COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUGLI EFFETTI ECONOMICI E SOCIALI DERIVANTI DALLA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA IN ATTO

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

16.

SEDUTA DI MARTEDÌ 15 LUGLIO 2025

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **GIUSEPPE CASTIGLIONE**
INDI
DELLA PRESIDENTE **ELENA BONETTI**

INDICE

PAG.

Sulla pubblicità dei lavori:

Castiglione Giuseppe, *presidente* 3

Audizione del Sottosegretario di Stato al Ministero della salute, on. Marcello Gemmato:

Bonetti Elena, *presidente* 10

PAG.

Castiglione Giuseppe, *presidente* 3, 6, 7

Gemmato Marcello, *Sottosegretario di Stato al Ministero della salute* 3, 8, 9

Russo Gaetana (FdI) 7

ALLEGATO: Memoria presentata dal Sottosegretario Marcello Gemmato 11

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE GIUSEPPE CASTIGLIONE

La seduta comincia alle 12.50.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della presente audizione sarà assicurata anche tramite l'impianto audiovisivo a circuito chiuso e la trasmissione in diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Non essendovi obiezioni, dispongo l'attivazione dell'impianto.

Audizione del Sottosegretario di Stato al Ministero della salute, on. Marcello Gemmato.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Sottosegretario di Stato al Ministero della salute, onorevole Marcello Gemmato, che è accompagnato dalle sue collaboratrici, la dottoressa Lorena Capizzi e la dottoressa Alice Petruzzo.

Ricordo che l'onorevole Gemmato è stato delegato dal Ministro Schillaci a comparire in sua vece nell'ambito di questo ciclo iniziale di audizioni dei soggetti istituzionali più qualificati a fornire alla Commissione i principali elementi informativi necessari per lo svolgimento delle sue funzioni ai sensi della delibera istitutiva.

Il Sottosegretario Gemmato, inoltre, ha presentato alla Commissione una memoria relativa ai contenuti della presente audizione, che sarà trasmessa ai commissari e che sarà pubblicata, se egli concorda, in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna. L'onorevole Gemmato concorda.

Ringrazio quindi l'onorevole Gemmato per la disponibilità a partecipare ai lavori della nostra Commissione e gli do la parola per lo svolgimento della sua relazione, al termine della quale potranno intervenire i commissari che lo richiedano.

Prego.

MARCELLO GEMMATO, *Sottosegretario di Stato al Ministero della salute*. Grazie, presidente Castiglione, per l'introduzione e per l'ospitalità.

Per suo tramite vorrei ringraziare la Commissione tutta, perché mi consente di sviluppare questa relazione, che – come ricordava –, essendo corposa, allegherò al mio intervento. Io leggerò un *abstract*, non prima di condividere con lei alcune considerazioni, che peraltro fanno parte della relazione che sto depositando, le quali sostanzialmente si riferiscono al Sistema sanitario nazionale pubblico, al tema dell'Italia che invecchia, quindi alle giuste preoccupazioni che l'invecchiamento della popolazione porta con sé e, non avendo noi una coperta così larga per interpretare tutti i desiderata in termini di salute del popolo italiano, a cosa cerchiamo di fare e a cosa il Ministero sta facendo per porre in essere e per rendere sostenibile lo stesso Sistema sanitario nazionale.

Ricordo che abbiamo un dato positivo, ovvero il fatto che l'Italia è una delle popolazioni più longeve al mondo, mentre come elemento negativo – purtroppo –, viviamo un inverno demografico, vi è una natalità di 1,18 bambini per donna. Questo diventa distorsivo sicuramente per altre fattispecie – penso soprattutto alla tenuta dei conti dell'INPS (se non facciamo più figli e invecchiamo la sostenibilità diventa abbastanza difficile) –, ma un *focus* particolare, per quanto attiene alle mie deleghe e al Ministero che in questo momento rap-

presento, è relativo allo stato di salute dell'Italia. Infatti, è vero che noi invecchiamo, però dovremmo tendere a un invecchiamento attivo, quindi cercando di far conclamare i sintomi quantomeno a più di 80 anni. Registro che oggi gli ultraottuagenari prendono tra le 10 e le 15 dosi di farmaci al giorno; ciò significa che vi è comorbidità, cioè coesistenza di più patologie insieme. La sfida reale che il Sistema sanitario nazionale pubblico oggi deve abbracciare è quella di diventare sostenibile e di investire in prevenzione, per fare in modo che determinate patologie non si conclamino, quindi si possa rendere lo stesso Sistema sostenibile anche dal punto di vista economico, ovviamente facendo bene ciò che siamo chiamati a fare, cioè curare gli italiani.

Leggo l'*abstract*, uno *speech* estratto dal documento più corposo, presidente, che le consegno perché sia allegato agli atti, come ricordava opportunamente lei poc'anzi.

Ringrazio tutti quanti voi, perché l'occasione mi consente di illustrare le implicazioni correlate all'attuale situazione demografica italiana con riferimento agli aspetti riguardanti il Sistema sanitario nazionale pubblico. L'analisi della situazione demografica italiana evidenzia – come ricordavo – che il nostro è uno dei più longevi Paesi al mondo. Nonostante il crescente invecchiamento della popolazione, si assiste a un progressivo miglioramento degli indicatori di salute della popolazione *over* 75 (al termine di questo *abstract* vi lascerò anche un dato di conforto rispetto alla presenza e anche alle *performance* del nostro Sistema sanitario nazionale, nonostante la popolazione invecchi). In altri termini, rispetto al passato, sussiste un graduale spostamento della comparsa di condizioni di salute severe verso età più avanzate. Tuttavia, le persone anziane che necessitano di cure e assistenza in termini assoluti non sembrano diminuire. La presenza di cronicità e di multimorbilità, infatti, ha un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività della vita quotidiana e sulla qualità della vita.

Alla luce dell'attuale assetto demografico ed epidemiologico, promuovere l'invecchiamento attivo e in salute – salute che, com'è noto, è un diritto tutelato dalla nostra Costituzione – è fondamentale per aumentare lo stato di benessere fisico e psichico della popolazione, anche per ridurre – come ricordavo – i costi di cura e di assistenza. In questo contesto, i fondamentali obiettivi della promozione della salute sono: mantenere l'autonomia e la qualità della vita, prevenire o ritardare l'insorgenza di malattie croniche e di disabilità, favorire l'invecchiamento attivo e la partecipazione sociale, contrastare l'isolamento e la solitudine. Le strategie di prevenzione delle malattie, invece, possono essere così riassunte: quanto alla prevenzione primaria, vaccinazioni (antinfluenzale, antipneumococcica e anti-Herpes Zoster 2), stili di vita sani (alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, astensione da fumo e da alcol) e promozione della salute mentale (attività cognitive, socializzazione, supporto psicologico); vi è, poi, la prevenzione secondaria, quindi *screening* dei tumori – in Italia abbiamo tre tipi di tumori che vengono sottoposti a *screening* e inseriti nei livelli essenziali di assistenza (LEA): quelli del colon-retto, della mammella e della prostata – e controllo dei fattori di rischio (ipertensione, diabete e colesterolo); passiamo, infine, alla prevenzione terziaria, che prevede la gestione integrata della cronicità, la riabilitazione e il supporto domiciliare, la telemedicina e il monitoraggio a distanza.

Sulla base di questo panorama, la programmazione sanitaria, per essere efficace, deve dotarsi di strumenti e strategie utili a gestire al meglio le risorse a disposizione in termini economici e professionali e a garantire cure appropriate secondo criteri di equità. Il modello di stratificazione del rischio – come già illustrato nel Piano nazionale della cronicità del 2016 dal Ministero della salute – consente di adottare interventi mirati e personalizzati, con l'attivazione tempestiva dei servizi appropriati per il paziente, secondo il modello della « sanità d'iniziativa », che interviene prima che le condizioni del paziente si aggravino e indipendentemente dalla sua richiesta. Il decreto ministeriale n. 77 del 2022, da ul-

timo, promuove anche un modello di assistenza territoriale proattiva integrata, individuando la stratificazione del rischio come uno degli strumenti chiave per pianificare i servizi sanitari in modo più efficiente, migliorare la continuità assistenziale e ridurre le ospedalizzazioni evitabili, quindi con una migliore cura e un evidente risparmio.

Per quanto concerne la sorveglianza della popolazione anziana, occorre ricordare « PASSI d'Argento », un sistema di sorveglianza per monitorare la qualità della vita, la salute e i bisogni assistenziali delle persone con più di 64 anni, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. L'obiettivo principale del sistema è quello di raccogliere dati utili per orientare le politiche sanitarie e sociali, promuovendo un invecchiamento sano e attivo – come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità –, supportando la programmazione sanitaria regionale e nazionale e aiutando a identificare criticità e aree di intervento. Nello specifico, con il sistema PASSI d'Argento vengono monitorati lo stato di salute, l'autonomia funzionale, i fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso e obesità, consumo di frutta e verdura, vaccinazioni), i bisogni di cura e assistenza, il benessere psicologico e sociale, la partecipazione sociale e il ruolo dell'anziano come risorsa.

Fermo restando quanto finora riferito, occorre ora evidenziare che un'importante scelta politica indirizzata alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie nelle persone anziane è rappresentata dalla legge 23 marzo 2023, n. 33, recante « Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane », che dà avvio a una riforma strutturale delle politiche per gli anziani, in particolare in materia di invecchiamento attivo, inclusione sociale e prevenzione delle fragilità, nonché di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria e per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane anche non autosufficienti.

In attuazione della citata legge, è stato poi emanato il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. Obiettivo primario del complesso normativo è quello di realizzare una vera integrazione sanitaria, sociale e assistenziale sul territorio e presso le abitazioni degli anziani, anche in funzione della riduzione del carico assistenziale degli ospedali e dei pronto soccorso, chiamati a fornire prestazioni spesso improprie e incongrue (questo è un tema molto attenzionato dal Ministero). Tale integrazione permette la riduzione della spesa ospedaliera a favore di interventi domiciliari e territoriali, anche funzionali all'erogazione di interventi di prevenzione e monitoraggio, nonché di cure palliative, ove necessario. Un caposaldo è rappresentato dall'integrazione sociale, sanitaria e assistenziale in un approccio *bottom-up*, a partire da una valutazione multidimensionale finalmente integrata, che includa gli aspetti sociali, sanitari e assistenziali, nonché gli attori istituzionali di riferimento – ASL, comune, Agenzie di Tutela della salute (ATS) e INPS.

Finalità ultima della riforma è quella di abbandonare l'approccio di tipo prestazionale, che da sempre caratterizza l'assistenza domiciliare e, in generale, le attività sul territorio, creando finalmente un vero e proprio *continuum* assistenziale all'interno del quale l'anziano, dopo un'adeguata valutazione, entra e viene preso stabilmente in carico, finalizzato a porre fine ai fenomeni di abbandono cui troppo spesso gli anziani vanno incontro. In altri termini, con dette norme si promuove una modalità di intervento multiforme basata su un lavoro di *équipe* e sull'integrazione dei punti di vista attraverso il confronto tra professionalità differenti – in particolare provenienti dall'ambito sociale e da quello sanitario – che lavorano in maniera congiunta alla valutazione e al trattamento dei bisogni assistenziali complessi, i quali richiedono un'assistenza multidimensionale, continuativa e integrata.

In questo fondamentale cambio di passo per la tutela e il benessere delle persone anziane, si punta sempre più sulle cure domiciliari e territoriali per ridurre ospedalizzazioni e costi, mantenendo gli an-

ziani il più possibile nelle loro case. Si tratta di un cambio di paradigma impresso dal Ministero della salute, che ha finalizzato a questo scopo le risorse messe a disposizione dal PNRR. L'obiettivo di garantire interventi domiciliari per almeno il 10 per cento degli assistiti *over* 75 risponde a questa visione strategica, che ha portato a un significativo aumento nell'erogazione della presa in carico domiciliare, anche grazie allo sforzo – ancora da completare – d'integrazione tra l'ambito sociale di competenza dei comuni e l'ambito socio-sanitario delle ASL.

In questo senso, un ulteriore elemento centrale nelle politiche sanitarie è costituito dal concetto di « prossimità ». In questa logica, il Servizio sanitario è chiamato a fare uno sforzo ulteriore per garantire a queste categorie un'assistenza più vicina e accessibile. La prossimità può essere vista sotto tre diverse prospettive: la prima è quella della posizione fisica, ovvero portare l'assistenza nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, attraverso servizi territoriali e domiciliari; la seconda è la postura, cioè il modo in cui si eroga la cura, un atteggiamento che implica ascolto, conoscenza profonda dei bisogni (anche di quelli che non si trasformano in richieste esplicite) e maggiore equità; la terza è costituita dalla partecipazione, che coinvolge la società civile, le associazioni, il terzo settore e tutte le risorse presenti sul territorio, per costruire un sistema più condiviso e comunitario.

Un aspetto fondamentale che accompagna questo cambiamento è costituito dalla trasformazione digitale, promossa anche dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, che assicura la diffusione della telemedicina, lo sviluppo di piattaforme digitali e l'utilizzo degli algoritmi intelligenti, che rappresentano strumenti preziosi per supportare medici e pazienti, soprattutto nelle cure primarie e nell'assistenza domiciliare.

Va letta all'interno di questo approccio strategico anche la sperimentazione della « farmacia dei servizi », finanziata con risorse aggiuntive del Ministero della salute, che al termine di un quinquennio è in fase di valutazione per potersi inserire stabilmente come servizio. La farmacia diventa in tal senso un presidio sanitario del distretto, nodo di prossimità di una rete costituita dalle case di comunità, dagli ospedali di comunità, dalla rete dell'assistenza primaria, integrati dalla regia delle centrali operative territoriali (COT). La capillarità delle farmacie, presenti in aggregati di 3 mila assistiti, permette, infatti, di erogare servizi di supporto alla corretta presa in carico, di valutazione dello stato di compenso della cronicità e di aderenza alle terapie, che hanno come obiettivo ultimo il guadagno di salute e la qualità della vita della popolazione più anziana, spesso affetta da patologie croniche, misurabile attraverso un minor ricorso alla ospedalizzazione e al pronto soccorso per queste fasce di età.

In definitiva, la sanità di prossimità non è soltanto una questione logistica o tecnologica, ma un vero e proprio cambio di paradigma che pone la persona al centro e valorizza l'azione, l'ascolto e il coinvolgimento del tessuto sociale. In tale contesto, la sanità digitale diventa un alleato indispensabile per rafforzare e rendere più efficace questo nuovo modello.

Concludo evidenziando – come anticipato all'inizio della mia relazione – che in merito alla preoccupazione circa il progressivo invecchiamento della popolazione e la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, da un'analisi effettuata dal Ministero della salute, che ha incrociato i dati ISTAT sulla popolazione residente in Italia con quelli prodotti dal CENSIS riguardanti la spesa media sanitaria per paziente stratificata per età, si evince come l'impatto del suddetto invecchiamento porti a un incremento di spesa pari allo 0,7 per cento, a fronte di un incremento del finanziamento del Fondo sanitario nazionale del 4 per cento per l'anno 2024. Conseguentemente, grazie agli importanti incrementi reali del finanziamento, siamo in grado di far fronte anche a questo problema.

PRESIDENTE. Ringrazio il Sottosegretario Gemmato.

Do ora la parola ai colleghi parlamentari che intendono intervenire per formu-

lare quesiti, osservazioni o richieste di chiarimenti.

Prego, onorevole Russo.

GAETANA RUSSO. Grazie, presidente.

Mi scuso innanzitutto per essere arrivata in ritardo, Sottosegretario, quindi non ho avuto il piacere, così come la collega Matera, di poter sentire il merito, quantomeno iniziale, della sua relazione, per cui aspetto di poter leggere la sua memoria in modo più articolato.

Ho una mera curiosità, che avrei esteso anche alla presidente Bonetti, perché credo che il prosieguo del ciclo di audizioni prevederà anche una parte legata più all'eventuale sostegno fornito in ambito scientifico e medico, che come Governo proveremo a valutare anche relativamente alla tema della transizione demografica. Infatti, se è vero quello che ci raccontava prima, vale a dire che le misure che sono state messe in campo dal Governo Meloni riescono a far fronte quantomeno al progressivo invecchiamento della nostra società e, quindi, a lenire l'impatto dell'innalzamento dell'età media della popolazione, anche sull'assistenza medico-sanitaria, che stiamo provando a sostenere in vario modo, ci chiediamo – perché sarà questo il fulcro, forse, di ciò che riusciremo a capire meglio in questa Commissione – anche dal punto di vista medico come potremo provare a far fronte a un calo demografico che oggettivamente si registra, soprattutto se impatta anche quell'aspetto. Infatti, nel corso delle precedenti sedute diversi auditi hanno sottolineato anche l'importanza dello stile di vita, questo vivere decisamente più stressato. Lo stesso Ministro Abodi ci ha parlato, nella sua audizione, delle linee che porta avanti all'interno del proprio dicastero, volte alla diffusione di una cultura più sana per il corpo e per la mente, dal momento che ciò aiuterebbe a essere più in salute e, quindi, anche alla possibilità stessa di fare figli, al di là delle misure strettamente economiche o di sostegno che il Governo sta mettendo in campo. Le chiedo, quindi, se ci può dire, approfittando anche della sua competenza e della sua formazione personale, se e come indirizzarci anche verso un supporto di natura medica sul tema del sostegno alla natalità.

Questo è l'unico quesito che mi sento di porle. La ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento da parte dei colleghi parlamentari, prima di dare la parola al Sottosegretario, che ringrazio per la puntualità della sua relazione, aggiungo qualche osservazione.

Innanzitutto, condivido i dati, che ormai sono patrimonio di questa Commissione e che abbiamo puntualmente sviscerato, in particolare la capacità di ogni donna di generare figli giunta a livelli molto bassi in Europa. Siamo tra i Paesi che segnano un forte calo delle nascite dal 2008 al 2023: parliamo di 200 mila nati in meno. Quindi, condividiamo tutti questi dati e la ringraziamo per questo.

C'è un tema di politica sanitaria che il Governo sta portando avanti che riguarda la medicina territoriale, la medicina di prossimità, e su questo non possiamo che concordare. Tuttavia – chiederei su questo una considerazione al Governo –, ci ritroviamo, purtroppo, in una regione come la Sicilia, ad esempio, dove si sta redigendo la nuova rete ospedaliera ma la gente continua ad aggrapparsi al proprio ospedale. Questo accade perché gli ospedali di comunità non sono decollati, perché le centrali operative territoriali (COT) non sono ancora state attivate, perché le case di comunità non sono ancora state avviate. Peraltro, i dati che lei riferiva all'inizio del suo intervento diventano ancora più drammatici nel Mezzogiorno e nelle aree interne, dove ci sono paesi difficilmente raggiungibili, dove manca il pediatra di base, dove manca il medico di medicina generale, dove si fa fatica ad avere queste risorse. Quindi, in questo momento, l'unico punto di riferimento è l'ospedale, che può anch'esso trovarsi in zone disagiate.

Dovremmo lavorare in questa maniera per poter far sì che si arrivi a questa evoluzione da tutti auspicata. D'altronde, chi può essere contrario alla sanità digitale, alla sanità di prossimità o alle cure domiciliari ? Siamo tutti favorevoli alla presa in carico del paziente, che è sempre più an-

ziano. Però, dovremmo trovare la maniera, oggi, di non dare la percezione che in moltissime aree del nostro Paese ci sia una mancata assistenza sanitaria. Lo vive in particolare la popolazione più anziana, ma lo vive tutta la popolazione. Quindi, noi riceviamo continue sollecitazioni a difendere alcuni ospedali. Lungi da noi pensare a una sanità ospedalizzata, però non c'è dubbio che tutto questo vada raccordato. Ci deve essere un'analisi più puntuale e non ci si deve trincerare dietro al fatto che se non si raggiungono gli 80 mila utenti non si è presidio di base e, dunque, la programmazione dell'ospedale è posta al minimo della sopravvivenza, considerato che i pronto soccorso difficilmente reperiscono i medici.

Considerate, dunque, la sua esperienza, la sua capacità e la sua vocazione alla medicina di prossimità – e penso che il Governo condivida queste linee strategiche –, le ultime normative, le evoluzioni che ci sono state, che peraltro condividiamo tutti noi, le chiedo un'osservazione su come rispondere ai bisogni della popolazione, perché, in attesa dell'*optimum*, bisogna comunque garantire un'assistenza sanitaria di qualità. Quindi, laddove ci sono i presìdi ospedalieri, che di fatto hanno sostituito tutto, in attesa che nelle nostre province si attuino e si utilizzino le risorse del PNRR per le case di comunità, le centrali operative territoriali e gli ospedali di comunità, tutto questo deve avere un adeguato supporto dagli unici presìdi attualmente attivi, che in questo momento sono gli ospedali. Ma penso che anche questo aspetto, con la volontà e la determinazione con cui il Governo sta portando avanti tutto questo, riusciremo a risolverlo e, quindi, saremo in grado di dare alla gente l'idea che il Governo è presente e che su questo versante vuole dare un sostegno reale all'assistenza sanitaria dei nostri cittadini.

Do, quindi, la parola al Sottosegretario Gemmato per la replica.

MARCELLO GEMMATO, *Sottosegretario di Stato al Ministero della salute*. Grazie, presidente.

Cerco di rispondere alle puntuali sollecitazioni che mi sono venute, condividendo l'impianto alla base della sua osservazione. Non voglio entrare in polemica né fare ricognizioni rispetto al passato, però è evidente che il decreto ministeriale n. 70 del 2015 ha portato a una razionalizzazione/chiusura di tanti ospedali (questo era – semplifico – il pilastro di tale decreto), con la promessa di attrezzare la cosiddetta « sanità territoriale », che doveva fare da contraltare a questa ristrutturazione. A mio avviso, è stato realizzato e si sta purtroppo ancora realizzando il primo passaggio, ovvero la chiusura degli ospedali, però parallelamente il territorio non è stato attrezzato, come prevedeva lo stesso decreto, per rispondere alla chiusura dei diversi ospedali. Il risultato è che oggi gli accessi al pronto soccorso – io lo rilevo nell'esercizio della mia funzione e, comunque, leggendo costantemente i dati in possesso a livello ministeriale – sono per il 60-70 per cento codici verdi o codici bianchi. Ciò significa che, fatte cento le persone che si recano in un pronto soccorso, 60-70 in quel pronto soccorso non dovevano neanche arrivarci. Questo dato pone chiaramente in evidenza che non esiste più quella rete territoriale che funge da filtro: per qualsiasi esigenza di carattere sanitario ci si rivolge all'ospedale.

Stiamo cercando di invertire e stiamo invertendo questa narrazione, in parte attingendo a quello che abbiamo ereditato, ovvero il PNRR. Chi prima di noi ha strutturato il PNRR aveva immaginato 1.350 case di comunità, 605 centrali operative territoriali e 400 ospedali di comunità, che poi sono stati rivisti, rimodulati e riorganizzati. La scadenza è giugno 2026, quindi entro quella data devono essere operativi. All'interno degli stessi si sta cercando di fornire personale – cosa che purtroppo non era stata prevista nella redazione del PNRR da chi ci aveva preceduto – e macchinari di indagine diagnostica di base, per far sì che quel dato del 60-70 per cento di cui vi dicevo venga filtrato dalle case di comunità con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri strutturalmente presenti all'interno degli stessi, e anche i « sumaisti » (gli specialisti convenzionati), che possono garan-

tire un primo filtro importante di accesso al sistema sanitario.

Del resto – come ricordavo –, oggi per ogni banalità ci si rivolge al pronto soccorso, il che genera un disservizio, perché affluisce all'ente ospedaliero tanta gente che non vi dovrebbe affluire, ritarda l'erogazione di prestazioni e contribuisce all'idea malsana che il nostro sistema sanitario non funziona. Vi faccio un esempio che ho potuto verificare di persona: in un pronto soccorso una persona per un polso parzialmente slogato ha dovuto attendere 4-5 ore prima di essere curato. Chiaramente questa persona si fa l'idea che il sistema sanitario non funziona. Ma se quella persona è lì in attesa è perché naturalmente si dà la precedenza ai codici rossi. A questa situazione – non voglio neanche toccare questo tema –, peraltro, si aggiungono i fenomeni distorsivi delle aggressioni. Quando una persona si reca in un pronto soccorso legittimamente, ha un rapporto biunivoco: io ho il problema, tu me lo devi risolvere; non mi interessa che quello che sta accanto magari ha la testa aperta, io ho questo problema, tu me lo devi risolvere. Quando si ha a che fare con delinquenti veri e propri, il delinquente pensa di poter esercitare questa unidirezionalità aggredendo l'operatore sanitario.

Oggi stiamo mettendo in campo questa rete, che coinvolge anche le farmacie pubbliche e private convenzionate. Per darvi un elemento di valutazione, rammento che in Italia c'è una casa di comunità ogni 50.000 abitanti e una farmacia (pubblica o privata convenzionata) ogni 3.200, ci sono 20.000 farmacie e 1.000 case di comunità. Ebbene, stiamo cercando di mettere insieme tutto questo con la realizzazione della farmacia dei servizi, dimodoché tutta l'indagine diagnostica di base possa essere filtrata. Vi faccio un esempio. Se a San Paolo Albanese, un paesino in provincia di Potenza, una persona pensa di avere un problema cardiologico e deve andare in ospedale, se prende la corriera impiega tre ore, se si fa accompagnare da qualcuno, con i relativi costi indiretti (permessi e quant'altro) impiega un'ora e mezza, invece può recarsi immediatamente nella farmacia sotto casa per fare un elettrocardiogramma. A tal riguardo, voglio ricordare che l'elettrocardiogramma è diagnosticato da un medico professionista, quindi da un cardiologo, con la certificazione dello stesso cardiologo che a distanza referta. Se questa persona non ha nulla di particolare, non ha un infarto in atto, può tornarsene comodamente a casa e con il CUP le viene programmato un accesso e, quindi, una prima visita in modo da intraprendere un percorso. Diversamente, se ha un infarto in atto, nell'immediatezza si richiede l'intervento del servizio di emergenza-urgenza 118 e la si cura immediatamente, o comunque le si attiva un percorso di cure che non tocca a me descrivere in questa sede.

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE ELENA BONETTI

MARCELLO GEMMATO, *Sottosegretario di Stato al Ministero della salute*. Con la telemedicina tutto questo è fattibile, nella misura in cui si dà una spinta, un importante strumento per fare in modo che le aree interne possano essere attenzionate, ma soprattutto che la popolazione anziana possa avere come interfaccia una delle porte d'accesso del Sistema sanitario nazionale pubblico.

Rispetto alla natalità, tema che riguarda più il sociale che strettamente le competenze del Ministero della salute, tanto si sta facendo, anche perché – grazie a Dio – il tasso di mortalità infantile in Italia è basso e, comunque, è in linea con i Paesi dell'area europea, avendo il quarto sistema sanitario nazionale pubblico al mondo e potendo garantire i parti in estrema sicurezza. Certamente il dato sulla natalità ci colpisce. Eravamo già ultimi in Europa con un tasso di fertilità di 1,24 bambini per donna secondo la penultima rilevazione, l'ultima rilevazione ci fa sprofondare ancora più in basso, pur essendo già ultimi, con un tasso di fertilità di 1,18 bambini per donna. Questo dato è sintomatico del fatto che occorrono politiche reali sulla natalità, ma questo è un altro tema.

Vi ringrazio per l'audizione e saluto il presidente Bonetti, che nel frattempo ci ha raggiunti.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Innanzitutto mi scuso del ritardo.

Ringrazio il Sottosegretario Gemmato e le sue collaboratrici. Ringrazio anche tutta la struttura del Ministero. Sicuramente questa è una prima interlocuzione che abbiamo aperto, dal momento che da parte anche dei gruppi politici vi è la richiesta di un ulteriore approfondimento su queste specifiche questioni, per cui sicuramente con la ripresa dei lavori autunnali avremo modo di tornare a interloquire con il suo Ministero su alcune tematiche, tra cui proprio l'ultima che lei ha citato, che è una di quelle che avevamo convenuto all'interno della Commissione di indagare specificatamente.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento da parte dei colleghi parlamentari, rinnovo il nostro ringraziamento al Sottosegretario e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 13.20.

Licenziato per la stampa
il 14 gennaio 2026

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

Memoria presentata dal Sottosegretario Marcello Gemmato.

Ministero della Salute

Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto

Audizione dell'On. Sottosegretario Marcello Gemmato

15 luglio 2025

Relazione sui fenomeni economici e sociali connessi ai mutamenti e alla prospettiva demografica

1. Quadro demografico

2. Il sistema PASSI d'Argento

3. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie nelle persone anziane

4. Il domicilio come luogo di erogazione dei servizi sanitari e sociali

5. L'importanza della prossimità nell'accesso ai servizi

ABSTRACT

Onorevoli Colleghi,

vi ringrazio poiché questa audizione mi fornisce l'occasione di poter illustrare le implicazioni correlate all'attuale situazione demografica italiana con riferimento agli aspetti riguardanti il Servizio Sanitario Nazionale e la salute pubblica.

L'analisi della situazione demografica italiana evidenzia che il nostro è uno fra i Paesi più "vecchi" al mondo.

Nonostante il crescente invecchiamento della popolazione, si assiste a un progressivo miglioramento degli indicatori di salute della popolazione over 75.

In altri termini, rispetto al passato, sussiste un graduale spostamento della comparsa di condizioni di salute severe verso età più avanzate.

Tuttavia, le persone anziane che necessitano di cura e assistenza, in termini assoluti, non sembrano diminuire.

La presenza di cronicità e di multimorbilità, infatti, ha un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività della vita quotidiana e sulla qualità della vita.

Alla luce dell'attuale assetto demografico ed epidemiologico, promuovere l'invecchiamento attivo e in salute, come la prevenzione delle malattie, è fondamentale per aumentare lo stato di benessere fisco e psichico ma anche per ridurre i costi di cura e assistenza.

In questo contesto i fondamentali obiettivi della promozione della salute sono:

- mantenere l'autonomia e la qualità della vita;

- prevenire o ritardare l'insorgenza di malattie croniche e disabilità;

- favorire l'invecchiamento attivo e la partecipazione sociale;

- contrastare l'isolamento e la solitudine.

Le strategie di prevenzione dalle malattie, invece, possono essere così riassunte:

1. Prevenzione primaria:

- vaccinazioni: antinfluenzale, antipneumococcica, anti-Herpes Zoster 2;

- stili di vita sani: alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, astensione da fumo e alcol;

- promozione della salute mentale: attività cognitive, socializzazione, supporto psicologico.

2. Prevenzione secondaria:

- screening per tumori (colon-retto, mammella, prostata);

- controllo dei fattori di rischio: ipertensione, diabete, colesterolo.

3. Prevenzione terziaria:

- gestione integrata delle cronicità;

- riabilitazione e supporto domiciliare;

- telemedicina e monitoraggio a distanza.

Sulla base di questo panorama, la programmazione sanitaria, per essere efficace, deve dotarsi di strumenti e strategie utili a gestire al meglio le risorse a disposizione in termini economici e professionali e a garantire cure appropriate secondo criteri di equità.

Il modello di stratificazione del rischio, come già illustrato nel Piano Nazionale

della Cronicità 2016 del Ministero della salute, consente di adottare interventi mirati e personalizzati con l'attivazione tempestiva dei servizi appropriati per il paziente, secondo il modello della "sanità di iniziativa", che interviene prima che le sue condizioni del paziente si aggravino e indipendentemente dalla sua richiesta.

Il d.m. 77 del 2022, da ultimo, promuove ancora un modello di assistenza territoriale proattiva e integrata, individuando la stratificazione del rischio come uno degli strumenti chiave per pianificare i servizi sanitari in modo più efficiente, migliorare la continuità assistenziale e ridurre l'ospedalizzazione evitabile.

Per quanto concerne la sorveglianza sulla popolazione anziana, occorre ricordare PASSI d'Argento (PdA), un sistema di sorveglianza per monitorare la qualità della vita, la salute e i bisogni assistenziali delle persone con più di 64 anni, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Obiettivo principale del sistema è quello di raccogliere dati utili per orientare le politiche sanitarie e sociali, promuovendo un invecchiamento sano e attivo, come indicato dall'OMS, supportando la programmazione sanitaria regionale e nazionale e aiutando a identificare criticità e aree di intervento.

Nello specifico, con il sistema PASSI d'Argento vengono monitorati lo stato di salute e autonomia funzionale, i fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso e obesità, consumo di frutta e verdura, vaccinazioni), i bisogni di cura e assistenza, il benessere psicologico e sociale, la partecipazione sociale e il ruolo dell'anziano come risorsa.

Fermo restando quanto finora riferito, occorre ora evidenziare che un'importante scelta politica indirizzata alla promozione della salute e la prevenzione delle malattie nelle persone anziane è rappresentata dalla legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in

favore delle persone anziane" che dà avvio a una riforma strutturale sulle politiche per gli anziani, in particolare in materia di invecchiamento attivo, di inclusione sociale e prevenzione della fragilità; in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, in un'ottica di integrazione socio sanitaria e per la sostenibilità economica e flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane, anche non autosufficienti.

In attuazione della citata legge è stato poi emanato il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29.

Obiettivo primario del complesso normativo è quello di realizzare una vera integrazione sanitaria, sociale e assistenziale sul territorio e presso le abitazioni degli anziani, anche in funzione di una riduzione del carico assistenziale degli ospedali e dei Pronto Soccorso, chiamati a fornire prestazioni spesso improprie e incongrue.

Tale integrazione permette una riduzione della spesa ospedaliera a favore di interventi domiciliari e territoriali, anche funzionali all'erogazione di interventi di prevenzione e monitoraggio, nonché di cure palliative ove necessario.

Un caposaldo è rappresentato dall'integrazione sociale, sanitaria e assistenziale, in un approccio *bottom up*, a partire da una valutazione multidimensionale finalmente integrata, che includa gli aspetti sociale, sanitario e assistenziale, nonché gli attori istituzionali di riferimento (ASL, Comune o ATS, INPS).

Finalità ultima della riforma è quella di abbandonare l'approccio di tipo prestazionale, che da sempre caratterizza l'assistenza domiciliare ed in generale l'attività sul territorio, creando finalmente un vero e proprio *continuum* assistenziale all'interno del quale l'anziano, dopo adeguata valutazione, entra e viene preso stabilmente in carico, finalizzato a porre fine ai fenomeni di abbandono cui troppo spesso gli anziani vanno incontro.

In altri termini, con dette norme si promuove una modalità di intervento multiforme, basata sul lavoro d'*équipe* e sull'integrazione dei punti di vista, attraverso il confronto tra professionalità differenti, in particolare provenienti dall'ambito sociale e da quello sanitario, che lavorano in maniera congiunta alla valutazione e al trattamento dei bisogni assistenziali complessi che richiedono un'assistenza multidimensionale, continuativa e integrata.

In questo fondamentale "cambio di passo" per la tutela e il benessere delle persone anziane, si punta sempre più sulle cure domiciliari e territoriali, per ridurre ospedalizzazioni e costi, mantenendo gli anziani il più possibile nelle loro case.

Si tratta di un cambio di paradigma impresso dal Ministero della Salute, che ha finalizzato a questo scopo le risorse messe a disposizione dal PNRR.

L'obiettivo di garantire interventi domiciliari per almeno il 10% degli assistiti over 75 risponde a questa visione strategica e ha portato a un significativo aumento nell'erogazione di prese in carico domiciliare, anche grazie allo sforzo, ancora da completare, di integrazione fra ambito sociale di competenze dei comuni e ambito sociosanitario delle ASL.

In questo senso un ulteriore elemento centrale nelle politiche sanitarie è costituito dal concetto di "prossimità".

In quest'ottica il Servizio Sanitario è chiamato a fare uno sforzo ulteriore per garantire a queste categorie un'assistenza più vicina e accessibile.

La prossimità può essere vista sotto tre diverse prospettive.

La prima è quella della posizione fisica, ovvero portare l'assistenza nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, attraverso servizi territoriali e domiciliari.

La seconda è la postura, cioè il modo in cui si eroga la cura: un atteggiamento che implica ascolto, conoscenza profonda dei bisogni – anche di quelli che non si trasformano in richieste esplicite – e maggiore equità.

La terza è costituita dalla partecipazione, che coinvolge la società civile, le associazioni, il terzo settore e tutte le risorse presenti sul territorio, per costruire un sistema più condiviso e comunitario.

Un aspetto fondamentale che accompagna questo cambiamento è costituito dalla trasformazione digitale, promossa anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che assicura la diffusione della telemedicina, lo sviluppo di piattaforme digitali e l'utilizzo di algoritmi intelligenti rappresentano strumenti preziosi per supportare medici e pazienti, soprattutto nelle cure primarie e nell'assistenza domiciliare.

Va letta all'interno di questo approccio strategico anche la sperimentazione della farmacia dei servizi, finanziata con risorse aggiuntive dal Ministero della Salute e che, al termine di un quinquennio, è in fase di valutazione per potersi inserire stabilmente come servizio.

La farmacia diviene in tal senso un presidio sanitario del distretto, nodo di prossimità di una rete costituita dalle case della comunità, dagli ospedali di comunità, dalla rete dell'assistenza primaria, integrati dalla regia delle Centrali Operative territoriali.

La capillarità delle farmacie, presenti in aggregati di 3.000 assistiti, permette infatti di erogare servizi di supporto alla corretta presa in carico, di valutazione dello stato di compenso della cronicità e di aderenza alla terapia che hanno, come obiettivo ultimo, il guadagno di salute e la qualità della vita della popolazione più anziana, spesso affetta da patologie croniche, misurabile attraverso un minor ricorso all'ospedalizzazione e al pronto soccorso per queste fasce di età.

In definitiva, la sanità di prossimità non è solo una questione di logistica o tecnologia.

È un vero e proprio cambio di paradigma, che pone la persona al centro e valorizza la relazione, l'ascolto e il coinvolgimento del tessuto sociale.

E la sanità digitale, in questo contesto, diventa un alleato indispensabile per rafforzare e rendere più efficiente questo nuovo modello.

Concludo evidenziando che, in merito alla preoccupazione circa il progressivo invecchiamento della popolazione e la sostenibilità del SSN, da un'analisi effettuata dal Ministero della Salute, che ha incrociato dati ISTAT sulla popolazione residente in Italia con quelli del CENSIS riguardanti la spesa media sanitaria per paziente stratificata per età, si evince come l'impatto del suddetto invecchiamento porti ad un incremento della spesa pari allo 0,7%, a fronte di un incremento del finanziamento del 4 % (anno 2024).

Conseguentemente, grazie agli importanti incrementi reali del finanziamento siamo in grado di fare fronte anche a questo problema.

1. Quadro demografico generale

La demografia sanitaria offre, relativamente ai paesi occidentali, un quadro caratterizzato dalla diffusione di patologie croniche e degenerative che non hanno possibilità di guarigione o comunque risoluzione in tempi brevi, in conseguenza del generale invecchiamento della popolazione, dei successi della medicina nei riguardi di numerose malattie infettive, dello sviluppo di nuove tecnologie sanitarie, ma anche dell'esposizione a fattori di rischio per la salute (ad esempio, tabagismo, alimentazione ipercalorica, abuso di alcol, inattività fisica e sedentarietà).

Il nostro è uno fra i Paesi più "vecchi" al mondo. Secondo gli ultimi dati Istat, al 1° gennaio 2024 gli over sessantacinquenni nel nostro Paese risultavano essere oltre 14 milioni (24,3% della popolazione totale), di cui 4 milioni 554mila ultraottantenni, (quasi 50mila in più rispetto all'anno precedente).

Nel 2024 è stato confermato il dato relativo all'aumento della speranza di vita alla nascita, fino a 83,1 anni, che configura il nostro Paese come uno di quelli in cui in media si vive più a lungo.

Nonostante il crescente invecchiamento della popolazione, si conferma il miglioramento degli indicatori di salute della popolazione over 75, avvalorando l'ipotesi di un graduale spostamento della comparsa di condizioni di salute severe verso età più avanzate.

Tuttavia, le persone anziane che necessitano di cura e assistenza, in termini assoluti, non sembrano diminuire.

Infatti, come evidenziato dal *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* (GBD) 2019, nei Paesi con sviluppo socio-economico più elevato, tra cui l'Italia, il carico di malattia determina prevalentemente una perdita di capacità funzionale, piuttosto che morte prematura.

La presenza di cronicità e di multimorbilità, inoltre, hanno un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività della vita quotidiana e sulla qualità della vita.

Alla luce dell'attuale assetto demografico ed epidemiologico, la programmazione sanitaria per essere efficace deve dotarsi di strumenti e strategie utili a gestire al meglio le risorse a disposizione in termini economici e professionali, e a garantire cure appropriate secondo criteri di equità.
Tra questi strumenti, la stratificazione del rischio consente di adottare interventi mirati e personalizzati, ottimizzando l'allocazione delle risorse e migliorando i risultati sanitari complessivi.
La strategia consiste nel suddividere la popolazione in gruppi omogenei sulla base di caratteristiche quali il rischio di malattia, le necessità di assistenza e le condizioni socio-economiche.
Nei programmi di PHM (*Population Health Management*, un approccio che punta a migliorare la salute di un gruppo definito di persone e ad attenuare le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni e negli esiti di salute) un aspetto importante è rappresentato dall'attribuzione ai singoli assistiti di un livello di rischio a priori, al fine di consentire tanto ai curanti e ai *caregiver* quanto ai servizi sanitari e sociali di orientare e modulare le cure, e di implementare modelli di servizi e strategie commisurati al rischio, tenendo conto delle dimensioni di sostenibilità, equità, appropriatezza ed efficacia degli interventi.
Il processo di stratificazione garantisce, tra le altre cose, l'attivazione tempestiva dei servizi appropriati per il paziente, secondo il modello della "sanità di iniziativa", grazie alla conoscenza dei suoi fattori di rischio, prima che le sue condizioni si aggravino e indipendentemente dalla richiesta spontanea del paziente medesimo (Agenas, 2023).
Come già indicato nel Piano Nazionale della Cronicità 2016 (Ministero della salute, 2016), esistono diversi modelli di stratificazione a livello internazionale.

La piramide statunitense di *Kaiser* differenzia la popolazione con patologia cronica in sottogruppi (*sub-target*) sulla base dello stadio di sviluppo della stessa, definendo una percentuale di prevalenza media per tali sottoclassi.

Uno dei più interessanti adattamenti di questa piramide è quello elaborato dal *King's Fund*, nel Regno Unito, che stratifica le popolazioni in base ai bisogni sanitari e sociali.

Il Sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) statunitense, invece, classifica la popolazione per livello di complessità assistenziale a partire dalle combinazioni di diagnosi presenti contemporaneamente in uno stesso assistito.

Per quanto riguarda l'Italia, sono stati sviluppati modelli di stratificazione in diverse regioni.

Una delle più recenti sperimentazioni, basata sull'integrazione di numerosi sistemi informativi socio-sanitari, è costituita dalla "metodologia modulare" elaborata dalla Regione Lazio, che prevede la suddivisione della popolazione nelle seguenti categorie, sulla base delle diverse intensità di presa in carico espresse: popolazione sana, a partire dalla misurazione di fattori di rischio individuali e contestuali; popolazione affetta da una sola patologia cronica; popolazione affetta da più patologie croniche; popolazione con più patologie croniche che presentano un'alta complessità clinica e/o fattori di vulnerabilità socio-economica.

Infine, il Decreto del Ministro della salute, n. 77, del 23 maggio 2022, ha assunto un modello di stratificazione basato sull'identificazione di sei livelli di complessità assistenziale da adottare su tutto il territorio nazionale.

Tuttavia, affinché una tale attività di mappatura possa essere avviata ed estesa a tutta la popolazione di riferimento, sarà necessario incrementare l'affidabilità e la completezza delle informazioni disponibili nei flussi informativi correnti, favorendo altresì i processi di interconnessione dei sistemi di raccolta dei dati sociosanitari.

Nel complesso, la stratificazione della popolazione può favorire un impiego più

efficiente delle risorse a disposizione, consentendo di identificare i sottogruppi di popolazione che richiedono maggiore assistenza o che sono a rischio di peggiori esiti di salute.

Questo può permettere tanto di ridurre i costi complessivi dell'assistenza sanitaria quanto di migliorare l'accesso alle cure per coloro che ne hanno maggiormente bisogno, contribuendo a garantire l'equità nell'accesso e negli esiti di salute anche attraverso l'identificazione di disparità socio-economiche e l'implementazione di interventi mirati per superarle.

2. Il sistema PASSI d'Argento

Per quanto concerne lo stato di salute reale della popolazione anziana residente in Italia, così come dalla stessa percepito, occorre osservare quanto registrato nel sistema di sorveglianza della popolazione "PASSI d'Argento", che insieme a "PASSI" nascono su mandato del Ministero della salute e sono coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, come strumenti per orientare, monitorare e valutare nel tempo le politiche di prevenzione verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

Nello specifico i dati relativi al biennio 2022-2023, mostrano che oltre la metà della popolazione ultra65enne riferisce almeno una diagnosi fra le patologie croniche indagate (il 50% dei 65-74enni e ben il 72% degli ultra85enni). La condizione di policronicità, cioè la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate), riguarda 1 ultra 65enne su 4, ovvero il 16.3% dei 65-74enni che però sale al 37.6% fra gli ultra85enni.

Dai dati PASSI d'Argento emerge che nel biennio 2022-2023, quasi il 10% degli intervistati dà un giudizio negativo del proprio stato di salute, riferendo che la propria salute "va male" o "molto male". Il 13% riferisce di aver trascorso nel mese precedente l'intervista almeno 2 settimane in cattive condizioni di salute a causa di problemi fisici (conseguenza di malattie e/o incidenti) il 10% di aver avuto la stessa esperienza ma a causa di motivi legati

alla salute psicologica e il 7% dichiara di avere avuto limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici. Tali valori crescono con l'età e sono più alti fra le donne.

L'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita.

Al riguardo si deve ricordare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce una persona non autosufficiente se presenta una riduzione o una perdita delle capacità tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza.

Per "non autosufficiente" si intende un soggetto che presenta la perdita di autonomia nello svolgimento di almeno una delle attività fondamentali della vita quotidiana, fra mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi igienici senza assistenza, o delle attività strumentali della vita quotidiana, come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono.

La non autosufficienza è affiancata dal concetto di fragilità, ovvero dalla necessaria prevenzione e tutela di chi è ancora autonomo e deve essere protetto.

Secondo PASSI d'Argento, il 14 % degli intervistati nel biennio 2023-2024 riferisce la perdita dell'autonomia in almeno una delle attività funzionali della vita quotidiana, si tratta di una condizione più frequente fra le donne (17% vs 10% fra gli uomini) che aumenta con l'età (4.6% dei 65-74enni vs il 41.4% degli ultra85enni).

La quasi totalità delle persone "non autosufficienti", così come definito dall'OMS, riceve aiuto per le attività della vita quotidiana per cui non è autonomo.

In particolare, il 36.8% delle persone riferisce di ricevere aiuto da badanti e il 10.2% da conoscenti, il 2% da associazioni di volontariato; il 2% usufruisce di assistenza presso un centro diurno.

Il 23.4% percepisce un contributo economico di invalidità.

Occorre, poi, richiamare i dati PASSI d'Argento relativi a fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, sedentarietà, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura) e il loro contrasto attraverso i consigli medici evidenziano che:

- con riferimento al fumo di sigaretta, la maggioranza degli italiani ultra 65enni non fuma o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma una persona su 10 è ancora fumatore (11%).
- Nel biennio 2022-2023 il 17.4% della popolazione ultra 65enne fa un consumo di alcol definito "a rischio" per la salute (pari mediamente a più di una unità alcolica -UA al giorno). Tale dato risulta decisamente più frequente fra gli uomini (29.9% vs 7.6% fra le donne), il consumo di alcol "a rischio" si riduce con l'età (passando dal 21.4% fra i 65-74enni al 9.3% fra gli ultra 85enni).
- L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità. Nel campione 2023-2024, circa il 42% delle persone anziane eleggibili in quanto autonomi nella deambulazione raggiunge i livelli di attività fisica raccomandati, il 22% svolge attività fisica senza raggiungere i livelli raccomandati ed è quindi definibile come "parzialmente attivo", mentre il 37% risulta completamente sedentario. La quota di sedentari cresce al crescere dell'età (raggiunge il 56 % dopo gli 85 anni), ed è maggiore fra le donne (40% vs 33% degli uomini).

Nonostante sia diffusa la conoscenza dell'importanza di praticare attività fisica ai fini del benessere psico-fisico degli anziani, si rileva che solo il 27% degli ultra 65enni, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ha ricevuto da parte di un medico o altro operatore il consiglio di fare attività fisica. L'attenzione sembra scarsa anche nei confronti di persone con patologie croniche o in eccesso ponderale che potrebbero trovare benefici importanti nel movimento anche se praticato nel rispetto delle loro condizioni di salute e dei loro limiti: solo il 34% degli obesi e meno del 30% fra quelli che hanno almeno una patologia cronica fra quelle indagate in PASSI d'Argento riferisce di aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica.

I dati riferiti dagli intervistati PASSI d'Argento nel biennio 2023-2024 relativi a peso e altezza portano a stimare che la maggior parte degli ultra 65enni è in eccesso ponderale: il 40% in sovrappeso (cioè con un Indice di Massa Corporea - IMC - compreso fra 25 e 29,9) e il 14.5% obeso (IMC ≥30).

Occorre segnalare, poi, in merito alla vaccinazione antinfluenzale, nell'ultima campagna vaccinale contro l'influenza indagata da PASSI d'Argento (2023-2024) il 62% degli ultra 65enni si è sottoposto a vaccinazione contro l'influenza e questa percentuale ha raggiunto il 74% tra gli ultra 85enni e il 69% fra le persone con patologie croniche.

3. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie nelle persone anziane

Premesso questo quadro, per cercare di garantire le migliori condizioni di vita alle persone anziane, nel marzo 2023 il Parlamento ha approvato la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante, "*Deleghe al Governo in materia di politiche in*

favore delle persone anziane" che ha dato avvio a una riforma strutturale sulle politiche per gli anziani, in particolare in materia di invecchiamento attivo, dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità, in un'ottica di integrazione socio sanitaria e per la sostenibilità economica e flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane, anche non autosufficienti. La legge prevede, attraverso decreti attuativi:

- l'introduzione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente;
- la definizione del sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) e di una specifica *governance* nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana;
- la promozione di misure a favore dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale;
- la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente (attraverso una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un "progetto assistenziale individualizzato" (PAI), che indicherà tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana, effettuata presso i "punti unici di accesso" – PUA);
- la promozione d'interventi per la prevenzione della fragilità delle persone anziane; l'integrazione degli istituti dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) e il riconoscimento del diritto delle persone anziane alla somministrazione di cure palliative domiciliari e presso *hospice*;
- l'individuazione dei LEPS in un'ottica di integrazione con i LEA e il loro monitoraggio.

Le misure e gli interventi previsti dalla legge sono realizzati con il contributo del Fondo per le non autosufficienze, con il concorso di altri fondi di settore, del PNRR e del PON inclusione 2021-2027.

In attuazione della citata legge n. 33/2023, nel marzo 2024 è stato emanato il decreto legislativo n. 29/2024, che a sua volta prevede successivi ulteriori decreti, ai quali si sta lavorando in questi mesi.

In particolare il decreto si compone di tre sezioni:

- la prima attua i principi di delega concernenti la *governance* generale della politica nazionale in favore delle persone anziane e definisce i contenuti delle politiche di promozione dell'invecchiamento attivo e della prevenzione;
- la seconda attua i principi di delega concernenti la semplificazione e l'evoluzione dei criteri di valutazione multidimensionale della persona anziana e della persona anziana non autosufficiente, l'integrazione tra settore sociosanitario e settore sociale nei percorsi di presa in carico della persona anziana non autosufficiente, rafforza il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali e definisce il continuum assistenziale, mediante la definizione della rete territoriale dei servizi che favoriscono la domiciliarità delle cure, scongiurando ospedalizzazioni incongrue e inserimenti evitabili in residenze. Inoltre, questa terza sezione definisce principi di riferimento per la riqualificazione di tutti i servizi dedicati agli anziani non autosufficienti (domiciliari, residenziali e semiresidenziali).
- La terza attua i principi di delega, nell'ambito delle risorse disponibili, varando la misura universale sperimentale che, su base volontaria, consentirà alle persone non autosufficienti più deboli economicamente di fruire dell'indennità di accompagnamento e di una misura che sostiene il costo dei servizi di assistenza domiciliare; inoltre, vengono introdotte misure di sostegno al ruolo sociale e ai percorsi di reinserimento lavorativo per i *caregiver* familiari.

Obiettivo primario dei sopra citati provvedimenti legislativi è quello di realizzare una vera integrazione sanitaria, sociale e assistenziale sul territorio e

presso le abitazioni degli anziani, anche in funzione di una riduzione del carico assistenziale degli ospedali e dei Pronto Soccorso, chiamati a fornire prestazioni spesso improprie e incongrue.

Tale integrazione permetterebbe anche una riduzione della spesa ospedaliera a favore di interventi domiciliari e territoriali, funzionali all'erogazione di interventi di prevenzione e monitoraggio, nonché di cure palliative ove necessario.

In ambito assistenziale, tra i principi fondativi si evidenziano: il "riconoscimento del diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio", nonché la "promozione di un approccio progressivo organico all'età anziana in tutte le sue dimensioni" e ancora "la promozione della valutazione multidimensionale dei bisogni e delle capacità di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria, ai fini dell'accesso a un *continuum* di servizi per le persone anziani fragili e per le persone anziane non autosufficienti".

La norma in questione, oltre ad adottare un approccio preventivo e dunque intrinsecamente vantaggioso e sostenibile, è anche espressione consapevole di una cultura che non vuole ridurre l'anziano alla sua perdita di autonomia, considerandolo al contrario capace di contrastare i fenomeni di declino, il più a lungo possibile, come per altro avviene per la grande maggioranza degli over 65.

Un caposaldo della riforma è rappresentato dall'integrazione sociale, sanitaria e assistenziale, in un approccio *bottom up*, a partire da una valutazione multidimensionale finalmente integrata, che include gli aspetti sociali, sanitari e assistenziali, con il coinvolgimento degli attori istituzionali di riferimento (ASL, Comune o ATS, INPS).

Finalità ultima, invece, è quella di abbandonare l'approccio di tipo prestazionale, che da sempre caratterizza l'assistenza domiciliare ed in generale l'attività sul territorio, creando finalmente un vero e proprio *continuum*

assistenziale all'interno del quale l'anziano, dopo adeguata valutazione, entra e viene preso stabilmente in carico.

Si tratta di una presa in carico integrata che costituisce un modello organizzativo centrato sulla continuità assistenziale e sull'accompagnamento del cittadino all'interno del sistema dei servizi.

Più in generale l'attenzione passa dai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali – PDTA, costruiti e tarati su singole patologie, a percorsi di presa in carico multidisciplinari e multiprofessionali, caratterizzati da un elevato livello di competenza e integrazione. Si insiste, infatti, sulla necessità di abbandonare un approccio monodisciplinare, di patologia o di organo, per recuperare la persona nella sua globalità e complessità.

In altri termini, si promuove una modalità di intervento *multifaceted*, basata sul lavoro d'*équipe* e sull'integrazione dei punti di vista, attraverso il confronto tra professionalità differenti, in particolare provenienti dall'ambito sociale e da quello sanitario, che lavorano in maniera congiunta alla valutazione e al trattamento dei casi cosiddetti "complessi".

Tra le misure di competenza del Ministero della salute previste dal decreto legislativo n. 29/2026, si segnalano le seguenti.

Articolo 4: congiuntamente al Dipartimento per le politiche della famiglia, realizzazione di periodiche campagne istituzionali di comunicazione e sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo; adozione, di concerto con i Ministri del lavoro delle politiche sociali, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità e per le disabilità, delle linee di indirizzo nazionale per la promozione dell'accessibilità delle persone anziane ai servizi e alle risorse del territorio.

Articolo 9: promozione dell'utilizzo degli strumenti di sanità preventiva e di telemedicina, per consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona anziana presso il proprio domicilio.

Articolo 13: introduzione di misure volte a incentivare la relazione con gli animali d'affezione, nella prospettiva di tutela del benessere psicologico dell'anziano, promuovendo l'accesso degli animali nelle strutture residenziali e prevedendo specifiche agevolazioni per l'adozione di animali domestici.
Questo decreto è stato adottato in data 16 settembre 2024 a firma del Sottosegretario di Stato alla Salute, On.le Marcello Gemmato.

Articolo 26: integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, promuovendo la collaborazione attiva tra Ambiti territoriali sociali, Aziende sanitarie e distretti sanitari.

Articolo 27: accesso ai servizi sociali e sociosanitari attraverso i Punti unici di accesso (PUA), che coordinano e organizzano l'attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana (valutazione multidimensionale unificata - VMU). In particolare, si definisce l'ambito di applicazione della disciplina individuando gli Ambiti territoriali sociali e stabilendo i requisiti che devono essere posseduti dall'anziano per accedere ai servizi dei PUA secondo criteri di priorità definiti di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità.

Articolo 28: istituisce lo strumento di valutazione multimediale unificata e scientificamente validato, informatizzato e digitale, i cui risultati sono resi disponibili su piattaforme interoperabili, al fine di promuovere la semplificazione e l'integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana.

Articolo 29: gli Ambiti territoriali sociali, le Aziende sanitarie e i distretti sanitari, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dal progetto di assistenza individuale integrato, finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate. Le prestazioni sono sottoposte a monitoraggio, tramite apposito Sistema Informativo (SIAD), che si avvale anche delle informazioni e dei dati derivanti dall'integrazione dei flussi del Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS). Si prevede, inoltre, che con decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, siano definite le Linee guida nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, ferma restando la competenza legislativa regionale per la definizione delle procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale.

Articolo 31: disposizioni per garantire, nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, i trattamenti riabilitativi in favore delle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali, previa valutazione multidimensionale unificata e stesura del progetto riabilitativo individuale.

Articolo 32: prevede che l'accesso alle cure palliative sia garantito, tramite la rete nazionale e le reti regionali e locali delle cure palliative, a tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o

inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

4. Il domicilio come luogo di erogazione dei servizi sanitari e sociali

Negli ultimi anni si assiste, inoltre, a un ritorno dell'attenzione alla persona nel suo contesto abitativo e più genericamente sociale, e a una decisa promozione delle cure primarie.

In particolare, si fa riferimento alla volontà di ridurre l'internamento (de-istituzionalizzazione) delle persone con malattie cronico-degenerative, che favorisce l'uscita da strutture specialistiche e la reintegrazione nel tessuto sociale, alla riduzione della permanenza in ospedale a favore dello sviluppo dei servizi territoriali e alla volontà di mantenere gli anziani nel contesto del loro domicilio il più a lungo possibile: tutto questo sta conducendo a una sempre maggiore quantità di cure e prestazioni assistenziali erogate in contesto domestico o in spazi prossimi a quelli in cui il cittadino vive e alla coesistenza di più attori appartenenti al settore pubblico, al privato sociale e a quello meramente privato.

La programmazione sanitaria nazionale e regionale si è orientata verso una riorganizzazione dei servizi che erogano cura e assistenza, con un netto ridimensionamento del ruolo dell'ospedale nella risoluzione dei problemi di salute della popolazione e con una maggiore insistenza sulle attività e sui servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

Questi ultimi includono le strutture e le risorse di personale relative all'assistenza socio-sanitaria di base, l'assistenza domiciliare e quella fornita da strutture residenziali e semiresidenziali.

Le cure domiciliari, in particolare, prevedono l'intervento dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta, e di diversi operatori (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti, operatori sociali, assistenti sociali)

che garantiscono prestazioni di primo e secondo livello, assistenza infermieristica e riabilitativa, e aiuto domestico.

In riferimento specifico all'ADI (assistenza domiciliare integrata), si è intervenuti appunto con l'articolo 29 del succitato decreto legislativo n. 29/2024 (*Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)* che dispone, al comma 1, che *gli ATS, le aziende sanitarie e i distretti*, *nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dal PAI* (piano assistenziale individualizzato) *finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari di base e integrate* (ADI) *rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD).* Il comma 2 prevede che *le cure domiciliari integrate rappresentano un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione a domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un progetto di assistenza individuale integrato, come indicato dal DM 23 maggio 2022, n. 77.*

Inoltre, il comma 3 dispone che con *il decreto di cui all'articolo 27, comma 7, su proposta congiunta dell'AGENAS e della componente tecnica della rete della protezione e dell'inclusione sociale, sono, altresì, definite le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio universale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia.* Infine, il comma 4 dispone che con successive disposizioni di legge regionale saranno definite le procedure per l'accreditamento dei servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale in coerenza con le linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli

interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari, come definite da Agenas.

Questo spostamento dell'attenzione dall'ospedale al territorio, dalla prestazione al percorso, dalla patologia al disagio coinvolge nuove figure professionali, quali gli operatori domiciliari e gli infermieri di comunità, legate alla gestione della salute e alla presa in carico socio-assistenziale, che lavorano spesso in spazi "alternativi" di cura e di presa in carico, come lo spazio intimo delle abitazioni.

Tali modalità di erogazione delle cure non coinvolgono esclusivamente il settore pubblico e i pazienti fruitori dell'assistenza, ma favoriscono la creazione di un campo complesso e articolato, nell'ambito del quale un ruolo consistente è svolto dalle famiglie, dalle comunità di vicinato e da quegli organismi intermedi a vario titolo chiamati a rispondere ai bisogni di una fetta crescente della popolazione.

All'ambito delle risorse extraistituzionali o "informali" sono riconducibili, in primo luogo, le badanti o collaboratrici familiari, cioè persone (generalmente donne) che trascorrono l'intera giornata e talvolta anche la notte con l'anziano e che non necessariamente percepiscono un salario in cambio della propria presenza nel domicilio, ma possono anche scambiare l'aiuto che prestano con l'ospitalità che gli anziani sono in grado di offrire. In secondo luogo, vi sono tutti quei rapporti all'interno della rete familiare e al di fuori di essa, che possono essere di aiuto per gli anziani nella prospettiva di un miglioramento generale della qualità complessiva della loro vita, ma anche per espletare piccole incombenze a cui essi possono non essere in grado di far fronte individualmente.

L'insieme delle relazioni personali che gli anziani sono in grado di mobilitare per perseguire uno specifico fine o migliorare la propria condizione e le risorse che derivavano loro dal possesso di queste stesse relazioni costituiscono una forma di "capitale sociale", utile ad integrare la presa in carico attivata dai

servizi e dai familiari.

Nel sistema di *welfare* italiano, le famiglie svolgono un ruolo importante nella cura e nell'assistenza e, per questo motivo, nel caso italiano e più in generale nel "sistema sud europeo familistico", si parla di sussidiarietà passiva.

Favorire il mantenimento dell'anziano nel contesto di vita pone le famiglie di fronte alle problematiche legate alla gestione domestica della malattia e del disagio e impongono un'attenzione particolare all'esperienza dei *caregiver* che, giorno dopo giorno, si prendono cura di persone anziane, malate, non autosufficienti o portatrici di handicap.

La presa in carico della malattia cronica e delle sue conseguenze, infatti, così come della vecchiaia, combina e mobilita atti e interventi di alto livello tecnico e professionale, con una funzione più comune di assistenza e aiuto rispetto alla vita quotidiana, che ricade, per una parte consistente, su quanti sono prossimi al malato o all'anziano.

Questi sono coinvolti in quanto essi stessi erogatori di assistenza ai propri cari, ma anche spesso come soggetti attivamente e a differenti livelli coinvolti nelle cure prestate dai servizi − talora addestrati alla somministrazione di terapie o alla gestione delle emergenze −: sono risorse grazie alle quali è possibile garantire il mantenimento dell'anziano nel contesto in cui ha sempre vissuto ed evitare il ricorso ad istituti di ricovero.

5. L'importanza della prossimità nell'accesso ai servizi

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta il tentativo storicamente determinato di costruire una sanità più attenta ai bisogni delle persone e maggiormente orientata al perseguimento del bene comune, al contrasto delle diseguaglianze, al riconoscimento della salute come diritto di tutti, senza esclusione.

La direzione deve essere quella di una crescente attenzione alle persone in condizioni di fragilità, che richiedono da parte del SSN un maggiore sforzo di

tutela, e tra queste gli anziani.

La dimensione della "prossimità" va assumendo, nell'ambito della programmazione sanitaria, via via una crescente centralità.

In questi anni, sono state sviluppate significative esperienze proprio a tutela di alcuni gruppi fragili della popolazione, soprattutto migranti e senza fissa dimora, e a sostegno dell'accessibilità dei servizi sociosanitari.

Tali esperienze sono servite a delineare i tratti di una "filosofia pratica della prossimità", che oggi si offre come paradigma di riferimento, per l'intera popolazione e che può essere intesa almeno con una triplice accezione: di posizione, di postura e di partecipazione.

La prossimità intesa come "posizione" ha a che fare con il "dove" erogare l'assistenza o collocare i servizi. In questa accezione, la sanità di prossimità prevede la vicinanza fisica rispetto alle persone, realizzata attraverso un decentramento di parte dell'offerta di cura, o mediante attività svolte "con la suola delle scarpe", ossia andando direttamente nei luoghi di vita, di lavoro o di aggregazione delle persone in favore delle quali si interviene. Un esempio in questo senso è rappresentato dai programmi di offerta attiva o dalle attività di assistenza domiciliare.

La prossimità in quanto "postura" si riferisce, invece, al "come" l'assistenza viene erogata. Essa implica la conoscenza dei bisogni sanitari delle persone che abitano i territori, soprattutto quelli che non hanno la forza o la capacità di tradursi in domanda e che, dunque, non arrivano ai servizi, unitamente alla capacità del sistema di ripensarsi in termini di maggiore accessibilità ed equità.

La terza accezione è quella della "partecipazione", che riguarda il "con chi". È caratterizzata dalla creazione di sinergie con le risorse di cura e di assistenza diverse rispetto a quelle garantite dai servizi, con la società civile e con il capitale sociale dei territori, a partire dalle organizzazioni del terzo settore e alle associazioni dei pazienti.

Da ultimo non può non segnalarsi che la prossimità e l'integrazione devono

andare di pari passo con la trasformazione digitale, centrale nei progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, che promuove l'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina, oltre che la progettazione e l'implementazione di una piattaforma informatica per l'erogazione di servizi digitali mirati a supportare, in modo innovativo e attraverso l'utilizzo di tecniche e algoritmi di intelligenza artificiale, i medici e i loro assistiti nel contesto dell'erogazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale.

Nella prospettiva della prossimità, soprattutto a vantaggio delle aree più deprivate, delle frange marginalizzate della popolazione e delle persone in condizione di maggiore fragilità quali gli anziani, il ricorso alla sanità digitale rappresenta una straordinaria opportunità per sostenere e affiancare la relazione di cura.

Ancora, è necessario sottolineare come l'invecchiamento della popolazione mondiale sta aprendo nuove prospettive e opportunità per l'economia globale, aprendo le porte alla crescita della *Silver Economy*. L'economia costruita sulle risorse accantonate o possedute dalla fascia di popolazione anziana, che, per consistenza ed estensione, costituisce un mercato in costante espansione rappresenta una opportunità per il Nostro Paese in un'ottica di invecchiamento attivo.

L'invecchiamento attivo rappresenta, infatti, un obiettivo fondamentale in quanto migliora la qualità della vita, migliora la produttività e ha un impatto positivo sulla salute delle persone.

Negli ultimi venti anni la ricchezza netta familiare media degli anziani ha registrato +3,8% reale e la ricchezza finanziaria dei *longennials* è aumentata in termini reali del +6,9%. L'impatto sul PIL generato da beni e servizi rivolti agli *over*-65 italiani avrebbe un valore pari a circa il 20% del PIL (2021)[1].

L'Italia, come illustrato sopra, è ben posizionata in settori cardine della *Silver Economy*, come la prevenzione, la sanità e l'assistenza domiciliare avanzata,

[1] Osservatorio Silver Economy Censis-Tendercapital 2023.

grazie a una serie di realtà industriali all'avanguardia nei settori della mobilità e della nutraceutica.

Grazie agli investimenti garantiti dal PNRR e ad una revisione del modello organizzativo dell'assistenza sta migliorando notevolmente i servizi a favore di questa popolazione.

La creazione di un tessuto economico capace di cogliere le opportunità offerte da questo mercato, quindi, può offrire al paese un'occasione importante per trasformare questa popolazione in un fattore di sviluppo, accompagante da quanto posto in essere dal Ministero della Salute in termini di programmazione sanitaria atta a grantire una migliorata assitenza sanitaria e una presa in carico precoce dei pazienti all'interno di percorsi assitenziali e preventive che garantiscono un miglioramento della qualità della vita di questa popolazione con evidenti positive ricadute anche in termini sociali ed economici.

In merito, infine, alla preoccupazione circa il progressivo invecchiamento della popolazione e la sostenibilità del SSN, da un'analisi effettuata dal Ministero della Salute, che ha incrociato dati ISTAT sulla popolazione residente in Italia con quelli del CENSIS riguardanti la spesa media sanitaria per paziente stratificata per età, si è evidenziato come l'impatto del suddetto invecchiamento porti ad un incremento della spesa pari allo 0,7%, a fronte di un incremento del finanziamento del 4 % (anno 2024). Conseguentemente, grazie agli importanti incrementi, reali, del finanziamento siamo in grado di fare fronte anche a questo problema.

PAGINA BIANCA

19STC0160180