>59.834.722</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

**Tabella 2** - Persone (valori assoluti in migliaia) per presenza di patologie croniche e tipologia di patologia - Anno 2017 e proiezioni anni 2028, 2038

Patologie croniche	2017	2028	2038
<i>Persone con almeno una malattia cronica</i>	23.813	25.233	25.589
<i>Persone con almeno due malattie croniche</i>	12.619	13.907	14.673
Malati cronici - affetti da diabete	3.242	3.634	3.908
Malati cronici - affetti da ipertensione	10.605	11.846	12.523
Malati cronici - affetti da bronchite cronica	3.519	3.731	3.856
Malati cronici - affetti da artrosi, artrite	9.678	10.803	11.506
Malati cronici - affetti da osteoporosi	4.644	5.279	5.757
Malati cronici - affetti da malattie del cuore	2.405	2.689	2.926
Malati cronici - affetti da malattie allergiche	6.504	6.313	5.940
Malati cronici - affetti da disturbi nervosi	2.767	2.925	2.978
Malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale	1.476	1.586	1.611

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.





**Tabella 3** - Numero medio (valori assoluti in migliaia) di contatti mensili con un medico specialista per classe di età - Anno 2016 e proiezioni anni 2028, 2038

Classi di età	2016	2028	2038
15-24	863	854	709
25-34	1.101	1.021	991
35-44	1.738	1.350	1.251
45-54	2.400	2.080	1.696
55-64	2.144	2.650	2.272
65-74	2.287	2.632	3.140
75+	3.184	3.631	4.175
<b>Totale</b>	<b>13.717</b>	<b>14.217</b>	<b>14.234</b>

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2018.

**Tabella 4** - Numero medio annuale (valori assoluti in migliaia) di notti in ospedale per classe di età - Anno 2016 e proiezioni anni 2028, 2038

Classi di età	2016	2028	2038
15-24	1.115	1.103	915
25-34	1.611	1.493	1.450
35-44	2.698	2.097	1.943
45-54	5.097	4.418	3.603
55-64	5.916	7.310	6.268
65-74	7.514	8.646	10.318
75+	17.200	19.615	22.552
<b>Totale</b>	<b>41.152</b>	<b>44.682</b>	<b>47.048</b>

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2018.

**Tabella 5** - Persone (valori assoluti in migliaia) che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare nell'ultimo anno per classe di età - Anno 2016 e proiezioni anni 2028, 2038

Classi di età	2016	2028	2038
<b>Assistenza domiciliare</b>			
15-44	173	152	139
45-54	116	101	82
55-64	139	172	148
65-74	235	271	323
75+	1.181	1.347	1.549
<b>Totale</b>	<b>1.845</b>	<b>2.044</b>	<b>2.241</b>
<b>Assistenza domiciliare sanitaria</b>			
15-44	129	114	104
45-54	87	76	62
55-64	93	115	98
65-74	150	173	207
75+	744	849	976
<b>Totale</b>	<b>1.204</b>	<b>1.327</b>	<b>1.447</b>

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2018.

**Tabella 6** - Persone (valori assoluti in migliaia) con limitazioni di età 65 anni ed oltre per tipologia di difficoltà - Anno 2016 e proiezioni anni 2028, 2038

Tipologia di difficoltà	2016	2028	2038
Motoria	3.088	3.538	4.143
Vista	724	828	959
Udito	1.624	1.855	2.150

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat. Anno 2018.





## SCENARI FUTURI

551

**Tabella 7** - Persone (valori assoluti in migliaia) con limitazioni per tipologia di attività (Activities of Daily Living-ADL e Instrumental Activities of Daily Living-IADL) e classe di età - Anno 2016 e proiezioni anni 2028, 2038

Classi di età	2016	2028	2038
		<b>ADL</b>	
65-74	209	241	287
75+	1.291	1.472	1.692
<b>Totale</b>	<b>1.500</b>	<b>1.713</b>	<b>1.980</b>
		<b>IADL</b>	
65-74	857	986	1.177
75+	3.216	3.668	4.217
<b>Totale</b>	<b>4.073</b>	<b>4.654</b>	<b>5.394</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Istat. Anno 2018.

**Tabella 8** - Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016	Δ % (2013-2016)
Piemonte	8.534	8.441	8.324	8.397	-1,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	349	359	344	328	-6,0
Lombardia	14.333	14.211	14.094	14.258	-0,4
Trentino-Alto Adige*	1.910	1.893	1.893	1.985	4,3
Veneto	8.001	7.982	7.973	8.045	0,6
Friuli Venezia Giulia	2.651	2.602	2.520	2.545	-4,0
Liguria	3.749	3.746	3.696	3.658	-2,4
Emilia-Romagna	8.597	8.436	8.212	8.142	-5,2
Toscana	8.222	8.282	8.167	8.057	-2,0
Umbria	1.949	1.968	1.943	1.968	1,2
Marche	2.997	2.979	2.958	2.963	-1,1
Lazio	8.389	8.179	7.890	7.709	-7,4
Abruzzo	2.697	2.741	2.777	2.711	0,7
Molise	527	515	473	438	-16,4
Campania	9.691	9.484	9.312	9.163	-5,4
Puglia	6.284	6.377	6.278	6.382	1,6
Basilicata	1.242	1.244	1.225	1.185	-10,2
Calabria	3.891	3.764	3.736	3.768	-3,1
Sicilia	9.997	9.759	9.414	9.073	-9,1
Sardegna	4.261	4.314	4.297	4.318	1,5
<b>Italia</b>	<b>108.271</b>	<b>107.276</b>	<b>105.526</b>	<b>105.093</b>	<b>-2,9</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2018.



**Tabella 9** - Tasso (valori per 1.000) di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2016

Regioni	2013	2014	2015	2016	Δ % (2013-2016)
Piemonte	1,95	1,90	1,88	1,91	-2,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,73	2,79	2,68	2,58	-5,6
Lombardia	1,46	1,42	1,41	1,42	-2,4
Trentino-Alto Adige*	1,84	1,80	1,79	1,87	1,9
Veneto	1,64	1,62	1,62	1,64	-0,2
Friuli Venezia Giulia	2,17	2,12	2,05	2,08	-4,0
Liguria	2,40	2,35	2,33	2,33	-3,0
Emilia-Romagna	1,96	1,90	1,85	1,83	-6,6
Toscana	2,23	2,21	2,18	2,15	-3,5
Umbria	2,20	2,19	2,17	2,21	0,4
Marche	1,94	1,92	1,91	1,92	-1,1
Lazio	1,51	1,39	1,34	1,31	-13,3
Abruzzo	2,05	2,05	2,09	2,04	-0,3
Molise	1,68	1,64	1,51	1,40	-16,4
Campania	1,68	1,62	1,59	1,57	-6,8
Puglia	1,55	1,56	1,53	1,57	1,0
Basilicata	2,16	2,15	2,12	2,07	-4,4
Calabria	1,99	1,90	1,89	1,91	-3,9
Sicilia	2,00	1,92	1,85	1,79	-10,6
Sardegna	2,60	2,64	2,58	2,60	0,2
<b>Italia</b>	<b>1,81</b>	<b>1,76</b>	<b>1,74</b>	<b>1,73</b>	<b>-4,3</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2018.

