

Cronicità

L'invecchiamento della popolazione, ormai considerato un fenomeno inevitabile in molti Paesi sviluppati, comporterà verosimilmente nel tempo un incremento del numero di persone affette da patologie croniche non trasmissibili, nonché affette da multimorbidità. Questo fenomeno è particolarmente accentuato in Italia, il Paese tra i più anziani al mondo, con quasi un quarto della popolazione che ha più di 65 anni di età e una prolungata bassa fecondità. In questo contesto, la gestione della cronicità assume un ruolo centrale nelle politiche sanitarie.

Le malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*), ossia le patologie croniche, come le malattie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie croniche, i disturbi mentali, i disturbi neurologici o il cancro, sono responsabili dell'80% dell'onere delle malattie nei Paesi dell'UE e sono le principali cause di decessi prematuri evitabili (1). Le malattie e i decessi possono essere, infatti, prevenuti o ritardati con interventi di salute pubblica e individuale di prevenzione primaria (stili di vita sani) e secondaria (diagnosi precoce e terapia).

In tale scenario, la strategia globale dell'OMS è quella di promuovere la prevenzione, adottando stili di vita salutari a cominciare dall'infanzia in tutte le fasi della vita (*Life course approach*) e l'invecchiamento attivo (*Active Ageing*), strategie finalizzate anche a garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari. In particolare, per l'attuale decennio, l'OMS ha proposto azioni per sensibilizzare gli Stati e la società civile a collaborare per migliorare la vita degli anziani (Decennio dell'Invecchiamento in Buona Salute 2020-2030) e scongiurare il loro decadimento fisico e mentale (2).

In Italia, l'ultimo PNP 2020-2025, adottato con l'Intesa Stato-Regioni per contrastare la diffusione della cronicità, all'indomani dell'avvio della crisi pandemica, insiste sulla necessità di fare rete e ribadisce l'adozione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, con la centralità della persona e della comunità. Ciò nella consapevolezza che la salute dipende sia da fattori biologici o comportamenti individuali, sia da fattori socio-economici. Il PNP vigente promuove, inoltre, l'approccio *One Health*, ossia una visione organica tra ambiente-animali-ecosistemi umani per governare i rischi per la salute, favorendo il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile del pianeta (3).

L'Italia si è dotata di un ulteriore strumento di pianificazione per poter garantire una migliore gestione nella cura e assistenza dei pazienti con cronicità, con l'obiettivo di migliorare il loro quadro clinico e il livello di funzionalità, cercando di minimizzare la sintomatologia e prevenendo la disabilità e la perdita di autonomia. Il Piano Nazionale sulla Cronicità (PNC), già inaugurato nel 2016 dal Ministero della Salute e con l'ultimo aggiornamento del 2025, percorre strategie integrate allo scopo di: migliorare l'assistenza ai malati cronici; delineare azioni coordinate per prevenirne l'insorgenza; aggiornare le iniziative messe in campo; rendere più efficaci i servizi sanitari assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali; indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema che realizzi una progressiva transizione in un modello di rete che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori dell'assistenza primaria (4).

Inoltre, il PNC riconosce la multimorbidità come una delle maggiori sfide del nostro SSN. Attualmente, infatti, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria continua a basarsi su un modello orientato alla singola patologia e, nonostante siano in campo nuove normative intese a superare questo approccio, il progresso delle ricerche in medicina tende comunque ad un'ulteriore specializzazione delle cure a scapito di un modello di cura che vede il paziente nella sua globalità e complessità di patologie varie e problematiche socio-sanitarie. La frammentazione dell'assistenza non comporta una condivisione del processo decisionale per la cura, che sarebbe invece appropriato e auspicabile in pazienti con multimorbidità (4).

La multimorbidità aumenta il rischio di insorgenza di disabilità e grave riduzione di autonomia, peggiorando notevolmente la qualità della vita. Come si può analizzare dalla fonte Istat utilizzata "Aspetti della vita quotidiana", che ha una notevole ricchezza informativa sulle varie dimensioni della vita quotidiana, l'impatto della multimorbidità sulla qualità della vita della popolazione anziana è evidente. Ad esempio, la quota di chi esprime un basso livello di soddisfazione¹ per la propria vita quasi raddoppia in caso di multimorbidità (19,1% a fronte del 10,4%) e, analogamente, per il grado di soddisfazione del proprio tempo libero² (36,1% vs 19,4%). Tra i più giovani fino a 44 anni l'impatto negativo appare ancora più marcato, sebbene nel complesso i tassi siano più contenuti: gli insoddisfatti per la propria vita sono il 6,7% tra le persone senza multimorbidità e raggiunge il 15,7% tra chi ne è affetto; la quota delle persone insoddisfatte della propria salute addirittura quintuplica in questa fascia di età (mentre per gli anziani è doppia tra chi ha problemi di multimorbidità).

¹Punteggio da 0 a 5 su una scala che va da 0 (giudizio più negativo) a 10 (giudizio più positivo).

²Poco o per niente soddisfatto.

Inoltre, dal punto di vista socio-demografico, i pazienti affetti da patologie croniche, e ancor più quando diventa multimorbidità, sono più spesso persone sole o che vivono al massimo con il *partner* (in coppia senza figli) riflettendo i contesti familiari tipici dell'età anziana. Secondo le stime Istat del 2023, circa il 33% delle persone anziane con multimorbidità vive da solo, con forti differenze di genere: la stima scende a 19,2% per gli uomini vs il 42,0% per le donne, poiché gli uomini anziani con problemi di multimorbidità vivono più spesso con la *partner* (53,6% vs 31,3% per le donne) che è il presumibile principale *caregiver*, se in migliori condizioni di salute. Ma se in passato le persone anziane con problemi di salute potevano avvalersi delle cure da parte di familiari più giovani, che vivevano più nelle loro prossimità, le dinamiche demografiche e sociali che si prospettano acuiranno sempre più le difficoltà di assistenza (5). La possibilità di avvalersi di servizi a pagamento (badanti che prestano assistenza agli anziani) è, peraltro, una soluzione che presenta già attualmente caratteristiche eterogenee sul territorio, anche nell'ambito della stessa regione, con tassi molto più elevati nelle province del Centro-Nord e anche in Sardegna, a differenza di quelle del Mezzogiorno, area in cui tra 20 anni l'età media supererà quella del Centro-Nord (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: <https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseasesen>.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing.
- (3) Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.
- (4) Piano Nazionale delle Cronicità (Aggiornamento 2025).
- (5) Istat, Rapporto annuale 2025.

Prevalenza di alcune malattie croniche non trasmissibili autoriferite

Significato. Per descrivere il fenomeno della cronicità in Italia sono stati individuati, tra gli indicatori, quelli che descrivono la diffusione di alcune malattie croniche non trasmissibili che possono avere un impatto non solo a livello individuale, ma anche a livello sociale ed economico. Monitorare l'evoluzione di tali malattie è essenziale per comprendere la salute della popolazione al fine di allocare in modo efficiente le risorse mediche e finanziarie, per la loro prevenzione e il loro trattamento rivolto prevalentemente ad attenuare i sintomi o a rallentarne lo sviluppo. Sono fornite stime di prevalenza, ovvero il numero di casi di una malattia o condizione presente in una popolazione

in un determinato momento, espresso come tasso per 100 persone residenti in Italia che vivono in famiglia. Nello specifico, sono fornite stime di prevalenza sia grezze che standardizzate per le seguenti patologie croniche autoriferite: ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi/artrite e osteoporosi), malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale), diabete, malattie cardiache (infarto, angina pectoris e altre malattie del cuore), disturbi nervosi (disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze etc.)^{1,2}.

Prevalenza della malattia x

Numeratore	Persone che dichiarano di avere una malattia cronica x
Denominatore	Popolazione residente in famiglia

x 100

Validità e limiti. Le stime derivano dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" condotta su un campione di circa 25.000 famiglie intervistando circa 50.000 individui. Il campione è disegnato per produrre stime rappresentative a livello nazionale e con dettaglio ripartizionale e regionale (1). È, quindi, possibile confrontare il livello di cronicità tra le regioni e PA di Bolzano e Trento.

Tuttavia, alcuni studi hanno evidenziato che nelle indagini di popolazione (*Health Interview Survey*) la cronicità autoriferita tende ad essere sottostimata rispetto a indagini di popolazione che prevedono una valutazione medica (*Health Examination Survey*). Gli indicatori sanitari basati su misurazioni effettuate sulla popolazione generale includono, infatti, anche i casi non diagnosticati, fornendo spesso dati più accurati rispetto a quelli basati esclusivamente su informazioni auto-dichiarate o provenienti dal settore sanitario (2, 3).

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza della malattia cronica può essere considerata in riferimento al valore nazionale o alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

L'indagine Istat Aspetti della vita quotidiana consente di monitorare annualmente alcune delle malattie croniche non trasmissibili che, oltre a rappresentare un rilevante problema di salute, com'è noto, influenzano

anche l'aspetto psicologico e sociale delle persone. Tra le patologie monitorate, quella maggiormente diffusa nella popolazione è l'ipertensione, che è un fattore di rischio importante per diverse malattie come infarto, ictus, insufficienza cardiaca e malattie renali. Nel 2023 sono circa 11 milioni le persone che dichiarano di soffrirne, pari al 18,9% dell'intera popolazione. Tra gli anziani si stima che una persona su due sia ipertesa (Tabella 1).

In termini di prevalenza, seguono le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, come artrosi, artrite e osteoporosi, riferite da quasi 10 milioni di persone (16,7%), di cui circa 6 milioni 500 mila sono *over 65* anni (46,3%). Alcune di queste malattie, pur avendo un basso livello di letalità, causano dolore, limitazioni funzionali e disabilità, con ripercussioni anche sulla qualità della vita e la partecipazione sociale soprattutto delle persone anziane. Tra le loro conseguenze, ad esempio le fratture, soprattutto quelle dell'anca e della colonna, possono infatti portare a disabilità permanenti e perdita di autonomia.

Il diabete si stima colpisca circa 3 milioni e 700 mila persone, pari al 6,3% della popolazione complessiva e può causare complicanze gravi come malattie cardiovascolari, insufficienza renale, cecità, soprattutto quando è mal trattato o non compensato. Tra gli anziani la quota aumenta al 17,8%.

Le malattie respiratorie come bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale

¹La dizione disturbi nervosi va intesa nel senso di disturbi psichici e, quindi, vanno comprese le psicosi (malattie mentali), le psico-nevrosi esaurimento nervoso, depressione nervosa, stati d'ansia etc.) e le insufficienze mentali (oligofrenia o frenastenia da cause congenite, perinatali o acquisite) e altri disturbi quali la perdita di memoria, il parkinsonismo, il morbo di Alzheimer e l'epilessia. A partire dal 2021 Parkinsonismo e Alzheimer/demenze senili sono rilevate separatamente e comunque riaccorpate incluse all'interno della categoria "disturbi nervosi".

²Le altre patologie rilevate annualmente nell'indagine come: tumori (incluso linfoma o leucemia), patologie dell'apparato digerente o urinario (quali cirrosi epatica, calcolosi del fegato e delle vie biliari, calcolosi renale, ulcera gastrica e duodenale), non sono stati esplorati in quest'analisi, anche per la bassa prevalenza delle singole patologie.

sono riferite da circa 3 milioni e 500 mila persone, pari al 6,1% della popolazione che aumenta al 12,5% tra gli anziani.

Nella graduatoria della diffusione seguono i disturbi nervosi (4,7%) dichiarati da circa 2 milioni e 700 mila persone che soffrono di disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze senili etc.. Nella popolazione anziana la quota aumenta all'11,2%.

Infine, le malattie cardiache, incluse tra quelle cardiovascolari che rappresentano la principale causa di morte, vengono riferite da circa 2 milioni e 500 mila persone pari al 4,3% della popolazione. La quota triplica tra gli anziani (12,1%).

Nella Tabella 1 si evidenzia l'entità delle differenze di genere nella diffusione delle diverse malattie croniche. Per le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi, artrite e osteoporosi) le donne, com'è noto, sono molto più colpite rispetto agli uomini a tutte le età: nel 2023, complessivamente, ne soffre circa il 22,6% della popolazione femminile, mentre tra gli uomini la percentuale si dimezza al 10,5%. Anche i disturbi nervosi tendono ad essere più comuni nelle donne, specialmente a partire dai 55 anni (Grafico 1), con una prevalenza sul totale della popolazione del 5,5% vs il 3,8% degli uomini.

Tra le patologie più frequenti negli uomini, si rilevano le malattie cardiache, che colpiscono il 5,4% degli uomini vs 3,3% delle donne. In particolare, per gli uomini si osservano prevalenze più che doppie rispetto alle coetanee di età 55-64 anni (6,6% vs 2,4%) e 65-74 anni (13,8 vs 5,3%), mentre il divario si riduce tra gli *over 75* anni (18,4% vs 12,4%).

Anche il diabete è più comune tra gli uomini. Dichiara di soffrirne il 6,9% degli uomini vs il 5,7% delle donne. Il divario di genere tende ad aumentare con l'età a partire dai 55 anni.

La prevalenza dell'ipertensione è simile per entrambi i generi (circa 19%), sebbene per gli uomini il livello sia più alto delle coetanee prima dei 75 anni (Grafico 1). L'evoluzione temporale di tali malattie croniche è stata analizzata nell'arco di 20 anni tenendo conto del processo di invecchiamento della popolazione. I tassi *std*³ per età mostrano per le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi, artrite e osteoporosi) un andamento gradualmente decrescente (da 20,9% nel 2003 a 13,6% nel 2023); per le malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale) un trend decrescente fino al 2015 (da 7,1% nel 2003 a 5,3% nel 2015) e una stabi-

lizzazione intorno al 5,5% negli anni successivi (Grafico 2a, Grafico 2b). Si osserva, invece, un andamento pressoché costante delle prevalenze dei disturbi nervosi (circa 4%) e delle malattie cardiache (circa 4%). Aumenta la prevalenza dell'ipertensione fino al 2011 (da 13,6% nel 2003 a 15,4% nel 2011) e poi si stabilizza intorno al 16%. Anche il diabete in 20 anni tende ad aumentare passando da 4,2% nel 2003 a 5,3% nel 2023.

Dall'analisi territoriale della cronicità, condotta con tassi *std* per genere e classe di età, emerge che ci sono differenze significative tra le regioni.

L'ipertensione è più diffusa nelle regioni meridionali, con prevalenze più elevate in Molise (18,4%), Calabria (18,3%), Sicilia (18,2%), Campania (17,4%) e Puglia (17,2%). Al contrario, nelle PA di Bolzano e Trento si attestano i più bassi valori, intorno al 12% (PA di Bolzano 11,3% e PA di Trento 12,2%) (Grafico 3).

Per le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi, artrite, osteoporosi) si osservano le più alte prevalenze nelle regioni del Sud e in Sardegna (16,0%), Sicilia (15,4%) ed Emilia-Romagna (15,7%). Invece, nelle PA di Bolzano e Trento si osservano valori intorno all'11% (Bolzano 9,7% e Trento 11,3%), così come in Veneto (10,7%).

La prevalenza delle malattie dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale) assume valori intorno al 7% in Campania (7,0%) e Sicilia (6,7%), mentre i valori sono nettamente più bassi in Valle d'Aosta (3,8%), Marche (4,1%), PA di Bolzano (4,2%) e Calabria (4,3%).

Per il diabete, la prevalenza si attesta a circa il 7% in Calabria (7,5%) e Molise (7,3%), mentre nelle PA di Bolzano e Trento si dimezza con valori, rispettivamente, del 3,4% e del 3,2%.

La prevalenza dei disturbi nervosi varia in un range che va dal 5,3% dell'Umbria al 3,0% della PA di Trento seguita da Lombardia e Liguria entrambe con il 3,4%. Le malattie cardiache presentano un *range* di variazione territoriale di circa 3 p.p., con il minimo nella PA di Bolzano (1,8%) e il valore massimo in Emilia-Romagna (4,6%).

Guardando all'insieme delle malattie croniche analizzate, alcune regioni assumono valori sensibilmente più alti della media nazionale per almeno tre delle sei tipologie di malattie considerate come, ad esempio, Molise, Sicilia e Calabria, mentre all'opposto le PA di Bolzano e Trento assumono valori più bassi per almeno tre delle sei tipologie di malattie.

³Standardizzazione con il metodo diretto scegliendo la popolazione europea (Eurostat 2013) come popolazione standard.

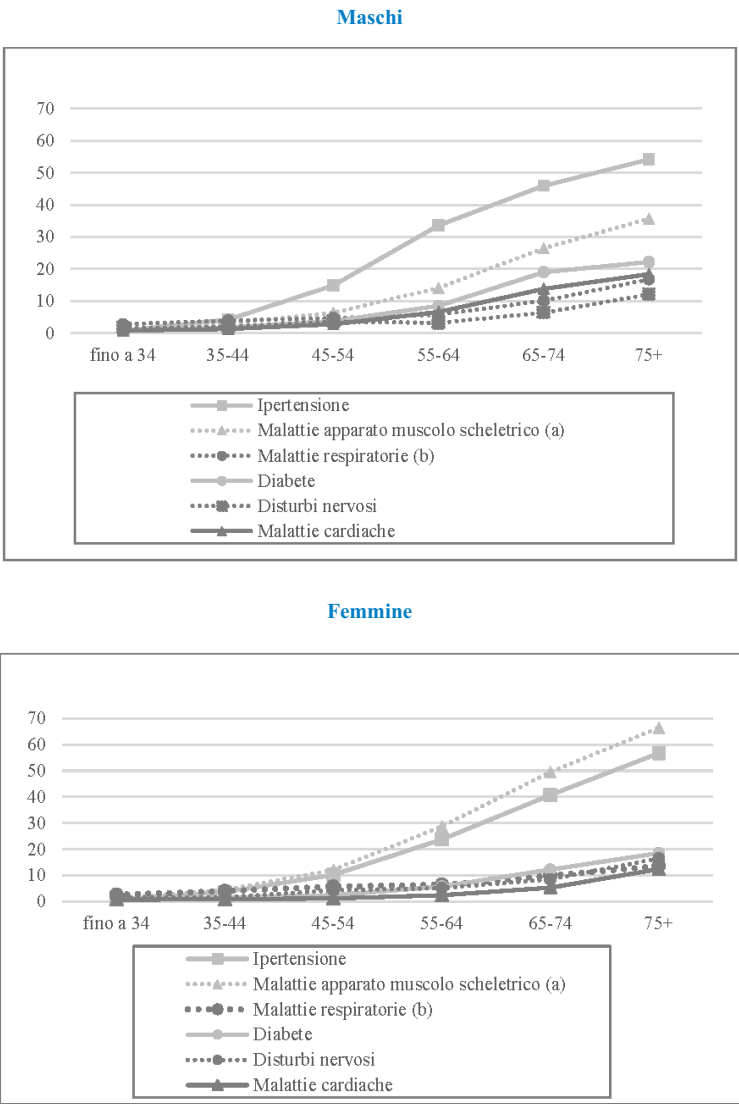
Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100 e valori assoluti) per ipertensione, artrosi, malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi e malattie cardiache per genere - Anno 2023

Alcune malattie	Maschi				Femmine				Totale			
	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+
Ipertensione	19,1	49,8	5.460	3.092	18,8	49,4	5.608	3.864	18,9	49,5	11.068	6.956
Malattie apparato muscolo scheletrico ^a	10,5	30,8	3.011	1.910	22,6	58,7	6.749	4.593	16,7	46,3	9.760	6.503
Malattie respiratorie ^b	6,0	13,2	2	819	6,3	11,9	1.872	934	6,1	12,5	3.573	1.753
Diabete	6,9	20,5	1.966	1.272	5,7	15,6	1.702	1.222	6,3	17,8	3.668	2.494
Disturbi nervosi	3,8	9,1	1.084	563	5,5	12,8	1.641	1.006	4,7	11,2	2.725	1.568
Malattie cardiache	5,4	15,9	1.529	988	3,3	9,1	976	715	4,3	12,1	2.505	1.703

^aArtrosi/artrite/osteoporosi.
^bBronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

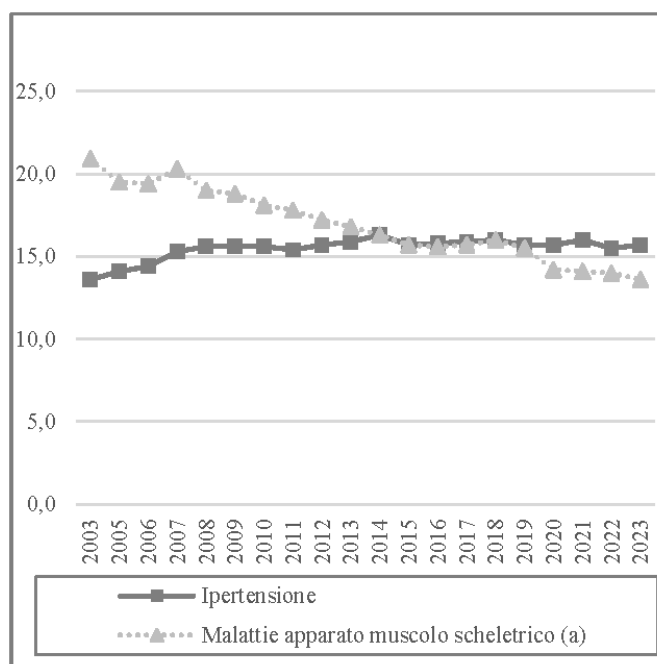
Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, artrosi, malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi malattie cardiache per genere e classe di età - Anno 2023



^aArtrosi/artrite/osteoporosi.
^bBronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

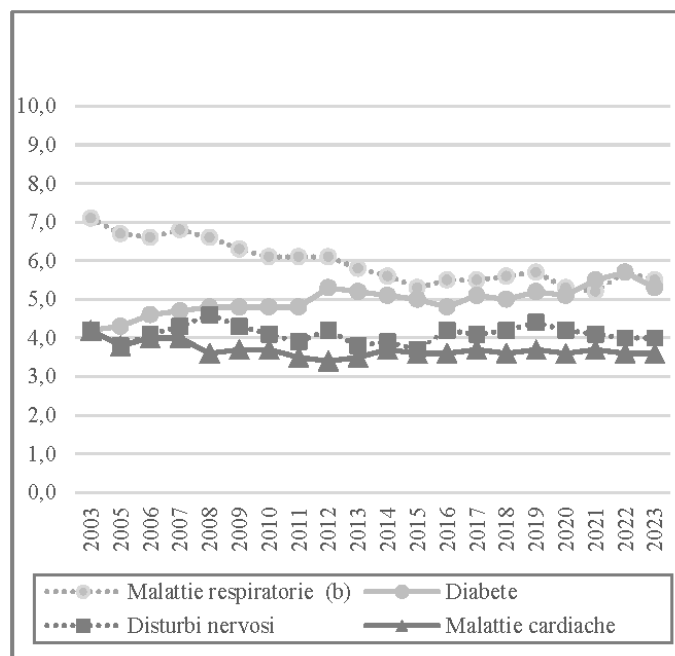
Grafico 2a - Prevalenza (valori per 100) di ipertensione e malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (tasso standardizzato) - Anni 2003-2023



^aArtrosi/artrite/osteoporosi.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 2b - Prevalenza (valori per 100) malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi e malattie cardiache (tasso standardizzato) - Anni 2003-2023



^bBronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, disturbi nervosi, malattie respiratorie e malattie cardiache per regione (tasso standardizzato) - Anno 2023

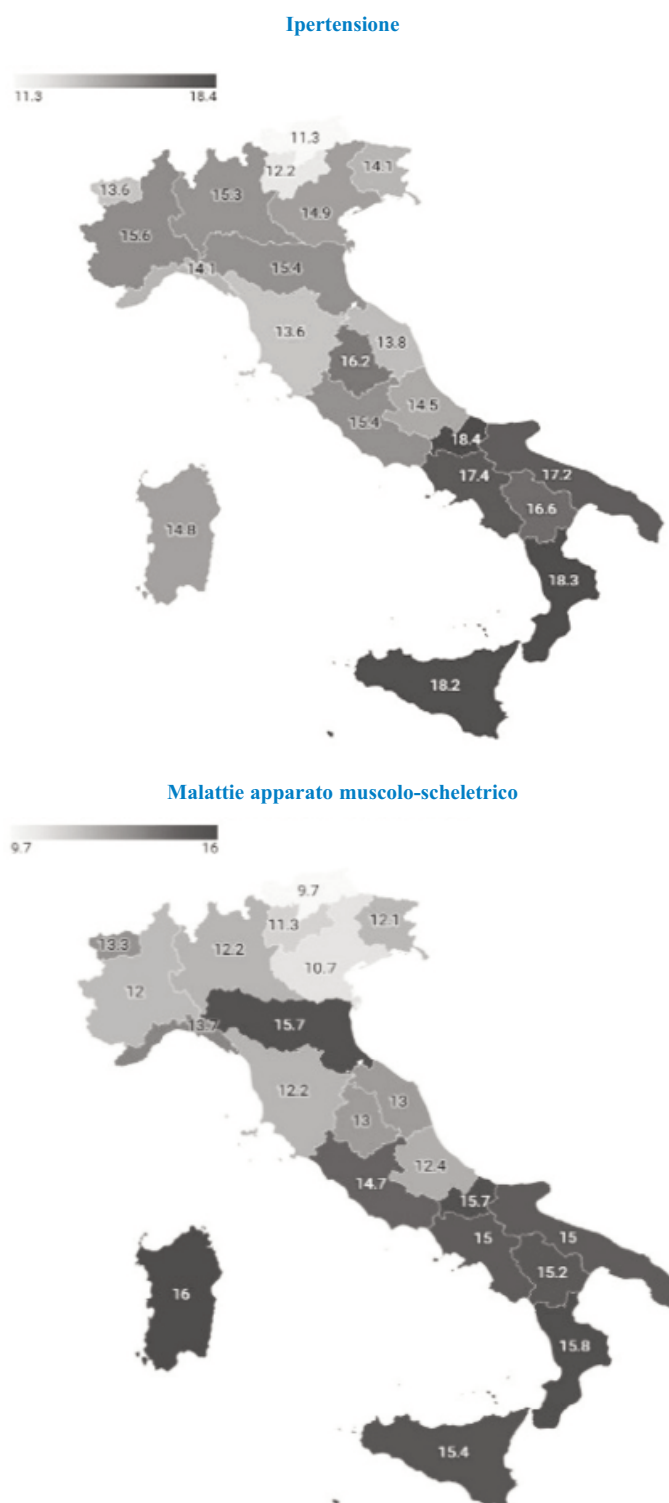


Grafico 3 - (segue) Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, disturbi nervosi, malattie respiratorie e malattie cardiache per regione (tasso standardizzato) - Anno 2023

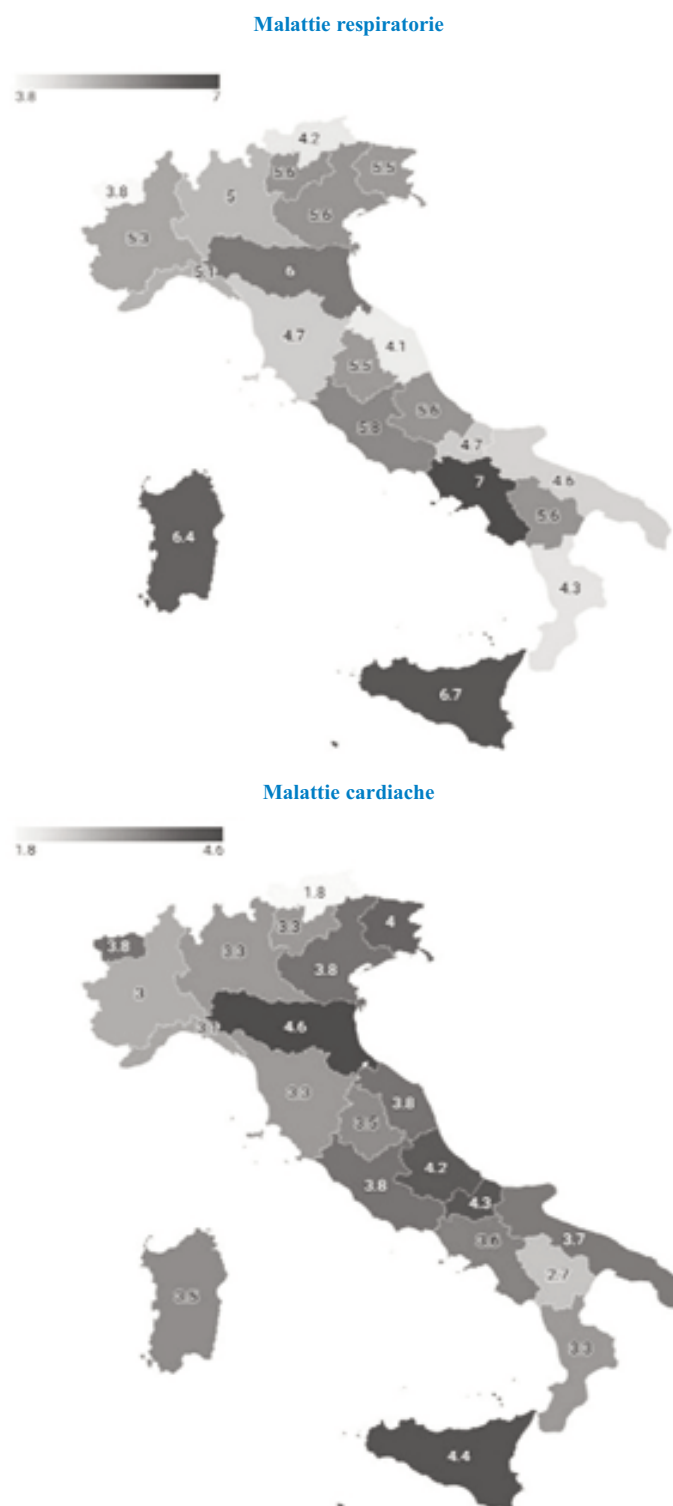
Diabete



Disturbi nervosi



Grafico 3 - (segue) Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, disturbi nervosi, malattie respiratorie e malattie cardiache per regione (tasso standardizzato) - Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia, come altri Paesi ad elevato livello di invecchiamento, è impegnata a contrastare la diffusione delle malattie croniche con politiche attive di prevenzione e cura. Si tratta, infatti, di malattie o condizioni che con interventi di prevenzione primaria, diagnosi

precoce e misure di Sanità Pubblica potrebbero essere posticipate nell'insorgenza, contenute nella loro gravità o anche del tutto evitate. La Commissione europea ha lanciato nel 2022 l'EU *Non-Communicable Diseases Initiative* 2022-2027 per sostenere gli Stati membri nell'attuazione di politiche mirate a ridurre

l'impatto delle principali malattie croniche non trasmissibili, migliorando salute e benessere. L'iniziativa si concentra sulla prevenzione, sulla condivisione di buone pratiche e sul rafforzamento della gestione integrata, della rilevazione precoce e dell'innovazione sanitaria, con scambio di esperienze tra Paesi membri. Al fine di prevenire le malattie croniche non trasmissibili è fondamentale continuare a promuovere sia l'adozione di uno stile di vita sano, che include alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, limitazione del consumo di alcol e abolizione del fumo (prevenzione primaria) sia i controlli medici regolari per identificare precocemente le malattie e posticipare le eventuali complicanze (prevenzione secondaria).

In Italia, il PNP 2020-2025, cui si ispirano i singoli Piani di Prevenzione Regionali, ha sottolineato ancora più la necessità di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, cercando di promuovere anche l'equità, viste le persistenti disuguaglianze territoriali della cronicità. Anche il Piano Nazionale della Cronicità è inteso a garantire un'assistenza di qualità, puntando a fornire Linee Guida per le principali patologie e protocolli per i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali.

Recentemente, alcuni esperti in malattie non trasmissibili affiliati all'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, hanno individuato 25 interventi sanitari (*quick buys*) concreti basati sull'evidenza scientifica che possono contribuire individualmente e collettivamente ad affrontare l'enorme peso delle malattie croniche nella regione europea con impatti misurabili

sulla salute pubblica entro 5 anni (4). I *quick buys* coprono i principali fattori di rischio e gruppi di malattie: tabacco, alcol, alimentazione non sana, inattività fisica, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e cancro. I risultati di questo lavoro non solo offrono una guida ai decisori politici che devono decidere interventi in linea con i cicli politici a breve termine, ma hanno anche il potenziale per accelerare i progressi verso gli obiettivi sanitari globali, in particolare l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 2030 di ridurre di un terzo la mortalità prematura per malattie non trasmissibili.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Nota metodologica dell'Indagine Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/themes/EGPbs5-child/microdata/download.php?id=%2F60%2F2023%2F01%2FNota.pdf.
- (2) H. Tolonen, P. Koponen, J. SMindell, S. Männistö, S. Giampaoli, C. M. Dias, T. Tuovinen, A. Gößwald, K. i Kuulasmaa; European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. *Eur J Public Health*. 2014 Dec;24(6):941-8. doi: 10.1093/eurpub/cku074. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24906846.
- (3) H Rosendahl , CJ Lau , M Davidsen , O Ekholm , AI Christensen Validity of self-reported diseases from health surveys: comparisons with registry data in Denmark *European Journal of Public Health*, Volume 32, Issue Supplement_3, October 2022, ckac129.426, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.426>.
- (4) Galea, Gauden et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health - Europe*, Volume 52, 101281, May 2025.

Prevalenza della multimorbilità

Significato. Con l'aumento progressivo della longevità e l'invecchiamento della popolazione, incrementa anche la cronicità e il numero di persone affette da multimorbilità, soprattutto tra i grandi anziani. L'indicatore di multimorbilità cui si fa riferimento è quello condiviso a livello internazionale dall'OMS, definito come la coesistenza di due o più condizioni croniche nello stesso individuo. La condizione di multimorbilità sottopone la persona che ne è affetta a un maggior rischio di fragilità e/o perdita di autonomia, anche solo per la maggiore complessità dei trattamenti farmacologici adottati per contrastare le diverse patologie. Le malattie croniche incluse nel calcolo dell'indicatore di multimorbilità sono quelle rilevate in una indagine Istat, che

tra i principali aspetti della vita quotidiana, monitora annualmente anche le condizioni di salute della popolazione. Si tratta, in particolare, delle seguenti patologie croniche autoriferite: ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi/artrite e osteoporosi), malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale), diabete, malattie cardiache (infarto, angina pectoris e altre malattie del cuore), disturbi nervosi (disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze senili etc.)¹, malattie dell'apparato digerente e urinario (cirrosi epatica, calcolosi del fegato e delle vie biliari, calcolosi renale, ulcera gastrica e duodenale) e tumore (incluso linfoma o leucemia).

Prevalenza di pazienti con multimorbilità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone che dichiarano almeno due malattie croniche}}{\text{Popolazione che vive in famiglia}} \times 100$$

Validità e limiti. La stima deriva dalle informazioni raccolte tramite la rilevazione campionaria dell'Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", che si ripete con cadenza annuale su un campione di circa 25.000 famiglie (per circa 50.000 individui) rappresentativo della popolazione nazionale e regionale. Tra i vantaggi, quindi, vi è il rigore scientifico del disegno campionario per assicurare stime robuste di copertura nazionale e regionale, con la comparabilità tra le regioni, anche nel tempo, potendo usufruire anche di una rete di rilevatori comunali formati in modo omogeneo sul territorio.

Tra i limiti non si può disconoscere quello relativo alla sottostima del fenomeno quando si tratta di informazioni derivanti da indagini di tipo *Health Interview Survey*, ossia rilevate mediante un questionario per intervista o per auto compilazione. Come evidenziato nel precedente paragrafo le *Health Interview Survey*, sebbene molto diffuse anche a livello europeo (ad esempio Indagine europea sulla salute), scontano nel nostro caso un rischio di sottostima (1, 2) che impatta anche sull'indicatore della multimorbilità rispetto a quelle di tipo *Health Examination Survey* in cui alle interviste si affiancano anche esami o visite di personale sanitario (medici etc.), più precise ma molto più costose.

Inoltre, l'indicatore risente della composizione della lista delle patologie: sebbene dal 2021 si sia arricchita, tenuto conto del forte invecchiamento della popo-

lazione con patologie quali ictus, depressione etc., i risultati saranno resi disponibili nelle prossime edizioni del Rapporto Osservasalute.

Anche considerando tutti i limiti della fonte Aspetti della Vita Quotidiana, essa resta preziosa per tali informazioni, non essendo facilmente reperibile un'altra fonte con analoga copertura rappresentativa dell'intera popolazione, e realizzata con metodologie omogenee su tutto il territorio da un Ente terzo, con una lunga serie comparabile per studiare l'evoluzione nel tempo e nello spazio di questo indicatore.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza della multimorbilità, sebbene sia un indicatore proposto a livello internazionale dall'OMS, non è facilmente comparabile tra i Paesi perché non è stata armonizzata la lista di patologie croniche cui fa riferimento. Pertanto, il valore di riferimento potrebbe essere rappresentato dal valore nazionale o da quello regionale più basso, tenendo conto della stessa distribuzione per età della popolazione (ossia prevalenza standardizzata), nella consapevolezza che la diffusione della cronicità aumenta con l'età.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, si stima che il 20,8%, dell'intera popolazione residente in Italia (che vive in famiglia)², presenti problemi di multimorbilità. L'andamento è fortemente crescente all'aumentare dell'età: la prevalenza passa

¹La dizione disturbi nervosi va intesa nel senso di disturbi psichici e, quindi, vanno comprese le psicosi (malattie mentali), le psico-nevrosi esaurimento nervoso, depressione nervosa, stati d'ansia etc.) e le insufficienze mentali (oligofrenia o frenastenia da cause congenite, perinatali o acquisite) e altri disturbi quali la perdita di memoria, il parkinsonismo, il morbo di Alzheimer e l'epilessia. A partire dal 2021 parkinsonismo e Alzheimer/demenza senile sono rilevate separatamente e comunque riaccorpate incluse all'interno della categoria "disturbi nervosi".

²L'indagine produce stime sulla popolazione che vive in famiglia, essendo esclusa la quota di popolazione (in Italia molto contenuta) che risiede in Istituzioni.

dal 2,8% tra le persone fino ai 34 anni, quadruplica tra i 45-54enni (12,5%), raddoppiando via via nelle due successive fasce di età decennali (25,4% tra i 55-64enni e 47,0% tra i 65-74enni), fino ad interessare quasi due anziani su tre tra gli *over 75* (64,3%).

Come già osservato in dettaglio per la maggior parte dei gruppi di patologie croniche, le donne sono più svantaggiate rispetto agli uomini per la maggiore prevalenza di multimorbidità, nonché per la maggiore precocità di insorgenza rispetto ai loro coetanei. Complessivamente, le differenze di genere si evidenziano intorno ai 50 anni. Ad esempio, già tra i 45-54enni per gli uomini la prevalenza si attesta al 10,9%, mentre tra le donne è del 14,1% e il *gap* aumenta a 5,0 p.p. tra i 55-64enni, a 6,3 p.p. nella fascia di età successiva e a ben 13,3 p.p. tra gli *over 75* anni (69,7% vs 56,4%).

Come si accennava, tra i vantaggi nell'uso di questa fonte di dati vi è la possibilità di disporre di una lunga serie storica dell'indicatore, che consente un'analisi della sua dinamica nel tempo oltre che sul territorio. Nei Grafici 2a e 2b è riportato l'andamento dei valori assoluti e quello delle prevalenze in corrispondenza degli anni 2003, 2013 e 2023.

I grafici mostrano, in modo eloquente, che in termini assoluti, in 20 anni, l'invecchiamento della popolazione ha comportato, come atteso, la crescita del numero di persone con multimorbidità, soprattutto tra le persone anziane (complessivamente si stima un aumento di 1,5 milioni di persone +25% circa, a parità di patologie considerate) e in particolare tra gli *over 75* anni (Grafico 2a). In parallelo, quando invece si considerano le curve di prevalenza per età messe a confronto a distanza di 10 e 20 anni, soprattutto per le donne, emerge una netta riduzione nel tempo delle stime, con traiettorie che pur mantenendo l'andamento crescente per età, mostrano nel tempo livelli di prevalenze sempre più basse almeno fino a 74 anni (Grafico 2b). Questa dinamica suggerisce che in 20 anni troverebbe conferma l'ipotesi di compressione dell'insorgenza di multimorbidità verso le età sempre più adulte e anziane, nonostante la possibilità di accedere a diagnosi più precoci anche per il miglioramento delle tecniche diagnostiche. Ciò si riscontra anche in altri indicatori di salute, come ad esempio la riduzione dell'autonomia, fenomeno che trova spiegazione soprattutto nel complessivo miglioramento delle condizioni di salute e di vita. Questo è stato favorito dal maggiore ricorso ai tre livelli di prevenzione, dall'accessibilità alle cure garantita dal principio universalistico del nostro SSN a partire dagli anni Ottanta, nonché dal miglioramento del livello di istruzione, che ha portato a una maggiore aderenza terapeutica e a una migliore capacità reddituale, contribuendo progressivamente all'ampliamento delle coorti di 50enni e anziani.

A livello territoriale, si conferma il noto gradiente Nord-Sud ed Isole anche per il fenomeno della multi-

morbilità, considerando i tassi grezzi, con il Nord che si attesta ad una quota del 19,8% significativamente inferiore alla media nazionale e alla prevalenza che si registra nel Mezzogiorno pari a 22,6%, nel 2023. La ripartizione con la più bassa prevalenza di multimorbidità è comunque il Nord-Est con il 19,4%, seguito dal Nord-Ovest con il 20,1%, dal Centro con il 20,2%, dal Sud con il 22,0% e dalle Isole dove si raggiunge il 23,8%. Similmente, accade nella popolazione anziana, sempre considerando la prevalenza grezza: il valore minimo del Nord-Est è pari al 50,6%, nel Nord-Ovest la quota si attesta al 54,1%, nel Centro al 55,3%, nel Sud al 59,8% al Sud e nelle Isole raggiunge il 62,2%, dove come sempre si registra il valore massimo. Tale divario permane anche quando si fanno i confronti territoriali, depurando i tassi dalla diversa distribuzione per età della popolazione. Infatti, il tasso std per età e genere (standardizzazione con la popolazione europea del 2013) conferma il gap di circa 3 p.p. tra Nord e Mezzogiorno nel complesso della popolazione e di circa 8 p.p. considerando gli *over 65* anni, sempre a vantaggio del Nord.

È interessante analizzare i livelli di multimorbidità in queste aree territoriali, anche tenendo conto dell'effettiva prevalenza grezza per genere e grandi classi di età, per individuare in quali gruppi di età si accentuano tali disuguaglianze territoriali e capire come si articola sul territorio la domanda di salute connessa alla multimorbidità. Dall'analisi del Grafico 3, si evince che per tutte le fasce di età considerate, senza tener conto della distinzione per genere, nel Nord le prevalenze sono sempre significativamente più basse rispetto a quelle del Mezzogiorno. Ciò comincia già nella classe dei più giovani (fino a 44 anni), sebbene l'entità del fenomeno sia molto contenuta. Tra gli adulti di 45-64 anni, invece, è nella ripartizione del Centro che si rileva la più bassa prevalenza (16,3%) sia rispetto al Meridione (22,3%) che rispetto alla media Italia (18,9%), pur confermandosi al Nord una stima più bassa rispetto a quella del Mezzogiorno (17,5% vs 23,3%). Tra i cosiddetti giovani anziani (65-74enni) il divario territoriale comincia a diventare più marcato (+8,2 p.p.) con un Nord che si attesta a 43,4% a fronte del 51,6% di Sud ed Isole. Tra gli *over 75* anni il gap territoriale raggiunge infine quasi i 9 p.p. (61,3% vs 70,1%), nonostante la quota di popolazione molto anziana che risiede al Nord sia più elevata rispetto a quella del Mezzogiorno (+55%).

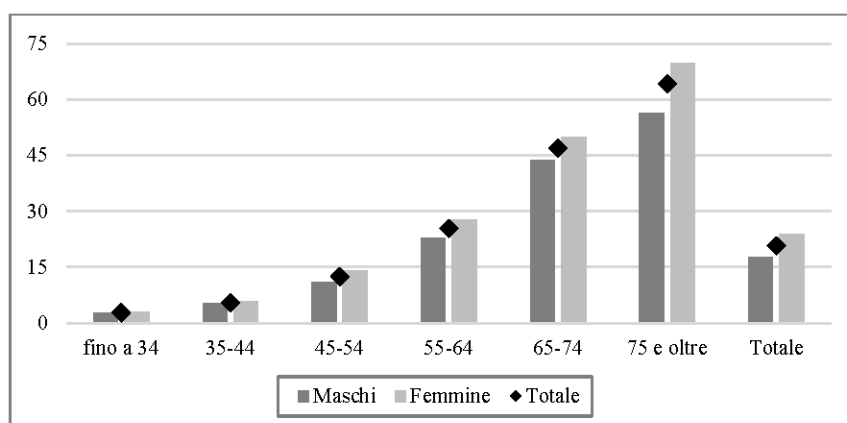
Scendendo ad un livello territoriale più fine, la Tabella 1 restituisce un quadro informativo per regione, sia sulla quota di persone con multimorbidità nel complesso della popolazione che sulla popolazione anziana, dove come è noto si concentra principalmente il fenomeno della multimorbidità (64,3% delle persone con multimorbidità appartiene alla classe degli *over 65* anni). Considerando le prevalenze grezze sull'intera popolazione, ossia non tenendo conto della diversa

struttura per età delle regioni, la stima più bassa si osserva nella PA di Bolzano dove si attesta a 13,1%, con marcate differenze di genere 9,5% per gli uomini e quasi il doppio per le donne (16,5%), seguita dalla PA di Trento con 17,1% (uomini 15,2% vs 19,0% donne). Il valore maggiore si registra in Molise raggiungendo il 26,5% (le donne molisane arrivano al 30,0 vs il 23,0% degli uomini). Il *range* della distribuzione della prevalenza grezza di multimorbidità per regione è pari a circa 13 p.p.. Prevalenze tra le più elevate si registrano anche in Sardegna (25,3%) e in Basilicata (24,2%). Le uniche regioni del Mezzogiorno che rientrano nell'intervallo di confidenza della media nazionale sono Abruzzo (20,9%) e Campania (21,1%), mentre tutte le altre presentano valori più alti. L'unica regione del Nord che mostra una prevalenza superiore al valore medio Italia è la Liguria con un valore del 22,6% mentre nel Centro è l'Umbria con il 23,8%. Il livello di eterogeneità del fenomeno tra le regioni si riduce quando nel confronto regionale si tiene sotto

controllo la diversa composizione demografica, ricorrendo ai tassi std per genere e classi di età, cosicché il *range* tra il tasso di multimorbidità della PA di Bolzano (12,3% valore minimo) e quello del Molise (20,8% valore massimo) si riduce a 8,5 p.p., ma comunque attesta il netto gradiente territoriale (Grafico 4).

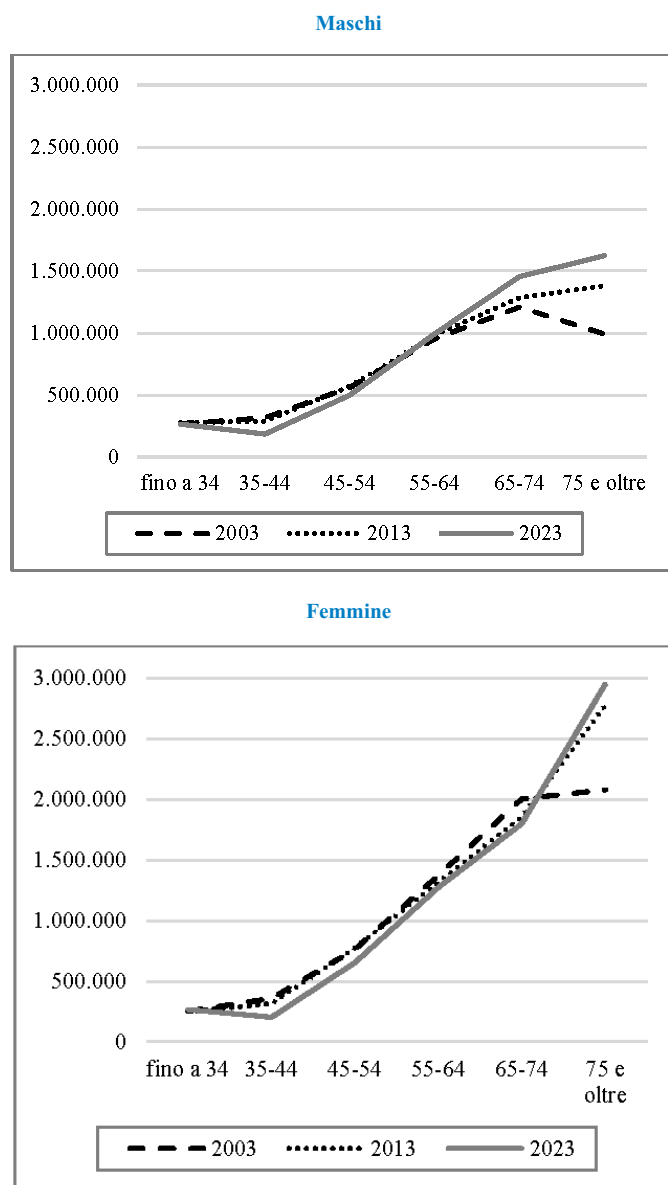
L'indicatore declinato per regione con riferimento al segmento della popolazione anziana conferma il valore più basso dei tassi grezzi nella PA di Bolzano con 36,5%, ma quello più elevato questa volta si riscontra in Campania con 62,3% a fronte di una media nazionale del 55,9%. In questo segmento di popolazione si osservano divari di genere superiori alla media nazionale sempre nella PA di Bolzano (26,3% vs 44,8%), ma anche nel Lazio (47,7% vs 67,4%), Basilicata (52,2% vs 69,1%), Calabria (53,5% vs 70,0%), Abruzzo (45,3% vs 60,4%) e Sicilia (55,5% vs 70,3%) (Tabella 1).

Grafico 1 - Prevalenze (valori per 100) di persone affette da multimorbidità per genere e classe di età - Anno 2023



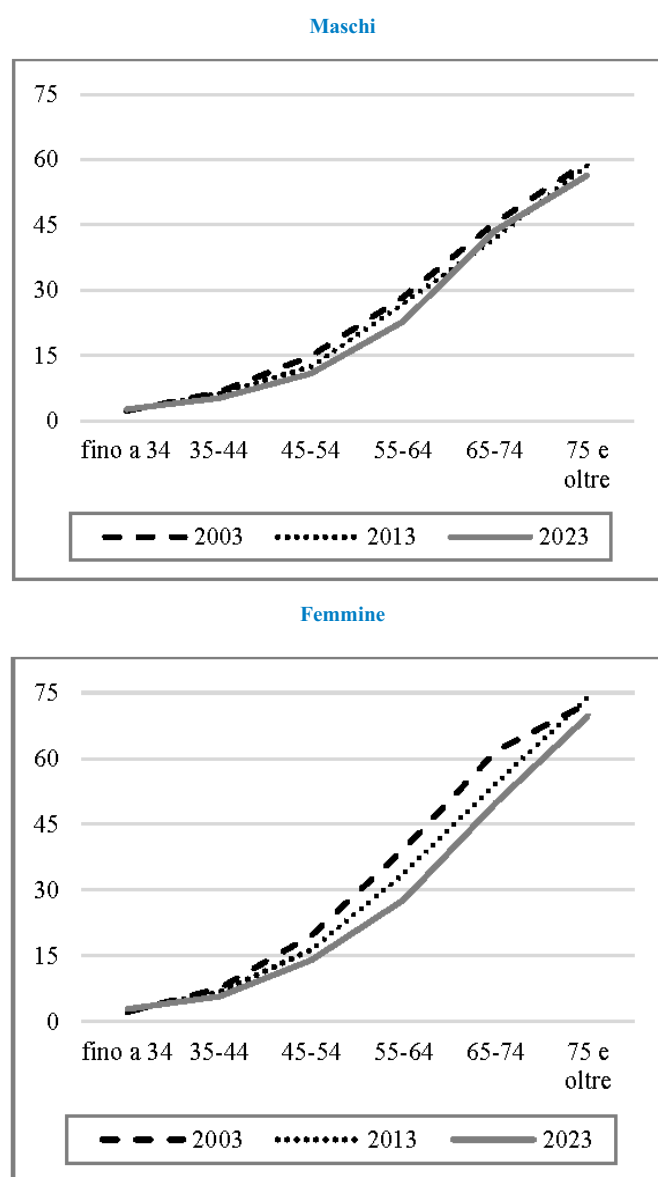
Fonte dei dati: Istat. Aspetti della Vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 2a - Stime (valori assoluti) di persone affette da multimorbilità per genere e classe di età - Anni 2003, 2013, 2023



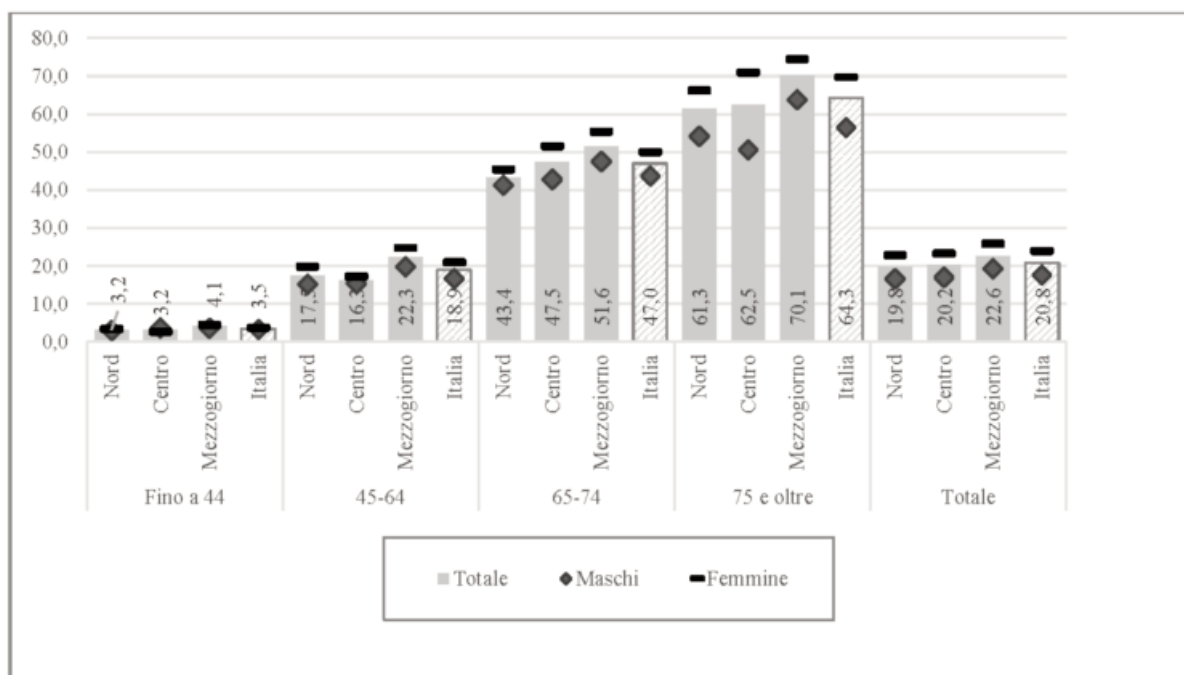
Fonte dei dati: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 2b - Prevalenza (valori per 100) di persone affette da multimorbidità per genere e classe di età - Anni 2003, 2013, 2023



Fonte dei dati: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone affette da multimorbilità per classe di età, genere e macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Aspetti della Vita quotidiana. Anno 2025.

Tabella 1 - Tasso (grezzo per 100) nella popolazione di età 65 anni ed oltre con multimorbilità (due o più patologie autoriferite) per genere e regione - Anno 2023

Regioni	Totale popolazione			Totale popolazione 65+		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	17,9	22,8	20,4	48,9	56,8	53,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,9	23,7	20,4	54,4	55,1	54,8
Lombardia	16,4	22,6	19,5	48,5	59,7	54,8
Bolzano-Bozen	9,5	16,5	13,1	26,3	44,8	36,5
Trento	15,2	19,0	17,1	43,5	50,1	47,2
Veneto	14,9	21,1	18,1	43,9	52,2	48,5
Friuli-Venezia Giulia	18,8	21,5	20,2	45,2	52,9	49,5
Liguria	18,1	26,8	22,6	48,2	59,7	54,7
Emilia-Romagna	17,8	25,4	21,7	50,4	58,8	55,1
Toscana	15,6	20,7	18,2	43,9	55,2	50,3
Umbria	20,7	26,7	23,8	50,1	63,6	57,8
Marche	17,1	21,7	19,5	47,0	58,3	53,3
Lazio	17,3	24,7	21,1	47,7	67,4	58,8
Abruzzo	16,7	25,0	20,9	45,3	60,4	53,5
Molise	23,0	30,0	26,5	57,5	64,4	61,3
Campania	17,9	24,1	21,1	58,6	65,1	62,3
Puglia	19,3	25,3	22,4	54,0	62,8	58,9
Basilicata	19,8	28,5	24,2	52,2	69,1	61,6
Calabria	19,8	27,6	23,8	53,5	70,0	62,6
Sicilia	20,1	26,3	23,3	55,5	70,3	63,7
Sardegna	22,3	28,2	25,3	51,2	60,7	56,5
Italia	17,6	23,9	20,8	49,6	60,8	55,9

Fonte dei dati: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Prevalenza (standardizzata per 100) nella popolazione di età 65 anni ed oltre con multimorbilità per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Il contrasto alla diffusione della cronicità, com'è ormai noto, richiede politiche socio-sanitarie sempre più integrate e la promozione della prevenzione a tutti i livelli. Le conseguenze dello squilibrio demografico

e dell'ulteriore progressivo invecchiamento della popolazione in Italia dei prossimi anni rispetto alla domanda di salute, di cura e assistenza non sono facilmente prevedibili nella loro effettiva entità.

Da una parte, a fronte del costante incremento della

quota di *over 65* anni, fino ad ora si è osservato che le coorti dei nuovi anziani, rispetto a quelle precedenti, essendo sempre più istruite sono più sollecite a fare prevenzione e orientate alla vita attiva per preservare gli anni da vivere in buona salute (3). Ciò potrebbe continuare anche nei decenni successivi, se comunque si continua a garantire un equo accesso alla prevenzione secondaria e terziaria. Dall'altra, resta indispensabile prevedere di adeguare i servizi di assistenza, rendendo concreta l'applicazione dei vari strumenti normativi messi in campo, perché con l'aumento dei contingenti di popolazione anziana e soprattutto molto anziana aumenta il bisogno di assistenza e cura da erogare con efficienti servizi sul territorio. Ciò tenuto anche conto del contesto socio-demografico che prevede l'assottigliamento delle reti familiari e, quindi, la riduzione di potenziali *caregiver* familiari, leva finora rilevante del nostro *welfare*. Basti pensare che le persone sole *over 65* anni a rischio di isolamento nei prossimi 20 anni aumenteranno del 40% (da 4 milioni a circa 6 milioni) (3). La base normativa, intesa a migliorare l'assistenza territoriale, ha avuto un'accelerazione all'indomani della crisi pandemica con il DM n. 77/2022 del Ministro della Salute, seguita dalla nuova normativa sull'assistenza agli anziani (Legge n. 33/2023 e D. Lgs. n. 29/2024). Ma il processo di avvio e realizzazione di una rete integrata di servizi socio-assistenziali a livello territoriale è ancora lento e molto diversificato tra le regioni. Peraltro, la garanzia dell'equità nell'accesso a tali servizi integrati dovrebbe trovare copertura anche all'interno di cia-

scuna regione, non discriminando i cittadini che vivono nelle aree interne, facendo anche leva sull'espansione delle nuove tecnologie di medicina telematica. Anche l'aggiornamento del Piano Nazionale di Cronicità del 2025, come abbiamo visto nell'introduzione al Capitolo, offre Linee Guida per attivare la nuova organizzazione della presa in carico del soggetto con problemi di cronicità e multimorbilità. La disponibilità di risorse adeguate rimane un tema attuale, non solo economiche, ma anche professionali, in un contesto che soffre già da anni la carenza di risorse umane con un basso *turn over* dei professionisti sanitari, e l'invecchiamento dei professionisti nell'ambito del nostro SSN (4).

Riferimenti bibliografici

- (1) H. Tolonen, P. Koponen, J. S. Mindell, S. Männistö, S. Giampaoli, C. M. Dias, T. Tuovinen, A. Gößwald, K. i Kuulasmaa; European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. Eur J Public Health. 2014 Dec;24(6):941-8. doi: 10.1093/eurpub/cku074. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24906846.
- (2) H. Rosendahl, C. J. Lau, M. Davidsen, O. Ekholm, A. I. Christensen Validity of self-reported diseases from health surveys: comparisons with registry data in Denmark European Journal of Public Health, Volume 32, Issue Supplement_3, October 2022, ckac129.426, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.426>.
- (3) Istat, Rapporto Annuale 2025.
- (4) Istat, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile 2024 (BES).