

LUGLIO 2025

SILVER HEALTH: le sfide di un invecchiamento in salute, tra cronicità, prevenzione e demografia

Thomas Osborn

L'Italia è nel pieno di un inverno demografico che, nei prossimi anni, potrebbe accelerare ulteriormente. Tra l'allungamento della prospettiva di vita e la natalità ai minimi, già oggi un italiano su quattro è over65 – dato che potrebbe aumentare al 35% entro il 2050 se non ci sono inversioni di tendenze. Insieme alla piramide demografica, a cambiare è anche lo stato di salute degli italiani: aumentano le cronicità, i casi di non autosufficienza e la necessità di investire in prevenzione e stili di vita sani. Da qui, l'urgente esigenza di dare risposte alla mutata domanda di salute della popolosa generazione silver non solo per offrire migliori standard di cura e promuovere forme di invecchiamento attivo, ma anche per garantire la sostenibilità di un SSN altrimenti esposto a rischi esistenziali.

- *L'aspettativa di vita continua a crescere (83,4 anni) e la natalità è ai minimi, facendo aumentare la percentuale di anziani: un italiano su quattro è over65 (8% è over 80), valore che potrebbe raggiungere il 35% nel 2050;*
- *Persiste un preoccupante divario di 16 anni tra l'aspettativa di vita e la vita in salute. Al contempo, 1 anziano su 3 assume 10+ farmaci al giorno a causa di abusi farmacologici, stili di vita poco sani, mancate adesioni terapeutiche, e monitoraggi insufficienti;*
- *Dopo i 65 anni le persone affette da almeno una cronicità sono circa il 60%, il 22% hanno due o più patologie. Il costo medio annuo di un paziente cronico è €700;*
- *Tra le malattie croniche di maggiore impatto un peso considerevole è dato dal diabete, dalle patologie oncologiche e da quelle neurologiche e del cervello, particolarmente diffuse tra le generazioni Silver;*
- *Il numero di anziani non autosufficienti in Italia ha superato quota 4 milioni, ma l'offerta di assistenza e cura presenta grandi lacune e margini di miglioramento;*
- *Un over75 non autosufficiente su tre si avvale di un sostegno di badantato. Complessivamente la spesa delle famiglie per queste figure professionali è pari a €7,2 miliardi;*
- *Emerge un chiaro tema di mancanza di accessibilità delle cure: un anziano su tre ha difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari, mentre uno su cinque ha rinunciato a cure, visite o esami nell'ultimo anno.*

1. IL CONTESTO DEMOGRAFICO ITALIANO: UNA POPOLAZIONE CHE INVECCHIA

Il cosiddetto *inverno demografico* ha coinvolto negli ultimi decenni gran parte dei paesi occidentali e a più alto reddito, con i più alti tassi di invecchiamento che si sono rilevati in diversi paesi europei e, in modo particolare, in Italia. La popolazione nel nostro Paese, insieme a quella del Giappone, sta invecchiando più di qualunque altra a livello globale, un dato determinato dal drastico calo del numero di nascite (1,18 nascite per donna nel 2024¹) e dall'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita.

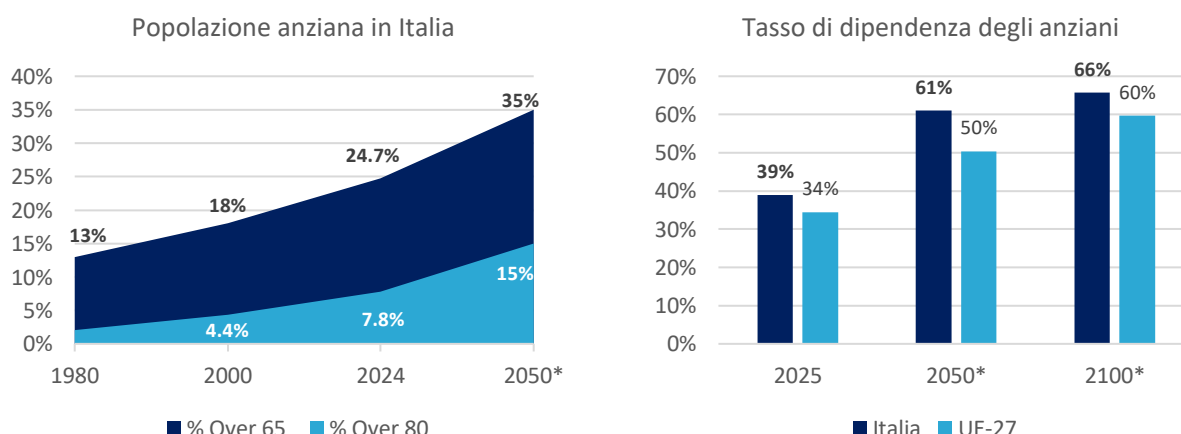
Quest'ultima presenta valori in considerevole crescita anche per il 2025, con una prospettiva di vita media pari a 83,4 anni (81,4 per gli uomini; 85,5 per le donne), segnando un aumento di cinque mesi rispetto all'anno precedente, e di oltre un anno rispetto nell'ultimo triennio. Le stime per i prossimi decenni proiettano il dato in ulteriore crescita, seppur a ritmi – inevitabilmente – inferiori rispetto a quelli registrati negli ultimi decenni del XX Secolo: nel 2100 ci si attende una aspettativa di vita alla nascita pari a 88,4 anni per le donne ad a 85,4 per gli uomini².

Il rapido invecchiamento della popolazione italiana si rileva parallelamente anche analizzando l'età media della popolazione, che risulta anch'essa in continuo aumento (46,8 anni nel gennaio 2025, un anno e quattro mesi in più rispetto al 2018) e, soprattutto, nella percentuale di cittadini con più di 65 anni: gli ultrasessantacinquenni sono il 24,7% della popolazione totale contro il 24,3% dell'anno precedente, mentre ben il 7,8% è over80³, un aumento notevole rispetto al 4,4% registrato nel 2001 e al 3,3% del 1991. Per la prima volta nella storia, il numero di ultraottantenni supera quello dei bambini con meno di 10 anni di età, un sorpasso che rende ancora più evidenti le trasformazioni demografiche degli ultimi decenni. Infatti, solo 25 anni fa i bambini under10 erano 2,5 volte gli over 80 mentre 50 anni fa il rapporto era addirittura di 9 a uno.

Fig.1.1: Tendenze demografiche in Italia

Fonte: elaborazione I-Com su dati Istat

*stime



¹ Secondo gli ultimi dati ISTAT, il numero medio di figli per donna passa così dal 1,2 del 2023 a 1,18 del 2024, un'ulteriore contrazione (-14% in 10 anni) che fa registrare un nuovo minimo storico (il valore precedente era di 1,19 figli registrato nel 1995). Nel 2008-2010 il numero medio di figli per donna aveva toccato il massimo relativo registrato nell'ultimo ventennio di 1,44.

² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

³ Sono di conseguenza in diminuzione tanto gli individui in età attiva quanto i più giovani: i 15-64enni scendono a 37 milioni 342 mila (63,4%), mentre i giovani fino a 14 anni di età scendono da 7 milioni 185 mila (12,2%) a 7 milioni 19 mila (11,9%).

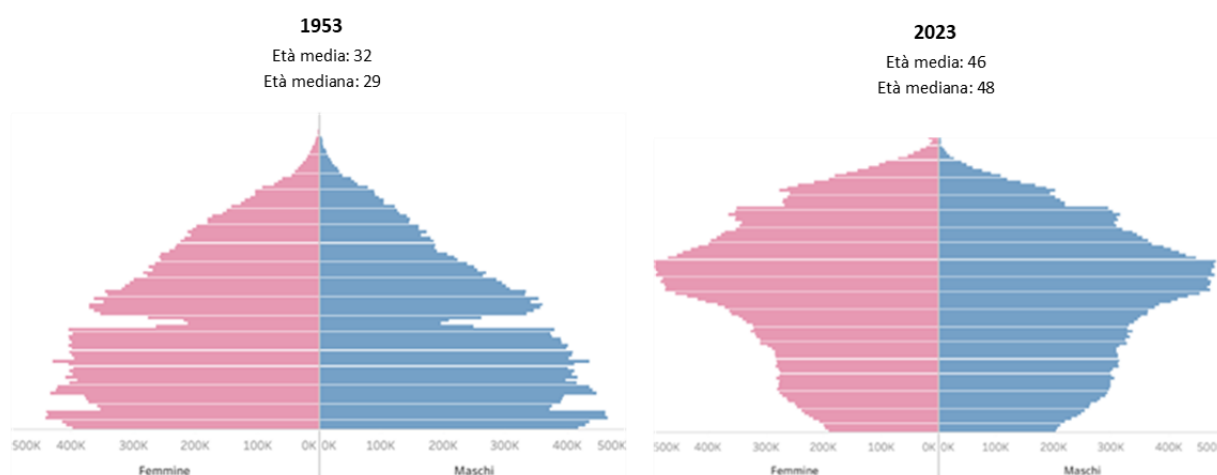
L'ormai evidente ribaltamento della "piramide demografica" si misura anche con l'indice di vecchiaia, uno strumento utile per comprendere la transizione demografica che mette in rapporto la popolazione over 65 con quella under 15. In Italia al 1° Gennaio 2024 questo è pari a 207,6, il che significa che ci sono circa 2,076 anziani per ogni giovane, e si stima che questo valore salirà nel 2050 fino a 300, ovvero 3 over 65 per ogni giovane. Segue questo trend anche l'"Old age dependency ratio", vale a dire il rapporto tra il numero di anziani in età pensionabile (65 anni e oltre) e il numero di persone in età lavorativa (15-64 anni), un indicatore cruciale per la sostenibilità del sistema previdenziale. Si evidenzia come questo nel 2024 si attesti al 38,4%, un dato ben più alto del valore medio europeo del 33,9% (nel 2013 questo valore era del 27,7%)⁴.

Qualora si protraessero queste tendenze anche nei prossimi decenni, l'ISTAT stima che nel 2050 il rapporto sarà di 1 a 1, uno scenario che metterebbe in gravissima crisi il nostro sistema welfaristico e previdenziale. Questo squilibrio demografico eserciterà infatti una pressione crescente sui sistemi di sicurezza sociale, in particolare sulle pensioni e, in modo critico, sul finanziamento dell'assistenza sanitaria. Considerando che già oltre il 40% della spesa sanitaria nazionale è destinato agli over 65, questa percentuale è destinata a salire ulteriormente, aggravando le sfide di sostenibilità del SSN.

L'aspettativa di vita continua a crescere (83,4 anni) così come l'età mediana della popolazione (46,8 anni). La natalità è ai minimi, facendo aumentare la percentuale di anziani: un italiano su quattro è over65, mentre circa l'8% è over80

Fig.1.2: La piramide demografica italiana, confronto 1953 – 2023

Fonte: elaborazione I-Com (2024)



Guardando alla composizione delle famiglie italiane, si rileva inoltre come l'Italia abbia visto un aumento significativo del numero di anziani che vivono soli. Difatti, secondo i dati Istat, quasi il 30% degli over 65 vive in solitudine, una percentuale è in costante crescita che si stima possa salire

⁴ Eurostat, 2024. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240215-1>

al 31,2% nel 2030 e al 32,7% nel 2040. Tra gli over 75, la quota di chi vive solo già oggi supera addirittura il 40%, con una netta prevalenza di donne, che rappresentano circa il 70% di questa categoria.

Ciò significa che tra 20 anni un cittadino *silver* su tre vivrà da solo. Alla luce di questa situazione e delle previsioni, emerge in modo chiaro come il contesto familiare riesca sempre meno a farsi carico della sua funzione primaria di caregiver e che, oltre alle mutate condizioni di domanda di salute, ci sarà l'esigenza di sviluppare anche nuove politiche in termini di assistenza, di sostegno e di interventi sociosanitari per evitare la diffusione di casi di isolamento sociale e di solitudine generalmente intesa.

*Circa 3 over65 su 10 e più di 4 over 75 su 10 vivono da soli,
evidenziando l'urgenza di un ripensamento anche dell'offerta di
cura e assistenza*

Il recente Rapporto della Commissione europea sull'invecchiamento evidenzia che la necessità di assistenza a lungo termine non deriva solo dall'invecchiamento, ma piuttosto da malattie, disabilità e fragilità. Il rapporto prevede uno scenario di invecchiamento sano, in cui le politiche che promuovono un invecchiamento sano si traducono in una riduzione della disabilità e delle malattie tra gli anziani. In questo scenario, l'aumento della longevità non comporta necessariamente un aumento della spesa per l'assistenza a lungo termine. In relazione all'assistenza a lungo termine, l'Unione Europea, in base al Principio 18 del Pilastro europeo dei diritti sociali, si impegna a garantire che "tutti abbiano diritto a servizi di assistenza a lungo termine di buona qualità e a prezzi accessibili, in particolare all'assistenza domiciliare e ai servizi basati sulla comunità". A sostegno di questo principio, la Commissione europea ha introdotto la Strategia europea per l'assistenza 2022, che definisce l'assistenza a lungo termine come un servizio essenziale e capace di consentire alle persone di mantenere la propria autonomia e vivere con dignità; e la Raccomandazione del Consiglio 2022 sull'accesso a un'assistenza a lungo termine accessibile e di qualità, che riconosce l'importanza di promuovere un invecchiamento sano e attivo. Più di recente, anche la Bussola della competitività europea 2025 ha evidenziato il sostegno all'invecchiamento attivo e in buona salute come una priorità europea fondamentale, con l'obiettivo di prolungare la vita lavorativa e raggiungere una prosperità e una competitività sostenibili.

2. COME CAMBIA LA DOMANDA DI SALUTE

2.1 Longevità in salute, tra prevenzione e stili di vita

L'invecchiamento della popolazione descritto nei paragrafi precedenti sta ridefinendo radicalmente la natura della domanda di salute in Italia, spostando il baricentro del sistema sanitario da un approccio prevalentemente orientato alla cura delle patologie acute a uno focalizzato sulla gestione delle condizioni croniche e sull'assistenza a lungo termine. Questo cambiamento strutturale ha profonde implicazioni economiche e organizzative per il Servizio Sanitario Nazionale, per le sue strutture e per il personale che vi lavora.

L'allungamento degli anni di vita è, infatti, inevitabilmente collegato ad un aumento dell'esposizione a patologie spesso invalidanti o letali che influiscono sul livello di salute in età avanzata. Se gli anni di vita "guadagnati" grazie al progresso medico e alla maggiore longevità vengono passati in buona o cattiva salute è tuttavia una questione cruciale sotto innumerevoli punti di vista che interessano i policy maker di tutti i livelli.

Un anziano su tre assume 10 o più farmaci al giorno a causa di abusi farmacologici, mancate adesioni terapeutiche e controlli saltuari

Già oggi, infatti, secondo le ultime rilevazioni Passi d'argento dell'ISS, gli anziani dichiarano di passare, in media, 8 giorni in cattiva salute ogni mese, di cui 5 giorni per motivi legati a cattiva salute fisica (conseguenze di malattie e/o incidenti), quasi 4 giorni per motivi legati a problemi nella sfera psicologica (problemi emotivi, di ansia, depressione e stress). Infine, circa 3 giorni sono stati vissuti con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici.

La conseguenza di queste condizioni, come riportato da AIFA, è l'utilizzo di un elevato numero di farmaci, tanto che un anziano su tre ne assume 10 o più al giorno. In particolare, coloro che hanno tra i 75 e gli 84 anni di età sono esposti al più alto carico farmacologico, con il 55% dei soggetti trattati con 5-9 farmaci e il 14% con 10 o più farmaci. Tuttavia, come evidenzia l'Agenzia, non sempre questi farmaci sono necessari, con le conseguenze di queste "politerapie" che, in alcuni casi aumentano ulteriormente rischi e svantaggi per i pazienti a causa di interazioni contrastanti e reazioni avverse.

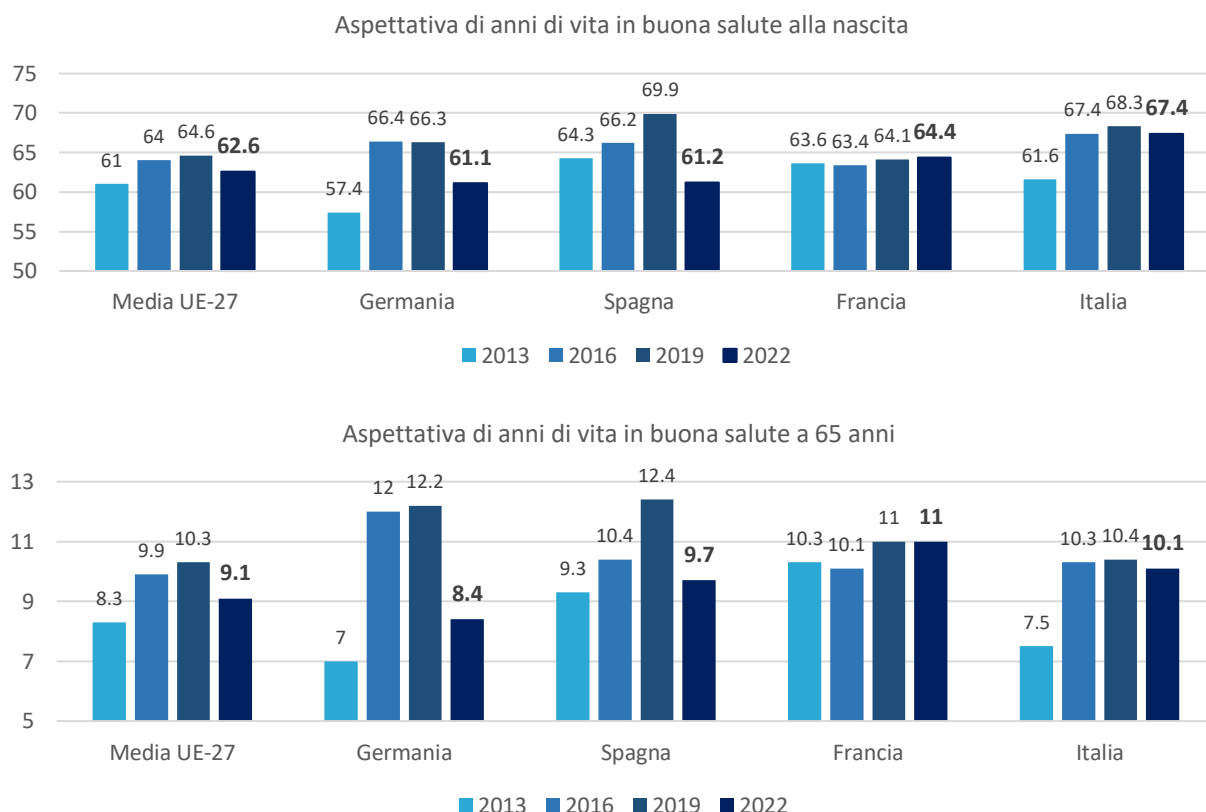
Al tradizionale indicatore relativo alla speranza di vita alla nascita si tende infatti a prediligere indicatori che tengono conto della *qualità* della vita, oltre che della lunghezza della stessa. Tra questi, il numero di "anni di vita in buona salute" sul quale l'Italia registra un valore di 67,4 anni⁵. Sebbene questo sia uno dei dati migliori d'Europa, il divario tra l'aspettativa di vita in salute e quella generale alla nascita è ancora di circa 16 anni, un gap che deve indurre a serie e profonde riflessioni tanto da un punto di vista medico e sanitario, quanto da un punto di vista di elaborazione di policy sociosanitarie.

⁵ Si evidenzia come il valore dei 67,4 anni di aspettativa di vita in salute alla nascita sia sostanzialmente equivalente all'età pensionabile.

Persiste un considerevole divario di 16 anni tra l'aspettativa di vita alla nascita e quella di anni di vita in salute (67,4)

Fig.2.1: Aspettativa di vita in salute

Fonte: Eurostat



È importante evidenziare come alcune delle differenze in termini di salute riflettano molto spesso le disuguaglianze sociali, radicate in fattori socioeconomici come il livello di istruzione, il reddito e le condizioni di lavoro, che portano le persone vulnerabili a invecchiare in condizioni di salute peggiori. Gli ambienti in cui le persone vivono, come la qualità dei quartieri, delle comunità, delle interazioni sociali e delle abitazioni, nonché il livello di inquinamento e l'accesso alle aree verdi, hanno anch'esse conseguenze a lungo termine sul modo in cui le persone invecchiano.

L'errata convinzione che la cattiva salute sia una parte "naturale" e inevitabile dell'invecchiamento allontana molti anziani dalle cure di cui hanno bisogno, ma anche da contesti sociali attivi e propositivi

Al contempo, non si può non sottolineare come molti dei determinanti di salute siano in realtà affrontabili, se non addirittura prevenibili. L'errata convinzione che la cattiva salute sia una parte "naturale" e inevitabile dell'invecchiamento allontana infatti molti anziani dalle cure di cui hanno bisogno, ma anche da contesti sociali attivi e propositivi. Una diretta conseguenza di ciò è la

negligenza nei confronti di stili di vita sani che, invece, in molti casi possono incidere enormemente sul proseguimento della vita in salute.

Box 1: La legge 33/2023 sull'assistenza agli anziani e sulla non autosufficienza

La Legge n.33 del 23 marzo 2023⁶ rappresenta il primo provvedimento organico in Italia volto a riformare il sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti. È una legge delega, che affida al Governo il compito di attuare, attraverso decreti legislativi, una serie di riforme in materia e di assicurare interventi appropriati, coordinati e permanenti a milioni di anziani privi di autosufficienza. L'elaborazione legislativa nasceva da anni di dialogo e coinvolgimento della società civile, resa possibile anche grazie al supporto della Rete *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*, alleanza sociale che raggruppa 60 organizzazioni del settore.

I pilastri della Legge 33/2023 sono l'integrazione socio-sanitaria, volta a superare la frammentazione dei servizi tra Comuni, ASL e altri enti per offrire percorsi unificati e integrati di presa in carico. Si prevede inoltre il potenziamento dell'assistenza domiciliare per favorire la permanenza degli anziani nelle loro case, riducendo il ricorso alle strutture residenziali, e il sostegno ai caregiver familiari, riconoscendo e valorizzando il loro ruolo attraverso supporti concreti. La legge introduce anche una valutazione multidimensionale unificata, una procedura unica a livello nazionale per valutare i bisogni dell'anziano, garantendo una maggiore equità e uniformità di accesso ai servizi. È prevista una riforma dell'Indennità di Accompagnamento, superando la sua uniformità e orientandola verso forme più personalizzate di sostegno; in particolare, una misura non sperimentale sostituirà l'Indennità di Accompagnamento per chi sceglie di avvalersene, con importi graduati in base al bisogno assistenziale e al Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). La legge prevede anche la promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, attraverso misure che prevengano la fragilità, favoriscano la salute e l'invecchiamento attivo, anche con strumenti di sanità preventiva e telemedicina a domicilio. Infine, garantisce l'accesso alle cure palliative per tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologie croniche ed evolutive.

Altro elemento che ha suscitato grande interesse riguarda la sperimentazione, a decorrere dal 1° gennaio 2025 e fino al 31 dicembre 2026, di una prestazione universale, dedicata a cittadini anziani over80 con bisogno assistenziale gravissimo e ISEE non superiore a €6.000 per i quali è prevista una quota integrativa dell'Indennità di Accompagnamento pari a 850€ mensili (misura sperimentale). Per questa misura sono stati stanziati 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 250 milioni di euro per il 2026.

A oltre due anni dall'approvazione della Legge Delega e a uno dal primo Decreto attuativo (il D.Lgs. 29/2024 del 15 marzo 2024) sono molte, tuttavia, le questioni ancora aperte. Il Decreto Legislativo n. 29/2024⁷, primo passo attuativo della riforma, contiene disposizioni "finalizzate a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per gli anziani non autosufficienti" mediante l'introduzione di alcuni elementi esplicativi circa l'attivazione di «punti unici di accesso»

⁶ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/SG>

⁷ «Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33».

(PUA), collocati presso le Lo stato dell'arte del settore LTC in Italia 29 «case della comunità» e futura sede unica della valutazione multidimensionale finalizzata a definire un «progetto assistenziale individualizzato» (PAI), che indicherà le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana, proponendo un approccio integrato. Il Decreto parla anche di una valutazione multidimensionale unificata omogenea su tutto il territorio nazionale, che dovrebbe essere implementata da una Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) operante presso i PUA.

Tuttavia, la Rete *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza* evidenzia come siano ancora irrisolte molte delle questioni centrali: in particolare, l'assistenza domiciliare non viene rafforzata in termini di continuità e intensità degli interventi e si attende ancora la definizione degli standard qualitativi vincolanti per le strutture residenziali. Inoltre, evidenziano, il lavoro degli assistenti familiari e dei caregiver non riceve un riconoscimento adeguato, né strumenti di emersione dal lavoro sommerso.

Va evidenziato come il percorso semplificato per l'accesso alle prestazioni, se attuato, potrebbe portare benefici sostanziali non solo per le persone e le famiglie, ma anche per i decisori nazionali e regionali, che avrebbero accesso a dati omogenei, confrontabili e di qualità riducendo le duplicazioni e garantendo uniformità e oggettività nelle valutazioni. Difatti, occorre scongiurare evitare sovrapposizioni tra i sistemi di valutazione e le competenze nazionali e locali.

Infine, si evidenzia come, oltre a una pianificazione pluriennale, sembrano oggi mancare le risorse necessarie per la piena attuazione della Riforma. Difatti, per rendere operativa la riforma sarebbero necessari tra i €5 e i €7 miliardi di euro⁸.

Box 2: Anche l'UE dà centralità all'invecchiamento attivo e in salute

Il recente Rapporto della Commissione europea sull'Invecchiamento (*European Commission Report on Ageing*⁹) evidenzia che la necessità di far fronte alle radicali trasformazioni demografiche non è solo una necessità italiana, ma di tutta l'Unione. In questo si fa luce non solo sull'effettivo invecchiamento della popolazione europea, ma anche sul crescente bisogno di nuove forme di assistenza e dalle conseguenze in termini di malattie, disabilità e fragilità. Il Rapporto prevede la promozione di scenari di invecchiamento attivo e in salute, partendo dai temi della non autosufficienza, della disabilità e delle malattie tra gli anziani, e dalla necessità di ripensare tutto il mondo della *Long Term Care* (LTC, cura e assistenza a lungo termine). In relazione a quest'ultima, nel Principio 18 del Pilastro europeo dei Diritti Sociali, l'UE si impegna a garantire che *“tutti abbiano diritto a servizi di assistenza a lungo termine di buona qualità e a prezzi accessibili, in particolare all'assistenza domiciliare e ai servizi basati sulla comunità”*¹⁰.

⁸ Stima del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza

⁹ https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf

¹⁰ <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/#annex3>

A sostegno di questo principio, nel 2022 la Commissione europea ha introdotto la *“Strategia Europea per l'assistenza destinata ai prestatori e ai beneficiari di assistenza”*¹¹ che definisce l'assistenza a lungo termine come un servizio essenziale e capace di consentire alle persone di mantenere la propria autonomia e vivere con dignità. Parallelamente, nello stesso anno, è stata pubblicata la *“Raccomandazione del Consiglio relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili”*¹², che riconosce l'importanza di promuovere un invecchiamento sano e attivo.

Più di recente, anche lo *European Competitiveness Compass 2025* ha evidenziato il sostegno all'invecchiamento attivo e in buona salute come una priorità europea fondamentale, con l'obiettivo di prolungare la vita lavorativa e raggiungere una prosperità e una competitività sostenibili.

2.1.1 Priorità prevenzione

Se è vero che a incidere, in modo particolare in età avanzata, sono le patologie non trasmissibili come il cancro, le malattie cardiovascolari e respiratorie croniche, il diabete e la demenza, va sottolineato che l'80% delle malattie non trasmissibili possono essere prevenute agendo sui fattori di rischio e attuando misure di promozione della salute nell'arco di tutta la vita così come nell'età *Silver*¹³. Tra queste,

- Un'alimentazione sana;
- Attività fisica regolare;
- L'astenersi dall'uso di tabacco;
- Mantenere una vita sociale attiva;
- Preservare le capacità cognitive;
- Partecipazione a campagne vaccinali.

Fig.2.2: Gli stili di vita della Silver Generation

Fonte: Passi d'Argento 2023-2024, ISS – popolazione over64



Insieme alla più complessiva promozione di stili di vita sani nel corso di tutta la vita, le vaccinazioni rappresentano uno degli strumenti più efficaci di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive e la riduzione della mortalità, anche in età avanzata.

Nonostante l'ampia e unanime evidenza scientifica a supporto dell'efficacia dell'immunizzazione, la copertura vaccinale, in molti casi, ancora fatica ancora a raggiungere i livelli ottimali e si

¹¹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_22_5169

¹² Raccomandazione del consiglio dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili 2022/C 476/01

¹³ EuroHealthNet (2025).

continuano a verificare significative differenze tra le diverse fasce di popolazione e le regioni italiane, evidenziando criticità nella distribuzione, nell'accesso e nella percezione dei vaccini.

Box 3: L'immunizzazione come investimento

L'immunizzazione della popolazione è uno dei più efficaci investimenti in salute pubblica, tanto in termini sanitari e medici quanto in termini economici: tramite la copertura vaccinale non solo si garantiscono innumerevoli vantaggi diretti per la persona immunizzata e, in modo indiretto, grazie alla riduzione dei patogeni in circolazione, la protezione della popolazione vulnerabile e chi non può riceverla, ma si generano anche considerevoli vantaggi economici.

Difatti, come evidenziato più volte anche da studi I-Com^{14,15}, l'immunizzazione svolge un ruolo fondamentale per la sostenibilità del SSN: si pensi, ad esempio, che ogni euro investito in immunizzazione dell'adulto può fruttare fino a €19 di risparmio tra diretto e indiretto¹⁶ per un totale di oltre €4.000 di benefici socioeconomici per ogni ciclo vaccinale completato¹⁷. Nel caso della più convenzionale e comune vaccinazione antinfluenzale, ogni euro investito porta a un risparmio di €6 in termini di costi sanitari evitati e produttività preservata¹⁸.

Ad esempio, sebbene la vaccinazione antinfluenzale sia fortemente raccomandata per la popolazione sopra i 65 anni, l'andamento tra il 2015 e il 2024 evidenzia un trend discontinuo caratterizzato da momenti di crescita seguiti da fasi di calo. In particolare, nelle stagioni più recenti si è verificata una considerevole regressione, con i dati al 2023-2024 del Ministero della Salute che mostrano una copertura del 53,3% tra gli anziani (diminuita del 3,4% su base annua) e a meno del 20% (18,9%) nella popolazione generale, valori estremamente distanti dall'obiettivo "minimo" di copertura dell'OMS, ovvero del 75%, e dell'obiettivo "ottimale" del 95% indicata dal Ministero della Salute. Di grande preoccupazione sono le disparità territoriali che mostrano chiaramente l'esistenza di fattori geografici, organizzativi e culturali che influenzano in modo significativo i tassi di adesione alle campagne vaccinali: se da una parte le regioni del Nord Italia raggiungono livelli accettabili di vaccinazione nella popolazione generale (media del 63,5%) seguite da quelle del Centro (59,4%), quelle del Sud e le Isole rimangono molto indietro, con più di 10 punti percentuali di distacco in media (49,6%).

Di recente, l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato alcuni dati relativi al 2024 che, invece, mostrerebbero un aumento della copertura non indifferente. Difatti, secondo il sistema di monitoraggio e sorveglianza Passi d'argento, risulta che nella stagione 2023-2024 ben il 62% degli ultra 65enni si sia vaccinato contro il virus influenzale, una percentuale che raggiunge addirittura il 74% tra gli ultra 85enni e il 69% fra le persone con patologie croniche. Se confermati dal Ministero della Salute, questi valori risulterebbero persino più elevati di quelli del periodo pre-pandemico,

¹⁴ "Programmare per la salute: risorse, sinergie e nuove sfide nella prevenzione primaria". I-Com (2025).

¹⁵ "Difendersi e/è Risparmiare. Prevenzione e immunità per limitare costi diretti e indiretti per il cittadino e la società: il caso del COVID-19". I-Com (2024).

¹⁶ OHE, *The socio-economic value of adult immunization programmes* (2024)

<https://www.ohe.org/publications/the-socio-economic-value-of-adult-immunisation-programmes/>

¹⁷ Per ciclo vaccinale, nello studio, ci si riferisce a: vaccini contro l'influenza, il pneumococco, l'herpes zoster (HZ) e il virus respiratorio sinciziale (RSV).

¹⁸ WHO, 2023.

con la pandemia di Covid-19 che sembrerebbe aver incentivato l'adesione alle campagne vaccinali antinfluenzali.

Tab. 2.1: Coperture vaccinali per gli anziani (media Italia, media UE-27 e obiettivo OMS) (%)

Fonte: Elaborazione I-Com su dati ISS, Ministero della Salute (2024) e ECDC

*ultimi dati ufficiali del Ministero della Salute

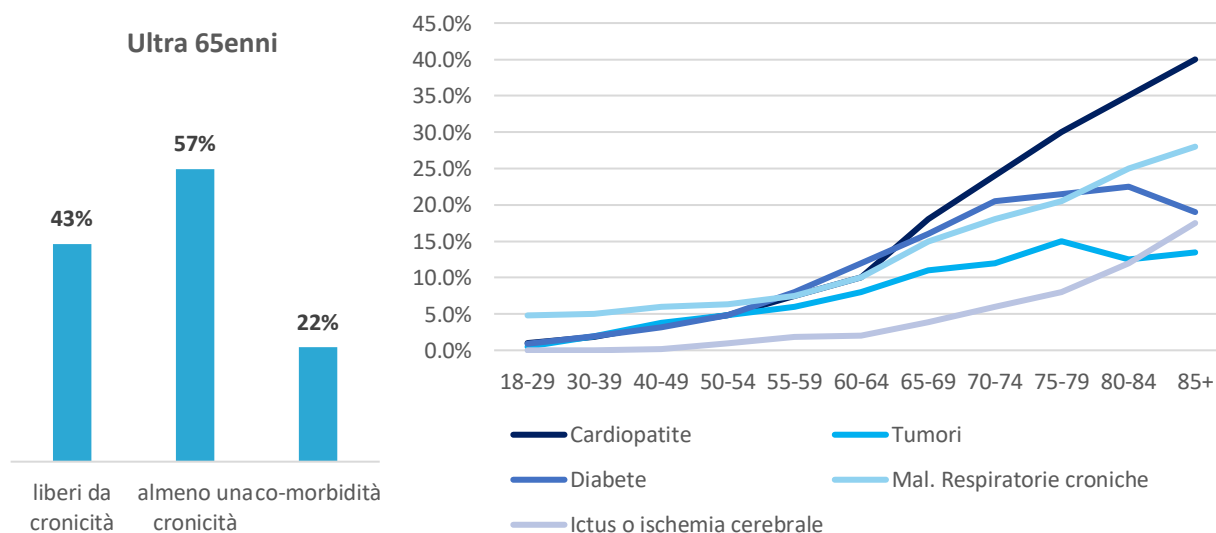
			Obiettivo OMS
MPR (Morbillo, Parotite, Rosolia)	93,5	92,3	≥95
Pneumococco (≥65 anni)	49,2	53,7	≥75
Herpes Zoster (≥65 anni)	22,4	30,5	≥50
Influenza* (≥65 anni e fragili)	53,3	64,2	≥75
Covid-19 (≥60 anni e fragili)	10	14	-

2.2 Il peso delle cronicità

L'invecchiamento della popolazione porta con sé ben noti cambiamenti a livello epidemiologico, tra cui la crescente prevalenza delle malattie croniche che, secondo le rilevazioni ISTAT interessano il 40,5% della popolazione italiana, cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,3 con multi-cronicità¹⁹. La prevalenza di queste patologie segue l'andamento demografico, tanto che dopo i 65 anni le persone affette da almeno una cronicità sono circa il 60%, mentre il 22% sono quelli con due o più patologie²⁰.

Fig.2.3: Il peso delle cronicità in Italia

Fonte: Elaborazione I-Com su fonti ISS, LICE, Società Italiana di Neurologia



Come evidente, la prevalenza per singole patologie croniche cambia notevolmente con l'età. Ad esempio, se prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio (coinvolgendo

¹⁹ Le patologie indagate da ISTAT sono le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale

²⁰ Sorveglianza ISS PASSI d'Argento (PdA) con i dati 2023-2024

mediamente il 6% degli adulti), dopo questa età e all'avanzare degli anni aumenta considerevolmente di gran parte delle altre cronicità. I casi più eclatanti sono quelli delle cardiopatie, che raggiungono addirittura una prevalenza del 30% verso gli 80 anni, e delle condizioni di ipertensione arteriosa, che arrivano a coinvolgere addirittura circa il 65% della popolazione di questa età. Di grande rilevanza sono anche i casi di artrosi/artrite e osteoporosi, ma soprattutto di diabete.

La diffusione del diabete mellito, patologia cronica ed evolutiva considerata particolarmente rilevante soprattutto per le numerose complicanze microvascolari e macrovascolari²¹, registra infatti un forte aumento²². Secondo gli ultimi dati ufficiali²³, in Italia ci sono quasi 4 milioni di persone affette da diabete tipo 2, pari a circa il 6% della popolazione, ai quali si stima che possano aggiungersi circa 1,5 milione di persone affette da malattia non ancora diagnosticata, per un totale di oltre 5 milioni di persone. Tale diffusione ha impatti significativi anche in termini di costi: difatti, l'8% del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete, con un costo medio annuo (diretto e indiretto) per paziente di €2.800²⁴ e oltre €11 miliardi all'anno in spese indirette come perdita di produttività e spese a carico del sistema previdenziale.

Anche in questo caso, l'avanzamento dell'età rappresenta un elemento fortemente impattante. Difatti, in Italia, tra la popolazione under50 solo il 3% è affetta da tale cronicità, sfiora il 9% fra quelle le persone di 50-69 anni, e subisce un'impennata significativa fino a raggiungere, nella fascia d'età tra i 70 e 75 anni, il valore massimo di 21-23%. Complessivamente, su 10 persone con diabete, il 70% ha più di 65 anni e il 40% ha più di 75 anni.

Su 10 persone con diabete, il 70% ha più di 65 anni e il 40% ha più di 75 anni. Tuttavia, circa il 50% delle persone con diabete tipo 2 non raggiunge un buon controllo glicemico

Tuttavia, è stimato che una persona su due con diabete di tipo 2 diagnosticato non raggiunga un buon controllo glicemico, e anche in termini di aderenza terapeutica si continuano a registrare valori preoccupanti: l'adesione all'autocontrollo della glicemia è di poco superiore al 50%, mentre quella terapeutica è del 46%²⁵. Una semplificazione del trattamento, tanto nelle sue fasi farmacologiche, quanto in quelle di monitoraggio e misurazione (ad esempio con una maggiore diffusione di sistemi di monitoraggio glicemici con sensore), è pertanto essenziale per contribuire ad aumentare l'aderenza e un reale contrasto della patologia. Difatti, nel caso del diabete, meno errori nella somministrazione e un miglior controllo glicemico nel tempo possono ridurre del 13% i ricoveri ospedalieri²⁶ e di 3 – 4 volte il rischio di ricadute con enormi risparmi diretti (si pensi che il costo medio dell'ospedalizzazione di un diabetico supera €5mila)²⁷. Inoltre, secondo stime OCSE,

²¹ Tra le complicanze microvascolari, la retinopatia diabetica rappresenta la maggiore causa di cecità fra gli adulti e la nefropatia diabetica è la principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi. Tra le complicanze macrovascolari si segnalano le malattie cerebro e cardio-vascolari.

²² Ad oggi sono oltre 530 milioni di casi nel mondo (si stima possa aumentare a 640 milioni nel 2030) di cui oltre il 10% in Europa (circa 60 milioni di adulti), e a crescere è soprattutto il diabete tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi, e che risulta fortemente legato all'eccesso ponderale e a stili di vita non salutari.

²³ Relazione al Parlamento 2023 sullo Stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito.

²⁴ Relazione Stati generali sul diabete, 2024

²⁵ AMD – Associazione Medici Diabetologi

²⁶ Munshi, K. D., Amelung, K., Carter, C. S., James, R., Shah, B. R., & Henderson, R. R. (2021). Impact of a diabetes remote monitoring program on medication adherence. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 27(6), 724-731.

²⁷ Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP)

ogni euro speso in interventi che aumentano l'aderenza e migliorano il controllo può restituire fino a €4 in risparmi sanitari indiretti²⁸.

Anche la prevalenza dei tumori è fortemente legata all'età, con un terzo di tutte le diagnosi di tumori colpisce persone sopra i 65 anni²⁹. Le stime dell'ISS, nei prossimi due decenni – nonostante i grandi passi avanti scientifici e medici – le nuove tendenze demografiche causeranno un aumento medio annuo nel numero di nuove diagnosi del +1,3% negli uomini e del +0,6% nelle donne³⁰. È infatti dopo i 70 anni che si concentra la maggior parte delle diagnosi di tumore.

In Italia, i tumori più comuni negli anziani sono quello alla prostata, al polmone, alla mammella, allo stomaco e al pancreas e al colon retto. È proprio quest'ultimo ad essere il melanoma di interesse di ambo i sessi più frequente tra gli over70 (3° posto uomini, 2° posto donne), con oltre il 60% dei casi registrati tra pazienti di questa fascia di età. Solo nel 2024 si sono registrati circa 50 mila casi³¹ e, con il protrarsi delle attuali tendenze demografiche, entro il 2040 si stima un aumento del 63% nel numero di nuovi casi all'anno.

Un ruolo di grande rilievo continua ad avere, anche per le generazioni Silver, l'attenzione all'eventuale comparsa di sintomi che possono segnalare la presenza di un tumore, ma soprattutto l'adozione di abitudini e comportamenti salutari e, quando possibile, l'adesione alle campagne di screening. Ad esempio, la copertura nazionale dello screening coloretale in Italia resta ancora piuttosto bassa, intorno al 34%. Importante evidenziare come inoltre vi è una forte variabilità da Nord a Sud a sfavore delle Regioni meridionali: l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (46%), intermedia al Centro (30%) e inferiore nel Sud e Isole (20%)³². Valori in crescita, ma ancora insufficienti, si registrano invece per gli screening mammografici. Tuttavia, tra le 50-69enni, 1 donna su 10 non ha mai fatto un esame mammografico e quasi il 15% riferisce di averlo eseguito da oltre due anni.

Tab. 2.2: Riduzione dei costi sanitari legati alla diagnosi precoce

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

Screening	Costo medio dello screening per paziente (€)	Costo medio del trattamento tumore in fase avanzata (€)
Mammografia	60-70	50.000+
Pap-test/HPV (cervicale)	30-40	30.000-50.000
Ricerca sangue occulto nelle feci	25-35	40.000-60.000
LDCT per carcinoma polmonare	150-200	80.000+
PSA per tumore prostatico	30-40	20.000-30.000

²⁸ Khan, R. and K. Socha-Dietrich (2018), "Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia", OECD Health Working Papers, No. 105, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8178962c-en>.

²⁹ American Cancer Society

³⁰ È importante evidenziare come tali stime tengano comunque conto degli importanti progressi raggiunti nei campi dell'oncologia nel nostro Paese, senza i quali le stime sarebbero state ulteriormente a rialzo. Difatti, grazie ai progressi scientifici e alle campagne per la promozione di stili di vita più sani, l'ISS stima che negli ultimi 13 anni sono state evitate circa 270 mila morti oncologiche.

³¹ I numeri del cancro in Italia 2024

³² Osservatorio Nazionale Screening. Dati aggiornati al gennaio 2025.

Uno vantaggi principali dell'espansione degli screening oncologici, oltre che quella di riuscire a intercettare l'emergere del male in tempi che ne consentano il contrasto, è proprio la loro capacità di ridurre i costi sanitari a lungo termine. Il trattamento del cancro in stadi avanzati richiede interventi complessi e costosi, mentre la diagnosi precoce consente terapie meno invasive e più economiche. Per esempio, il costo di una mammografia è stimato intorno ai €60-70, mentre il trattamento di un tumore al seno avanzato può superare i €50.000 per paziente.

Secondo l'Osservatorio Nazionale Screening, l'investimento nei programmi di screening potrebbe ridurre la spesa sanitaria di circa il 10-15% a lungo termine, grazie alla diminuzione dei casi di tumori avanzati.

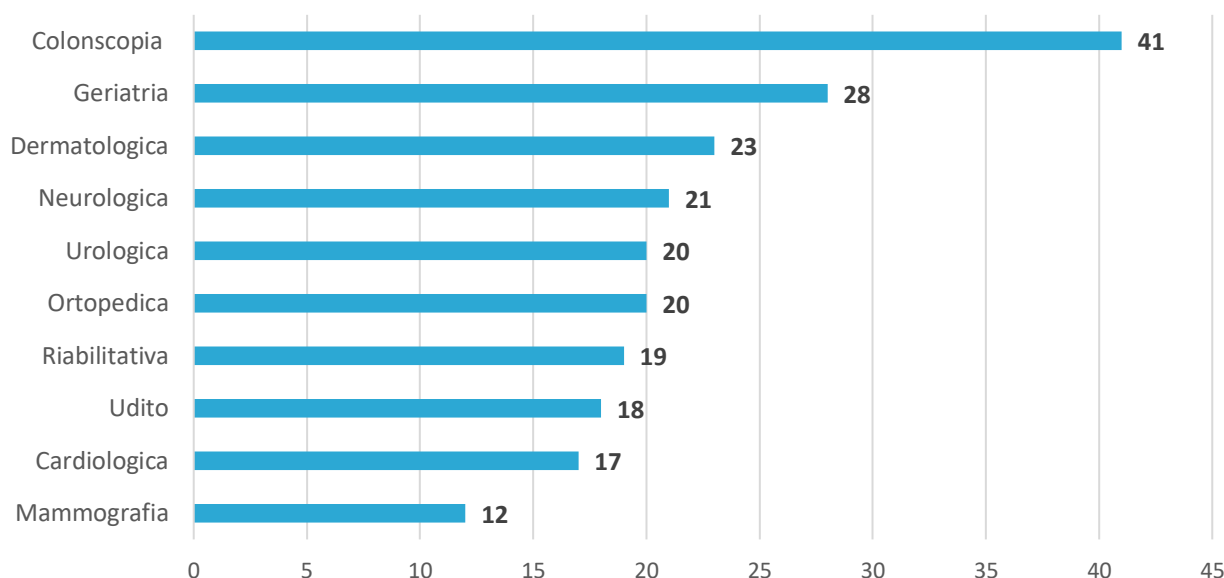
Oltre alla necessità di un maggiore coinvolgimento proattivo della popolazione affinché sempre più persone si sottopongano agli screening consigliati, non si può non evidenziare che per far sì che ciò avvenga è imprescindibile garantire che queste visite siano realmente accessibili. Difatti, in Italia, così come in altri Paesi, per ricevere una prestazione sanitaria i tempi di attesa possono essere molto lunghi. Come si evince dalla Piattaforma Agenas, a circa un anno dall'approvazione del decreto-legge "per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"³³, la situazione rimane piuttosto critica: complessivamente i tempi di attesa massimi (stabiliti in base all'urgenza) vengono rispettati solo per metà delle prestazioni mentre, scomponendo il dato per livello di urgenza, si nota come per le prestazioni d'urgenza (tempo massimo di attesa pari a 3 giorni), la quota di prestazioni erogate nei tempi raggiunge il 75% solo per pochi esami e visite, mentre per le prestazioni meno urgenti, quasi nessuna raggiunge tale soglia.

La situazione più critica riguarda proprio l'esame della colonscopia per la quale il limite di tre giorni non viene nei fatti mai rispettato: la metà dei pazienti aspetta abbondantemente più di un mese (44 giorni) e per una visita su quattro l'attesa è di almeno 190 giorni. Nella Fig. 2.4, alcune delle prestazioni sanitarie di maggiore interesse per la popolazione Silver che dovrebbero essere erogate tra i 3 e i 10 giorni. Per nessuna di queste i tempi vengono rispettati in almeno il 75% dei casi, cioè in tre prenotazioni su quattro

Fig.2.4: Giorni di attesa per prestazioni che dovrebbero essere erogate tra i 3 e i 10 giorni

Fonte: OCPI, Agenas

³³ [Decreto legge n.72, 7 giugno 2024](#), poi convertito nella [legge n.107, 29 luglio 2024](#)



Box 4: L'atteso aggiornamento del Piano Nazionale Cronicità

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) è uno dei documenti centrali nell'azione della sanità pubblica in Italia, in particolare nel suo intento di uniformare, in accordo con le Regioni, le attività e le politiche nell'ambito delle patologie croniche. Il PNC, che approfondisce 10 patologie croniche con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici, nasce infatti nel 2016 «*dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo*» per contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla propria famiglia/caregiver e sul contesto sociale al fine di migliorare sia le fasi di prevenzione e terapia che in generale la qualità di vita.

L'ampia condivisione circa la necessità di aggiornare il PNC è principalmente frutto delle tante novità di carattere demografico, sanitario, e sociale che hanno stravolto il nostro paese. Difatti, nonostante siano passati *solo* 8 anni, il quadro demografico ed epidemiologico attuale presenta considerevoli differenze rispetto a quello del 2016. Nell'autunno 2024 è dunque stata elaborata una versione frutto di un confronto tra le Regioni e il Ministero della Salute. Questo aggiornamento introduce alcune novità significative, ma lascia ancora irrisolto il nodo cruciale della copertura finanziaria, una questione che rischia di compromettere l'efficacia delle azioni delineate.

Di particolare rilevanza è l'inclusione nel Piano di patologie come l'obesità, l'epilessia e l'endometriosi, che non erano dettagliatamente trattate nella versione precedente. Queste malattie, spesso sottovalutate nel dibattito sanitario, rappresentano una sfida sia in termini di diagnosi precoce sia di gestione a lungo termine, e il loro inserimento può essere fondamentale per garantire una presa in carico più strutturata e assistita.

Infine, non si può non evidenziare come l'impatto delle malattie croniche è enorme anche in termini economici, sia per i pazienti che per il SSN. Attualmente in Italia si stima che si spendono,

complessivamente, circa €66,7 miliardi per la cronicità, con proiezioni dell'ISTAT e INAPP che prevedono il superamento di quota €70 miliardi già nel 2028³⁴.

Il costo medio annuo per un paziente cronico è di €697, con cifre che aumentano progressivamente al crescere dell'età, raggiungendo il picco nelle fasce di età 75-79 anni (1.150€) e 80-84 anni (1.170€). Questi costi aumentano in modo esponenziale con il numero di patologie concomitanti: da €418 euro per una sola patologia a €2.399 euro in media per molteplici patologie croniche³⁵.

Il costo medio annuo per un paziente cronico è di €697, con cifre che aumentano progressivamente al crescere dell'età

Tab.2.3: Costo medio annuo delle malattie croniche in Italia (per paziente, una sola patologia) (€, 2023)

Fonte: Elaborazione I-Com

Le 10 cronicità più comuni

Malattie renali croniche	€5.000 - 10.000
Malattie cardiovascolari	€4.000 - 8.000
Insufficienza cardiaca	€4.000 - 6.000
Artrite reumatoide	€3.500 - 6.000
BPCO	€3.000 - 5.000
Diabete Mellito Tipo 2	€2.500 - 4.000
Osteoporosi	€1.500 - 3.000
Disturbi psichici	€1.500 - 3.000
Asma bronchiale	€1.200 - 2.500
Ipertensione arteriosa	€1.200 - 2.000

Le 3 cronicità neurologiche più comuni

Alzheimer	€10.000 - 20.000
Parkinson	€4.000 - 7.000
Epilessia	€1.000 - 3.000

Box 5: All'Italia €9 milioni sulle cronicità con il JA-PreventNCD

Nel gennaio 2024 è partita l'azione europea "Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases" (JA - PreventNCD), focalizzata su azioni di prevenzione del cancro, delle altre cronicità e delle altre malattie non trasmissibili nell'ambito del "Piano Europeo di Lotta contro il Cancro 2022-2026" (Europe's Beating Cancer Plan) e dell'iniziativa dell'UE sulle malattie non trasmissibili "Healthier together". Questa Joint Action, della durata di quattro anni (gennaio 2024-dicembre 2027), è cofinanziata dall'UE e si propone di affrontare a livello europeo il crescente onere del cancro e delle altre MNT agendo sui principali fattori di rischio correlati, sia a livello individuale sia sociale. Il progetto, che vede la partecipazione di

³⁴ Proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età.

³⁵ Dati INAPP

25 Paesi europei tra cui l'Italia, prevede un budget totale di €95,5 milioni, che rappresenta il 20% del bilancio sanitario dell'UE dedicato alla prevenzione.

L'Italia, che nel progetto gode di un finanziamento complessivo di €8,7 milioni, è impegnata in vari Work Package (WP) ed in particolare sul WP7 che ha lo scopo di contribuire a ridurre le disuguaglianze di salute nella popolazione in relazione al cancro e alle altre MNT, considerando i determinanti sociali di salute e i fattori di rischio correlati e promuovendo un approccio complessivo e integrato di prevenzione che promuova azioni comuni congiunta e favorisca un maggiore beneficio in tutti i diversi contesti europei. All'interno del WP7 sono previste ulteriori attività rivolte ad acquisire i dati sulle molteplici dimensioni delle disuguaglianze sociali che influiscono sul peso del cancro e delle malattie non trasmissibili.

2.2.1 *La malattie croniche neurologiche*

Tra le malattie croniche e degenerative di maggiore impatto un peso considerevole è dato dalle patologie neurologiche e del cervello, particolarmente diffuse tra le generazioni *Silver*. Queste condizioni, che colpiscono il sistema nervoso centrale e periferico, sono infatti responsabili di una quota crescente di non autosufficienza, disabilità e mortalità, esercitando una pressione considerevole sul SSN in termini di costi diretti e indiretti, ma soprattutto in termini di impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver.

Tra le malattie croniche e degenerative di maggiore impatto un peso considerevole è dato dalle patologie neurologiche e del cervello, particolarmente diffuse tra le generazioni Silver

Tra le malattie neurologiche e del cervello più diffuse nella popolazione anziana, la malattia di Alzheimer (DA) e le altre forme di demenza rappresentano la categoria più prevalente. L'ISS stima che circa 1.100.000 persone in Italia soffrono di demenza, di cui il 50-60% sono malati di Alzheimer, con oltre 65 mila nuovi casi e oltre 30 mila decessi ogni anno. La prevalenza di questa patologia (complessivamente del 4,4% per gli over65) aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne: queste ultime presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%.

Anche a livello globale i dati riflettono un quadro allarmante: si registra un nuovo caso di demenza ogni tre secondi, con proiezioni OMS che, rispetto ai 55 milioni di casi registrati nel 2019, prevedono un aumento fino a 75 milioni di casi nel 2030 e addirittura 130-140 milioni entro il 2025, con circa 10 milioni di nuovi casi all'anno. Con l'invecchiamento complessivo della mondiale, la demenza sta diventando una delle principali cause di morte nel mondo³⁶ con significativi impatti sulle persone ma anche sui sistemi sanitari: il costo annuale della demenza è stato stimato in \$1.300 miliardi nel 2019, cifra destinata a più che raddoppiare, raggiungendo \$2.800 miliardi, entro il 2030³⁷. Si rende, pertanto, ancora più urgente per gli operatori sanitari, i legislatori e il pubblico in generale cogliere l'importanza della condizione e agire per mitigare i suoi effetti.

³⁶ Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Alzheimer rappresenta la settima causa di morte nel mondo.

³⁷ World Alzheimer Report, 2024.

Difatti, come noto, le demenze comportano un progressivo declino cognitivo che incide gravemente sull'autonomia del paziente, richiedendo assistenza spesso continua che può portare anche a ricoveri in strutture specializzate nelle fasi avanzate.

Altra patologia neurologica con un impatto significativo sugli anziani è la malattia di Parkinson (MP), il secondo disordine neurodegenerativo, in termini di frequenza, dopo la malattia di Alzheimer. Questa malattia neurodegenerativa progressiva, che colpisce il sistema motorio, porta a tremori, rigidità, bradicinesia e instabilità posturale, compromettendo seriamente la mobilità e l'autosufficienza. Si stima che in Italia ne siano affette circa 300.000 persone (60% uomini, 40% donne), con una prevalenza che aumenta considerevolmente con l'età, che ne rappresenta il principale agente determinante: colpisce infatti circa l'1-2% della popolazione nella fascia d'età di 60-65 anni e raggiunge il 4-5% tra i soggetti oltre gli 85 anni³⁸. A differenza dell'Alzheimer, la cui incidenza cresce parallelamente all'età, il Parkinson evidenzia un legame molto più forte con l'esposizione a sostanze tossiche ambientali, rendendo l'intervento preventivo ancora più urgente e mirato³⁹. A livello clinico, questo implica una maggiore attenzione non solo ai fattori genetici, ma soprattutto agli stili di vita e alle condizioni ambientali dei pazienti.

Di interesse per la popolazione anziana è anche l'epilessia, sebbene questa sia ancora erroneamente spesso associata quasi esclusivamente all'età giovanile. L'epilessia è infatti la terza malattia neurologica più diffusa nelle persone di età superiore ai 65 anni, e presenta infatti una seconda fase di picco di incidenza nella popolazione anziana, spesso secondaria a ictus, tumori cerebrali o malattie neurodegenerative⁴⁰. Tuttavia, occorre evidenziare come in circa il 30% dei casi, l'epilessia negli anziani non è riconducibile a una causa specifica: le crisi epilettiche possono comparire come unico problema in una condizione di buona salute generale⁴¹.

Complessivamente, dei 500 mila casi di epilessia in Italia, circa il 30% delle nuove prevalenze si presenta infatti in persone di età superiore a 65 anni⁴² e, per quel che riguarda questi ultimi, nel 70% dei casi, si manifesta con crisi epilettiche focali che cioè, iniziano in una zona circoscritta del cervello⁴³. Nella comunità scientifica vi è pertanto una crescente preoccupazione sugli effetti in termini di nuovi casi che deriveranno dal cambiamento della piramide demografica, con la percentuale maggiore di persone anziane che porterà ad un considerevole aumento dell'epilessia in età avanzata. Nello specifico, l'incidenza mostra un aumento significativo tra i pazienti over 65, raggiungendo il massimo intorno agli 80-85 anni (gli uomini sembrano essere maggiormente esposti)⁴⁴. Negli ultimi decenni, la prevalenza è persino aumentata ulteriormente tra i 75enni, fino a raggiungere un valore sei volte maggiore rispetto alla popolazione adulta: in Italia, i nuovi casi di epilessia all'anno per 100.000 abitanti sono 180 per gli over75 contro i 23-31 casi registrati in età adulta⁴⁵.

Fig.2.5: Diffusione delle principali malattie neurologiche in Italia

Fonte: Elaborazione I-Com su fonti ISS, LICE, Società Italiana di Neurologia

³⁸ Società Italiana di Neurologia

³⁹ Anche se la malattia è più comune tra gli anziani, con un'incidenza che aumenta significativamente dopo i 60 anni, circa il 10-15% delle persone presenta i sintomi prima dei 50 anni a causa del cosiddetto Parkinson giovanile.

⁴⁰ Beghi E., Giussani G., Costa C., et al. (2023). The epidemiology of epilepsy in older adults: A narrative review by the ILAE Task Force on Epilepsy in the Elderly. *Epilepsia*. 2023;64(3):586-601. doi:10.1111/epi.17494

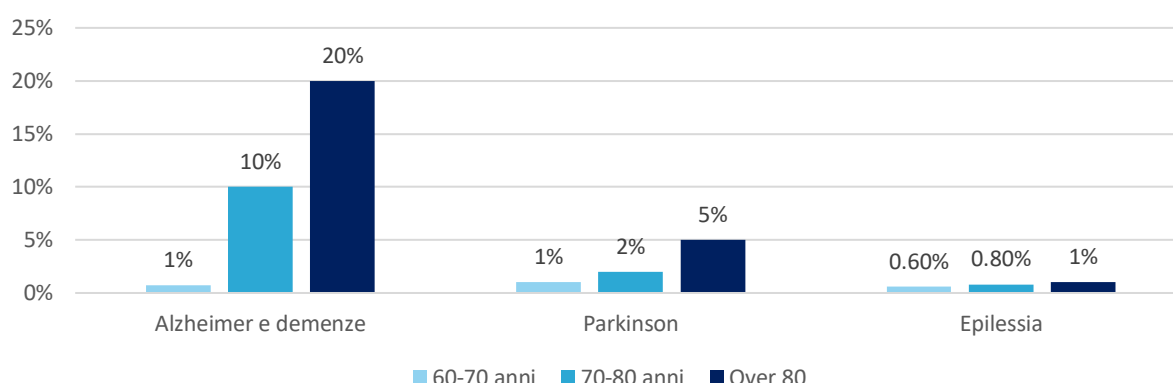
⁴¹ Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE)

⁴² Associazione Piemontese contro l'Epilessia (A. Pi. C.E).

⁴³ Lega Italiana Contro l'Epilessia (LICE).

⁴⁴ Lang, J. D., & Hamer, H. M. (2022). Epidemiology of epilepsy in old age—English Version. *Zeitschrift Für Epileptologie*, 35(Suppl 2), 78-81.

⁴⁵ Hauser, W.A., J.F. Annegers, and L.T. Kurland, Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia*, 1993. 34(3): p. 453-68.



Complessivamente, le malattie neurologiche e del cervello non rappresentano solo un tema di forte impatto per la salute umana, ma anche un onere economico crescente per il nostro SSN, destinato ad aumentare rapidamente con il progressivo invecchiamento della popolazione. La complessità delle cure, la cronicità e la natura degenerativa di queste patologie richiedono un approccio integrato che vada oltre la mera gestione acuta, investendo nella prevenzione, nella diagnosi precoce, nella riabilitazione e nel supporto socioassistenziale, al fine di mitigare l'impatto sulla salute pubblica e garantire la sostenibilità del sistema sanitario. A questi si aggiungono i costi indiretti, spesso non direttamente visibili nel bilancio del SSN ma gravosi per le famiglie, legati alla perdita di produttività dei caregiver e alla necessità di adattare gli ambienti domestici.

2.3 Le sfide della non autosufficienza

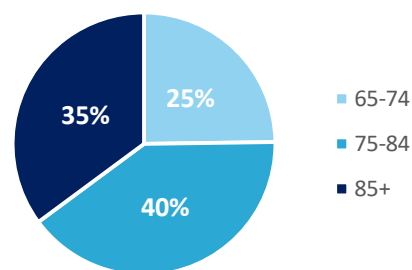
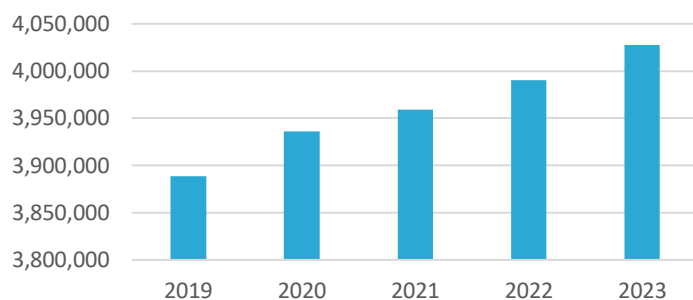
Oltre ai temi legati alla gestione delle cronicità e degli aspetti più strettamente sanitari, considerevoli novità scaturite dai nuovi scenari demografici si sono sviluppate anche nel più ampio ambito dell'assistenza e della cura. Il crescente numero di anziani e il prolungarsi dell'aspettativa di vita porta, come evidenziato all'inizio del capitolo, sempre più persone in età avanzata ad avere problemi di non autosufficienza. Questa può presentarsi con vari gradi di intensità, e con conseguenti bisogni variabili in termini di supporto o sostegno da parte di familiari, caregiver, personale medico o infermieristico, o addirittura strutture specifiche.

Il numero di anziani non autosufficienti in talia ha superato quota 4 milioni, ma l'offerta di assistenza e cura è ancora largamente insufficiente

Secondo gli ultimi dati, risalenti al 2023, il numero di anziani non autosufficienti in talia ha superato quota 4 milioni, di cui il 75% con più di 75 anni. Si registra così un incremento dell'1,7% rispetto al 2021 e del +4% in 5 anni dovuto all'aumento della popolazione di anziani residenti.

Fig.2.6: Non autosufficienti in Italia (2023)

Fonte: Elaborazione I-Com su fonti Essity, Bocconi, Istat.



L'invecchiamento demografico della popolazione genera pertanto un impatto rilevante sul settore *Long term care*, determinando una crescente richiesta di servizi assistenziali. Ad oggi, infatti, il sistema non è privo di criticità, con strutture e assetti organizzativi che non sembrano ancora essere stati aggiornati e preparati alle pressanti caratteristiche demografiche della popolazione.

Le Residenze per anziani (RSA), ad esempio, coprono soltanto il 7,6% del bisogno degli over 65 non autosufficienti, e sono geograficamente concentrate nelle regioni del Nord, mentre i centri diurni sono marginali, con una copertura insufficiente, pari allo 0,6% del bisogno. Al contempo, l'assistenza domiciliare integrata (Adi), riconosciuta come una soluzione ideale per favorire la permanenza degli anziani non autosufficienti nelle proprie case, e offre una soluzione meno onerosa rispetto al ricovero in RSA, raggiunge appena il 30,6% degli anziani non autosufficienti sebbene l'ammontare delle ore erogate di assistenza sia cresciuto considerevolmente negli ultimi anni (+9% dal 2019). Questo incremento è trainato dalla crescita del numero di casi anziani in carico, probabilmente in virtù del target PNRR che impegna l'Italia a raggiungere il 10% degli over65 con una misura di assistenza domiciliare entro il 2026. Tuttavia, a fronte di un aumento dei casi in carico, diminuiscono le ore medie erogate per caso, arrivate ad un valore medio di 14 ore rispetto alle 18 ore del 2019. Difatti, la formulazione del target PNRR sembra incentrare l'attenzione verso il numero di persone da raggiungere, a discapito dell'effettiva capacità di presa in carico e di una chiara collocazione del ruolo di questo servizio nella filiera.

Box 6: Soluzioni abitative e anzianità - quali prospettive a lungo termine?

Quando si parla di soluzioni abitative age-friendly occorre tener conto che si parla di abitazioni adatte – ovvero che tengano strutturalmente e progettualmente conto - all'invecchiamento. Si tratta pertanto di spazi accessibili, adattati alle esigenze delle persone anziane e al contempo integrate con i servizi di assistenza e sanitari fondamentali per sostenere una vita sana e attiva. Gli alloggi dovrebbero essere progettati senza barriere architettoniche, con soluzioni che riducano al minimo la probabilità di incidenti fisici (come le cadute, che spesso portano a disabilità e a un maggiore bisogno di assistenza a lungo termine) e che garantiscano temperature adeguate in tutte le stagioni.

Molte case, tuttavia, oggi non corrispondono tuttavia a questi principi. Analizzando il contesto europeo, stima difatti che il 70-80% del patrimonio edilizio esistente in Europa non sia adattato alla vita indipendente degli anziani, con quasi la metà della popolazione over65 che riferisce di avere difficoltà con almeno un'attività di cura personale o domestica⁴⁶. In

⁴⁶ Housing Europe Observatory

Italia – dove poco meno dell’85% degli over64 vive in case di proprietà (uno dei dati più alti dell’UE) – 1 anziano su 5 denuncia la presenza di almeno un problema strutturale nella propria abitazione⁴⁷. Sardegna (32%), Liguria (26%), Piemonte (26%), Marche (25%) e Friuli Venezia Giulia (24%) sono le cinque regioni in cui quest’ultimo aspetto è particolarmente grave.

Oltre alle condizioni delle strutture abitative, occorre anche tener conto delle condizioni di chi le abita. Difatti, le statistiche riportate nei paragrafi precedenti evidenziano come un numero crescente di anziani viva solo (già oggi si tratta del 30% degli over 65 e del 40% degli over75, con stime in forte crescita per i prossimi anni) o in condizioni di disabilità, due elementi che non possono essere ignorati o trascurati nel progettare modelli di cura e assistenza domiciliare.

Queste tendenze devono indurre a riflessioni sul medio e sul lungo termine anche rispetto alla attuabilità delle misure di assistenza domiciliare, come l’ADI. Difatti, sebbene le cure domiciliari siano indubbiamente vantaggiose in termini economici ma anche per la promozione di modelli di cura più umani, è difficile immaginarne una reale efficacia in una società con un crescente numero di anziani che vivono soli o in condizioni di mobilità o autonomia ridotta e con soluzioni abitative sempre più care e strutturalmente inadatte. In quest’ottica, modalità di abitabilità nuove, come le forme di co-housing o social housing per anziani, possono offrire nuove prospettive in tal senso, sebbene siano oggi ancora estremamente poco diffuse e sviluppate in Italia.

Il secondo pilastro dell’assistenza alla non-autosufficienza è composto dal mondo del *caregiving*, un complesso ed articolato insieme di lavoro formale e informale che è spesso l’elemento “invisibile” del welfare italiano. La quota di caregiver sulla popolazione attiva è oggi pari all’8%, sarà pari al 12% nel 2030, il 15% nel 2040 e il 20% nel 2050.

In molti casi, il lavoro di caregiver viene affidato - dai pazienti non autosufficienti o dai loro familiari - a lavoratrici e lavoratori che colmano il vuoto della insufficiente assistenza domiciliare e contribuiscono ad alleviare il lavoro di cura altrimenti gravante sulla famiglia. Si tratta di figure non sempre formate per svolgere funzioni infermieristiche o mediche, ma che spesso diventano l’unico sostegno possibile in assenza di un meccanismo di cura più strutturato ed accessibile. Al 2023 si stima che in Italia ci siano circa 1 milione di badanti (regolari e irregolari, in maggioranza donne e provenienti dall’estero), per un rapporto complessivo di sette badanti ogni 100 cittadini over75 e di quasi 34 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti. In altre parole, uno su tre tra questi ultimi si avvale di un sostegno di questo tipo. La spesa stimata delle famiglie italiane è pari a €7,2 miliardi nel 2023, considerando sia la quota regolare sia irregolare⁴⁸.

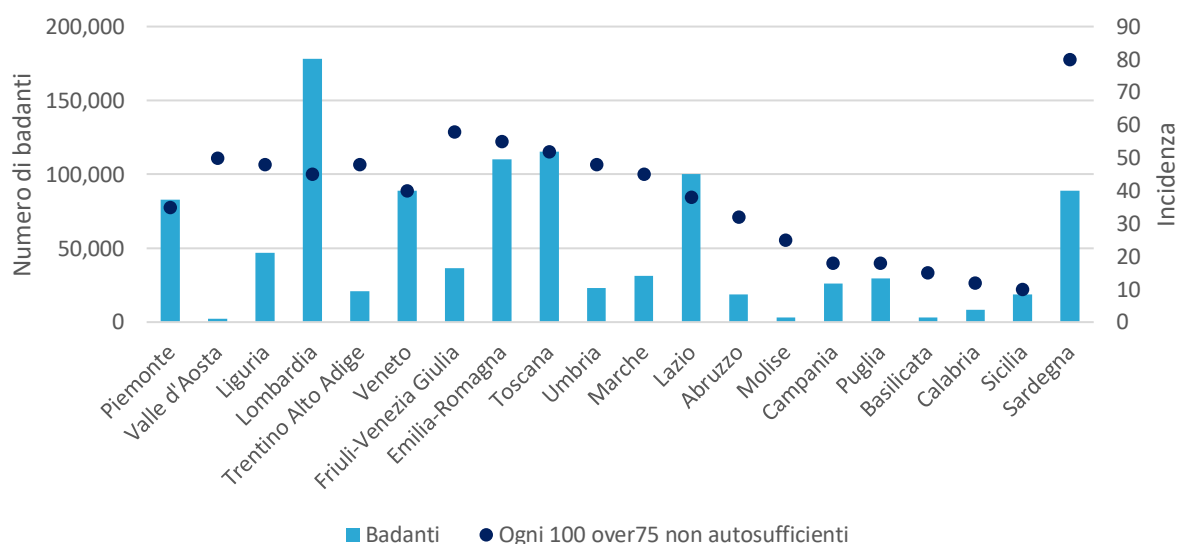
⁴⁷ Dati Passi d’Argento 2023-2024. Almeno un problema strutturale tra i seguenti: le spese per l’abitazione sono troppo alte, l’abitazione è troppo piccola, l’abitazione è troppo distante da quella di altri familiari, vi sono irregolarità nell’erogazione dell’acqua, l’abitazione è in cattive condizioni, es. infissi, pareti, pavimenti, servizi igienici, in inverno la casa non è sufficientemente riscaldata

⁴⁸ Osservatorio Domina, 2024

Un over75 non autosufficiente su tre si avvale di un sostegno di badantato. Complessivamente la spesa delle famiglie per queste figure professionali è pari a €7,2 miliardi

Fig.2.7: Badanti in Italia per regione e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti (2023)

Fonte: Essity, Bocconi, Istat



In altri casi, i caregiver sono familiari. Anche in questo caso, si tratta prevalentemente di donne (circa il 60%), e si ritrovano a dover sacrificare o abbandonare il proprio lavoro retribuito per assistere i propri cari. Ad oggi, questo ruolo gode di pochi riconoscimenti economici, psicologici e legali sebbene la disabilità di un familiare sia correlata a una forte precarietà economica per molte famiglie. Attualmente, non esiste un sostegno economico nazionale continuativo per i caregiver in Italia, sebbene siano previsti congedi straordinari retribuiti (fino a due anni) per chi assiste un familiare convivente con disabilità grave. La Legge di Bilancio 2024 ha introdotto un Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, che include tra le finalità anche interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare.

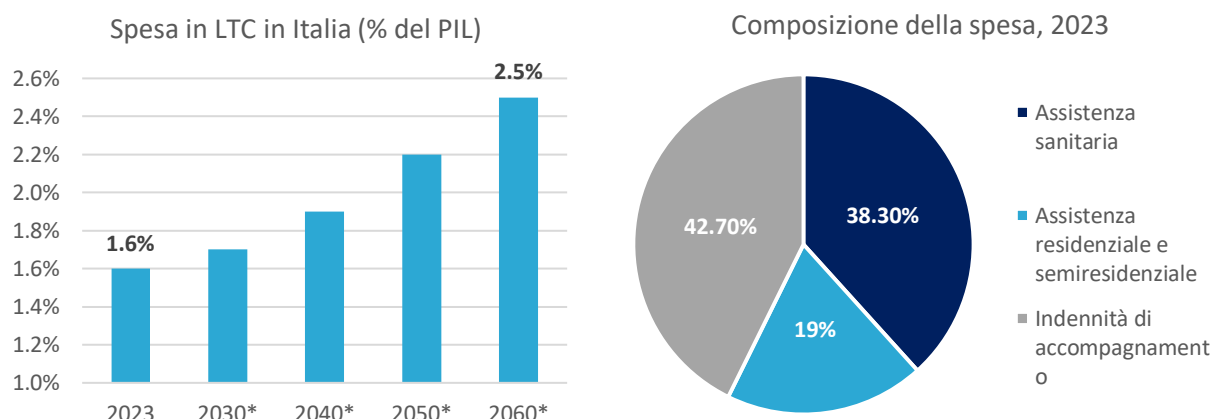
Infine, come evidenziato dall'Istat, se da un lato gli anziani sono destinatari di aiuto e sostegno, dall'altro ne sono anche fornitori: circa 1 milione e 700mila (13%) di ultra-sessantatrenni offrono cure a familiari o non familiari che hanno problemi di salute o dovuti all'invecchiamento almeno una volta a settimana. Quasi i due terzi di questi *caregiver* anziani hanno un'età compresa tra i 65 e i 74 anni.

Per rispondere efficacemente a questa domanda è fondamentale rafforzare l'integrazione tra le strutture residenziali per anziani e i servizi sanitari ospedalieri e territoriali, ottimizzando così l'efficacia e l'efficienza complessiva del sistema di welfare. Ciò è ormai non più rimandabile, anche per gli ingenti costi legati alla non-autosufficienza, molti dei quali che gravano, in misura significativa, sulle famiglie.

Nel 2023 la spesa per l'assistenza di lungo periodo per le persone non autosufficienti era di circa €33 miliardi, pari all'1,6% del PIL. Di questi, il 74% erano erogati a cittadini 65+, con servizi che pertanto valgono circa l'1,2% sul PIL. Interessante notare come gran parte di questa spesa pubblica sia assorbita dalla componente sanitaria (39%) e dalle indennità di accompagnamento (43%). La quota destinata all'assistenza residenziale e semiresidenziale è invece ancora esigua, e pari a solo il 19%.

Fig.2.8: Spesa per la non autosufficienza in Italia (2023 e previsioni)

Fonte: Stime Ragioneria Generale dello Stato



Le previsioni di spesa della Ragioneria Generale dello Stato prevedono un inevitabile incremento di queste spese: secondo le stime, la percentuale si attesterebbe a circa all'1,7% nel 2030, al 1,9% nel 2040, al 2,2% nel 2050 e al 2,5% nel 2060, con la quota dedicata alla spesa sanitaria che rimarrà stabile attorno al 40%.

Infine, anche per quanto riguarda il costo per le famiglie, l'onere economico è considerevole. Le rette medie delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) si aggirano sui €3.000 euro al mese, mentre l'assistenza domiciliare, se gestita con una badante regolarmente assunta, può costare circa €18.000 euro all'anno. A questi si aggiungono i costi indiretti legati alla rinuncia lavorativa o alla riduzione dell'orario di lavoro da parte dei familiari che si dedicano alla cura.

La spesa per l'assistenza di lungo periodo per le persone non autosufficienti è di circa €33 miliardi, pari all'1,6% del PIL. Grande l'impatto anche per le famiglie: le RSA costano in media €3.000 euro al mese, mentre l'assistenza domiciliare, se gestita con una badante regolarmente assunta, può costare circa €18.000 euro all'anno

2.3.1 PNRR: i progetti sulla non autosufficienza ad un anno dalla conclusione

Tra gli investimenti del PNRR, all'Investimento 1.1 vi è una programmazione specifica che prevede la realizzazione di un "Piano operativo per il sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione

dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti"⁴⁹. L'investimento si articola in quattro possibili categorie di interventi da realizzare da parte dei Comuni, singoli o in associazione (Ambiti territoriali sociali - Ats) e prevede un ammontare complessivo di circa €500 milioni per progetti da completare entro la fine del 2026⁵⁰. Le quattro categorie di sub-investimenti sono

- Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini (€86,6 milioni)
- Autonomia degli anziani non autosufficienti (€307,5 milioni);
- Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione (€66 milioni);
- Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burnout tra gli operatori sociali (€42 milioni).

Come riportato, la seconda sotto-categoria di interventi, dedicata agli anziani e alla non autosufficienza, gode del maggior numero di risorse e ha come obiettivo quello di permettere alle persone nella terza età di avere una vita autonoma e indipendente, fornendo loro servizi sociali e supporto. I progetti finanziati hanno l'obiettivo di consistere la riconversione di case di riposo in gruppi di appartamenti autonomi dotati delle strutture e dei servizi necessari (tra cui l'automazione domestica (domotica), la telemedicina e il monitoraggio a distanza) per favorire la massima autonomia e indipendenza della persona. Al contempo, gli Ats potranno proporre progetti più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari.

Questi progetti vengono parallelamente rafforzati dagli investimenti della terza sotto-categoria, dedicata agli interventi per rafforzare i servizi domiciliari ed evitare l'ospedalizzazione, tramite la realizzazione di una migliore e maggiore diffusione dei servizi sociali sul territorio. Al contempo, queste risorse si punta anche a fornire una formazione specifica ai professionisti nell'ambito dei servizi a domicilio destinati agli anziani.

Sul fronte dell'attuazione, al decreto direttoriale 5/2022 con il quale era stato pubblicato l'avviso per la presentazione di proposte di intervento da parte dei distretti sociali per le varie linee di investimento, sono seguite numerose problematiche. In particolare, a causa di molteplici rinunce (spesso dovute al mancato riscontro alle richieste di integrazione delle schede progettuali) è stato necessario fare diversi scorrimenti di graduatoria e riaprire i bandi. Dalla Sesta relazione del Governo sullo stato di attuazione del PNRR⁵¹, si rileva che, per i progetti per cui non è pervenuta la rinuncia, si è poi provveduto alla stipula delle convenzioni e all'erogazione dei primi anticipi.

Ad oggi, tuttavia, lo stato di avanzamento finanziario per i progetti in questione risulta abbastanza critico: sebbene il 93% dei distretti sociali abbiano presentato almeno un progetto su almeno una delle quattro linee di intervento, complessivamente risultano rendicontati pagamenti solamente per circa €38 milioni di euro, pari ad appena il 7,8% del valore dei finanziamenti PNRR, con nessuna regione raggiunge il 20% di pagamenti già erogati.

Al fine di raggiungere i target finali della misura, che prevedono che almeno l'85% dei distretti sociali raggiunga almeno uno dei risultati auspicati (tra cui il coinvolgimento di almeno 12.500

⁴⁹ <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/attuazione-interventi-pnrr/pagine/m5c2-inv-1-1>

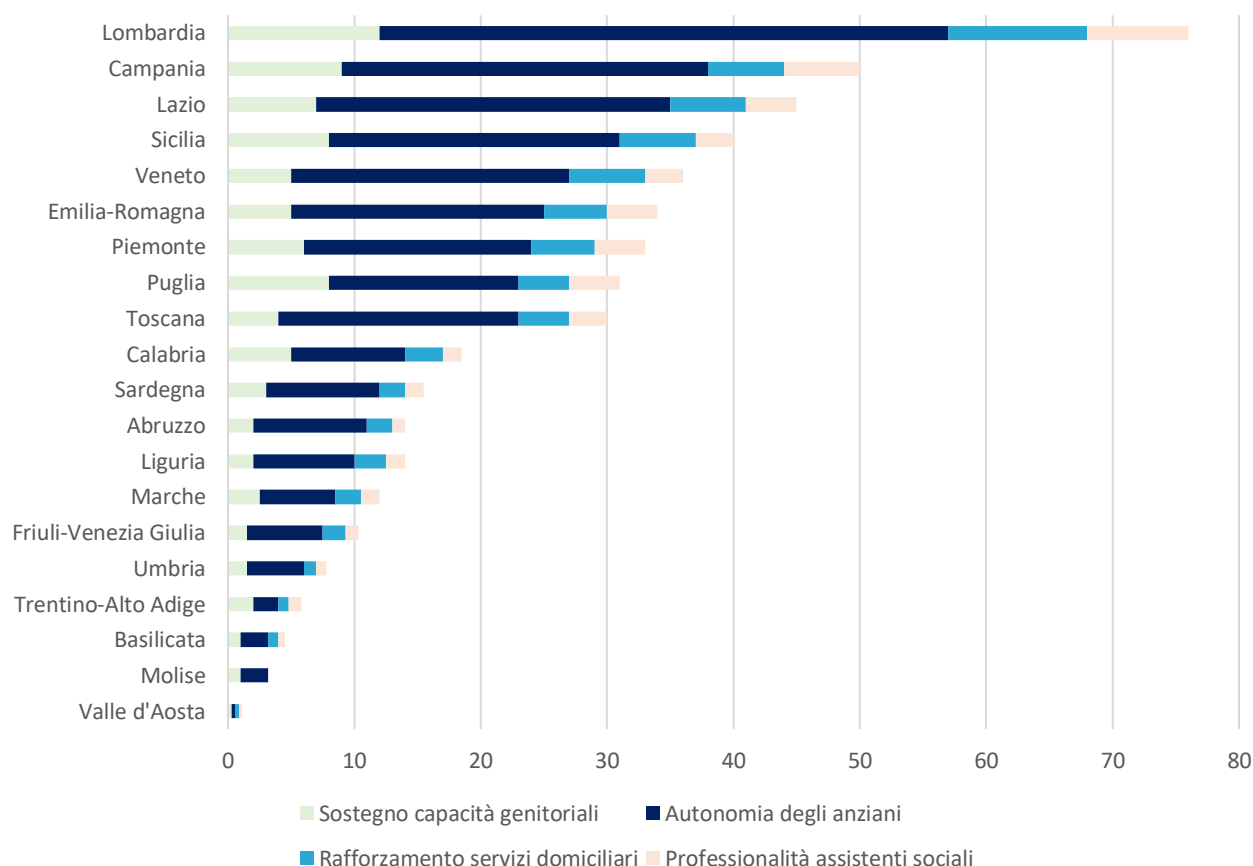
⁵⁰ Forum Terzo Settore – Openpolis.

⁵¹ <https://www.strutturapnrr.gov.it/it/documenti/relazioni-al-parlamento/sesta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pnrr/>

anziani con progetti di autonomia), occorre pertanto accelerare considerevolmente con le fasi esecutive e realizzative del Piano.

Fig.2.9: Fondi PNRR per progetti a favore delle persone vulnerabili

Fonte: Elaborazione Openpolis – Forum Nazionale del Terzo Settore su dati Italia domani



2.4 Accessibilità delle cure: un invecchiamento attivo e in salute passa anche dalla prossimità

Come emerge dai paragrafi precedenti, l'Italia si trova ad affrontare le sfide legate al rapido invecchiamento della popolazione e, conseguentemente, all'aumento esponenziale delle malattie croniche e della non-autosufficienza. In questo contesto, i mutamenti radicali non sono solo nella composizione della domanda di salute, ma anche nella modalità con cui questa va fornita ed erogata dai servizi.

In particolare, si registra una forte domanda di cure e servizi di prossimità, ritenuti essenziali non solo per la loro accessibilità fisica (ed economica) ma anche per la loro capacità di rispondere in maniera più umana, tempestiva ed efficace ai bisogni di salute e assistenza, specialmente per le fasce più fragili della popolazione. Difatti, essere curati nel proprio ambiente di vita, vicino alla famiglia e alla comunità di appartenenza, non solo migliora il benessere psicofisico del paziente, ma favorisce anche una maggiore aderenza ai percorsi terapeutici e una migliore qualità della vita. Inoltre, questo approccio riduce il disagio legato agli spostamenti e ai ricoveri non necessari, promuovendo un senso di continuità e familiarità. Non meno importante, facilitano anche

l'interazione con il tessuto sociale locale, supportando la persona nel mantenimento delle proprie relazioni e attività quotidiane, elementi essenziali per un invecchiamento attivo e dignitoso.

Come noto, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si configura come uno strumento cruciale per ridefinire l'assetto del SSN, promuovendo un paradigma di cure che superi l'attuale impostazione ospedalocentrica a favore di un modello di assistenza di prossimità che possa rispondere in modo più efficace e sostenibile ai bisogni di una popolazione sempre più anziana. Attraverso le misure contenute nella Missione 6 "Salute", il Piano punta al rafforzamento della sanità territoriale con lo sviluppo di una rete di servizi più capillare, integrata e vicina ai cittadini, in particolare agli anziani e alle persone fragili. Questo nuovo assetto si basa su tre pilastri fondamentali: la Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità e il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), supportati da un'ampia digitalizzazione dei servizi.

Un ulteriore elemento centrale nell'accessibilità delle cure e delle terapie è fornito dalle farmacie, che offrono una capillarità senza eguali sul territorio nazionale⁵² e che, negli ultimi anni, hanno ampliato di molto il ventaglio di servizi offerti. Difatti, secondo un sondaggio condotto da Iqvia su un campione rappresentativo di circa 300 farmacie in tutta Italia, si è riscontrato che il 20% delle farmacie offre servizi avanzati, come il monitoraggio delle terapie e il teleconsulto. Il 30-35% fornisce servizi di prevenzione, tra cui la vaccinazione per l'influenza. Il 68% delle farmacie offre un servizio di consegna a domicilio dei farmaci, mentre l'80-90% effettua esami diagnostici di base, come la misurazione della pressione sanguigna o della glicemia⁵³.

A medio termine, si prevede un rafforzamento del rapporto di fiducia tra il cittadino e il proprio farmacista, con quest'ultimo che assume un ruolo sempre più importante come consulente, non solo nella promozione del benessere, ma anche nella prevenzione e nel monitoraggio delle malattie croniche. A lungo termine, invece, l'aspettativa è lo sviluppo di servizi di consulenza in farmacia e l'implementazione di strumenti digitali, come la telemedicina e il teleconsulto, per il monitoraggio a domicilio del paziente.

La promozione della sanità di prossimità rimane un obiettivo fondamentale, anche grazie all'emanazione del DM 77⁵⁴. Il Decreto Ministeriale 77 delinea chiaramente il nuovo ruolo che le farmacie devono assumere, poiché sono citate ampiamente nell'Allegato esplicativo, specificamente nella sezione "Sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN". In questo contesto, le farmacie convenzionate, grazie alla loro presenza costante e diffusa sull'intero territorio, assumono il ruolo cruciale di erogatori di un servizio pubblico essenziale per la salute. Saranno quindi responsabili della distribuzione di farmaci e servizi correlati, nonché dell'assolvimento di compiti assistenziali di base di portata più ampia. Questo approccio mira a garantire un'assistenza sanitaria di qualità, centrata sul benessere della persona.

Lo sviluppo di servizi di prossimità risulta oggi essenziale anche per una maggiore accessibilità degli stessi, un aspetto fondamentale che ne misura la reale efficacia e rafforza il senso di comunità. Ad oggi, difatti, sono numerosi gli anziani (e non solo) che denunciano difficoltà nell'accedervi a causa della crescente complessità burocratica, della mancata chiarezza

⁵² La densità di farmacie per abitanti in Italia (una ogni 2.952 abitanti) è in linea con la media europea (una ogni 3.275 abitanti) a conferma della grande capillarità della farmacia italiana (dati Federfarma).

⁵³ <https://www.aboutpharma.com/business-e-mercato/dal-teleconsulto-alla-consegna-di-farmaci-a-domicilio-cambia-il-ruolo-della-farmacia-in-italia/>

⁵⁴ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

informativa e, soprattutto in età avanzata, della digitalizzazione forzata. Secondo le ultime rilevazioni dell'ISS, un over64 su tre ha difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari⁵⁵, un dato su supera il 40% dei rispondenti nelle regioni meridionali.

Emerge un chiaro tema di mancanza di accessibilità delle cure: un anziano su tre ha difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari, mentre uno su cinque ha rinunciato a cure, visite o esami nell'ultimo anno

Parallelamente, un anziano su cinque ha rinunciato a cure, esami diagnostici o visite nell'ultimo anno, un problema preoccupante e presente già prima della pandemia di COVID-19. La decisione di rinunciare a trattamenti o controlli sanitari è spesso dettata da questioni logistiche (irraggiungibilità, liste d'attesa eccessivamente lunghe, difficoltà di accesso) e dalla percezione di scarsa efficacia dei servizi, ma anche da limitazioni barriere economiche. Si segnala, difatti, il forte incremento della spesa privata "out-of-pocket" per l'assistenza sanitaria (+10,3%) che, nel 2023, ha raggiunto i €40.641 milioni. Questa tendenza mina i principi costituzionali di accesso universale ed equo all'assistenza sanitaria per tutti i cittadini. Ciò aggrava le disuguaglianze sanitarie esistenti, colpendo in modo sproporzionato le popolazioni vulnerabili, e può portare a diagnosi tardive, esiti di trattamento peggiori e un declino della salute pubblica complessiva. Oltre all'impatto diretto sulla salute individuale, questa situazione ha profonde conseguenze sociali ed economiche più ampie: può tradursi in una ridotta produttività nazionale a causa di condizioni croniche non trattate o mal gestite, un aumento delle disuguaglianze sociali e una significativa erosione della fiducia pubblica nel SSN. Questa situazione richiede una rivalutazione urgente dei modelli di finanziamento pubblico per la sanità e un impegno politico forte e inequivocabile per una distribuzione equa delle risorse e la fornitura di servizi in tutte le regioni, al fine di sostenere i principi fondanti del SSN e garantirne la vitalità a lungo termine come bene pubblico.

Un accesso autonomo ai servizi e alle cure è inoltre uno dei pilastri centrali anche del cosiddetto invecchiamento attivo. In tal senso, l'Oms ha elaborato la strategia *Active and healthy ageing* (Aha) per un invecchiamento sano e attivo basata su "tre pilastri": partecipazione, salute e sicurezza, che a loro volta si compongono di altri elementi. La strategia investe infatti sulla capacità dell'anziano di essere una risorsa e di partecipare alla vita sociale, elemento che si stima aumenti la prospettiva di vita del 50%. Nel nostro Paese, rispetto a un impianto normativo che prevede un allungamento della vita lavorativa il percorso di implementazione delle politiche in favore di un invecchiamento attivo non ha avuto piena conclusione.

In quest'ottica, invece, il servizio sanitario nazionale britannico suggerisce piccole azioni che incrementare il livello di partecipazione sociale degli anziani come farsi parte attiva della vita della comunità locale attraverso l'associazionismo, l'iscrizione a corsi o all'università della terza età, restare in contatto telefonico con i cari, imparare a utilizzare il computer o altri strumenti tecnologici, scrivere un diario, uscire all'aria aperta, aiutare gli altri e dedicarsi a iniziative di volontariato.

La maggiore inclusione sociale contribuisce inoltre a contrastare la solitudine, una condizione sempre più diffusa anche tra gli anziani. Secondo le ultime rilevazioni dell'ISS (2023), il 16% degli ultrasessantatrenni afferma di non avere alcun tipo di interazione, incluse quelle telefoniche,

⁵⁵ Sono inclusi servizi dell'AUSL, servizi del Comune, medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali

con altre persone nell'arco di una settimana tipica, mentre il 75% dichiara di non aver visitato luoghi di socializzazione. Nel complesso, il 15% dei soggetti intervistati riferisce di non sperimentare nessuna delle due forme di contatto sociale, trovandosi quindi in una situazione di effettivo isolamento sociale – percentuale che raggiunge il 32% per gli over85. Geograficamente, la condizione di isolamento è più prevalente nelle Regioni meridionali (20%) rispetto al Centro (13%) e al Nord (10%).

Legati alla solitudine e alla mancanza di interazioni sociali sono spesso anche i sintomi della depressione, un fenomeno spesso erroneamente associato solo alle fasce giovanili. In Italia, infatti, circa il 9% degli anziani presenta sintomi depressivi, percentuale che sale al 17% in presenza di difficoltà economiche e al 12% tra coloro che hanno una o più patologie croniche.

*Il 16% degli over64 afferma di non avere alcun tipo di interazione, incluse quelle telefoniche, con altre persone nell'arco di una settimana tipica.
Il 9% soffre di depressione.*

Box 7: Verso il Piano Nazionale per l'invecchiamento attivo

Il "Piano Nazionale Invecchiamento Attivo" è un documento programmatico in via di definizione, promosso dal governo italiano (Decreto Legislativo 29 del 15 marzo 2024), che mira a coordinare le politiche per le persone anziane a livello nazionale, regionale e locale, con l'obiettivo di promuovere il loro benessere e la loro partecipazione attiva alla società. Il piano, che si inserisce nel quadro della legge delega per le politiche in favore delle persone anziane, si concentra su diversi aspetti, tra cui la salute, la partecipazione sociale, l'inclusione, la prevenzione delle fragilità e la cura della non autosufficienza.

Il Piano Nazionale Invecchiamento Attivo si propone di:

- Definire un quadro di riferimento per le politiche in favore degli anziani: include azioni a livello nazionale, regionale e locale, coinvolgendo enti del terzo settore e parti sociali.
- Promuovere la salute e il benessere: interventi che incentivano l'attività fisica, stili di vita sani e l'accesso a servizi sanitari e socioassistenziali.
- Favorire la partecipazione sociale e l'inclusione: contrastando solitudine, isolamento e promuovendo l'impegno civico e la partecipazione alla vita comunitaria.
- Prevenire e gestire la fragilità e la non autosufficienza: sostenendo la permanenza a domicilio, fornendo servizi di prossimità e assistenza adeguata.
- Garantire la mobilità autonoma: sviluppando servizi di trasporto accessibili e adeguati.
- Favorire l'accesso alla cultura: promuovendo la fruizione di attività culturali e ricreative.

Un ruolo strategico nell'elaborazione delle politiche attive per le persone anziane viene ricoperto dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) che, tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) vigenti indica nei criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della

fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale. Il CIPA garantisce inoltre il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo ai soggetti fragili e non autosufficienti, nonché la rilevazione continuativa delle attività svolte, dei servizi erogati e delle prestazioni rese, anche avvalendosi del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA).

CONCLUSIONI E SPUNTI DI POLICY

L'analisi di come le tendenze demografiche stiano incidendo sempre più su una rinnovata e mutata domanda di salute richiede ampio e diffuso approfondimento, trattandosi questa di una delle più radicali trasformazioni che l'Italia sarà chiamata ad affrontare già dai prossimi anni. Per troppo tempo, infatti, si è sottovalutato l'impatto di un così alto e rapido tasso di invecchiamento, nascondendo – consapevolmente o no –, dietro l'eccellente e invidiabile primato di longevità della nostra popolazione, i nodi relativi a come allungare anche gli anni di vita in salute.

Il divario tra l'aspettativa di vita alla nascita e l'aspettativa di vita in salute continua infatti ad ampliarsi, raggiungendo un valore di 16 anni di cui ben 11 di scarsa qualità. Ciò ha un impatto devastante sui cittadini (per i quali, tra l'altro, l'aspettativa di vita in salute corrisponde esattamente all'età pensionabile), ma anche sui rispettivi familiari e, non da meno, sul nostro sistema di cure chiamato a dirottare strutture, personale e finanziamenti all'assistenza e al benessere dei nostri anziani. In tale scenario, caratterizzato da numerose complessità e specificità, oltre che dalla ormai consueta frammentazione geografica che caratterizza ogni aspetto sociale italiano, l'attuale sistema di cure e assistenza mostra ormai evidenti limiti.

In primo luogo, è ormai opinione diffusa e comune che urge **superare l'attuale sistema ospedalocentrico** a favore di modelli costruiti sui principi di prossimità e accessibilità. Tuttavia, gli interventi ideati e previsti dal PNRR ideati per affrontare il problema sembrano, ad un anno dalla scadenza del Piano, tutt'altro che risolutori della questione: ad esempio, anche nel caso in cui "target" e "milestone" sono effettivamente stati raggiunti, le nuove strutture di prossimità, come le Case di Comunità, non hanno ancora una chiara struttura organizzativa e non prevedono personale aggiuntivo (necessario, soprattutto in un'ottica di sviluppo di equipe multidisciplinari). Parallelamente, i considerevoli e a lungo auspicati passi avanti sulla digitalizzazione della sanità si scontrano nella realtà con una popolazione anziana dai bassissimi tassi di alfabetizzazione digitale, con il rischio di far diventare la tecnologia una nuova barriera e i nuovi servizi un diritto di fatto inaccessibile.

Occorre pertanto intervenire per portare la scelte in materia di organizzazione e governance su **setting appropriati** e che riflettano realmente la composizione della popolazione italiana. In un contesto di cronicità, multi-cronicità e crescenti tassi di non autosufficienza e disabilità, urge infatti **passare da modelli di "gestione delle patologie"**, ciascuna curata da un singolo medico, **ad una reale "gestione della persona" superando silos terapeutici e assistenziali**. Si favorirebbe così non solo una razionalizzazione delle risorse, ma soprattutto percorsi di cura molto più efficaci e adatti alla complessa realtà del giorno d'oggi. A tal fine, è imprescindibile intervenire per **garantire omogeneità delle cure e della disponibilità di servizi**, ma anche definire con maggiore **chiarezza i ruoli, le responsabilità e i compiti** di ciascun operatore e servizio nel settore.

Un cambio di approccio in questa direzione aiuterebbe, difatti, anche a **garantire percorsi terapeutici più adeguati, ed un ricorso più consapevole e mirato alla somministrazione di farmaci**, aspetto oggi ancora critico e che vede un terzo degli anziani ricorrere quotidianamente a più di dieci medicinali. Si favorirebbe, inoltre, la possibilità di percorsi di terapia e cura sempre più personalizzati che, tuttavia, hanno come prerequisito fondamentale la piena **accessibilità di operatori e pazienti a dispositivi e medicinali caratterizzati da innovazione di qualità**.

Essenziale, per un tale cambio di paradigma, è la disponibilità di ingenti quantità di **dati sanitari stratificati**. In tal senso, non è più rimandabile la necessità di confronto tra le istituzioni operanti nel mondo della salute e il **Garante della Privacy** affinché tali informazioni siano messe a disposizione delle equipe in modo da poter offrire una **reale conoscenza dei bisogni sanitari e una consapevole presa in carico della persona**.

Alla radice delle questioni analizzate vi è anche la necessità di dare una maggiore **centralità alla prevenzione**. Questa va potenziata non solo per gli attuali over65, per i quali, come descritto, occorre comunque promuovere stili di vita più sani, ma anche per la popolazione adulta e giovane: difatti, se si intende garantire la sostenibilità del SSN, ma anche dell'intero assetto welfaristico e sociale italiano, le prossime generazioni di anziani dovranno necessariamente invecchiare in salute. Come già proposto in altri Paper I-Com, uno degli interventi più urgenti per la sostenibilità del SSN riguarda infatti il **rafforzamento della governance della prevenzione**, oggi frammentata e priva di un coordinamento centrale strutturato. È necessario definire un piano pluriennale con obiettivi misurabili, fondi dedicati e una regia unica, capace di coordinare il livello nazionale, ma anche la programmazione e il finanziamento a livello regionale. Un cambio di approccio in tal senso è fondamentale anzitutto per la sostenibilità della programmazione nazionale, anche in vista della stesura del nuovo **Piano di Prevenzione Nazionale (2026-2031)** (rafforzando le politiche di screening) e all'urgente **aggiornamento del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV)** (ad esempio, con l'aggiunta dell'immunizzazione contro il virus sinciziale), nonché di quelle regionali, per le quali occorrerebbe avviare un ragionamento per una definizione di nuovi e aggiornati criteri di riparto che tengano conto delle specificità territoriali.

Questo approccio consentirebbe di superare la logica della progettualità a scadenza e degli interventi episodici, a favore di una programmazione strutturale e integrata, con finanziamenti monitorabili e basati sulle esigenze della popolazione. Appare difatti quantomeno auspicabile **introdurre meccanismi di monitoraggio e valutazione trasparente per i programmi di prevenzione**. L'utilizzo sistematico di indicatori di risultato e di impatto dovrebbe diventare prassi nella gestione dei fondi, permettendo di identificare le misure più efficaci e correggere le inefficienze. Al contempo, al livello nazionale è ormai imprescindibile **integrare l'approccio prevention-first in tutte le fasi della programmazione** con, ad esempio, la piena considerazione della prevenzione nei PDTA (facendoli così diventare PPDTA), e un allargamento degli indicatori di prevenzione inclusi nei LEA così da includere anche i principali determinanti di stili di vita sani e i tassi di adesione alle campagne di screening.

Parallelamente, gli sviluppi a livello europeo, con il riconoscimento della salute tra gli *"asset"* strategici e le regole del nuovo Patto di Stabilità, offrono l'opportunità di considerare gli investimenti nel settore sanitario - in particolare nella prevenzione - come strategici per la sicurezza e la resilienza nazionale e pertanto sottoponibili e minori restrizioni di bilancio. È pertanto ora fortemente auspicabile che in Italia, così come negli altri Stati UE, gli **investimenti in prevenzione** siano riconosciuti come fattori positivi per la sostenibilità di bilancio a lungo termine e che sia loro concesso un maggior grado di flessibilità all'interno dei piani strutturali di bilancio degli Stati membri. Conseguentemente, le nuove regole fiscali dovrebbero **escludere gli investimenti di medio e lungo termine in prevenzione dal calcolo dei livelli di deficit o di debito degli Stati membri quando si valuta la conformità alle regole fiscali**.

Un'ulteriore criticità che emerge dall'analisi riguarda le numerose **barriere che ancora limitano l'accesso ai servizi e alle cure**. Ciò è inteso economicamente, con un crescente numero di over65

che rinunciano a visite ed interventi per mancanza di risorse, ma anche in termini di **barriere conoscitive, burocratiche e tecnologiche** che oggi impediscono una piena utilizzazione di questi da parte della popolazione anziana. Il concetto di prossimità, difatti, è ancora sviluppato solo in termini fisici, mentre occorrerebbe ampliarne la concezione e la reale incisività sui percorsi di cura e terapia delle persone.

Fondamentale, in tal senso, è promuovere **nuove modalità per dare piena conoscenza e contezza dei servizi**, integrandoli a tutti gli effetti nella vita e nella quotidianità delle comunità e dei quartieri. Best practice già attuate in alcuni comuni sono, ad esempio, le giornate di prevenzione e sensibilizzazione organizzate dalla strutture sanitarie territoriali direttamente in piazza o nei luoghi maggiormente frequentati dalla generazione Silver (ad esempio i centri anziani), o anche una più semplice predisposizione di cartellonistica e segnaletica che indichi l'ubicazione dei servizi, il loro scopo e le modalità di accesso. Particolare attenzione va inoltre riservata alle **aree interne** del nostro Paese, così come alle aree montane e alle isole minori: essendo molti di questi centri abitati a più di trenta chilometri da servizi o presidi di cura, il tema della mancata accessibilità è ancora più impellente.

Un reale superamento barriere informative passa anche dal mettere gli anziani nelle condizioni di **leggere e monitorare il proprio livello di salute**. I dati sull'errata assunzione di farmaci, sulla mancata aderenza terapeutica e sull'affidamento a sistemi di monitoraggio non all'altezza evidenziano infatti l'urgenza di sviluppare nuove **forme di monitoraggio** ed accompagnamento terapeutico. I cittadini devono essere messi nelle condizioni di avere accesso alle soluzioni più **efficaci e di qualità**, tanto in termini farmacologici che relativamente a dispositivi medici e wearable.

In conclusione, appare chiaro che l'elevata complessità delle sfide analizzate (che sono solo una parte dei numerosi aspetti che riguarderanno il rapido invecchiamento della popolazione) non può che portare, nel breve termine, a un ripensamento radicale del sistema di cura e di assistenza. È oramai opinione diffusa che il sistema sanitario e il sistema di politiche sociali ed assistenziali, oggi strutturati in modo distinto e separato, con linee di intervento e portafogli slegati gli uni dagli altri, debbano necessariamente evolversi verso una **maggiore integrazione**. Anzitutto, ciò riguarderebbe gli aspetti di governance a **livello nazionale**, con un'integrazione della programmazione e dei finanziamenti, nonché dei monitoraggi e delle misurazioni, sotto un unico ministero delle politiche sociosanitarie. Parallelamente, ne gioverebbero anche i **sistemi di cura locali**, nei quali una maggiore integrazione e condivisione tra strutture ospedaliere, servizi sociali, presidi territoriali e MMG può portare a una reale presa in carico del paziente nello spirito degli obiettivi di prossimità e maggiore umanizzazione delle cure individuati anche dal PNRR. Per facilitare tali procedure, i Comuni possono inoltre fornirsi di **Garanti per i diritti delle persone anziane**, figure professionali che potrebbero dare un grande contributo nel rafforzare una rete di prossimità integrata quantomeno nelle Città Metropolitane e ai livelli provinciali.