

LA CRESCITA DELLE CRONICITÀ IN UN MONDO CHE INVECCHIA

Verso nuovi modelli organizzativi
tra innovazione e sostenibilità

Libro bianco 2026





Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

LA CRESCITA DELLE CRONICITÀ IN UN MONDO CHE INVECCHIA

Verso nuovi modelli organizzativi
tra innovazione e sostenibilità

Libro bianco 2026

FrancoAngeli 

Si ringrazia



FARMINDUSTRIA

per aver reso possibile la realizzazione del Libro bianco.

Per Fondazione Onda ETS hanno curato il volume **Nicoletta Orthmann**, Direttrice medico-scientifica, e **Marco Brugora**, Coordinatore progetti editoriali ed eventi.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Gli eventuali link attivi e QR code inseriti nel volume sono forniti dagli autori. L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link attivi e QR code ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

Gli autori dichiarano che, nella fase di stesura del presente volume, non hanno utilizzato strumenti di IA generativa.

Indice

Premessa. La dodicesima edizione del Libro bianco , a cura di <i>Francesca Merzagora, Nicoletta Orthmann</i>	pag.	13
Interventi introduttivi , <i>Sen. Guido Quintino Liris, Sen. Beatrice Lorenzin, Sen. Elena Murelli, On. Ilenia Malavasi, Marcello Cattani</i>	»	15
Prefazione , a cura di <i>Rocco Bellantone</i>	»	29

Parte I
Il contesto

1. Dalla transizione demografica in Italia alla società della longevità , di <i>Gian Carlo Blangiardo</i>	»	35
1.1. Sintomi di un diffuso malessere	»	35
1.2. Tendenze e scenari dell'invecchiamento demografico	»	36
1.3. Anziani chi e quando?	»	37
Riferimenti bibliografici	»	40
2. Mutamenti demografici, nuovi bisogni di salute e sostenibilità dei sistemi sanitari , di <i>Giuseppe Costa</i>	»	41
2.1. Conseguenze epidemiologiche dell'invecchiamento e implicazioni per le politiche	»	41
2.2. Diseguaglianze di salute: una costante	»	44
2.3. La salute disuguale: una metrica che indica la salute che si può guadagnare	»	46
Riferimenti bibliografici	»	47

3. Malattie croniche: il contributo dell'epidemiologia di genere , di <i>Eliana Ferroni, Carla Bietta, Chiara Primieri</i>	pag.	48
3.1. Il superamento della “norma maschile”	»	48
3.2. Misurare concretamente il genere: le variabili e l'analisi statistica	»	49
3.3. L'esperienza internazionale: la coorte olandese Lifelines	»	50
3.4. Come si pone l'epidemiologia in Italia di fronte a queste sfide?	»	51
3.5. Il burden delle malattie croniche in una prospettiva di genere	»	52
3.6. Principali evidenze nelle grandi aree di malattia	»	53
3.7. Multimorbilità, fragilità e paradosso salute-sopravvivenza	»	53
3.8. Determinanti sociali e disuguaglianze di salute	»	54
3.9. Conclusioni	»	55
Riferimenti bibliografici	»	55
 4. Dinamiche di invecchiamento in ottica di genere, tra resilienza e fragilità , di <i>Luigi Cesare Bergamaschini</i>	»	57
4.1. Introduzione	»	57
4.2. Biologia dell'invecchiamento	»	58
4.3. Differenza di genere nella longevità	»	59
4.4. Resilienza e fragilità in ottica di genere	»	61
4.5. Il paradosso della fragilità di genere	»	62
4.6. Conclusione	»	62
Riferimenti bibliografici	»	63
 5. Incentivare la prevenzione: un cambio di paradigma per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale , di <i>Rosanna Tarricone</i>	»	65
5.1. Una “permacrisi” dei sistemi sanitari: tre shock convergenti	»	65
5.2. Il peso della cronicità in Italia	»	66
5.3. La prevenzione come leva strategica e il suo ritorno economico	»	67
5.4. Se è così costo-efficace, perché non la facciamo? Le quattro barriere strutturali	»	69
5.5. Rendere premiante la prevenzione: che cosa dicono le evidenze	»	69
5.6. Verso un nuovo contratto sociale della salute	»	70
5.7. Conclusioni	»	72
Riferimenti bibliografici	»	72

6. Il costo “nascosto”: caregiving nelle cronicità e differenze di genere , di <i>Angela Ruocco, Marta Borge, Flavia Chiarotti, Rosilde Di Pirchio, Marina Petrini</i>	pag.	74
6.1. Invecchiamento, cronicità e aumento dei bisogni assistenziali	»	74
6.2. Il caregiving familiare come costo “nascosto” della cronicità	»	75
6.3. Differenze di genere e impatto del lavoro di cura	»	76
6.4. Assistere un/una familiare non-autosufficiente: il carico di cura	»	78
6.5. Il costo sociale del caregiving	»	78
6.6. Il costo in termini di salute del caregiving	»	79
6.7. Caregiving, salute pubblica e sostenibilità dei sistemi di welfare	»	82
Riferimenti bibliografici	»	83

Parte II

Le grandi aree della cronicità

7. Burden delle malattie cardiometaboliche in ottica di genere , di <i>Cecilia Politi, Elena Barbagelata</i>	»	87
7.1. Introduzione	»	87
7.2. Dati economici	»	88
7.3. Continuum cardiometabolico e impatto sulla popolazione	»	89
7.4. Criticità e prospettive future	»	90
7.5. Raccomandazioni per la riduzione del burden cardiometabolico	»	90
7.6. Conclusioni	»	91
Riferimenti bibliografici	»	92
8. Malattie oncologiche: la sfida della cronicizzazione e nuovi bisogni assistenziali , di <i>Martina Pino, Armando Santoro</i>	»	94
8.1. La cronicizzazione delle malattie oncologiche: un nuovo paradigma di cura e assistenza	»	94
8.2. I nuovi bisogni assistenziali del paziente oncologico	»	96
8.3. Nuovi modelli assistenziali per la gestione della cronicità oncologica	»	97
8.4. Conclusioni	»	99
Riferimenti bibliografici	»	99

9. Malattie respiratorie croniche: trend crescente e di- vario di genere , di <i>Anna Maria Moretti, Giulia Maria Stella, Maria Pia Foschino Barbaro</i>	pag.	100
9.1. Introduzione	»	100
9.2. Sesso e genere nello sviluppo dell'apparato respira- torio	»	101
9.3. Compartimento bronco-alveolare	»	102
9.4. Differenze di genere nelle patologie polmonari cro- niche	»	104
9.5. Sesso e genere nelle patologie vascolari del polmone	»	105
9.6. Conclusioni	»	107
Riferimenti bibliografici	»	108
 10. Demenze: impatto su mortalità, disabilità e società , di <i>Vincenzo Silani</i>	»	110
10.1. Le demenze nella società moderna	»	110
10.2. Rischio e protezione	»	112
10.3. Brain Health Center	»	113
10.4. La riorganizzazione dell'assistenza	»	114
10.5. Il presente e il futuro	»	114
Riferimenti bibliografici	»	115
 11. Ansia, depressione e insonnia: comorbidità legate al dolore cronico , di <i>Giancarlo Cerveri, Filippo Flei- shhacker</i>	»	116
11.1. Impatto clinico e sociale del dolore cronico	»	116
11.2. Presa in carico multidimensionale e modelli di cura integrati	»	119
11.3. Conclusioni: oltre il "dolore"	»	120
Riferimenti bibliografici	»	121

Parte III

Complessità della politerapia nelle cronicità

12. Politerapia e gestione delle interazioni nell'anziano , di <i>Simonetta Miozzo, Alessandro Rossi</i>	»	125
12.1. Introduzione	»	125
12.2. Vulnerabilità farmacologica dell'anziano	»	126
12.3. Interazioni farmacologiche e ruolo dei fattori interni	»	127

12.4. Gestione della politerapia: strumenti a supporto e valutazione clinica	pag. 128
12.5. Collaborazione e centralità del paziente	» 130
Riferimenti bibliografici	
13. Aderenza terapeutica: determinanti e strategie, di	
<i>Alessandra Marengoni, Gianluca Bianco</i>	» 133
13.1. Stato dell'arte	» 133
13.2. Come valutare l'aderenza terapeutica	» 134
13.3. Revisione dell'uso dei farmaci	» 135
13.4. Dispositivi elettronici di monitoraggio	» 136
13.5. Sensori ingeribili e sistemi digitali di feedback	» 136
13.6. Conteggio delle pillole	» 136
13.7. Misure soggettive	» 136
13.8. Conclusioni sulla valutazione dell'aderenza	» 137
13.9. Come migliorare l'aderenza terapeutica	» 137
13.10. Interventi negli anziani e nei pazienti con demenza	» 138
13.11. Non aderenza legata ai costi	» 138
13.12. Le strategie raccomandate dagli esperti	» 138
13.13. Il ruolo delle tecnologie digitali	» 140
13.14. Aderenza e risultati clinici negli anziani	» 140
13.15. Conclusioni	» 140
Riferimenti bibliografici	» 141
14. Deprescribing e appropriatezza terapeutica: semplificare per curare, di	
<i>Salvatore Crisafulli, Irene Cristini, Elisabetta De Diana, Anna Forti, Gianluca Trifiró</i>	» 143
14.1. Politerapia e rischi associati all'inappropriatezza prescrittiva	» 143
14.2. Strategie per una gestione ottimale della politerapia	» 144
14.3. Aree di intervento	» 146
Riferimenti bibliografici	» 147

Parte IV

Reti di cura: integrazione, prossimità e innovazione

15. Invecchiamento, cronicità e prossimità: professionisti, relazioni e innovazione per non lasciare nessuno solo davanti alla malattia, di	
<i>Filippo Anelli</i>	» 151
15.1. Introduzione	» 151

15.2.	Il rapporto fiduciario: il primo presidio di prossimità	pag.	152
15.3.	Restituire tempo alla medicina generale	»	152
15.4.	Non il medico solo, non il medico anonimo	»	153
15.5.	Il rapporto fiduciario e il lavoro condiviso non sono alternativi	»	154
15.6.	Cronicità: dalla lista d'attesa al percorso programmato	»	155
15.7.	Nella Casa della Comunità o attraverso la Casa della Comunità	»	156
15.8.	La persona è una: sanitario e sociale devono incontrarsi	»	156
15.9.	Più tecnologia, più bisogno di relazione	»	157
15.10.	Dalla Casa della Comunità alla comunità che cura	»	158
16.	Strategie nazionali e governance della cronicità: il Piano Nazionale	»	160
16.1.	Dall'indirizzo strategico all'implementazione, di <i>Domenico Mantoan</i>	»	160
	Riferimenti bibliografici	»	165
16.2.	Prospettiva dei cittadini, di <i>Tiziana Nicoletti</i>	»	166
	Riferimenti sitografici	»	169
17.	La sfida dei modelli organizzativi nelle cronicità	»	170
17.1.	Prospettiva clinica, di <i>Andrea Montagnani</i>	»	170
	Riferimenti bibliografici	»	174
17.2.	Prospettiva gestionale-organizzativa, di <i>Enrico Burato</i>	»	176
	Riferimenti bibliografici	»	182
18.	Dalla ricerca al paziente: il ruolo dell'industria farmaceutica nell'accesso all'innovazione nelle cronicità, di <i>Carlo Riccini</i>	»	183
18.1.	Le cronicità come banco di prova dell'innovazione	»	183
18.2.	Dal trattamento episodico alla presa in carico continuativa	»	185
18.3.	Il valore della ricerca farmaceutica per la cronicità	»	185
18.4.	Innovazione disponibile non significa innovazione accessibile	»	187
18.5.	Le leve per accorciare la distanza tra ricerca e paziente	»	187
18.6.	Conclusione. Un'innovazione che deve diventare percorso	»	188
	Riferimenti bibliografici	»	189

19. Semplificazione prescrittiva: dal modello diabete alle prospettive future , di <i>Raffaella Buzzetti, Federico Serra</i>	pag.	190
19.1. Introduzione	»	190
19.2. L'evoluzione epidemiologica e la centralità del diabete nella gestione della cronicità	»	191
19.3. La semplificazione prescrittiva come strumento di sostenibilità	»	102
19.4. L'evoluzione terapeutica del diabete e il superamento dei modelli prescrittivi tradizionali	»	193
19.5. La Nota AIFA 100 e il superamento del Piano Terapeutico: verso una nuova governance prescrittiva	»	194
19.6. Il ruolo dei Centri di Diabetologia nella medicina della complessità	»	194
19.7. Appropriatezza prescrittiva e semplificazione: un equilibrio possibile	»	195
19.8. Digitalizzazione e telemedicina: strumenti per una gestione moderna della cronicità	»	196
19.9. Il diabete come modello per la gestione delle altre patologie croniche	»	197
19.10. Conclusioni	»	197
Riferimenti bibliografici	»	198
20. Professionisti territoriali per la cronicità	»	199
20.1. Medico di Medicina Generale: dalla medicina di iniziativa alla continuità assistenziale, di <i>Ignazio Grattagliano, Mariagiovanna Amoroso</i>	»	199
Riferimenti bibliografici	»	204
20.2. Infermiere territoriale: presa in carico integrata, monitoraggio, educazione, di <i>Barbara Mangiacavalli</i>	»	205
Riferimenti bibliografici	»	208
20.3. Il farmacista di comunità nella presa in carico del paziente, di <i>Clara Mottinelli</i>	»	209
Riferimenti bibliografici	»	212
21. Servizi territoriali di salute mentale: sfide, criticità e modelli migliorativi , di <i>Virginio Salvi</i>	»	213
21.1. Introduzione	»	213
21.2. La forbice fra standard e realtà	»	214
21.3. Riorganizzare l'assistenza secondo livelli di intensità clinica	»	215
21.4. Riformare il CSM: un'organizzazione modulare per aree funzionali	»	216

21.5. Due leve immediate: accreditamento e trasformazione digitale	pag.	219
21.6. Conclusioni	»	220
Riferimenti bibliografici	»	220
22. L'innovazione digitale nella gestione e cura delle malattie croniche , di <i>Eugenio Santoro</i>	»	221
22.1. Introduzione	»	221
22.2. La disponibilità della tecnologia in ambito sanitario	»	222
22.3. Perché la tecnologia può essere utile per gestire e curare le malattie croniche	»	223
22.4. Evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza da studi clinici	»	224
22.5. Barriere all'adozione: il punto di vista del medico e del paziente	»	225
22.6. Aspetti di sicurezza dei dati ed etica	»	226
22.7. Conclusioni	»	227
Riferimenti bibliografici	»	228
Conclusioni. Cronicità e futuro del Servizio Sanitario Nazionale: verso nuovi modelli organizzativi tra innovazione e sostenibilità , di <i>Americo Cicchetti</i>	»	229

Premessa.

La dodicesima edizione del Libro bianco

a cura di *Francesca Merzagora**, *Nicoletta Orthmann***

La sfida della complessità consiste nel pensare insieme ciò che è insieme.

Edgar Morin

Prosegue con questa nuova edizione del Libro bianco l'appuntamento annuale di Fondazione Onda ETS in collaborazione con Farindustria che, coinvolgendo i più autorevoli esperti del settore, si propone come spazio di approfondimento e discussione critica delle grandi sfide che il Sistema Salute si trova ad affrontare.

Come documenta l'ultimo Rapporto Annuale ISTAT, presentato nel maggio 2026, la trasformazione demografica in atto in Italia sta sempre più gravando sulla sostenibilità del sistema sociosanitario: il progressivo invecchiamento della popolazione, accompagnato da un persistente calo della natalità, comporta un aumento della domanda di assistenza, soprattutto per la gestione delle patologie croniche e della non-autosufficienza. Nel 2025 il 22,8% della popolazione residente in famiglia, pari a circa 12,8 milioni di persone, convive con almeno due patologie croniche. Una quota analoga presenta limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane e oltre 7 milioni di persone (13% della popolazione) sperimentano multimorbilità e limitazioni funzionali; tra gli ultrasessantacinquenni tale condizione interessa più di una persona su tre (35,4%).

Questo scenario evidenzia la necessità di rafforzare i servizi territoriali e sviluppare modelli di presa in carico continuativa, orientando la programmazione sanitaria sulla base dell'evoluzione demografica ed epidemiologica del Paese e investendo nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nell'accesso all'innovazione anche al fine di garantire la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

* Presidente Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere ETS.

** Direttrice medico-scientifica Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere ETS.

Il potenziamento della sanità territoriale – attraverso l'integrazione strutturale e funzionale tra medicina generale, servizi specialistici, assistenza domiciliare e strutture di prossimità – rappresenta, infatti, una leva strategica cruciale per rispondere efficacemente all'aumento delle cronicità e della fragilità.

Parallelamente, il superamento delle disuguaglianze territoriali richiede un rafforzamento della capacità di indirizzo e coordinamento a livello nazionale. L'effettiva esigibilità del diritto alla salute presuppone che i livelli essenziali di assistenza siano garantiti in modo uniforme, indipendentemente dal luogo di residenza, attraverso meccanismi di finanziamento, monitoraggio e supporto capaci di accompagnare tutte le Regioni, anche quelle con maggiori difficoltà organizzative e assistenziali. In tale prospettiva, le Case della Comunità sono chiamate a svolgere un ruolo cruciale come infrastrutture della presa in carico multidisciplinare delle persone con bisogni complessi, divenendo il punto di raccordo tra prevenzione, gestione della cronicità, assistenza domiciliare e integrazione sociosanitaria.

Nell'architettura di questo nuovo progetto editoriale siamo partiti da un'analisi multidimensionale del contesto, coniugando demografia, epidemiologia, aspetti clinici, sociali ed economici, per poi approfondire le grandi aree specialistiche della cronicità in termini di burden e di nuovi bisogni assistenziali nonché la complessità della gestione della politerapia nel paziente fragile e con comorbidità. Ampio spazio è stato dedicato alle "reti" di cura in relazione alle tre dimensioni caratterizzanti – integrazione, prossimità e innovazione – grazie al confronto con i professionisti e gli attori che ne guidano lo sviluppo.

Si delinea così il perimetro della sfida che ci aspetta nel prossimo futuro, rispetto alla quale siamo chiamati a scelte responsabili e a nuovi paradigmi di cura, orientati alla continuità assistenziale e alla prossimità, in un'ottica di visione multidisciplinare capace di integrare competenze assistenziali, organizzazione dei servizi ed evidenze scientifiche.

Una sfida che impone il superamento di approcci frammentati e una capacità condivisa di leggere e governare la pluralità dei determinanti della cronicità per costruire modelli di presa in carico realmente interconnessi ed efficaci.

Interventi introduttivi

1.

La crescita delle cronicità è una delle grandi sfide che il nostro Servizio Sanitario Nazionale è chiamato ad affrontare. L'invecchiamento della popolazione non è soltanto un dato demografico: è una trasformazione profonda della domanda di salute, che richiede di ripensare modelli organizzativi, percorsi di cura e modalità di presa in carico.

Oggi non possiamo limitarci a intervenire quando la malattia si manifesta. Dobbiamo rafforzare la prevenzione, la diagnosi precoce e la capacità del sistema di accompagnare nel tempo le persone con patologie croniche, garantendo continuità assistenziale e prossimità, soprattutto nei territori più fragili e nelle aree interne.

In questa prospettiva, innovazione e sostenibilità non sono concetti contrapposti. La digitalizzazione, la telemedicina, l'intelligenza artificiale e una migliore integrazione tra ospedale e territorio possono diventare strumenti concreti per rendere il Servizio sanitario più efficiente, accessibile e vicino ai cittadini. Ma la tecnologia, da sola, non basta: occorre investire sulle competenze, sul personale sanitario e su nuovi modelli di organizzazione del lavoro.

Come presidente dell'Intergruppo parlamentare sulla prevenzione e la presa in carico delle cronicità, ritengo fondamentale costruire una strategia che metta la persona al centro, superando la frammentazione dei percorsi e valorizzando il ruolo dei medici di medicina generale, delle professioni sanitarie e della rete territoriale.

La sfida è garantire più salute e più qualità di vita, mantenendo al tempo stesso sostenibile il nostro Servizio Sanitario Nazionale. È una respon-

sabilità che riguarda il presente, ma soprattutto il futuro di un Paese che cambia e che dobbiamo essere capaci di accompagnare.

Sen. Guido Quintino Liris

Presidente Intergruppo parlamentare sulla prevenzione
e la presa in carico delle cronicità
Senato della Repubblica

2.

Viviamo più a lungo. È una delle più grandi conquiste della nostra epoca e, al tempo stesso, una delle sfide più complesse che i sistemi sanitari e sociali sono chiamati ad affrontare. L'allungamento della vita rappresenta infatti uno straordinario progresso della medicina, della scienza e delle condizioni di vita, ma porta con sé una trasformazione profonda dei bisogni di salute della popolazione. In un mondo che invecchia, la domanda non è più soltanto come aumentare gli anni di vita, ma come garantire più anni vissuti in buona salute, con autonomia, dignità, qualità della vita e piena partecipazione alla comunità.

La crescita delle patologie croniche costituisce uno degli elementi centrali di questa trasformazione. Le malattie cardiovascolari, oncologiche, neurologiche, respiratorie, metaboliche e muscoloscheletriche, insieme alle condizioni di fragilità, multimorbilità e non autosufficienza, accompagnano sempre più frequentemente le fasi avanzate della vita. La cronicità non è tuttavia soltanto una questione clinica: è un fenomeno che coinvolge la persona nella sua interezza, le famiglie, i caregiver, i servizi sanitari e sociali, il mondo del lavoro e, più in generale, la sostenibilità economica e organizzativa del nostro welfare.

Questa trasformazione impone un cambio di paradigma. Non è più sufficiente un sistema costruito prevalentemente intorno alla gestione dell'episodio acuto e dell'ospedale. È necessario rafforzare una sanità capace di accompagnare le persone lungo tutto il percorso della malattia, intervenendo prima che la fragilità diventi disabilità, promuovendo prevenzione e diagnosi precoce, garantendo continuità assistenziale e integrazione tra ospedale, territorio, domiciliarità e servizi sociali. La presa in carico della persona con cronicità deve diventare realmente personalizzata, multidimensionale e continuativa.

È in questo scenario che la prospettiva di genere assume un valore strategico e non più rinviabile.

Non è un caso che proprio durante il mio mandato come Ministro della Salute sia stata istituita la Giornata nazionale dedicata alla salute della donna, con la Direttiva del Presidente del Consiglio dell'11 giugno 2015, fissata ogni anno al 22 aprile. Una scelta nata dalla volontà di portare stabilmente al centro dell'agenda pubblica la salute femminile in tutte le fasi della vita e di promuovere una maggiore attenzione alla prevenzione, alla cura e alle differenze di genere. La data non fu casuale: il 22 aprile è il giorno della nascita di Rita Levi Montalcini, simbolo di eccellenza scientifica e di un percorso di emancipazione che ha lasciato un segno profondo nella nostra società.

Quella scelta rappresentava, allora come oggi, molto più dell'istituzione di una ricorrenza. Significava affermare che la salute della donna non può essere considerata una dimensione settoriale della sanità, ma un indicatore della qualità, dell'equità e della capacità complessiva di un sistema sanitario di prendersi cura delle persone. La prima Giornata nazionale, celebrata nel 2016, fu inoltre l'occasione per porre con forza il tema della medicina di genere e per promuovere un approccio fondato sulla consapevolezza che le differenze biologiche e socioculturali tra donne e uomini possono influenzare lo stato di salute, la malattia e la risposta alle cure.

A distanza di oltre dieci anni, quella intuizione conserva tutta la sua attualità e trova nel tema di questo Libro Bianco una nuova, ulteriore ragione di essere rilanciata. Se vogliamo affrontare la crescita delle cronicità in una società che invecchia, dobbiamo infatti comprendere che uomini e donne non invecchiano nello stesso modo e non attraversano la malattia secondo le medesime traiettorie.

Uomini e donne non si ammalano necessariamente nello stesso modo, non manifestano sempre gli stessi sintomi, non presentano gli stessi fattori di rischio, non rispondono necessariamente nello stesso modo ai trattamenti e non vivono la malattia secondo le medesime traiettorie. Alle differenze biologiche e fisiologiche si sommano determinanti sociali, culturali ed economici che possono condizionare l'esposizione ai fattori di rischio, l'accesso alla prevenzione, la tempestività della diagnosi, l'aderenza alle terapie e la possibilità di accedere ai servizi. La medicina di genere ci ricorda, dunque, che l'equità non significa offrire a tutti la stessa cosa, ma riconoscere bisogni differenti e garantire a ciascuno le risposte più appropriate.

La cronicità rende questa esigenza ancora più evidente. Con l'avanzare dell'età aumenta infatti la complessità clinica e diventa più frequente la compresenza di più patologie, con percorsi terapeutici articolati e bisogni assistenziali che non possono essere affrontati per compartimenti separati. In questa dimensione, il genere interagisce con l'età, con le condizioni socioeconomiche, con il livello di istruzione, con la presenza o meno di una

rete familiare e sociale, con il luogo in cui si vive e con la possibilità concreta di accedere ai servizi.

La questione femminile assume, in particolare, una rilevanza specifica. Le donne hanno una maggiore longevità, ma vivere più a lungo non significa necessariamente vivere più anni in buona salute. L'ultima parte della vita può essere caratterizzata da una maggiore esposizione a condizioni di fragilità, multimorbilità e disabilità, con conseguenze che si estendono ben oltre la dimensione sanitaria. A ciò si aggiunge il peso, spesso invisibile, del lavoro di cura: le donne sono ancora oggi protagoniste dell'assistenza informale ai familiari anziani, fragili o malati, con ricadute sulla propria salute, sulla vita professionale, sull'autonomia economica e sulla qualità della vita.

Anche gli uomini, tuttavia, presentano specifiche vulnerabilità che richiedono attenzione. Differenze nei comportamenti di prevenzione, nella propensione a rivolgersi ai servizi sanitari, nell'aderenza alle terapie e nella gestione della propria salute possono contribuire a determinare percorsi di malattia differenti. Un'efficace politica di salute pubblica deve quindi superare una visione parziale della medicina di genere e costruire un approccio capace di comprendere e affrontare le specificità di entrambi i sessi e delle diverse condizioni individuali.

La prospettiva di genere deve pertanto entrare stabilmente nella programmazione sanitaria, nella ricerca, nella formazione dei professionisti, nella prevenzione e nell'organizzazione dei percorsi assistenziali. Non si tratta di aggiungere un'ulteriore dimensione alla complessità del sistema, ma di utilizzare meglio le conoscenze disponibili per rendere le cure più appropriate, efficaci e sostenibili. La dimensione di genere deve diventare sempre più una vera chiave di lettura della programmazione sanitaria, capace di orientare le politiche e di tradursi in percorsi concreti di prevenzione e cura.

Il Libro Bianco Onda 2026 nasce con questo obiettivo: contribuire a leggere la crescita delle cronicità attraverso una lente che tenga insieme longevità, genere, prevenzione, cura, assistenza e sostenibilità. L'intento non è soltanto descrivere un fenomeno, ma fornire elementi di conoscenza e di riflessione utili a orientare le decisioni. Perché dietro ogni dato epidemiologico vi è una persona, con la propria storia, i propri bisogni e il proprio diritto a ricevere cure appropriate e tempestive.

La sfida che abbiamo davanti è, dunque, culturale prima ancora che organizzativa. Dobbiamo passare da una sanità che interviene sulla malattia a una sanità che accompagna la persona; da un modello centrato sull'episodio acuto a uno orientato alla continuità della cura; da una concezione uniforme dell'assistenza a una medicina capace di riconoscere le differenze individuali e di genere.

Questo significa investire nella prevenzione lungo tutto l'arco della vita, rafforzare la medicina territoriale e la domiciliarità, promuovere l'integrazione sociosanitaria, sostenere le famiglie e i caregiver, valorizzare l'innovazione digitale e tecnologica senza perdere la centralità della relazione di cura, e soprattutto costruire percorsi realmente personalizzati.

Significa anche affrontare con coraggio una delle grandi questioni del nostro tempo: come rendere compatibile l'invecchiamento della popolazione con la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. La risposta non può essere affidata soltanto all'aumento delle risorse, pur indispensabile. Occorre investire in appropriatezza, prevenzione, innovazione organizzativa, prossimità e capacità di anticipare i bisogni. Una popolazione che invecchia non deve essere considerata soltanto come una popolazione che consuma più salute, ma come una comunità nella quale il capitale di esperienza, competenze e partecipazione delle persone anziane rappresenta una risorsa preziosa per l'intero Paese.

In questo senso, parlare di cronicità significa parlare anche di futuro. Significa decidere quale società vogliamo costruire per le generazioni che stanno invecchiando oggi e per quelle che invecchieranno domani. Una società nella quale la longevità sia accompagnata da qualità della vita, autonomia e inclusione, e nella quale le differenze di genere non diventino fattori di disuguaglianza nell'accesso alla salute.

È questa la prospettiva che Fondazione Onda intende offrire con il Libro Bianco 2026: mettere al centro la persona e la sua complessità, valorizzare le differenze come elemento di appropriatezza e non di disuguaglianza, e contribuire alla costruzione di un sistema sanitario più equo, più vicino ai cittadini e capace di rispondere alla grande trasformazione demografica e sociale che abbiamo davanti.

Perché il vero obiettivo della longevità non può essere semplicemente vivere più a lungo. Deve essere vivere più a lungo in salute, senza che il genere, l'età, la condizione sociale o la fragilità diventino ostacoli all'esercizio del diritto fondamentale alla salute.

È su questa sfida che si misura oggi la capacità del nostro Paese di progettare il proprio futuro.

Sen. Beatrice Lorenzin

Membro della quinta Commissione permanente (Bilancio)
Senato della Repubblica

3.

L'Italia sta vivendo una trasformazione demografica profonda, che ci impone di ripensare non soltanto l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ma il nostro stesso modo di intendere la salute, la prevenzione e l'assistenza.

Viviamo più a lungo, ed è certamente una delle più importanti conquiste della medicina, della ricerca e del progresso sociale. Ma l'aumento della longevità porta con sé nuove sfide: cresce la prevalenza delle patologie croniche, aumenta la multimorbilità e diventano più complessi i bisogni assistenziali delle persone. Al 1° gennaio 2026 gli over 65 rappresentano già il 25,1% della popolazione italiana e nei prossimi decenni questa trasformazione è destinata ad accentuarsi.

È proprio in questo scenario che si inserisce l'edizione 2026 del Libro Bianco di Fondazione Onda ETS, realizzato in collaborazione con Farindustria, dal titolo *La crescita delle cronicità in un mondo che invecchia. Verso nuovi modelli organizzativi tra innovazione e sostenibilità*. Un titolo che racchiude una delle questioni decisive per il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale: garantire cure appropriate, innovative e accessibili a una popolazione sempre più longeva, preservando al tempo stesso universalità ed equità del sistema.

La risposta non può essere semplicemente quella di aumentare le prestazioni. Dobbiamo cambiare paradigma, passando sempre più da una sanità che interviene quando la malattia si manifesta a una sanità capace di anticiparla, prevenirla e prenderla in carico nel tempo.

È la stessa direzione indicata dal **Piano Nazionale della Cronicità**, che rappresenta un riferimento fondamentale per costruire un modello assistenziale realmente centrato sulla persona. La cronicità richiede infatti continuità delle cure, integrazione tra i diversi livelli assistenziali, multidisciplinarietà e percorsi personalizzati. Non possiamo più pensare a un sistema organizzato prevalentemente intorno al singolo episodio di malattia: dobbiamo accompagnare la persona lungo l'intero percorso di vita e di cura, anticipandone i bisogni e riducendo, per quanto possibile, complicate, riacutizzazioni e perdita di autonomia.

In questa prospettiva, la **prevenzione deve diventare un investimento strutturale**. Promuovere corretti stili di vita, identificare precocemente i fattori di rischio, rafforzare screening e diagnosi precoce significa migliorare la qualità e l'aspettativa di vita delle persone, ma anche ridurre nel medio e lungo periodo ospedalizzazioni, complicate e costi per il sistema. Non possiamo limitarci ad aggiungere anni alla vita: dobbiamo lavorare affinché siano, il più possibile, anni vissuti in salute e autonomia.

Il Piano Nazionale della Cronicità rafforza proprio questa visione: non attendere che il bisogno sanitario diventi acuto, ma sviluppare una **medicina di iniziativa**, capace di individuare precocemente i bisogni e di differenziare gli interventi sulla base della complessità della persona. È un passaggio essenziale anche per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: investire prima, nella prevenzione e nella presa in carico appropriata, significa evitare di dover intervenire dopo, quando la malattia ha già prodotto complicanze e maggiore bisogno assistenziale.

È altrettanto necessario considerare le differenze tra donne e uomini. La medicina di genere non rappresenta un settore specialistico della medicina, ma un approccio trasversale che deve accompagnare prevenzione, diagnosi, terapia e organizzazione dei servizi. Donne e uomini invecchiano diversamente, presentano fattori di rischio, sintomi, risposte terapeutiche e condizioni di fragilità differenti. Il Libro Bianco dedica opportunamente grande attenzione a questa prospettiva, affrontando anche il peso, ancora prevalentemente femminile, del caregiving familiare e il suo impatto sociale e sanitario.

La crescita delle cronicità richiede poi di superare una visione frammentata dell'assistenza. Il paziente cronico non può essere costretto a muoversi tra servizi che non comunicano tra loro. È qui che gli indirizzi del Piano Nazionale della Cronicità devono tradursi concretamente nei territori, attraverso **percorsi integrati e multidisciplinari**, capaci di collegare ospedale e territorio e di mettere realmente la persona al centro. Medici di medicina generale, specialisti, infermieri, farmacisti e professionisti sanitari devono essere parte di una rete nella quale informazioni e competenze possano accompagnare il cittadino lungo tutto il percorso di cura.

In questo senso il rafforzamento della sanità territoriale e della prossimità rappresenta una grande opportunità. Le Case della Comunità, l'assistenza domiciliare, la telemedicina e una maggiore integrazione tra professionisti possono diventare gli strumenti attraverso cui rendere concretamente esigibile il modello delineato dal Piano. Una sanità più vicina alle persone significa intercettare prima i bisogni, garantire continuità assistenziale, evitare accessi impropri agli ospedali e sostenere maggiormente le famiglie e i caregiver.

Un altro elemento decisivo è l'**aderenza terapeutica**, tema particolarmente rilevante nella popolazione anziana, dove multimorbilità e politerapia possono rendere estremamente complessa la gestione quotidiana delle cure. Il Libro Bianco dedica a questi aspetti una parte specifica, affrontando politerapia, interazioni farmacologiche, aderenza e appropriatezza terapeutica. Migliorare l'aderenza non significa soltanto ottenere migliori risultati clinici, ma anche ridurre complicanze, ricoveri e sprechi di risorse.

Accanto all'organizzazione c'è poi la grande sfida dell'**innovazione**. Ricerca farmaceutica, nuove terapie, diagnostica avanzata, digitalizzazione, telemedicina e utilizzo appropriato dei dati possono cambiare radicalmente la gestione delle cronicità. L'innovazione, tuttavia, produce valore solo quando riesce ad arrivare concretamente al paziente. Per questo dobbiamo lavorare affinché l'accesso alle nuove opportunità terapeutiche sia tempestivo e omogeneo su tutto il territorio nazionale, evitando che il luogo di residenza determini differenze nella possibilità di cura.

Anche su questo terreno il Piano Nazionale della Cronicità può rappresentare una cornice importante: l'innovazione deve essere inserita nei percorsi di presa in carico e non rimanere un'opportunità isolata. Come evidenzia efficacemente questo Libro Bianco, dobbiamo accorciare la distanza tra ricerca e paziente e fare in modo che l'innovazione disponibile diventi **innovazione realmente accessibile**, parte integrante del percorso assistenziale.

Innovazione e sostenibilità, dunque, non devono essere considerate alternative. Una tecnologia, un farmaco o un modello organizzativo che prevengono complicanze, migliorano l'aderenza terapeutica, riducono ricoveri e mantengono più a lungo una persona autonoma rappresentano non soltanto un costo, ma un investimento per il sistema e per l'intera società.

È questa la sfida che abbiamo davanti anche come decisori politici: **dare piena attuazione agli indirizzi del Piano Nazionale della Cronicità**, riducendo le differenze territoriali e trasformando principi e obiettivi in percorsi concretamente accessibili ai cittadini. Perché un Piano nazionale raggiunge davvero il proprio obiettivo quando la qualità della presa in carico non dipende dalla Regione nella quale una persona vive.

Per farlo è indispensabile il confronto tra istituzioni, comunità scientifica, professionisti sanitari, associazioni dei pazienti, mondo della ricerca e industria. Nessuno può affrontare da solo una trasformazione di questa portata.

Per queste ragioni considero particolarmente prezioso il contributo offerto dal Libro Bianco 2026 di Fondazione Onda ETS. Le sue pagine non si limitano a descrivere l'aumento delle cronicità, ma indicano possibili direzioni di cambiamento: dalla prevenzione alla medicina di iniziativa, dalla gestione della "politerapia" e dell'aderenza terapeutica alla prossimità, dall'integrazione delle professioni sanitarie all'innovazione digitale.

La longevità non deve essere considerata un problema da gestire, ma una conquista da rendere sostenibile. La vera sfida sarà trasformare gli anni di vita guadagnati in **anni di vita in buona salute**, mantenendo le persone autonome il più a lungo possibile e garantendo, anche nella cronicità e nella fragilità, dignità, qualità della vita e accesso equo alle cure.

È su questo obiettivo che politica, sanità, ricerca e società devono continuare a lavorare insieme.

Sen. Elena Murelli

Segretario di Presidenza del Senato della Repubblica

Commissione Sanità, Lavoro e Affari Sociali

Senato della Repubblica

4.

La presente edizione del “Libro Bianco”, promosso da Fondazione On-da ETS, pone l’attenzione su un tema di straordinaria attualità e di fondamentale importanza nel dibattito pubblico e istituzionale sulle prospettive del nostro sistema sanitario. Cronicità, invecchiamento della popolazione, riflessione sui modelli organizzativi, innovazione, sostenibilità rappresentano una sintesi tematica di una vera e propria chiamata all’azione per il mondo politico, per gli operatori e i professionisti sanitari e anche per l’intera cittadinanza. Si tratta di provare a orientarci in quella che è, a tutti gli effetti, la sfida strutturale più complessa del nostro tempo: la rapida transizione demografica in Italia, di cui già oggi vediamo concretamente gli effetti, ci sta traghettando verso una vera e propria “società della longevità”, un traguardo che testimonia i grandi progressi scientifici, tecnologici e sociali in campo sanitario, ma che porta con sé l’urgenza di ripensare radicalmente il modo in cui concepiamo e gestiamo la cura.

I mutamenti demografici in atto stanno ridisegnando i contorni dei nostri bisogni di salute, ponendo interrogativi cruciali sulla tenuta e sulla sostenibilità, anche a breve termine, dei sistemi sanitari. Oggi, la longevità è sempre più accompagnata – giustamente – dalla richiesta di una qualità della vita dignitosa, il che significa affrontare l’inevitabile crescita delle malattie croniche e della loro gestione. Su tutto questo, però, non è possibile avere un approccio neutro, perché nessuna persona è “neutra”, ma è unica, con bisogni e percorsi specifici. Un chiaro esempio ci viene fornito dall’ottica di genere, considerando che anche le dinamiche di invecchiamento mostrano un intreccio profondo tra cura e fragilità che si declina in modo molto diverso tra uomini e donne. Per esempio, sappiamo che la vita delle donne è mediamente più lunga, ma proprio le donne trascorrono gli ultimi anni della loro vita in condizioni di salute peggiori, spesso afflitte da molteplici comorbidità. La specificità di approccio a questi temi può dunque diventare linea guida anche in generale. Perché accanto alla dimensione puramente clinica, non possiamo ignorare il drammatico

carico socioeconomico legato alle cronicità. Penso, nello specifico, al costo “nascosto” del caregiving familiare perché la gestione delle cronicità poggia sempre più sul lavoro di cura, non retribuito e spesso invisibile, che i caregiver – nella maggior parte donne – prestano quotidianamente ai propri cari, anziani o disabili: questo sacrificio comporta non solo un logoramento fisico e psicologico, ma spinge milioni di persone nel nostro Paese ai margini del mercato del lavoro, aggravando le disuguaglianze sociali e previdenziali. Una società equa non può fondare il proprio welfare sull'esaurimento delle energie personali di chi si fa carico della cura, ma servono tutele strutturali e reti di supporto che alleggeriscano questo peso.

La sfida della cronicizzazione investe in modo trasversale, in particolare, patologie ad alto impatto, come le malattie oncologiche o le patologie di decadimento cognitivo, che, grazie ai progressi terapeutici, si stanno trasformando sempre più in condizioni croniche con nuovi bisogni assistenziali che, troppo spesso, hanno un impatto devastante nell'ambito dei nuclei famigliari, in termini di carico psicologico e isolamento sociale. In questo contesto, non è secondario il tema della salute mentale, sia perché patologie come ansia, depressione e insonnia sono spesso comorbidità strettamente legate al dolore dei pazienti, ma anche perché sono condizioni comuni tra chi li assiste.

Come affrontare, dunque, questa situazione? Tra le pagine del Libro Bianco è possibile individuare una traccia chiara: il rafforzamento delle reti di cura passa dall'integrazione e dalla prossimità. È necessario che le strategie nazionali e la governance della cronicità – espresse anche nel Piano Nazionale dedicato – si traducano in linee guida capaci di rispondere ai reali bisogni dei cittadini. Questo salto di qualità, a mio giudizio, richiede il superamento di una visione ospedalocentrica a favore di nuovi modelli organizzativi, che devono essere validati sia dalla prospettiva clinica, sia da quella gestionale. Il cuore pulsante di questa rivoluzione territoriale è rappresentato dai professionisti della salute: per esempio, serve una transizione – lavorativa e culturale – per il medico di medicina generale, una figura chiamata a guidare il passaggio dalla tradizionale medicina d'attesa a una vera e propria medicina di iniziativa per garantire la continuità assistenziale. A questo si affianca la centralità della professione infermieristica, insostituibile per una presa in carico integrata, il monitoraggio continuo e il counseling rivolto a pazienti e famigliari. Si tratta di reti multiprofessionali che devono necessariamente abbracciare anche i servizi territoriali per la salute mentale, dove le sfide e le criticità richiedono urgenti modelli migliorativi. In questo percorso di cambiamento l'obiettivo rimane quello di garantire, sempre più e sempre meglio, una presa in carico della persona multidisciplinare, con progetti di vita che tengano

conto della maggiore richiesta di assistenza domiciliare. Di conseguenza, alle figure già citate, deve affiancarsi necessariamente la valorizzazione di nuovi professionisti legati alla salute – penso, in particolare, agli operatori socio-sanitari, agli infermieri, ai geriatri e ai fisioterapisti di comunità, ai nutrizionisti – che possano costituire veri e propri team di cura domiciliare, attraverso la regia dei PUA (Punto Unico di Accesso) e lo sviluppo delle Case di Comunità.

In varie occasioni, ho avuto modo di parlare della “cura in 15 minuti”. In un bel saggio di Ezio Manzini, professore onorario al Politecnico di Milano, si sottolinea l’urgenza di creare una sinergia grazie alla quale la costruzione della città della prossimità produce un contesto favorevole per le comunità della cura e, viceversa, la costruzione delle comunità della cura diventa uno dei terreni più favorevoli per realizzare l’avvicinamento alla prossimità. Se le Istituzioni saranno in grado di gestire questi processi di transizione, intuendone la portata rivoluzionaria, si potrà compiutamente realizzare una nuova centralità del paziente, con il superamento del paradigma rigido di accesso alla cura e alla presa in carico ospedaliera e con il riconoscimento di tutti i suoi diversi e complessi bisogni, fornendo risposte differenziate e personalizzate. Questo significa anche realizzare all’interno delle città le “comunità curanti” che, grazie al lavoro sinergico tra servizi sociali e sanitari, tra soggetti pubblici e del privato sociale, tra le Istituzioni del territorio e le differenti professioni, possano costruire nuovi percorsi e luoghi di cura, con interventi e servizi di sostegno alla domiciliarità per la popolazione più fragile. Si tratta di un modello che va sviluppato per ricostruire il rapporto tra persone, servizi, territorio, governance locali, con l’obiettivo di mettere al centro il benessere dei cittadini con il loro vivere e abitare, senza dimenticare mai l’importanza delle relazioni, dell’umanità e della fiducia così importante tra istituzioni, comprese quelle sanitarie, e cittadino.

La sostenibilità di questo nuovo ecosistema dipenderà dalla nostra capacità di abbracciare l’innovazione, non solo farmacologica, ma anche tecnologica e digitale: la telemedicina, i fascicoli sanitari elettronici, il monitoraggio da remoto e le terapie digitali offrono strumenti formidabili per gestire la cronicità su larga scala, riducendo gli accessi impropri alle strutture di emergenza e permettendo un controllo costante dei parametri vitali.

Credo dunque che il futuro del Servizio Sanitario Nazionale dipenderà dalla nostra abilità di coniugare armoniosamente tutti questi elementi, con la costruzione di nuovi modelli organizzativi in equilibrio tra innovazione e sostenibilità economica. Questa è una responsabilità che abbiamo anche come legislatori e va tradotta in norme, risorse e politiche attive, assicuran-

docci che il diritto alla salute rimanga universale, equo e, soprattutto, capace di riconoscere e rispondere alla specificità di ogni individuo.

On. Ilenia Malavasi

Capogruppo PD Commissione Affari sociali e sanità
Camera dei deputati

5.

Il nuovo Libro Bianco di Fondazione Onda ETS apporta, come sempre, un contributo di riflessione e di visione utilissimo al nostro sistema salute, ancor più in questa fase di intersezione fra le grandi transizioni che stanno mutando lo scenario economico e sociale.

L'andamento demografico, con quasi 50 milioni di over 65 in più in Europa entro il 2050, farà impennare la domanda di salute nell'immediato futuro mettendo alla prova la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari pubblici.

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della fragilità e la crescente prevalenza di multimorbidità impongono quindi un cambio di paradigma. Occorre fare in modo che l'innovazione arrivi in tempo, in modo appropriato e in maniera omogenea alle persone che convivono con patologie croniche, tema relevantissimo che bene illustra Carlo Riccini, Direttore Generale di Farmindustria, nel suo contributo.

Nel frattempo, l'evoluzione geopolitica degli ultimi anni ha rimesso in discussione le catene internazionali del valore, facendo crescere i costi e penalizzando la componente industriale dell'assistenza sanitaria.

In questo scenario, avanza la transizione tecnologica che mette a disposizione una quantità sempre maggiore di terapie innovative frutto di ricerca e investimenti. Grazie alle tecnologie digitali, rende anche possibile un radicale ripensamento dell'assistenza sanitaria in direzione della prossimità, della cura personalizzata e di genere, consentendo quindi un deciso passo avanti verso metodi proattivi di prevenzione rispetto agli approcci reattivi finora prevalenti.

La salute è la cartina al tornasole della capacità dei sistemi sanitari nel loro insieme – settore pubblico, industria, professionisti – di fornire risposte in grado di cogliere le opportunità offerte dalle dinamiche in atto. Mentre altre aree geopolitiche cambiano i termini della competizione globale, è sempre più urgente che l'Europa faccia squadra e smetta di accontentarsi di limitare i danni con un approccio totalmente difensivo destinato a mostrare

tutti i limiti dell'idea secondo cui l'innovazione è un costo e non un investimento nella salute, sicurezza e competitività europee.

Competenze, ricerca, industria, tecnologia sono gli ingredienti necessari per vincere la sfida. L'Italia ha dimostrato di possederli e di fare la sua parte. Farmindustria e Fondazione Onda ETS, ormai da anni, sono pienamente impegnate e in sintonia sulla visione necessaria all'obiettivo comune, come testimoniato dalle pagine di questa nuova edizione del Libro che saluto con piacere e fiducia nelle nostre capacità.

Marcello Cattani

Presidente Farmindustria

Prefazione

a cura di *Rocco Bellantone**

C'è un momento, nella vita di ogni sistema sanitario maturo, in cui i suoi stessi principi vanno rimodulati alla luce delle nuove sfide che si presentano. È quanto sta accadendo oggi al Servizio Sanitario Nazionale italiano, e questo Libro Bianco lo racconta con lucidità e ad ampio spettro. Abbiamo allungato la vita, sconfitto molte delle patologie che un tempo ne riducevano la durata, reso curabili condizioni che fino a pochi decenni fa erano fatali. Il prezzo di questi successi è una popolazione che invecchia, che convive sempre più a lungo con una o più malattie croniche e che chiede al sistema salute non più solo di guarire, ma anche di accompagnare, sostenere, prendersi cura nel tempo. È il paradosso che attraversa, in forme diverse, ogni capitolo di questo volume: la medicina non fallisce quando allunga la vita, ma nel momento in cui non riesce a prevenire le malattie croniche e ad assicurare un invecchiamento attivo e in salute.

I numeri che questo Libro Bianco racconta non lasciano spazio a interpretazioni. Un quarto della popolazione italiana ha superato i sessanta-quattro anni, la natalità continua a ridursi, e nel prossimo decennio milioni di persone entreranno nell'età anziana mentre le nuove generazioni che dovrebbero sostenerle, economicamente e socialmente, si riducono sempre più per la scarsa natalità. Non si tratta solo di una questione demografica: è una questione di tenuta strutturale del welfare, di equilibrio tra risorse e bisogni, di capacità del sistema sanitario nazionale di restare universalistico senza smettere di essere sostenibile. Questi mutamenti non vanno visti come uno scenario futuro da temere, ma come una condizione presente da governare. E governarla richiede innanzitutto di guardarla con rigore scientifico e obiettività, come fanno gli autori di questo volume.

Il filo che lega i tanti contributi raccolti in queste pagine è la convinzione che la cronicità non sia tanto un aspetto della medicina, quanto

* Presidente Istituto Superiore di Sanità.

piuttosto la sfida su cui si gioca il futuro della sanità pubblica. Le grandi aree della cronicità qui esaminate – cardiovascolare, metabolica, oncologica, respiratoria, neurodegenerativa e cognitiva – condividono una caratteristica che il volume mette opportunamente in evidenza: sono genere-specifiche, per biologia, per esposizione, per accesso alle cure. Troppo spesso i sistemi sanitari hanno offerto risposte uniformi a bisogni e condizioni che uniformi non sono. La medicina di genere, a cui Fondazione Onda ETS dedica da anni un impegno che va riconosciuto con gratitudine, non è una mera specializzazione tra le altre: è una lente che, applicata alla cronicità, permette di vedere meglio ciò che altrimenti resterebbe sfocato.

Questa raccolta di contributi sottolinea la complessità della presa in carico delle persone con malattie croniche: normalmente si curano le singole persone, con la loro storia, contesto familiare e fragilità. Questo Libro Bianco applica lo stesso principio a una scala di sistema. Quando si parla di caregiving come «costo nascosto» della cronicità, quando si mette in luce il peso – sanitario, sociale, economico – che ricade prevalentemente su coloro che assistono un familiare non autosufficiente, si stanno mettendo in luce un aspetto che la sanità pubblica non può più rimandare. Allo stesso modo, quando gli autori insistono sulla polifarmacoterapia, sull'aderenza terapeutica e sulla necessità del deprescribing, richiamano l'attenzione su un aspetto della cura degli anziani che la medicina ospedaliera, orientata all'episodio acuto, in alcuni casi fatica ancora ad affrontare in maniera efficace.

Un altro filo conduttore, altrettanto rilevante, attraversa il volume: la prevenzione come leva strategica per un invecchiamento in salute. I contributi che analizzano il ritorno economico degli investimenti in prevenzione, e le barriere strutturali che ne ostacolano tuttora la piena adozione, offrono solide evidenze per i decisori politici e *policy-makers*, chiamati a bilanciare bisogni clinici e sostenibilità economica e logistica. Investire prima, per curare meglio e per curare meno in emergenza, non è soltanto una scelta di buon senso economico: è una scelta di equità, perché sono spesso le persone più fragili – anziane, sole, con minori risorse – a pagare il prezzo più alto di una medicina che interviene troppo tardi.

Il terzo filo conduttore è quello della riorganizzazione delle reti di cura. Le pagine dedicate all'attuazione del DM 77/2022, al ruolo del medico di medicina generale, dell'infermiere di famiglia e di comunità, del farmacista territoriale, restituiscono un quadro attuale ed esaustivo sulla riforma della sanità territoriale. Si tratta di un'occasione storica, ma la sua riuscita dipende da scelte concrete su personale, formazione, riconoscimento pro-

fessionale e continuità con l'assistenza ospedaliera. Un ruolo centrale per il successo della riforma saranno le persone e le competenze. Anche l'innovazione digitale e farmacologica, di cui il volume tratta molto chiaramente, ha senso solo se accompagna questo avvicinamento, e non se lo sostituisce: la tecnologia più efficace è quella che rafforza la relazione di cura invece di renderla più distante.

Un ulteriore merito di questo volume è quello di non trattare la sostenibilità come un ostacolo finanziario. I capitoli dedicati alla governance della cronicità evidenziano che sostenibilità significa, prima di tutto, capacità del sistema di mantenere nel tempo i pilastri che l'hanno sempre caratterizzato: universalità, appropriatezza, equità. Sono pilastri che oggi vacillano, come mostrano le pagine sulla permacrisi dei sistemi sanitari, attraversati da shock convergenti, di carattere demografico, economico, geopolitico. Insieme, quegli shock compongono un quadro che richiede riforme strutturali, non semplici aggiustamenti di bilancio, e questo volume ha il merito di indicarne con precisione la direzione: rafforzare la medicina di prossimità, valorizzare le professioni sanitarie che operano sul territorio, integrare l'innovazione farmacologica e digitale dentro percorsi di cura pensati per la cronicità e non per l'acuzie.

Va ribadito infatti che la sostenibilità di lungo periodo del Servizio Sanitario Nazionale passa anche dalla formazione delle nuove generazioni di medici, infermieri, farmacisti e altri professionisti della salute, che dovranno saper leggere la cronicità con gli strumenti che questo volume propone: attenzione al genere, capacità di lavorare in rete, familiarità con gli strumenti digitali, ma soprattutto un'idea di cura che non si esaurisce nell'atto terapeutico, bensì si distende nel tempo, accompagnando la persona nelle diverse fasi della sua condizione. È un cambio di paradigma formativo, prima ancora che organizzativo.

Questo volume nasce dal lavoro corale di clinici, epidemiologi, demografi, economisti sanitari, rappresentanti delle professioni e delle istituzioni, coordinati con visione da Fondazione Onda ETS. È un lavoro che testimonia come la sanità italiana, di fronte a sfide importanti e alla necessità di riorganizzazione, non manchi di competenze, di dati, di intelligenze capaci di indicare la strada. Il compito che ci attende, come comunità scientifica e come Paese è tradurre questa ricchezza di analisi in decisioni coerenti e tempestive. Perché la società della longevità che stiamo costruendo non è un problema da gestire, ma rappresenta un traguardo di civiltà.

In queste pagine il lettore – clinico, amministratore, decisore politico, cittadino attento alle sorti della propria salute e di quella di chi ama – troverà non solo un'analisi puntuale e scientifica dello stato attuale, ma anche,

e soprattutto, indicazioni sulle basi di dati ed evidenze su cui iniziare a costruire risposte efficaci ai bisogni di un Paese che invecchia.

Ringrazio Fondazione Onda ETS per aver voluto, ancora una volta, mettere a disposizione della comunità scientifica e delle istituzioni un lavoro di questa ampiezza e di questo respiro, e ringrazio tutte le autrici e gli autori che vi hanno contribuito con competenza e passione civile.

Parte I

Il contesto

1. Dalla transizione demografica in Italia alla società della longevità

di *Gian Carlo Blangiardo**

1.1. Sintomi di un diffuso malessere

Da oltre un decennio la popolazione italiana è andata subendo una costante riduzione numerica che l'ha portata ai 58 milioni e 943 mila residenti dell'ultimo bilancio al 1° gennaio 2026, con un calo di 1,4 milioni di unità rispetto al massimo raggiunto a fine 2013.

Di fatto stiamo sempre più confrontandoci con una realtà demografica che riflette gli straordinari eventi e i profondi mutamenti succedutisi dal secondo dopoguerra ai giorni nostri, sia riguardo ai comportamenti e ai conseguenti fenomeni che determinano la consistenza numerica della popolazione (nascite, morti e movimenti migratori), sia rispetto ai principali caratteri bio-demografici e socio-economici dei soggetti che ne fanno parte (sesso, età, istruzione, attività, cittadinanza, ecc.).

Il primo profondo cambiamento che trova un immediato riscontro nei dati statistici è quello relativo al saldo naturale che, tradizionalmente (e largamente) positivo, ha subito una persistente e sempre più netta inversione di segno. A partire dal 1993, e fatte salve due modeste eccezioni (nel 2004 e 2006), si è sempre registrato annualmente un surplus di decessi sulle nascite, con un trend che ha prodotto nel bilancio complessivo dei residenti un “vuoto” di oltre 3 milioni di unità nell'arco di poco più di un trentennio.

La recente esperienza pandemica (2020-2021), associata alle preesistenti condizioni di ridotta vitalità nella manifestazione dei fenomeni demografici, ha poi ulteriormente aggravato una realtà già di tipo regressivo, contribuendo ad avallare l'immagine mediatica di un “inverno demografico”, che trova argomenti a supporto nei diciassette anni di costante calo delle nascite (2009-2025), associato alla prerogativa di averne stabilito –

* Professore emerito Università Milano Bicocca; già Presidente ISTAT.

regolarmente ogni volta negli ultimi tredici anni – il record di minimo nella storia d'Italia.

Va per altro aggiunto che, stando ai dati provvisori dei primi mesi del 2026, nei quali la frequenza di nati è stata inferiore a quella dello stesso periodo del 2025, è verosimile ipotizzare che il primato di minimo registrato lo scorso anno (355 mila nascite) possa subire, nel bilancio finale del 2026, una nuova significativa contrazione.

1.2. Tendenze e scenari dell'invecchiamento demografico

Ma gli effetti della dinamica regressiva da tempo in atto nei fenomeni di movimento della popolazione italiana, si traducono anche in importanti trasformazioni della sua struttura per età, con il progressivo forte aumento della componente più anziana. Quest'ultima, convenzionalmente identificata con gli ultrasessantaquattrenni, ha raggiunto al 1° gennaio 2026 la quota di un quarto dei residenti. È attualmente il 25,1% del totale, mentre era il 18,7% a inizio secolo (2002) e il 13,2% vent'anni prima (1982).

Alla base di ciò che si definisce “invecchiamento demografico” – destinato a persistere e ad accentuarsi nei prossimi 3-4 decenni – si collocano tre fattori determinanti. Mentre il primo è il rapido e intenso calo della natalità – di cui si è detto – che ha sottratto al Paese un'adeguata immissione di nuove leve giovanili, il secondo e il terzo sono fattori, di sopravvivenza e strutturali, che agiscono in stretta combinazione. L'uno riguarda l'apprezzabile conquista della capacità di restare in vita sino a tarda età, basti pensare che alle attuali condizioni di sopravvivenza per un neonato maschio la probabilità di raggiungere l'80° compleanno è del 66% e per una femmina è del 78%, laddove quarant'anni fa i corrispondenti valori erano, rispettivamente, 34% e 57%. L'altro fattore di invecchiamento deriva dall'aver ereditato una struttura per età alimentata da contingenti di nati a suo tempo assai numerosi, così che oggi sono presenti parecchi soggetti in età “matura”, verosimilmente destinati a sopravvivere e a dar vita nei prossimi anni a imponenti flussi in ingresso nell'universo degli anziani.

Non a caso nel decennio che verrà si prospetta l'immissione di circa 9 milioni di unità nel collettivo dei nuovi anziani, a fronte di una stima di meno di 4 milioni di nati e di un apporto migratorio netto (formato quasi esclusivamente da giovani e da adulti) di poco superiore ai 2 milioni. Di fatto tra il 2026 e il 2035, il flusso in ingresso nella componente anziana supererà di gran lunga quello relativo alle componenti giovane e adulta, dando luogo a un incremento di cinque punti percentuali nella quota di popolazione residente in età 65 e oltre.

Tab. 1 - Italia: popolazione per grandi classi d'età 1951-2054. Valori assoluti in migliaia.
Fonte: ISTAT al censimento 1961 e al 31 dicembre degli anni 1981-2055

Anni	Totale	0-19	20-64	65 e più	80 e più	85 e più
1961	50.623	16.182	29.614	4.827	724	239
1981	56.524	16.746	32.302	7.476	1.252	448
2001	56.993	11.049	35.282	10.663	2.498	1.230
2021	59.030	10.356	34.623	14.051	4.506	2.222
2025	58.943	9.779	34.344	14.820	4.615	2.511
2035	57.603	8.376	31.629	17.598	5.459	2.933
2055	52.775	7.937	26.621	18.217	8.033	4.528

Nel successivo ventennio 2036-2055, mentre la crescita degli anziani si valuta che debba proseguire a un tasso medio annuo del 1,7 per mille (+3,5% nell'intero ventennio), saranno soprattutto gli adulti in età attiva (20-64 anni) a registrare una forte perdita (−15,8%), mentre i giovani (0-19 anni) si limiteranno a un calo più moderato (−5,2%), avendo già assorbito nel precedente decennio gli effetti del crollo di natalità che si è registrato in questi ultimi anni.

Ma gli aspetti problematici che evoca lo scenario alla fine del 2055 riguarderebbero non tanto la dinamica del complesso della popolazione anziana, quanto quella della sua componente più vecchia: coloro con almeno 80 o 85 anni. Per queste due classi di età la crescita sembra infatti destinata a persistere intensamente anche nel ventennio 2036-2055, con variazioni del 19,5 per mille medio annuo per la prima e del 21,9 per mille per la seconda, rispettivamente +47% e +54% nell'intero ventennio.

Il fatto che ciò avvenga nel quadro di una realtà in cui la popolazione in età attiva – i 20-64enni e quindi il potenziale produttivo del Paese – subirà un'ulteriore forte variazione negativa, perdendo cinque milioni di unità, rappresenta un elemento di fragilità rispetto alla capacità di disporre di adeguate risorse per poter rispondere alla crescente domanda di welfare sul fronte della sanità e dell'assistenza specifica alla “quarta età”.

1.3. Anziani chi e quando?

Allorché si affronta statisticamente il tema dell'invecchiamento di una popolazione è tuttavia essenziale definire quali siano i parametri che immettono tra gli anziani, ed è necessario farlo adottando criteri oggettivi,

rispetto a cui l'età anagrafica è certamente il riferimento obbligato anche se è indubbio che, a livello individuale, l'invecchiamento biologico sia configurabile come un processo del tutto soggettivo.

In sostanza la definizione di “anziano” può basarsi su due differenti approcci. Il primo, muovendo dall'assunto che l'esperienza personale di decadimento psico-fisico sia usualmente correlata all'età anagrafica, consiste nel ritenere anziano chi abbia superato un prefissato limite di anni vissuti. Tale definizione è quella tradizionale sin qui adottata nelle valutazioni sulla realtà dell'invecchiamento demografico nel nostro Paese. In base a essa, si diventa anziani generalmente all'atto del compimento del 65esimo compleanno (non senza alcune varianti nel tempo e nei diversi contesti internazionali).

Un secondo approccio, meno funzionale a fini comparativi (perché soggetto a variabilità nel tempo e nello spazio), ma verosimilmente più al passo con i cambiamenti, consiste nel considerare come soglia di ingresso tra gli anziani l'età alla quale – alle condizioni di sopravvivenza della popolazione cui il soggetto appartiene – resta ancora mediamente da vivere un prefissato numero di anni o una quota percentuale della durata di vita (ad esempio 10 anni di aspettativa residua oppure il 15% del totale della vita calcolato a quell'età).

Questo secondo approccio consentirebbe, stante la capacità di adattarsi alle trasformazioni delle condizioni di contesto (temporale e territoriale) che si riflettono sui livelli di sopravvivenza, un dimensionamento decisamente più realistico del contingente di popolazione effettivamente identificabile come “anziana”. A titolo d'esempio, facendo riferimento alla popolazione italiana il primo tipo di approccio lascerebbe immutata a 65 anni – tanto un secolo fa quanto oggi e fra cinquant'anni – la soglia di ingresso nella condizione anziana e la corrispondente percentuale di soggetti coinvolti assumerebbe, come si è visto nel precedente trend, una dinamica decisamente crescente e oggettivamente preoccupante.

Viceversa, volendo seguire il secondo approccio, i dati sull'invecchiamento demografico della popolazione italiana verrebbero decisamente ridimensionati, recependo via via nel tempo gli indiscussi progressi in tema di sopravvivenza. Ad esempio, assumendo che sia anziano chi è sceso sotto i dieci anni di aspettativa di vita, mentre nel 1881 si poteva considerare tale un maschio quasi sessantaseienne o una femmina poco più che sessantacinquenne – e la percentuale di anziani era nell'ordine del 5% per entrambi i generi – nei primi anni '60 l'ingresso nella condizione anziana si è elevato a poco meno di 71 anni per i maschi e a quasi 73 per le femmine, lasciando leggermente ridotta la quota di popolazione coinvolta (4-5%).

All'inizio del 2026 la stessa logica porterebbe a identificare la soglia di ingresso a metà strada tra 78 e 79 anni per i maschi e a quasi 81 per le

femmine, mettendo in luce una percentuale di anziani nell’ordine dell’8%. Un livello incomparabile se confrontato con il 25,1% che compete al collettivo di anziani definito dal confine del 65° compleanno.

Tab. 2 - *Età cui corrisponde un valore di “vita residua attesa” pari a 10 anni e percentuale di residenti la cui età supera tale limite. Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT*

Anni	Maschi		Femmine	
	Età (anni)	% residenti	Età (anni)	% residenti
1881	65,80	5,1	65,02	5,1
1961	70,80	4,7	72,82	4,3
1981	70,84	6,3	75,08	5,8
2001	75,33	6,0	78,94	6,6
2021	77,27	8,0	80,14	9,1
2025	78,58	7,5	80,92	8,5

Tutt’altro che irrilevante è anche il corollario che ne deriva. Se infatti è vero che la soglia di ingresso nella vecchiaia è andata progressivamente elevandosi, tanto da rendere realistico il possesso di adeguate energie psico-fisiche almeno sino al 75° compleanno, e se si tiene conto che nel decennio 2025-2034 la popolazione italiana si stima destinata a spendere complessivamente circa 68 milioni di “anni” tra il 65° e il 75° compleanno, viene da chiedersi se sia accettabile lasciare che un patrimonio di risorse umane così consistente vada in gran parte perso. Non sarebbe invece doveroso compiere uno sforzo per definire le modalità di un suo coinvolgimento, quand’anche parziale e graduato con l’età, in attività (anche) finalizzate al soddisfacimento di bisogni collettivi, nella produzione e/o nel supporto a iniziative di “bene pubblico”?

È evidente che sussistono forti motivazioni di convenienza sociale (forse anche di necessità) per avviare progetti – ragionevolmente supportati da adeguate normative e forme di incentivazione – volti a rivitalizzare un persistente apporto al sistema-paese da parte della popolazione anziana. D’altra parte, si può affermare che la totale rinuncia a una risorsa sempre più efficiente e abbondante, come è quella dell’“anziano ancora giovane”, rappresenti un lusso che, se forse oggi ci è ancora concesso, col passare degli anni sarà via via sempre meno proponibile.

Inoltre, gli anziani rappresentano una risorsa anche grazie al loro patrimonio di esperienza e di valori. Possono altresì essere protagonisti

di un'alleanza intergenerazionale per lo sviluppo integrale della società. Perché una società più longeva “non è solo una realtà con una più elevata speranza di vita, ma è anche un luogo in cui si tessono relazioni feconde e inclusive”.

Riferimenti bibliografici

Beccalli E., “La trasformazione degli anziani da scarto a risorsa”, *Il Sole 24 ore*, 26 maggio 2026, p. 16.

Blangiardo G.C., *Elementi di Demografia*, Il Mulino, Bologna, 2025, p. 107.

ISTAT, *Rapporto Annuale 2026*, Capitolo 2 – Popolazione e società, pp. 59-113.

ISTAT, *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione, anni 2024-2080*. <https://demo.istat.it/>

2. Mutamenti demografici, nuovi bisogni di salute e sostenibilità dei sistemi sanitari

di *Giuseppe Costa**

2.1. Conseguenze epidemiologiche dell'invecchiamento e implicazioni per le politiche

Nei Paesi ricchi e sviluppati come l'Italia la demografia ci consegna una popolazione che ha guadagnato tanti anni di vita e di salute rispetto al passato. Questo capitolo prova a valutare a quali cambiamenti epidemiologici corrispondano queste trasformazioni demografiche e con quali implicazioni per le politiche.

Un primo cambiamento importante per la salute è l'invecchiamento della forza lavoro. L'aumento della longevità spinge i regimi previdenziali ad allungare l'età pensionabile in modo parallelo all'allungamento della aspettativa di vita in modo da rendere sostenibile il sistema previdenziale; un'operazione che in Italia sta interessando in modo particolare le donne, la cui età media di pensionamento era più lontana dagli standard di sostenibilità fissati dalle ultime riforme. Questo significa che la popolazione lavorativa invecchia, portandosi appresso tutto il logoramento delle abilità lavorative che si è accumulato con l'età. Bisognerebbe che parallelamente le imprese investissero sul disegno del posto di lavoro, della mansione e dell'organizzazione del lavoro per adattarli alla effettiva capacità lavorativa residua di questi lavoratori invecchiati. Ma servirebbe anche che il *welfare* aziendale investisse nella prevenzione di stili di vita insalubri che erodono precocemente le abilità lavorative. È noto però che le imprese preferiscono i meccanismi di scivolamento verso la pensione anticipata di chi non ha sufficiente abilità lavorative per eseguire un lavoro gravoso, piuttosto che investire per ridisegnare un lavoro su misura del lavoratore invecchiato. Tuttavia, i meccanismi come l'APE sociale che servono a rendere flessibile

* Professore emerito di Igiene Epidemiologia Sanità Pubblica, Università di Torino.

l'età pensionabile per chi proviene da una carriera di lavori gravosi sono così poco vantaggiosi da essere abbracciati da una quota modesta della effettiva platea degli esposti a lavori gravosi.

Ma girato l'angolo dell'età pensionabile la crescente longevità preoccupa anche il sistema sanitario perché essa potrebbe generare una pressione non sostenibile della cronicità e della non autosufficienza. Ebbene, bisogna riconoscere che questo allarme è solo in parte giustificato. Se guardiamo ai dati con cui l'ISTAT monitora la salute degli italiani, che sono ben documentati nel sistema di indicatori del BES (Benessere Equo e Sostenibile), la fotografia che emerge è abbastanza incoraggiante¹. L'aspettativa di vita a 65 anni, quella libera da limitazioni nelle attività, che è l'indicatore più sensibile della qualità della sopravvivenza, negli ultimi 20 anni ha visto entrambi i sessi guadagnare più di 1,5 anni. Nell'arco di 15 anni è diminuita la quota di anziani ultrasessantacinquenni con multicronicità e limitazioni gravi (da 51,6% a 47,2%). Nei prossimi decenni la quota percentuale potrebbe scendere con lo stesso passo, ma il numero assoluto di persone con multimorbilità potrebbe crescere parecchio per la tendenza demografica. Proviamo a esaminare i possibili meccanismi di questo fenomeno.

L'aumento della aspettativa di vita a 65 anni libera da limitazioni funzionali sembra mostrare che l'invecchiamento si accompagna a una compressione della morbosità cronica severa e delle conseguenti limitazioni funzionali, cioè a un avanzamento del loro momento di esordio, cosa che diminuisce il numero di anni vissuti con limitazioni funzionali. Questo risultato vale per le principali patologie croniche (cardiocircolatorie, respiratorie, metaboliche) la cui evoluzione è il risultato di due tendenze tra loro contrastanti. Da un lato ci si aspetterebbe un aumento della loro frequenza (espansione di morbosità) sia per l'anticipazione diagnostica (e quindi la presa in carico prematura), sia per una più lunga sopravvivenza dovuta al miglioramento del trattamento e all'invecchiamento della popolazione. Dall'altro lato ci si aspetta una diminuzione della frequenza delle malattie croniche o anche una posticipazione del loro esordio (compressione di morbosità) a causa del progressivo ingresso nelle fasce di età anziane, quelle più suscettibili alla morbosità cronica, di generazioni di nascita che hanno condiviso storie di vita più salutogene.

Eccezione importante sono le malattie neurodegenerative (demenze e Malattia di Parkinson) che invece danno luogo a un vero e proprio aumento dei casi perché sono patologie che insorgono solo in età avanzata e che quindi si presentano più frequentemente quando la popolazione invecchia.

1. www.istat.it/notizia/aggiornamento-indicatori-benessere-equo-e-sostenibile-aprile-2026/.

Il saldo finale è la compressione dell'esordio della disabilità che abbiamo osservato nei dati del BES. Sarebbe anche utile stimare quanto questa compressione di morbosità cronica e di limitazioni funzionali sia dovuta a un effetto di periodo (cioè al miglioramento della presa in carico anticipata delle patologie e quindi a un miglioramento della loro prognosi e a una riduzione delle loro complicazioni) e quanto sia dovuta a un effetto di coorte, cioè all'ingresso in età anziana di nuove generazioni nate in periodi molto più salubri per la crescita e lo sviluppo e quindi più resilienti; distinguere questi due meccanismi consentirebbe di stabilire quale peso dare alle politiche di sanità di iniziativa che sono quelle che più agiscono sull'effetto di periodo e di fare previsioni sull'impatto epidemiologico del profilo più salubre della coorte dei *baby boomer* nati nel secondo dopoguerra, che sono i principali protagonisti di questo invecchiamento.

Incidentalmente, a proposito di effetti di coorte, sarebbe utile ricordare che si sta esaurendo la coorte dei sopravvissuti dei *baby boomer* del primo dopoguerra, ultranovantenni fragili e suscettibili agli stress, quella fascia di popolazione che ha occupato i letti del pronto soccorso negli ultimi anni durante le ondate di calore e le epidemie influenzali, e la cui sovramortalità aveva così allarmato l'Italia del 2015. Ma contemporaneamente sta facendo ingresso oltre la soglia dei 90 anni la meno numerosa coorte dei sopravvissuti tra i *baby boomer* della Seconda guerra mondiale: i nostri pronto soccorso potranno tirare il fiato per qualche anno di più lenta crescita di questa fascia di età fragile?

In tema di sostenibilità bisognerebbe anche considerare le implicazioni meno studiate dell'invecchiamento per chi si prende cura. Si sa ancora troppo poco della popolazione dei prestatori di assistenza a domicilio. C'è allarme perché la riduzione del numero dei figli per ogni famiglia ridurrebbe la disponibilità di risorse di aiuto, ma le famiglie con meno figli potrebbero anche dimostrare maggiore attaccamento e quindi maggiore capacità di prendersi cura dei genitori non autosufficienti, un onere supplementare che però è prevalentemente a carico delle donne adulte, che sono anche le principali vittime dell'allungamento dell'età pensionabile. Un altro aspetto poco studiato è il fatto che l'avvicinamento della speranza di vita tra i due sessi aumenta il numero di coppie in cui maschi e femmine invecchiano insieme generando una inedita disponibilità di cura reciproca.

Tra i mutamenti demografici si deve infine ricordare anche la massiccia immigrazione da Paesi poveri ad alta pressione demografica che ha investito il nostro paese dagli anni Novanta in poi. Un recente studio di INMP ha mostrato che in Italia gli immigrati a parità di età e sesso hanno la metà del rischio di morte dei nativi. È noto che la migrazione volontaria porta con sé anche un'importante dose di capitale di salute grazie all'effetto di

selezione denominato “effetto migrante sano”; ma è una fortuna che la società dovrebbe sapersi meritare. Infatti, se essa non sa garantire condizioni di vita accettabili per l'immigrato, l'effetto migrante sano si logora nel giro di un paio di decenni con un impatto negativo sul futuro fabbisogno di assistenza delle generazioni di immigrati. Evitare questa deriva attraverso adeguati interventi sulle condizioni di vita, di lavoro, di ambiente, di sicurezza, di alimentazione di queste persone, oltre che essere un obiettivo di giustizia sociale è anche motivo di convenienza del SSN per guadagnare salute e diminuire il fabbisogno di assistenza per il futuro.

2.2. Disuguaglianze di salute: una costante

Il riferimento alla giustizia sociale ci rimanda a un altro aspetto del profilo epidemiologico degli anziani, quello delle disuguaglianze. ISTAT ha recentemente collaborato coi suoi dati a una ricerca sulle disuguaglianze di mortalità tra gli anziani italiani secondo il reddito, dove si dimostra che il 20% degli anziani con il reddito più basso, maschi e femmine, ha rispettivamente tra il 65% e il 47% di rischio in più di morte rispetto al 20% più ricco; questo eccesso non sarebbe spiegato da altri indicatori sociali come il titolo di studio o lo stato civile; dunque a spiegare le disuguaglianze di salute tra gli anziani conterebbe di più l'insieme dei fattori materiali misurati dal reddito, piuttosto che le competenze misurate dal livello di istruzione. Analoghe disuguaglianze per titolo di studio o per reddito si osservano negli altri indicatori del BES, come l'aspettativa di vita in salute e senza limitazioni funzionali, la salute mentale, gli stili di vita insalubri; simili riscontri sono comuni negli indicatori monitorati dal sistema di sorveglianza Passi d'Argento del Ministero della salute.

In tutte queste fonti risulta che gli anziani di bassa posizione sociale, più poveri cioè di competenze, di risorse materiali, di status e di aiuto, sono più esposti ai fattori di rischio per la salute, si ammalano di più, perdono le capacità funzionali prima e muoiono prima. Queste disuguaglianze sono più severe nelle regioni del Mezzogiorno. Dunque, le disuguaglianze di salute si declinano su due dimensioni, quella individuale e quella contestuale. Cioè conta chi sei, ovvero le risorse e le competenze con cui un anziano sta sulla scena della sua vita riuscendo a farsi meno male possibile; e conta dove stai, cioè la capacità del contesto di vita di rendere capace l'anziano povero di usare le poche risorse e competenze che ha per farsi meno male possibile. La distinzione non è di poco conto perché richiama la responsabilità di politiche diverse. La povertà individuale deve essere affrontata con azioni distributive sulle risorse di competenze, risorse mate-

riali, di status e di aiuto (pre-distributive per evitare l'impoverimento o redistributive per mitigare l'impatto sfavorevole dell'impoverimento), mentre la povertà contestuale ha bisogno di azioni che migliorino le potenzialità di capacitazione che hanno i contesti di vita prossimi alla persona (dalla coesione e capitale sociale della comunità locale, alla qualità dei servizi sociali e sanitari, all'ambiente naturale e costruito, alle opportunità dell'arte e della cultura, alla mobilità...). L'approccio intersezionale ci ha poi insegnato che alla povertà individuale si affiancano altre dimensioni individuali di disuguaglianza, dalla storia migratoria, al genere, alle preferenze sessuali; l'effetto sulla salute di queste altre dimensioni spesso passa attraverso la mediazione della povertà individuale, una condizione in cui ad esempio si segregano molte storie migratorie; nel caso delle altre dimensioni individuali di disuguaglianza, come il genere, l'approccio intersezionale raccomanda di ricercare le interazioni di diverso segno di queste dimensioni sul meccanismo principale di disuguaglianza di salute che rimane quello sociale.

Anche nel caso della salute disuguale le notizie italiane non sono però così allarmanti. Infatti, gli studi comparativi europei hanno per lo più dimostrato che l'Italia insieme ad altre popolazioni dell'area mediterranea è la popolazione che presenta disuguaglianze sociali di mortalità di minore intensità. Il rischio cardiovascolare è il principale bersaglio dei determinanti sociali e l'Italia è ancora protetta da questo rischio grazie all'ombrello della dieta mediterranea la cui distribuzione sociale è ancora abbastanza uniforme. Inoltre, l'Italia è in ritardo nella transizione sociale (dai ricchi ai poveri) di alcune epidemie importanti tra le donne, come quella da fumo e quella da rinvio dell'età al primo figlio, per cui nel nostro paese i relativi effetti su tumori da fumo o su tumori della mammella sono ancora una prerogativa delle donne in carriera. Infine, in Italia esiste ancora una ricca rete di sostegno familiare che ha una distribuzione sociale uniforme e gioca un rilevante ruolo protettivo per la salute. Infine, non deve essere estraneo a questa resilienza italiana alle disuguaglianze di salute anche il carattere del Servizio Sanitario Nazionale che almeno per i livelli di assistenza che fanno la differenza per l'aspettativa di vita libera da limitazioni è un servizio universalistico e generoso.

Sempre negli studi comparativi europei si evidenzia che le disuguaglianze sociali di mortalità, misurate sugli anni di istruzione o sui quantili del reddito, si stanno intensificando sulla scala relativa e sono stabili o in diminuzione sulla scala assoluta. Un recente articolo sui dati ISTAT mostra che nell'ultimo decennio le differenze assolute nel rischio di morte tra meno e più istruiti nella popolazione italiana di più di 40 anni sono rimaste inalterate o sono diminuite per diverse malattie causa di morte,

mentre le disuguaglianze relative sono aumentate in alcuni casi; è noto che per ragioni aritmetiche quando le differenze assolute tra i tassi di mortalità sono stabili o in diminuzione, il rapporto tra i tassi può crescere; per far diminuire anche il rapporto tra i tassi dovrebbero intervenire azioni di prevenzione o cura che hanno più efficacia tra i poveri che non tra i ricchi, fatto piuttosto improbabile.

2.3. La salute disuguale: una metrica che indica la salute che si può guadagnare

Questa situazione di resilienza italiana verso la salute disuguale incoraggia a usare la salute disuguale come la metrica per trovare i margini di salute che si possono ancora guadagnare con le azioni di prevenzione e di cura. La salute disuguale dimostra che qualcuno ha saputo far meglio di qualcun altro, dunque, che migliori risultati di salute si possono ottenere per tutti. Questo significa che la salute disuguale sarebbe evitabile almeno nella misura in cui i poveri possono avvicinarsi ai risultati dei ricchi. Questa è la ragione per cui da qualche anno anche nel Servizio Sanitario Nazionale si propone la salute disuguale come la metrica più efficace per ingaggiare professionisti, stakeholder e pubblico nella co-programmazione delle azioni di prevenzione e di organizzazione delle cure, a tutti i livelli. Se la prevalenza del diabete raddoppia passando dai quartieri più ricchi a quelli più poveri di Torino, difficilmente queste immagini lasceranno indifferenti gli amministratori, i professionisti, le forze sociali, le comunità locali. La geografia del diabete corrisponde a quella della povertà e spinge tutti a chiedersi perché accadano queste disuguaglianze, di chi sia la colpa, se del modo con cui ci si ammala o del modo con cui si viene curati. Rispondendo a queste domande si trovano i meccanismi da cui nascono queste disuguaglianze nel diabete; questi meccanismi sono evitabili con appropriate azioni, sanitarie o non sanitarie, mettendo in moto interventi che possono guadagnare salute soprattutto per chi è in condizioni di maggiore svantaggio. Quanto visto a proposito del diabete disuguale si ripete per la maggior parte delle malattie croniche e la non autosufficienza che ne consegue. È il caso dell'infarto, dell'ictus, della broncopneumopatia cronica ostruttiva, dello scompenso di cuore, della demenza, di molti tumori... È così che il Ministero della salute e gli enti centrali nel 2017 hanno proposto di usare l'Health Equity Audit come strategia di contrasto delle disuguaglianze di salute, una strategia che propone di ricercare sistematicamente le disuguaglianze di salute, le più importanti delle quali diventano motivo

di audit per la ricerca di meccanismi evitabili che mettono in moto un *feed back* di azioni di correzione.

La metrica della salute disuguale sarebbe particolarmente necessaria in questa fase di riorganizzazione della sanità territoriale con le Case della Comunità (CdC). Le équipes multidisciplinari delle CdC sono chiamate a programmare la nuova sanità d'iniziativa per la prevenzione e cura delle malattie croniche concentrando risorse e competenze professionali e della comunità sulle priorità che garantiscono risultati di salute più ricchi ed equi, cosa che la metrica della salute disuguale sa identificare e motivare adeguatamente.

Riferimenti bibliografici

- Ardito C., Costa G., d'Errico A. *et al.*, “Innalzamento dell'età pensionabile, salute e disuguaglianze in Italia”, *La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 3/2025.
- Di Napoli A., Ventura M., Grande E. *et al.*, “Nationwide longitudinal population-based study on mortality in Italy by immigrant status”, *Sci Rep.*, 2022 Jun 29, 12(1): 10986. doi: 10.1038/s41598-022-15290-8 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35768625/>
- Grande E., Alicandro G., Pappagallo M. *et al.*, “Trends in educational inequalities in cause-specific mortality in Italy from 2012 to 2021: results from a nationwide cohort study”, *Journal of Public Health*, 2025. doi: 10.1007/s10389-025-02670-3
- INMP, L'Italia per l'equità nella salute, 2017. <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>
- ISTAT, Aggiornamento indicatori BES aprile 2026. <https://www.istat.it/notizia/aggiornamento-indicatori-benessere-equo-e-sostenibile-aprile-2026/>
- Mackenbach J.P., Bopp M., Deboosere P. *et al.*, “Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: a study of 17 European countries”, *Health Place*, 2017, 47: 44-53.
- Mackenbach J.P. *et al.*, “Progress against inequalities in mortality: registerbased study of 15 European countries between 1990 and 2015”, *European Journal of Epidemiology*, 2019, 34: 1131-1142.
- Passi d'argento 2026. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>
- Tromba C. “Ecco perché ci sono stati più morti nel 2015”, *Scienza in rete*, 04022016. <https://www.scienzainrete.it/articolo/ecco-perch%C3%A9-ci-sono-stati-pi%C3%B9-morti-nel-2015/cinzia-tromba/2016-02-04>
- Zengarini N., Coppola L., Grande E. *et al.*, “Mortality by income in the elderly population in Italy: new evidence from an innovative microdata integration”, *J. Epidemiol. Community Health*, 2026 Apr 9, 80(5): 281-286. doi: 10.1136/jech-2025-224857

3. Malattie croniche: il contributo dell'epidemiologia di genere

di *Elia Ferroni**, *Carla Bietta***, *Chiara Primieri***

3.1. Il superamento della “norma maschile”

Per decenni, la ricerca medica ha assunto l'esistenza di un'ipotetica “norma maschile”, considerando il corpo femminile differente solo per dimensioni e fisiologia riproduttiva. Oggi l'epidemiologia ha smantellato questo paradigma, dimostrando, come evidenziato in precedenza, che uomini e donne non si ammalano allo stesso modo: incidenza e prevalenza delle malattie, come anche il consumo di risorse sanitarie, variano drasticamente a seconda del sesso.

La medicina di genere, oltre ad aver posto l'attenzione nei confronti delle differenze biologiche tra maschi e femmine, ha introdotto il concetto di “genere” in ambito sanitario, una variabile che prima non veniva considerata. Non è, quindi, solo importante distinguere la popolazione in maschi e femmine, ma bisogna anche ragionare in termini di genere, tenendo conto di tutte quelle variabili (il comportamento della persona, l'ambiente sociale in cui vive, ecc.) che insieme possono influenzarlo.

Come tenere conto del genere in ambito epidemiologico? Céline Miani, in un articolo pubblicato nel 2019 dal titolo paradigmatico “Epidemiology needs to embrace gender”, sottolinea come la ricerca epidemiologica tradizionale si sia limitata a considerare il sesso (maschio/femmina) come un semplice fattore di rischio o una variabile di confondimento. Per affrontare realmente le disuguaglianze di salute, l'epidemiologia deve, invece, integrare il genere come “costrutto sociale” e misurarne i determinanti sociali. Quest'azione richiede un approccio intersezionale e multilivello, in grado di catturare sia i meccanismi formali (es. le legislazioni) sia quelli infor-

* Servizio Epidemiologico Regionale del Veneto, Azienda Zero.

** Servizio Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, Azienda USL Umbria1.

mali, come i pregiudizi culturali e le discriminazioni, decostruendo gli stereotipi attraverso un'ottica interdisciplinare.

Per promuovere questo cambio di passo, sono state pubblicate, oramai dieci anni fa, le Linee Guida SAGER. Queste raccomandazioni descrivono la procedura da seguire per impostare e condurre uno studio di ricerca che tenga conto del sesso e del genere in tutte le sue fasi, a partire dal razionale della ricerca, passando per la metodologia utilizzata, fino ad arrivare alla presentazione dei dati e alla loro interpretazione. Questo tema è stato recentemente ripreso anche in Italia dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che nel 2023 ha prodotto le *Linee di indirizzo per l'applicazione della Medicina di Genere nella ricerca e negli studi preclinici e clinici*.

3.2. Misurare concretamente il genere: le variabili e l'analisi statistica

In questi anni sono stati pubblicati diversi studi che hanno affrontato la sfida di includere fattivamente il genere negli studi epidemiologici. Tadiri e collaboratori, in uno studio pubblicato sul *Journal of Clinical Epidemiology* nel 2021, hanno tentato di fornire una guida pratica per i ricercatori e le ricercatrici per misurare concretamente il “genere”, sottolineando l'importanza di definizioni chiare fin dalla domanda di ricerca. Nella stesura di un protocollo è proprio la domanda di ricerca a guidare la scelta delle variabili: mentre il sesso può spiegare la suscettibilità biologica a una malattia, è il genere a spiegare la probabilità di esposizione a essa (attraverso l'occupazione o i comportamenti a rischio) come anche l'aderenza a un trattamento terapeutico.

Per quantificare il genere, alcuni ricercatori ne propongono la sua “scomposizione” in quattro domini specifici, basandosi sul framework del *Canadian Women's Health Research Network*. Per ognuno di essi vengono forniti esempi pratici di variabili da raccogliere nei questionari:

- **Identità di genere:** come la persona si auto-definisce. Va chiesta in modo distinto dal sesso assegnato alla nascita, includendo opzioni come “donna”, “uomo”, “non binario” e “altro”.
- **Ruoli di genere:** i comportamenti e le mansioni tipicamente associati ai sessi. Le variabili includono: l'essere il percettore di reddito principale, le ore spese nei lavori domestici, la responsabilità nella cura dei figli o di altri familiari e lo status occupazionale.

- **Relazioni di genere:** come le persone interagiscono in base al genere. Si misura tramite lo stato civile, questionari sul supporto sociale o l'esposizione alla violenza domestica e di genere.
- **Genere istituzionalizzato:** misura come la società distribuisce potere e risorse. In studi multicentrici si può usare l'Indice di Disuguaglianza di Genere delle Nazioni Unite, mentre a livello locale si possono valutare il divario salariale e l'impatto delle politiche aziendali sulla progressione di carriera.

Una volta raccolte queste variabili intercorrelate, gli autori suggeriscono di condensarle in un singolo indice (o “score”) composito, in modo da ridurre il numero di variabili da inserire nei modelli statistici pur catturando l'effetto globale del genere. Viene, inoltre, sottolineato come nell'analisi statistica il genere non andrebbe usato solo come effetto principale. Le nuove tendenze prevedono di usarlo anche come *mediatore* (ad esempio, per capire se i ruoli di genere spieghino *perché* esiste una differenza biologica nel contrarre una malattia cronica) oppure come *termine di interazione* (per valutare se l'adesione a ruoli tradizionali impatti diversamente sulla salute degli uomini rispetto a quella delle donne).

3.3. L'esperienza internazionale: la coorte olandese Lifelines

Un'ulteriore dimostrazione virtuosa di inclusione del genere nella ricerca proviene dallo studio Lifelines. Questo studio di coorte, condotto in Olanda, valuta come genetica, stile di vita e ambiente influenzino la salute e l'invecchiamento della popolazione. In questo studio gli autori forniscono una metodologia per raccogliere dati su sesso e genere in modo inclusivo, superando gli approcci storicamente imprecisi (come l'uso intercambiabile di sesso e genere o le sole opzioni binarie) che ancora oggi generalmente affliggono i grandi studi internazionali.

Nell'articolo viene ribadito come omettere o confondere queste due variabili negli studi introduca gravi bias di selezione, a svantaggio delle minoranze e mascherando fattori di rischio per la salute. Vengono, quindi, proposte soluzioni specifiche per ciascuna dimensione. Per quanto riguarda il sesso, si suggerisce di inserire sempre un'opzione “non binario” e una domanda esplicita sulla presenza di variazioni delle caratteristiche sessuali alla nascita. Registrare solo il sesso binario (maschio/femmina) o basarsi esclusivamente sui registri anagrafici risulta, infatti, limitante, poiché ignora le variazioni intersessuali (che riguardano fino all'1,7% della popolazione) e i cambiamenti anagrafici delle persone transgender.

Per quanto riguarda il genere, questo va considerato come un fattore multidimensionale e fluido. Per misurarlo accuratamente, gli autori consi-

gliano l'approccio a due fasi (two-step): chiedere prima il sesso assegnato alla nascita e, in una domanda separata, l'identità di genere attuale. Inoltre, propongono l'uso di "scale continue" in cui i partecipanti possono indicare da 1 a 10 quanto si sentono più vicini al genere maschile o femminile, citando l'uso di indici di genere (*gender scores*) calcolati a posteriori in base a professione, interessi e tratti psicosociali.

Un aspetto cruciale evidenziato nell'articolo è lo smantellamento di un grande pregiudizio della ricerca: spesso i ricercatori non inseriscono domande sull'identità di genere per il timore infondato che siano percepite come "troppo personali", causando l'abbandono dello studio da parte dei partecipanti. L'esperienza della coorte olandese dimostra esattamente il contrario: implementando l'approccio a due fasi sul genere su oltre 52.000 adulti, solo una percentuale irrisoria (tra lo 0,3% e l'1,3%) ha scelto di non rispondere a queste domande. I partecipanti, se viene spiegata chiaramente la rilevanza per la salute, sembrano apprezzare, quindi, la possibilità di condividere queste informazioni in modo inclusivo.

3.4. Come si pone l'epidemiologia in Italia di fronte a queste sfide?

Sebbene l'Epidemiologia moderna riconosca queste differenze, in Italia la comunità scientifica tende ancora, e purtroppo ancora frequentemente, a presentare un dato complessivo "neutro" o a limitarsi a una semplice stratificazione per sesso nella presentazione dei risultati.

Allo scopo di promuovere una ricerca epidemiologica attenta a questi temi, nel 2020 è stato creato un gruppo di lavoro specifico all'interno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE), che in questi anni ha fortemente promosso un approccio attento alle differenze di sesso e genere in tutta la comunità scientifica. La nascita di questo gruppo è particolarmente rilevante per diversi motivi. Innanzitutto, rappresenta la presa di coscienza ufficiale a livello italiano che valutare ogni differenza di sesso e genere attraverso una rigorosa ricerca epidemiologica è il presupposto imprescindibile per raggiungere una vera medicina di precisione e personalizzata. Inoltre, questo gruppo presenta un forte approccio multidisciplinare: per studiare l'impatto di queste variabili serve una combinazione di competenze mediche, epidemiologiche e sociologiche, necessarie per comprendere come la dimensione socio-culturale impatti sulla salute al pari di quella biologica.

Per dare spazio a queste tematiche, insieme al gruppo di lavoro AIE è stata inaugurata una rubrica specifica sulla rivista *Epidemiologia & Pre-*

venzione, diventata nel tempo un vero e proprio luogo di approfondimento e crescita culturale nel panorama epidemiologico nazionale. Il gruppo ha promosso l'approccio di genere anche nel corso dei congressi nazionali, organizzando simposi, sessioni specifiche ed eventi formativi online (webinar) accessibili a tutte le persone interessate.

Infine, un traguardo fondamentale raggiunto dal gruppo di lavoro è stato l'inserimento della stratificazione del dato per sesso tra i criteri obbligatori per la valutazione degli abstract al congresso nazionale AIE, una mossa politica e accademica decisiva per incentivare attivamente i ricercatori e le ricercatrici ad allinearsi a questi fondamentali approcci metodologici.

3.5. Il burden delle malattie croniche in una prospettiva di genere

Le malattie croniche non trasmissibili (non-communicable diseases, NCDs) rappresentano oggi la principale causa di morte, disabilità e perdita di qualità della vita a livello globale e costituiscono la sfida predominante per i sistemi sanitari delle società che invecchiano. Patologie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie croniche e condizioni neurodegenerative sono responsabili della maggior parte del burden di malattia e assorbono una quota crescente delle risorse sanitarie.

Negli ultimi due decenni è emerso con crescente evidenza come sesso e genere rappresentino determinanti fondamentali della salute. Le differenze biologiche e i fattori socioculturali influenzano infatti l'esposizione ai fattori di rischio, la suscettibilità alle malattie, la loro espressione clinica e gli esiti, rendendo necessaria una lettura delle cronicità che integri sistematicamente la prospettiva sesso-genere. In Italia, tale approccio ha trovato un riconoscimento istituzionale con la Legge 3 del 2018 e con il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere.

Le differenze tra uomini e donne nelle malattie croniche non riguardano esclusivamente la frequenza delle patologie, ma interessano l'intero continuum salute-malattia, comprendendo suscettibilità biologica, esposizione ai fattori di rischio, età di insorgenza, decorso clinico e prognosi. Le differenze osservate riflettono la complessa interazione tra fattori biologici e determinanti sociali che agiscono lungo tutto il corso della vita, influenzando esposizioni ambientali, comportamenti di salute e accesso ai servizi sanitari.

In Italia, la descrizione epidemiologica delle malattie croniche e dei loro determinanti si avvale, oltre che delle fonti correnti e dei registri di patologia, dei sistemi di sorveglianza di popolazione coordinati dall'Isti-

tuto Superiore di Sanità. In particolare, le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento consentono di monitorare continuamente la distribuzione dei principali fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni croniche, la qualità percepita della salute e le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali, fornendo informazioni essenziali per la programmazione e la valutazione delle politiche di prevenzione e promozione della salute.

3.6. Principali evidenze nelle grandi aree di malattia

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte a livello mondiale e costituiscono uno degli ambiti nei quali le differenze di sesso e genere risultano maggiormente documentate. Uomini e donne presentano differenti profili di rischio, modalità di presentazione clinica e prognosi, mentre eventi specifici della storia riproduttiva femminile, quali diabete gestazionale, preeclampsia e menopausa precoce, sono oggi riconosciuti come determinanti del rischio cardiovascolare nel corso della vita.

Nel diabete mellito, le donne presentano un incremento relativo del rischio cardiovascolare maggiore rispetto agli uomini, suggerendo l'esistenza di differenze biologiche e metaboliche che contribuiscono agli esiti della malattia.

Anche l'epidemiologia delle malattie respiratorie croniche ha subito importanti modificazioni negli ultimi decenni. L'aumento del tabagismo femminile ha progressivamente ridotto il tradizionale divario di genere nella broncopneumopatia cronica ostruttiva, mentre diverse evidenze suggeriscono una maggiore suscettibilità delle donne agli effetti del fumo di sigaretta.

Nel complesso, le differenze sesso-specifiche documentate nelle principali condizioni croniche evidenziano come la variabilità biologica e sociale rappresenti una componente essenziale per comprendere il burden di malattia e le sue traiettorie evolutive.

3.7. Multimorbilità, fragilità e paradosso salute-sopravvivenza

Un elemento caratteristico delle popolazioni longeve è rappresentato dal cosiddetto *health-survival paradox*. Sebbene le donne presentino una maggiore aspettativa di vita rispetto agli uomini, esse trascorrono una quota più elevata degli anni vissuti in condizioni di disabilità, fragilità e multimorbilità. Gli uomini, al contrario, sono caratterizzati da una maggiore mortalità prematura, oltre che per traumatismi, per molte patologie cro-

niche, in particolare cardiovascolari e metaboliche. Longevità e salute non coincidono pertanto necessariamente e il semplice incremento dell'aspettativa di vita non si traduce automaticamente in un corrispondente aumento degli anni vissuti in buona salute.

La multimorbilità costituisce una delle principali caratteristiche epidemiologiche delle popolazioni anziane e una delle sfide emergenti per i sistemi sanitari. La sua prevalenza aumenta progressivamente con l'età e presenta pattern differenti nei due sessi.

Le donne sviluppano più frequentemente combinazioni multiple di condizioni croniche e sperimentano livelli più elevati di disabilità e fragilità, mentre negli uomini risultano più frequenti cluster caratterizzati da patologie cardiovascolari e metaboliche associati a una maggiore mortalità. La diversa distribuzione delle malattie contribuisce a spiegare il paradosso salute-sopravvivenza e sottolinea come la crescente longevità debba essere interpretata non soltanto in termini quantitativi, ma anche attraverso indicatori di qualità della vita e di mantenimento dell'autonomia funzionale.

La crescente diffusione della multimorbilità impone inoltre il superamento di una visione centrata sulle singole patologie e richiede una lettura della cronicità orientata alla complessità clinica e ai bisogni globali della persona.

3.8. Determinanti sociali e disuguaglianze di salute

Le malattie croniche sono il risultato dell'interazione tra fattori biologici e determinanti sociali che agiscono lungo tutto il corso della vita. Livello di istruzione, reddito, occupazione, condizioni abitative e reti di supporto influenzano in modo significativo l'esposizione ai fattori di rischio e l'accesso alle opportunità di prevenzione e cura.

Le differenze di sesso e genere contribuiscono a generare vulnerabilità specifiche. Le donne continuano a sostenere gran parte del lavoro di cura informale e risultano maggiormente esposte alle disuguaglianze socioeconomiche, con potenziali ripercussioni sul benessere psicofisico e sulla qualità della vita. Parallelamente, modelli culturali e comportamentali differenti influenzano l'adozione degli stili di vita e il ricorso ai servizi sanitari, contribuendo a determinare pattern diversi di rischio e di utilizzo dell'assistenza. Le disuguaglianze osservate nel burden delle malattie croniche non possono pertanto essere interpretate esclusivamente alla luce delle differenze biologiche, ma richiedono una prospettiva integrata in grado di considerare l'interazione dinamica tra sesso, genere e determinanti sociali della salute.

3.9. Conclusioni

Le evidenze accumulate negli ultimi decenni hanno dimostrato che sesso e genere rappresentano determinanti essenziali delle malattie croniche. Le differenze osservate nella suscettibilità, nella multimorbilità e negli esiti riflettono la complessa interazione tra fattori biologici e determinanti sociali che agiscono lungo tutto il corso della vita.

La prospettiva di genere costituisce pertanto uno strumento interpretativo indispensabile per descrivere correttamente il burden delle cronicità nelle popolazioni che invecchiano. La crescente diffusione della multimorbilità e la persistenza delle disuguaglianze di salute rendono necessario integrare sistematicamente la dimensione sesso-genere nella ricerca epidemiologica e nelle politiche di sanità pubblica, quale prerequisito per promuovere equità, appropriatezza e sostenibilità dei sistemi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE). <https://www.epidemiologia.it>
- Ballering A.V., Burke S.M., Maeckelberghe E.L.M. *et al.*, “How to ensure inclusivity in large-scale general population cohort studies? Lessons learned with regard to including and assessing sex, gender, and sexual orientation”, *Arch. Sex. Behav.*, 2023 Jul, 52(5): 2163-2172.
- Barnett K., Mercer S.W., Norbury M. *et al.*, “Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study”, *Lancet*, 2012, 380(9836): 37-43.
- Cattaneo A., Bellinghi M., Ferroni E., Mangia C., Marconi M., Rizza P., Borghini A., Martini L., Luciani M.N., Ortona E., Carè A., Appetecchia M.; Ministry Of Health-Gender Medicine Team, “Recommendations for the application of sex and gender medicine in preclinical, epidemiological and clinical research”, *J. Pers. Med.*, 2024 Aug 27, 14(9): 908.
- European Institute for Gender Equality, *Gender Equality Index 2024*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2024.
- GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, “Global burden of 371 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021”, *Lancet*, 2024, 403: 2133-2161.
- GBD 2021 Risk Factors Collaborators, “Global burden and attributable risk of 88 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021”, *Lancet*, 2024, 403: 2165-2201.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD, 2025 Report.
- Han M.K., Postma D., Mannino D.M. *et al.*, “Gender and chronic obstructive pulmonary disease: why it matters”, *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.*, 2007, 176(12): 1179-1184.

- Heidari S., Babor T.F., De Castro P. *et al.*, “Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use”, *Res. Integr. Peer Rev.*, 2016 May 3, 1: 2.
- Institute of Medicine (US), *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?*, National Academies Press, Washington (DC), 2001.
- Istituto Superiore di Sanità. PASSI e PASSI d'Argento, *Sistemi di sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali e sulle condizioni di salute della popolazione adulta e anziana*, ISS, Roma; aggiornamento continuo.
- Johnson J., Greaves L., Repta R., “Better science with sex and gender: a primer for health research”, in *Network WsHR*, Women's Health Research Network, Vancouver, Canada, 2007.
- Kautzky-Willer A., Harreiter J., Pacini G., “Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus”, *Diabetologia*, 2016, 59(2): 272-281.
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Marengoni A., Angelman S., Melis R. *et al.*, “Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature”, *Ageing Res. Rev.*, 2011, 10(4): 430-439.
- Mauvais-Jarvis F., Bairey Merz N., Barnes P.J., Brinton R.D., Carrero J.J., DeMeo D.L. *et al.*, “Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine”, *Lancet*, 2020, 396(10250): 565-582.
- Mehta L.S., Beckie T.M., DeVon H.A. *et al.*, “Acute myocardial infarction in women”, *Circulation*, 2016, 133(9): 916-947.
- Miani C., Wandschneider L., Batram-Zantvoort S. *et al.*, “Epidemiology needs to embrace gender”, *The Lancet*, 393: 2119-2120.
- Ministero della Salute, *Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere*, Roma, 2019.
- Peters S.A.E., Huxley R.R., Woodward M., “Diabetes as a risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis”, *Diabetologia*, 2014, 57(8): 1542-1551.
- Roth G.A., Mensah G.A., Johnson C.O. *et al.*, “Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019”, *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2020, 76(25): 2982-3021.
- Rubrica Epidemiologia di genere, *Epidemiologia & Prevenzione*. <https://epiprev.it/rubricaepi/epidemiologia-di-genere>
- Tadiri C.P., Raparelli V., Abrahamowicz M., Kautzky-Willer A., Kublickiene K., Herrero M.T., Norris C.M., Pilote L; GOINGFWD Consortium, “Methods for prospectively incorporating gender into health sciences research”, *J. Clin. Epidemiol.*, 2021 Jan, 129: 191-197.
- World Health Organization, *Noncommunicable diseases*, WHO, Geneva, 2025.
- World Health Organization, *Social determinants of health*, WHO, Geneva, 2023.

4. Dinamiche di invecchiamento in ottica di genere, tra resilienza e fragilità

di *Luigi Cesare Bergamaschini**

4.1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione in tutto il mondo, sia nei Paesi in via di sviluppo sia in quelli economicamente più avanzati, è diretta conseguenza dei miglioramenti delle politiche sanitarie, dei progressi in campo medico e farmacologico che hanno permesso di ridurre il rischio di morte in età giovanile e di prevenire e curare molte malattie. Questi miglioramenti sono però associati a una pressoché globale riduzione dell'indice di fertilità con la diretta conseguenza di un progressivo aumento, in quasi tutti gli Stati, della popolazione di anziani. Nel 2050 gli over 65 potrebbero crescere a 1,5 miliardi, con circa mezzo milione di centenari. Si calcola che nei Paesi più avanzati dal punto di vista economico, la probabilità di vivere fino a 90 anni cresca dall'attuale 26-30% al 50% nel 2060. Questi cambiamenti demografici caratterizzati dalla crescita dell'indice di vecchiaia comportano importanti trasformazioni nella struttura delle famiglie con un minor numero di soggetti giovani che possono prendersi carico dei propri anziani. Già oggi l'invecchiamento della popolazione impone radicali e innovativi cambiamenti strutturali nelle politiche socio-sanitarie che dovrebbero dare priorità a interventi di tipo preventivo, riallocazione delle risorse economiche e rendere più equo l'accesso alla "Cura" delle persone sempre più anziane.

La longevità, oltre agli aspetti biologici, diventa così un tema sociale, economico e finanziario che incide sulla sostenibilità dei sistemi previdenziali, sulla gestione delle risorse individuali e sulla capacità di mantenere stabilità e autonomia nel tempo futuro. Tuttavia, secondo il Rapporto della

* Professore di Medicina Interna-Geriatria, Università degli Studi di Milano, IRCCS Maugeri, Milano.

Commissione Europea, la così detta “Silver Economy” generata dall’aumento della popolazione over 60 potrebbe rappresentare un’opportunità per i Paesi UE per generare anche ricchezza, grazie alla domanda di nuovi beni e servizi. Da non sottovalutare la necessità di una riorganizzazione delle dinamiche lavorative alla luce della capacità lavorativa ancora presente degli ultra sessantenni sia uomini sia donne.

L’aspettativa di vita in Italia è stimata in 81,7 anni per gli uomini e 85,7 anni per le donne. Ma questa differenza è sempre esistita? Una recente ricerca, pubblicata su *Nature Scientific Reports*, ha preso in esame 492 scheletri della collezione osteologica di Milano per analizzare le variazioni nella sopravvivenza e mortalità delle donne milanesi negli ultimi 2mila anni. Sono stati riscontrati cambiamenti significativi nella longevità femminile, con un notevole aumento dal I-V secolo d.C. al XIX-XX secolo d.C. passando da 36 a circa 80 anni. Per gli uomini l’aspettativa di vita era già più alta in epoca romana, circa 44 anni, con fluttuazioni nel corso dei secoli, ma sostanzialmente con progressivo aumento fino ai giorni nostri. Fino ai più recenti miglioramenti in campo sanitario, all’avvento della medicina moderna e al miglioramento dell’accesso alle cure, la gravidanza e il parto hanno rappresentato eventi ad alto rischio per la mortalità precoce delle donne. Tuttavia, anche il processo di industrializzazione con lo sviluppo dell’industria tessile con una mano d’opera prevalentemente femminile, ha probabilmente avuto un ruolo importante sulla mortalità delle donne che oltre a queste attività pericolose e usuranti dovevano anche continuare a dedicarsi alle faccende domestiche e alla cura dei figli.

4.2. Biologia dell’invecchiamento

L’invecchiamento è un processo fisiologico, normale e complesso, caratterizzato sia dai mutamenti biologici che si verificano nel corso della vita, quali disfunzioni mitocondriali, accorciamento dei telomeri, senescenza cellulare con inversione del rapporto tra cellule funzionali e disfunzionali, sia dai fattori ambientali e dagli stili di vita. Durante lo sviluppo fetale e nel primo periodo post-natale i cambiamenti legati allo sviluppo degli organi e alla loro diversificazione funzionale sono regolati da un network genetico ridondante in grado di autocorreggere le alterazioni cromosomiche che possono intervenire durante la replicazione cellulare. Questa stabilità genetica si associa a numerosi meccanismi compensatori che preservano negli organi l’equilibrio biochimico, si oppongono ai mutamenti fenotipici indotti dall’ambiente e al declino funzionale, secondo il concetto della *omeostasi*. Con il passare degli anni questa fase “omeostatica”, caratte-

rizzata anche dall'assenza di malattia, inizia a perdere efficacia e i danni degli organi non possono più essere adeguatamente riparati, con una progressiva perdita funzionale fino al superamento della soglia critica con la comparsa delle malattie croniche.

Le interazioni tra gene e ambiente, le diversità nella capacità “omeostatica” sono alla base del non omogeneo invecchiamento che si osserva nella popolazione, con alcuni individui che vivono a lungo in buona salute e indipendenza nella vita quotidiana mentre altri sviluppano malattie e dipendenza nel corso degli anni. I dati epidemiologici indicano che l'invecchiamento non è un processo uniforme: uomini e donne lo vivono in modo diverso a causa delle specificità nei fattori biologici, sociali, economici e culturali. Va sottolineato che le attuali donne over 80 anni appartengono a generazioni nelle quali la condizione femminile era caratterizzata da una marcata subordinazione sociale, economica e giuridica, destinate prevalentemente alla cura della casa e dei figli (attività tuttora non retribuita) con minori opportunità educative (scolarità molto bassa) e lavorative (lavori poco retribuiti, non gratificanti, faticosi, stressanti) i cui effetti si riflettono sul loro stato di salute.

Analisi approfondite in ottica di genere permetterebbero di comprendere meglio come le variazioni del rapporto tra “fragilità” e “resilienza” nel corso della vita influenzino la qualità dell'invecchiamento.

4.3. Differenza di genere nella longevità

Parlando di differenze di genere è importante distinguere tra Sesso e Genere: il primo riguarda le caratteristiche biologiche di uomini e donne, mentre il secondo riguarda gli aspetti sociali, culturali e comportamentali.

Le differenze biologiche contribuiscono in modo significativo alla diversità tra uomini e donne nel processo di invecchiamento.

4.3.1. *Ruolo dei geni*

È consolidato il dato che le donne vivono più a lungo degli uomini e che la presenza di due cromosomi X sembra offrire una maggiore protezione nei confronti di alcune malattie genetiche e di molti processi degenerativi.

4.3.2. Ruolo degli ormoni sessuali

Le teorie più accreditate per spiegare queste differenze sono riconducibili ai meccanismi connessi agli ormoni sessuali e alle differenze biologiche indotte dagli ormoni stessi.

Nelle donne gli estrogeni:

- svolgono un'importante funzione protettiva nei confronti delle malattie cardio-vascolari e neurodegenerative;
- contrastano lo sviluppo di osteoporosi;
- influenzano positivamente il metabolismo lipidico;
- danno una maggiore capacità di risposta alle infezioni con minore mortalità per malattie infettive;
- regolano la risposta immunitaria, più efficiente ma con maggiore prevalenza di malattie autoimmuni e di malattie infiammatorie croniche.

La riduzione degli estrogeni in menopausa comporta:

- un aumento del rischio cardiovascolare;
- una maggior predisposizione alla osteoporosi;
- redistribuzione della massa grassa con aumento del grasso viscerale.

Negli uomini la riduzione, età dipendente, dei livelli di testosterone (andropausa) ha tra le più evidenti ricadute:

- la riduzione della massa muscolare;
- la diminuzione della forza fisica;
- l'incremento della massa grassa;
- gli effetti peggiorativi sulla funzione sessuale e sull'umore.

Questi cambiamenti sono meno evidenti negli uomini rispetto alle donne perché la riduzione di testosterone dovuta all'andropausa è generalmente più lenta e progressiva rispetto alla riduzione estrogenica con la menopausa.

Con il passare degli anni queste differenze tendono a ridursi, ma non ad annullarsi, e in entrambi i sessi si osserva il fenomeno della immunosenescenza, cioè il progressivo declino della funzione immunitaria, minore efficacia vaccinale e lo sviluppo di uno stato di infiammazione cronica di basso grado (*inflammaging*) che deteriora gli organi.

Riassumendo, le donne:

- hanno una maggiore aspettativa di vita alla nascita.
- risultano affette prevalentemente da malattie croniche quali:
 - osteoporosi;
 - artrosi e artrite;
 - sindromi dolorose croniche;
 - depressione e ansia;
 - fragilità fisica;

gli uomini mostrano:

- tassi di mortalità più elevati in tutte le età adulte;
- sviluppo più frequentemente di malattie acute, spesso letali, come:
 - cardiopatie ischemiche;
 - malattie vascolari;
 - riacutizzazione di broncopneumopatie croniche;
 - neoplasie a prognosi sfavorevole.

4.4. Resilienza e fragilità in ottica di genere

“Resilienza” (dal latino *resilire* = tornare indietro, rimbalzare) significa saper accettare le situazioni cui andiamo incontro e che non si possono cambiare. In ambito geriatrico, un individuo è “resiliente” se è capace di affrontare, gestire e, nei limiti del possibile, superare le limitazioni e le circostanze difficili che si presentano nel corso della sua vita mantenendo una visione positiva nonostante i possibili problemi di salute, le difficoltà sociali, famigliari, economiche e ambientali. Non meno importante è la sua capacità di prevenire l’isolamento coltivando nuovi legami in ambito sociale, come le attività di volontariato, e cercando di mantenere una vita quanto più attiva sia in ambito famigliare sia nel contesto sociale. Tutte queste attività costituiscono armi efficaci contro lo sviluppo di depressione.

La “resilienza” non dipende quindi solo dal patrimonio genetico e dal livello di riserve funzionali degli organi, ma hanno un ruolo importante i fattori comportamentali come attività fisica, alimentazione, prevenzione, cura delle malattie e non ultimo la facilità di accesso alle cure.

La “fragilità” (dall’inglese *frailty* = mancanza di forza, debolezza) in ambito geriatrico indica uno stato di maggiore vulnerabilità per eventi ambientali avversi derivanti da una diminuzione delle riserve fisiologiche (omeostenosi) necessarie a mantenere l’omeostasi nei diversi sistemi d’organo.

La “fragilità” si sovrappone al fisiologico, normale e armonico deterioramento funzionale tipico del processo di invecchiamento rendendolo più pronunciato. Oltre una certa soglia di “fragilità” aumenta il rischio di esiti avversi, come disabilità, dipendenza e morte. È ampiamente dimostrato che l’aumentato rischio di morte per i soggetti fragili è indipendente dalla multi-morbilità, indicando che la fragilità costituisce una variabile legata allo stato di salute nella sua eccezione più ampia, di per sé non riconducibile alle malattie.

4.5. Il paradosso della fragilità di genere

Dagli studi epidemiologici emerge come negli uomini e nelle donne il processo di invecchiamento sia profondamente diverso in termini di malattia, disabilità, mortalità, stato di salute e qualità della vita. Le donne sono più longeve ma esposte a livelli maggiori di fragilità e disabilità, mentre gli uomini presentano una mortalità più elevata e patologie più gravi. Queste differenze derivano dall'interazione tra fattori biologici (sesso), sociali (lavoro, inclusione) e culturali (scolarità, credo religioso, famiglia) che si riflettono sullo stato di salute durante l'intero corso della vita.

Le donne che presentano una maggiore prevalenza di fragilità con livelli più elevati rispetto agli uomini, specialmente in età avanzata, sono più “resilienti” essendo in grado di gestire meglio la propria fragilità; gli uomini sono infatti più esposti al rischio di morte per qualsiasi livello di fragilità rispetto alle donne della stessa età. Questa inattesa discrepanza tra grado di fragilità e sopravvivenza è oggi concettualizzata come il “paradosso della fragilità di genere”. Le ragioni di questo paradosso non hanno ancora trovato una spiegazione univoca. Tra le molte ipotesi è interessante sottolineare quella della malattia, secondo la quale le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare patologie croniche ma non letali, mentre gli uomini tendono a sviluppare più frequentemente patologie acute con elevato rischio di mortalità, come ictus e infarto miocardico. Le donne risultano anche più resilienti essendo più attive nel ricorrere all'assistenza medica, con un probabile miglior trattamento delle loro malattie e della disabilità da esse derivante. Al contrario, gli uomini tendono a sottostimare la propria morbidità e disabilità, dimostrano una minore attenzione alle cure, una scarsa conoscenza e capacità di utilizzo dei servizi socio-sanitari e vivono la propria disabilità in modo passivo. Questo è il “paradosso”: le donne vivono mediamente più a lungo degli uomini, trascorrono un numero maggiore di anni in condizioni di malattia, fragilità o disabilità ma hanno maggior consapevolezza e capacità di convivere con esse.

L'invecchiamento “biologico” di per sé non è quindi il principale determinante dell'aspettativa di vita. Le differenze riscontrate tra uomini e donne dipendono in gran parte dal modo in cui le risorse residue vengono mantenute o perdute nel corso della vita, dalla maturità all'età avanzata.

4.6. Conclusione

L'invecchiamento non è un processo uniforme tra uomini e donne a causa di fattori genetici, biologici, sociali, economici e culturali. Una migliore conoscenza delle differenze su base biologica è certamente impor-

tante per sviluppare nuove strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche più efficaci e personalizzate. Assetto genetico, ormoni, sistema immunitario, composizione corporea e caratteristiche di morbilità contribuiscono a determinare percorsi di invecchiamento differenti tra uomini e donne; tuttavia, di non minori importanza è lo studio dei determinanti per la “fragilità” e lo stato di “resilienza”. In ottica di genere, l’invecchiamento “attivo” può considerarsi il risultato del rapporto tra “fragilità” e “resilienza” che si instaura e si modifica nel corso della vita, influenzando significativamente lo stato di salute nella vecchiaia.

Riferimenti bibliografici

- Acosta J. *et al.*, “A complex secretory program orchestrated by the inflammation controls paracrine senescence”, *Nature Cell Biology*, 2013.
- Biehler-Gomez L. *et al.*, “Unveiling the female experience through adult mortality and survivorship in Milan over the last 2000 years”, *Nature*, 2024.
- Boerma T. *et al.*, “A global assessment on the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries”, *BMC Public Health*, 2016.
- Cesari M. *et al.*, “Frailty and multimorbidity: different way of thinking about geriatrics”, *Journal of Medical Directors Association*, 2017.
- Childs B. *et al.*, “Senescent cells: an emerging target for diseases of ageing”, *Nature Reviews Drug Discovery*, 2017.
- Clegg A. *et al.*, “Frailty in elderly people”, *Lancet*, 2013.
- Ferrucci L. *et al.*, “Measuring biological aging in humans: a quest”, *Aging Cell*, 2020.
- Freid L.P. *et al.*, “Frailty in older adults: evidence for a phenotype”, *Journal of Gerontology, A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2001.
- Gieffing-Kroll C. *et al.*, “How sex and age affect immune responses, susceptibility to infections, and response to vaccination”, *Aging Cell*, 2015.
- Gordon E.H. *et al.*, “Do sex differences in chronic diseases underpin the sex-frailty paradox?”, *Mechanism of Ageing Development*, 2019.
- Gutierrez-Valencia M. *et al.*, “The relationship between frailty and polypharmacy in older people: a systematic review”, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2018.
- Ha S. *et al.*, “Sex differences in biological aging with focus on human studies”, *eLife*, 2021.
- Hajam Y.A. *et al.*, “Oxidative stress in human pathology and aging: molecular mechanisms and perspectives”, *Cells*, 2022.
- Hosseinpoor A.R. *et al.*, “Social determinant of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health”, *Plos One*, 2012.
- Moulton V.R., “Sex hormones in acquired immunity and autoimmune disease”, *Frontiers in Immunology*, 2018.

- Omeye F., “Epidemiology of aging: understanding health in older populations”, *Eurasian Experiment Journal of Medicine and Medical Science*, 2025.
- Ostan R. *et al.*, “Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine”, *Clinical Science*, 2016.
- Ritchie H. *et al.*, “Gender ratio”, *Our World In Data*, 2020.
- Rockwood K. *et al.*, “Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty”, *Clinical Geriatric Medicine*, 2011.
- Silver Economy Forum*, 2025, Manchester (UK), The United Nation, 2025.

5. Incentivare la prevenzione: un cambio di paradigma per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

di *Rosanna Tarricone**

I sistemi sanitari universalistici europei attraversano una fase che può essere descritta come una vera e propria “permacrisi”, in cui più shock si sovrappongono e si rinforzano a vicenda mettendo alla prova la tenuta delle istituzioni pubbliche. Per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano questa condizione non è un rischio astratto ma una traiettoria già in atto, alimentata dalla convergenza di tre pressioni strutturali: la transizione demografica, l’espansione della cronicità e il vincolo finanziario. Di fronte a questa convergenza la prevenzione è la leva più efficace per contrastare la cronicità e preservare la sostenibilità di lungo periodo del SSN; ma perché la prevenzione produca davvero i suoi effetti non basta offrirla, occorre renderla “premiante”, cioè costruire incentivi – istituzionali, finanziari e comportamentali – che la rendano conveniente per il sistema e per il cittadino. Lo sguardo è rivolto all’Italia, con costante riferimento comparativo al contesto europeo e internazionale.

5.1. Una “permacrisi” dei sistemi sanitari: tre shock convergenti

Il primo shock è demografico. L’Europa è il continente più anziano del mondo e l’Italia ne rappresenta un caso limite: le previsioni demografiche indicano una contrazione della popolazione fino a circa 36,8 milioni di persone entro il 2100, pari a una perdita di oltre un terzo, mentre l’età media supererà i 51 anni già intorno al 2045. La quota di ultra-sessantacinquenni è destinata a passare da circa un quinto a oltre un terzo della

* CERGAS – SDA Bocconi School of Management, Università Bocconi, Milano; Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche, Università Bocconi, Milano.

popolazione, con una riduzione della base attiva stimabile in diversi milioni di persone in età da lavoro entro la metà del secolo. Ne deriva un peggioramento marcato dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani, che erode simultaneamente il bacino contributivo e amplia la domanda di cura.

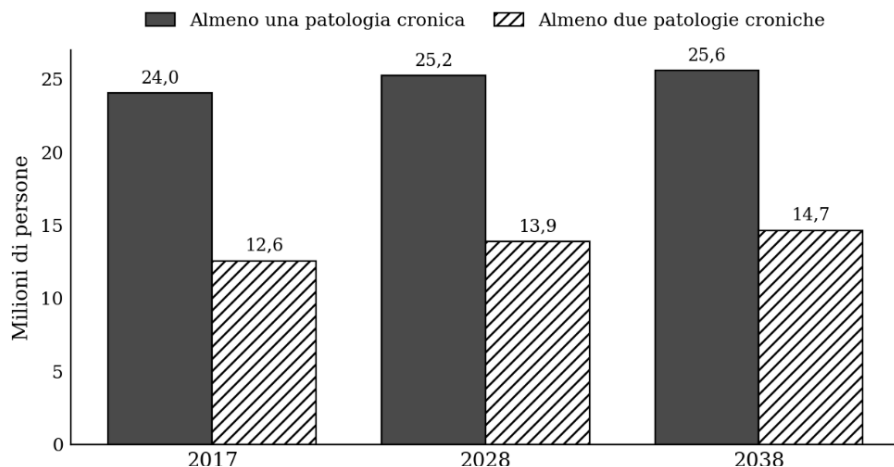
Il secondo shock è epidemiologico. Le malattie croniche non trasmissibili (NCDs) dominano ormai il carico di malattia: a livello europeo sono responsabili di circa l'80% del *disease burden* e assorbono intorno al 70% della spesa sanitaria. Il dato cruciale, dal punto di vista delle politiche, è però un altro: una quota rilevante di questo carico è evitabile. Secondo l'Ufficio regionale europeo dell'OMS, circa il 60% dei decessi per NCDs in Europa è attribuibile a cause prevenibili, e una parte significativa delle patologie croniche è in linea di principio del tutto prevenibile attraverso l'azione sui determinanti comportamentali. L'invecchiamento e la cronicità procedono insieme: già oggi circa il 40% degli ultra-sessantacinquenni convive con almeno due malattie croniche.

Il terzo shock è finanziario. Alla crescita della domanda si contrappone una base imponibile in contrazione e una dinamica dei costi in accelerazione. L'OMS stima che le sole NCDs causino in Europa 1,8 milioni di morti evitabili e un costo dell'ordine di 514 miliardi di dollari l'anno. In assenza di riforme, l'OCSE proietta per i sistemi sanitari pubblici un aumento medio della spesa pari a circa 3 punti percentuali di PIL entro il 2040, trainato dal peso cumulato di invecchiamento e cronicità, mentre le famiglie già oggi finanziano di tasca propria una quota vicina al 20% della spesa sanitaria complessiva. Come è stato osservato, il sistema rischia in questo modo di "consumare il proprio futuro", sacrificando la sostenibilità di lungo periodo alla gestione dell'emergenza corrente. Come argomentato da Ricciardi e Tarricone, la convergenza dell'inverno demografico e del crescente peso delle malattie croniche può raggiungere una soglia critica oltre la quale, per alcuni Paesi, mantenere una copertura sanitaria universale rischia di diventare finanziariamente e politicamente insostenibile.

5.2. Il peso della cronicità in Italia

In Italia la cronicità è già oggi il principale fattore di consumo di risorse sanitarie. Le proiezioni riportate nella Fig. 1 mostrano una crescita continua sia dei malati cronici sia, soprattutto, dei multicronici: le persone con almeno una patologia cronica passano da circa 24 a oltre 25,5 milioni tra il 2017 e il 2038, mentre quelle con almeno due patologie salgono da circa 12,6 a quasi 14,7 milioni. Complessivamente la cronicità interesserà il 46% della popolazione, e la gestione delle condizioni croniche assorbirà una quota non più sostenibile della spesa sanitaria pubblica.

Fig. 1 - *Proiezione della popolazione con almeno una e con almeno due patologie croniche in Italia, 2017-2038 (valori in milioni). Fonte: Elaborazione dell'autrice su previsioni demografiche ISTAT (ISTAT, 2024)*



A questo peso quantitativo si somma una forte dimensione di disegualianza. L'ultimo Rapporto OASI (2025) documenta un divario ampio tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute, oltre a marcate differenze territoriali: la distanza nella speranza di vita in buona salute alla nascita tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Basilicata supera i tredici anni, e persino la speranza di vita alla nascita varia di oltre tre anni tra la Provincia Autonoma di Trento e la Campania. La sostenibilità del SSN non è quindi solo una questione economica, ma inscindibilmente anche una questione di equità.

5.3. La prevenzione come leva strategica e il suo ritorno economico

Se una parte così rilevante del carico di malattia è evitabile, la prevenzione cessa di essere una politica accessoria e diventa la leva strategica per l'equilibrio economico-finanziario di lungo periodo e la stessa sopravvivenza del SSN. L'evidenza economica sul suo valore è robusta e convergente. Una revisione sistematica di Masters e collaboratori stima per gli interventi di sanità pubblica un ritorno mediano dell'ordine di quattordici unità monetarie per ogni unità investita, con la spesa preventiva risultata sensibilmente più produttiva della spesa per il trattamento; il quadro concettuale

delineato da Sassi e Hurst per l'OCSE mostra da tempo come le politiche sui determinanti degli stili di vita siano tra le più costo-efficaci a disposizione del decisore pubblico.

Il punto decisivo è che la prevenzione non produce automaticamente i suoi effetti per il solo fatto di essere resa disponibile. Vale il principio per cui la prevenzione non va soltanto offerta, va “fatta consumare”: perché generi salute e risparmi, i comportamenti preventivi – screening, vaccinazioni, aderenza terapeutica, attività fisica, alimentazione – devono essere effettivamente adottati dalla popolazione. È qui che si concentra la vera sfida di policy.

L'evidenza mostra però che questa “attivazione” non sta avvenendo, su un duplice fronte. Dal lato dell'offerta, la prevenzione resta strutturalmente sotto-finanziata: nei Paesi OCSE assorbe in media appena il 5,5% circa della spesa sanitaria e poco più dello 0,3% del PIL, e l'Italia si è a lungo mantenuta al di sotto della soglia programmatica del 5% fissata dai Livelli Essenziali di Assistenza. Dal lato della domanda, i comportamenti preventivi restano largamente sotto-utilizzati: in Europa circa la metà degli adulti è in sovrappeso o obesa e oltre un quarto fuma, mentre la sola inattività fisica è destinata a generare quasi 500 milioni di nuovi casi di malattie croniche tra il 2020 e il 2030, con un costo aggiuntivo stimato in circa 27 miliardi di dollari l'anno.

Il caso degli screening oncologici organizzati è emblematico di questa prevenzione «non consumata». Nel 2024 i programmi italiani hanno raggiunto volumi di inviti superiori ai livelli pre-pandemici – 4,08 milioni di donne invitate allo screening mammografico (50-69 anni), 4,05 milioni allo screening cervicale (25-64 anni) e quasi 8 milioni di persone allo screening coloretale (50-69 anni) – ma l'adesione corretta all'invito si è fermata rispettivamente al 53,8%, al 42,0% e al 35,8% (Osservatorio nazionale screening, 2025). In altri termini, a fronte di circa 16 milioni di inviti, quasi 10 milioni non si sono tradotti in un esame: l'offerta è stata erogata, ma non è stata consumata. Il dato aggregato nasconde inoltre un gradiente territoriale che rappresenta la principale fonte di dis-eguità: nello screening coloretale l'adesione scende dal 46,8% del Nord al 32,7% del Centro e al 21,1% del Sud e Isole, e in quello mammografico dal 60% circa del Nord al 39% del Sud. Le ragioni della mancata adesione confermano la natura insieme organizzativa e comportamentale della barriera: nelle regioni del Nord e del Centro il motivo più frequentemente riferito è la mancata ricezione della convocazione, mentre al Sud prevale la convinzione di “non averne bisogno”. Nel primo caso si tratta di un difetto dell'offerta, nel secondo di un difetto di percezione del rischio: due fallimenti distinti, che richiedono leve di policy diverse.

5.4. Se è così costo-efficace, perché non la facciamo? Le quattro barriere strutturali

Il paradosso di una strategia ad altissimo rendimento e persistente-mente sotto-utilizzata si può spiegare con quattro barriere strutturali che si rinforzano a vicenda. La prima è politica: i costi della prevenzione sono immediati, visibili e certi, mentre i benefici – sanitari ed economici – si materializzano su un orizzonte di quindici-vent'anni, tipicamente fuori dal mandato elettorale. Questa asimmetria temporale genera concentrazione eccessiva sui risultati raggiungibili a breve termine, sotto-investimento sistemico, iniziative pilota che non raggiungono la scala e una valutazione dei decisori ancorata a indicatori di breve periodo, come, ad esempio, le liste d'attesa.

La seconda barriera è istituzionale. L'architettura del SSN è stata progettata per un mondo diverso, centrato sull'acuzie: le risorse premiano le prestazioni erogate, i capitoli di spesa sono organizzati in silos impermeabili e la logica prevalente è reattiva, si interviene cioè quando la malattia si è già manifestata. Un modello centrato sulla prevenzione richiede invece di remunerare l'esito e l'evento evitato anziché il volume di prestazioni, di integrare budget di prevenzione e cure primarie in una logica di "bundle", e di adottare un approccio proattivo fondato sulla presa in carico e sulla co-responsabilità del cittadino.

La terza barriera è comportamentale. Anche quando i servizi sono disponibili, una costellazione di bias cognitivi ne ostacola l'uso: bassa percezione del rischio e ottimismo irrealistico, deficit informativo sui benefici concreti, procrastinazione a favore di gratificazioni immediate, inerzia e resistenza al cambiamento di abitudini consolidate. Ne deriva un persistente "intention-behaviour gap", lo scarto tra l'intenzione dichiarata e il comportamento effettivo, che i tradizionali strumenti informativi non riescono a colmare.

La quarta barriera è culturale e attiene al contratto sociale implicito riassumibile nella formula "io pago, lo Stato mi cura", che concepisce il cittadino come mero consumatore di prestazioni e non come co-produttore della propria salute.

5.5. Rendere premiante la prevenzione: che cosa dicono le evidenze

Superare queste barriere significa spostare l'azione dal piano dell'offerta a quello degli incentivi, ossia rendere premiante la prevenzione. Una

revisione della letteratura sui programmi di promozione della salute basati su incentivi in Paesi ad alto e medio-alto reddito offre indicazioni operative precise. Gli incentivi monetari diretti – pagamenti in denaro e voucher – risultano più efficaci per le azioni puntuali, come screening, vaccinazioni e check-up, dove la barriera principale è l'inerzia e un incentivo economico è sufficiente a “rompere la frizione”. Gli incentivi non finanziari di natura comportamentale – *framing* dei messaggi, promemoria ben temporizzati, opzioni di default, norme sociali – mostrano invece un'efficacia più moderata ma persistente per i comportamenti continuativi, come l'attività fisica e l'alimentazione.

Emerge però un principio trasversale: niente vale per tutti. Ciò che attiva un cittadino può lasciarne indifferente un altro, perché motivazioni, atteggiamenti e preferenze temporali sono profondamente eterogenei. La leva della premialità va quindi calibrata attraverso una segmentazione comportamentale della popolazione: identificare i diversi fenotipi psico-comportamentali e adattare a ciascuno il tipo, l'intensità e il *framing* dell'incentivo è ciò che trasforma un intervento generico in una strategia efficace.

5.6. Verso un nuovo contratto sociale della salute

Rendere premiante la prevenzione implica, in ultima analisi, un mutamento del contratto sociale su cui si fonda il SSN. Non si tratta di trasferire responsabilità dallo Stato all'individuo, ma di riconoscere che i comportamenti individuali producono effetti collettivi e che la sostenibilità del sistema dipende anche dalla capacità di attivare responsabilità condivise. La Figura 2 sintetizza questo spostamento di paradigma: dalla salute come solo diritto alla salute a diritto e insieme responsabilità sociale; da un SSN che tratta e cura a un SSN che innova investendo in prevenzione e agendo sui comportamenti; dal cittadino consumatore di prestazioni al cittadino co-produttore della propria salute e corresponsabile della sostenibilità di lungo periodo.

Questo mutamento di paradigma, però, non può realizzarsi per decreto: la sua preconditione è la fiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale. Nessuna politica di prevenzione – né quelle top-down, come gli obblighi e i programmi organizzati di screening, né quelle bottom-up, fondate sull'attivazione dei comportamenti e sulla premialità – produce risultati duraturi se i cittadini non si fidano del sistema che le promuove. L'Italia illustra bene questo nodo: pur vantando esiti di salute tra i migliori del mondo (es. l'aspettativa di vita alla nascita di 83,5 anni e una mortalità evitabile di 52 decessi per 100.000 abitanti, circa la metà di quella statunitense),

Fig. 2 - *Lo spostamento di paradigma nel rapporto tra cittadino, prevenzione e sostenibilità del SSN*



tense), registra una fiducia nel sistema sorprendentemente bassa. Nella People’s Voice Survey solo una minoranza degli intervistati, in Italia come negli altri Paesi, ritiene che il proprio sistema funzioni bene senza necessità di riforme profonde, e l’Italia mostra una delle quote più basse di cittadini convinti che il sistema sia migliorato negli ultimi anni.

Le stesse evidenze mostrano perché la fiducia sia decisiva sul piano operativo. La fiducia nel sistema e nelle istituzioni aumenta in modo significativo la probabilità di aderire alle misure di prevenzione, come la vaccinazione. Al contrario, affidarsi prevalentemente all’obbligo può garantire adesione nel breve periodo ma erodere la fiducia necessaria alla cooperazione di lungo periodo: nel caso italiano, l’ampio ricorso ai mandati durante la pandemia ha coinciso con una fiducia nel sistema che resta fragile, e nel periodo post-pandemico la copertura di alcune vaccinazioni, come quella contro il morbillo, è diminuita senza tornare ai livelli precedenti. La lezione per le politiche di prevenzione è chiara: la premialità e l’attivazione dei comportamenti funzionano se innestate su una relazione di fiducia, non in sua sostituzione.

Per governare questa transizione senza tradire i principi di universalismo ed equità, il SSN è chiamato a gestire con trasparenza le aspettative dei cittadini, a investire nell’alfabetizzazione sanitaria, a costruire fiducia, *engagement* e partecipazione, e a disegnare politiche preventive che siano non solo efficaci ma anche eticamente e socialmente accettabili.

5.7. Conclusioni

La prevenzione non è una politica accessoria: è una trasformazione strutturale del Servizio Sanitario Nazionale. Ripensare l'architettura del sistema in chiave preventiva comporta, nel breve periodo, un aumento della domanda di servizi territoriali, screening, counselling, follow-up e strumenti digitali di monitoraggio, e richiede investimenti anticipati e costi di attivazione organizzativa; ma nel lungo periodo riduce ricoveri, complicanze e consumo di risorse ad alta intensità, liberando la capacità ospedaliera oggi assorbita dalla gestione di cronicità prevenibili. Questo esige uno spostamento progressivo delle risorse, una riallocazione del capitale umano verso le professioni della prevenzione e della presa in carico continuativa e nuovi modelli organizzativi e di incentivazione del lavoro territoriale.

Il filo conduttore è che l'efficacia della prevenzione non dipende solo dalla sua sola bontà tecnica, né dalla quantità di risorse a essa dedicate, ma anche e a volte soprattutto, dalla capacità del sistema di renderla premiante: allineando gli incentivi istituzionali, finanziari e comportamentali affinché prevenire convenga, a ogni livello, più che curare a valle. Le evidenze disponibili mostrano che questa strada è praticabile e misurabile nei suoi ritorni. Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale, universale ed equo, è una scelta che facciamo oggi.

Riferimenti bibliografici

- Arsenault C., Lewis T.P., Kapoor N.R. *et al.*, “Health system quality and COVID-19 vaccination: a cross-sectional analysis in 14 countries”, *The Lancet Global Health*, 2024.
- ATS Pavia, *Progetto pilota sperimentale di premialità per la partecipazione al programma di screening del colon-retto*, Pavia, 2025.
- Brown G., El-Erian M., Spence M. *et al.*, *Permacrisis: A Plan to Fix a Fractured World*, Simon & Schuster, 2023.
- Debeugny G., Lastier D., *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022*, Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 2024.
- European Commission, *Non-Communicable Diseases: Overview*, Bruxelles, 2025.
- Gmeinder M., Morgan D., Mueller M., “How much do OECD countries spend on prevention?”, *OECD Health Working Papers*, n. 101, 2017.
- Hemenway D., “Why we don't spend enough on public health”, *The New England Journal of Medicine*, 2010.
- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*, Roma, 2024.
- Kahneman D., Tversky A., “Prospect theory: an analysis of decision under risk”, *Econometrica*, 1979.

- Khan R., Socha-Dietrich K., “Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency”, *OECD Health Working Papers*, n. 105, 2018.
- Kruk M.E., Kapoor N.R., Lewis T.P. *et al.*, “Population confidence in the health system in 15 countries: results from the first round of the People’s Voice Survey”, *The Lancet Global Health*, 2024.
- Masters R., Anwar E., Collins B. *et al.*, “Return on investment of public health interventions: a systematic review”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2017.
- OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Parigi, 2024.
- OECD, European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024*, OECD Publishing, Parigi, 2024.
- Osservatorio nazionale screening, Rapporto 2024, Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (Ispro), Firenze, 2025.
- Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, *Rapporto OASI 2025*, CER GAS – SDA Bocconi, Milano, 2025.
- Peeters R., “Manufacturing responsibility: the governmentality of behavioural power in social policies”, *Social Policy and Society*, 2019.
- Petracca F., Ardito V., Sala F. *et al.*, “Harnessing financial incentives for health promotion: a scoping review of prevention programs”, *Social Science & Medicine*, 2025.
- Regione Lombardia, *Programma di Azione Regionale di Incentivazione della Promozione della Salute (PARI)*, Milano, 2024.
- Ricciardi W., Tarricone R., “The evolution of the Italian National Health Service”, *The Lancet*, 2021.
- Sassi F., Hurst J., “The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework”, *OECD Health Working Papers*, n. 32, 2008.
- Tarricone R., Armeni P., Arsenault C., Kruk M.E., “The relationship between trust and compliance in the Italian NHS: results of the people’s voice survey”, *Health Policy*, 2026.
- Thaler R.H., Sunstein C.R., *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, Yale University Press, 2008.
- World Health Organization, *Global Status Report on Physical Activity 2022*, Ginevra, 2022.
- World Health Organization – Regional Office for Europe, *Noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year*, Copenhagen, 2025.

6. Il costo “nascosto”: caregiving nelle cronicità e differenze di genere

di *Angela Ruocco**, *Marta Borge**, *Flavia Chiarotti***,
*Rosilde Di Pirchio**, *Marina Petrini**

6.1. Invecchiamento, cronicità e aumento dei bisogni assistenziali

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle trasformazioni demografiche più rilevanti per i sistemi di welfare contemporanei. L'ingresso delle coorti dei *baby boomers* nelle età avanzate della vita, l'aumento della sopravvivenza e la crescente prevalenza delle patologie cronico-degenerative stanno determinando un'espansione strutturale della domanda di assistenza continuativa e di lungo periodo. In questo contesto, l'attività di cura prestata dai familiari della persona assistita, detta anche caregiving informale o familiare, assume una funzione sempre più centrale, fino a configurarsi come una componente essenziale della sostenibilità dei percorsi assistenziali. Le proiezioni demografiche e sanitarie disponibili indicano infatti un incremento significativo della domanda di caregiving familiare nei prossimi decenni. Un recente studio europeo basato su modelli di microsimulazione stima, entro il 2050, un aumento del carico complessivo del caregiving familiare pari a circa il 50%, confermando la natura sistemica del fenomeno nel quadro dell'invecchiamento della popolazione.

Le malattie croniche rappresentano oggi una delle principali sfide per i sistemi sanitari contemporanei, non soltanto per la loro elevata prevalenza, ma anche per il profondo impatto che esercitano sulla qualità della vita, sulla disabilità, sulla non autosufficienza e sui bisogni assistenziali di lungo periodo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le patologie croniche configurano condizioni di salute che richiedono trattamenti,

* Centro di riferimento per la medicina di genere, Istituto Superiore di Sanità.

** Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale, Istituto Superiore di Sanità.

monitoraggio e presa in carico continuativi, spesso protratti per anni o decenni, con un significativo impegno di risorse sanitarie, sociali ed economiche. In Italia, le persone che presentano almeno una patologia cronica rappresentano una quota crescente della popolazione, soprattutto nelle fasce di età più avanzate e tra le donne, specialmente dopo i 55 anni.

L'aumento della cronicità è strettamente connesso ai processi di invecchiamento demografico, ai cambiamenti degli stili di vita e all'aumento della sopravvivenza grazie al progressivo miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche. Parallelamente, cresce anche il numero di persone che convivono con multimorbidità, fragilità e bisogni assistenziali complessi, determinando una progressiva estensione della domanda di cura a lungo termine. In tale contesto, il caregiving familiare tende ad assumere un ruolo sempre più rilevante non soltanto sul piano assistenziale, ma anche sotto il profilo sociale, economico e organizzativo, configurandosi come una componente sempre più centrale nella sostenibilità dei percorsi di cura legati alla cronicità.

6.2. Il caregiving familiare come costo “nascosto” della cronicità

In Italia, le stime disponibili sul numero dei/delle caregiver familiari differiscono sensibilmente in funzione delle definizioni adottate e dei criteri metodologici utilizzati, oscillando tra circa 3,5 e oltre 7 milioni di persone. A tale eterogeneità si aggiunge una persistente criticità di natura organizzativa e istituzionale: la mancanza di registri dedicati e di strumenti strutturati di rilevazione ostacola l'identificazione, il monitoraggio e il riconoscimento sistematici e continuativi delle persone che svolgono attività di cura informale, limitando al contempo la possibilità di stimarne con precisione la dimensione e di sviluppare politiche fondate su basi conoscitive solide e comparabili nel tempo. Ciò contribuisce a mantenere il caregiving in una condizione di parziale invisibilità pubblica e istituzionale, nonostante esso rappresenti una risorsa essenziale nella risposta ai bisogni associati alla cronicità, alla disabilità e alla non autosufficienza.

In questo quadro assume particolare rilevanza il concetto di costo “nascosto” del caregiving. Sebbene il dibattito scientifico e le politiche pubbliche in materia di cronicità si concentrino prevalentemente sui costi sanitari diretti, sull'organizzazione dei servizi e sulla sostenibilità economica dei sistemi di welfare, risulta meno visibile, ma non meno rilevante, il costo del lavoro di cura svolto dai/dalle caregiver familiari. Tale contributo assistenziale comprende un'ampia gamma di attività materiali, organizzative

e relazionali, tra cui la gestione delle terapie, l'accompagnamento nei percorsi diagnostico-terapeutici, il monitoraggio dei sintomi, il supporto nelle attività della vita quotidiana, la mediazione con i servizi sanitari e sociali, il coordinamento degli interventi assistenziali e il sostegno emotivo alla persona assistita.

Diversi fattori di contesto, tra cui la progressiva domiciliarizzazione delle cure, la frammentazione dei percorsi assistenziali e l'insufficiente disponibilità dei servizi territoriali, hanno contribuito nel tempo all'incremento di tale costo. Il costo complessivo dell'assistenza, pertanto, non si è ridotto, ma si è progressivamente trasferito sulle famiglie. Una stima approssimativa del valore economico del caregiving familiare in Italia, in rapporto alla spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine, può essere desunta dai dati della Commissione europea. Secondo tali stime, il contributo fornito dai/dalle caregiver familiari nell'assistenza alle persone anziane con disabilità corrisponde a circa il 2,5% del prodotto interno lordo, mentre la spesa pubblica destinata alle cure a lungo termine si attesta intorno all'1,7% del prodotto interno lordo.

Al fine di ridurre il costo “nascosto” del caregiving familiare, è innanzitutto necessario riconoscerne il valore e l'impatto, prevedendo politiche sociosanitarie personalizzate e calibrate sui bisogni dei/delle caregiver e delle persone assistite. Tali politiche dovrebbero comprendere un insieme integrato di misure, tra cui sostegni economici, interventi per la conciliazione tra attività lavorativa e responsabilità di cura, misure a sostegno della partecipazione e della permanenza nel mercato del lavoro, in particolare delle donne, il riconoscimento dei diritti previdenziali, servizi di sollievo e di sostituzione nelle situazioni di emergenza, supporto psicologico e interventi di promozione e tutela della salute dei caregiver.

6.3. Differenze di genere e impatto del lavoro di cura

Le differenze di genere costituiscono una dimensione rilevante per comprendere la distribuzione delle responsabilità assistenziali. La letteratura evidenzia in modo costante come il lavoro di cura informale continui a essere distribuito in maniera asimmetrica tra uomini e donne, non solo in termini quantitativi, ma anche per intensità, continuità e tipologia delle attività svolte. Le donne risultano più frequentemente coinvolte nel ruolo di caregiver principale, soprattutto nelle situazioni che richiedono prossimità corporea, presenza quotidiana e un forte investimento emotivo, assumendo compiti come l'igiene personale, l'alimentazione, la sorveglianza continuativa e la gestione degli aspetti emotivi della malattia. Gli uomini, pur

mostrando un coinvolgimento crescente, tendono più spesso ad assumere ruoli meno totalizzanti o a ricorrere a supporti esterni. Ne deriva una diversa esperienza del caregiving e dei suoi effetti sul benessere psicofisico, sull'attività lavorativa e sulla qualità della vita. Questa asimmetria è riconducibile a determinanti socioculturali di lungo periodo, legati alla divisione sessuata del lavoro e a modelli che hanno storicamente attribuito alle donne la responsabilità della cura familiare. In tale quadro, il genere non rappresenta soltanto una variabile descrittiva, ma un elemento che orienta aspettative sociali, obblighi percepiti e accesso alle risorse di supporto.

Tali dinamiche emergono con particolare evidenza nella cosiddetta “Generazione Sandwich”, composta prevalentemente da donne adulte che si trovano a gestire simultaneamente la cura dei figli e l'assistenza ai genitori anziani, spesso in presenza di condizioni croniche o di non autosufficienza. La sovrapposizione di responsabilità assistenziali, tipica della fascia di età compresa tra i 45 e i 65 anni, si associa frequentemente agli impegni lavorativi, generando una condizione di tensione tra occupazione, organizzazione familiare e cura. In contesti caratterizzati da servizi insufficienti o frammentati, ciò si traduce in maggiori difficoltà di conciliazione, livelli più elevati di stress e una progressiva riduzione del tempo personale e della partecipazione sociale. In questa prospettiva, il carico di cura assume anche la forma di un costo “nascosto”, che si manifesta su più dimensioni. Sul piano fisico, l'assistenza continuativa richiede disponibilità costante, adattamento dei ritmi di vita e compressione dei tempi di riposo, con possibili ricadute in termini di affaticamento, disturbi del sonno e peggioramento dello stato di salute. Sul piano psicologico, la responsabilità prolungata espone a condizioni di stress persistente, accompagnate da ansia, senso di sopraffazione e affaticamento emotivo, fino a forme di esaurimento e isolamento, soprattutto in assenza di adeguati supporti. Le conseguenze si estendono anche alla dimensione relazionale e sociale: la riorganizzazione della vita familiare e la concentrazione delle responsabilità su un singolo caregiver possono ridurre le opportunità di socialità e indebolire le reti relazionali, generando isolamento e tensioni intrafamiliari. A ciò si aggiunge la dimensione economica, che comprende sia costi diretti – legati a spese per assistenza, trasporti, farmaci o adattamenti dell'abitazione – sia costi indiretti, come la riduzione dell'orario lavorativo, la rinuncia a opportunità professionali o l'uscita anticipata dal mercato del lavoro. Nel loro insieme, questi effetti contribuiscono a delineare una condizione di vulnerabilità che, ancora una volta, tende a incidere in modo più marcato sulle donne.

6.4. Assistere un/una familiare non-autosufficiente: il carico di cura

Il progetto “Impatto del genere sullo stress psicologico e sullo stato di salute dei/delle caregiver familiari” coordinato dal Centro di riferimento per la medicina di genere dell’Istituto Superiore di Sanità ha avuto come obiettivo quello di indagare lo stato di salute dei/delle caregiver familiari italiani/e, con particolare attenzione al ruolo che le attività di cura può svolgere nel deterioramento delle condizioni di salute. Attraverso un questionario sviluppato nell’ambito del progetto sono state raccolte informazioni sia sul livello di impegno assistenziale richiesto ai/alle caregiver familiari partecipanti, sia sulle risorse di supporto disponibili. Le analisi effettuate hanno evidenziato come il campione sia composto prevalentemente da caregiver caratterizzati da un elevato carico assistenziale nella quasi totalità degli indicatori esaminati. Oltre la metà del campione dichiara di dedicare all’attività di caregiving tra 31 e 40 ore settimanali oppure più di 40 ore. Inoltre, quasi un/una partecipante su due svolge attività di cura da oltre dieci anni, confermando la presenza di situazioni assistenziali particolarmente impegnative e di lunga durata.

6.5. Il costo sociale del caregiving

I dati raccolti nell’ambito del progetto coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità evidenziano come una quota consistente dei/delle caregiver familiari partecipanti sia esposta a un elevato carico assistenziale, particolarmente evidente nel numero di ore dedicate alla cura, che per molti supera le 40 ore settimanali. Un impegno di tale intensità può influenzare profondamente diversi aspetti della vita quotidiana, dalla possibilità di intraprendere o mantenere un’attività lavorativa alla cura di sé, fino alla partecipazione alla vita sociale e relazionale.

L’impatto del caregiving emerge chiaramente dall’analisi della situazione occupazionale dei/delle partecipanti, mettendo in luce importanti differenze di genere. Infatti, nonostante le donne caregiver presentino mediamente livelli di istruzione più elevati rispetto agli uomini, esse risultano meno frequentemente occupate. Tra coloro che hanno risposto alla survey, infatti, il 60,2% degli uomini dichiara di avere un’occupazione, rispetto al 51,3% delle donne. Le differenze emergono anche nella tipologia di impiego. Le donne, infatti, lavorano più frequentemente con contratti part-time rispetto agli uomini (18,7% contro 4,1%), una situazione che può riflettere la necessità di conciliare gli impegni lavorativi con quelli di cura. Ancora

più significativo è il dato relativo alle persone non occupate: oltre un terzo delle donne non occupate dichiara di aver lasciato il lavoro a causa delle responsabilità assistenziali, una percentuale più che doppia rispetto a quella osservata tra gli uomini.

Questi risultati suggeriscono come il caregiving possa rappresentare un importante fattore di esclusione o riduzione della partecipazione al mercato del lavoro, soprattutto per le donne. Nonostante i livelli di istruzione raggiunti, molte caregiver si trovano infatti a ridimensionare o interrompere il proprio percorso professionale per far fronte alle esigenze di cura. Tale fenomeno sembra riflettere non solo una carenza di servizi e misure di sostegno adeguate, ma anche la persistente attribuzione alle donne del ruolo principale di assistenza all'interno della famiglia.

L'analisi per fascia d'età conferma ulteriormente questo quadro. Contrariamente a quanto ci si potrebbe attendere, la quota di donne non occupate che dichiara di aver lasciato il lavoro per motivi di cura rimane sostanzialmente stabile nei gruppi di età compresi tra i 18 e i 54 anni. Questo dato suggerisce che il peso delle responsabilità assistenziali continui a influenzare in modo simile generazioni diverse di donne caregiver, senza evidenti segnali di riduzione delle disuguaglianze di genere nella distribuzione dei compiti di cura.

L'uscita dal mercato del lavoro o la riduzione della partecipazione lavorativa dovuta agli impegni di cura rappresenta non solo un costo individuale per i/le caregiver, ma anche un costo sociale ed economico per l'intera collettività, legato alla perdita di competenze, produttività e contributi al sistema previdenziale. La costante sottorappresentazione delle donne nel mercato del lavoro rappresenta inoltre un ostacolo alla creazione di ambienti di lavoro inclusivi e caratterizzati da una reale diversità di esperienze, prospettive e competenze che favoriscono l'innovazione.

6.6. Il costo in termini di salute del caregiving

Attraverso il questionario sviluppato nell'ambito del progetto "Impatto del genere sullo stress psicologico e sullo stato di salute dei/delle caregiver familiari" sono state raccolte informazioni sia sul carico di patologie croniche sia sulla salute percepita riportata dal campione di caregiver. Quasi la metà del campione (40,6%) ha dichiarato di aver sviluppato problemi di salute dopo aver assunto il ruolo di caregiver familiare. Le donne segnalano più frequentemente l'insorgenza di disturbi rispetto agli uomini: il 42,4% delle caregiver femminili dichiara nuove problematiche di salute, contro il 31,8% dei caregiver maschili. I disturbi più comuni riportati includono

condizioni psichiatriche, problemi muscoloscheletrici, disturbi gastrointestinali, patologie cardiovascolari e disfunzioni del sistema immunitario (Tab. 1). Questa maggiore prevalenza nel sesso femminile trova riscontro nella letteratura internazionale: per esempio, le donne caregiver di pazienti con Alzheimer hanno una probabilità significativamente più elevata rispetto agli uomini di sviluppare condizioni sia acute che croniche. Tale vulnerabilità può essere ulteriormente acuita dalle diverse modalità con cui uomini e donne gestiscono le responsabilità assistenziali o dalle differenze nell'accesso e nella percezione del supporto sociale, fattori che mediano l'insorgenza di problematiche psicofisiche derivanti dal carico di cura.

Tab. 1 - *Patologie dichiarate nel campione di caregivers (n=2.033; Survey ISS 2024)*

Patologie	% di rispondenti
Cardiovascolari	9,6%
Metaboliche	5,1%
Immunitarie	6,1%
Respiratorie	1,8%
Neoplastiche	3,9%
Ematologiche	1,8%
Neurologiche	4,6%
Psichiatriche	18,1%
Muscoloscheletriche o connettivali	15,7%
Gastrointestinali	12,0%
Dermatologiche	4,4%
Altre condizioni	8,0%

Oltre a indicare il numero e il tipo di patologie presenti, le persone che hanno partecipato alla survey nazionale ha espresso anche una valutazione del proprio stato di salute. La percezione del proprio stato di salute rappresenta un indicatore fondamentale di benessere e qualità della vita, essendo associata non solo allo stato di salute oggettivo, ma anche al funzionamento quotidiano, alla salute mentale e alla capacità di affrontare le richieste della vita. L'inclusione di questa misura soggettiva assume un valore scientifico rilevante: sin dai primi anni '80, numerosi studi longitudinali hanno infatti dimostrato che la salute percepita è un potente predittore della mortalità successiva negli adulti e del declino funzionale negli anziani rappresentando una sintesi interna che l'individuo compie integrando la dimensione biologica, psicologica e sociale della propria esistenza.

Oltre il 60% del campione analizzato descrive la propria salute come scadente o soltanto accettabile con le donne che tendono a percepire il proprio stato di salute come più compromesso rispetto agli uomini. Questo divario rispecchia un fenomeno ampiamente documentato nella popolazione generale nei Paesi occidentali dove – a fronte di un’aspettativa di vita alla nascita superiore – le donne valutano costantemente il proprio stato di salute come peggiore rispetto agli uomini, riferiscono più sintomi fisici e fanno un maggior uso dei servizi sanitari. Anche nelle donne caregiver, come riportato da studi precedenti, è stato osservato un giudizio sulla propria salute significativamente più negativo di quello degli uomini. Sono disponibili invece meno informazioni sulla salute percepita dai/dalle caregiver rispetto alla popolazione generale.

Sulla base dei dati raccolti, è stata quindi condotta un’analisi comparativa tra lo stato di salute percepito dalle caregiver con patologie (almeno una patologia cronica) e quello della popolazione generale, utilizzando i dati ISTAT come termine di confronto. L’analisi si è concentrata sul campione delle donne caregiver che avessero dichiarato di avere almeno una patologia cronica per le quali erano disponibili dati sufficienti ($n = 649$, di cui 16, 89, 245 e 299 per le classi di età 20-34, 35-44, 45-54 e 55 e più, rispettivamente). In particolare, le prevalenze osservate nel campione sono state confrontate con quelle attese in base ai dati della popolazione femminile italiana rilevate dall’ISTAT nel 2023. Per tenere conto delle differenze nella distribuzione per età, sono stati calcolati i valori attesi applicando alle diverse classi di età del campione le prevalenze specifiche per età fornite dall’ISTAT. Le frequenze osservate e quelle attese sono state quindi confrontate mediante un test binomiale a due code, assumendo come probabilità teorica la prevalenza rilevata nella popolazione generale.

La quota di caregiver donne con almeno una patologia cronica che riferiva comunque un buono stato di salute è risultata significativamente inferiore a quella della popolazione generale in tutte le fasce di età. In particolare, le percentuali osservate vs le percentuali attese in base ai dati ISTAT nelle diverse fasce di età sono state: 20-34 anni, 25,0% vs. 66,1% ($p = 0,0009$); 35-44 anni, 10,1% vs 56,3% ($p < 0,0001$); 45-54 anni: 15,1% vs 46,2% ($p < 0,0001$); 55 anni e più: 11,4% vs 37,7% ($p < 0,0001$), indicando una peggiore percezione dello stato di salute tra le caregiver affette da patologie croniche.

I nostri risultati mostrano quindi che, tra le caregiver con almeno una patologia cronica, la proporzione di donne che percepiscono il proprio stato di salute come buono è significativamente inferiore rispetto alla popolazione generale già a partire dai 20 anni di età. Questo dato è particolarmente rilevante perché la fascia di età più giovane coincide spesso con una fase

fondamentale del ciclo di vita, caratterizzata dalla costruzione e dal consolidamento dei progetti familiari e professionali. Per molte donne, che rappresentano la maggioranza dei/delle caregiver familiari, il ruolo di assistenza si somma alla cura dei figli, alla gestione della famiglia e agli impegni lavorativi, determinando un carico di responsabilità che può influenzare negativamente la percezione del proprio stato di salute, anche in presenza di condizioni cliniche analoghe a quelle della popolazione generale.

6.7. Caregiving, salute pubblica e sostenibilità dei sistemi di welfare

Considerare il caregiving familiare come un costo nascosto significa mettere in discussione l'idea che la famiglia costituisca una risorsa naturalmente disponibile e illimitata, capace di assorbire senza conseguenze il peso crescente della cronicità. La capacità di cura dipende invece da risorse materiali, competenze, reti di supporto e condizioni di salute di chi assiste, risultando esposta a processi progressivi di logoramento e vulnerabilizzazione. Per questa ragione, il lavoro di cura informale non può essere considerato una riserva silenziosa del welfare, ma deve essere riconosciuto come una componente strutturale dell'assistenza, che richiede adeguate forme di sostegno, tutela e valorizzazione istituzionale.

Le evidenze disponibili mostrano come le differenze di genere nel caregiving delle cronicità non costituiscano un effetto secondario dell'assistenza informale, ma una questione strutturale di salute pubblica e di equità sociale. Se il welfare contemporaneo continua a reggersi in misura rilevante sul contributo delle famiglie, e in particolare sul lavoro di cura non retribuito svolto prevalentemente dalle donne, la sostenibilità dei percorsi assistenziali non può essere valutata senza considerare le condizioni di vita e di salute di chi presta assistenza. Ciò implica la necessità di sviluppare politiche capaci di integrare una prospettiva *gender-sensitive* nella progettazione dei servizi territoriali, nelle misure di conciliazione tra cura e lavoro, negli interventi di sollievo e nelle forme di riconoscimento sociale ed economico del caregiving.

Rendere visibile il costo nascosto della cura significa dunque adottare una prospettiva di salute pubblica e di giustizia sociale nella quale la risposta alle cronicità venga valutata non soltanto in relazione ai servizi erogati, ma anche rispetto agli effetti prodotti sulle persone che quotidianamente sostengono il carico assistenziale. In questa prospettiva, la tutela della salute e del benessere dei e delle caregiver familiari rappresenta non solo un

obiettivo di equità, ma anche una condizione essenziale per la sostenibilità futura dei sistemi di welfare.

Riferimenti bibliografici

- Aldana G., Guarino L., “Chronic stress, coping and health in caregivers of Alzheimer’s disease patients”, *Summa Psicológica UST*, 2012, 9(1): 5-13.
- Borgi M., Di Pirchio R., Sanseverino A., De Santis M., Petrini M., Ruocco A. (Ed.), *Convegno. Promuovere la salute delle persone caregiver familiari in ottica di genere: prospettive future*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 24 settembre 2025. Atti. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2026 (Rapporti ISTISAN 26/11).
- Cattaneo A., Vitali A., Regazzoni D., Rizzi C., “The burden of informal family caregiving in Europe, 2000-2050: a microsimulation modelling study”, *Lancet Reg. Health. Eur.*, 2025, 53: 101295.
- Chiao C., Weng L.J., Botticello A.L., “Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review”, *Int. Nurs. Rev.*, 2015, 62(3): 340-350. doi: 10.1111/inr.12194
- Chiarotti F., Kodra Y., De Santis M. *et al.*, “Gender and burden differences in family caregivers of rare disease patients”, *Ann. Ist. Super. Sanità*, 2023, 59(2): 122-131.
- Golinelli D., Bucci A., Boetto E. *et al.*, “Gender differences and multiple determinants of perceived physical and mental health in Italy”, *Ann. Ig.*, 2021, 33(5): 456-473.
- Goren A., Montgomery W., Kahle-Wroblewski K. *et al.*, “Impact of caring for persons with Alzheimer’s disease or dementia on caregivers’ health outcomes: findings from a community based survey in Japan”, *BMC Geriatr.*, 2016, 16(1): 122.
- Hernández-Padilla J.M. *et al.*, “Perceived health, caregiver overload and perceived social support in family caregivers of patients with Alzheimer’s: gender differences”, *Health Social Care Community*, 2021, 29(4): 1001-1009.
- Iavarone A., Ziello A.R., Pastore F. *et al.*, “Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer’s disease”, *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 2014, 10: 1407. doi: 10.2147/NDT.S58063
- Martin L.M., Leff M., Calonge N. *et al.*, “Validation of self-reported chronic conditions and health services in a managed care population”, *Am. J. Prev. Med.*, 2000, 18(3): 215-218.
- Mavounza C., Ouellet N., Hudon C., “Caregivers’ emotional distress due to neuropsychiatric symptoms of persons with amnesic mild cognitive impairment or Alzheimer’s disease”, *Aging. Ment. Health.*, 2018, 24(3): 423-430. doi: 10.1080/13607863.2018.1544208
- Petrini M., Cirulli F., D’Amore A. *et al.*, “Health issues and informal caregiving in Europe and Italy”, *Ann. Ist. Super. Sanità*, 2019, 55(1): 41-50.
- Quesnel-Vallée A., “Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for “true” health?”, *Int. J. Epidemiol.*, 2007, 36(6): 1161-1164.

- Rodríguez-Madrid M.N., Del Río-Lozano M., Fernández-Peña R., García-Calvente M.M., “Changes in caregiver personal support networks: gender differences and effects on health (CUIDAR-SE study)”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021, 18(21): 11723.
- Urwin S., Lau Y.S., Grande G., Sutton M., “Informal caregiving, time use and experienced wellbeing”, *Health Econ.*, 2023, 32(2): 356-374.
- Xiong C., Biscardi M., Astell A., Nalder E., Cameron J.I., Mihailidis A. *et al.*, “Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: a systematic review”, *PLoS One*, 2020, 15(4): e0231848.

Parte II

Le grandi aree della cronicità

7. Burden delle malattie cardiometaboliche in ottica di genere

di Cecilia Politi*, Elena Barbagelata*

7.1. Introduzione

Le malattie cardiometaboliche (CMD), classificate dall'OMS nelle malattie non trasmissibili (NCDs), comprendono un insieme di condizioni croniche interconnesse tra cui obesità, diabete mellito tipo 2 (T2DM), ipertensione arteriosa, dislipidemia, malattia renale cronica e le malattie cardiovascolari aterosclerotiche (malattia coronarica, cerebrovascolare, arteriopatia periferica e aortica). Queste condizioni condividono fattori di rischio, meccanismi fisiopatologici e determinanti ambientali e comportamentali comuni. Nel loro insieme le CMD rappresentano la principale causa di mortalità, disabilità e consumo di risorse sanitarie nei Paesi industrializzati e costituiscono oggi una delle principali sfide per la salute pubblica a livello globale. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della prevalenza dell'obesità e del diabete e la maggiore sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie croniche stanno determinando anche nel nostro Paese, un progressivo incremento del numero di persone che convivono con condizioni cardiometaboliche spesso associate a fragilità e multimorbidità. Sebbene il burden delle CMD interessi entrambi i sessi, il peso epidemiologico, clinico ed economico non si distribuisce in modo uniforme tra uomini e donne. Fattori di rischio, presentazione clinica, progressione della malattia ed esiti sono profondamente influenzati da fattori biologici e socio-culturali correlati al sesso e al genere. L'analisi del burden delle malattie cardiometaboliche in ottica di genere assume pertanto una rilevanza strategica. Comprendere le differenze tra uomini e donne non rappresenta soltanto un obiettivo di equità, ma costituisce una condizione essenziale

* Area Medicina di Genere FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti).

per migliorare l'efficacia delle strategie preventive, l'appropriatezza dei percorsi assistenziali e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

7.2. Dati economici

Secondo le più recenti stime, il costo complessivo delle CMD nel nostro Paese è pari a circa 41 miliardi di euro l'anno, comprendendo costi sanitari diretti, perdita di produttività e assistenza informale.

Le **malattie aterosclerotiche cardiovascolari** (ASCVD) determinano ogni anno circa 350.000 ricoveri per sindrome coronarica acuta, ictus ischemico/TIA e arteriopatia periferica. Il costo sanitario diretto medio è stato stimato in 7.190 euro per paziente, con le ospedalizzazioni responsabili di circa il 70% della spesa complessiva. I costi risultano superiori negli uomini rispetto alle donne (7.467 vs 6.625 euro per paziente) e aumentano significativamente in presenza di multimorbidità.

Lo **scompenso cardiaco** (SC) interessa circa 600.000 persone in Italia ed è la prima causa di ricovero ospedaliero sopra i 65 anni. Secondo il Programma Nazionale Esiti (PNE) 2025, sui dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relativi al 2024, lo scompenso cardiaco ha determinato circa 126.000 ricoveri, con un tasso di ospedalizzazione mantenuto sui 2,5 ricoveri per 1.000 abitanti. Una recente analisi condotta su 4,2 milioni di assistiti italiani ha stimato costi sanitari medi annui pari a circa 5.910 € per paziente nel primo anno di follow-up, dei quali 3.702 € attribuibili alle ospedalizzazioni, che rappresentano quindi la principale voce di costo. Gli uomini presentano più frequentemente scompenso cardiaco con frazione di eiezione ridotta (HFrEF), generalmente associato a cardiopatia ischemica, le donne presentano più frequentemente scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata (HFpEF), associato a età avanzata, ipertensione e obesità ed una maggiore mortalità intraospedaliera.

In Italia il **diabete** determina un costo complessivo stimato in 20,3 miliardi di euro annui, di cui circa 9,3 miliardi di costi diretti sanitari e 11,0 miliardi di costi indiretti legati alla perdita di produttività. La prevalenza del diabete risulta generalmente più elevata nella popolazione maschile adulta, pur in assenza di stime economiche nazionali stratificate per sesso.

L'**obesità** genera un ulteriore onere economico pari a 13,34 miliardi di euro l'anno, con 7,89 miliardi di costi diretti e 5,45 miliardi di costi indiretti. Le differenze di genere evidenziano una prevalenza di obesità simile tra uomini e donne (23% vs 24%), mentre il sovrappeso è significativamente più frequente negli uomini (47% vs 31%). Complessivamente, il 70% degli uomini e il 55% delle donne presenta una condizione di sovrappeso o

obesità. La **dislipidemia** interessa oltre un quinto della popolazione adulta italiana e contribuisce in modo sostanziale al burden cardiovascolare nazionale. L'elevato colesterolo LDL rappresenta uno dei principali fattori di rischio modificabili per cardiopatia ischemica e ictus e contribuisce in misura significativa al carico di malattia cardiovascolare attribuibile ai fattori metabolici. L'ultimo dato nazionale consolidato disponibile del Progetto CUORE-ISS indica una prevalenza di ipercolesterolemia del 21% negli uomini e del 23% nelle donne (indagine 1998-2002). L'Istituto Superiore di Sanità ha avviato una nuova indagine nazionale ITA-HES 2023-2025 di cui sono disponibili risultati preliminari e report regionali, ma la prevalenza nazionale aggiornata non è ancora stata pubblicata.

L'**insufficienza renale cronica (IRC)** determina costi sociali superiori a 7.400-9.000 euro per paziente/anno negli stadi avanzati della malattia. Le differenze di genere evidenziano una maggiore prevalenza delle forme iniziali nelle donne, mentre gli uomini mostrano una progressione più rapida verso gli stadi terminali che richiedono dialisi o trapianto.

7.3. Continuum cardiometabolico e impatto sulla popolazione

Il continuum cardiometabolico è un modello concettuale recente, cardiovascolare-renale-metabolico (Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome, CKM) che descrive la progressione dinamica e interconnessa delle alterazioni metaboliche, cardiovascolari e renali. Il continuum inizia con l'esposizione a fattori di rischio modificabili, quali obesità, sedentarietà, stili di vita non salutari e a predisposizione genetica, che favoriscono lo sviluppo di insulino-resistenza, infiammazione cronica di basso grado e disfunzione endoteliale. Queste alterazioni conducono alla comparsa di sindrome metabolica, diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa e dislipidemia, accelerando i processi aterosclerotici e il danno d'organo. Nel tempo, il continuum evolve verso manifestazioni cliniche quali cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, malattia cerebrovascolare, malattia renale cronica e morte prematura, evidenziando la necessità di strategie preventive e terapeutiche precoci e personalizzate per interrompere la progressione della malattia.

Tuttavia, il continuum cardiometabolico non si manifesta in modo uniforme nei due sessi: differenze biologiche e socio-comportamentali influenzano l'insorgenza, la progressione e gli esiti delle CMD. Differenze nell'assetto ormonale, nella distribuzione del tessuto adiposo, nel metabolismo energetico e nella risposta infiammatoria contribuiscono a determinare

una diversa vulnerabilità alle CMD lungo il corso della vita. A queste si aggiungono differenze nella prevenzione, nella tempestività della diagnosi e nell'appropriatezza dei percorsi di cura, che si riflette in una maggiore mortalità cardiovascolare femminile anche nel nostro Paese. Rispetto agli uomini che tendono a manifestare precocemente fattori di rischio e malattie cardiovascolari, le donne presentano un aumento del rischio dopo la menopausa, con un peso maggiore dei fattori di rischio (FR) tradizionali, di quelli sesso-specifici (diabete gestazionale, preeclampsia, ipertensione gravidica, parto pretermine, s. dell'ovaio policistico PCOS/PMOS, malattie infiammatorie e autoimmuni) e dei FR *sotto osservazione* (socioeconomici e psicosociali, abuso e violenza domestica, scarsa alfabetizzazione sanitaria, fattori ambientali).

7.4. Criticità e prospettive future

Il paradigma cardio-nefro-metabolico (CKM), superando la tradizionale visione malattia-centrica, rappresenta quindi un'evoluzione nella comprensione e gestione delle NCDs. Ma se sesso e genere *non* vengono considerati, a partire dalla valutazione del rischio e dalla progettazione dei percorsi assistenziali, la sua applicazione rischia di perpetuare disuguaglianze già osservate in ambito cardiovascolare. Le prospettive future richiedono modelli CKM multidisciplinari che integrino sistematicamente determinanti biologici e socio-culturali, attraverso dati disaggregati per sesso, una maggiore rappresentazione femminile nella ricerca e strategie di presa in carico personalizzate. In questa ottica, la medicina di genere costituisce un elemento essenziale per garantire prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione più efficaci ed eque.

7.5. Raccomandazioni per la riduzione del burden cardio-metabolico

Sono imprescindibili percorsi di presa in carico che integrino la prospettiva di genere, capaci di intercettare precocemente il rischio e di accompagnare il paziente lungo l'intero continuum cardiometabolico attraverso:

- **Promozione della prevenzione e identificazione precoce del rischio cardiometabolico attraverso la valutazione *sistematica* dei fattori di rischio sesso-genere specifici.** La attivazione di programmi strutturati di prevenzione (su stili di vita, alimentazione salutare, attività fisica e contrasto della sedentarietà), nonché l'integrazione nella valutazione del

rischio dei fattori biologici e socio-comportamentali correlati al sesso in medicina generale e negli ambulatori specialistici, consentirebbero l'identificazione precoce di soggetti a elevato rischio molti anni prima della comparsa degli eventi cardiovascolari.

- **Sviluppo di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) centrati sul continuum CKM**, con particolare attenzione alle differenze di genere nelle traiettorie di malattia delle persone con multimorbidità cardiometabolica.
- **Valorizzazione della medicina generale e di prossimità nel ridurre le disuguaglianze di genere nell'accesso alla prevenzione e alle cure.** Il medico di medicina generale ha un ruolo strategico nel ridurre le differenze tra uomini e donne, nella individuazione precoce di condizioni di rischio cardiometabolico, nella tempestività diagnostica, nell'accesso ai trattamenti, nella promozione dell'aderenza terapeutica e nel monitoraggio longitudinale dei pazienti cronici, contribuendo con una forte integrazione con gli specialisti a migliorare gli esiti clinici e ridurre il carico di malattia nella popolazione.
- **Valutazione del burden cardiometabolico attraverso indicatori sensibili al genere.** La raccolta sistematica di dati clinici disaggregati per sesso dovrebbe diventare uno standard nei registri di patologia, nei flussi amministrativi e nei sistemi di valutazione degli esiti. Solo attraverso indicatori specifici è possibile monitorare eventuali disuguaglianze nell'accesso alle cure, nell'aderenza ai trattamenti e negli esiti.
- **Utilizzo delle tecnologie digitali per una gestione personalizzata della cronicità.** Telemedicina, strumenti di monitoraggio da remoto e sistemi di supporto decisionale possono favorire una gestione più proattiva del rischio cardiometabolico. Tali strumenti dovrebbero essere progettati tenendo conto delle differenze di genere nell'accesso alle tecnologie, nei comportamenti di salute e nell'aderenza ai percorsi di cura.

7.6. Conclusioni

La riduzione del burden cardiometabolico richiede un cambiamento di paradigma: dall'approccio centrato sulla singola patologia a una gestione integrata delle traiettorie di rischio che conducono alla multimorbidità, alla disabilità e alla fragilità. In tale prospettiva l'adozione sistematica di un approccio sensibile al sesso e al genere rappresenta una leva strategica per sviluppare modelli assistenziali più efficaci, equi e sostenibili, in grado di rispondere alle esigenze di una popolazione sempre più anziana e complessa.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), Programma Nazionale Esiti 2025 – Report su dati 2024, AGENAS, Roma, 2025.
- American Heart Association, *Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD): Definitions and Clinical Conditions*, 2025.
- d'Errico M., Pavlova M., Spandonaro F., “The economic burden of obesity in Italy: a cost-of-illness study”, *Eur J Health Econ.*, 2022, 23(2): 177-192. doi: 10.1007/s10198-021-01358-1
- Dovizio M., Leogrande M., Degli Esposti L., “Heart failure and economic impact: an analysis in real clinical practice in Italy”, *Glob. Reg. Health Technol. Assess.*, 2024, 11. doi: 10.33393/grhta.2024.3013
- Eroglu T., Capone F., Schiattarella G.G., “The evolving landscape of cardiometabolic diseases”, *Lancet*, www.thelancet.com, vol. 109, November, 2024 Published Online 4 November 2024. doi: 10.1016/j.ebiom.2024.10544
- Il continuum cardio-nefro-metabolico 2025*, Coordinamento scientifico ed editoriale Pasquale Perrone Filardi, Ciro Indolfi, Stefania Paolillo, Michele Senni, Gianfranco Sinagra - INFODYN health tech company Edizioni.
- Istituto Superiore di Sanità, Palmieri L., Vannucchi S., Donfrancesco C. *et al.*, “Obesity/overweight measured in adults: Italian Health Examination Survey 2023-2024”, *Eur J Public Health*, 2025.
- Khan S.S., Ning H., Wilkins J.T. *et al.*, “Cardiovascular health and cardiometabolic disease: a framework for cardiovascular-kidney-metabolic health”, *Circulation*, 2023, 148(20): 1606-1635.
- Luengo-Fernandez R. *et al.*, “Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study”, *Eur. Heart J.*, 2023, 44(45): 4752-4767.
- Marcellusi A., Viti R., Mecozzi A., Mennini F.S., “The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach”, *Eur J Health Econ.*, 2016, 17(2): 139-147. doi: 10.1007/s10198-014-0660-y. PMID: 25427540
- Mennini F.S., Scortichini M., Colivicchi F., Maggioni A.P., Sciattella P., “The Economic Burden of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in Italy”, *Clin. Drug Investig.*, 2024, 44(10): 739-747. doi: 10.1007/s40261-024-01365-z. PMID: 39249736
- Ndumele C.E., Rangaswami J., Chow S.L. *et al.*, American Heart Association, “Cardiovascular-kidney-metabolic health: a presidential advisory from the American Heart Association”, *Circulation*, 2023 Nov 14, 148(20): 1606-1635. doi: 10.1161/CIR.0000000000001184. Epub 2023 Oct 9. Erratum in: *Circulation*. 2024 Mar 26, 149(13): e1023. doi: 10.1161/CIR.0000000000001241. PMID: 37807924
- Paula D.P., Camacho M., Barbosa O. *et al.*, “Sex and population differences in the cardiometabolic continuum: a machine learning study using the UK Biobank and ELSA-Brasil cohorts”, *BMC Public Health*, 2024 Aug 6, 24(1): 2131. doi: 10.1186/s12889-024-19395-9. PMID: 39107721; PMCID: PMC11304673
- Scompenso cardiaco e sue peculiarità nella donna*, Franco Lavallo, Antonella Campanale, Giovannella Baggio, Federica Moscucci, Cecilia Politi, Susanna

Sciomer - Documento Osservatorio di medicina di Genere del Ministero della salute 2024: <https://www.iss.it/documents/20126/0/Scompenso+cardia+co+e+sue+peculiarita%CC%80+nella+donna.pdf/c4067864-fa25-4a7f-0da6-3e80bd52ae75?t=1707311752877>

Turchetti G., Bellelli S., Amato M. *et al.*, “The social cost of chronic kidney disease in Italy”, *Eur J Health Econ.*, 2017, 18(7): 847-858. doi: 10.1007/s10198-016-0830-1

Vos T., Lim S.S., Abbafati C. *et al.*, “Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019”, *Lancet*, 2020, 396(10258): 1204-1222.

Vogel B., Acevedo M., Appelman Y. *et al.*, “The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030”, *Lancet*, 2021 Jun 19, 397(10292): 2385-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00684-X. Epub 2021 May 16. PMID: 34010613

8. Malattie oncologiche: la sfida della cronicizzazione e nuovi bisogni assistenziali

di Martina Pino, Armando Santoro***

8.1. La cronicizzazione delle malattie oncologiche: un nuovo paradigma di cura e assistenza

La cronicizzazione delle malattie oncologiche, o “cancro cronico”, identifica una condizione in cui la malattia oncologica non viene completamente debellata, ma viene trattata e controllata efficacemente per anni o decenni con l’obiettivo di convivere con la patologia mantenendo una buona aspettativa e qualità di vita.

Gli attuali successi terapeutici nelle patologie oncologiche dipendono da una parte dall’incremento significativo delle probabilità di guarigione e dall’altro dalla cronicizzazione della malattia, che rappresenta uno dei più importanti risultati dei progressi compiuti dall’oncologia negli ultimi decenni. In un numero crescente di neoplasie, l’obiettivo delle cure, in assenza di chances di guarigione, consiste nel suo controllo prolungato nel tempo, consentendo ai pazienti di preservare una buona qualità di vita e di mantenere le proprie attività personali, sociali e lavorative. Tale evoluzione è il risultato di molteplici fattori, tra cui l’implementazione dei programmi di screening, il miglioramento delle tecniche diagnostiche, lo sviluppo della medicina di precisione e l’introduzione di terapie innovative sempre più efficaci e tollerabili.

L’impatto di questo fenomeno emerge chiaramente dai dati epidemiologici. Sebbene l’incidenza dei tumori continui a crescere, tale incremento risulta oggi meno marcato rispetto al passato. Le stime per il 2025 indicano circa 3,4 milioni di nuove diagnosi nell’Unione Europea e 2,1 milioni negli Stati Uniti. Parallelamente, si osserva una progressiva riduzione dei tassi di

* Dipartimento di Scienze Biomediche, Humanitas University, Milano, Italia.

** IRCCS Humanitas Research Hospital - Humanitas Cancer Center, Milano, Italia.

mortalità per molte delle principali neoplasie, fenomeno che ha determinato in Europa e nel Regno Unito oltre 7,3 milioni di decessi evitati dal 1988 e negli Stati Uniti circa 4,3 milioni dal 1991. La combinazione tra elevata incidenza, riduzione della mortalità e miglioramento della sopravvivenza ha portato a un progressivo aumento del numero di persone che vivono con una diagnosi di tumore, trasformando una quota crescente di neoplasie in condizioni a lungo decorso e ponendo nuove sfide assistenziali per i sistemi sanitari.

A questo fenomeno contribuisce anche il progressivo invecchiamento della popolazione, che determina non solo un incremento del numero assoluto di casi oncologici, ma anche una maggiore complessità clinica dei pazienti. Contestualmente, i progressi terapeutici hanno modificato la storia naturale di molte neoplasie, rendendo possibile un controllo protratto della malattia anche in contesti precedentemente caratterizzati da una prognosi sfavorevole. Tale evoluzione è particolarmente evidente in alcune patologie, nelle quali il prolungamento della sopravvivenza ha progressivamente avvicinato il concetto di neoplasia a quello di malattia cronica.

Il risultato di questi cambiamenti è un costante aumento della prevalenza dei pazienti oncologici. In Italia, a fronte di un numero di nuove diagnosi sostanzialmente stabile nell'ultimo decennio, stimato in circa 362.100 casi nel 2025, il numero di persone vive dopo una diagnosi di tumore è passato da 2,6 milioni nel 2010 a 3,7 milioni nel 2025 e si prevede possa raggiungere i 4 milioni entro il 2030. Parallelamente, aumenta la quota dei lungo-sopravvissuti: le persone vive oltre dieci anni dalla diagnosi, che nel 2010 rappresentavano circa un terzo dei pazienti prevalenti, e sono destinate a superare la metà entro il 2030.

È tuttavia importante distinguere tra guarigione, lunga sopravvivenza e cronicizzazione. La guarigione implica il ritorno a un'aspettativa di vita sovrapponibile a quella della popolazione generale, mentre la lunga sopravvivenza identifica soggetti vivi a distanza di molti anni dalla diagnosi, indipendentemente dal loro stato di malattia. La cronicizzazione si riferisce invece alla presenza di una malattia attiva o di condizioni conseguenti ai trattamenti che richiedono monitoraggio e gestione continuativi nel tempo. Sebbene questi fenomeni possano sovrapporsi, non sono necessariamente coincidenti. In questo contesto si è progressivamente affermato anche il concetto di *survivorship*, inteso come l'insieme delle problematiche fisiche, psicologiche, sociali ed economiche che accompagnano la persona dopo una diagnosi di tumore.

La crescente popolazione di pazienti che convivono per anni con una malattia oncologica controllata pone nuove sfide assistenziali, legate non solo al monitoraggio della neoplasia ma anche alla gestione delle conse-

guenze a lungo termine della malattia e dei trattamenti. Parallelamente, l'elevata frequenza di comorbidità nel paziente oncologico, presente in circa due terzi dei casi e spesso caratterizzata da plurimorbidità, richiede una gestione integrata che tenga conto non solo della neoplasia ma dell'intero quadro clinico della persona.

Diventa quindi essenziale sviluppare modelli assistenziali multidisciplinari e sostenibili, in grado di accompagnare il paziente lungo un percorso di cura sempre più complesso e prolungato nel tempo.

8.2. I nuovi bisogni assistenziali del paziente oncologico

Il paziente oncologico cronico rappresenta una popolazione eterogenea accomunata dalla necessità di una presa in carico prolungata nel tempo. La convivenza con la malattia o con gli esiti dei trattamenti determina l'emergere di bisogni complessi che coinvolgono non solo la sfera clinica, ma anche quella psicologica, sociale e relazionale.

Tra i principali bisogni clinici del paziente oncologico cronico rientra la gestione delle tossicità legate ai trattamenti, che possono manifestarsi durante le cure o persistere nel tempo come effetti cronici e tardivi. Tra le tossicità croniche o tardive più rilevanti rientrano fatigue, dolore, neuropatia periferica, deficit cognitivi, cardiotossicità, alterazioni nutrizionali e funzionali, nonché lo sviluppo di seconde neoplasie.

Parallelamente va prestata particolare attenzione a quelli che sono gli effetti endocrini e riproduttivi dei trattamenti oncologici, che possono influenzare la fertilità, la salute sessuale e la qualità di vita, soprattutto nei pazienti più giovani.

La gestione e il monitoraggio di tali condizioni a lungo termine richiedono percorsi dedicati e il coinvolgimento di diverse figure professionali, contribuendo a rendere la presa in carico del paziente oncologico cronico sempre più multidisciplinare e integrata.

Di frequente ai bisogni clinici si associano bisogni psicologici che possono amplificare l'impatto della malattia e dei trattamenti sulla vita quotidiana. Tali problematiche risultano spesso sottodiagnosticate e sottotrattate, rendendo fondamentale una loro identificazione precoce. Ansia, depressione e distress emotivo rappresentano le manifestazioni più comuni e incidono in modo sostanziale sulla qualità di vita. Particolarmente frequente è il timore della progressione della malattia, riconosciuto come una delle principali problematiche emotive irrisolte in numerose neoplasie.

A queste si aggiungono difficoltà che interessano la sfera affettiva e relazionale, tra cui alterazioni dell'immagine corporea, problematiche di cop-

pia, disfunzioni sessuali e, nei pazienti più giovani, preoccupazioni legate alla fertilità e alla progettualità familiare.

Nonostante la crescente consapevolezza di questi aspetti, tali bisogni rimangono ancora insufficientemente affrontati in molti contesti assistenziali, rendendo essenziale l'integrazione del supporto psicologico nei percorsi di cura lungo l'intero decorso della malattia.

Oltre alle conseguenze cliniche e psicologiche, il cancro può determinare importanti ripercussioni sociali, lavorative ed economiche. Una quota rilevante di pazienti presenta difficoltà nel reinserimento lavorativo, un maggior rischio di disoccupazione e fenomeni di stigmatizzazione sul luogo di lavoro. La malattia può inoltre influenzare la capacità di mantenere relazioni sociali, perseguire progetti di vita e pianificare il proprio futuro personale e familiare. A ciò si aggiunge la cosiddetta tossicità finanziaria, ovvero l'impatto economico della malattia derivante dai costi diretti e indiretti delle cure, dalla riduzione della capacità lavorativa e dalla necessità di assistenza continuativa. Tra gli aspetti sociali emergono anche esigenze di tutela dei diritti della persona con diagnosi oncologica. Sebbene il diritto all'oblio oncologico rappresenti un importante traguardo normativo, esso non si applica ai pazienti con malattia oncologica cronica, che continuano a poter incontrare limitazioni e discriminazioni in ambiti quali l'accesso al credito, alle assicurazioni o ad altri servizi.

La cronicizzazione della malattia comporta inoltre un coinvolgimento prolungato del caregiver, che spesso assume un ruolo centrale nell'assistenza e nel supporto quotidiano del paziente. Tale condizione può determinare un importante carico emotivo, organizzativo ed economico, rendendo necessario il riconoscimento dei bisogni assistenziali anche della persona che presta cura.

8.3. Nuovi modelli assistenziali per la gestione della cronicità oncologica

Per far fronte ai nuovi bisogni assistenziali del paziente oncologico cronico è necessario riorganizzare i tradizionali modelli di cura, storicamente orientati alla gestione delle fasi acute della malattia. La gestione e il monitoraggio di tali pazienti a lungo termine richiedono infatti percorsi assistenziali in grado di garantire continuità delle cure, integrazione multi-professionale e presa in carico globale della persona.

In questo contesto, la transizione dall'ospedale al territorio rappresenta uno dei paradigmi organizzativi della sanità moderna e mira a traslare una parte crescente della gestione delle malattie croniche e della continuità

assistenziale dalle strutture ospedaliere ai servizi territoriali, compreso il domicilio del paziente. In quest'ottica svolge un ruolo cruciale il Medico di Medicina Generale (MMG) nel garantire la continuità delle cure, nel monitoraggio delle condizioni cliniche al domicilio e nel supportare il paziente e il caregiver nell'accesso ai servizi sanitari e socioassistenziali. La complessità delle esigenze del paziente oncologico cronico richiede inoltre un approccio multiprofessionale. Accanto all'oncologo e al MMG, devono essere coinvolte diverse figure professionali, tra cui psicologi, nutrizionisti, fisiatristi, specialisti di altre discipline e personale infermieristico dedicato, al fine di garantire una gestione integrata della malattia.

Nell'ambito della presa in carico a lungo termine assume inoltre rilievo la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, favorendo l'adesione ai programmi di screening raccomandati per la popolazione generale e il monitoraggio dei principali fattori di rischio per altre patologie croniche, quali quelle cardiovascolari. A questi si affianca la sorveglianza personalizzata degli effetti tardivi dei trattamenti oncologici e delle possibili complicanze correlate alla malattia.

Le tecnologie digitali rappresentano un'ulteriore opportunità per migliorare la gestione della cronicità oncologica e costituiscono validi strumenti a supporto della medicina personalizzata, favorendo l'ottimizzazione delle risorse e la progressiva decentralizzazione delle cure dall'ospedale al territorio. La telemedicina, il monitoraggio remoto e l'impiego dei *patient-reported outcomes* (PROs) consentono di intercettare precocemente tossicità e bisogni insoddisfatti, garantendo una presa in carico più tempestiva e personalizzata. In particolare, l'integrazione dei PROs nella pratica clinica potrebbe rappresentare uno strumento fondamentale per orientare l'assistenza oncologica verso un modello maggiormente centrato sul paziente, consentendo di rilevare sintomi e tossicità correlati alla malattia o ai trattamenti, favorendo interventi tempestivi volti a prevenire complicanze e migliorare l'aderenza terapeutica.

L'adozione di modelli assistenziali integrati e centrati sul paziente assume inoltre un ruolo fondamentale per garantire la sostenibilità del sistema sanitario. La personalizzazione dei percorsi di cura, l'appropriatezza degli interventi e l'ottimizzazione delle risorse disponibili rappresentano elementi essenziali per rispondere all'aumento del numero di pazienti oncologici lungo-sopravvissuti o affetti da malattia cronica. In sintesi, tali modelli consentirebbero di coniugare la qualità dell'assistenza con un impiego più efficiente delle risorse disponibili, garantendo una risposta più efficace ai bisogni dei pazienti.

8.4. Conclusioni

La cronicizzazione delle malattie oncologiche rappresenta una delle principali sfide della sanità contemporanea. Il crescente numero di persone che vivono a lungo dopo una diagnosi di tumore richiede infatti un'evoluzione dei tradizionali modelli di cura, orientata non solo al controllo della malattia ma anche alla gestione delle sue conseguenze cliniche, psicologiche, sociali ed economiche.

La risposta a tale fenomeno richiede una presa in carico globale e continuativa della persona, fondata sull'integrazione multidisciplinare delle competenze, sulla continuità assistenziale e sull'impiego di modelli organizzativi innovativi e sostenibili. Solo attraverso un approccio centrato sui bisogni del paziente sarà possibile garantire una buona qualità di vita e rispondere efficacemente alle sfide poste dalla crescente cronicizzazione delle malattie oncologiche.

Riferimenti bibliografici

- AIOM, AIRTUM, I numeri del cancro in Italia 2025, 2025.
- AIOM, Linee guida lungoviventi, 2025.
- Dal Maso L., "Prevalenza dei pazienti oncologici in Italia", in 17° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici FAVO, 2025.
- European Commission, "Impact of Population Ageing on the Burden of Cancer by 2040 in EU/EFTA Countries", 2024.
- Fowler H., "Comorbidity prevalence among cancer patients: a population-based cohort study", *BMC Cancer*, 2020.
- IHE, "Comparator Report on Cancer in Europe 2025: Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics", *IHE Report 2025: 2*, 2025.
- Legge 7 dicembre 2023, n. 193, "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche", Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2023.
- Ministero della Salute, Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2022.
- Puccini A., "Patient-reported outcomes (PROs) in clinical trials and in clinical practice: report from the XXI National Conference of the Italian Association of Medical Oncology (AIOM)", *BMJ Oncology*, 2025.
- Santucci C., "European cancer mortality predictions for the year 2026: the levelling of female lung cancer mortality", *Annals of Oncology*, 2026.
- Siegel R.L., "Cancer statistics, 2026", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2026.
- Vaz Luis I., "ESMO Expert Consensus Statements on Cancer Survivorship", *Annals of Oncology*, 2022.

9. Malattie respiratorie croniche: trend crescente e divario di genere

di Anna Maria Moretti*, Giulia Maria Stella^{***,****},
Maria Pia Foschino Barbaro^{***,****}

9.1. Introduzione

Le malattie polmonari rappresentano un importante problema di salute pubblica a livello globale e la loro incidenza e prevalenza sono aumentate significativamente negli ultimi decenni. In particolare, le patologie respiratorie croniche, tra cui asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e malattie interstiziali polmonari, contribuiscono in modo sostanziale al carico complessivo di morbidità e mortalità della popolazione mondiale. Anche il tumore del polmone, che può insorgere nel contesto di patologie croniche, oggi rientra, grazie ai recenti progressi in ambito oncologico molecolare diagnostico e terapeutico, nell'ambito delle patologie croniche e una particolare attenzione deve anche essere mirata alla gestione delle tossicità polmonari di diversi farmaci antineoplastici di nuova generazione, quali piccole molecole e immunoterapici. L'incremento dei casi di pneumopatie croniche e l'aumento delle riacutizzazioni è attribuibile a molteplici fattori, tra cui l'invecchiamento demografico che comporta una maggiore suscettibilità alle patologie respiratorie croniche; il tabagismo che continua a rappresentare uno dei principali determinanti di rischio, l'esposizione a inquinanti atmosferici, sia outdoor che indoor e i cambiamenti climatici.

* Responsabile Malattie respiratorie Ospedale S. Maria di Bari, Bari, Italia; Presidente IGM – Società Internazionale di Medicina di Genere e Presidente nazionale GISEG (Gruppo Italiano Salute e Genere).

** Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Università di Pavia; Dipartimento cardio-toraco-vascolare, U.O. Pneumologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia.

*** Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia; Foggia, Italia.

**** Task Force sulla medicina di genere della Società Italiana di Pneumologia/Italian Respiratory Society (SIP/IRS).

Dal punto di vista epidemiologico, le malattie respiratorie croniche sono responsabili di milioni di decessi ogni anno e generano un notevole impatto socioeconomico dovuto ai costi sanitari diretti, alla riduzione della produttività lavorativa e alla compromissione della qualità di vita. Le proiezioni future indicano un ulteriore aumento del numero assoluto di pazienti affetti, rendendo necessaria l'implementazione di strategie efficaci di prevenzione primaria, diagnosi precoce e gestione multidisciplinare delle patologie respiratorie. Pertanto, esse costituiscono una sfida sanitaria globale di crescente rilevanza, non solo per il loro impatto clinico ed epidemiologico, ma anche per la complessità dei fattori che ne influenzano l'insorgenza e l'evoluzione. Oltre a quanto sopra indicato, il sesso biologico e il genere emergono oggi come determinanti fondamentali, capaci di modellare in modo significativo la suscettibilità alle malattie respiratorie, la loro presentazione clinica e la risposta ai trattamenti. Sebbene la grandissima parte degli aspetti discussi di seguito faccia riferimento al sesso cromosomico più che a caratteristiche socialmente dipendenti, è importante notare che il genere può influenzare determinati tratti comportamentali, come l'abitudine al fumo e lo stile di vita, che possono a loro volta agire sullo sviluppo e sull'andamento di numerose patologie respiratorie croniche.

9.2. Sesso e genere nello sviluppo dell'apparato respiratorio

La comprensione dei meccanismi alla base delle differenze legate al sesso e al genere nella suscettibilità, nella manifestazione clinica e nella progressione delle patologie polmonari, richiede una preliminare caratterizzazione delle differenze sesso- e genere-specifiche che regolano la maturazione, l'omeostasi del polmone e la risposta a specifici farmaci. Lo sviluppo del polmone è un processo complesso che inizia molto precocemente nella vita fetale e richiede l'interazione di diversi fattori che sono regolati da fattori diversi nei maschi e nelle femmine, determinando differenze di sesso e di genere nella funzione polmonare e nella suscettibilità allo sviluppo di patologie respiratorie. In particolare, i neonati maschi presentano un rischio più elevato di sviluppare patologie respiratorie rispetto alle femmine e presentano una maggiore incidenza di distress respiratorio e di displasia broncopolmonare. Mancano, però, studi che esaminino le differenze di genere nelle vie aeree dei neonati prematuri e per quanto riguarda la suscettibilità alle malattie polmonari mancano studi sulle differenze di genere nella sindrome delle apnee ostruttive (OSAS) nei neonati e nei bambini piccoli.

9.3. Compartimento bronco-alveolare

9.3.1. Fase di crescita

La fase di crescita si estende dalla quinta settimana di vita fino alla pubertà e coinvolge tutti gli organi e sistemi. Il polmone continua a svilupparsi in modo significativo dopo la nascita. Sebbene la maturazione fetale del polmone sembri più avanzata nelle femmine, alla nascita esse presentano polmoni più piccoli e un numero inferiore di bronchioli rispetto ai maschi. Nonostante i pochi studi disponibili, si possono individuare alcune differenze di sesso peculiari. La funzione polmonare attraversa una rapida accelerazione durante l'adolescenza: le ragazze mostrano un'accelerazione della crescita della capacità vitale forzata (FVC) e del volume espiratorio forzato nel primo secondo (FEV1) circa 2 anni prima dei ragazzi, ma con un aumento quantitativamente inferiore. Al termine della crescita somatica, capacità vitale (VC), capacità polmonare totale (TLC), flusso di picco (PF) e pressioni respiratorie a tutti i volumi sono maggiori nei maschi rispetto alle femmine della stessa statura. Ciò potrebbe dipendere sia dalla maggiore crescita dimensionale dell'apparato respiratorio maschile, sia dal maggiore contributo della forza diaframmatica, influenzata da livelli più elevati di testosterone. Inoltre, va ricordato che gli ormoni sessuali possono essere sintetizzati anche nel polmone. L'estrogeno sembra svolgere un ruolo predominante nello sviluppo dei processi infiammatori polmonari attraverso la regolazione della sintesi di citochine e mediatori dell'infiammazione. Il progesterone può modulare la contrazione della muscolatura liscia delle vie aeree ed esercita un potente effetto vasodilatatore sulle arterie polmonari, indipendentemente dal sesso. A conferma di ciò, il PF nelle femmine aumenta durante la fase luteale del ciclo mestruale. Il testosterone induce il rilassamento della muscolatura liscia delle vie aeree, riduce la risposta all'istamina e attenua l'infiammazione delle vie aeree regolando gli effetti delle citochine sulle cellule epiteliali, conferendo quindi protezione dal broncospasmo.

9.3.2. Età adulta e declino fisiologico

I fattori di rischio per lo sviluppo di malattie respiratorie in età adulta sono numerosi e si esprimono in modo diverso nei due sessi. Gli estrogeni proteggono i polmoni delle donne dall'invecchiamento funzionale, ma la comprensione di questi processi è ancora limitata. Le differenze di compo-

sizione corporea tra uomini e donne determinano un diverso declino funzionale, ma la ricerca su questo tema resta limitata. La riduzione del FEV1 negli uomini è più rapida che nelle donne. Le donne mostrano una minore riduzione della DLCO (Diffusione Alveolo-Capillare del Monossido di Carbonio) nel tempo grazie all'effetto protettivo degli estrogeni sull'integrità vascolare. L'invecchiamento è associato a diversi meccanismi e alterazioni a livello dell'intero sistema respiratorio correlate a stress ossidativo, perdita di elasticità del polmone, indebolimento dei muscoli coinvolti nella respirazione e riduzione della superficie di scambio gassoso. Un altro dato interessante riguarda il declino nel tempo della DLCO che è minore nelle donne rispetto agli uomini a seguito del ruolo protettivo degli estrogeni, che aiutano a mantenere l'integrità dei vasi sanguigni. Inoltre, non va sottovalutato l'impatto delle influenze ormonali. Il progesterone sembra aumentare il tono della muscolatura delle vie aeree superiori e stimolare il drive respiratorio, incrementando la risposta dei chemorecettori a ipossia e ipercapnia. Ciò si traduce in una minore prevalenza di apnea notturna nelle donne in età fertile rispetto agli uomini. Le differenze di prevalenza tra i due sessi diminuiscono con l'avanzare dell'età; dopo la menopausa, con la riduzione del progesterone, l'effetto sulle vie aeree superiori diminuisce e anche la distribuzione del grasso corporeo femminile cambia, diventando più simile a quella maschile. Inoltre, l'influenza ormonale sulle vie aeree è evidente anche nella patologia asmatica: fino al 40% delle donne riferisce un peggioramento dei sintomi nel periodo premestruale, il 20% delle donne asmatiche sperimenta un'esacerbazione della malattia durante la gravidanza e si osserva una riduzione dei sintomi asmatici dopo la menopausa. Questo sembra dovuto al fatto che l'estrogeno, a differenza del testosterone, è in grado di stimolare l'infiammazione bronchiale e la risposta allergica. Un'altra situazione interessante in cui gli assetti ormonali legati al sesso svolgono un ruolo rilevante è rappresentata dall'obesità, poiché la produzione di estrogeni nelle donne post-menopausali obese è sostenuta dalla conversione a estrogeni che avviene nel tessuto adiposo, compensando in parte il declino del sistema riproduttivo. La terapia sostitutiva ormonale nelle donne nel periodo post-menopausa ha dimostrato di ridurre il grado di obesità centrale. Ciò suggerisce un'elevata complessità nella valutazione del ruolo degli ormoni sessuali nelle popolazioni anziane. L'analisi secondo la distinzione di sesso e genere offre quindi una visione di come diversi fattori di rischio agiscano in modo differente negli uomini e nelle donne, come mostrato in Tab. 1.

Tab. 1 - Differenze di genere nelle malattie respiratorie legate ai fattori di rischio. Le caselle scure indicano la prevalenza più alta di una caratteristica patologica, mentre le caselle chiare indicano una prevalenza inferiore

Fattore di rischio	Uomini	Donne
Fumo di sigaretta	Tumore polmone: mortalità	Tumore polmone: mortalità
	BPCO: dispnea	BPCO: declino funzionale
Fumo passivo	Tumore del polmone e BPCO: incidenza	Tumore del polmone e BPCO: incidenza
Inquinamento indoor	Tumore del polmone e BPCO: incidenza	Tumore del polmone e BPCO: incidenza
Inquinamento outdoor	Tumore del polmone: incidenza	Tumore del polmone: incidenza
	Asma: esacerbazione	Asma: esacerbazione
Livello socioculturale	BPCO: declino funzionale	BPCO: declino funzionale

9.4. Differenze di genere nelle patologie polmonari croniche

Durante l’età adulta, numerosi fattori contribuiscono alle malattie respiratorie e possono accelerare il declino della funzione polmonare. Tra questi, il fumo di sigaretta è il più importante. Sebbene BPCO e carcinoma polmonare colpiscano prevalentemente il sesso maschile, a causa di una maggiore proporzione di fumatori tra gli uomini, il divario di genere nell’abitudine al fumo si è progressivamente ridotto nel tempo. A parità di esposizione al tabacco, le donne mostrano maggiore dispnea, riacutizzazioni più frequenti e un tasso più elevato di declino funzionale rispetto agli uomini, soprattutto in presenza di iperresponsività bronchiale. Questo potrebbe essere correlato alle minori dimensioni del sistema respiratorio femminile, per cui ogni singola sigaretta fumata rappresenterebbe una dose dannosa maggiore rispetto agli uomini. Inoltre, una recente meta-analisi ha confermato che il rischio di carcinoma polmonare tra i non fumatori esposti al fumo passivo è del 24% più elevato rispetto a chi non è esposto, e sembra essere più marcato nelle donne. I rischi ambientali per lo sviluppo di malattie respiratorie possono riguardare anche l’ambiente esterno e in particolare l’esposizione all’inquinamento atmosferico, che colpisce tutte le fasce d’età e determina numerosi effetti avversi sulla salute, sia a breve sia a lungo termine. I meccanismi d’azione attraverso cui gli inquinanti atmosferici inducono danni al sistema respiratorio sono numerosi e complessi, ma alcune evidenze suggeriscono che la risposta all’inquinamento esterno presenti caratteristiche specifiche per sesso. Uno studio italiano condotto in

aree altamente inquinate ha riportato un aumento significativo della mortalità per carcinoma polmonare nelle femmine ma non nei maschi. Inoltre, le femmine sembrano essere più suscettibili all'asma indotta dall'inquinamento, mostrando una maggiore gravità della malattia. Lo status socioeconomico sembra inoltre correlarsi con lo stato di salute e i tassi di mortalità, inclusi quelli per malattia polmonare. In uno studio recente, un basso status socioeconomico è risultato associato a un maggiore declino della funzione polmonare, con un effetto più pronunciato negli uomini rispetto alle donne. I dati sull'esposizione professionale e sul rischio di insorgenza di malattie polmonari sono stati in genere focalizzati sugli uomini, con meno studi sulle donne fino a tempi recenti. I rischi più comuni nei lavori a prevalenza femminile sono generalmente legati all'irritazione polmonare causata dall'esposizione a sostanze, detergenti e spray tipici di occupazioni come il lavoro domestico, l'assistenza sanitaria, i laboratori, gli ospedali, ecc. Interessante notare che una recente analisi del Canadian Occupational Disease Surveillance System, focalizzata sul rischio di sviluppo del carcinoma polmonare, ha mostrato che diverse occupazioni più comuni nelle donne mostravano associazioni più forti con l'insorgenza della malattia, con un rischio aumentato di almeno il 20% rispetto ai maschi. Tra queste, ad esempio, i servizi di preparazione di alimenti e bevande, la lavorazione dei materiali, la lavorazione del legno e la lavorazione e fabbricazione dei metalli. In modo analogo, l'esposizione professionale a polveri inorganiche è stata identificata come fattore di rischio più elevato per le crisi asmatiche nelle donne rispetto agli uomini. Infine, si osservano sostanziali differenze di genere nei paesi in via di sviluppo. Un rischio importante osservato nelle aree rurali dell'Africa subsahariana e del Nepal è l'esposizione delle donne e delle ragazze agli inquinanti domestici indoor durante la cucina, spesso basata sull'uso di combustibili da biomassa in assenza di adeguati dispositivi di combustione.

9.5. Sesso e genere nelle patologie vascolari del polmone

Lo sviluppo del distretto vascolare del polmonare è influenzato da differenze sesso-specifiche nei diversi network molecolari che regolano vasculogenesi, angiogenesi, funzione endoteliale e rimodellamento della matrice extracellulare, con un ruolo centrale degli ormoni sessuali e dei geni localizzati sui cromosomi sessuali. Questi meccanismi determinano una distinta vulnerabilità ai processi patologici di danno endoteliale e proliferazione vascolare, contribuendo all'eterogeneità fenotipica e prognostica osservata nelle malattie polmonari croniche e nelle vasculopatie polmonari associate.

Una diversa risposta proangiogenica è stata già evidenziata a livello embrionale attraverso lo studio delle cellule endoteliali della vena ombelicale caratterizzate, nelle femmine, da una maggiore vitalità e proliferazione e da una più elevata capacità di migrazione e morfogenesi. Questi risultati sperimentali evidenziano come l'attivazione dei fenotipi funzionali durante l'angiogenesi sia regolata dal microambiente ormonale e da fattori specifici legati al sesso. Inoltre, sono state riportate differenze intrinseche nella cascata di segnalazione del *vascular endothelial growth factor* (VEGF) tra cellule pluripotenti maschili e femminili in risposta a stimoli equivalenti di differenziazione endoteliale da progenitori. Il recettore beta degli estrogeni è inoltre necessario per il mantenimento della composizione della matrice extracellulare e la sua perdita causa uno sviluppo anomalo del parenchima polmonare e ipossia sistemica secondaria. L'attivazione del progesterone, invece, promuove in generale la differenziazione e inibisce la proliferazione cellulare, in contrasto con gli effetti estrogenici. La rigidità arteriosa aumenta progressivamente con la crescita corporea ed è un predittore indipendente del rischio di malattia cardiovascolare. Sussiste inoltre, un ruolo giocato dalle differenze di sesso/genere nella progressione della rigidità arteriosa legata all'età e nel rischio associato di malattia cardiaca, che aumenta in modo sproporzionato nelle donne in post-menopausa. L'associazione tra rigidità arteriosa e mortalità è quasi doppia nelle femmine rispetto ai maschi. Le femmine già in età prepuberale presentano arterie meno elastiche. Dopo la pubertà, la rigidità arteriosa diminuisce nelle femmine e aumenta nei maschi, fornendo ulteriore evidenza a sostegno degli effetti degli ormoni sessuali sulla rigidità vascolare e suggerendo al tempo stesso un possibile effetto della crescita complessiva del corpo e dell'aorta sulla rigidità arteriosa. Anche il recettore del testosterone è espresso nei vasi sanguigni, dove media le azioni dirette del testosterone sulla funzione dei vasi. Sebbene il testosterone sia principalmente un ormone sessuale maschile, vi sono evidenze che suggeriscono un suo ruolo nella rigidità arteriosa delle donne in post-menopausa. Infine, è opportuno sottolineare che i giovani adulti nati pretermine mostrano una predisposizione all'esordio precoce di malattia vascolare polmonare, caratterizzata da elevate pressioni polmonari, letto vascolare polmonare più rigido e disfunzione ventricolare destra, con conseguente aumento del rischio di sviluppare ipertensione arteriosa polmonare. Tra le caratteristiche neonatali, il numero totale di giorni di supporto ventilatorio è risultato il predittore più forte del valore della pressione polmonare in età adulta. Per quanto riguarda l'età adulta, la maggior parte dei dati riguarda i potenziali effetti benefici degli estrogeni sul sistema cardiovascolare sistemico; questa osservazione è collegata all'effetto protettivo degli steroidi sessuali femminili nei confronti della

progressione della ipertensione polmonare (IP). Sebbene in ambito clinico l'incidenza di IP sia maggiore nelle femmine, diversi studi preclinici sperimentali hanno dimostrato esiti migliori nelle femmine e un peggioramento della malattia dopo ovariectomia, secondo il cosiddetto “paradosso degli estrogeni”. Rispetto al sistema vascolare sistemico, si sa meno sul ruolo di altri ormoni (progesterone, testosterone e deidroepiandrosterone) nello sviluppo o nella modulazione della IP. Gli effetti estrogenici nell'attenuare la vasocostrizione polmonare ipossica sono regolati in parte anche dalla produzione endoteliale di ossido nitrico, mediata dai recettori alfa e beta degli estrogeni. Inoltre, l'estrogeno stimola il rilascio di prostaciclina e modula gli enzimi vasodilatatori cicloossigenasi-1 e -2. Oltre all'endotelio, l'estradiolo può influenzare direttamente la muscolatura liscia vascolare e studi hanno dimostrato effetti dell'estrogeno sui canali del calcio L voltaggio-dipendenti, inducendone il rilassamento. L'estradiolo stimola la proliferazione delle cellule muscolari lisce delle arterie polmonari. Gli effetti del progesterone sul compartimento vascolare polmonare sono stati studiati meno approfonditamente rispetto a quelli degli estrogeni. I recettori per il progesterone sono presenti nell'endotelio polmonare di pazienti con IP e nei modelli animali il progesterone si comporta come vasodilatatore ormonale più potente del testosterone e dell'estrogeno indipendentemente dal sesso. Poiché estrogeni e progesterone sono presenti simultaneamente nelle femmine, sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere le interazioni tra questi steroidi sessuali rispetto al loro effetto sulla struttura e funzione dell'arteria polmonare.

9.6. Conclusioni

Sesso e genere influenzano in modo significativo lo sviluppo dei compartimenti broncoalveolare e vascolare dalle fasi embrionali fino al declino fisiologico. L'impatto di sesso, genere e identità di genere merita maggiore attenzione nella medicina respiratoria, dalla definizione di adeguati valori di riferimento standard allo sviluppo di approcci diagnostici e terapeutici. Da questa prospettiva, restano diversi punti critici, a partire dalla necessità di approfondire il ruolo del sesso nelle primissime fasi dell'embriogenesi polmonare e, in particolare, nel processo di transizione epitelio-mesenchimale. Gli ormoni sessuali influenzano i processi infiammatori e di rimodellamento delle vie aeree, contribuendo a spiegare le diverse traiettorie cliniche osservate in patologie quali asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva e fibrosi polmonare. Parallelamente, il genere interviene attraverso determinanti sociali, culturali e comportamentali che condi-

zionano l'esposizione ai fattori di rischio, l'accesso alle cure, l'aderenza terapeutica e persino il riconoscimento dei sintomi da parte dei pazienti e dei professionisti sanitari. Un altro ambito rilevante che merita attenzione mirata è l'analisi dei meccanismi attraverso cui sesso e genere influenzano le risposte polmonari agli inquinanti, al lavoro e alle tossine ambientali, così come al fumo passivo e al rimodellamento dell'omeostasi polmonare legato al cambiamento climatico. In questo contesto, l'adozione di una prospettiva sesso-genere nella ricerca e nella pratica clinica non costituisce soltanto un requisito di equità, ma uno strumento indispensabile per comprendere più accuratamente i meccanismi patogenetici delle malattie polmonari croniche e promuovere approcci diagnostici e terapeutici realmente personalizzati.

Riferimenti bibliografici

- Ahimastos A.A., Formosa M., Dart A.M. *et al.*, "Gender differences in large artery stiffness pre- and post puberty", *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2003, 88: 5375-5380.
- Boezen H.M., Jansen D.F., Postma D.S., "Sex and gender differences in lung development and their clinical significance", *Clin. Chest Med.*, 2004, 25: 237-245.
- Boscaro C., Trenti A., Baggio C. *et al.*, "Sex differences in the pro-angiogenic response of human endothelial cells: focus on PFKFB3 and FAK activation", *Front. Pharmacol.*, 2020, 11: 587221.
- Fuentes N., Silveyra P., "Endocrine regulation of lung disease and inflammation", *Exp. Biol. Med. (Maywood)*, 2018, 243: 1313-1322.
- Janssens J.P., "Aging of the respiratory system: impact on pulmonary function tests and adaptation to exertion", *Clin. Chest Med.*, 2005, 26: 469-484.
- Kimble A., Robbins M.E., Perez M., "Pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia: role of oxidative stress from "omics" studies", *Antioxidants (Basel)*, 2022, 11: 2380.
- Lahm T., Tuder R.M., Petrache I., "Progress in solving the sex hormone paradox in pulmonary hypertension", *Am. J. Physiol. Lung Cell Mol. Physiol.*, 2014, 307: L7-L26.
- Lee B., Park S., Han D., "Analysis of the influential factors of maximal-effort expiratory capacity of elderly women", *J. Phys. Ther. Sci.*, 2016, 28: 2924-2928.
- LoMauro A., Aliverti A., "Sex and gender in respiratory physiology", *Eur. Respir. Rev.*, 2021, 30: 210038.
- Ni Y., Shi G., Qu J., "Indoor PM2.5, tobacco smoking and chronic lung diseases: a narrative review", *Environ. Res.*, 2020 Feb, 181: 108910.
- Oh J., Kim S., Yim Y., Kim M.S.; GBD 2023 Global Chronic Respiratory Disease and Covid Collaborators; Hay S.I., Il Shin J., Yon D.K., "Global, regional, and

- national burden of chronic respiratory diseases and impact of the COVID-19 pandemic, 1990-2023: a Global Burden of Disease study”, *Nat. Med.*, 2026 Jan, 32(1): 197-223.
- Qi C., Sun S.W., Xiong X.Z., “From COPD to lung cancer: mechanisms linking, diagnosis, treatment, and prognosis”, *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.*, 2022 Oct 17, 17: 2603-2621.
- Randolph L.N., Bao X., Oddo M. *et al.*, “Sex-dependent VEGF expression underlies variations in human pluripotent stem cell to endothelial progenitor differentiation”, *Sci. Rep.*, 2019, 9: 16696.
- Silveyra P., Fuentes N., Rodriguez Bauza D.E., “Sex and gender differences in lung disease”, *Adv. Exp. Med. Biol.*, 2021, 1304: 227-258.
- Talaminos Barroso A., Márquez Martín E., Roa Romero L.M. *et al.*, “Factors affecting lung function: a review of the literature”, *Arch. Bronconeumol. (Engl Ed)*, 2018, 54: 327-332.
- Thurlbeck W.M., “Postnatal human lung growth”, *Thorax*, 1982, 37: 564-571.
- Tondo P., Meschi C., Mantero M., Scioscia G., Siciliano M., Bradicich M., Stella G.M.; Italian Respiratory Society (SIP/IRS) TF on Gender Medicine, “Sex and gender differences during the lung lifespan: unveiling a pivotal impact”, *Eur. Respir. Rev.*, 2025 Feb 19, 34(175): 240121.
- Wise R.A., Polito A.J., Krishnan V., “Respiratory physiologic changes in pregnancy”, *Immunol. Allergy Clin. North Am.*, 2006, 26: 1-12.
- Xu J., Su Z., Liu C. *et al.*, “Climate change, air pollution and chronic respiratory diseases: understanding risk factors and the need for adaptive strategies”, *Environ. Health Prev. Med.*, 2025, 30: 7.
- Zhai Y., Zhu C., Zhu T. *et al.*, “Global, regional, and national burden of chronic respiratory diseases, 1990-2021 and predictions to 2035: analysis of data from the global burden of disease study 2021”, *Ann. Med.* 2025 Dec, 57(1): 2530225.

10. Demenze: impatto su mortalità, disabilità e società

di *Vincenzo Silani**

10.1. Le demenze nella società moderna

La malattia di Alzheimer (AD) è tra le demenze la più conosciuta, segnata da un declino cognitivo e comportamentale progressivo con perdita della indipendenza funzionale dell'individuo: affligge globalmente circa 55 milioni di persone al mondo ma nel 2050 il numero di pazienti sarà triplicato per l'atteso invecchiamento della popolazione globale; l'impatto sarà particolarmente rilevante in Africa come nei Paesi in via di sviluppo. La AD fa parte però di un vasto numero di malattie che comportano declino cognitivo e comportamentale: alcune di esse sono meno note come la Demenza Frontotemporale o la LATE, ma sempre di impatto sulla famiglia e sulla società.

La prevalenza della AD aumenta con l'età e va considerato che la sopravvivenza media della popolazione è in crescita, in Italia come nel mondo. Economicamente, la AD rimane tra le malattie neurodegenerative croniche a più alto costo e, in assenza di un decisivo passo della scienza, è destinata a seriamente compromettere, con le altre demenze, la vita delle nuove generazioni, gravate da un costo assistenziale senza precedenti. L'impatto sulla sopravvivenza è evidente anche perché il paziente più anziano è affetto da pluripatologie: in media si afferma che la sopravvivenza del paziente con AD si aggira su 8-10 anni dalla diagnosi. Le malattie neurologiche e AD con le altre demenze hanno però il più vasto impatto sulla disabilità della popolazione, richiedendo un complesso carico assistenziale.

Lo scenario catastrofico va stemperato però da alcune considerazioni che aprono spiragli di ottimismo.

* Direttore Dipartimento di Neuroscienze, Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano.

La popolazione mondiale indubbiamente cresce, ma con velocità decrescente: il picco, intorno ai 10,3 miliardi, dovrebbe essere raggiunto a metà del decennio 2080, con successivo declino. Entro il 2080, le persone con 65 anni e più saranno in numero superiore ai minori di 18 anni, con aumento particolarmente marcato nei paesi a reddito basso e medio. Nonostante l'inevitabile aumento delle malattie legate all'invecchiamento associato a queste modificazioni demografiche, alcuni dati raccolti nell'ultimo decennio appaiono incoraggianti e indicano trend positivi verso una "longevità funzionale". Nel caso specifico delle demenze, vari sono gli studi epidemiologici che hanno inizialmente dimostrato un declino significativo dell'incidenza e prevalenza delle demenze negli ultimi 30 anni in Europa, Stati Uniti e altri paesi sviluppati (Mukadam *et al.*, 2024). La riduzione viene attribuita a diversi fattori quali il miglioramento del livello educativo, la riduzione del fumo e il maggiore controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. Si tratta di modificazioni legate alle condizioni socio-economiche: effetti analoghi si potrebbero quindi attendere nel caso di sviluppo positivo delle condizioni di vita anche nelle zone del mondo meno fortunate, ove si attende la massima crescita della popolazione anziana negli anni a venire.

L'avanzamento delle conoscenze relative alla AD come alle altre patologie quali demenza a corpi di Lewy, demenza frontotemporale (FTD), LATE e demenza vascolare per citare le più frequenti, è stato negli ultimi anni significativo e ha portato a un incremento delle conoscenze: per quanto riguarda AD, la consapevolezza che la malattia inizia biologicamente anche 20 anni prima delle manifestazioni cliniche rappresenta l'acquisizione più rilevante accanto all'avanzamento delle neuroimmagini e, più recentemente, alla identificazione di marcatori biologici, che consentono di studiare *in vivo* le condizioni cerebrali e metterle in correlazione con l'andamento clinico del paziente. I biomarcatori specifici consentono di determinare *in vivo* la presenza di livelli patologici delle due principali proteine soggette ad accumulo in AD, la beta amiloide (A-beta) e la tau fosforilata (P-tau), responsabili, rispettivamente, delle placche senili e della degenerazione neurofibrillare: A-beta decresce nel liquido cefalo-rachidiano mentre tau e P-tau incrementano. Analogamente, i traccianti per A-beta e tau possono essere impiegati nel paziente *in vivo* mediante PET (Tomografia a Emissione di Positroni) per definire la presenza delle proteine nell'encefalo, fornendo una mappatura relativa alla loro distribuzione.

Negli anni recenti la ricerca si è focalizzata sul dosaggio plasmatico dei biomarcatori che prima potevano essere misurati solo nel liquor (in particolare P-tau217), con risultati promettenti per l'applicazione clinica: in un futuro ormai prossimo sarà possibile dunque acquisire informazio-

ni direttamente dal sangue, formulando diagnosi sempre più precoci di demenza.

All’atteggiamento medico passivo di fronte al paziente anziano che lamenta difficoltà di memoria, va a sostituirsi oggi una posizione proattiva, che mira a individuare, tra le molte persone che manifestano al medico la loro preoccupazione, coloro che sono nelle prime fasi del decadimento cognitivo. Un impulso alla promozione di questa iniziativa deriva dalla recente disponibilità di terapie con anticorpi monoclonali in grado di interferire con la deposizione di A-beta. Anche se l’efficacia clinica dimostrata dai trial clinici è per ora modesta e associata a effetti collaterali, si tratta di segnali positivi che, insieme ai risultati degli interventi non farmacologici per la prevenzione delle demenze, assumono un ruolo importante per incrementare la fiducia sull’utilità della diagnosi precoce con largo impatto sulla società.

10.2. Rischio e protezione

La possibilità di ridurre il rischio di demenza non solo nei soggetti sani attraverso interventi di tipo principalmente educativo nella popolazione, ma anche nei soggetti che si rivolgono al medico preoccupati per il declino cognitivo, che può essere anche solo soggettivo, è un aspetto di grande importanza all’interno del progetto per la salute cerebrale lanciato dalla Comunità Europea per il prossimo decennio. Si stima che un controllo globale dei principali fattori di rischio per la demenza (Tab. 1) potrebbe portare a una prevenzione fino al 45% dei casi di demenza.

Tab. 1 - I principali fattori di rischio per demenza

I fattori di rischio modificabili per cui disponiamo di evidenze scientifiche elevate		
Basso livello di istruzione	Ipoacusia	Colesterolo LDL elevato
Depressione	Trauma cranico	Inattività fisica
Diabete	Fumo	Ipertensione arteriosa
Obesità	Alcol in eccesso	Isolamento sociale
Inquinamento atmosferico	Deficit visivi	
Altri fattori di rischio in corso di validazione		
Disturbi del sonno	Dieta non sana	Patologie infettive e infiammatorie
Disturbo bipolare e psicosi	Ansia e disturbo da stress post-traumatico	Menopausa
Multimorbilità e fragilità		

La presenza di profili di rischio elevati a livello della salute generale e dello stile di vita può condizionare la decisione sulla opportunità di una valutazione specialistica, e in generale informare sull'importanza della salute cerebrale.

10.3. Brain Health Center

È avviata a questo proposito una iniziativa europea finalizzata alla promozione dello sviluppo di Centri per la Salute Cerebrale (Brain Health Center), specializzati nella valutazione personalizzata del rischio di demenza, allo scopo di definire un programma personalizzato di prevenzione e promozione della salute del cervello attraverso interventi basati sulle evidenze scientifiche disponibili. Rilevante è il ruolo della ipoacusia, rischio che rappresenta un fattore molto rilevante nell'anziano, promuovendo la deafferentazione con l'isolamento. La correzione dei rischi cardiovascolari e in particolare dell'ipertensione arteriosa gioca un ruolo altrettanto importante unitamente all'inattività fisica e all'esposizione a fattori ambientali nocivi nonché a traumi cerebrali. Il fumo e l'alcol sono fattori importanti accanto ai disturbi del sonno che affliggono larga parte della popolazione, anche se non hanno ancora guadagnato il riconoscimento ufficiale quale fattore di rischio, come altamente provato anche dai dati sperimentali.

In questa prospettiva crescono nel mondo i Brain Health Center che mirano, appunto, alla presa in carico personalizzata del paziente che riferisce un deficit cognitivo, individuando possibili fattori di rischio da correggere.

L'accudimento personalizzato del paziente orienta anche verso programmi rieducativi della sfera cognitiva e all'impegno di nuove tecnologie, come la stimolazione magnetica transcranica (TMS), che si basa sul principio della induzione elettromagnetica che permette di stimolare o inibire l'attività neuronale di specifiche aree cerebrali, con iniziali prove di efficacia sul deficit cognitivo.

Nella catena assistenziale ideale il riferimento al Centro per Disturbi Cognitivi e Demenza (CDCD) diviene d'obbligo, qualora vengano colti elementi indicativi di patologia cognitiva in fase precoce dal Brain Health Center. Il paziente a questo punto viene sottoposto agli opportuni accertamenti neuroradiologici con l'eventuale acquisizione dei biomarcatori di malattia nel liquido cefalo-rachidiano e/o nel plasma. Le procedure devono svolgersi in un continuum con discussione e condivisione del processo diagnostico che mira alla definizione del tipo di demenza e all'indirizzo verso la più appropriata terapia. La Società Italiana di Neurologia (SIN) ha proposto un percorso condivisibile per la presa in carico del paziente con

deficit cognitivo per condurlo dall'accertamento iniziale presso il Brain Health Center al CDCD in grado di finalizzare la diagnosi e somministrare la terapia, definendo anche i requisiti minimi delle strutture preposte al trattamento farmacologico. Questo nuovo orientamento alle demenze è destinato a segnare un solco nel futuro dell'assistenza e della società.

10.4. La riorganizzazione dell'assistenza

Per quanto precedentemente esposto, rimane evidente quanto diventi necessaria la riorganizzazione del servizio volto a dare assistenza al paziente con demenza: al Brain Health Center che diviene il primo centro di riferimento per il cittadino, si affianca il CDCD che offre la diagnosi di malattia giovandosi della più moderna tecnologia. L'utilizzo di anticorpi monoclonali richiede locali adibiti alla infusione e approcci più invasivi, quali l'infusione di antisense o di anticorpi direttamente nel liquido cefalorachidiano, presuppongono l'apprestamento di unità di trattamento dedicate per le demenze, con possibilità di accesso a servizi di pronto intervento forniti di neuroradiologia per la rapida rivalutazione della integrità del parenchima cerebrale qualora si presentino eventi neurologici inattesi durante il ciclo di trattamento. Inoltre, le attuali infusioni anticorpali presuppongono una terapia infusionale con cicli che trattengono il paziente per alcune ore in ambiente necessariamente accogliente oltre che protetto. Le preliminari esperienze di trattamento guadagnate presso l'IRCCS Istituto Auxologico sono di inestimabile valore anche per formare le nuove generazioni di neurologi e ridisegnare una struttura sempre più adeguata.

10.5. Il presente e il futuro

La scienza offre oggi evidenze così stringenti che la storia naturale delle demenze e in particolare di AD è cambiata velocemente sotto i nostri occhi: dopo oltre un secolo dalla primitiva descrizione di Alois Alzheimer, AD può essere oggi precocemente diagnosticata e trattata, con identificazione di potenziali fattori di rischio modificabili. L'impatto è di rilievo perché la conservazione del patrimonio cognitivo delle vecchie generazioni comincia a diventare realtà. La crescita di conoscenze relativa a demenze meno note al pubblico è analogamente logaritmica. La definizione di fattori di rischio per le demenze rimane una delle acquisizioni più rilevanti degli ultimi anni che necessariamente ci deve convincere anche della possibi-

lità di non dover necessariamente accoppiare all'invecchiamento fisiologico il deficit cognitivo.

L'impatto sulla società futura è degno della massima considerazione e anche largamente imprevedibile.

Riferimenti bibliografici

- Benussi A. *et al.*, "Italian intersocietal recommendations for restructuring the diagnostic-therapeutic pathway for the implementation and appropriate use of anti-amyloid monoclonal antibodies in Alzheimer's disease", *Neurol Sci.*, 2025, 46(12): 6875-6894.
- Frisoni G.B. *et al.*, "Dementia prevention in memory clinics: recommendations from the European task force for brain health services", *The Lancet Regional Health-Europe*, 2023, 26: 100576.
- Livingston G. *et al.*, "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission", *The Lancet*, 2024, 404(10452): 572-628.
- Mukadam N. *et al.*, "Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies", *The Lancet Public Health*, 2024, 9(7): e443-e460.
- Nichols E. *et al.*, "Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 20250: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *Lancet Public Health*, 2022, 7: e105-e125.
- Nichols E., Vos T., "The estimation of the global prevalence of dementia from 1990-2019 and forecasted prevalence through 2050: an analysis for the Global Burden of Disease (GBD) study 2019, *Alzheimer's & Dementia*, 2021, 17: e051496.
- Rafii M.S., Aisen P.S., "Amyloid-lowering immunotherapies for Alzheimer disease: current status and future directions", *Nature Reviews Neurology*, 2025, 21(9): 490-498.

11. Ansia, depressione e insonnia: comorbidità legate al dolore cronico

di *Giancarlo Cerveri**, *Filippo Fleishhacker**

11.1. Impatto clinico e sociale del dolore cronico

Il dolore cronico rappresenta una delle condizioni a maggiore impatto nella medicina della cronicità, non solo per la persistenza del sintomo doloroso, ma per la sua capacità di influenzare il funzionamento globale della persona. Quando il dolore persiste, interferisce con il sonno, riduce il movimento, limita la partecipazione sociale, condiziona il lavoro, altera l'immagine di sé e può influenzare il modo in cui la persona si rivolge ai servizi sanitari, ad esempio aumentando le richieste di visite, esami o cambiando il rapporto di fiducia con i curanti. Per queste ragioni ansia, depressione e insonnia non devono essere considerate semplici reazioni psicologiche secondarie, ma componenti centrali del *burden* clinico e sociale del dolore cronico.

L'introduzione nell'undicesima versione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD-11) di una specifica classificazione del dolore cronico ha contribuito a superare una visione riduttiva della sintomatologia algica, riconoscendola, in alcuni casi, non soltanto come sintomo di un'altra malattia, ma come condizione clinica rilevante per sé. In particolare, il dolore cronico primario è definito come dolore persistente o ricorrente da oltre tre mesi, associato a distress emotivo significativo e/o disabilità funzionale, non meglio spiegato da un'altra condizione di dolore cronico. Questo inquadramento è coerente con un modello biopsicosociale, nel quale meccanismi neurobiologici, fattori emotivi, comportamenti di evitamento, storia personale e contesto sociale possono interagire nel determinare l'esperienza del dolore e il suo impatto sulla vita quotidiana.

* Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi.

Una delle principali criticità nella cura del dolore cronico è la tendenza a separare il “dolore fisico” dal “dolore psicologico”. Quando non è identificabile una lesione proporzionata all'intensità della sofferenza, il rischio è ricorrere implicitamente alla categoria del dolore “psicogeno”, con l'effetto di invalidare l'esperienza del paziente o di attribuirgli impropriamente a una fragilità psichiatrica. Questa contrapposizione è clinicamente debole e spesso dannosa. La presenza di ansia, depressione o insonnia non rende il dolore meno reale, evidenzia piuttosto la necessità di una valutazione capace di tenere insieme corpo, mente e contesto di vita.

In Italia il dolore cronico si configura come una priorità di sanità pubblica, per prevalenza, impatto funzionale e necessità di percorsi assistenziali dedicati. Il Rapporto ISTISAN 23/28, basato sui dati dell'Indagine europea sulla salute 2019, stima che oltre 10 milioni di adulti convivano con dolore cronico, con una prevalenza di circa un quarto della popolazione adulta totale. Il dolore cronico aumenta con l'età, è più frequente nelle donne e diventa particolarmente rilevante nelle fasce più anziane. Il dato va letto nel contesto dell'invecchiamento, della presenza di più patologie croniche concomitanti e della politerapia, che rendono più complesso distinguere tra dolore, fragilità funzionale, disturbi del sonno, sintomi depressivi, effetti avversi dei farmaci e isolamento sociale.

Anche la differenza di genere merita un'attenzione specifica. Le donne presentano una maggiore prevalenza di molte condizioni dolorose croniche, tra cui dolore muscoloscheletrico diffuso, emicrania, fibromialgia e alcune sindromi dolorose pelviche. A questo si sommano carico di cura familiare, disuguaglianze di accesso, riconoscimento dei sintomi e rischio di sottovalutazione. La prospettiva di genere deve quindi interrogare anche i percorsi diagnostici e terapeutici, evitando sia il trattamento insufficiente del dolore sia l'attribuzione frettolosa del sintomo a una causa “psicologica”.

Il legame tra dolore cronico e depressione è tra i più documentati. Una recente revisione sistematica della letteratura scientifica con meta-analisi ha stimato che circa il 40% degli adulti con dolore cronico presenti sintomi depressivi o ansiosi clinicamente significativi. Il dolore persistente riduce l'attività fisica e sociale, interferisce con il lavoro, limita le attività gratificanti e può generare sentimenti di impotenza, perdita di controllo e sfiducia nei percorsi di cura. Nei pazienti con dolore cronico, la depressione non si manifesta sempre con tristezza esplicita: può presentarsi come anedonia, irritabilità, affaticabilità, riduzione dell'iniziativa, difficoltà cognitive, peggioramento della cura di sé e aumento della percezione dolorosa. La valutazione deve quindi includere funzionamento quotidiano, partecipazione sociale ed eventuale ideazione suicidaria.

Anche l'ansia ha un ruolo centrale. Nel dolore cronico si osservano frequentemente ipervigilanza corporea, paura del movimento, anticipazione del peggioramento e una tendenza a interpretare le sensazioni corporee come segnali di danno o di pericolo, con conseguenti condotte di evitamento. Questi meccanismi possono avere inizialmente una funzione protettiva, ma nel tempo riducono l'attività, aumentano la disabilità e rinforzano la convinzione di essere fragili o danneggiati. Il paziente può entrare in un circuito in cui ogni sensazione corporea viene monitorata, interpretata come minaccia e seguita da riduzione dell'attività. In questo senso, l'ansia non è soltanto un sintomo emotivo, ma un fattore che orienta il comportamento e incide sugli esiti funzionali.

L'insonnia rappresenta un terzo snodo clinico, spesso sottovalutato. Nei pazienti con dolore cronico il sonno può essere frammentato dal dolore, dalla difficoltà a trovare una posizione confortevole che non lo aumenti, dall'ansia anticipatoria rispetto alla notte, dalla riduzione dell'attività diurna o dall'effetto di alcuni farmaci. A sua volta, dormire male aumenta la sensibilità al dolore, riduce la soglia di tolleranza, peggiora l'umore e compromette attenzione, memoria e regolazione emotiva. Il sonno disturbato non è quindi soltanto una conseguenza del dolore, ma un potenziale fattore di mantenimento. Le linee guida internazionali sull'insonnia cronica indicano la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia come intervento di prima linea quando disponibile e appropriato, soprattutto nei pazienti anziani che già assumono una politerapia.

Il dolore cronico si associa inoltre a un aumento del rischio suicidario, soprattutto quando coesistono depressione, insonnia, uso problematico di sostanze, perdita di ruolo, isolamento e percezione di non avere prospettive di miglioramento. La presenza di pensieri di morte non va interpretata automaticamente come progettualità suicidaria, ma deve sempre essere esplorata con la dovuta attenzione clinica. Nei pazienti con dolore cronico è essenziale distinguere tra desiderio passivo di non soffrire più, ideazione suicidaria strutturata, comportamenti autolesivi e rischi legati anche alla disponibilità di farmaci potenzialmente letali.

Le implicazioni per la pratica clinica sono chiare: ogni valutazione del dolore cronico dovrebbe includere oltre alla valutazione della sede, durata, intensità e caratteristiche del dolore, anche sonno, tono dell'umore, ansia, funzionamento, uso di farmaci, consumo di alcol o altre sostanze, isolamento, aspettative di cura e rischio suicidario. Questo non significa "psichiatrizzare" il dolore, ma riconoscere che la sofferenza cronica è multidimensionale. È importante chiedere che cosa il dolore abbia sottratto alla vita della persona: quali attività siano state abbandonate, quali ruoli si siano indeboliti, quali sogni, progetti o ambizioni non abbiano più trovato

spazio a causa della sofferenza. A partire da questa ricostruzione è possibile comprendere quali strategie siano già state tentate e quali obiettivi possano essere ancora considerati realistici, desiderabili e clinicamente significativi.

11.2. Presa in carico multidimensionale e modelli di cura integrati

La presa in carico clinica dovrebbe fondarsi su obiettivi realistici, condivisi e significativi per la persona. In molti casi l'obiettivo non è la scomparsa completa del dolore, ma il miglioramento del funzionamento, del sonno, dell'autonomia e della qualità di vita. In questa direzione si collocano le linee guida NICE, che raccomandano una valutazione centrata sulla persona, orientata non solo a identificare i fattori che contribuiscono al dolore, ma anche a comprendere come il dolore incida sulla vita quotidiana, sul lavoro, sul sonno, sul benessere fisico e psicologico, sulle relazioni e sulle condizioni sociali. Il piano di cura dovrebbe quindi essere discusso e condiviso, tenendo conto delle priorità, delle capacità, degli obiettivi, delle preferenze terapeutiche e del bilancio tra i diversi trattamenti, soprattutto quando coesistono più condizioni cliniche. Una presa in carico centrata esclusivamente sulla riduzione numerica dell'intensità dolorosa rischia invece di produrre frustrazione, ripetizione di accertamenti, escalation farmacologica e ricorso disordinato a molteplici specialisti. Al contrario, un piano di cura efficace dovrebbe integrare psicoeducazione, attività fisica, interventi psicologici, appropriatezza farmacologica e monitoraggio dei rischi.

Il trattamento farmacologico deve essere ragionato dentro questa cornice. Antidepressivi e ansiolitici non sono “analgesici generici”, ma possono avere un ruolo quando sono presenti depressione, ansia, insonnia o specifiche condizioni dolorose per cui esiste indicazione. La scelta deve considerare età, comorbidità, interazioni, rischio di cadute, sonnolenza diurna, deterioramento cognitivo, abuso di sostanze e politerapia. Benzodiazepine, ipnotici e oppioidi richiedono particolare cautela: possono dare sollievo, ma se usati in modo protratto o non monitorato espongono a tolleranza, dipendenza, sedazione, cadute, confusione e usi impropri.

Gli interventi psicologici non devono essere proposti come alternativa “quando non c'è più nulla da fare”, ma come parte del trattamento del dolore cronico. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT), l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), gli interventi sul sonno, le tecniche di rilassamento, la psicoeducazione possono aiutare a ridurre l'evitamento,

paura del movimento e senso di impotenza, favorendo un recupero graduale di attività e ruoli. La prospettiva da assumere è che il dolore non sia immaginario né ridicibile a una causa psicologica, ma che la sua esperienza, il suo significato e le sue conseguenze funzionali possano essere modulati. In questo modo si riduce lo stigma e si apre uno spazio di intervento sui fattori modificabili.

Sul piano organizzativo, la risposta più appropriata è integrata. Il dolore cronico con ansia, depressione e insonnia non può essere gestito efficacemente da un singolo professionista. Medicina generale, terapia del dolore, salute mentale, fisioterapia, neurologia, reumatologia, psicologia clinica, infermieristica territoriale, farmacisti e servizi sociali devono poter cooperare in percorsi chiari. La Legge 38/2010 ha riconosciuto in Italia il diritto di accesso alla terapia del dolore e ha indicato che le strutture sanitarie debbano assicurare “un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia”, fondato sulla tutela della dignità e dell'autonomia, sulla promozione della qualità della vita e su un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale. La sfida attuale è rendere questo principio effettivo, superando frammentazione, diseguaglianze territoriali, tempi di attesa e difficoltà di comunicazione tra servizi.

La dimensione territoriale è decisiva. Molti pazienti con dolore cronico vengono seguiti per anni in medicina generale, con accessi intermittenti a specialisti diversi e con rischio di sovrapposizioni terapeutiche. Servono percorsi in cui lo screening di ansia, depressione e insonnia sia semplice, ripetibile e collegato a interventi realmente disponibili. Un modello sostenibile dovrebbe prevedere livelli di intensità differenziati: interventi informativi e di autogestione per i quadri meno complessi, programmi multidisciplinari per i pazienti con disabilità significativa, valutazione psichiatrica nei casi di depressione grave, rischio suicidario, insonnia persistente, uso problematico di sostanze o fallimento ripetuto dei percorsi terapeutici rivolti ai soli aspetti organici.

11.3. Conclusioni: oltre il “dolore”

Il dolore cronico non può essere compreso pienamente se viene misurato soltanto in termini di intensità. La sua persistenza incide sul sonno, sul movimento, sul lavoro, sulle relazioni e sulla possibilità di mantenere una progettualità personale. Ansia, depressione e insonnia si inseriscono in questo processo, contribuendo a rendere il dolore più pervasivo e difficile da trattare.

Per queste ragioni, la cura del dolore cronico richiede uno sguardo capace di andare oltre la sola misurazione del sintomo. Riconoscere precoce-

mente la sofferenza psicologica e i disturbi del sonno non significa ridurre il dolore a una causa mentale, ma restituirgli la sua complessità clinica. Significa anche prevenire percorsi frammentati, nei quali il paziente accumula visite, farmaci e accertamenti.

Questa prospettiva è particolarmente importante nei pazienti anziani e nelle persone con più patologie croniche concomitanti. In un sistema sanitario chiamato a confrontarsi con l'invecchiamento della popolazione e con la crescita delle cronicità, la qualità della risposta al dolore cronico dovrà misurarsi sulla capacità di costruire percorsi integrati, appropriati e sostenibili. Ciò non soltanto per ridurre il dolore, ma per limitare ciò che il dolore, nel tempo, rischia di sottrarre: sonno, movimento, autonomia, relazioni e progettualità personale.

Riferimenti bibliografici

- Aaron R.V., Ravyts S.G., Carnahan N.D. *et al.*, “Prevalence of depression and anxiety among adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis”, *JAMA Netw Open*, 2025, 8(3): e250268-e250268. doi: 10.1001/JAMANETWORKOPEN.2025.0268
- Dowell D., Ragan K.R., Jones C.M. *et al.*, *CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain – United States, 2022*. MMWR Recomm Rep 2022, 71(No. RR-3): 1-95. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
- Hobelmann J.G., Sullivan M.D., Clark M.R., Wasan A.D., “Psychiatric Illness, Depression, Anxiety, and Somatic Symptom Disorder”, in Ballantyne J.C., Fishman S.M., Rathmell J.P. (Eds.), *Bonica's Management of Pain*, 5th ed., Wolters Kluwer, Philadelphia, 2019: 1445-1516.
- Linee Guida - Buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non da cancro dell'adulto. Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2024. Accessed July 12, 2026. <https://www.iss.it/web/guest/-/farmaci-oppiacei-terapia-dolore-non-oncologico>
- National Institute for Health and Care Excellence, “Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain”, *NICE guideline NG193*, NICE, London, 2021.
- National Institute for Health and Care Excellence, “Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management”, *Clinical guideline CG91*, NICE, London, 2009.
- Nicholas M., Vlaeyen J.W.S., Rief W. *et al.*, “The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain”, *Pain*, 2019, 160(1): 28-37. doi: 10.1097/J.PAIN.0000000000001390
- Repubblica Italiana. Legge 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 65, 19 marzo 2010. Accessed July 12, 2026. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2010/03/19/010G0056/sg>

- Sun Y., Laksono I., Selvanathan J. *et al.*, “Prevalence of sleep disturbances in patients with chronic non-cancer pain: a systematic review and meta-analysis”, *Sleep Med. Rev.*, 2021, 57: 101467. doi: 10.1016/J.SMRV.2021.101467
- Tang N.K.Y., Crane C., “Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links”, *Psychol. Med.*, 2006, 36(5): 575-586. doi: 10.1017/S0033291705006859
- Toccaceli V., Francia N., Cascavilla I., Tenti M. per il Gruppo di Lavoro Interistituzionale (ISS-ISTAT-ISAL) per lo studio e la ricerca sul dolore cronico (Ed.), *Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dalla “Indagine europea sulla salute” (European Health Interview Survey)* 2019, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2023 (Rapporti ISTISAN 23/28). Accessed July 12, 2026. <https://www.iss.it/-/rapporto-istisan-23/28-dolore-cronico-in-italia-e-suoi-correlati-psicosociali-dalla-indagine-europea-sulla-salute-european-health-interview-survey-2019-a-cura-di-virgilia-toccaceli-nadia-francia-isabella-cascavilla-michael-tenti-per-il-gruppo-di-lavoro-in>
- World Health Organization, *WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings*, World Health Organization, Geneva, 2023.

Parte III

Complessità della politerapia nelle cronicità

12. Politerapia e gestione delle interazioni nell'anziano

di *Simonetta Miozzo**, *Alessandro Rossi***

12.1. Introduzione

Nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG), la politerapia rappresenta ormai la regola più che l'eccezione. I dati dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali mostrano che ogni italiano con più di 65 anni assume mediamente 7,6 farmaci diversi nell'arco dell'anno, numero che aumenta fino a 8,7 negli ultraottantacinquenni. La multimorbilità è alla base di questo fenomeno, secondo Health Search-SIMG la prevalenza della politerapia passa dal 49,9% nei pazienti con due patologie croniche al 92,1% in quelli con otto o più. Sono anche i pazienti che richiedono il maggior numero di contatti con il medico di medicina generale, rappresentando il 57,5% degli accessi e ricevendo in media 25 prescrizioni l'anno.

Alla complessità clinica si associa frequentemente la perdita di autonomia. L'ultimo Rapporto ISTAT, infatti, evidenzia che quasi il 7% degli over 65 presenta gravi limitazioni nelle attività fondamentali della vita quotidiana, percentuale che supera il 12% dopo i 75 anni, un peso che grava soprattutto sulle donne, che vivono più a lungo ma con meno anni in buona salute. Multimorbilità, politerapia e fragilità costituiscono quindi un continuum clinico nel quale ciascun fattore si intreccia con gli altri, rendendo sempre più complessa la gestione terapeutica.

* Segretaria Regione Piemonte, Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

** Presidente Nazionale, Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

12.2. Vulnerabilità farmacologica dell'anziano

L'organismo anziano, tuttavia, non è semplicemente un organismo adulto più vecchio. L'invecchiamento modifica profondamente sia la farmacocinetica sia la farmacodinamica, aumentando la suscettibilità agli eventi avversi anche quando le prescrizioni risultano appropriate.

Anche le differenze di sesso e di genere contribuiscono a modificare il profilo di efficacia e sicurezza delle terapie farmacologiche. Le donne, in particolare, presentano una maggiore probabilità di sviluppare reazioni avverse ai farmaci, attribuibile a differenze nella composizione corporea, nel metabolismo, nell'attività di alcuni enzimi e trasportatori e, in parte, a una storica sottorappresentazione nei trial clinici. Inoltre, nelle età più avanzate, la maggiore longevità femminile si associa a una più elevata prevalenza di fragilità e politerapia, aumentando ulteriormente il rischio di eventi avversi. Considerare il sesso e il genere nella revisione della terapia rappresenta quindi un ulteriore elemento di appropriatezza prescrittiva e di personalizzazione delle cure.

Tab. 1 - Determinanti della sicurezza della terapia nel paziente anziano

Determinante	Esempi	Possibili conseguenze
Paziente	Genere, età, fragilità, ridotta funzione renale ed epatica, deficit cognitivi	Maggiore suscettibilità agli eventi avversi
Terapia	Politerapia, farmaci ad alto rischio di interazione e ADR, carico anticolinergico, duplicazioni	Interazioni, inappropriatelyzza, scarsa aderenza
Fattori ambientali	Ondate di calore, disidratazione, infezioni acute	Alterazione dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci
Organizzazione delle cure	Transizioni di cura, mancata riconciliazione terapeutica, scarsa comunicazione tra professionisti	Errori prescrittivi, duplicazioni, interruzioni inappropriate

Con l'invecchiamento, la funzione renale si riduce progressivamente, spesso senza un corrispondente aumento della creatininemia, che può sovrastimare il filtrato glomerulare nei soggetti con ridotta massa muscolare. Ne deriva il rischio di sovradosaggio dei farmaci eliminati prevalentemente per via renale, come digossina, alcuni antibiotici e numerosi anticoagulanti orali diretti. Parallelamente diminuiscono il flusso ematico epatico e l'atti-

vità di alcuni enzimi del citocromo P450, con rallentamento del metabolismo di diversi farmaci.

Anche la composizione corporea cambia: diminuiscono massa magra e acqua corporea totale, mentre aumenta la quota di tessuto adiposo. I farmaci lipofili, come molte benzodiazepine, tendono quindi ad accumularsi con un prolungamento dell'effetto, mentre quelli idrofili raggiungono concentrazioni plasmatiche più elevate. La riduzione dell'albuminemia aumenta inoltre la quota libera dei farmaci a elevato legame proteico, amplificandone l'effetto clinico.

Sul piano farmacodinamico si riduce la capacità di adattamento dell'organismo: la risposta barocettoriale rallenta, aumentando la probabilità di ipotensione ortostatica; il sistema nervoso centrale diventa più sensibile a sedativi, anticolinergici e oppioidi, con incremento del rischio di delirium, cadute e compromissione cognitiva. Gli eventi avversi associati alla politerapia dipendono quindi non solo dal numero dei farmaci prescritti, ma soprattutto dalla maggiore vulnerabilità farmacologica dell'anziano, determinata dalle modificazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche proprie dell'invecchiamento.

12.3. Interazioni farmacologiche e ruolo dei fattori interni

Nella pratica del MMG alcune associazioni farmacologiche concentrano gran parte del rischio clinico. L'associazione fra anticoagulanti o antiaggreganti e FANS, anche se assunti occasionalmente, aumenta significativamente la probabilità di sanguinamento gastrointestinale. Un effetto analogo, spesso sottovalutato, si osserva con gli SSRI, che alterano l'aggregazione piastrinica e potenziano il rischio emorragico, soprattutto nei pazienti già in terapia antitrombotica.

Altrettanto rilevante è la cosiddetta *tripla whammy*, costituita da ACE-inibitore o sartano, diuretico e FANS, che compromette i meccanismi di autoregolazione della perfusione renale e può favorire un danno renale acuto, soprattutto in presenza di disidratazione o malattie intercorrenti.

Particolare attenzione merita anche l'associazione tra SSRI e altri farmaci serotoninergici, quali tramadolo, triptani o alcuni antiemetici, per il rischio di sindrome serotoninergica, spesso misconosciuta nelle fasi iniziali. Infine, la combinazione di benzodiazepine e oppioidi rappresenta uno dei principali fattori farmacologici associati a cadute, fratture e depressione respiratoria nell'anziano.

Le interazioni farmacologiche rappresentano tuttavia solo uno dei fattori che condizionano la sicurezza della terapia nel paziente. Accanto ai

fattori legati all'invecchiamento e alle caratteristiche della terapia, stanno assumendo sempre maggiore rilievo anche fattori esterni, capaci di modificare il rapporto beneficio-rischio dei trattamenti. Tra questi, il cambiamento climatico e le sempre più frequenti ondate di calore rappresentano una sfida emergente per la pratica clinica, soprattutto nella gestione della popolazione anziana. Con la senescenza si riducono fisiologicamente la sudorazione, la vasodilatazione cutanea e la percezione della sete, rendendo l'anziano meno capace di dissipare il calore. Alcune classi di farmaci di uso comune amplificano ulteriormente questa vulnerabilità. Studi epidemiologici hanno evidenziato un aumento del rischio di ricovero per patologie correlate al caldo, anche al di fuori delle ondate di calore, soprattutto nei pazienti con demenza, scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica o diabete. Per questo, durante tutta la stagione estiva, il MMG dovrebbe rivalutare periodicamente la terapia dei pazienti più fragili, monitorando idratazione, tollerabilità dei farmaci e comparsa di segni precoci di stress da calore.

12.4. Gestione della politerapia: strumenti a supporto e valutazione clinica

La gestione della politerapia però non può limitarsi alla verifica dell'indicazione del singolo farmaco. Ogni revisione terapeutica dovrebbe considerare l'intero schema prescrittivo, il profilo di fragilità del paziente, le possibili interazioni e gli obiettivi realistici di cura. La domanda che dovrebbe accompagnare ogni rinnovo di terapia non è soltanto «questo farmaco è ancora indicato?», ma soprattutto «questa terapia, nel suo insieme, è ancora la scelta più efficace e sicura per questo paziente, oggi?».

Tra gli strumenti a disposizione del MMG per orientare la revisione della politerapia, i criteri STOPP&START rappresentano uno dei riferimenti più consolidati. Giunti alla terza versione (STOPP&START v3), sono organizzati per sistemi fisiologici e consentono una duplice valutazione della terapia. I criteri STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) identificano le prescrizioni potenzialmente inappropriate, suggerendo i farmaci che meritano di essere sospesi o rivalutati; i criteri START (Screening Tool to Alert to Right Treatment), al contrario, evidenziano le terapie indicate ma non prescritte per correggere il rischio, altrettanto rilevante, del sottotrattamento.

Il loro principale valore nella pratica della medicina generale è quello di orientare rapidamente l'attenzione del clinico verso le situazioni a maggiore probabilità di inappropriatezza, rendendo più efficiente una revisione

terapeutica spesso complessa e condizionata da tempi limitati. Questi strumenti, tuttavia, non sostituiscono il giudizio clinico: individuano i possibili problemi, ma non forniscono automaticamente la soluzione. Ogni criterio positivo rappresenta piuttosto un punto di partenza per una valutazione individualizzata, che tenga conto della storia clinica, della prognosi, della fragilità, dell'aspettativa di vita, delle preferenze del paziente e dei suoi obiettivi di cura. La decisione finale dovrebbe quindi essere il risultato di un processo decisionale condiviso con il paziente e, quando opportuno, con gli specialisti coinvolti nella sua presa in carico.

Accanto a STOPP&START trova spazio la classificazione FORTA (Fit FOR The Aged), che propone una valutazione qualitativa dei farmaci in base al rapporto beneficio/rischio nella popolazione anziana. Ogni principio attivo viene collocato in una delle quattro classi: A (indispensabile, con beneficio chiaramente documentato), B (utile nella maggior parte dei pazienti), C (da utilizzare con cautela, valutando possibili alternative) e D (da evitare, poiché il rapporto beneficio/rischio è sfavorevole). Se STOPP&START identifica criticità specifiche legate a particolari condizioni cliniche o prescrizioni inappropriate, FORTA offre una visione complessiva della qualità dell'intero schema terapeutico, facilitando le decisioni su quali trattamenti mantenere, sostituire o sospendere.

Utilizzati in modo complementare, STOPP&START e FORTA non devono essere considerati semplici checklist prescrittive, ma strumenti di supporto al ragionamento clinico. Integrati con la valutazione multidimensionale e con il processo decisionale condiviso, stimolano il MMG a costruire una terapia realmente personalizzata, capace di coniugare appropriatezza, sicurezza e obiettivi di salute del singolo paziente.

Nella pratica clinica il MMG dispone di diversi strumenti informatici a supporto della *medication review*. Tra questi, in Italia è ampiamente utilizzato InterCheck, sviluppato dall'Istituto Mario Negri IRCCS, che consente di valutare rapidamente interazioni farmacologiche, criteri di Beers, STOPP&START, carico anticolinergico (ACB score), Number Needed to Treat e to Harm (NNT e NNH) e altri indicatori utili alla revisione della terapia. Si tratta di una piattaforma ricca di informazioni a elevato valore scientifico, particolarmente utile nei casi più complessi, ma che richiede una consultazione dedicata e non è integrata nel flusso prescrittivo del medico di medicina generale.

Per rendere la *medication review* realmente sostenibile nella pratica quotidiana, è necessario che queste informazioni siano disponibili direttamente all'interno del software gestionale. I sistemi di supporto alle decisioni cliniche (Clinical Decision Support Systems, CDSS), integrati nella cartella clinica, consentono infatti di segnalare in tempo reale interazioni

cl clinicamente rilevanti, duplicazioni terapeutiche, controindicazioni e la necessità di adeguare i dosaggi in funzione delle caratteristiche del paziente. La loro efficacia dipende però dalla qualità delle segnalazioni: alert troppo numerosi o poco pertinenti favoriscono il fenomeno della *alert fatigue*, mentre notifiche selezionate in base alla reale rilevanza clinica aumentano la probabilità che l'avviso si traduca in una decisione appropriata.

Su questa evoluzione si stanno innestando le applicazioni di intelligenza artificiale, in grado di integrare rapidamente dati relativi a politerapia, fragilità, funzione renale, rischio di interazioni e altri indicatori di complessità. Il loro obiettivo non è sostituire il ragionamento clinico, ma aiutare il medico a identificare i pazienti che possono beneficiare maggiormente di una medication review, restituendo tempo alla relazione di cura e alla decisione condivisa.

12.5. Collaborazione e centralità del paziente

La tecnologia può facilitare questo processo, ma la sicurezza della terapia continua a fondarsi sull'integrazione tra competenze cliniche, collaborazione multiprofessionale e coinvolgimento attivo del paziente e della sua rete di supporto. In questo contesto, il farmacista territoriale rappresenta spesso il primo professionista in grado di intercettare potenziali interazioni tra farmaci prescritti, medicinali da banco, integratori e prodotti fitoterapici, contribuendo alla prevenzione degli eventi avversi. Nelle persone fragili, un ruolo altrettanto importante è svolto dal caregiver, che garantisce la corretta preparazione e somministrazione della terapia, favorisce l'aderenza al trattamento e rappresenta un osservatore privilegiato nell'identificazione precoce di effetti indesiderati o difficoltà nella gestione quotidiana dei farmaci. In questo percorso, il medico di medicina generale svolge un ruolo di regia: riconcilia e rivaluta le prescrizioni provenienti dai diversi professionisti, interpreta gli alert alla luce della valutazione multidimensionale e coordina le decisioni con paziente, caregiver e specialisti, affinché la tecnologia rimanga un supporto al giudizio clinico e alla personalizzazione delle cure.

La gestione della politerapia nell'anziano non si esaurisce nella prevenzione delle interazioni, anche la prescrizione più appropriata perde efficacia se il paziente non assume la terapia come indicato, tema che il capitolo 13 approfondisce nella prospettiva dell'aderenza terapeutica. Allo stesso modo, l'identificazione di un farmaco potenzialmente inappropriato è solo il primo passo: tradurla in una sospensione sicura ed efficace richiede un

percorso strutturato di deprescribing, affrontato nel capitolo 14. Politerapia, aderenza e deprescribing rappresentano tre facce complementari della stessa sfida clinica: garantire, in ogni fase della cura dell'anziano, che ogni farmaco prescritto sia ancora, davvero, il farmaco giusto.

Riferimenti bibliografici

- AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto OsMed 2021*, Agenzia Italiana del Farmaco, Roma, 2021. [aifa.gov]
- Bollettino SIFO, *Farmacologia di genere*, 2011.
- Cricelli C., Rossi A., Grattagliano I. *et al.*, “Impatto epidemiologico delle cronicità in Medicina Generale”, in *Rapporto Osservasalute 2023*, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Roma, 2024. Dati del Network Health Search-SIMG.
- Ghibelli S., Marengoni A., Djade C.D. *et al.*, “Prevention of inappropriate prescribing in hospitalized older patients using a computerized prescription support system (INTERcheck®)”, *Drugs Aging*, 2013, 30(10): 821-828. doi: 10.1007/s40266-013-0109-5. [pubmed.ncbi.nlm.nih]
- Hospers L., Dillon G., McLachlan A. *et al.*, “The effect of prescription and over-the-counter medications on core temperature in adults during heat stress: a systematic review and meta-analysis”, *eClinicalMedicine*, 2024, 77:1 02886. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102886. [pubmed.ncbi.nlm.nih]
- ISTAT, *Rapporto Annuale 2025. La situazione del Paese*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2025.
- Layton J.B., Li W., Yuan J. *et al.*, “Heatwaves, medications, and heat-related hospitalization in older Medicare beneficiaries with chronic conditions”, *PLOS One*, 2020, 15(12): e0243665. doi: 10.1371/journal.pone.0243665. [journals.plos]
- Oi Yan Chan J., Moullet M., Williamson B. *et al.*, “Harnessing clinical trial and real-world data towards an understanding of sex effects on drug pharmacokinetics, pharmacodynamics and efficacy”, *Front. Pharmacol.*, 2022 Jun 6. [pubmed.ncbi.nlm.nih]
- O'Mahony D., Cherubini A., Guiteras A.R. *et al.*, “STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3”, *Eur. Geriatr Med.*, 2023, 14(4): 625-632. doi: 10.1007/s41999-023-00777-y. [pubmed.ncbi.nlm.nih]
- O'Mahony D. *et al.*, “STOPP/START version 3: overhauled resources to support older people. What will we do next?” *Eur. Geriatr. Med.*, 2023. [pubmed.ncbi.nlm.nih]
- Pazan F. *et al.*, “The FORTA (Fit FOR The Aged) list 2021: fourth version of a validated clinical aid for improved pharmacotherapy in older adults”, *Drugs Aging*, 2022, 39(3): 245-247. doi: 10.1007/s40266-022-00922-5. [pubmed.ncbi.nlm.nih]

- Rochon P.A. *et al.*, “STOPP/START version 3: even better with age”, *Eur. Geriatr. Med.*, 2023, 14(4): 635-637. doi: 10.1007/s41999-023-00784-z. [pubmed.ncbi.nlm.nih]
- Sportiello L., Capuano A., “Sex and gender differences and pharmacovigilance: a knot still to be untied”, *Front. Pharmacol.*, 2024 Apr 17, 15: 1397291.
- Wee J., Tan X., Gunther S. *et al.*, “Effects of medications on heat loss capacity in chronic disease patients: health implications amidst global warming”, *Pharmacological Reviews*, 2023, 75: 1140-1166. [pharmrev.aspetjournals]

13. Aderenza terapeutica: determinanti e strategie

di Alessandra Marengoni*, Gianluca Bianco*

13.1. Stato dell'arte

La multimorbidità, definita come la coesistenza di più malattie croniche, è molto frequente nella popolazione anziana e rende complessa sia l'assistenza clinica che la gestione della terapia farmacologica. Con l'aumentare dell'età cresce anche il numero medio di farmaci prescritti; tra gli 80 e gli 84 anni la politerapia, definita come l'assunzione cronica contemporanea di almeno cinque farmaci, interessa oltre il 40% delle persone. Essa rappresenta uno dei principali fattori associati alla scarsa aderenza terapeutica.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'aderenza indica il grado di corrispondenza tra il comportamento del paziente e le raccomandazioni concordate con il professionista sanitario. In ambito farmacologico, viene generalmente considerata adeguata quando la copertura terapeutica supera l'80% dei giorni previsti.

L'aderenza comprende tre fasi: *inizio della terapia*, cioè assunzione della prima dose; *implementazione*, relativa alla corretta esecuzione dello schema posologico; *persistenza*, ossia il periodo compreso tra l'avvio del trattamento e l'ultima dose assunta. La mancata aderenza può essere *intenzionale*, quando il paziente modifica o rifiuta consapevolmente la terapia, oppure *non intenzionale*, quando difficoltà cognitive, psicologiche, visive, motorie, economiche o assistenziali impediscono il rispetto delle prescrizioni.

Nei Paesi ad alto reddito, l'aderenza ai trattamenti cronici negli anziani è mediamente pari al 50% ed è ancora più bassa nei Paesi a basso-medio reddito. L'OMS riconosce cinque categorie di determinanti: fattori legati al

* Dipartimento Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia.

paziente, alla terapia, alla malattia, al sistema sanitario e alle condizioni socioeconomiche.

Iniziative internazionali, come l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, hanno promosso strategie multidisciplinari per migliorare l'aderenza. Tuttavia, la non aderenza resta una causa rilevante di inefficacia terapeutica e mancato raggiungimento degli obiettivi clinici.

La sua valutazione richiede quindi un approccio multidimensionale, capace di distinguere le diverse fasi e cause del problema. Gli interventi dovrebbero integrare semplificazione terapeutica, educazione del paziente, coinvolgimento dei caregiver, supporto sociale e migliore coordinamento tra professionisti e servizi sanitari, adattandosi alle caratteristiche cliniche e funzionali dell'anziano fragile.

13.2. Come valutare l'aderenza terapeutica

La misurazione dell'aderenza è importante sia per i clinici sia per i ricercatori e non esiste un approccio valido per tutte le situazioni. I metodi utilizzati devono essere adattati alla domanda di ricerca, alla popolazione studiata e alla gravità delle conseguenze associate alla mancata aderenza.

Esistono numerosi strumenti per misurare l'aderenza farmacologica, generalmente classificati in metodi diretti e metodi indiretti.

Metodi diretti

Misurazione della concentrazione del farmaco nell'organismo

Tra i metodi diretti rientra la misurazione della concentrazione del farmaco nell'organismo, generalmente mediante prelievo ematico. Tale approccio è utilizzato soprattutto per i farmaci con indice terapeutico ristretto, per verificare che i livelli plasmatici siano compresi nell'intervallo terapeutico. Il suo impiego routinario nella valutazione dell'aderenza è però limitato dai costi, dalla complessità e dalla variabilità individuale dei processi di assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione. Inoltre, la concentrazione rilevata rappresenta soltanto una misurazione puntuale, non descrive l'aderenza nel lungo periodo e non chiarisce le cause della mancata assunzione.

Terapia direttamente osservata (DOT)

Come suggerisce il nome, un operatore sanitario (medico, infermiere o farmacista) osserva direttamente il paziente mentre assume il farmaco. Questa strategia viene utilizzata in pazienti con regimi terapeutici complessi, come quelli affetti da tubercolosi, ed è considerata efficace dal Centers

for Disease Control and Prevention (CDC). Tuttavia, anche in questo caso rimane aperta la questione se la DOT misuri realmente l'aderenza oppure la favorisca semplicemente nel momento dell'osservazione. In ambito ospedaliero, ad esempio, alcuni pazienti possono simulare l'assunzione del farmaco senza ingerirlo realmente.

Metodi indiretti

I metodi indiretti sono tra i più utilizzati nella ricerca e comprendono cartelle cliniche elettroniche, dispositivi elettronici di monitoraggio, conteggio delle pillole e misure auto-riferite dal paziente.

Attraverso i database delle prescrizioni farmaceutiche è possibile stimare:

- *Medication Possession Ratio (MPR)*. Proporzione dei giorni coperti dai farmaci ottenuti durante un periodo definito.
- *Proportion of Days Covered (PDC)*. Numero di giorni in cui il farmaco era disponibile diviso per il numero totale di giorni osservati.

Generalmente viene utilizzata una soglia dell'80% per distinguere i pazienti aderenti da quelli non aderenti. Tuttavia, questi indicatori mostrano solo la disponibilità del farmaco e non garantiscono che esso sia stato realmente assunto.

13.3. Revisione dell'uso dei farmaci

Analizzando i dati delle prescrizioni, i farmacisti possono identificare singoli pazienti che potrebbero beneficiare di una "Medicine Use Review" (MUR). La MUR è una consultazione programmata faccia a faccia tra farmacista e paziente, finalizzata a discutere l'utilizzo dei farmaci, sia prescritti sia acquistati autonomamente. L'intervento migliora conoscenze e consapevolezza del paziente, identifica problemi, effetti indesiderati e difficoltà di aderenza, proponendo possibili soluzioni.

Sebbene in molti Paesi le MUR siano frequentemente effettuate dai farmacisti, anche altri professionisti sanitari contribuiscono alla revisione terapeutica. Una revisione sistematica di Mardani *et al.* del 2020, comprendente 10 studi condotti tra il 2014 e il 2020, ha evidenziato il ruolo degli infermieri nella riconciliazione farmacologica, nel monitoraggio degli eventi avversi e nella comunicazione durante le transizioni assistenziali, sottolineando come una collaborazione multidisciplinare efficace favorisce l'ottimizzazione della terapia e migliori esiti clinici.

13.4. Dispositivi elettronici di monitoraggio

Esistono sistemi elettronici progettati per monitorare l'assunzione dei farmaci. Tra i più utilizzati vi è il “Medication Event Monitoring System” (MEMS). Questo sistema consiste generalmente in un tappo elettronico applicato al contenitore del farmaco che registra automaticamente la data e l'ora di apertura del flacone. Il dispositivo appare identico a un normale tappo, ma conserva elettronicamente queste informazioni. L'utilizzo dei MEMS si è dimostrato particolarmente utile in pazienti con disturbi psichiatrici.

13.5. Sensori ingeribili e sistemi digitali di feedback

I sensori ingeribili, o *ingestible event markers*, rappresentano una delle innovazioni più recenti nella valutazione dell'aderenza. Incorporati nella formulazione farmaceutica, raccolgono dati in tempo reale. Dopo l'ingestione, il sensore trasmette informazioni sull'orario di assunzione e su alcuni parametri fisiologici a un cerotto cutaneo, che le trasferisce successivamente a un dispositivo esterno, come uno smartphone. Tra i primi sistemi autorizzati dalla Food and Drug Administration (FDA) vi è stato il sensore Proteus, nel 2012. Queste tecnologie consentono al medico di ricevere informazioni tempestive, ma sollevano problemi relativi ad accettabilità, privacy e disponibilità dei pazienti a essere monitorati.

13.6. Conteggio delle pillole

Il conteggio delle pillole è un metodo semplice e poco costoso, basato sul confronto tra il numero atteso e quello effettivo di compresse rimanenti tra due visite. Può essere applicato anche a inalatori, aerosol e altri dispositivi dosati. Il metodo presume però che ogni dose mancante sia stata assunta correttamente e nei tempi previsti. Non permette quindi di escludere che il farmaco sia stato smarrito, eliminato o assunto in modo scorretto.

13.7. Misure soggettive

Le misure soggettive comprendono questionari e interviste semi-strutturate, anche online. Una revisione sistematica di Nguyen e collaboratori

ha confrontato i principali questionari disponibili, evidenziandone vantaggi e svantaggi nelle diverse popolazioni. La compilazione autonoma può introdurre errori, soprattutto nei pazienti con scarsa alfabetizzazione sanitaria, difficoltà linguistiche o età avanzata. Negli anziani, problemi visivi e di memoria possono ridurre l'accuratezza delle risposte. Questi strumenti tendono inoltre a sovrastimare l'aderenza per effetto del bias di "desiderabilità sociale", ovvero la tendenza del paziente a fornire risposte considerate socialmente accettabili.

Nonostante tali limiti, risultano utili nella pratica clinica perché favoriscono il dialogo con il paziente e consentono di identificare ostacoli e cause della mancata aderenza.

13.8. Conclusioni sulla valutazione dell'aderenza

Nessun metodo è perfetto. I metodi oggettivi offrono una misura più precisa del comportamento terapeutico, ma spesso sono costosi, complessi o limitati nella capacità di spiegare le cause della non aderenza. I metodi soggettivi permettono di comprendere meglio le difficoltà incontrate dal paziente, ma possono essere influenzati da errori di memoria e da distorsioni nelle risposte. Per questo motivo un approccio multimodale, che combini misure oggettive e soggettive, rappresenta probabilmente la strategia più accurata per stimare l'aderenza terapeutica.

13.9. Come migliorare l'aderenza terapeutica

I benefici di una corretta aderenza al trattamento sono numerosi e comprendono:

- prevenzione delle malattie;
- miglioramento dello stato di salute;
- migliore qualità della vita;
- utilizzo più efficiente e sostenibile delle risorse sanitarie.

Ad oggi, tuttavia, nessuna singola strategia di intervento ha dimostrato di essere efficace in tutti i pazienti, per tutte le condizioni cliniche e in tutti i contesti assistenziali. Persistono inoltre importanti lacune conoscitive che limitano sia gli studi clinici sia l'applicazione pratica degli interventi per migliorare l'aderenza. Tra queste:

- scarsa comprensione dell'interazione tra aderenza, multimorbilità e politerapia;
- frammentazione dell'assistenza;

- comunicazione insufficiente tra i diversi professionisti coinvolti nella cura;
- assenza di una chiara definizione della popolazione target;
- limitata disponibilità di dati validati sulle nuove tecnologie;
- mancanza di sistemi informativi standardizzati.

13.10. Interventi negli anziani e nei pazienti con demenza

Gli interventi più frequentemente utilizzati per migliorare l'aderenza farmacologica con particolare attenzione agli anziani e al decadimento cognitivo hanno un problema importante: gli anziani sono stati spesso esclusi da clinical trial farmacologici, soprattutto se affetti da multimorbilità e politerapia.

Di conseguenza, molte reazioni avverse ai farmaci emergono soltanto dopo l'immissione in commercio e l'incertezza sugli eventi avversi può ridurre l'aderenza terapeutica.

Per quanto riguarda i pazienti con demenza, gli aspetti relazionali sono particolarmente importanti. I pazienti con deterioramento cognitivo sembrano beneficiare maggiormente del contatto umano, della comunicazione diretta e dei promemoria forniti da persone reali. Al contrario, i sistemi tecnologici di promemoria hanno mostrato risultati limitati.

13.11. Non aderenza legata ai costi

Un'altra causa rilevante di mancata aderenza, soprattutto nei Paesi privi di sistemi di welfare adeguati, è rappresentata dal costo dei farmaci. Questo fenomeno viene definito "cost-related non-adherence". I dati del Medicare Current Beneficiary Survey hanno mostrato che nel 2016 il 34,5% delle persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni non ha assunto i farmaci come prescritto a causa dei costi e che tra gli ultra65enni la percentuale era del 14,4%.

13.12. Le strategie raccomandate dagli esperti

Un gruppo multidisciplinare composto da specialisti in geriatria, farmacologia, epidemiologia e sanità pubblica ha raggiunto un consenso sulle strategie ritenute più efficaci per migliorare l'aderenza negli anziani. Sono state identificate sette aree di intervento.

1. Valutazione geriatrica multidimensionale (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA)

La CGA dovrebbe essere effettuata in tutti gli anziani inseriti in programmi per il miglioramento dell'aderenza. Permette di identificare i bisogni assistenziali, le priorità cliniche, i problemi funzionali e i fattori che influenzano l'aderenza.

2. Educazione del paziente e del caregiver

I programmi educativi dovrebbero tenere conto del livello di alfabetizzazione sanitaria; includere raccomandazioni sullo stile di vita e favorire l'empowerment del paziente.

L'obiettivo è rendere il paziente più consapevole e partecipe nella gestione della propria terapia.

3. Ottimizzazione della terapia

La terapia dovrebbe essere periodicamente rivalutata per ridurre la politerapia non necessaria, minimizzare le interazioni farmacologiche e semplificare gli schemi terapeutici. Gli strumenti raccomandati includono: giudizio clinico, criteri di appropriatezza prescrittiva e sistemi informatizzati di supporto alle decisioni cliniche (CDSS).

4. Utilizzo di supporti per l'aderenza

Tra gli strumenti raccomandati per il miglioramento dell'aderenza terapeutica rientrano i portapillole organizzati, i confezionamenti personalizzati preparati dalla farmacia, i dispositivi elettronici con promemoria, i sistemi di allerta in caso di mancata assunzione e i dispositivi indossabili. Questi interventi sono particolarmente indicati negli anziani con deficit cognitivi lievi, disabilità fisiche o sensoriali, isolamento sociale, politerapia o difficoltà non intenzionali nella gestione dei farmaci.

5. Formazione dei professionisti sanitari

Medici, infermieri, farmacisti e altri professionisti dovrebbero ricevere una formazione continua finalizzata a migliorare le conoscenze farmacologiche, le competenze comunicative, la capacità di educare il paziente.

6. Valutazione continua dell'aderenza

L'aderenza dovrebbe essere monitorata in modo sistematico e continuo. Gli esperti raccomandano soprattutto misure oggettive, come il rinnovo delle prescrizioni, il conteggio dei farmaci e gli esami clinici e laboratoristici. Tali misure dovrebbero essere integrate da valutazioni soggettive e colloqui con il paziente.

7. Facilitare l'accesso ai farmaci

L'ultima strategia consiste nel migliorare l'integrazione tra servizi sanitari.

Tra gli strumenti proposti vi sono consegna domiciliare dei farmaci, sistemi digitali condivisi e comunicazione bidirezionale tra medico di medicina generale e farmacista.

L'obiettivo è ridurre gli ostacoli organizzativi che possono compromettere la continuità terapeutica.

13.13. Il ruolo delle tecnologie digitali

Le cause della mancata aderenza sono così numerose e interconnesse da richiedere interventi multidisciplinari coordinati tra diversi professionisti. In questo contesto, le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), quali telemedicina, sistemi di supporto clinico, sensori wireless, strumenti di autogestione e piattaforme educative, potrebbero assumere un ruolo sempre più importante, favorendo il monitoraggio, la comunicazione tra professionisti, il coinvolgimento di pazienti e caregiver e la continuità assistenziale.

13.14. Aderenza e risultati clinici negli anziani

Una domanda fondamentale è se una maggiore aderenza alle prescrizioni produca effettivamente benefici clinici negli anziani.

Le evidenze disponibili suggeriscono che una migliore aderenza può influenzare positivamente la sopravvivenza, il controllo dei sintomi e l'utilizzo delle risorse sanitarie. Inoltre, potrebbe avere effetti favorevoli anche su esiti funzionali particolarmente rilevanti nell'anziano, come rischio di cadute, declino cognitivo e qualità della vita. Uno studio condotto in Irlanda su 938 anziani che assumevano farmaci antipertensivi da almeno un anno ha mostrato che ogni intervallo di 5 giorni senza copertura terapeutica aumentava del 18% il rischio di cadute con lesioni riferite dal paziente.

13.15. Conclusioni

Nonostante rappresenti una delle principali cause di morbidità negli anziani, la mancata aderenza terapeutica è ancora descritta in modo incompleto nella letteratura scientifica. Di conseguenza, risulta difficile formula-

re conclusioni definitive riguardo alle barriere che ostacolano l'aderenza e agli interventi più efficaci per migliorarla.

Per tali motivi, le future ricerche dovrebbero promuovere misure standardizzate, una migliore qualità della reportistica e studi clinici basati su interventi multifattoriali e multidisciplinari.

Questi elementi saranno essenziali per migliorare la gestione terapeutica della popolazione anziana e ridurre l'impatto clinico, sociale ed economico della non aderenza.

Riferimenti bibliografici

- Andrade S.E., Kahler K.H., Frech F. *et al.*, "Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2006, 15(8): 565-574.
- Campbell N.L., Boustani M.A., Skopelja E.N. *et al.*, "Medication adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic evidence-based review", *Am. J. Geriatr. Pharmacother.*, 2012, 10: 165-177.
- Costa E., Giardini A., Savin M. *et al.*, "Interventional tools to improve medication adherence: review of literature", *Patient Prefer Adherence*, 2015, 9: 1303-1314.
- De Geest S., Zullig L.L., Dunbar-Jacob J., Helmy R., Hughes D.A., Wilson I.B., Vrijens B., "ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE)", *Ann. Intern. Med.*, 2018, 169(1): 30-35.
- Dillon P., Smith S.M., Gallagher P.J. *et al.*, "Association between gaps in antihypertensive medication adherence and injurious falls in older community-dwelling adults: a prospective cohort study", *BMJ Open*, 2019, 9(3): e022927.
- Engadget, "FDA approves Proteus Digital Health's e-pills for dose monitoring", *Engadget*, 2012. Available at: <https://www.engadget.com/2012-08-01-fda-approves-ingestible-sensor.html> (accessed December 14th, 2022).
- Growdon M.E., Gan S., Yaffe K., Steinman M.A., "Polypharmacy among older adults with dementia compared with those without dementia in the United States", *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2021, 69(9): 2464-2475.
- Mardani A., Griffiths P., Vaismoradi M., "The role of the nurse in the management of medicines during transitional care: a systematic review", *J. Multidiscip. Healthc.*, 2020, 13: 1347-1361.
- Marengoni A., Monaco A., Costa E. *et al.*, "Strategies to improve medication adherence in older persons: consensus statement from the Senior Italia Federanziani advisory board", *Drugs Aging*, 2016, 33(9): 629-637.
- Nakonezny P.A., Byerly M.J., Rush A.J., "Electronic monitoring of antipsychotic medication adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of its reliability and predictive validity", *Psychiatry Res.*, 2008, 157(1): 259-263.

- Nekui F., Galbraith A.A., Briesacher B.A. *et al.*, “Cost-related medication nonadherence and its risk factors among medicare beneficiaries”, *Med. Care*, 2021, 59(1): 13-21.
- Nguyen T.M.U., Caze A.L., Cottrell N., “What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review”, *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 2014, 77(3): 427-445.
- Nieuwlaat R., Wilczynski N., Navarro T. *et al.*, “Interventions for enhancing medication adherence”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2014(11): CD000011.
- Onder G., Bonassi S., Abbatecola A.M. *et al.*; Geriatrics Working Group of the Italian Medicines Agency, “High prevalence of poor quality drug prescribing in older individuals: a nationwide report from the Italian Medicines Agency (AIFA)”, *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 2014, 69(4): 430-437.
- Osterberg L., Blaschke T., “Adherence to medication”, *N. Engl. J. Med.*, 2005, 353(5): 487-497.
- Walsh C.A., Cahir C., Bennett K.E., “Longitudinal medication adherence in older adults with multimorbidity and association with health care utilization: results from the irish longitudinal study on ageing”, *Ann. Pharmacother.*, 2021, 55(1): 5-14.
- World Health Organization, “Adherence to long-term therapies: evidence for action”, *WHO Institutional Repository for Information Sharing*, 2003. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> (accessed July 21st, 2026).

14. Deprescribing e appropriatezza terapeutica: semplificare per curare

di Salvatore Crisafulli*, Irene Cristini*, Elisabetta De Diana*, Anna Forti*, Gianluca Trifiró*

14.1. Politerapia e rischi associati all'inappropriatezza prescrittiva

I recenti progressi nella ricerca clinica e lo sviluppo di terapie farmacologiche altamente efficaci hanno portato a un significativo aumento dell'aspettativa di vita. Tuttavia, il progressivo invecchiamento della popolazione, unito alla crescente diffusione di fattori di rischio legati allo stile di vita (come sovrappeso e sedentarietà), ha generato un netto aumento della multimorbilità, definita come la coesistenza di due o più patologie croniche nel medesimo individuo.

Di conseguenza, la gestione clinica di questi pazienti richiede l'utilizzo di diversi farmaci, sfociando spesso in quella che viene definita politerapia, cioè l'assunzione giornaliera di almeno cinque diversi principi attivi. Secondo il rapporto dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), nel 2024 in Italia il 68,1% degli ultrasessantacinquenni ha assunto almeno cinque farmaci, con una quota del 28,3% che è arrivata a utilizzarne dieci o più. Ancor più rilevante è il dato sulla cronicità: il 33,1% dei soggetti di età maggiore o uguale a 65 anni si è trovato in una condizione di politerapia cronica per almeno sei mesi nel corso del 2024.

Soprattutto nei pazienti anziani, la politerapia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la prescrizione di farmaci potenzialmente inappropriati (*potentially inappropriate medications*, PIM), ovvero farmaci non più efficaci o necessari e, più in generale, i cui rischi potenziali superano i benefici attesi. Questa condizione è associata a un aumento del rischio di interazioni farmacologiche (*drug-drug interactions*, DDI) e di

* Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona.

reazioni avverse ai farmaci (*adverse drug reactions*, ADR). A questi esiti clinici negativi si sommano frequentemente le cascate prescrittive (ovvero la prescrizione di un nuovo farmaco per trattare un evento avverso, non riconosciuto come tale, provocato da una terapia già in corso) e una ridotta aderenza ai trattamenti, dovuta alla difficoltà del paziente nel gestire un carico farmacologico complesso. L'insieme di queste criticità determina un incremento di ospedalizzazioni, morbidità e mortalità, traducendosi inevitabilmente in un importante utilizzo di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

14.2. Strategie per una gestione ottimale della politerapia

Sebbene sia fondamentale prevenire l'inappropriatezza terapeutica garantendo il massimo rigore fin dalla prima prescrizione, la complessità del paziente geriatrico rende indispensabili interventi periodici di rivalutazione delle terapie. In questo scenario, i processi di *medication review* e *deprescribing* si configurano come un approccio strutturato e centrato sul paziente per l'ottimizzazione della farmacoterapia. Nello specifico, la *medication review* consiste in una valutazione sistematica, multidimensionale e periodica dell'intero regime terapeutico, in particolare nei soggetti con profili clinici complessi e un elevato carico farmacologico. La *medication review* è spesso seguita dal *deprescribing*, ovvero la sospensione basata sulle evidenze o l'aggiustamento posologico dei farmaci ritenuti inappropriati o superflui, sempre sotto la supervisione del clinico.

Negli ultimi anni, il panorama sanitario italiano ha registrato una crescente integrazione dei servizi di *medication review* e *deprescribing* in vari contesti assistenziali, attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi e specifici. In questo scenario, l'ambulatorio integrato di *medication review* e *deprescribing* presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona rappresenta il primo servizio strutturato e multidisciplinare implementato in una struttura ospedaliera a livello nazionale.

L'obiettivo ultimo di tali interventi è il miglioramento degli esiti clinici, della funzionalità fisica e cognitiva e della qualità della vita del paziente. Raggiungere una gestione ottimale della politerapia richiede infatti una valutazione individualizzata, globale e strutturata il cui scopo non è soltanto identificare i PIM, ma anche intercettare eventuali lacune terapeutiche, allineando costantemente le decisioni cliniche allo stato di salute, agli obiettivi di cura, all'aspettativa di vita e alle preferenze del singolo individuo.

La necessità di una revisione personalizzata delle terapie farmacologiche emerge in particolare quando si analizza il fenomeno in un'ottica di

genere. Attualmente, il 48,9% dei soggetti di età maggiore o uguale a 75 anni soffre di multimorbilità; tuttavia, disaggregando il dato, si evidenzia come questa condizione di fragilità cronica colpisca il 55,5% delle donne a fronte del 39,8% degli uomini. Secondo i dati ISTAT e OsMed, sebbene le donne abbiano un'aspettativa di vita superiore, trascorrono una parte significativa della loro vita in condizioni di salute più instabili, spesso caratterizzate da politerapie farmacologiche croniche.

Di conseguenza, la prevalenza d'uso di farmaci è nettamente maggiore tra le donne rispetto agli uomini (72,1% vs 63,6%), specialmente per determinate classi di farmaci come antidepressivi, ansiolitici e terapie per l'osteoporosi. All'elevato carico prescrittivo si sommano inevitabili alterazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche; con l'avanzare dell'età e l'impatto della menopausa, la riduzione dell'acqua corporea totale, l'aumento del tessuto adiposo e la ridotta filtrazione renale prolungano in modo significativo l'emivita dei principi attivi. Le donne anziane presentano inoltre un'elevata sensibilità recettoriale a livello del sistema nervoso centrale. Mostrano, ad esempio, una grave vulnerabilità ai farmaci anticolinergici, registrando un tasso di effetti collaterali cognitivi quasi doppio rispetto ai pazienti di sesso maschile.

Alla luce di queste evidenze, risulta chiaro come la *medication review* e il *deprescribing* rappresentino strumenti clinici indispensabili per ottimizzare e mettere in sicurezza i regimi farmacologici dei pazienti anziani, tenendo conto delle differenze legate al sesso del paziente.

Affinché gli interventi di *medication review* siano efficaci, è fondamentale, *in primis*, la raccolta dell'anamnesi clinico-farmacologica. Questa deve includere, oltre alle comorbidità, i parametri antropometrici, i principali dati di laboratorio (come la funzionalità epatica e renale, ed esami specifici come l'emoglobina glicata per i diabetici), il grado di fragilità e il livello di autonomia del soggetto. È inoltre necessario l'elenco completo di tutti i farmaci assunti, compresi anche i prodotti di automedicazione e gli integratori, con la relativa posologia e la data di inizio dell'assunzione, laddove disponibile.

La valutazione dell'appropriatezza delle terapie avviene mediante l'uso sistematico di strumenti *ad hoc* che consentono ripetibilità, efficienza ed efficacia. Durante questa fase, per ogni farmaco, si valuta l'appropriatezza dell'indicazione terapeutica e della posologia, l'eventuale presenza di controindicazioni o duplicazioni inappropriate, le potenziali DDI, il rischio di ADR e l'eventuale presenza o rischio di insorgenza di cascate prescrittive. Per tali valutazioni ci si avvale della scheda tecnica dei farmaci, delle linee guida per patologia, delle NOTE AIFA e della letteratura scientifica. Per analizzare le possibili DDI è utile ricorrere agli *interaction checker*,

strumenti digitali in grado di rilevare interazioni dei farmaci con altri farmaci, integratori o alimenti assunti contemporaneamente. Per valutare il rischio di ADR si usano primariamente i criteri di Beers e i criteri STOPP/START che, nati per ottimizzare le terapie nei pazienti over 65, consistono in elenchi di farmaci da evitare o usare con cautela in questi pazienti. La valutazione del rischio di ADR va completata con il calcolo del carico anticolinergico complessivo (*drug burden index*, DBI) e il rischio di prolungamento del tratto QT e torsione di punta. Per le cascate prescrittive, non essendoci strumenti digitali dedicati, ci si affida alla letteratura disponibile.

Numerose evidenze provenienti da studi condotti in diversi contesti sanitari dimostrano che la riduzione dei PIM riduce significativamente il rischio di ADR e di eventi avversi correlati, quali visite al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri, degenze prolungate e costi sanitari più elevati.

14.3. Aree di intervento

Nonostante la loro estrema rilevanza, l'implementazione dei processi di *medication review* e *deprescribing* è spesso ostacolata dalla mancanza di formazione specifica del personale sanitario e, soprattutto, dalla frammentazione delle cure. Le terapie, infatti, vengono frequentemente prescritte da specialisti diversi in assenza di un'adeguata comunicazione interdisciplinare e senza una revisione complessiva basata su un approccio centrato sulla persona. Il *deprescribing* è un processo clinico multidisciplinare il cui successo dipende dall'azione coordinata di diverse figure, tra cui i medici di medicina generale, che conoscono la storia clinica del paziente; i medici specialisti, che forniscono valutazioni su patologie complesse; i geriatri, i farmacologi clinici e/o farmacisti ospedalieri adeguatamente formati, che eseguono la valutazione farmacologica e fungono da supporto al clinico. Inoltre, il coinvolgimento attivo del paziente e del *caregiver* nel processo decisionale è fondamentale per ottimizzare l'appropriatezza terapeutica, allineando le cure ai reali obiettivi di benessere della persona. Poiché l'interruzione o la modifica di una terapia viene talvolta percepita dal paziente come una forma di "abbandono terapeutico", è essenziale comunicare in modo chiaro le motivazioni cliniche della scelta e spiegare che alcuni farmaci vengono sospesi perché non più necessari o perché potenzialmente dannosi aiuta a consolidare la fiducia e la consapevolezza nel percorso di cura.

La *medication review* e il *deprescribing* si configurano come strumenti clinici imprescindibili. Ottimizzare il carico farmacologico, infatti, non equivale a una mera sospensione delle terapie, ma richiede un approccio

sistematico, basato su criteri validati e strettamente personalizzato. Tuttavia, affinché questi processi risultino efficaci, è essenziale superare l'attuale frammentazione delle cure, con un approccio multidisciplinare in cui medici di medicina generale, specialisti, geriatri e farmacologi clinici e/o farmacisti ospedalieri adeguatamente formati collaborino sinergicamente, ponendo al centro i bisogni e le aspettative del paziente.

Per garantire l'efficacia a lungo termine di questi interventi, occorre agire concretamente su due fronti. In primo luogo, affinché la revisione terapeutica diventi una prassi clinica costante, è essenziale investire sulla formazione continua dei professionisti sanitari. In secondo luogo, risulta fondamentale lo sviluppo di sistemi informatici che facilitino il processo di rivalutazione delle terapie farmacologiche e che si concentrino esclusivamente su informazioni clinicamente rilevanti, evitando la condizione di desensibilizzazione e sovraccarico cognitivo nota come *alert fatigue*.

In conclusione, la *medication review* e il *deprescribing* non costituiscono una rinuncia terapeutica, bensì un intervento essenziale di medicina personalizzata; la loro implementazione richiede sistemi informatici di supporto alle rivalutazioni terapeutiche e un approccio multidisciplinare integrato per ottimizzare gli esiti clinici nei pazienti complessi.

Riferimenti bibliografici

- Alrawiai S., "Deprescribing, shared decision-making, and older people: perspectives in primary care", *J. Pharm. Policy Pract.*, 2023, 16(1): 153. doi: 10.1186/s40545-023-00671-9
- By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel, "American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults", *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2023, 71(7): 2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372
- Carollo M., Boccardi V., Crisafulli S. *et al.*, "Medication review and deprescribing in different healthcare settings: a position statement from an Italian scientific consortium", *Aging Clin. Exp. Res.*, 36, 63(2024). doi: 10.1007/s40520-023-02679-2
- Carollo M., Crisafulli S., Vitturi G. *et al.*, "Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: a systematic review and meta-analysis", *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2024, 72(10): 3219-3238. doi: 10.1111/jgs.19035
- Carollo M., Crisafulli S., Zerio M. *et al.*, "Prescribing cascades: an umbrella review and updated systematic review", *Drugs Aging*, 2026, 43(5): 397-424. doi: 10.1007/s40266-026-01295-9
- Carollo M., Cristini I., Crisafulli S. *et al.*, "Evaluating the impact of medication review and deprescribing on prescribing appropriateness and clinical outcomes in older people residing in long-term care facilities: a systematic

- review and meta-analysis”, *Age Ageing*, 2026, 55(4): afag084. doi: 10.1093/ageing/afag084
- Crisafulli S., Poluzzi E., Lunghi C. *et al.*, “Deprescribing as a strategy for improving safety of medicines in older people: clinical and regulatory perspective”, *Front. Drug Saf. Regul.*, 2022, 2. doi: 10.3389/fdsfr.2022.1011701
- Dharmarajan T.S., Choi H., Hossain N. *et al.*, “Deprescribing as a clinical improvement focus”, *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, 2020, 21(3): 355-360. doi: 10.1016/j.jamda.2019.08.031
- Documento inter-societario sull’implementazione del servizio di medication review e deprescribing.
- Fontana A., Carollo M., Crisafulli S., Trifirò G., “Reply to: deprescribing is associated with reduced readmission to hospital: an updated meta-analysis of randomized controlled trials”, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2025, 73(1): 306-311. doi: 10.1111/jgs.19169
- Formica D., Sultana J., Cutroneo P.M. *et al.*, “The economic burden of preventable adverse drug reactions: a systematic review of observational studies”, *Expert Opin. Drug Saf.*, 2018, 17(7): 681-695. doi: 10.1080/14740338.2018.1491547
- Geurts M.M.E., Talsma J., Brouwers J.R.B.J., de Gier J.J., “Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review”, *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 2012, 74(1): 16-33. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04178.x
- Hama H., Afzali R., Lanzerstorfer J. *et al.*, “Effective deprescribing strategies for reducing potentially inappropriate medications and improving economic outcomes in community-based settings: a systematic review and meta-analysis”, *BMC Health Serv. Res.*, Published online June 6, 2026. doi: 10.1186/s12913-026-14682-0
- Hilmer S., Rochon P., “Sex and age differences in geriatric pharmacotherapy”, *Public Policy Aging Rep.*, 2023, 33(4): 132-135. doi: 10.1093/ppar/prad021
- ISTAT, Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese.
- Mair A., Wilson M., Dreischulte T., “Addressing the challenge of polypharmacy”, *Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 2020, 60: 661-681. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010919-023508
- Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G.E., “What is polypharmacy? A systematic review of definitions”, *BMC Geriatr.*, 2017, 17(1): 230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2
- O’Mahony D., Cherubini A., Guiteras A.R. *et al.*, “STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3”, *Eur. Geriatr. Med.*, 2023, 14(4): 625-632. doi: 10.1007/s41999-023-00777-y
- Osservatorio Nazionale sull’Impiego dei Medicinali (OsMed). *L’uso dei farmaci in Italia*. Published online 2025. <https://www.aifa.gov.it/rapporti-osmed>
- Trenaman S.C., Bowles S.K., Andrew M.K., Goralski K., “The role of sex, age and genetic polymorphisms of CYP enzymes on the pharmacokinetics of anticholinergic drugs”, *Pharmacol. Res. Perspect.*, 2021, 9(3): e00775. doi: 10.1002/prp2.775
- Zazzara M.B., Palmer K., Vetrano D.L. *et al.*, “Adverse drug reactions in older adults: a narrative review of the literature”, *Eur. Geriatr. Med.*, 2021, 12(3): 463-473. doi: 10.1007/s41999-021-00481-9

Parte IV

Reti di cura: integrazione, prossimità e innovazione

15. Invecchiamento, cronicità e prossimità: professionisti, relazioni e innovazione per non lasciare nessuno solo davanti alla malattia

di *Filippo Anelli**

15.1. Introduzione

Vivere più a lungo è una delle grandi conquiste della medicina, della scienza e dello sviluppo sociale. Ma l'allungamento della vita modifica profondamente i bisogni di salute. Aumentano le persone che convivono per molti anni con una o più patologie croniche, crescono la multimorbilità, la fragilità e la non autosufficienza. Diventa quindi necessario ripensare non soltanto dove eroghiamo le prestazioni, ma soprattutto come accompagniamo la persona nel tempo.

La questione, prima ancora che organizzativa, riguarda il significato stesso della cura. La malattia rappresenta uno dei momenti nei quali la persona sperimenta più intensamente la propria vulnerabilità. Può limitare l'autonomia, modificare le relazioni, interrompere il lavoro e i progetti di vita, creare dipendenza, paura e solitudine. Ma la dignità della persona non diminuisce con la malattia, con l'età, con la disabilità o con la perdita dell'autosufficienza.

Prendersi cura significa allora impedire che la vulnerabilità diventi abbandono e fare in modo che la malattia non privi la persona della possibilità di continuare, per quanto possibile, a essere protagonista della propria vita.

È questo, in fondo, il significato più profondo dell'articolo 32 della Costituzione e del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Lo Stato ha assunto nei confronti di ogni persona una promessa: **non lasciarla sola davanti alla malattia.**

Una promessa che non può però rimanere astratta. Per diventare credibile deve avere un volto, una presenza riconoscibile, qualcuno al quale rivolgersi quando nasce un bisogno di salute e al quale affidarsi nel tempo.

* Presidente FNOMCeO.

In prima battuta, **quella promessa ha il volto del medico di famiglia scelto dal cittadino.**

15.2. Il rapporto fiduciario: il primo presidio di prossimità

La scelta del medico non individua semplicemente il professionista al quale chiedere una prestazione. Costruisce un rapporto fiduciario destinato ad accompagnare la persona nel tempo.

Il medico di famiglia conosce la storia clinica del proprio assistito, ma conoscere una persona non significa soltanto conoscerne la cartella clinica. Significa sapere come vive la malattia, quali sono le sue condizioni familiari e sociali, le sue paure e aspettative, la sua capacità di aderire a una terapia, i suoi valori e le sue preferenze.

Questa conoscenza si costruisce nel tempo.

Per questo la continuità non può essere ridotta alla disponibilità continua di una prestazione o di un'informazione sanitaria. **La continuità è anche continuità della relazione.**

E la fiducia non rappresenta il ritorno a una concezione paternalistica della medicina. È, al contrario, una delle condizioni che consentono alla persona di esercitare realmente la propria autonomia. Il medico mette le proprie competenze a disposizione della persona perché possa comprendere, valutare e partecipare alle decisioni che riguardano la propria salute.

Per scegliere occorre comprendere. Per comprendere occorre dialogare. E per dialogare occorre tempo.

La legge 22 dicembre 2017, n. 219, lo ha affermato con una formula di straordinaria chiarezza: **«Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura».**

Questo principio deve diventare anche un criterio di organizzazione del Servizio sanitario. Se il tempo della comunicazione è tempo di cura, il fabbisogno dei professionisti non può essere calcolato soltanto sulla quantità delle prestazioni da erogare. Deve comprendere il tempo necessario per ascoltare, visitare, informare, condividere le decisioni e accompagnare la persona.

15.3. Restituire tempo alla medicina generale

È qui che emerge una delle questioni decisive della riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Non possiamo chiedere al medico di famiglia di garantire la relazione fiduciaria con i propri assistiti e, contemporaneamente, seguire cronicità e fragilità sempre più complesse, sviluppare l'assistenza domiciliare, lavorare nelle AFT, contribuire alle attività delle Case della Comunità, collaborare con gli specialisti e con gli altri professionisti, mantenendo carichi assistenziali che comprimono proprio il tempo necessario alla cura.

Occorre quindi programmare i **professionisti necessari** e ridurre progressivamente il numero di assistiti per medico. L'attuale rapporto ottimale di un medico ogni 1.300 assistiti dovrebbe essere ricondotto verso un rapporto di un medico ogni 1.000 cittadini, o anche inferiore laddove anzianità, multimorbilità, fragilità, non autosufficienza o caratteristiche geografiche determinino una maggiore complessità assistenziale.

Non è semplicemente una questione di numeri e neppure una rivendicazione professionale. Significa decidere **quanto tempo di cura vogliamo garantire a ogni cittadino**.

Anche il rapporto medico-popolazione dovrebbe progressivamente essere ponderato sulla complessità. Mille persone giovani e prevalentemente sane non determinano lo stesso bisogno assistenziale di mille persone molto anziane, con più patologie croniche, problemi di mobilità e necessità di assistenza domiciliare.

Se cambia la popolazione, deve cambiare anche il modo con il quale programiamo i professionisti necessari a prendersene cura.

15.4. Non il medico solo, non il medico anonimo

Il rapporto fiduciario rappresenta dunque il fondamento dell'assistenza territoriale, ma non può costituirne il confine.

L'aumento della complessità rende impossibile pensare che un solo professionista possa rispondere a tutti i bisogni della persona. **Il medico di famiglia non deve essere lasciato solo, così come non deve essere lasciato solo il paziente.**

La medicina generale deve quindi diventare sempre più una medicina di rete: non il medico solo nel proprio studio, ma neppure il medico anonimo dentro una struttura.

Gli studi dei medici di famiglia, diffusi nei quartieri delle città, nei piccoli comuni, nelle aree interne e periferiche, costituiscono un patrimonio del Servizio Sanitario Nazionale. Sono presidi di vera prossimità perché uniscono la vicinanza fisica alla vicinanza relazionale.

Sarebbe un paradosso costruire la nuova prossimità perdendo quella che già possediamo.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali possono rappresentare la dimensione organizzativa attraverso la quale mettere in rete questa presenza diffusa. Nell'AFT i medici mantengono il rapporto fiduciario con i propri assistiti e, nello stesso tempo, condividono obiettivi di salute, percorsi, informazioni, strumenti e una parte delle attività necessarie alla popolazione. In questo quadro si collocano le Case della Comunità.

Nelle Case della Comunità possono essere presenti medici di famiglia, singolarmente o attraverso forme organizzative come le medicine di gruppo. Ma i medici che vi operano non costituiscono una medicina generale separata da quella presente negli altri studi. **Sono funzionalmente integrati, attraverso le AFT, con i colleghi che continuano a operare negli studi distribuiti sul territorio.**

La Casa della Comunità non sostituisce quindi gli studi dei medici di famiglia: **li mette in rete e ne amplia la capacità di cura.** È coerente con l'impostazione che vede l'integrazione AFT-Casa della Comunità all'interno di una rete territoriale, salvaguardando rapporto fiduciario, continuità e responsabilità clinica.

15.5. Il rapporto fiduciario e il lavoro condiviso non sono alternativi

Questa impostazione permette anche di superare una contrapposizione che rischia di essere fuorviante.

Il rapporto fiduciario con il medico scelto dal cittadino e una quota di attività programmata dei medici all'interno dell'AFT, anche su base oraria, **non sono necessariamente modelli alternativi.** Svolgono funzioni differenti.

Il rapporto fiduciario garantisce il riferimento clinico, la conoscenza della persona e la continuità della cura. Una parte dell'attività professionale può invece essere ripartita tra i medici dell'AFT per assicurare, nella Casa della Comunità o attraverso di essa, servizi assistenziali che richiedono la presenza e la competenza del medico.

L'attività oraria diventa così uno strumento organizzativo attraverso il quale la medicina generale mette in comune una parte del proprio lavoro per garantire servizi alla popolazione, senza sostituire il rapporto tra ciascun cittadino e il medico che ha scelto.

La fiducia governa la relazione con la persona; l'attività programmata consente di organizzare i servizi della rete.

La condizione è che i nuovi compiti non vengano semplicemente aggiunti a carichi di lavoro già eccessivi, sottraendo ulteriore tempo agli as-

sistiti. Prima deve essere garantito il tempo della relazione; su questa base può essere costruito il tempo dell'organizzazione.

Non tutto, quindi, deve necessariamente essere fatto dal proprio medico. **Ma tutto deve poter essere ricondotto a un percorso del quale la persona conosca il riferimento.**

15.6. Cronicità: dalla lista d'attesa al percorso programmato

La crescita delle cronicità rende particolarmente importante un'altra componente dell'assistenza territoriale: la specialistica ambulatoriale.

Se la sfida è accompagnare per anni persone con diabete, cardiopatie, broncopneumopatie, patologie neurologiche, oncologiche o altre condizioni croniche, il rapporto tra medico di famiglia e specialista non può più essere episodico e limitarsi alla prescrizione di una visita.

Deve diventare una relazione professionale stabile all'interno di percorsi condivisi.

Gli specialisti ambulatoriali assumono così un ruolo fondamentale nelle Case della Comunità e nella rete territoriale. Medico di famiglia e specialisti, insieme agli altri professionisti necessari, devono poter costruire con la persona un **Piano Assistenziale Individuale** (PAI), definendo controlli, obiettivi e interventi in relazione alle sue condizioni cliniche e personali.

Le indicazioni sulle équipes multiprofessionali nelle Case della Comunità insistono proprio sulla necessità di passare da un'assistenza episodica e frammentata a una presa in carico integrata e continuativa, attraverso équipes flessibili, percorsi condivisi e responsabilità riconoscibili.

Una parte importante della domanda prodotta dalle cronicità è infatti prevedibile.

Esami di laboratorio, ECG, ecografie, spirometrie, controlli specialistici e altre prestazioni necessarie al follow-up possono essere programmati, quando appropriato, all'interno del PAI.

Il paziente cronico non dovrebbe essere costretto ogni volta a ricominciare il percorso: medico, prescrizione, prenotazione, lista d'attesa, prestazione, nuova visita, nuova prescrizione.

È il sistema che deve programmarsi intorno alla persona, non la persona che deve continuamente ricostruire il proprio percorso dentro il sistema.

Una gestione programmata della cronicità può contribuire anche al governo delle liste d'attesa. Separare la domanda prevedibile e programmabile dei percorsi cronici dalla nuova domanda diagnostica e dalle necessità

non programmabili permette di utilizzare meglio le capacità disponibili, garantendo contemporaneamente continuità e appropriatezza.

Il PAI, tuttavia, non deve trasformarsi in un automatismo burocratico o in un calendario standardizzato di prestazioni. È un **progetto di cura concordato tra professionisti e condiviso con la persona**, che deve comprenderne le ragioni, poter esprimere preferenze e partecipare alle decisioni.

Anche qui ritorna la relazione

15.7. Nella Casa della Comunità o attraverso la Casa della Comunità

Questa concezione consente di comprendere meglio anche la funzione della Casa della Comunità.

Non tutto deve necessariamente avvenire al suo interno.

La Casa può mettere a disposizione delle AFT ciò che non sarebbe razionale riprodurre in ogni singolo studio: diagnostica di primo livello, tecnologie, personale infermieristico e di supporto, specialisti ambulatoriali, competenze multiprofessionali, telemedicina, collegamento con i servizi sociali.

Una parte del percorso potrà quindi svolgersi **nella Casa della Comunità**; un'altra potrà essere realizzata **attraverso la Casa della Comunità**, negli studi dei medici di famiglia, al domicilio o negli altri servizi della rete.

La distinzione è importante. La prossimità non si costruisce concentrando tutti i professionisti e tutte le prestazioni in un unico edificio. Si costruisce mettendo in rete i luoghi nei quali i professionisti incontrano le persone.

La vera unità della nuova assistenza territoriale non è quindi una singola struttura, ma il **percorso della persona**: dagli studi dei medici di famiglia alle AFT, dalle Case della Comunità al domicilio, dall'assistenza specialistica ai servizi sociali.

15.8. La persona è una: sanitario e sociale devono incontrarsi

La cronicità, soprattutto nelle età più avanzate, rende sempre meno netta anche la separazione tra bisogno sanitario e bisogno sociale.

Una persona anziana con scompenso cardiaco, diabete e difficoltà motorie può ricevere una terapia farmacologica perfettamente appropriata e

tuttavia non essere realmente curata se vive sola, non riesce a raggiungere l'ambulatorio, non è in grado di prepararsi un pasto adeguato o di comprendere e seguire correttamente la terapia.

Curare una persona significa occuparsi della malattia senza dimenticare le condizioni nelle quali quella persona vive la malattia.

Solitudine, povertà, condizioni abitative, perdita dell'autonomia, assenza di una rete familiare possono diventare determinanti della possibilità stessa di curarsi.

Per questo la relazione tra servizi sanitari e servizi sociali deve diventare strutturale. Medico di famiglia, specialisti, infermieri di famiglia e comunità, professionisti della riabilitazione, psicologi, assistenti sociali, servizi comunali, caregiver e realtà del Terzo settore devono concorrere, secondo competenze e responsabilità differenti, a un progetto unitario.

La persona è una, anche quando le amministrazioni e i servizi chiamati a occuparsene sono diversi.

La multiprofessionalità non significa fare tutti la stessa cosa. Significa mettere competenze diverse al servizio della stessa persona. E l'équipe non cancella le responsabilità: mette in relazione responsabilità e competenze differenti intorno a un percorso condiviso. Anche nelle osservazioni FNOMCeO alle indicazioni AGENAS viene sottolineata la necessità di evitare sovrapposizione e fungibilità, distinguendo responsabilità clinica, coordinamento assistenziale e organizzazione.

15.9. Più tecnologia, più bisogno di relazione

In questa trasformazione l'innovazione tecnologica e l'intelligenza artificiale possono rappresentare una straordinaria opportunità.

La disponibilità di dati, la telemedicina, il telemonitoraggio, la diagnostica di prossimità e gli strumenti di intelligenza artificiale possono aiutare a individuare precocemente rischi, seguire nel tempo parametri clinici, mettere in relazione professionisti distanti e sostenere le decisioni.

Ma elaborare informazioni non significa curare.

L'intelligenza artificiale può elaborare dati e probabilità; spetta al medico interpretarli nel contesto clinico e alla luce della singolarità della persona.

Lo stesso dato può assumere significati diversi in persone differenti. Il medico deve inserirlo nella storia individuale, confrontarlo con le altre condizioni cliniche, ascoltare valori e preferenze e trasformare l'informazione in una proposta comprensibile sulla quale costruire una decisione condivisa.

Paradossalmente, quindi, più aumenta la quantità di informazioni disponibili, più diventa importante la capacità professionale di interpretarle e comunicarle.

La tecnologia deve aumentare la capacità del professionista di curare, non sostituirlo nella relazione di cura.

E vi è un criterio molto semplice con il quale potremo misurare il successo della trasformazione digitale: **quanto tempo sarà capace di restituire alla cura**. Se l'intelligenza artificiale e la digitalizzazione ridurranno attività burocratiche e ripetitive, liberando tempo per ascoltare, visitare e parlare con le persone, avranno prodotto vera innovazione.

15.10. Dalla Casa della Comunità alla comunità che cura

La sostenibilità del Servizio sanitario non può essere identificata con la semplice riduzione della spesa. Significa utilizzare le risorse disponibili per produrre più salute: prevenire, diagnosticare precocemente, evitare duplicazioni e inappropriately, governare la politerapia, ridurre complicate e ricoveri evitabili, preservare autonomia e qualità della vita.

Per questo dovremo misurare la nuova assistenza territoriale non soltanto contando Case della Comunità, ore di apertura o numero di prestazioni, ma valutando continuità, appropriatezza, adesione ai percorsi, complicate evitate, autonomia conservata, qualità della vita, equità e percezione della persona e dei caregiver. Anche le proposte di riforma orientate alla prossimità sottolineano il valore di un riferimento professionale stabile, dei percorsi personalizzati e della valutazione degli esiti e dell'esperienza delle persone. Nessun modello organizzativo, tuttavia, può compensare indefinitamente l'assenza dei professionisti necessari.

Le strutture sono strumenti. Le tecnologie sono strumenti. Anche i modelli organizzativi sono strumenti. **La sanità si fa con i professionisti.**

Sono le loro conoscenze, competenze, autonomia e responsabilità, insieme alla capacità di costruire relazioni, a trasformare una struttura in un luogo di cura.

Gli edifici ospitano i servizi. **Sono i professionisti a rendere possibile la cura.**

La comunità che cura è allora qualcosa di più della Casa della Comunità. È il medico scelto dal cittadino che dà un volto alla promessa del Servizio sanitario. È la rete capillare degli studi della medicina generale. Sono le AFT che collegano quei professionisti e organizzano attività comuni.

Sono le Case della Comunità che mettono a disposizione della rete competenze, specialisti, diagnostica e tecnologie. Sono gli specialisti am-

bulatoriali che costruiscono con la medicina generale percorsi programmati per le cronicità. Sono gli infermieri e gli altri professionisti sanitari, i servizi sociali, le famiglie, i caregiver e la comunità. È il domicilio quando la persona non può raggiungere i servizi. È la tecnologia quando avvicina la cura anziché allontanare la persona dal medico.

È, soprattutto, una rete nella quale **nessuno diventa anonimo**.

Perché la comunità che cura non è un luogo nel quale concentrare tutte le prestazioni. È una comunità di professionisti e servizi che assume insieme la responsabilità di accompagnare la persona nel suo percorso, mantenendo riconoscibile il riferimento fiduciario che ne garantisce la continuità.

È questo il passaggio che oggi dobbiamo compiere: **dalla Casa della Comunità alla comunità che cura**.

Per mantenere, anche in una società che invecchia, la promessa sulla quale è nato il nostro Servizio Sanitario Nazionale: non lasciare nessuno solo davanti alla malattia, ma accompagnarlo nella cura perché possa conservare, e quando possibile riconquistare, dignità, fiducia, autonomia e libertà.

16. Strategie nazionali e governance della cronicità: il Piano Nazionale

16.1. Dall'indirizzo strategico all'implementazione

di *Domenico Mantoan**

L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza delle patologie croniche stanno modificando profondamente i bisogni di salute e le modalità con cui il Servizio Sanitario Nazionale organizza le proprie risposte. La cronicità, soprattutto quando associata a multimorbilità, fragilità e non autosufficienza, richiede continuità dell'assistenza nel tempo, integrazione tra servizi sanitari e sociali e percorsi capaci di accompagnare la persona nelle diverse fasi della malattia, superando una logica centrata sul singolo episodio di cura.

In questa prospettiva si colloca il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) 2025, aggiornamento del Piano del 2016, sancito con Accordo in Conferenza Stato-Regioni il 23 ottobre 2025. Il nuovo Piano nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale gli interventi rivolti alle persone con patologie croniche, assicurando maggiore uniformità nell'erogazione dei servizi e orientando il sistema verso appropriatezza, empowerment, partecipazione della persona e sostenibilità sanitaria e sociale, e indica la necessità di una progressiva transizione verso un modello di rete fondato sull'integrazione delle risorse e sulla collaborazione tra professionisti e servizi. Un elemento qualificante del Piano è l'attenzione alla stratificazione della popolazione come strumento per differenziare la presa in carico in base a complessità clinica, livello di rischio e bisogni sanitari e sociali, superando una risposta uniforme e prevalentemente prestazionale.

* Amministratore Delegato, Ospedale Pederzoli.

È proprio il concetto di presa in carico in rete a rappresentare il punto di incontro tra la strategia nazionale sulla cronicità e la riforma dell'assistenza territoriale. Tra il primo Piano della Cronicità e il suo aggiornamento del 2025, infatti, il quadro organizzativo del SSN è profondamente mutato: il PNRR e, successivamente, il DM 77/2022 hanno posto le basi per una nuova architettura dell'assistenza territoriale, nella quale prossimità, multidisciplinarietà, domicilio e strumenti digitali diventano componenti integrate dello stesso modello assistenziale.

La Missione 6, Componente 1, del PNRR, dedicata alle reti di prossimità, alle strutture e alla telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, ha associato a una riforma organizzativa di ampia portata un programma straordinario di investimenti finalizzato al potenziamento dell'assistenza di prossimità, delle cure domiciliari, della telemedicina e dell'assistenza intermedia. Nella configurazione originaria della Missione, alla Componente 1 erano destinati 7 miliardi di euro, con interventi articolati lungo tre direttrici principali: Case della Comunità e presa in carico della persona, casa come primo luogo di cura e telemedicina, Ospedali di Comunità.

A questi investimenti è stata affiancata una cornice organizzativa nazionale: il DM 23 maggio 2022, n. 77, costituisce lo strumento regolatorio attraverso cui la riforma viene tradotta in un modello organizzativo comune, introducendo standard organizzativi, strutturali e tecnologici condivisi con l'obiettivo di rafforzare l'omogeneità dell'assistenza territoriale e ridurre le differenze tra Regioni. Il DM 77 deve essere letto come un passaggio complementare a quello compiuto dal DM 70/2015 sul versante ospedaliero: anche il territorio viene infatti dotato di riferimenti nazionali in grado di orientarne lo sviluppo. La specificità della riforma territoriale sta però nel fatto che l'efficacia dei singoli nodi dipende soprattutto dalle relazioni che essi riescono a costruire tra loro, la finalità non è aggiungere strutture a quelle esistenti, ma costruire una rete organizzata intorno ai bisogni della persona secondo un approccio olistico.

Con la conclusione formale del PNRR, il tema centrale non è più la programmazione della riforma, ma la sua piena messa a regime. Gli interventi della Missione 6 hanno complessivamente raggiunto la fase di completamento e attivazione dei servizi, con un percorso che ha coinvolto in modo disomogeneo le diverse Regioni. La conclusione degli investimenti non coincide, tuttavia, con il completamento dell'attuazione della riforma: i target finanziati rappresentano una quota del più ampio processo di attuazione degli standard del DM 77, la cui piena realizzazione richiede il consolidamento dei servizi, delle dotazioni professionali e dei modelli organizzativi regionali. Si apre così una fase diversa: dal completamento fisico degli interventi si è passati alla piena operatività della rete e alla

capacità dei nuovi nodi territoriali di realizzare concretamente la presa in carico integrata.

In questo assetto, la Casa della Comunità (CdC) costituisce per le persone con patologie croniche uno dei principali punti di riferimento della rete territoriale. Essa non è una semplice struttura fisica, ma il luogo in cui può concretizzarsi un modello di assistenza di prossimità, integrato e multiprofessionale, dove medici di medicina generale, pediatri, infermieri di famiglia, specialisti e altri professionisti operano in maniera coordinata, superando la frammentazione delle singole prestazioni. Per la cronicità questo significa disporre di un riferimento territoriale stabile, capace di sviluppare una medicina di iniziativa che programma gli interventi in base ai bisogni e ai livelli di rischio. Il progressivo consolidamento delle équipe multiprofessionali nelle Case della Comunità rappresenta, in questo senso, uno dei passaggi necessari per spostare l'attenzione dalla definizione dello standard alla costruzione dei processi assistenziali che devono renderlo effettivo.

Accanto alla CdC, la Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione complementare: non è un luogo di erogazione di prestazioni, ma un nodo organizzativo per il coordinamento della presa in carico e il raccordo tra professionisti e servizi di setting differenti, tra territorio, ospedale e rete dell'emergenza. Questa funzione è particolarmente rilevante per le persone con multimorbidità e fragilità, per le quali il rischio principale è la frammentazione del percorso tra i numerosi professionisti coinvolti: la COT garantisce continuità nelle transizioni tra domicilio, medicina generale, CdC, medicina specialistica, assistenza intermedia e ospedale.

L'Ospedale di Comunità (OdC) completa l'architettura come setting intermedio, rivolto a persone che, dopo un episodio di minore acuzie o la riacutizzazione di una patologia cronica, necessitano di interventi a bassa intensità clinica non temporaneamente garantibili al domicilio, contribuendo a evitare ricoveri non necessari, a favorire dimissioni protette e ad accompagnare il ritorno della persona nel proprio ambiente di vita.

CdC, COT e OdC acquistano pieno significato solo se considerati nodi dello stesso percorso di presa in carico: la disponibilità delle strutture è condizione necessaria ma non sufficiente e la reale innovazione risiede nella capacità di integrarle con medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica, servizi sociali e ospedale, accompagnando la persona senza interruzioni tra un luogo di cura e l'altro.

A questa rete fisica si affianca una rete digitale dell'assistenza: strutture e servizi possono essere interconnessi anche attraverso la telemedicina, ampliando la capacità del sistema di raggiungere la persona anche fuori dai luoghi tradizionali di cura e di mantenerla in un percorso unitario quando

professionisti e luoghi di cura sono fisicamente differenti. Il valore della sanità digitale emerge soprattutto quando le soluzioni tecnologiche non costituiscono prestazioni isolate, ma vengono integrate nei percorsi clinici e nei processi ordinari di cura, diventando uno strumento per rendere effettiva la continuità della presa in carico lungo l'intero percorso centrato sulla persona.

La telemedicina, in questa prospettiva, non è la semplice trasposizione a distanza di una prestazione svolta in presenza: televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio acquistano valore quando diventano componenti del percorso di cura. Il telemonitoraggio è particolarmente rilevante nella cronicità perché consente di seguire nel tempo i parametri dello stato della persona e di mettere a disposizione dei professionisti informazioni utilizzabili per adeguare il percorso assistenziale, passando da una modalità prevalentemente reattiva a una più proattiva, capace di intercettare precocemente variazioni dello stato di salute e di modulare conseguentemente l'intensità dell'assistenza. Il rapporto tra questa trasformazione e la COT è cruciale: per svolgere pienamente le proprie funzioni, la Centrale deve essere supportata da infrastrutture integrate con i sistemi aziendali e con le infrastrutture nazionali di sanità digitale, compresi Fascicolo Sanitario Elettronico e Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Si delinea così un modello nel quale il domicilio diventa un livello assistenziale connesso, con la COT che coordina le transizioni e la CdC che rimane il riferimento territoriale multiprofessionale. La rete digitale non è quindi un elemento accessorio rispetto alla rete fisica, ma una delle condizioni che consentono alla presa in carico di colmare le distanze fisiche tra i luoghi di cura.

All'interno dello stesso scenario si colloca l'intelligenza artificiale, il cui sviluppo apre nuove possibilità a supporto delle cure primarie e territoriali, in particolare nella gestione di popolazioni numerose e complesse attraverso strumenti di stratificazione del rischio, identificazione dei soggetti a maggiore intensità assistenziale, analisi dei dati di monitoraggio, supporto ai processi decisionali. La tecnologia, tuttavia, produce valore solo se inserita all'interno dei modelli organizzativi presenti nelle realtà territoriali; essa richiede interoperabilità dei sistemi, qualità dei dati, competenze professionali, sicurezza e una chiara definizione delle responsabilità. Non sostituisce la relazione di cura, ma può diventare una leva abilitante di una presa in carico più proattiva, personalizzata e continuativa.

Il tema della sostenibilità rappresenta uno dei passaggi decisivi nella transizione dalla progettazione all'implementazione. Gli investimenti straordinari del PNRR hanno accelerato la realizzazione delle infrastrutture e la trasformazione digitale, ma la piena operatività della rete richiede risorse professionali, competenze e costi di esercizio destinati a protrarsi oltre il

ciclo degli investimenti: la sostenibilità è stata considerata fin dalla fase di disegno e consolidamento del modello e deve continuare a esserlo anche al termine del finanziamento straordinario. Il rafforzamento del territorio produce valore se consente di intervenire precocemente sui bisogni, mantenere la persona nel proprio ambiente di vita e utilizzare i livelli assistenziali a maggiore intensità solo quando necessario. Sostenibilità e appropriatezza diventano così interdipendenti poiché assicurare il livello di assistenza appropriato al bisogno della persona è al tempo stesso un obiettivo di qualità e una condizione per l'utilizzo sostenibile delle risorse. Una Casa della Comunità priva di reale integrazione multiprofessionale, una COT senza informazioni interoperabili o un telemonitoraggio separato dal percorso clinico rischiano di aggiungere prestazioni e costi senza trasformare il modello assistenziale di cura; quando invece strutture, professionisti, dati e tecnologie sono organizzati in percorsi condivisi, il territorio può ridurre la frammentazione della presa in carico e utilizzare in modo più appropriato le risorse disponibili.

Ciò rende importante il passaggio da un monitoraggio orientato alla realizzazione delle strutture a una valutazione della loro effettiva capacità di produrre servizi e risultati: non basta conoscere quante CdC, COT o OdC siano state attivate, ma quante persone con cronicità vengano realmente raggiunte, con quale continuità e con quali esiti clinici e assistenziali. Le più recenti esperienze di definizione dei modelli di telemedicina si muovono già in questa direzione, con indicatori riferiti alla popolazione raggiunta, alla continuità del servizio, ai tempi di risposta e agli esiti clinici: il passaggio dalla misurazione degli *output* alla valutazione degli *outcome* è condizione essenziale perché l'innovazione organizzativa possa essere verificata e consolidata nel tempo.

Il PNRR, il DM 77/2022 e il PNC 2025 possono essere letti come parti convergenti di uno stesso percorso di trasformazione: il PNRR ha impresso un'accelerazione alla riforma e messo a disposizione investimenti straordinari; il DM 77 ha introdotto una cornice nazionale di modelli e standard comuni; il nuovo PNC ricomponete questi strumenti in una strategia aggiornata per la gestione della cronicità, integrando rete territoriale, domicilio e innovazione digitale.

La vera sfida è ora quella dell'implementazione: trasformare Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, professionisti e strumenti digitali in un unico sistema di presa in carico superando la logica prestazionale, capace di modulare l'intensità dell'assistenza in base alla complessità e al rischio della persona. Questa transizione non è scontata: la disponibilità di risorse professionali, la tenuta dei bilanci regionali oltre il ciclo degli investimenti straordinari

e le differenze territoriali nei tempi e nelle modalità di attuazione restano nodi aperti, dai quali dipenderà in larga misura la reale capacità della riforma di tradursi in un sistema uniforme di presa in carico. In questo scenario, una governance centrale capace di orientare, monitorare e correggere l'attuazione a livello nazionale diventa decisiva per assicurare omogeneità tra le Regioni e prevenire che le disparità territoriali si traducano in disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Riferimenti bibliografici

- Borghini A., Paone S., “Investimento in telemedicina: dalla progettazione all'attuazione”, *Monitor*, n. 47, AGENAS, Roma, 2022.
- Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 127 del 4 giugno 2015.
- Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022.
- Decreto 21 settembre 2022. Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 256 del 2 novembre 2022.
- Decreto 30 settembre 2022. Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 298 del 22 dicembre 2022.
- Mantoan D., “Il governo della sanità digitale”, *Monitor*, n. 47, AGENAS, Roma, 2022.
- Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 23 ottobre 2025, Ministero della Salute, Roma, 2025.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Missione 6 – Salute. Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2021.

16.2. Prospettiva dei cittadini

di Tiziana Nicoletti*

16.2.1. *Ostacoli al diritto alla cura dei cittadini con malattia cronica*

Il dibattito sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non può più essere affrontato come un'equazione puramente finanziaria. In un Paese che affronta una transizione demografica senza precedenti, in cui oltre 24 milioni di persone convivono con una patologia cronica, e di queste, più di 12 milioni ne presentano almeno due, la cronicità è la vera sfida della tenuta democratica del nostro welfare.

Dal punto di vista dei cittadini, tuttavia, l'esperienza quotidiana si traduce troppo spesso in un paradosso: a fronte di riforme strutturali scritte sulla carta, si assiste a una sospensione strisciante del diritto alle cure. Come evidenziato nell'ultimo biennio di monitoraggio civico di Cittadinanzattiva, l'orizzonte della cronicità in Italia oscilla costantemente tra due poli: da un lato, le **“riforme in corso”** guidate dal PNRR e dal nuovo assetto territoriale; dall'altro, i **“bisogni in attesa”** di milioni di pazienti e caregiver intrappolati nelle disomogeneità regionali.

Il nuovo **Piano Nazionale della Cronicità 2024** introduce importanti innovazioni, soprattutto nella direzione di una maggiore integrazione territoriale, dell'uso della sanità digitale e della partecipazione attiva del paziente nei percorsi di cura. Tuttavia, **la piena realizzazione del Piano dipenderà dalla capacità del sistema di superare alcune criticità ancora rilevanti**. Una delle sfide principali riguarda la **forte disomogeneità tra Regioni nella disponibilità e qualità dei servizi territoriali** per cui, reti di presa in carico, assistenza domiciliare, continuità ospedale-territorio e implementazione della telemedicina potranno fare la differenza; a questo si aggiunge una **carenza strutturale di personale** sanitario e assistenziale che rischia di rallentare l'attuazione dei nuovi modelli organizzativi previsti. Il nuovo PNC 2024 trasforma la gestione delle cronicità in un **modello integrato, territoriale, multidisciplinare e personalizzato**, con responsabilità operative chiare tra Regioni, medici, specialisti e servizi sociali.

Dai risultati emersi a seguito della survey portata avanti con la collaborazione dei presidenti delle Associazioni dei malati cronici e rari che fanno parte del Coordinamento di Cittadinanzattiva, il contesto attuale richiede

* Responsabile Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari di Cittadinanzattiva (CnAMC).

un passaggio verso una medicina sempre più personalizzata, che consideri la persona nella sua globalità e nella complessità della sua condizione, al fine di migliorare la qualità di vita, anche con programmi a supporto dell'aderenza alle terapie e in presenza di patologie persistenti.

Si sottolinea l'urgenza di far progredire i modelli assistenziali sempre più verso la longevità, la complessità e la multidisciplinarietà, al fine di garantire una risposta adeguata, equa e sostenibile alle sfide della cronicità e delle malattie rare. Inevitabilmente le strategie di intervento per la cronicità e le malattie rare devono orientarsi verso il miglioramento delle condizioni cliniche, la riduzione o il contenimento dei sintomi, la prevenzione della disabilità e l'ottimizzazione della qualità di vita e degli esiti di salute.

Tuttavia, dal punto di vista della governance, la prospettiva civica impone una denuncia netta: **un Piano non coordinato da risorse vincolate e da indicatori di esigibilità immediata rischia di trasformarsi nell'ennesimo libro delle intenzioni.** *Il diritto alla cura dei cittadini con malattia cronica è reso precario, instabile o addirittura interrotto da una serie di politiche lasciate a metà, nei tempi via via più lunghi per le decisioni e negli ostacoli che le Istituzioni tendono troppo spesso a frapporre.*

La frammentazione regionale della governance ha creato ventuno sistemi sanitari diversi, in cui il recepimento del PNC procede a macchia di leopardo, esasperando le disuguaglianze e alimentando la drammatica "migrazione sanitaria" o, peggio, la rinuncia terapeutica.

16.2.2. Raccomandazioni e traiettorie di intervento

Per garantire un modello di cura realmente centrato sulla persona e per rispondere in modo adeguato, equo e sostenibile alle sfide della cronicità e della rarità, si propongono le seguenti raccomandazioni di *policy*:

1. Rafforzamento dell'Assistenza Territoriale e di Prossimità:

- Potenziare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale le **Case della Comunità** e i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), garantendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
- Superare la disomogeneità regionale, assicurando che tutti i cittadini abbiano accesso a reti di presa in carico efficienti e integrate.

2. Integrazione Sociosanitaria e Progetto di Vita:

- Formalizzare e rendere operativo un modello assistenziale che valorizzi la cooperazione tra medici di medicina generale, specialisti, farmacie territoriali e servizi sociali, in linea con l'approccio multidisciplinare previsto dal PNC 2024.

- Definire e garantire l'effettiva applicazione del **Progetto di Vita** per le persone con malattie rare e croniche complesse, integrando le esigenze sanitarie con quelle sociali, formative e lavorative.
3. **Potenziamento dei Sistemi Informativi e del Monitoraggio:**
 - Rafforzare i sistemi di raccolta dati standardizzata e i flussi informativi per un **monitoraggio obbligatorio** dell'attuazione del PNC e del Piano Malattie Rare, garantendo indicatori condivisi e la valutazione d'impatto delle politiche adottate.
 - Valorizzare il ruolo della **Sanità Digitale** e della telemedicina per il monitoraggio a distanza e la semplificazione dei percorsi di accesso alle cure.
 4. **Partecipazione ed Empowerment di Cittadini e Pazienti:**
 - Promuovere la **partecipazione attiva** delle associazioni di cittadini, pazienti e caregiver nei processi decisionali e nella co-progettazione dei percorsi di cura.
 5. **Finanziamento vincolato dei LEA e del PNC:** Superare la logica dei silos di spesa, garantendo che le risorse destinate alla presa in cura della cronicità sul territorio non vengano stornate dalle Regioni per coprire i disavanzi ospedalieri.

Le Istituzioni devono lavorare affinché vi sia l'aggiornamento costante dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e del PNC garantendo che a ogni prestazione corrisponda un finanziamento certo e invalicabile, per rendere il diritto alla salute realmente *incomprimibile*.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal **DM 77/2022** (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali - COT) costituisce lo snodo cruciale per rendere sostenibile il sistema. Affinché questi modelli non rimangano “scatole vuote” edilizie, la governance deve includere la voce dei cittadini fin dalle fasi di co-progettazione.

Le Case della Comunità non devono essere semplici poliambulatori burocratici, ma luoghi di integrazione reale tra sociale e sanitario, dove la valutazione multidimensionale del bisogno del paziente (clinico, funzionale, sociale) diventi la prassi e non l'eccezione.

La telemedicina, il telemonitoraggio e l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico sono pilastri irrinunciabili per decongestionare gli ospedali. Tuttavia, l'innovazione digitale deve camminare di pari passo con l'alfabetizzazione digitale dei pazienti anziani e fragili, evitando di creare una nuova, pericolosa forma di esclusione (*digital divide* sanitario).

La crescita della cronicità in un mondo che invecchia non si risolve tagliando i servizi in nome di una sostenibilità contabile, ma investendo sulla **sostenibilità sociale e relazionale**.

La governance non deve misurare il successo delle riforme solo tramite parametri contabili (posti letto, pareggio di bilancio), ma valutando la reale accessibilità e se la qualità della vita e delle cure sia in grado di dare risposte ai bisogni di salute delle persone.

Riferimenti sitografici

<https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/17512-salute-presentati-il-rapporto-civico-sulla-salute-e-il-rapporto-sulle-politiche-della-cronicita.html>

<https://www.cittadinanzattiva.it/chi-siamo/le-nostre-reti-e-aree-di-attivita/1845-cnamc-malati-cronici.html>

17. La sfida dei modelli organizzativi nelle cronicità

17.1. Prospettiva clinica

di *Andrea Montagnani**

17.1.1. Introduzione

La cronicità non coincide più con la somma ordinata di singole patologie seguite da singoli percorsi. Nella pratica clinica essa si presenta come multimorbilità, fragilità, disabilità progressiva, politerapia, vulnerabilità sociale e bisogno di continuità decisionale. Il paziente cronico complesso non vive dentro un PDTA isolato, ma attraversa continuamente ambulatorio, domicilio, pronto soccorso, reparto ospedaliero, riabilitazione, cure intermedie e rete sociale. In questa traiettoria, l'ospedale non è un incidente di percorso: è spesso il luogo nel quale la cronicità si rende visibile nella sua fase più instabile e dove diventa necessario ricomporre diagnosi, priorità terapeutiche e obiettivi realistici di cura.

Per la Medicina Interna ospedaliera, la prospettiva clinica parte da un principio semplice: **l'organizzazione deve seguire la complessità del malato, non costringere il malato dentro contenitori organizzativi separati**. La Medicina Interna ospedaliera è il luogo naturale in cui acuzie e cronicità, organo e persona, specialismo e visione globale si incontrano. L'internista non deve sostituire il Medico di Medicina Generale (MMG), né duplicare le funzioni territoriali; deve piuttosto assumere, per la cronicità complessa, una funzione di snodo clinico tra ospedale e territorio,

* Direttore UOC Medicina Interna – Ospedale Misericordia, Grosseto, Azienda USL Toscana Sud-Est; Presidente Nazionale FADOI – Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti.

capace di garantire appropriatezza, continuità, sicurezza della transizione e riduzione della frammentazione.

Il quadro normativo italiano va letto in modo unitario. Il DM 70/2015 ha definito gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, richiamando governo clinico, sicurezza, reti, integrazione ospedale-territorio, dimissione protetta e uso appropriato del ricovero. Il DM 77/2022 ha poi delineato modelli e standard dell'assistenza territoriale: Casa della Comunità, Centrale Operativa Territoriale, assistenza domiciliare, Ospedale di Comunità, infermiere di famiglia o comunità, telemedicina e stratificazione della popolazione. La Missione 6 del PNRR finanzia infrastrutture, prossimità, COT, assistenza domiciliare e telemedicina per i pazienti cronici. La sfida, tuttavia, non è solo costruire luoghi o piattaforme: è rendere comunicanti DM 70 e DM 77 attraverso responsabilità cliniche esplicite, tempi certi, dati condivisi e indicatori di esito.

17.1.2. *Modelli organizzativi di riferimento per le cronicità*

I modelli internazionali offrono indicazioni utili, ma nessuno può essere trasferito meccanicamente (Tab. 1). Il *Chronic Care Model* ha avuto il merito di spostare l'assistenza dalla risposta episodica alla presa in carico proattiva, fondata su supporto all'autogestione, sistemi informativi, supporto decisionale, ridisegno dell'erogazione e comunità. La sua forza è la standardizzazione di processi efficaci; il limite è il rischio di rimanere centrato sulla singola malattia, mentre l'internista vede sempre più spesso pazienti in cui linee guida multiple producono sovraccarico terapeutico, interazioni, obiettivi in conflitto e *burden of treatment*.

L'*integrated care* e l'approccio *people-centred* indicati dall'OMS propongono un passaggio da sistemi costruiti intorno a istituzioni e malattie a sistemi costruiti intorno alla persona, con coordinamento lungo il continuum assistenziale. L'OCSE segnala che una quota rilevante di cittadini nei Paesi avanzati sperimenta problemi di coordinamento tra cure primarie e specialistiche, e richiama la necessità di team multiprofessionali, dati interoperabili e incentivi orientati agli esiti. Le revisioni sistematiche mostrano benefici su soddisfazione, accesso e qualità percepita, mentre l'impatto su costi, ricoveri e outcome duri è meno costante. Il messaggio è chiaro: l'integrazione è indispensabile, ma produce valore solo se è clinicamente governata, non se diventa una procedura amministrativa.

La *transitional care* rappresenta probabilmente il terreno più vicino alla Medicina Interna. Le evidenze indicano che interventi intensivi, multiprofessionali, con coordinamento tra ospedale e cure primarie e contatto precoce dopo la dimissione possono ridurre le riammissioni dei pazienti

cronici. La transizione, però, non inizia alla porta dell’ospedale: inizia al letto del paziente, quando si decide quali diagnosi siano realmente attive, quali farmaci vadano confermati o sospesi, quale livello di instabilità sia accettabile, quali segnali di allarme richiedano il rientro in ospedale e quale professionista debba essere contattato.

Anche i modelli di hospital at home, cure intermedie e Ospedale di Comunità possono essere preziosi, soprattutto per pazienti selezionati, stabilizzati o con riacutizzazioni gestibili in sicurezza. La letteratura suggerisce risultati favorevoli in specifiche popolazioni croniche, ma non autorizza una estensione indiscriminata. Per FADOI il criterio decisivo deve rimanere clinico: intensità di cura, rischio evolutivo, capacità di monitoraggio, supporto familiare, accesso diagnostico e possibilità di escalation. Le cure intermedie non devono diventare un reparto ospedaliero “a minore costo”, ma un nodo della rete con competenze, protocolli e responsabilità definite.

Tab. 1 - *Principali modelli organizzativi per la cronicità complessa: punti di forza, limiti e ruolo clinico della Medicina Interna ospedaliera*

Modello	Vantaggi attesi	Criticità	Lettura clinica FADOI
Disease management/PDTA	Processi misurabili, aderenza alle evidenze, prevenzione delle riacutizzazioni.	Rischio di silos per patologia e scarsa adattabilità alla multimorbilità.	Usare i PDTA come strumenti, non come confini: serve prioritizzazione internistica.
Case management e transitional care	Dimissione protetta, riconciliazione terapeutica, follow-up precoce, minori riammissioni nei modelli intensivi.	Richiede personale, criteri di selezione e responsabilità chiare; non può essere solo “presa in carico” formale.	Attivare il case management già in reparto per i pazienti a rischio di instabilità.
Cure intermedie, Ospedale di Comunità, hospital at home	Alternativa o step-down per pazienti selezionati, con possibile riduzione di degenza e migliore esperienza.	Non adatto a instabilità clinica elevata; rischio di trasformarsi in sostituto povero dell’ospedale per acuti.	Criteri clinici di eleggibilità, escalation rapida e collegamento strutturato con la Medicina Interna.
Telemedicina e monitoraggio remoto	Continuità, prossimità, allerta precoce, supporto a domicilio e ai MMG.	Sovraccarico di alert, disuguaglianze digitali, dati non interoperabili, rischio di “tecnologia senza presa in carico”.	La telemedicina deve essere parte del piano clinico, con responsabilità su chi legge, decide e interviene.

17.1.3. *Ruolo della Medicina Interna nella costruzione di un percorso della cronicità*

Da questa lettura deriva una *proposta operativa*: **costruire un percorso internistico della cronicità complessa.**

Il primo passaggio è identificare precocemente, in pronto soccorso e in reparto, i pazienti con multimorbilità, fragilità, politerapia, riacutizzazioni frequenti, rischio di riammissione e bisogni sociali. La stratificazione di popolazione prevista dal DM 77 deve essere integrata con una stratificazione clinica di instabilità, perché non tutti i cronici hanno lo stesso rischio e non tutti i pazienti ad alto consumo sono uguali.

Il secondo passaggio è trasformare il ricovero internistico in un momento di ricomposizione della cura. Accanto alla diagnosi e al trattamento dell'acuzie, il reparto deve produrre riconciliazione farmacologica, revisione di appropriatezza, deprescribing quando necessario, valutazione nutrizionale e funzionale, prevenzione vaccinale e cardiovascolare, identificazione dei bisogni palliativi, educazione del paziente e del caregiver. In questa prospettiva, *il ricovero non è solo consumo di risorse: è una finestra clinica per rimettere ordine nel percorso e prevenire nuova instabilità.*

Il terzo passaggio è la dimissione protetta come atto clinico, non burocratico. Ogni paziente complesso dovrebbe uscire con un piano sintetico e condiviso: diagnosi prioritarie, obiettivi terapeutici realistici, terapia riconciliata, esami da controllare, segnali di allarme, tempi del follow-up, professionista responsabile, modalità di accesso rapido in caso di peggioramento. La COT può diventare il raccordo operativo, ma il contenuto del piano deve nascere da una responsabilità clinica congiunta tra internista, MMG, infermiere, servizi domiciliari e specialisti necessari.

Il quarto passaggio riguarda il dopo-dimissione. La Medicina Interna deve poter offrire ambulatori di cronicità complessa, day service internistici, teleconsulto verso MMG e Case della Comunità e rivalutazioni rapide per pazienti ad alto rischio. Non si tratta di creare un ulteriore livello di offerta, ma di evitare che il paziente complesso venga rinviato a una somma di visite specialistiche non coordinate. **L'obiettivo è una regia clinica leggera ma autorevole, capace di decidere quando semplificare, quando intensificare, quando coinvolgere lo specialista d'organo e quando privilegiare qualità di vita e proporzionalità delle cure.**

Infine, i modelli vanno misurati. Non bastano indicatori di attività, numero di accessi o strutture aperte. Servono esiti coerenti con la cronicità complessa: accessi evitabili in pronto soccorso, riammissioni, giorni vissuti a casa, eventi avversi da farmaci, duplicazioni diagnostiche, burden tera-

peutico, stato funzionale, esperienza del paziente e del caregiver, equità di accesso, tempi di presa in carico dopo dimissione. Senza misure condivise, ogni modello rischia di apparire efficace solo perché sposta attività da un setting all'altro.

In conclusione, la **sfida delle cronicità** non si vince contrapponendo ospedale e territorio. **Si vince costruendo una rete nella quale il territorio sia forte, il MMG resti riferimento primario della persona, le Case della Comunità diventino luoghi reali di presa in carico e l'ospedale mantenga la sua funzione insostituibile nella gestione dell'instabilità e della complessità.** La Medicina Interna ospedaliera, per cultura clinica e per posizione nel sistema, può offrire al SSN una competenza essenziale: leggere il paziente nella sua interezza, distinguere ciò che è urgente da ciò che è importante, semplificare dove la cura è diventata eccesso, integrare dove la cura è diventata frammento. Questa è la prospettiva FADOI, ovvero una proposta di responsabilità per rendere sostenibile, sicuro e umano il governo delle cronicità.

Riferimenti bibliografici

- Arsenault-Lapierre G., Henein M., Gaid D. *et al.*, “Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: a systematic review and meta-analysis”, *JAMA Netw. Open*, 2021, 4(6): e2111568. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11568
- Baxter S., Johnson M., Chambers D. *et al.*, “The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence”, *BMC Health Serv. Res.*, 2018, 18: 350. doi: 10.1186/s12913-018-3161-3
- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K., “Improving primary care for patients with chronic illness”, *JAMA*, 2002, 288(14): 1775-1779. doi: 10.1001/jama.288.14.1775
- Boyd C.M., Darer J., Boulton C. *et al.*, “Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance”, *JAMA*, 2005, 294(6): 716-724. doi: 10.1001/jama.294.6.716
- Coleman K., Austin B.T., Brach C. *et al.*, “Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium”, *Health Aff. (Millwood)*, 2009, 28(1): 75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75
- Ministero della Salute, Decreto 2 aprile 2015, n. 70. *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Gazzetta Ufficiale n. 127, 4 giugno 2015.
- Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale n. 144, 22 giugno 2022.

- Ministero della Salute, PNRR Missione 6 Salute - Casa come primo luogo di cura e telemedicina, Ministero della Salute, Roma; aggiornamenti 2025.
- Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Cronicità*. Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016; aggiornamento approvato in Conferenza Stato-Regioni, 23 ottobre 2025.
- OECD, *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Publishing, Paris, 2020. doi: 10.1787/a92adee4-en
- Smith S.M., Wallace E., O'Dowd T. *et al.*, "Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings", *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2021, (1): CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub4
- Verhaegh K.J., MacNeil-Vroomen J.L., Eslami S. *et al.*, "Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses", *Health Aff. (Millwood)*, 2014, 33(9): 1531-1539. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0160
- Wagner E.H., "Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?", *Eff. Clin. Pract.*, 1998, 1(1): 2-4.
- World Health Organization, *Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat*, WHO, Geneva, 2016.

17.2. Prospettiva gestionale-organizzativa

di *Enrico Burato**

Il DM 77/2022 ha posto le basi per riportare al centro del sistema sanitario la persona con i propri bisogni sanitari, socioassistenziali e sociali, che devono trovare risposte con logiche trasversali e multiprofessionali.

La prospettiva gestionale-organizzativa nei modelli di gestione delle cronicità, in particolare, si realizza con modalità organizzative in cui i servizi e i professionisti vengono coordinati per assicurare una presa in carico continuativa, integrata e centrata sulla persona, superando un'assistenza oggi ancora molto frammentata e orientata al singolo episodio acuto.

La gestione della cronicità richiede che le organizzazioni adottino:

- una presa in carico proattiva, di iniziativa e personalizzata;
- l'empowerment del paziente e la condivisione delle scelte;
- la continuità assistenziale tra cure primarie, medicina specialistica, assistenza ospedaliera, servizi territoriali e domiciliari, integrazione sociale;
- l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra tutti gli attori del sistema con forte connessione di rete;
- l'adozione di strumenti gestionali e di una infrastruttura digitale capace di creare interoperabilità dei sistemi oggi presenti con l'obiettivo di accorciare le distanze tra gli attori coinvolti e creare rete tra i vari setting.

Gli strumenti che devono essere messi in campo per gestire la cronicità, che oggi rappresenta in larga parte il 40% e oltre degli assistiti, deve prevedere:

- la stratificazione dei livelli di complessità e intensità assistenziale;
- l'individuazione di un Piano assistenziale individualizzato (PAI) che ne definisca i bisogni, obiettivi, gli interventi e la responsabilità di azione;
- l'adozione dei Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali condivisi tra tutti gli attori del sistema che escano dalla sola applicazione ospedaliera;
- il coordinamento degli interventi, soprattutto nei casi complessi con logiche di case management;
- la condivisione dei dati, il loro monitoraggio e la comunicazione degli stessi attraverso strumenti digitali;
- l'integrazione delle competenze cliniche, assistenziali e sociali con équipe multiprofessionali;
- l'analisi epidemiologica del bisogno e la misurazione degli esiti attraverso l'esplicitazione di indicatori di processo ed esito nonché di valutazione dell'appropriatezza della qualità dei risultati e l'analisi dei costi.

* Direttore Sociosanitario ASST Spedali Civili di Brescia.

Nel Chronic Care Model, l'assistenza efficace nasce dall'interazione tra un paziente informato e attivo e un'équipe preparata e proattiva. Il modello valorizza organizzazione sanitaria, supporto all'autogestione, progettazione dell'erogazione, supporto decisionale, sistemi informativi e risorse della comunità. Il Chronic Care Model Evoluto (e-CCM), in particolare, integra le tecnologie digitali (telemedicina, wearable device, fascicolo sanitario elettronico) per monitorare il paziente a distanza, garantendo continuità assistenziale anche fuori dall'ospedale.

La medicina d'iniziativa applica una logica preventiva e programmata: richiami, controlli periodici, educazione terapeutica e monitoraggio dei fattori di rischio. I modelli di disease management, invece, organizzano percorsi strutturati per specifiche patologie; risultano utili, ma possono essere insufficienti nei pazienti con multimorbilità.

Il case management è particolarmente indicato per persone fragili o ad alta complessità. Un professionista di riferimento coordina i diversi attori, monitora il piano assistenziale e facilita le transizioni tra ospedale, territorio e domicilio.

I modelli per la stratificazione del rischio (es. Kaiser Permanente Triangle) classificano la popolazione in base alla complessità (basso, medio, alto rischio). Le risorse vengono allocate in modo differenziato: interventi di prevenzione per i sani, gestione integrata per i cronici stabili e gestione intensiva (case management) per i fragili o multi-patologici.

All'interno dei livelli di intensità assistenziale nella "bassa complessità" prevale l'attività di prevenzione, promozione della salute, educazione terapeutica e supporto all'autocura.

Nella "complessità intermedia" sono invece necessari follow-up programmati e logiche di *disease management*, mentre nella "complessità alta" servono, appunto, il case management, l'approccio integrato spinto verso tutti i servizi sociosanitari.

Il livello assistenziale va rivalutato quando cambiano condizioni cliniche, autonomia o contesto sociale: questo continuo aggiornamento va accompagnato e guidato da nuovi "nodi" della rete che il DM 77/22 individua nell'articolazione distrettuale delle aziende sanitarie.

In questa logica si sposta il focus dall'attesa della malattia alla gestione programmata, basandosi su team multiprofessionali, supporto all'autocura del paziente e sistemi informativi dedicati, in quanto la gestione della cronicità richiede un passaggio dal modello "reattivo" (episodico) a quello "proattivo" (continuativo).

Gli enti di programmazione sanitaria, come le Regioni, hanno di recente introdotto strategie di medio e lungo termine per avviare le organizzazioni sanitarie verso la realizzazione di modelli organizzativi che possano seguire questa nuova visione di presa in carico delle cronicità e

in senso più ampio delle fragilità e delle complessità. È attraverso i Piani Sociosanitari che sono state date indicazioni precise a cui fanno seguito le indicazioni regolatorie annuali per la messa in campo di azioni puntuali.

In estrema sintesi, le indicazioni puntano soprattutto su:

- sanità territoriale: rafforzamento di Case di Comunità, dei servizi territoriali e collegamento tra ospedale, territorio e servizi sociali;
- cure domiciliari: maggiore assistenza a casa, anche attraverso la telemedicina;
- cronicità e fragilità: percorsi specifici per anziani, persone con malattie croniche e persone non autosufficienti;
- salute mentale, disabilità e dipendenze: potenziamento della rete territoriale e dei servizi dedicati;
- prevenzione: maggiore attenzione alla prevenzione delle malattie e ai fattori di rischio, compresi quelli ambientali e lavorativi con logica “one health”;
- liste d’attesa e accesso alle prestazioni: interventi per migliorare il rapporto tra domanda e offerta di visite, esami e ricoveri programmati;
- pronto soccorso ed emergenza-urgenza: riorganizzazione e miglioramento dei percorsi di accesso anche rispetto a una migliore gestione dei codici minori e degli interventi non urgenti attraverso il NEA 116117;
- personale sanitario: interventi per aumentare e qualificare il personale sanitario e sociosanitario;
- digitalizzazione e dati sanitari: utilizzo dei dati e delle tecnologie per programmare e migliorare l’assistenza.

In questa cornice i modelli organizzativi per essere sostenibili nella presa in carico della cronicità non si basano su un unico modello, ma su un’architettura organizzativa stratificata per intensità di bisogno.

Il modello di base prevede la medicina di iniziativa associata al team multiprofessionale: il punto di partenza è una medicina territoriale proattiva, nella quale il paziente cronico non arriva al servizio soltanto quando sta male, ma viene identificato, stratificato e seguito nel tempo, comprendendo il coinvolgimento in particolare di:

- Medico di Assistenza Primaria (MAP)/Pediatra di Libera Scelta (PLS);
- infermiere di famiglia e di comunità;
- medici specialisti di riferimento;
- personale amministrativo/gestionale;
- assistenti sociali;
- professioni sanitarie della prevenzione (assistenti sanitari);
- professioni sanitarie della riabilitazione (fisioterapisti, dietisti);
- professioni sanitarie tecnico diagnostiche (tecnici di Radiologia per la radiologia domiciliare, Tecnici di laboratorio per lo sviluppo dei POCT, ecc.).

La stratificazione della popolazione è però l'elemento più importante da introdurre preliminarmente per rendere il modello sostenibile economicamente e organizzativamente. Non tutti i cronici devono ricevere la stessa intensità assistenziale.

La Casa della Comunità come “hub” della rete ha lo scopo di diventare il luogo organizzativo nel quale convergono MAP, infermieri, professioni sanitarie, specialisti, assistenza domiciliare, servizi sociali e diagnostica di base. La sostenibilità dipende da un punto fondamentale: la Casa della Comunità non deve diventare semplicemente un nuovo luogo fisico dove concentrare prestazioni ma deve necessariamente fungere da nodo di una rete.

Per alcune cronicità – ad esempio scompenso cardiaco, BPCO, diabete – una parte del follow-up può essere spostata dal luogo fisico al domicilio, utilizzando il telemonitoraggio, la televisita quando appropriata, la valutazione continua di tipo assistenziale.

La visione organizzativa deve quindi scegliere tra modelli alternativi, con logica consequenziale che deve prevedere pertanto:

- stratificazione del rischio;
- MAP con équipe territoriale;
- PAI personalizzato (secondo PDTA);
- case management per i pazienti complessi;
- Casa della Comunità/medicina specialistica/domicilio;
- telemonitoraggio e COT;
- ospedale solo quando aumenta il livello di intensità.

Il vero tema della sostenibilità, però, è certamente anche di natura economico-organizzativo: bisogna spostare risorse dall'attività “a prestazione” verso una presa in carico che preveda un coordinamento nuovo tra strutture, l'incremento delle attività di prevenzione delle riacutizzazioni, la misurazione per esiti, senza moltiplicare al contempo strutture e professionisti.

La prospettiva gestionale-organizzativa trova oggi nella normativa di riferimento il Distretto come sistema di gestione della popolazione fragile, non come semplice sommatoria di servizi.

Dal punto di vista manageriale significa spostare il baricentro da gestione delle singole strutture a governance della rete territoriale, da prestazioni a percorsi assistenziali, da volumi di attività a outcome e valore prodotto, da professionisti organizzati per compartimenti a équipe multi-professionali, da pazienti che cercano il servizio a servizio che organizza il percorso, da COT come centrale di passaggi a COT come regia delle transizioni, da case manager come supporto a case manager come responsabile operativo del percorso individuale, da budget per unità organizzativa a budget orientato a popolazione/bisogno e risultati.

Il Distretto nella sua articolazione di Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Punti Unici di Accesso (PUA) deve assumere tre responsabilità gestionali:

1. conoscere la propria popolazione, segmentarla per rischio e bisogno e individuare precocemente fragilità e cronicità;
2. governare le interdipendenze tra MAP, CdC, Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), COT, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), medicina specialistica, ospedale, OdC e servizi sociali, evitando che ogni nodo ottimizzi soltanto la propria attività;
3. misurare non soltanto quante prestazioni vengono erogate, ma se diminuiscono ricoveri evitabili, accessi impropri, frammentazione e costi, migliorando continuità e qualità percepita.

Il Distretto diventa il “committente interno” della salute della popolazione e il coordinatore della rete di offerta e la COT rappresenta il nodo di coordinamento, il MAP mantiene la centralità clinica, l’IFeC e le professioni sanitarie garantiscono prossimità e monitoraggio, il case manager coordina il singolo percorso, mentre la Direzione di Distretto governa popolazione, rete, risorse e risultati.

Questa impostazione permette anche di introdurre una logica di responsabilità: per ogni popolazione target deve essere chiaro chi decide, chi coordina, chi eroga, chi misura e chi risponde del risultato.

L’obiettivo non è necessariamente creare un unico erogatore, ma far funzionare gli erogatori come un unico sistema dal punto di vista dell’utente.

La prospettiva gestionale, quindi, è quella di una “rete governata”: ogni erogatore mantiene identità e responsabilità proprie, ma tutti lavorano secondo un’unica architettura di percorso, informazione, responsabilità e misurazione degli esiti.

Questo passaggio prevede anche di trasformare questo schema in un modello operativo di governance pubblico-privato-sociale, specificando chi governa cosa, quali organi creare, come coinvolgere gli erogatori accreditati, come assegnare responsabilità e KPI e come gestire il rapporto Distretto-Ambito/Comuni.

Le criticità reali, in un modello integrato, non sono tanto nel disegnare l’organigramma ma di potere decisionale, responsabilità, incentivi, informazioni e capacità operativa. Si deve passare dalla competizione tra erogatori alla corresponsabilità di rete governata con logiche di appropriatezza.

Gli erogatori possono mantenere l’autonomia organizzativa, ma devono condividere percorsi, standard, informazioni e risultati.

La prospettiva più ambiziosa, quindi, è quella di un Distretto “piattaforma”, capace di mettere in connessione soggetti diversi senza necessariamente inglobarli in un’unica organizzazione.

Dal punto di vista gestionale, il successo dipende da una governance capace di definire responsabilità, allocare risorse e monitorare risultati. Gli indicatori dovrebbero comprendere:

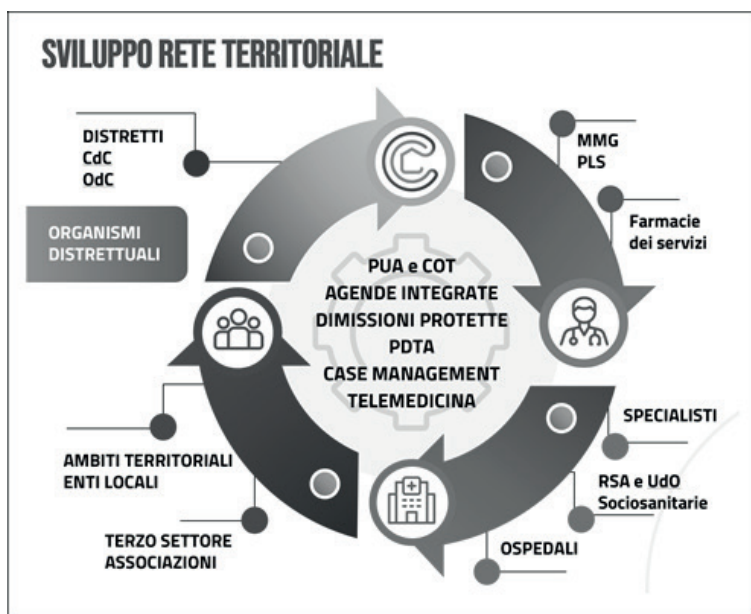
- esiti clinici, come controllo della patologia e complicanze;
- utilizzo dei servizi, come ricoveri evitabili e accessi al pronto soccorso;
- esperienza del paziente, inclusi qualità percepita e coinvolgimento;
- equità, verificando l'accessibilità per i gruppi vulnerabili;
- sostenibilità, attraverso appropriatezza e uso efficiente delle risorse.

In sintesi, la prospettiva gestionale-organizzativa trasforma la cura della cronicità da una sequenza di prestazioni isolate a un processo unitario di presa in carico, nel quale integrazione, programmazione, responsabilità condivisa e valutazione degli esiti diventano elementi centrali.

Il vero salto gestionale sarà quello di passare da una logica di “integrazione dei servizi” a una di “integrazione di responsabilità, informazioni, risorse e risultati attorno alla persona”.

La forte committenza e la reale capacità di coinvolgere gli attori con strumenti di reale misurazione dell'impatto sulla popolazione saranno, infine, le leve necessarie per l'attuazione di un modello organizzativo che per il futuro guiderà, in realtà, una vera e propria “riforma” del nostro sistema sanitario e sociosanitario.

Fig. 1 - Rete e strumenti per l'integrazione del sistema sociosanitario



Riferimenti bibliografici

DM 77/2022.

Piano Sociosanitario Regione Lombardia 2024-2028.

Rapporto OASI - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano a cura di CERGAS-Bocconi.

18. Dalla ricerca al paziente: il ruolo dell'industria farmaceutica nell'accesso all'innovazione nelle cronicità

di *Carlo Riccini**

18.1. Le cronicità come banco di prova dell'innovazione

Le cronicità rappresentano oggi una delle principali sfide sanitarie, sociali ed economiche. A livello globale, le malattie non trasmissibili causano almeno 43 milioni di decessi e rappresentano il 75% delle morti non legate a pandemie¹; non si tratta quindi di un tema settoriale, ma del terreno su cui si misurano insieme la capacità dei sistemi sanitari di prevenire, curare e accompagnare le persone lungo tutto il percorso di vita.

In Italia questa sfida assume un rilievo ancora maggiore per effetto delle dinamiche demografiche. Secondo le più recenti previsioni², entro il 2050 la popolazione residente scenderà a 54,7 milioni, mentre la quota di persone con 65 anni e più salirà al 34,6% dal 24,3% attuale. Parallelamente, l'aumento dell'età media rende sempre più importante prolungare il periodo di vita vissuto in buona salute. Il punto, quindi, non è soltanto vivere più a lungo, ma riuscire a vivere più a lungo in condizioni migliori, con meno disabilità, meno dipendenza e maggiore autonomia. In questa prospettiva, la prevenzione rappresenta il primo passaggio di una strategia più ampia: intervenire prima che le malattie si manifestino, ritardarne la progressione e ridurre il rischio di complicanze significa contribuire concretamente ad allungare il periodo di vita in salute. Anche la prevenzione vaccinale si inserisce in questa logica, perché protegge le persone – in particolare quelle più fragili e anziane – da infezioni che possono aggravare condizioni croniche preesistenti, compromettere l'autonomia e aumentare il ricorso ai servizi sanitari.

* Direttore Generale di Farindustria.

1. Noncommunicable-diseases (WHO, 2026).

2. Previsioni della popolazione residente e delle famiglie (ISTAT, luglio 2025).

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della fragilità e la crescente prevalenza di multimorbidità impongono quindi un cambio di paradigma: prevenzione, presa in carico precoce e accesso tempestivo all'innovazione devono diventare parti di uno stesso percorso. Non basta disporre di terapie innovative; occorre fare in modo che l'innovazione arrivi in tempo, in modo appropriato e omogeneo, alle persone che convivono con patologie croniche, assicurando una pluralità di opzioni terapeutiche capace di rispondere a bisogni sempre più personalizzati.

Secondo i dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità³, nel biennio 2023-2024 il 18% delle persone tra 18 e 69 anni convive con almeno una patologia cronica; tra gli over 65 la quota sale al 57%, e una persona su quattro in questa fascia di età presenta almeno due patologie croniche. La condizione di cronicità cresce nettamente con l'età: riguarda il 7% degli adulti sotto i 34 anni, il 12% tra 35 e 49 anni e il 29% tra 50 e 69 anni.

Il quadro diventa ancora più impegnativo se si considera la multimorbidità. Il Rapporto annuale ISTAT 2026⁴, riporta che nel 2025 oltre 12,8 milioni di persone in Italia soffrono di almeno due malattie croniche e che la multimorbidità riguarda il 22,8% della popolazione che vive in famiglia, salendo al 35,4% tra gli anziani. Lo stesso rapporto evidenzia che le limitazioni nelle attività quotidiane riguardano il 22,7% della popolazione e che le donne presentano livelli più elevati sia di cronicità sia di limitazioni funzionali.

È in questo scenario che si colloca il ruolo dell'industria farmaceutica. L'innovazione non coincide solo con la scoperta di una nuova molecola, ma significa trasformare conoscenza scientifica, dati, tecnologie digitali, modelli organizzativi e competenze in migliori esiti di salute, qualità della vita e sostenibilità del sistema. La vera misura del valore innovativo, soprattutto nelle cronicità, è la capacità di ridurre la progressione della malattia, prevenire complicanze, semplificare il percorso di cura e restituire tempo, autonomia e partecipazione sociale alle persone.

Il ruolo dell'industria farmaceutica si colloca precisamente in questo snodo: trasformare il potenziale della scienza in opportunità concrete per i pazienti. Nelle cronicità, questa trasformazione è particolarmente importante, perché il beneficio dell'innovazione si misura lungo il tempo e dentro la vita reale delle persone e nella disponibilità di percorsi di cura adatti alle singole persone. Per esempio, può voler dire lavorare, prendersi cura di sé e degli altri, mantenere relazioni, autonomia e progettualità nonostante la malattia. Aspetti che per una donna possono assumere una valenza ancora maggiore.

3. Sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, Istituto Superiore di Sanità (2025).

4. Rapporto annuale ISTAT 2026 – La situazione del Paese.

18.2. Dal trattamento episodico alla presa in carico continuativa

Le cronicità richiedono un cambio di paradigma. Lo stesso Piano Nazionale della Cronicità, nella sua impostazione più recente, indica come obiettivi di cura il miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, la minimizzazione dei sintomi, la prevenzione della disabilità e il miglioramento della qualità di vita, dentro un modello di assistenza continuativa, multidisciplinare e più integrato con il territorio.

Questo significa che il valore della terapia va oltre l'atto prescrittivo e si misura nella sua capacità di migliorare gli esiti complessivi lungo tutto percorso diagnostico terapeutico e socio/assistenziale della “persona” più che del “paziente”. Nelle cronicità, innovare vuol dire permettere una gestione più precoce, personalizzata e continuativa; vuol dire prevenire aggravamenti, ridurre le riacutizzazioni, contenere il peso delle comorbidità e spostare l'asse della cura verso una maggiore prossimità.

In questa prospettiva, i farmaci e vaccini sono una componente decisiva della sostenibilità del welfare. Non perché riducano automaticamente la spesa, ma perché, consentono di evitare ricoveri, complicanze, progressioni di malattia e costi indiretti che altrimenti graverebbero in modo ancora maggiore sul Servizio Sanitario e sul welfare nel suo complesso.

18.3. Il valore della ricerca farmaceutica per la cronicità

La ricerca farmaceutica continua la propria fase di forte accelerazione. I dati più recenti mostrano una pipeline globale in espansione, con circa 23 mila farmaci in sviluppo nel mondo e investimenti industriali che, a livello globale, sono stimati in 2.100 miliardi di dollari dal 2027 al 2032. In Europa il settore ha investito nel 2025 60 miliardi di euro in Ricerca e Sviluppo, confermandosi tra i comparti industriali a più alta intensità di ricerca.

Per le cronicità questo significa soprattutto una disponibilità crescente di terapie mirate, vaccini di nuova generazione e approcci personalizzati che stanno cambiando la storia naturale di molte malattie. Anche in Italia gli effetti dell'innovazione sono già visibili: una riduzione del 41% della mortalità nelle malattie croniche, circa 290 mila persone curate per l'epatite C nel 2026, oltre un milione di persone in più che sopravvivono a un tumore rispetto a dieci anni fa e 275 farmaci per malattie rare autorizzati in Europa, contro i soli 7 del 2007, oltre 150.000 vite salvate grazie alle

vaccinazioni contro il Covid-19⁵. Questi dati ricordano che nelle cronicità l'innovazione non è un costo aggiuntivo, ma una leva che modifica prognosi, disabilità, consumo di risorse sanitarie e qualità della vita.

La ricerca clinica è, in questo senso, un passaggio decisivo fra laboratorio e pratica assistenziale. In Italia l'industria farmaceutica investe oltre 800 milioni di euro l'anno nella ricerca clinica presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale; secondo un'indagine condotta da Altems ogni euro investito in sperimentazione genera un beneficio complessivo per il SSN pari a circa 3 euro⁶. La sperimentazione clinica, dunque, non solo anticipa l'accesso dei pazienti all'innovazione, ma rafforza competenze, infrastrutture, attrattività scientifica e capacità organizzativa del sistema.

L'introduzione di tecnologie terapeutiche e preventive d'avanguardia (come i vaccini a mRNA, le terapie geniche e cellulari, le small molecule di ultima generazione e altri approcci innovativi) si inserisce in un percorso di cura che ha già prodotto risultati importanti per molte patologie croniche. Il valore dell'innovazione è oggi quello di consolidare e ampliare questi progressi: rendere le terapie sempre più mirate, personalizzate e sostenibili nel tempo, migliorare ulteriormente gli *outcome* di salute, ridurre il rischio di complicanze e alleggerire il carico della malattia sulle persone, sulle famiglie e sui Sistemi sanitari. Al contempo, gli ambiti della ricerca coprono oggi tutte le maggiori aree della cronicità. Attraverso lo sviluppo di vaccini profilattici contro virus latenti o vaccini terapeutici personalizzati per i tumori solidi, per esempio, si rafforza l'obiettivo di prevenire all'origine l'insorgenza di gravi condizioni ed elevare i tassi di sopravvivenza, riducendone al contempo le complicanze chirurgiche. Parallelamente, le nuove terapie promettono di ampliare le possibilità di cura, rendendole sempre più mirate, personalizzate e capaci di rispondere ai bisogni ancora non pienamente soddisfatti, ad esempio riducendo il rischio di eventi cardiovascolari, contenendo ulteriormente le ospedalizzazioni nei pazienti con BPCO, migliorandone l'autonomia respiratoria, e di invertire o stabilizzare il decorso di patologie neurodegenerative e rare, come il Parkinson e la distrofia di Duchenne, e offrire nuove opzioni anche nei disturbi della salute mentale cronici e resistenti. Nel complesso, questi progressi possono contribuire a rafforzare ulteriormente la funzionalità psicofisica, la continuità delle relazioni personali, l'autonomia e l'aspettativa di vita delle persone, favorendo una partecipazione sociale e lavorativa più piena e riducendo al tempo stesso il peso delle ospedalizzazioni e dei costi indiretti legati alla perdita di produttività.

5. Rapporto ISS “Infezioni da SARS-CoV2- ricoveri e decessi associati a COVID-19 direttamente evitati dalla vaccinazione” (27 dicembre 2020 - 31 gennaio 2022).

6. Altems – Il valore delle sperimentazioni cliniche in Italia (2021).

18.4. Innovazione disponibile non significa innovazione accessibile

Se la ricerca accelera, l'accesso non sempre tiene lo stesso passo. I dati più recenti⁷ mostrano che, a livello europeo, solo il 45% dei medicinali innovativi autorizzati centralmente risulta disponibile nei sistemi pubblici di rimborso, con un tempo medio UE salito a 597 giorni. L'Italia presenta una performance migliore della media europea: 133 farmaci innovativi su 168 risultano disponibili (79%) e la mediana del tempo alla disponibilità è di 393 giorni, ma rimane comunque un divario significativo rispetto ai Paesi più rapidi e persiste il tema delle restrizioni e delle differenze lungo il percorso di accesso.

Il punto è particolarmente rilevante nelle cronicità, dove il valore dell'innovazione dipende dalla tempestività e dalla continuità. Un ritardo nell'accesso non è neutro: può significare peggioramento clinico, perdita di autonomia, maggior ricorso all'ospedale, carico crescente per caregiver e servizi territoriali. Per questo il tema non è solo “quanti farmaci arrivano”, ma come arrivano: con quali tempi, con quale uniformità territoriale, con quali condizioni di utilizzo, con quale integrazione nei percorsi assistenziali.

Allo stesso tempo, il quadro regolatorio italiano contiene elementi che vanno valorizzati. Ad esempio, l'Agenzia Italiana del Farmaco ricorda che i medicinali a cui viene riconosciuto il requisito di innovatività devono essere resi immediatamente disponibili agli assistiti, anche senza il formale inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri regionali. È un principio importante, perché riafferma che l'accesso all'innovazione, in particolare per bisogni clinici rilevanti, deve prevalere sugli adempimenti amministrativi. La sfida è renderlo pienamente effettivo e omogeneo lungo tutto il percorso dell'accesso, nazionale e regionale.

18.5. Le leve per accorciare la distanza tra ricerca e paziente

Ridurre la distanza fra innovazione e paziente richiede un approccio sistemico. Sul versante della ricerca clinica occorre risolvere alcune criticità operative: tempi certi per la contrattualistica, possibilità di negoziare in parallelo all'iter autorizzativo, riconoscimento strutturale dello *Study Coordinator* o di altre figure analoghe, modelli nazionali standardizzati di fattibilità, digitalizzazione delle cartelle cliniche e maggiore integrazione

7. Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey (EFPIA, maggio 2026).

tra ricerca e governance dei centri. Sono interventi apparentemente tecnici, ma in realtà hanno un impatto diretto sulla rapidità con cui nuove terapie arrivano alle persone.

A ciò si aggiunge il potenziale del digitale. Il telemonitoraggio, la telemedicina, gli strumenti di *patient support* e le piattaforme digitali possono ridurre spostamenti, semplificare il follow-up, migliorare aderenza e presa in carico, aspetti decisivi soprattutto per pazienti cronici, fragili o che vivono lontano dai grandi centri.

Infine, sarà sempre più decisiva la capacità di valorizzare i dati sanitari in modo sicuro, interoperabile e orientato alla generazione di evidenze. Il nuovo regolamento europeo sullo *European Health Data Space* (EHDS) e in Italia l'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) mirano proprio a migliorare l'accesso ai dati elettronici sanitari e a favorirne l'uso per ricerca, innovazione, *policymaking* e preparazione alle minacce sanitarie. Per le cronicità questo può significare più *Real World Evidence*, migliore valutazione degli esiti, medicina più personalizzata e decisioni pubbliche più informate.

In questo scenario, i 441 giorni⁸ che servono perché un farmaco approvato dalla EMA sia rimborsato in Italia, risultano essere un tempo ancora troppo lungo rispetto all'opportunità che l'innovazione farmaceutica porta con sé. L'Italia è oggi priva di uno strumento strutturato di accesso precoce che copra il tempo necessario ad AIFA per completare la propria valutazione sul prezzo e la rimborsabilità. A differenza di paesi come Francia, Belgio e, in definitiva, anche la Germania, questa lacuna comporta ritardi concreti per i pazienti. Una proposta volta a colmare questo divario attraverso criteri di eleggibilità chiari, tempi di valutazione certi e una governance finanziaria sostenibile, in coerenza con l'orientamento prevalente a livello europeo, è oggi parte concreta del dibattito. La sua adozione rappresenterebbe un grande traguardo per ogni paziente nonché un riposizionamento competitivo significativo per il Paese. L'attuale consenso politico sulla necessità di intervenire in tal senso, rende auspicabile che una soluzione operativa sia resa praticabile in un futuro molto prossimo.

18.6. Conclusione. Un'innovazione che deve diventare percorso

Nelle cronicità, l'innovazione ha valore solo se riesce a diventare percorso: dalla scoperta scientifica alla sperimentazione, dalla valutazione regolatoria all'organizzazione dei servizi, fino alla concreta disponibilità

8. Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey (EFPIA, maggio 2026).

per il paziente nel luogo e nel tempo giusti. L'industria farmaceutica è parte essenziale di questa catena del valore, perché investe in ricerca, sviluppa soluzioni terapeutiche e preventive, sostiene la sperimentazione, abilita il digitale e contribuisce alla costruzione di un ecosistema più moderno, basato su evidenze, dati e prossimità.

Per affrontare davvero la sfida delle cronicità, serve quindi una visione condivisa tra industria, istituzioni, professionisti, Regioni e associazioni di pazienti. L'obiettivo non è semplicemente avere più innovazione, ma portarla prima e meglio alle persone. Dove si fa ricerca si cura meglio; ma, soprattutto, dove si organizza bene l'accesso, l'innovazione diventa salute, autonomia e futuro.

19. Semplificazione prescrittiva: dal modello diabete alle prospettive future

di *Raffaella Buzzetti**, *Federico Serra***

19.1. Introduzione

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo e sta attraversando una trasformazione demografica che pone nuove sfide al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'aumento dell'aspettativa di vita, la riduzione della natalità e il progressivo invecchiamento della popolazione hanno modificato il quadro epidemiologico, determinando una crescita costante delle patologie croniche e della multimorbidità. In questo contesto, il SSN è chiamato a evolvere da un modello storicamente orientato alla gestione degli eventi acuti verso un'organizzazione in grado di garantire una presa in carico continuativa, multidisciplinare e centrata sulla persona. Le malattie croniche rappresentano oggi la principale causa di mortalità, disabilità e consumo di risorse sanitarie. La loro gestione richiede percorsi assistenziali integrati, continuità delle cure, monitoraggio nel tempo e una stretta collaborazione tra medicina generale, specialistica e servizi territoriali. Tra queste patologie, il diabete mellito costituisce uno degli esempi più rappresentativi della complessità clinica contemporanea, poiché si associa frequentemente a malattie cardiovascolari, insufficienza renale cronica, obesità e fragilità, soprattutto nella popolazione anziana.

Negli ultimi anni, l'innovazione terapeutica ha modificato profondamente il paradigma della cura del diabete. L'obiettivo non è più esclusivamente il controllo della glicemia, ma la prevenzione delle complicanze cardiovascolari e renali, il mantenimento dell'autonomia funzionale e il miglioramento della qualità di vita. Questa evoluzione rende necessario un modello organizzativo capace di garantire un accesso tempestivo alle

* Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma.

** Presidente Health City Institute.

terapie innovative e una reale integrazione tra i diversi livelli assistenziali. In tale prospettiva, la semplificazione prescrittiva assume un valore strategico. Ridurre gli adempimenti burocratici non significa diminuire il livello di appropriatezza, ma rendere il sistema più efficiente, migliorare la continuità terapeutica e consentire ai professionisti sanitari di dedicare maggior tempo all'attività clinica. L'esperienza maturata nella gestione del diabete dimostra come la semplificazione possa rappresentare una leva fondamentale per la sostenibilità del SSN e un modello potenzialmente estendibile ad altre patologie croniche.

19.2. L'evoluzione epidemiologica e la centralità del diabete nella gestione della cronicità

L'invecchiamento della popolazione italiana ha determinato un progressivo incremento delle malattie croniche non trasmissibili, oggi responsabili della maggior parte della domanda assistenziale. Parallelamente all'aumento dell'età media cresce il numero di persone che convivono con più patologie contemporaneamente, rendendo sempre più frequenti condizioni di multimorbidità che richiedono una gestione integrata e continuativa.

In questo scenario il diabete mellito rappresenta un paradigma della medicina della cronicità. In Italia interessa circa quattro milioni di persone, e circa un milione e mezzo che non sa di averlo, con una prevalenza che aumenta significativamente dopo i 65 anni. Nella maggior parte dei casi il diabete si associa ad altre condizioni croniche, tra cui ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, insufficienza renale cronica e obesità, configurando un quadro clinico caratterizzato da elevata complessità assistenziale. Le evidenze scientifiche hanno profondamente modificato la comprensione della malattia. Il diabete non può più essere considerato esclusivamente un disordine metabolico, ma una condizione cardio-nefro-metabolica sistemica che influenza il rischio cardiovascolare, la funzione renale, la qualità di vita e la sopravvivenza dei pazienti. La gestione terapeutica deve quindi essere personalizzata e orientata alla protezione degli organi bersaglio, oltre che al controllo glicemico. Questo cambiamento ha evidenziato i limiti di un'organizzazione sanitaria costruita per affrontare singole patologie. La crescente complessità dei bisogni assistenziali richiede infatti modelli basati sulla continuità delle cure, sulla collaborazione multidisciplinare e sulla presa in carico globale del paziente, superando la frammentazione tra ospedale e territorio.

In tale contesto, il diabete rappresenta un laboratorio privilegiato per sperimentare nuovi modelli organizzativi, nei quali innovazione terapeuti-

ca, integrazione professionale e prossimità assistenziale costituiscono elementi essenziali per garantire efficacia clinica e sostenibilità del sistema.

19.3. La semplificazione prescrittiva come strumento di sostenibilità

Il sistema prescrittivo italiano è stato sviluppato in una fase storica in cui la priorità era rappresentata dal controllo della spesa farmaceutica e dall'introduzione delle prime terapie innovative. Note AIFA, piani terapeutici e registri di monitoraggio hanno svolto un ruolo importante nel promuovere l'appropriatezza prescrittiva e nel garantire l'utilizzo corretto dei farmaci ad alto impatto economico.

L'attuale scenario epidemiologico, tuttavia, è profondamente cambiato. L'aumento delle patologie croniche e della popolazione anziana ha evidenziato come procedure amministrative eccessivamente complesse possano rappresentare un ostacolo all'accesso alle cure, generando ritardi terapeutici, ripetuti accessi specialistici e un rilevante carico burocratico per pazienti e professionisti. Nel diabete questi aspetti assumono particolare rilevanza. Le nuove terapie cardio-nefro-metaboliche hanno dimostrato di ridurre mortalità cardiovascolare, ospedalizzazioni e progressione della malattia renale; pertanto, ritardarne l'utilizzo per motivi esclusivamente amministrativi può compromettere gli esiti clinici. Parallelamente, la necessità di frequenti rinnovi prescrittivi sottrae tempo all'attività specialistica e limita la possibilità di dedicare maggiori risorse ai pazienti più complessi.

La semplificazione prescrittiva rappresenta quindi uno strumento di innovazione organizzativa piuttosto che una mera riduzione della burocrazia. Un sistema più semplice consente di favorire l'accesso tempestivo alle terapie, migliorare l'aderenza terapeutica, ridurre gli accessi impropri e rafforzare l'integrazione tra medicina generale e specialistica. La sostenibilità del SSN non può infatti essere valutata esclusivamente in termini di contenimento della spesa, ma deve considerare la capacità di prevenire complicanze, migliorare gli esiti clinici e utilizzare in modo più efficiente le risorse disponibili. In questa prospettiva, la semplificazione prescrittiva costituisce una componente essenziale di una governance moderna della cronicità, fondata sull'appropriatezza, sulla continuità assistenziale e sulla centralità del paziente.

19.4. L'evoluzione terapeutica del diabete e il superamento dei modelli prescrittivi tradizionali

Negli ultimi vent'anni la terapia del diabete mellito di tipo 2 ha subito una trasformazione che ha modificato profondamente sia gli obiettivi clinici sia l'organizzazione dell'assistenza. Per lungo tempo il trattamento era finalizzato quasi esclusivamente al controllo dell'iperglicemia e alla prevenzione delle complicanze microvascolari, mentre il successo terapeutico veniva valutato principalmente attraverso la riduzione dell'emoglobina glicata.

L'introduzione di nuove evidenze scientifiche ha progressivamente ridefinito questa impostazione. Oggi il diabete è riconosciuto come una patologia cardio-nefro-metabolica, nella quale il rischio cardiovascolare, la funzione renale, l'obesità, la fragilità e la qualità della vita rappresentano elementi centrali della valutazione clinica. Ne consegue che la scelta terapeutica non può più essere guidata esclusivamente dai valori glicemici, ma deve essere personalizzata in funzione del profilo complessivo del paziente. L'innovazione farmacologica ha avuto un ruolo decisivo in questo cambiamento. Gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) e gli agonisti recettoriali del GLP-1 hanno dimostrato benefici che vanno oltre il controllo metabolico, contribuendo alla riduzione della mortalità cardiovascolare, alla prevenzione dello scompenso cardiaco, al rallentamento della progressione della malattia renale cronica e al miglioramento del peso corporeo. Più recentemente, l'introduzione dei doppi agonisti incretinici ha ulteriormente ampliato le prospettive terapeutiche, rafforzando l'integrazione tra trattamento del diabete, obesità e rischio cardio-metabolico. Questa evoluzione ha modificato anche il concetto di tempestività terapeutica. L'accesso precoce ai trattamenti innovativi rappresenta oggi un elemento determinante per prevenire eventi cardiovascolari, rallentare il danno renale e ridurre le ospedalizzazioni. Di conseguenza, procedure prescrittive eccessivamente complesse rischiano di ritardare interventi in grado di modificare la prognosi della malattia.

Parallelamente è aumentato il numero di pazienti candidabili alle nuove terapie. L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza del diabete hanno determinato un incremento della domanda assistenziale che rende sempre meno sostenibile un modello prescrittivo esclusivamente specialistico. I Centri di Diabetologia sono chiamati a gestire casi sempre più complessi e non possono essere gravati da attività prevalentemente amministrative. La trasformazione terapeutica del diabete impone pertanto una revisione dell'organizzazione prescrittiva. L'obiettivo non è ridurre il ruolo dello specialista, ma favorire un sistema più flessibile, nel quale la

collaborazione tra medicina generale e specialistica garantisca un accesso rapido alle cure, continuità assistenziale e appropriatezza clinica.

19.5. La Nota AIFA 100 e il superamento del Piano Terapeutico: verso una nuova governance prescrittiva

L'introduzione della Nota AIFA 100 ha rappresentato una svolta nell'organizzazione della cura del diabete mellito di tipo 2, ampliando la prescrivibilità dei farmaci innovativi ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti autorizzati e favorendo una maggiore integrazione tra territorio e diabetologia specialistica. Questo modello ha consentito di superare un sistema fortemente centrato sui Piani Terapeutici e di migliorare l'accesso alle cure, mantenendo elevati livelli di appropriatezza clinica.

Un ulteriore passo avanti è stato compiuto con l'aggiornamento del 2025, che ha introdotto una significativa semplificazione prescrittiva. L'eliminazione della Scheda di valutazione e prescrizione per gli inibitori del SGLT2 e della DPP-4, insieme all'abolizione del Piano Terapeutico per le gliflozine, ha ridotto gli adempimenti amministrativi e favorito la continuità terapeutica nei pazienti con diabete, scompenso cardiaco e malattia renale cronica. Questa evoluzione segna un cambiamento di paradigma: la governance della prescrizione non si fonda più prevalentemente sul controllo burocratico, ma sulla responsabilità professionale del prescrittore, sull'applicazione delle linee guida e sul monitoraggio degli esiti clinici. La semplificazione diventa così uno strumento per migliorare l'accesso alle terapie innovative, ottimizzare l'impiego delle risorse specialistiche e rendere il sistema più vicino ai bisogni delle persone con malattie croniche.

19.6. Il ruolo dei Centri di Diabetologia nella medicina della complessità

L'evoluzione epidemiologica, l'invecchiamento della popolazione e la crescente complessità cardio-nefro-metabolica del diabete stanno profondamente modificando il ruolo dei Centri di Diabetologia. Se in passato la loro attività era prevalentemente orientata alla diagnosi, al monitoraggio metabolico e alla prescrizione delle terapie innovative, oggi essi sono chiamati a svolgere una funzione molto più ampia, fondata sulla gestione della complessità clinica e sul coordinamento dei percorsi assistenziali.

La diffusione delle nuove terapie e la progressiva semplificazione prescrittiva hanno infatti ridotto il peso delle attività burocratiche, consenten-

do ai Centri di Diabetologia di concentrarsi sugli aspetti a maggiore valore clinico. Lo specialista diabetologo non è più soltanto il prescrittore delle terapie innovative, ma il professionista chiamato a gestire i pazienti più complessi, caratterizzati da multimorbidità, fragilità, complicanze cardiovascolari e renali, politerapia e necessità di una presa in carico altamente personalizzata. In questo contesto, il Centro di Diabetologia evolve da struttura prevalentemente prescrittiva a hub clinico e organizzativo della rete diabetologica. Il suo ruolo comprende la definizione del percorso diagnostico-terapeutico, il supporto consulenziale ai Medici di Medicina Generale e agli altri specialisti, il coordinamento della presa in carico multidisciplinare e il monitoraggio degli esiti clinici. La collaborazione con cardiologi, nefrologi, geriatri, internisti, nutrizionisti e professionisti dell'assistenza territoriale diventa un elemento imprescindibile per garantire continuità delle cure e appropriatezza terapeutica. Particolare rilievo assume inoltre la gestione delle tecnologie diabetologiche. L'impiego di sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, microinfusori, piattaforme digitali e strumenti di telemedicina richiede competenze specialistiche sempre più avanzate e rafforza il ruolo dei Centri come riferimento per l'innovazione clinica e organizzativa. La capacità di integrare i dati provenienti dai dispositivi digitali con il percorso assistenziale rappresenta una delle principali sfide della diabetologia moderna. Un'altra funzione strategica riguarda la formazione e il trasferimento delle competenze. La crescente disponibilità di terapie cardio-nefro-metaboliche e l'ampliamento delle possibilità prescrittive rendono indispensabile un aggiornamento continuo di tutti i professionisti coinvolti nella gestione del diabete. I Centri di Diabetologia devono quindi assumere un ruolo attivo nella formazione della rete territoriale, promuovendo percorsi condivisi, diffusione delle linee guida e modelli organizzativi orientati all'appropriatezza prescrittiva.

19.7. Appropriatezza prescrittiva e semplificazione: un equilibrio possibile

L'esperienza maturata nella gestione del diabete dimostra che appropriatezza prescrittiva e semplificazione amministrativa non sono obiettivi contrapposti. Al contrario, procedure eccessivamente complesse possono ritardare l'accesso alle terapie innovative, aumentare il carico burocratico e ridurre il tempo dedicato alla gestione clinica dei pazienti.

Le recenti modifiche normative hanno favorito un modello di governance basato sulla responsabilità professionale, sull'integrazione tra territorio e specialistica, sull'adozione delle linee guida e sulla valutazione degli

esiti di salute. In questo contesto, la qualità dell'assistenza non dipende dal numero di adempimenti amministrativi, ma dalla capacità di garantire trattamenti appropriati, tempestivi e personalizzati. La semplificazione prescrittiva deve pertanto essere accompagnata da investimenti nella formazione continua, nello sviluppo delle competenze e nella digitalizzazione dei percorsi assistenziali. Solo un sistema fondato sulla collaborazione tra professionisti, sul monitoraggio degli outcome e sulla centralità del paziente può coniugare efficacemente appropriatezza, sostenibilità e innovazione.

19.8. Digitalizzazione e telemedicina: strumenti per una gestione moderna della cronicità

La trasformazione digitale rappresenta uno degli elementi più rilevanti per l'evoluzione dell'assistenza ai pazienti cronici. Nel diabete, l'impiego di cartelle cliniche informatizzate, Fascicolo Sanitario Elettronico, sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, telemonitoraggio e televisita ha già dimostrato il potenziale di migliorare la continuità assistenziale, favorire la condivisione delle informazioni e rendere più tempestivi gli interventi clinici.

La digitalizzazione non deve essere considerata esclusivamente come un'innovazione tecnologica, ma come un cambiamento organizzativo capace di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio. La disponibilità di dati clinici aggiornati e condivisi consente ai diversi professionisti coinvolti nella presa in carico di operare in modo coordinato, riducendo duplicazioni, migliorando il monitoraggio terapeutico e facilitando la programmazione dei controlli.

Anche la telemedicina ha assunto un ruolo sempre più rilevante, soprattutto nella gestione dei pazienti anziani, fragili o residenti in aree geografiche caratterizzate da una limitata accessibilità ai servizi specialistici. Le visite a distanza, integrate con il monitoraggio dei parametri clinici e con percorsi assistenziali strutturati, permettono di mantenere elevati standard qualitativi riducendo gli spostamenti e gli accessi non necessari alle strutture sanitarie.

Affinché tali strumenti producano un reale beneficio, è tuttavia indispensabile garantire interoperabilità tra i sistemi informativi, adeguata formazione degli operatori e uniformità organizzativa sul territorio nazionale. La tecnologia, infatti, rappresenta un supporto ai processi clinici e non può sostituire il rapporto tra professionista e paziente, che rimane il fondamento della presa in carico della cronicità.

19.9. Il diabete come modello per la gestione delle altre patologie croniche

L'esperienza maturata nella diabetologia italiana dimostra come la semplificazione prescrittiva possa rappresentare un modello organizzativo esportabile anche ad altri ambiti della medicina delle cronicità. L'invecchiamento della popolazione e la crescente prevalenza delle malattie croniche impongono infatti strategie assistenziali sempre più integrate, capaci di coniugare appropriatezza clinica, sostenibilità economica e prossimità delle cure.

Le innovazioni introdotte nella gestione del diabete hanno evidenziato l'importanza della collaborazione tra specialisti e Medici di Medicina Generale, della personalizzazione terapeutica e della condivisione dei percorsi assistenziali. Lo stesso approccio può essere applicato a numerose condizioni croniche, tra cui insufficienza cardiaca, malattia renale cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva e obesità, tutte caratterizzate dalla necessità di un monitoraggio continuativo e di una gestione multidisciplinare. La semplificazione prescrittiva costituisce uno degli strumenti che possono favorire questa evoluzione. Ridurre il peso della burocrazia significa liberare risorse professionali da destinare all'attività clinica, migliorare l'accesso alle terapie innovative e rafforzare la continuità assistenziale. Parallelamente, l'adozione di linee guida condivise, PDTA aggiornati e sistemi di valutazione degli esiti consente di mantenere elevati livelli di appropriatezza pur in un contesto prescrittivo più flessibile.

L'esperienza del diabete dimostra inoltre come l'innovazione organizzativa non dipenda esclusivamente dall'introduzione di nuovi farmaci, ma dalla capacità del sistema sanitario di integrare competenze professionali, tecnologie digitali e modelli assistenziali centrati sulla persona.

19.10. Conclusioni

La crescente diffusione delle patologie croniche rappresenta una delle principali sfide per il Servizio Sanitario Nazionale. In questo scenario, il diabete mellito costituisce un paradigma della complessità clinica e organizzativa della medicina contemporanea, richiedendo percorsi assistenziali integrati, continuità delle cure e un utilizzo appropriato delle innovazioni terapeutiche. L'evoluzione delle evidenze scientifiche ha modificato profondamente gli obiettivi del trattamento, spostando l'attenzione dal solo controllo glicemico alla protezione cardiovascolare, renale e metabolica. Tale cambiamento rende indispensabile garantire un accesso tempestivo

alle terapie innovative e una stretta collaborazione tra medicina generale, specialistica e servizi territoriali.

In questo contesto, la semplificazione prescrittiva rappresenta una leva strategica per migliorare l'efficienza del sistema sanitario. Ridurre gli adempimenti amministrativi non significa diminuire i controlli, ma orientare le risorse verso attività cliniche a maggiore valore aggiunto, favorendo la personalizzazione delle cure, l'aderenza terapeutica e il monitoraggio degli esiti.

L'esperienza della diabetologia italiana, rafforzata dall'introduzione della Nota AIFA 100 e dallo sviluppo di modelli assistenziali integrati, dimostra che è possibile coniugare appropriatezza prescrittiva, sostenibilità economica e qualità dell'assistenza. La digitalizzazione, la formazione continua e la collaborazione multidisciplinare rappresentano elementi imprescindibili per consolidare questo percorso. Il modello sviluppato nel diabete può quindi costituire un riferimento per la riorganizzazione dell'assistenza alle altre patologie croniche, contribuendo a costruire un sistema sanitario più efficiente, equo e realmente centrato sui bisogni della persona.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), *Nota 100*.

American Diabetes Association, *Standards of Care in Diabetes*.

European Association for the Study of Diabetes (EASD), *Consensus Reports on Hyperglycaemia Management*.

European Society of Cardiology (ESC), *Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention*.

KDIGO, *Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease*.

Istituto Superiore di Sanità (ISS), *Documenti e rapporti sul diabete*.

ISTAT, *Rapporti annuali su popolazione, invecchiamento e salute*.

Linee guida SID AMD sulla terapia del diabete mellito.

Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Cronicità*.

OsMed, *Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia*.

20. Professionisti territoriali per la cronicità

20.1. Medico di Medicina Generale: dalla medicina di iniziativa alla continuità assistenziale

di *Ignazio Grattagliano**, *Mariagiovanna Amoroso***

Premesso che oggi in Italia il Medico di Medicina Generale (MMG) opera come professionista convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), il suo ruolo nel SSN è oggetto di una profonda evoluzione negli ultimi anni, passando da un modello prevalentemente “reattivo” a uno più proattivo, integrato e centrato sulla persona.

In aggiunta, non può essere non considerata la nuova visione che la pandemia di Covid-19 ha consegnato al MMG e cioè non più soltanto l'attenzione rivolta al singolo paziente e al suo contesto familiare, ma l'apertura verso la valutazione estensiva (soprattutto in tema di prevenzione) nell'ambito comunitario, sociale, regionale. Aspetti questi assolutamente non secondari se si pensa al sempre maggiore allargamento in senso socio-assistenziale dell'attività del MMG.

In questo scenario si collocano diverse variabili essenziali all'inquadramento dell'attività professionale del MMG che inevitabilmente risulta dipendente dall'accordo collettivo nazionale (ACN) e dai diversi accordi integrativi regionali (AIR): disponibilità di collaboratore di studio, disponibilità di infermiere, competenze acquisite e certificazioni, possesso di strumenti diagnostici di primo livello, collaborazione fortemente integrata con gli specialisti con suddivisione razionale dei carichi di lavoro.

* Vice Presidente, Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

** Segretaria Regionale Puglia, Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG).

20.1.1. *Medicina di attesa vs medicina di iniziativa*

Tradizionalmente, l'attività del MMG era basata sulla medicina di attesa, in cui il medico interveniva solo su richiesta del paziente via telefono o di persona in studio, senza programmazione e senza conoscere quello che riservava l'assistito successivo. Questo modello si è dimostrato poco efficace nella gestione delle patologie croniche e nella prevenzione.

Un aspetto comunque saliente della medicina d'attesa è stato quello denominato "medicina d'opportunità", vale a dire cogliere l'occasione della visita o del passaggio del paziente per indagare su qualcosa di lasciato in sospeso o di approfondire aspetti nebulosi di vario tipo.

Si è quindi sviluppato il paradigma della medicina di iniziativa, che prevede una serie di interventi che richiedono tempo, preparazione, collaborazione amministrativa e infermieristica, operando su:

- stratificazione della popolazione di assistiti con particolare attenzione a vulnerabili e fragili;
- identificazione attiva dei soggetti a rischio e a cui dedicare maggiore attenzione;
- prevenzione primaria e secondaria;
- gestione programmata dei pazienti con malattie croniche;
- educazione sanitaria e promozione della salute;
- attivazione delle cure domiciliari;
- audit su prescrizioni e comportamenti nei percorsi assistenziali.

Questo approccio, coerente con i principi del *Chronic Care Model*, promuove una presa in carico proattiva, continuativa e multiprofessionale della persona con patologia cronica.

20.1.2. *Continuità assistenziale*

La continuità assistenziale è intesa sia come presenza di assistenza nelle ore notturne e nei giorni festivi per bisogni urgenti non differibili (ex guardia medica) sia il garantire continuità di presa in carico del paziente con malattia cronica, soprattutto se comorbido, caratteristica quest'ultima della longitudinalità delle cure tipica della medicina generale. La continuità assistenziale ad attività oraria è stata storicamente organizzata separatamente dall'assistenza primaria a ciclo di scelta; permane tuttavia, con differenze tra i diversi contesti regionali, una non completa integrazione informativa con il MMG, con possibili criticità:

- frammentazione delle informazioni cliniche;
- discontinuità nella presa in carico;
- rischio di inappropriatezza degli accessi.

L'evoluzione del sistema sanitario punta oggi verso l'integrazione dei servizi con il superamento di questa frammentazione attraverso:

- integrazione tra MMG e continuità assistenziale;
- sviluppo di forme organizzative come AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie);
- utilizzo di strumenti informatici condivisi (fascicolo sanitario elettronico, profilo sanitario sintetico).

In questo contesto, la continuità assistenziale non è più soltanto “copertura oraria”, ma concorre a un sistema territoriale capace di garantire continuità della presa in carico nell’arco delle 24 ore. Nel caso invece della presa in carico continuativa del paziente cronico, diventa fondamentale l’integrazione con lo/gli specialista/i con una definita suddivisione dei carichi di lavoro.

20.1.3. *Evidenze scientifiche sulla continuità delle cure in assistenza primaria*

La letteratura internazionale distingue tre dimensioni della continuità delle cure: *continuità relazionale*, cioè il rapporto stabile nel tempo tra paziente e medico o équipe; *continuità informativa*, cioè la disponibilità e condivisione delle informazioni cliniche; *continuità gestionale*, cioè la coerenza dei percorsi diagnostico-terapeutici tra professionisti e setting assistenziali. Il Royal College of General Practitioners definisce la continuità come l’esperienza, da parte della persona, di una relazione continuativa con un clinico o un team, e di cure coordinate che procedono senza interruzioni quando il paziente attraversa diversi punti del sistema sanitario. La continuità delle cure può essere intesa come l’esperienza di una relazione stabile tra la persona e un clinico, o un’équipe clinica, accompagnata da un’assistenza coordinata che procede in modo fluido nei diversi passaggi del sistema sanitario. In questa prospettiva, la continuità non è solo il “vedere sempre lo stesso medico”, ma la possibilità per il paziente di essere conosciuto, riconosciuto e seguito dentro un percorso coerente. Questo dato è particolarmente rilevante perché suggerisce che la relazione terapeutica continuativa non agisce solo sulla soddisfazione del paziente, ma anche su esiti rilevanti, attraverso una migliore conoscenza clinica, diagnosi più tempestive, maggiore aderenza terapeutica e minore frammentazione decisionale.

Le evidenze disponibili indicano che la continuità di cura non è soltanto un valore identitario della medicina generale, ma un determinante misurabile di esiti clinici, uso appropriato dei servizi e qualità percepita dell’assistenza. Una revisione sistematica pubblicata su *BMJ Open* ha mo-

strato che una maggiore continuità di cura con il medico è associata, nella maggior parte degli studi inclusi, a una minore mortalità in differenti Paesi e sistemi sanitari.

Nei pazienti con patologie croniche, la continuità appare ancora più rilevante. La revisione sistematica di Chan e colleghi sui pazienti con diabete mellito e/o ipertensione ha evidenziato associazioni tra maggiore continuità assistenziale e migliori esiti, comprendenti minore mortalità, minore incidenza di alcune complicanze e ridotto utilizzo dei servizi sanitari, pur in presenza di eterogeneità tra gli studi e gli indicatori utilizzati. In termini pratici, ciò rafforza l'idea che il follow-up del cronico non possa essere ridotto a singole prestazioni isolate, ma richieda un medico o un'équipe in grado di riconoscere traiettorie cliniche, cambiamenti nel tempo, fragilità emergenti e barriere all'aderenza. La gestione delle cronicità richiede dunque una presa in carico longitudinale, nella quale la conoscenza accumulata del paziente diventa parte integrante della qualità della cura.

Anche nella popolazione anziana la continuità relazionale mostra risultati favorevoli. La revisione sistematica di Dyer e colleghi ha rilevato che, negli anziani assistiti nella comunità, una maggiore continuità relazionale con il medico di cure primarie è probabilmente associata a una riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi in pronto soccorso; le evidenze risultano invece più incerte nei setting residenziali. Questo aspetto è centrale per la medicina generale, nella quale multimorbidità, polifarmacoterapia, fragilità sociale e bisogni assistenziali complessi rendono indispensabile una regia di cura stabile.

Le evidenze disponibili indicano inoltre che la continuità delle cure non riguarda esclusivamente la relazione longitudinale tra paziente e medico di medicina generale, ma anche la capacità di costruire percorsi integrati tra professionisti e setting assistenziali. Una meta-review di revisioni sistematiche e meta-analisi sui programmi di integrated care nelle patologie croniche ha evidenziato effetti favorevoli su diversi outcome, tra cui, in specifiche condizioni, riduzione delle ospedalizzazioni e riospedalizzazioni, maggiore aderenza alle raccomandazioni terapeutiche e miglioramento della qualità di vita, pur con eterogeneità dei risultati e della qualità metodologica degli studi.

Un ampio studio di coorte nazionale danese pubblicato nel 2025 su *The Lancet Primary Care* ha inoltre mostrato un'associazione tra maggiore continuità con la stessa general practice e migliori outcome, valutando mortalità per tutte le cause, contatti ospedalieri non programmati e ricorso ai servizi out-of-hours. Questi risultati rafforzano ulteriormente il valore della continuità come componente strutturale delle cure primarie.

Da queste evidenze deriva una conseguenza organizzativa: la continuità non coincide più soltanto con la reperibilità o la copertura oraria, ma con

la capacità del sistema di garantire al paziente una presa in carico riconoscibile, informata e coerente. In medicina generale questo significa garantire l'accesso al proprio medico o alla propria équipe di riferimento, raccogliere e condividere i dati, integrare infermieri e collaboratori di studio, costruire raccordi reali con specialisti, ospedale, assistenza domiciliare e servizi sociali. La continuità, quindi, è insieme relazione, metodo clinico e architettura organizzativa.

20.1.4. Implicazioni formative

La continuità delle cure non rappresenta soltanto un obiettivo organizzativo, ma una vera e propria competenza professionale. La capacità di garantire longitudinalità, coordinamento tra livelli assistenziali e integrazione con gli specialisti richiede infatti conoscenze, abilità e atteggiamenti specifici, che devono essere sviluppati già nel percorso formativo del MMG. La gestione delle cronicità, della multimorbidità e della fragilità richiede competenze che vanno oltre il singolo atto clinico e comprendono la pianificazione della presa in carico, il lavoro in team multiprofessionale, la condivisione delle informazioni, la collaborazione con gli specialisti e la capacità di mantenere nel tempo una relazione terapeutica significativa con il paziente e la sua famiglia. In questo senso, la continuità delle cure non costituisce soltanto una caratteristica organizzativa dei servizi, ma uno degli elementi identitari della medicina generale e una competenza fondamentale da riconoscere, insegnare e valutare all'interno dei programmi di formazione specifica e continua.

20.1.5. Il ruolo della riforma dell'assistenza territoriale: PNRR e DM 77/2022

Il PNRR – Missione 6 Salute e il successivo DM 77/2022 hanno delineato il rafforzamento dell'assistenza territoriale attraverso una rete di strutture e servizi tra loro integrati, comprendente:

- Case della Comunità;
 - Centrali Operative Territoriali (COT);
 - assistenza domiciliare potenziata;
 - Ospedali di Comunità.
- Queste strutture favorirebbero:
- integrazione tra professionisti;
 - gestione dei pazienti cronici e fragili;
 - riduzione degli accessi ospedalieri.

20.1.6. Conclusioni

Il MMG non abbandona la continuità assistenziale, ma evolve verso un ruolo più ampio: da semplice erogatore di prestazioni a gestore proattivo della salute del paziente.

A tale scopo è fondamentale che le competenze relative alla continuità delle cure, alla collaborazione interprofessionale e alla cogestione dei pazienti cronici e fragili trovino pieno riconoscimento nel profilo formativo del MMG, poiché rappresentano non competenze accessorie, ma componenti costitutive della sua identità professionale e del valore aggiunto che la medicina generale apporta ai sistemi sanitari moderni.

La sfida attuale è costruire un sistema integrato in cui medicina di iniziativa e continuità assistenziale si intreccino per garantire una presa in carico globale, continua e di qualità. Per realizzare questo modello sono necessari investimenti non soltanto in strutture adeguate, ma anche in personale amministrativo e infermieristico, strumenti informatici interoperabili e altri requisiti organizzativi indispensabili anche per rendere attrattiva la professione.

Riferimenti bibliografici

- Chan K.S. *et al.*, “Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review”, *BMC Fam Pract.*, 2021 Jul 3, 22(1): 145. doi: 10.1186/s12875-021-01493-x. PMID: 34217212; PMCID: PMC8254900
- Dyer S.M. *et al.*, “Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review”, *BMC Geriatr.*, 2022 Jul.
- Martínez-González N.A. *et al.*, “Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review”, *Int J Qual Health Care*, 2014 Oct, 26(5): 561-570. doi: 10.1093/intqhc/mzu071. PMCID: PMC4195469
- Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, *Gazzetta Ufficiale* n. 144 del 22 giugno 2022.
- Pereira Gray D.J. *et al.*, “Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality”, *BMJ Open*, 2018, 8(6): e021161.
- Prior A. *et al.*, “Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study”. *Lancet Reg Health Eur.*, 2025 Aug, 55: 101133.
- Royal College of General Practitioners. *Continuity of care work at RCGP*, RCGP, 2021. <https://www.rcgp.org.uk/blog/continuity-of-care-work-at-rcgp>
- Wagner E.H., Austin B.T., Davis C. *et al.*, “Improving chronic illness care: translating evidence into action”, *Health Aff. (Millwood)*, 2001, 20(6): 64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64

20.2. Infermiere territoriale: presa in carico integrata, monitoraggio, educazione

di *Barbara Mangiacavalli**

20.2.1. La transizione demografica e la necessità di una sanità proattiva

Il Servizio Sanitario Nazionale sta affrontando una delle transizioni più complesse della sua storia, governata dall'invecchiamento progressivo della popolazione, dalla riduzione progressiva della forza lavoro disponibile e dal conseguente aumento delle patologie croniche e delle fragilità complesse. Questo scenario richiede un profondo mutamento di paradigma che vede l'infermieristica come uno dei suoi pilastri fondamentali. È indispensabile superare il tradizionale modello ospedalocentrico, di natura prevalentemente reattiva, per strutturare stabilmente una sanità di iniziativa e di prossimità. La cronicità non si cura attendendo il paziente in strutture centralizzate, ma prendendosene cura precocemente nel suo ambiente di vita. In questo contesto, la casa deve essere considerata il primo luogo di assistenza, e l'integrazione tra l'intervento sanitario e il supporto sociale rappresenta l'unica risposta sostenibile per intercettare i bisogni di una popolazione spesso caratterizzata da solitudine e vulnerabilità. In questa prospettiva, l'assistenza territoriale deve evolvere verso un modello di welfare generativo, capace non solo di erogare prestazioni ma di rigenerare ed emancipare le risorse stesse della comunità. All'interno di questo nuovo ecosistema, l'infermiere assume un ruolo di guida e di pivot relazionale, coordinando e valorizzando la sinergia con le altre professioni sanitarie e sociali per garantire una presa in carico globale e interconnessa.

20.2.2. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità nel quadro della riforma territoriale

In stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e con il Piano Nazionale della Prevenzione, viene individuato come perno di questa trasformazione organizzativa l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), figura cardine valorizzata dagli standard del DM 77/2022 che prevede l'introduzione di almeno un professionista ogni 3.000 abitanti. L'essenza dell'agire professionale dell'IFeC risiede nel superamento della

* Presidente FNOPI.

logica puramente prestazionale a favore di una presa in carico globale e continuativa. Come Federazione (FNOPI), sosteniamo fermamente che il tempo dedicato alla relazione sia a tutti gli effetti tempo di cura. Per garantire l'efficacia della riforma, tuttavia, è essenziale che l'attivazione di queste figure non avvenga tramite interventi frammentati o ciclici, ma attraverso un investimento strutturale e omogeneo sul capitale umano a livello nazionale, superando i tradizionali silos professionali e promuovendo una reale integrazione multiprofessionale.

20.2.3. *Le tre direttrici operative ed esempi di welfare di prossimità*

L'azione dell'infermiere territoriale si articola lungo tre direttrici sinergiche: la presa in carico integrata, il monitoraggio proattivo e l'educazione terapeutica.

1. **La presa in carico integrata** si realizza all'interno dell'équipe multiprofessionale, dove l'infermiere funge da connettore tra i Medici di Medicina Generale, gli specialisti, i professionisti della riabilitazione e i servizi sociali. Tre modelli in Italia dimostrano l'efficacia di questo approccio e ci hanno ispirato:
 - **Il programma delle Microaree di Trieste:** dove lo sviluppo della salute si intreccia indissolubilmente con la rigenerazione sociale dei quartieri e il coinvolgimento attivo dei residenti.
 - **Il modello della Regione Toscana:** che ha istituzionalizzato capillarmente la figura dell'IFeC all'interno delle sue articolazioni territoriali, standardizzando una presa in carico personalizzata, precoce e vicina ai nuclei familiari.
 - **Il progetto Co.N.S.E.N.S.O. nelle aree montane del Piemonte:** una sperimentazione mirata a contrastare l'isolamento degli anziani fragili attraverso reti di prossimità che uniscono la vigilanza sanitaria quotidiana al supporto della comunità locale.
2. **Il monitoraggio proattivo** sfrutta le potenzialità della sanità digitale e della telemedicina per anticipare l'acutizzazione delle patologie e ridurre le ospedalizzazioni improprie. In questo ambito, l'infermiere territoriale assume anche il ruolo cruciale di *facilitatore digitale*. La tecnologia, infatti, rischia di trasformarsi in un ulteriore fattore di disuguaglianza per i soggetti più deboli, come gli anziani o i disabili; l'IFeC permette di "umanizzare" l'innovazione tecnologica, guidando il paziente nell'uso corretto degli strumenti e mantenendo saldo il legame relazionale.

L'educazione terapeutica si fonda sulla promozione del self-management e sull'empowerment del paziente e dei suoi caregiver. L'obiettivo non è solo gestire la malattia, ma favorire la resilienza e il coinvolgimento delle comunità. Coinvolgere attivamente i cittadini nei processi di salute significa passare da una logica assistenzialistica a una logica di partecipazione attiva, migliorando informazione, comunicazione e alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) della popolazione e prevenendo l'insorgenza di bisogni complessi.

20.2.4. *Evidenze empiriche dallo scenario nazionale: lo studio AIDOMUS-IT*

La validità e l'impatto di questo modello assistenziale trovano anche una solida conferma scientifica nei risultati dello Studio Nazionale AIDOMUS-IT, promosso da FNOPI e CERSI. La survey offre una panoramica chiara dello stato dell'arte dell'assistenza domiciliare in Italia, evidenziando una straordinaria percezione di eccellenza da parte dell'utenza. I cittadini hanno espresso un gradimento altissimo nei confronti del servizio infermieristico territoriale, con un voto medio generale pari a 9.3 (e ben il 57,1% degli intervistati che ha assegnato il punteggio massimo di 10). Inoltre, il 78,2% dei pazienti riconosce che gli infermieri che operano a domicilio si dimostrano costantemente informati e aggiornati sul percorso di cura. Anche per gli infermieri si registra una soddisfazione migliore (83%) per chi lavora in setting domiciliari rispetto a chi lavora in contesti ospedalieri.

Tuttavia, lo studio mette in luce anche le forti pressioni e le criticità organizzative vissute dai professionisti sul campo. Il 38,4% degli infermieri territoriali rileva un'inadeguatezza dello staff e delle risorse disponibili, mentre circa il 37% riferisce un carico di lavoro soggettivo medio-alto. Queste condizioni si riflettono inevitabilmente in un indice di cure mancate (*missed care*) pari a 5.2, legato principalmente alla carenza cronica di tempo.

20.2.5. *Conclusioni: Valorizzazione professionale per la tenuta del sistema*

I dati scientifici e le istanze organizzative convergono verso un'unica evidenza: la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e il successo della riforma del territorio dipendono direttamente dalla valorizzazione del personale infermieristico.

Per arginare la grave carenza di organico (il fabbisogno stimato prevede 19mila IFeC e altri 10mila infermieri per la sanità territoriale) e rendere la professione attrattiva per le nuove generazioni, è indispensabile attuare riforme contrattuali strutturali, garantire adeguati riconoscimenti economici e valorizzare le competenze specialistiche avanzate acquisite attraverso le nuove occasioni formative appena introdotte.

Questo significa riconoscere, anche giuridicamente, all'interno del SSN l'evoluzione della professione, capitalizzando l'avvento dei nuovi ordinamenti didattici delle lauree magistrali a indirizzo clinico quale leva fondamentale per l'autonomia gestionale e lo sviluppo di competenze avanzate sul territorio.

Consolidare l'assistenza infermieristica di prossimità non è semplicemente una scelta organizzativa, ma rappresenta un imperativo istituzionale per garantire equità, universalità e continuità delle cure a ogni cittadino.

Riferimenti bibliografici

- AGENAS - Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità (2023). https://www.agenas.gov.it/images/2023/primo-piano/infermieri/Documento_Tecnico_Linee_di_Indirizzo_IFoC_-_def.pdf
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2025). https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf
- FNOPI – Fase2: subito infermiere di famiglia, attuazione Patto Salute e più risorse. <https://www.fnopi.it/2020/04/26/fase2-infermiere-di-famiglia-territorio/>
- FNOPI – Position Statement – L'infermiere di Famiglia e di Comunità (2020). <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>
- Rapporto sulle professioni infermieristiche – FNOPI – Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (2025). <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-FNOPI-S.ANNA-ok.pdf>
- WHO – Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care (2018). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

20.3. Il farmacista di comunità nella presa in carico del paziente

di *Clara Mottinelli**

20.3.1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione e la crescente diffusione delle patologie croniche stanno modificando profondamente la domanda di assistenza. Sempre più persone convivono per molti anni con una o più malattie croniche e necessitano di percorsi di cura continuativi. Secondo l'ISTAT, oltre il 40% degli italiani convive con almeno una patologia cronica e la prevalenza cresce sensibilmente con l'età, fino a interessare la maggior parte della popolazione anziana. La multimorbilità rende inoltre i percorsi assistenziali più complessi e richiede un coordinamento sempre più stretto tra professionisti, servizi e livelli di cura.

Una parte rilevante degli esiti clinici dipende da ciò che accade tra un controllo e l'altro: dall'aderenza alla terapia, dalla capacità di riconoscere tempestivamente eventuali criticità, dall'accesso ai servizi quando necessario e dalla possibilità di ricevere indicazioni corrette nei momenti di difficoltà.

Il DM 77/2022 e gli investimenti previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza puntano a rafforzare l'assistenza territoriale attraverso percorsi più continui e coordinati, nei quali ogni professionista contribuisce, secondo le proprie competenze, alla gestione del paziente lungo l'intero decorso della malattia.

La rete delle oltre 20 mila farmacie di comunità distribuite sul territorio nazionale costituisce uno dei principali punti di accesso al Servizio sanitario. Nelle aree interne e nei piccoli comuni questa presenza capillare è spesso determinante: la farmacia rappresenta il presidio sanitario più facilmente accessibile e, talvolta, l'unico riferimento stabile per chi vive lontano dalle principali strutture assistenziali.

A rendere la farmacia una risorsa nella gestione della cronicità non è soltanto la sua diffusione sul territorio, ma la continuità della relazione con il paziente. Il farmacista incontra con regolarità le persone che convivono con una o più patologie croniche e questo contatto costante consente di intercettare precocemente difficoltà nell'assunzione della terapia, dubbi sull'utilizzo dei farmaci, effetti indesiderati, problemi di accesso ai trattamenti o modifiche autonome dello schema terapeutico, favorendo il tempestivo raccordo con il medico curante quando necessario.

* Tesoriere Federfarma nazionale.

La presa in carico del paziente cronico è il risultato di un lavoro condiviso. Il medico mantiene la responsabilità della diagnosi, delle scelte terapeutiche e del monitoraggio clinico; il farmacista contribuisce attraverso la propria competenza sul farmaco, il counseling e il contatto costante con il paziente. È questa complementarità che rafforza la capacità della rete territoriale di rispondere ai bisogni delle persone affette da patologie croniche.

20.3.2. Il coinvolgimento del paziente e l'aderenza terapeutica

La gestione della cronicità richiede il superamento di un modello di assistenza centrato sulla singola prestazione, a favore di un approccio orientato alla continuità della cura. L'efficacia delle terapie dipende infatti non solo dall'appropriatezza delle decisioni cliniche, ma anche dalla capacità del sistema sanitario di accompagnare il paziente nel tempo e nel percorso di cura.

La gestione della malattia richiede una partecipazione consapevole del paziente, fondata sulla comprensione della propria condizione clinica, sulla corretta assunzione delle terapie e sulla capacità di riconoscere eventuali criticità terapeutiche e segnali di peggioramento. Rafforzare questa consapevolezza significa sostenere l'autonomia attraverso informazioni chiare, educazione terapeutica e punti di riferimento facilmente accessibili sul territorio.

In questo percorso il farmacista di comunità svolge un ruolo di supporto grazie alla frequenza dei contatti con il paziente e alla presenza capillare sul territorio. Il counseling, l'educazione sanitaria e l'orientamento ai servizi contribuiscono a rafforzare la consapevolezza della persona e a favorire il dialogo con il medico curante e gli altri professionisti coinvolti nella presa in carico.

L'aderenza terapeutica rappresenta uno degli ambiti nei quali questo accompagnamento assume maggiore rilevanza. La mancata aderenza raramente dipende da una sola causa. La crescente complessità dei percorsi terapeutici è uno dei principali fattori. Secondo il Rapporto OsMed 2025 dell'AIFA, il 67,7% degli over 65 assume almeno cinque farmaci contemporaneamente, mentre il 27,9% è esposto a una politerapia grave, assumendo almeno dieci farmaci. La politerapia cronica, intesa come l'assunzione di cinque farmaci diversi per almeno sei mesi nel corso dell'anno, interessa il 33,2% della popolazione anziana. A questa complessità si affiancano difficoltà nella comprensione delle indicazioni ricevute, timore degli effetti indesiderati, condizioni di fragilità sociale o cognitiva e, non di rado, una sottovalutazione dell'importanza di trattamenti destinati a controllare patologie spesso asintomatiche nelle fasi iniziali.

In questo quadro, un ulteriore strumento a sostegno della continuità terapeutica è rappresentato dalla multiprescrizione, che consente al medico di prescrivere, per i pazienti affetti da patologie croniche stabilizzate, medicinali e dispositivi necessari a coprire un periodo fino a dodici mesi. La dispensazione progressiva da parte della farmacia, sulla base della posologia indicata, permette di coniugare la semplificazione con il monitoraggio periodico della terapia. Si tratta di una misura che può ridurre il rischio di interruzioni del trattamento, agevolare la programmazione degli accessi e offrire al farmacista ulteriori occasioni per verificare la regolarità dell'assunzione e rilevare eventuali criticità da condividere con il medico curante.

Inoltre, per i pazienti sottoposti a terapie particolarmente complesse, soprattutto anziani, fragili o in condizioni di politerapia, può risultare utile anche la preparazione personalizzata dei medicinali in dosi unitarie, ad esempio attraverso il deblistering, e il successivo riconfezionamento secondo lo schema terapeutico prescritto e nel rispetto di rigorose procedure di sicurezza, tracciabilità e conservazione. L'organizzazione dei farmaci per giorno e orario di assunzione può facilitare la corretta gestione della terapia da parte del paziente o del caregiver, riducendo il rischio di dimenticanze, duplicazioni ed errori.

Il counseling del farmacista rappresenta poi uno strumento professionale di particolare valore. Ogni contatto con il paziente, grazie anche al rapporto di fiducia tra farmacista e cittadino, costituisce un'occasione per verificare la corretta comprensione della terapia, chiarire modalità e tempi di assunzione dei medicinali, supportare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici e rispondere ai dubbi che emergono durante il trattamento. In questo modo contribuisce a ridurre il divario tra la terapia prescritta e quella effettivamente seguita dal paziente.

Le esperienze maturate nell'ambito della Farmacia dei servizi e le evidenze scientifiche mostrano come programmi strutturati di supporto all'aderenza possano migliorare la continuità terapeutica, in particolare nelle principali patologie croniche, tra cui diabete, ipertensione arteriosa e broncopneumopatia cronica ostruttiva.

20.3.3. Dalla prossimità all'integrazione: una risorsa per il Servizio Sanitario Nazionale

L'invecchiamento della popolazione e la crescente diffusione delle patologie croniche renderanno sempre più frequenti percorsi assistenziali lunghi e complessi, caratterizzati dall'intervento di professionisti, servizi e livelli di cura differenti. La sfida non consiste nell'aumentare il numero

degli attori coinvolti, ma nel valorizzarne il coordinamento, assicurando continuità, appropriatezza e tempestività dell'assistenza.

In questo contesto, la farmacia di comunità rappresenta una risorsa già pienamente inserita nella rete dell'assistenza territoriale. La capillarità della rete, la continuità della relazione con il paziente e la competenza professionale del farmacista consentono di contribuire concretamente alla gestione della cronicità, favorendo l'aderenza terapeutica, promuovendo un uso corretto dei medicinali e facilitando il raccordo con gli altri professionisti sanitari.

In particolare, l'utilizzo della telemedicina in farmacia, ampiamente sperimentato in questi anni, costituisce un ulteriore strumento di monitoraggio clinico e di prevenzione. Permette infatti di fornire al medico elementi per il controllo dello stato di salute del paziente, di intercettare precocemente eventuali situazioni a rischio e di individuare criticità nel percorso di cura.

È infatti proprio la Farmacia dei servizi che ha reso più evidente il potenziale della rete di prossimità, offrendo strumenti che consentono di integrare in modo sempre più efficace il farmacista nei percorsi assistenziali. La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale passerà anche dalla capacità di consolidare modelli organizzativi realmente integrati, nei quali ciascun professionista metta a disposizione le proprie competenze per accompagnare il paziente lungo tutto il percorso di cura. In questa prospettiva, il farmacista di comunità può offrire un contributo significativo alla gestione della cronicità, collaborando con altre figure sanitarie per rendere l'assistenza più vicina alle persone, più continua e più efficace.

Riferimenti bibliografici

AIFA, *Rapporto OsMed 2025 sull'uso dei farmaci in Italia*, 2025, p. 15.

ISTAT, *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Capitolo 4 "Sanità e salute", 2025, pp. 83-103.

21. Servizi territoriali di salute mentale: sfide, criticità e modelli migliorativi

di *Virginio Salvi**

21.1. Introduzione

La salute mentale è un diritto di tutti i cittadini, indipendentemente dalle possibilità economiche e da dove si risiede, così come definito dalla nostra Costituzione, che all'articolo 32 tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Tutti i cittadini dovrebbero pertanto avere accesso a prevenzione, trattamento e riabilitazione, come descritto dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale di recente pubblicazione (PANSM 2025-2030).

Nella realtà, tuttavia, l'accesso alle cure psicologiche e psichiatriche non è uguale per tutti: vi sono marcate differenze regionali, con regioni virtuose dotate di un numero di professionisti della salute mentale tale da permettere di attuare i protocolli e le linee guida per realizzare le pratiche cliniche basate sull'evidenza. Dall'altra parte esistono regioni dove le dotazioni di personale sono decisamente inferiori a quanto sarebbe necessario, cosa che conduce necessariamente a una maggiore difficoltà di accesso alle cure e a una minore qualità delle stesse dovuta all'impossibilità di garantire ai cittadini di quelle aree gli standard minimi di assistenza.

Il punto di partenza di qualsiasi riflessione sulla salute mentale territoriale oggi è quindi la distanza fra ciò che bisognerebbe fare e quello che è realmente possibile fare.

* Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Disabilità e Dipendenze, ASST di Crema.

21.2. La forbice fra standard e realtà

Il documento “Standard per l’assistenza territoriale dei servizi Salute Mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e salute in carcere”, elaborato da AGENAS nel 2022 nell’ambito del DM 77/2022, indica in uno psichiatra su 10.000 abitanti maggiorenni la dotazione organica per garantire l’operatività minima: tradotto in termini assoluti questo significa che per prendere in cura in maniera adeguata le persone che in Italia soffrono di disturbi mentali, sono necessari al Servizio Sanitario Nazionale circa 5.000 psichiatri.

Il Rapporto Salute Mentale SISM 2025 restituisce tuttavia numeri sensibilmente inferiori: i dipartimenti di salute mentale contano complessivamente 3.182 psichiatri, ovvero circa 6,3 per 100.000 abitanti contro i 10 previsti dallo standard. Oltretutto il dato è complicato da cospicue differenze interregionali, con regioni come Emilia-Romagna, Toscana e Trentino-Alto Adige dotate di un numero di specialisti prossimo o addirittura superiore rispetto ai numeri indicati da AGENAS, mentre in più regioni del sud ma anche regioni del nord a più elevato reddito pro capite, quali Lombardia e Veneto, il numero di psichiatri nel SSN scende drammaticamente attorno a 4 su 100.000 abitanti.

A fronte di questa riduzione, si osserva negli ultimi tre anni un aumento di utenti che vengono presi in carico dai Centri di Salute Mentale (CSM), con un incremento dai 778.000 del 2021 agli oltre 845.000 del 2024. La conseguenza aritmetica di questa divergenza è un aumento del carico individuale. Se nel 2021 ogni psichiatra seguiva in media 213 pazienti, dopo tre anni quella cifra è salita a 266: un incremento di circa il 25% del numero di assistiti affidati a ciascuno psichiatra che lavora nel SSN.

L’aumento degli assistiti per singolo psichiatra, unitamente all’aumento dei turni di guardia che spesso è necessario per garantire la copertura delle urgenze sul territorio, si traducono in un notevole aumento della fatica unita alla sensazione costante di non riuscire a fare abbastanza per pazienti spesso gravi e complessi. Da questo sovraccarico si genera il *burnout* degli operatori, a cui segue l’abbandono del Servizio Sanitario per il settore privato, la libera professione o l’uscita anticipata. Ogni abbandono riduce ulteriormente l’organico, con il conseguente aumento del carico di chi resta, ancora più esposto al rischio di *burnout*. Aumento della domanda, carenza di medici, sovraccarico individuale e nuovo abbandono si susseguono in un ciclo che, senza interventi, tende ad autoalimentarsi.

Alla luce della drammatica emorragia di personale sanitario, in attesa di politiche adeguate a favorire un ritorno dei medici al SSN, è necessario

rivedere radicalmente l'organizzazione dei Servizi di salute mentale nell'ottica di una maggiore efficienza.

21.3. Riorganizzare l'assistenza secondo livelli di intensità clinica

Una prima proposta può essere fatta a partire dal documento di AGENAS, recentemente ripreso dal PANSM, che identifica livelli assistenziali a intensità crescente.

Il primo livello – consultazione e assistenza primaria – dovrebbe essere dedicato alla prevenzione: intercettare precocemente situazioni di stress o sintomi lievi al fine di prevenire la patologia psichiatrica vera e propria. Questo primo livello dovrebbe essere garantito all'interno delle Case della Comunità, luoghi diffusi in maniera capillare sul territorio, non stigmatizzati e pertanto potenzialmente frequentati da una vasta platea di persone. Le Case di Comunità sono luoghi multiservizi, per definizione non connotati e pertanto più accessibili a quegli utenti che sceglierebbero di non recarsi in un servizio di salute mentale per vergogna o per il timore di essere associati a chi soffre di disturbi gravi.

La gestione di questo primo livello assistenziale in Casa di Comunità consentirebbe inevitabilmente un maggiore accesso, portando a riconoscere e trattare quei disturbi poco gravi ma altamente diffusi nella popolazione, in particolare i disturbi legati allo stress, quelli dell'adattamento dovuti alla difficoltà a superare situazioni o eventi di vita sfavorevoli, che spesso conducono alla comparsa di sintomi dello spettro ansioso-depressivo.

Se secondo il PANSM 2025-2030 questo primo livello dovrebbe essere gestito da “un'équipe multiprofessionale che comprenda almeno psichiatra, psicologo psicoterapeuta, infermiere ed educatore professionale”, appare tuttavia chiaro come, in un momento di forte calo del numero di medici psichiatri nel SSN, il ruolo di riconoscimento e trattamento dei disturbi lievi dovrebbe essere affidato primariamente ad altre figure professionali, in primo luogo quella dello psicologo delle cure primarie. Lo psicologo di assistenza primaria dovrebbe operare in Casa di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Assistenza Primaria (MAP). Un approccio psicologico-psicoterapeutico alla sofferenza psicologica o ai disturbi psichiatrici lievi, se il caso è associato a un supporto farmacologico di base prescritto dal MAP, potrebbe prevenire efficacemente una loro evoluzione sfavorevole, riducendone l'impatto sulle persone e sulla società e contemporaneamente limitando in questo modo l'accesso ai servizi specialistici di livello superiore, in grave carenza di personale.

In questi casi il medico psichiatra potrebbe avere un ruolo semplicemente consulenziale, integrando l'equipe di cura in Casa di Comunità laddove l'intensità dei sintomi, l'eventuale comorbidità o la resistenza ai trattamenti richiedano una terapia farmacologica più complessa che va oltre le competenze del MAP.

I dati del SISM permettono di ricavare una stima prudenziale di quanta parte dell'attuale carico dei CSM sia potenzialmente ricollocabile in questo primo livello. I disturbi depressivi, con una prevalenza di soggetti trattati di 37 ogni 10.000 abitanti, rappresentano da soli circa un utente su cinque fra quelli in carico. Aggiungendo le sindromi nevrotiche e somatoformi, che possono in molti casi anch'essi essere considerati disturbi trattabili in un *setting* di primo livello, si supera un terzo dell'utenza complessiva. Naturalmente non tutte queste persone sono ricollocabili: una quota rilevante presenta quadri gravi, resistenti al trattamento o complicati da comorbidità, che richiedono a pieno titolo la presa in carico specialistica. Ma anche assumendo in via cautelativa che solo un terzo di questa fascia sia gestibile a un livello di intensità inferiore, si tratterebbe di 90.000-100.000 persone: un volume che, restituito alla medicina generale e alla psicologia delle cure primarie, alleggerirebbe notevolmente i CSM.

Il secondo livello di intervento ambulatoriale in Salute Mentale è quello specialistico erogato nel CSM, centro nevralgico delle attività del Dipartimento di Salute Mentale. Al CSM dovrebbero afferire le persone già portatrici di disturbi conclamati e complessi, che hanno necessità di un trattamento psicofarmacologico specialistico o di un trattamento multimodale, che comprenda la terapia farmacologica e psicologica e, in alcuni casi, un percorso riabilitativo e un supporto sociale. Parliamo di utenti con disturbi psichiatrici maggiori, quali le psicosi schizofreniche e affettive, i gravi disturbi d'ansia, i disturbi della personalità e in ogni caso i disturbi complessi o resistenti ai trattamenti.

Una tale redistribuzione sulla base della gravità dei disturbi psichici avrebbe il duplice risultato di garantire maggiore appropriatezza, individuando luoghi più idonei per l'utenza, e di ridurre il carico di lavoro dei CSM, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo il sovraccarico degli operatori.

21.4. Riformare il CSM: un'organizzazione modulare per aree funzionali

Accanto alla ridefinizione dei luoghi di cura sulla base dell'intensità dei quadri clinici, un altro passo in avanti consisterebbe nel riformare gli

stessi CSM, che negli ultimi anni hanno mostrato evidenti limiti organizzativi che ne limitano l'efficienza e la possibilità di dare risposte appropriate ai bisogni attuali in Salute Mentale.

Progettati agli inizi degli anni '80 con una *mission* prevalentemente legata al superamento degli Ospedali Psichiatrici, sono passati dal dover gestire disturbi psicotici spesso in condizione di cronicità al dover fare fronte ai nuovi bisogni di una società in continuo aggiornamento. Negli ultimi anni è cresciuta la richiesta di prestazioni in Salute Mentale, a causa di fenomeni sociali quali il cambiamento demografico, l'aumento di situazioni di marginalizzazione legati ai flussi migratori da Paesi poveri, la comparsa di nuove psicopatologie dell'età giovanile, l'aumento della prevalenza di disturbi comportamentali e del neurosviluppo quali autismo e ADHD, il dilagare dell'uso di nuove sostanze psicoattive fra gli adolescenti e i giovani adulti. In questa cornice il modello organizzativo attuale, statico e generalista, disegnato su pochi disturbi gravi che affliggono la minoranza della popolazione mostra tutti i propri limiti.

Una possibile revisione organizzativa dei CSM è stata recentemente proposta in un *position paper* della Sezione Lombarda della Società Italiana di Psichiatria. Viene suggerita una riorganizzazione modulare dei Servizi, con personale multiprofessionale e altamente specializzato che operi in aree funzionali dedicate.

Una prima area dovrebbe essere dedicata ai disturbi mentali gravi, caratterizzati da alta intensità dei sintomi, impatto significativo sul funzionamento, instabilità del quadro clinico, resistenza ai trattamenti di primo livello. Richiedono interventi intensivi ed estensivi oltre che la possibile gestione in urgenza e l'integrazione con le altre articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale. L'inquadramento diagnostico e il trattamento sarebbero qui affidati in primo luogo a medici psichiatri, con il supporto infermieristico per le terapie iniettive o ospedaliere, quello di psicoterapeuti per la messa in atto di terapie combinate e di educatori/TerP per gli eventuali interventi riabilitativi. Lo psichiatra ha qui un ruolo primario nella gestione del caso clinico che avviene comunque all'interno di equipe multi-professionali.

Una seconda area dovrebbe essere dedicata alla cura dei pazienti con disturbi certamente gravi e impattanti ma ormai cronicizzati, quali in primo luogo le psicosi schizofreniche stabilizzate, che hanno prevalenti bisogni socio-riabilitativi. Qui, accanto alle terapie farmacologiche che devono proseguire spesso per tutta la vita della persona, sono necessari interventi di assistenza sociale che aiutino a individuare e mantenere attività lavorative protette, a ottenere i sussidi a cui queste persone hanno diritto, a mantenere una decorosa condizione abitativa. Dall'altra parte sono neces-

sari interventi riabilitativi atti a rinforzare le abilità sociali e strumentali. Per questi pazienti è appropriato e necessario un minor livello di intensità clinica, investendo le risorse sul piano dell'assistenza e della riabilitazione psicosociale, affidate a professionisti sanitari non medici nella gestione e nella progettazione del piano individualizzato, in collaborazione con il personale medico. In questi casi lo psichiatra dovrebbe avere un ruolo molto più marginale, effettuando quasi esclusivamente attività di consulenza.

A tal proposito è necessaria una precisazione. La proposta di attribuire allo psichiatra un ruolo prevalentemente consulenziale in alcune aree riguarderebbe l'allocazione del tempo professionale, non la titolarità della responsabilità clinica. La prescrizione farmacologica, la valutazione del rischio e la validazione del piano individualizzato restano funzioni mediche, esercitate all'interno di un'équipe che opera su protocolli condivisi e con una tracciabilità documentale chiara di chi decide che cosa. Rendere esplicito questo punto è la condizione perché il modello sia difendibile sul piano deontologico e medico-legale, e perché gli operatori non medici a cui si chiede maggiore autonomia possano esercitarla in sicurezza.

Una terza direttrice potrebbe riguardare i disturbi mentali comuni per i quali sia necessaria una presa in carico anche psichiatrica, che quindi potrebbero costituire un livello di intensità di assistenza ulteriore rispetto a quanto, come descritto, dovrebbe costituire il primo livello di cure e avere sede in Casa di Comunità. Quest'area si occuperebbe di offrire prestazioni a persone con psicopatologia di minore gravità e minori bisogni ma ad alta prevalenza (patologie depressive, ansiose e somatoformi) caratterizzati da maggiore complessità/gravità o resistenza al trattamento. In questi casi potrebbero venire offerti pacchetti a minore intensità di cura e durata limitata, con la possibilità di rinvio al MAP e allo psicologo delle Cure Primarie a fronte del miglioramento del quadro clinico.

È fondamentale, infine, che i CSM si dotino di un polo dedicato alla salute mentale nell'età di transizione e giovane adulta (16-24 anni). Si tratta della fascia in cui esordisce la grande maggioranza dei disturbi psichiatrici maggiori e in cui l'intervento precoce produce il maggiore vantaggio in termini prognostici, ed è al tempo stesso quella su cui il sistema attuale è meno attrezzato, perché la separazione fra neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti cade esattamente nel mezzo del periodo di massimo rischio. Tale area funzionale dovrebbe strutturarsi come un sistema multidisciplinare, flessibile e fortemente orientato all'intervento precoce, dove l'obiettivo prioritario è la tutela del percorso di crescita e dell'inclusione sociale del ragazzo. Qui le figure di riferimento sono quelle dello psichiatra e, nella fase di passaggio alla maggiore età, del neuropsichiatra infantile, indispensabili per garantire una diagnosi accurata, un eventuale supporto far-

macologico e la continuità terapeutica nel delicato passaggio dall'età evolutiva a quella adulta. A loro si deve affiancare lo psicologo psicoterapeuta, che effettua la valutazione psicodiagnostica, la psicoterapia individuale e l'indispensabile sostegno al nucleo familiare. L'operatività quotidiana e la dimensione riabilitativa sono affidate agli educatori professionali e ai TerP. Fondamentale prevedere che le figure riabilitative possano operare al di fuori dalle mura del Servizio, accompagnando i giovani nel reinserimento scolastico o lavorativo, nel recupero delle abilità sociali e fungendo da ponte costante tra il CSM e la vita reale. Indispensabile è qui il raccordo con i Servizi per le Dipendenze, che dovrebbero anch'essi costituire al loro interno un'articolazione specifica accogliente e adatta, sia da un punto di vista strutturale che organizzativo, a lavorare con adolescenti e giovani adulti.

In ultima analisi, un'articolazione in poli come quella descritta consentirebbe una migliore organizzazione e contribuirebbe alla costruzione di *équipes* altamente specializzate e probabilmente più in grado di gestire i casi loro affidati con la necessaria efficienza.

21.5. Due leve immediate: accreditamento e trasformazione digitale

Infine, due ulteriori aspetti meritano di essere citati. In primo luogo, fondamentale per cercare di arginare il problema della carenza di personale è una modifica dei criteri di accreditamento. Ad esempio, l'apertura obbligatoria dei nuovi CSM per 12 ore al giorno su 6 giorni la settimana appare anacronistica e inattuabile con il personale a disposizione dei dipartimenti di salute mentale: un requisito che, nella pratica, si traduce nel presidio formale di una sede a scapito delle attività territoriali e domiciliari, cioè proprio di ciò che qualifica un Servizio di comunità. Sarebbe più appropriato un accreditamento basato sulle funzioni effettivamente garantite e sulla loro accessibilità, piuttosto che sull'orario di apertura.

In secondo luogo, andrebbe accelerata la trasformazione digitale attraverso l'adozione generalizzata di una cartella clinica elettronica che sia interoperabile e permetta di accedere simultaneamente agli interventi ospedalieri e territoriali. Il risultato sarebbe una notevole riduzione dei tempi e una maggiore accuratezza grazie alla mole di informazioni disponibili. Anche l'adozione capillare della telemedicina, a valle dell'implementazione di piattaforme informatiche che proteggano la *privacy* di operatori e utenti, permetterebbe in molti casi di risparmiare tempo e aumentare l'aderenza degli utenti alle visite programmate.

21.6. Conclusioni

Una riorganizzazione dei servizi di salute mentale appare necessaria per colmare la forbice fra gli standard di personale e la realtà dei Servizi di salute mentale. La riprogettazione dovrebbe rilocalizzare la risposta ai disturbi comuni e meno impattanti – attraverso il primo livello nelle Case di Comunità e l'integrazione con la medicina generale – e differenziare a valle i percorsi di cura secondo il modello modulare proposto dal *position paper* della SIP-Lo.

Nessuna di queste misure è però sostitutiva dell'investimento sull'organico: solo l'azione combinata sulla dotazione di personale e sull'assetto organizzativo può restituire sostenibilità a un sistema che oggi è in crisi e sempre meno in grado di gestire una domanda crescente con una importante contrazione delle risorse umane.

Riferimenti bibliografici

- AGENAS (2022), *Standard per l'assistenza territoriale dei servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, NPIA e Salute in Carcere* (nell'ambito del DM 77/2022).
- Migliarese G., Abbiati V., Beraldo S. *et al.* (2025), "La riorganizzazione dei servizi territoriali", *Psichiatria Oggi*, XXXVII: 67-76.
- Ministero della Salute, *Rapporto Salute Mentale – Sistema Informativo Salute Mentale* (SISM).
- Ministero della Salute, *Rapporto Salute Mentale – Sistema Informativo Salute Mentale* (SISM), 2022 (dati 2021; personale al 31/12/2020).
- Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale* (PANSM) 2025-2030.

22. L'innovazione digitale nella gestione e cura delle malattie croniche

di *Eugenio Santoro**

22.1. Introduzione

Il progressivo e inarrestabile invecchiamento della popolazione globale, unitamente al prolungamento dell'aspettativa di vita garantito dai progressi della medicina moderna, ha condotto a una profonda transizione epidemiologica. Nel panorama sanitario contemporaneo, le patologie acuto-infettive hanno ceduto il passo alle malattie cronico-degenerative, che rappresentano oggi la principale causa di morbidità, mortalità e assorbimento delle risorse economiche nei Paesi ad alto reddito. Condizioni complesse quali il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'insufficienza renale cronica e i disturbi neurodegenerativi impongono un carico assistenziale prolungato che mette a dura prova la tenuta strutturale e finanziaria dei sistemi sanitari tradizionali.

La natura stessa della patologia cronica richiede una revisione strutturale dei modelli di presa in carico. Si rende necessaria una transizione verso un modello di cura proattivo, continuativo e capillarmente distribuito sul territorio, capace di seguire il paziente nella sua quotidianità. In questo scenario di trasformazione, l'innovazione digitale rappresenta un catalizzatore fondamentale. La salute digitale, o Digital Health, non costituisce quindi una semplice aggiunta di strumenti tecnologici alla prassi esistente, bensì un fattore abilitante per reingegnerizzare l'intero percorso diagnostico-terapeutico.

* Dipartimento di Oncologia Clinica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS.

22.2. La disponibilità della tecnologia in ambito sanitario

La progressiva convergenza tra scienze mediche, ingegneria dell'informazione e delle telecomunicazioni ha generato una vasta gamma di soluzioni tecnologiche destinate alla tutela della salute. All'interno del vasto ecosistema della sanità digitale, le tecnologie disponibili si articolano in diverse macro-categorie, ciascuna caratterizzata da specifiche architetture hardware, componenti software e finalità d'uso clinico.

Una prima e consolidata area è rappresentata dalla telemedicina, la quale comprende l'insieme dei servizi sanitari erogati a distanza mediante dispositivi di telecomunicazione. Negli scorsi anni, dopo un percorso durato oltre 15 anni, il Sistema Sanitario Nazionale ha codificato, riconosciuto e normato alcune prestazioni di telemedicina come la televisita (che consente il contatto visivo e verbale diretto tra clinico e paziente), il teleconsulto (volto allo scambio di pareri specialistici tra operatori sanitari) e il telemonitoraggio (che permette l'acquisizione e la trasmissione a distanza di parametri fisiologici ed emodinamici vitali mediante sensoristica biomedica collegata a piattaforme di trasmissione dati).

Accanto alle soluzioni di telemedicina tradizionale, si assiste all'esplosione dei dispositivi indossabili, detti anche *wearable*, e della sensoristica avanzata. Oggetti di uso quotidiano come *smartwatch*, fasce toraciche e patch cutanee intelligenti, fino ai sensori sottocutanei per il monitoraggio continuo del glucosio, sono in grado di raccogliere biomarcatori digitali in modo non invasivo e continuativo. Questi strumenti generano una grande mole di dati nel mondo reale, offrendo una fotografia fedele del profilo fisiologico del paziente durante le sue normali attività fisiologiche e lavorative.

Una ulteriore direttrice dell'innovazione è costituita dalle app per la salute. Sviluppate per *smartphone* e *tablet*, tali applicazioni spaziano da semplici strumenti informativi e di tracciamento degli stili di vita fino a sistemi complessi dotati di algoritmi decisionali che guidano il paziente nell'aderenza terapeutica, nel riconoscimento dei sintomi d'allarme e nel supporto all'auto-gestione della patologia. Al vertice di questa evoluzione si collocano le Terapie Digitali, un sottoinsieme della salute digitale che eroga interventi terapeutici diretti tramite software sottoposti a rigorose sperimentazioni cliniche.

Infine, l'architettura tecnologica della sanità digitale trova il suo coronamento nelle applicazioni di Intelligenza Artificiale (IA) e di *machine learning*. Tali sistemi sono capaci di analizzare ed elaborare i *big data* provenienti da sensori e cartelle cliniche elettroniche per elaborare modelli predittivi di rischio, utili a identificare precocemente le riacutizzazioni o a personalizzare i dosaggi farmacologici.

22.3. Perché la tecnologia può essere utile per gestire e curare le malattie croniche

L'utilità fondamentale delle tecnologie digitali nella gestione delle malattie croniche risiede nella loro capacità di colmare il divario temporale e spaziale che tradizionalmente separa il momento della visita medica dalla vita quotidiana del paziente. La malattia cronica è un processo patologico continuo, ma l'assistenza sanitaria tradizionale viene erogata secondo un modello discontinuo, scandito da controlli periodici spesso distanziati di diversi mesi. Durante questi intervalli, le condizioni cliniche del paziente possono subire un deterioramento progressivo o improvviso che rimane del tutto invisibile al medico fino al verificarsi di un evento acuto o di un ricovero in emergenza.

L'inserimento degli strumenti digitali nel percorso di cura spezza questa dinamica reattiva. Attraverso il flusso costante di dati fisiologici, le piattaforme di monitoraggio consentono di identificare i primi segni di alterazione clinica prima ancora che essi si traducano in sintomi percepibili dal paziente. Ciò permette al medico di modificare tempestivamente l'evolversi di una patologia, evitando di agire in condizioni di emergenza.

Un altro elemento centrale risiede nell'empowerment del paziente e nel potenziamento dell'auto-gestione della malattia. Le tecnologie digitali trasformano il paziente da ricettore passivo di prescrizioni a soggetto attivo del proprio percorso terapeutico. La visualizzazione chiara dei propri parametri clinici, l'interazione con diari digitali intelligenti e la fruizione di moduli educativi interattivi accrescono la consapevolezza dei meccanismi della patologia e ne favoriscono l'alfabetizzazione sanitaria. Un paziente informato e consapevole dimostra una maggiore aderenza alle modifiche dello stile di vita, al regime alimentare e al piano farmacologico prescritto, con ricadute dirette sul controllo a lungo termine dei fattori di rischio.

Infine, la digital health consente un'ottimizzazione e una personalizzazione senza precedenti delle risorse assistenziali. La disponibilità di dati clinici raccolti nel contesto reale della vita del paziente permette agli specialisti di superare l'approccio rigido basato su linee guida generiche, personalizzando gli schemi terapeutici sui reali bisogni individuali. Parallelamente, la digitalizzazione e la telemedicina consentono di razionalizzare il lavoro degli operatori sanitari, i quali possono filtrare le richieste, pianificare le visite in presenza solo per i casi di effettiva necessità clinica e dedicare il tempo risparmiato ai pazienti a elevata complessità o in fase di destabilizzazione.

22.4. Evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza da studi clinici

Il passaggio della digital health da potenziale innovativo a strumento integrato nella pratica clinica ufficiale è sostenuto da una solida e crescente base di evidenze scientifiche. Negli ultimi anni, la comunità medica ha applicato i rigidi metodi della ricerca clinica – inclusi i trial clinici controllati e randomizzati, le revisioni sistematiche e le meta-analisi – per valutare la reale efficacia e la sicurezza degli interventi basati su tecnologie digitali.

Nel campo delle malattie cardiovascolari, la letteratura fornisce conferme particolarmente robuste. Diversi studi clinici randomizzati focalizzati sullo scompenso cardiaco hanno dimostrato che i programmi di telemonitoraggio multiparametrico sono in grado di ridurre in modo statisticamente significativo il tasso di re-ospedalizzazione rispetto alla presa in carico convenzionale. I risultati evidenziano inoltre una sensibile riduzione della mortalità per tutte le cause, attribuibile alla tempestività degli aggiustamenti terapeutici consentita dall'analisi a distanza dei dati fisiologici. Parallelamente, l'impiego di interventi basati sull'invio di messaggi di testo personalizzati e sull'uso di app mobili per la gestione della cardiopatia ischemica ha mostrato un impatto positivo e duraturo sulla modifica dei fattori di rischio, evidenziando riduzioni significative dei livelli di pressione arteriosa sistolica, dell'indice di massa corporea e dei tassi di fumo di tabacco.

Anche nell'ambito dei disturbi metabolici, in particolare nel diabete mellito di tipo 1 e di tipo 2, la digital health esprime un'efficacia clinicamente rilevante. La combinazione dei sistemi di monitoraggio continuo del glucosio con applicazioni per smartphone dotate di algoritmi di supporto decisionale ha dimostrato nei trial clinici una netta riduzione dell'emoglobina glicata, senza determinare un aumento degli episodi ipoglicemici.

Per quanto concerne le patologie respiratorie croniche come la BPCO e l'asma severa, i trial clinici condotti su interventi di natura digitale che integrano la pulsossimetria digitale con programmi di riabilitazione polmonare erogati via tablet testimoniano un miglioramento della capacità funzionale, valutata mediante test del cammino, e una concomitante riduzione delle riacutizzazioni acute che richiedono trattamenti steroidei o ricoveri d'urgenza.

Sotto il profilo della sicurezza, le valutazioni cliniche condotte a supporto della registrazione di dispositivi e software medici evidenziano che gli eventi avversi legati all'impiego delle tecnologie digitali sono estremamente contenuti. La quasi totalità delle criticità segnalate risiede in inconvenienti tecnici, nella perdita di connettività, in falsi allarmi legati a un'er-

rata calibrazione dei sensori o in errori di digitazione manuale da parte del paziente. La sicurezza clinica intrinseca dei dispositivi validati si attesta su livelli eccellenti, confermando che il rischio complessivo per il paziente è ampiamente compensato dai benefici terapeutici e preventivi ottenuti.

22.5. Barriere all'adozione: il punto di vista del medico e del paziente

Nonostante il quadro ampiamente favorevole delineato dalle evidenze scientifiche, la diffusione su larga scala delle tecnologie digitali nella prassi clinica quotidiana procede a un ritmo inferiore alle aspettative. L'integrazione della sanità digitale incontra infatti rilevanti barriere di natura strutturale, culturale, organizzativa e psicologica, che coinvolgono sia gli operatori sanitari sia la popolazione dei pazienti.

Dal punto di vista della classe medica e degli operatori sanitari, una delle principali resistenze è legata al rischio di sovraccarico informativo e al fenomeno noto come affaticamento da allarme o *alarm fatigue*. La ricezione ininterrotta di volumi massicci di dati grezzi provenienti dai dispositivi domiciliari dei pazienti rischia di saturare l'attività del clinico. In assenza di algoritmi capaci di segnalare solo le reali urgenze, il medico si trova a dover gestire una gran quantità di notifiche di scarsa rilevanza clinica, con il conseguente aumento del carico di lavoro amministrativo e del rischio di burnout.

A questo si aggiunge la persistente carenza di interoperabilità tra le diverse piattaforme tecnologiche in commercio e i sistemi informativi sanitari aziendali o le cartelle cliniche elettroniche regionali. L'impossibilità di far dialogare software differenti costringe gli operatori a ripetute operazioni di trascrizione manuale dei dati, vanificando i guadagni di efficienza promessi dalla digitalizzazione. Non va infine trascurato il deficit formativo: i percorsi di laurea in medicina e nelle professioni sanitarie hanno integrato solo di recente i temi della salute digitale, lasciando gran parte degli attuali professionisti priva delle competenze tecniche necessarie per prescrivere e gestire con sicurezza gli strumenti digitali.

Dal lato dei pazienti, la principale barriera è rappresentata dal divario digitale, che si intreccia strettamente con i livelli di alfabetizzazione sanitaria generale e digitale. Le patologie croniche prevalgono nettamente nelle fasce di popolazione più anziane, ovvero in coloro che presentano statisticamente la minore familiarità con l'uso di smartphone, connessioni internet e interfacce software complesse. La mancanza di competenze digitali di base può generare ansia, frustrazione e senso

di inadeguatezza nel paziente, conducendo a un rapido abbandono dello strumento tecnologico.

Inoltre, sussistono resistenze sul piano della relazione terapeutica: una quota di pazienti manifesta il timore che la mediazione dello schermo e del sensore possa depersonalizzare il rapporto con il medico, sostituendo il contatto umano e l'ascolto empatico con un'interazione fredda e automatizzata. Infine, le barriere di accessibilità fisica o cognitiva, legate alla presenza di deficit visivi, uditivi o motori frequenti nell'anziano, costituiscono un ostacolo insormontabile se le tecnologie non vengono progettate secondo i principi del design inclusivo.

22.6. Aspetti di sicurezza dei dati ed etica

L'introduzione pervasiva delle tecnologie digitali e dell'archiviazione in cloud nell'ambito della salute apre scenari complessi sotto il profilo dell'etica medica e della tutela della riservatezza dei dati personali.

Nel contesto europeo, la gestione di queste informazioni è rigorosamente disciplinata dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati, noto come GDPR (Regolamento UE 2016/679). Tutti gli strumenti illustrati devono garantire che i dati clinici e biometrici raccolti vengano trattati rispettando i principi di minimizzazione, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza. Ciò impone l'adozione di architetture informatiche dotate di crittografia avanzata sia durante il trasferimento dei dati sia nella loro archiviazione, oltre a meccanismi di autenticazione forte per l'accesso da parte degli operatori. La gestione del consenso informato deve essere trasparente, consentendo al paziente di comprendere chiaramente chi avrà accesso alle sue informazioni, per quali finalità specifiche e per quale intervallo temporale.

Sotto il profilo etico, la digitalizzazione della salute solleva questioni di primaria importanza riguardanti l'equità di accesso alle cure. Qualora le tecnologie digitali diventassero il canale primario o esclusivo per accedere a determinati servizi assistenziali o per monitorare la patologia cronica, si verificherebbe la drammatica conseguenza di escludere dalla tutela della salute i soggetti privi di risorse economiche, di dispositivi idonei o di competenze digitali. Questo fenomeno, definito disuguaglianza digitale in salute, rischia di accentuare le disparità socio-sanitarie già esistenti, penalizzando le fasce di popolazione più fragili e marginalizzate.

Un ulteriore dilemma etico riguarda l'autonomia del paziente e l'impiego degli algoritmi di IA nei processi decisionali clinici. La dipendenza continua dal monitoraggio tecnologico può talvolta indurre uno stato di

ansia costante nel paziente o, all'opposto, determinare una delega passiva della responsabilità della propria salute all'algoritmo. Inoltre, l'integrazione di sistemi di IA nella stratificazione del rischio o nella raccomandazione terapeutica richiede una rigorosa vigilanza circa la trasparenza dei modelli computazionali e l'assenza di distorsioni sistematiche, o bias, nei dati utilizzati per l'addestramento degli algoritmi, al fine di evitare decisioni cliniche discriminatorie o erranee.

22.7. Conclusioni

L'innovazione digitale rappresenta un'opportunità strategica e non più differibile per trasformare la gestione delle malattie croniche, offrendo risposte concrete alle sfide di sostenibilità, qualità ed equità che interessano i sistemi sanitari contemporanei. L'integrazione di strumenti di telemedicina, sensori indossabili, app per la salute certificate e terapie digitali all'interno dei percorsi assistenziali permette di superare i limiti dell'assistenza frammentata ed episodica, ponendo le basi per un modello di cura continuo, personalizzato e centrato sulla persona nel suo ambiente di vita.

Le evidenze scientifiche accumulate negli ultimi anni testimoniano in modo inequivocabile che la salute digitale, se adeguatamente progettata e applicata, è in grado di migliorare gli esiti clinici, ridurre la frequenza delle riacutizzazioni e dei ricoveri impropri, potenziare l'aderenza terapeutica e innalzare la qualità di vita percepita dai pazienti. Ciononostante, affinché la sanità digitale possa esprimere appieno il suo potenziale e uscire dalla dimensione dei progetti pilota isolati, occorre superare una visione riduttiva e puramente tecno-centrica.

L'adozione della tecnologia non costituisce un fine in sé, ma un mezzo per abilitare il cambiamento organizzativo. Il successo della transizione digitale in sanità dipende dalla capacità delle istituzioni e degli operatori di riprogettare i processi di cura, di garantire la piena interoperabilità tra i sistemi informativi, di definire quadri regolatori e di rimborsabilità chiari e di promuovere un vasto piano di alfabetizzazione digitale rivolto sia ai professionisti della salute sia alla popolazione generale. Solo attraverso una governance equilibrata, rigorosa sul piano della validazione clinica e attenta ai principi dell'etica e della tutela della privacy, sarà possibile garantire che l'innovazione digitale si traduca in un reale progresso per la salute pubblica e per la cura delle patologie croniche.

Le opinioni espresse in questo capitolo dall'autore sono esclusivamente personali e non riflettono necessariamente la posizione ufficiale dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS.

Riferimenti bibliografici

- Chow C.K., Redfern J., Hillis G.S. *et al.*, “Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease: a randomized clinical trial”, *JAMA*, 2015 Sep 22-29, 314(12): 1255-1263.
- Giubilato S., Granata L.G., Petrina S.M., “Intelligenza artificiale nella prevenzione cardiovascolare: un’opportunità strategica per la predizione del rischio e la diagnosi precoce”, *G. Ital. Cardiol.*, 2026, 27(9): 604-614.
- Ko M., Gadaleta M., Topol E. *et al.*, “Development and external validation of a contrastive learning foundation model for ECG-based prediction of cardiovascular diseases and outcomes”, *The Lancet Digital Health*, 2026.
- Patel M.S., Asch D.A., Volpp K.G., “Wearable devices as facilitators, not drivers, of health behavior change”, *JAMA*, 2015 Feb 3, 313(5): 459-460.
- Qiu Y., Tang Y., Li Y. *et al.*, “The effect of online health management on type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis”, *Prim. Care Diabetes*, 2025 Dec, 19(6): 561-576.
- Santoro E., “Intelligenza artificiale e medicina: perché è difficile passare dalla fase di ricerca alla pratica clinica?”, *Recenti Progressi in Medicina*, 2026, 117: 386-389.
- Santoro E., “Digital health”, in “**X Appendice** dell’Enciclopedia Italiana Treccani – Le parole del XXI secolo”, *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma, 2020.
- Santoro E., Boscherini L., Caiani E.G., “Digital therapeutics: a systematic review of clinical trials characteristics”, *European Heart Journal*, 2021, Volume 42, Issue Supplement_1 ehab724.3115. doi: 10.1093/eurheartj/ehab724.3115
- Santoro E., “Il contributo della digital health al miglioramento dell’aderenza individuale e di popolazione”, *Recenti Progressi in Medicina*, 2021, 112(9): 570-573.
- World Health Organization, *Global strategy on digital health 2020-2025*, World Health Organization, Geneva, 2021.

Conclusioni. Cronicità e futuro del Servizio Sanitario Nazionale: verso nuovi modelli organizzativi tra innovazione e sostenibilità

di *Americo Cicchetti**

La cronicità rappresenta probabilmente il terreno sul quale si giocherà una parte decisiva del futuro del nostro sistema sanitario. Non soltanto perché le malattie croniche interessano una quota crescente della popolazione e assorbono una parte rilevante delle risorse disponibili, ma soprattutto perché rendono evidente l'inadeguatezza di un modello di assistenza ancora largamente costruito intorno all'episodio acuto, alla singola patologia e alla prestazione.

La trasformazione demografica descritta anche nelle pagine di questo Libro Bianco rende il cambiamento non più rinviabile. All'inizio del 2026 gli ultrasessantacinquenni rappresentano già il 25,1% della popolazione italiana e il loro peso è destinato a crescere ulteriormente, mentre parallelamente diminuisce la popolazione in età attiva. Ancora più rilevante sarà l'incremento delle fasce di età più avanzate, quelle nelle quali fragilità, multimorbidità e non autosufficienza diventano più frequenti. Ma la longevità non deve essere letta esclusivamente come una minaccia alla sostenibilità. Vivere più a lungo costituisce innanzitutto uno dei più importanti successi delle società contemporanee. La vera sfida è trasformare l'aumento degli anni di vita in aumento degli anni vissuti in buona salute, autonomia e partecipazione sociale.

Da questo punto di vista, la cronicità costringe a cambiare la domanda fondamentale alla quale il sistema sanitario deve rispondere. Non più soltanto: *come curare meglio una malattia?* ma: *come accompagnare nel tempo una persona che convive con più condizioni cliniche, bisogni assistenziali e sociali differenti, mantenendone il più a lungo possibile autonomia, funzionalità e qualità della vita?*

* Professore ordinario di Organizzazione Aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore.

È un cambiamento tutt'altro che semantico. Significa passare dalla cura della patologia alla gestione della traiettoria di salute della persona.

Uno dei messaggi più forti che attraversano i diversi contributi di questo volume è che la cronicità non può essere affrontata attraverso la semplice sommatoria di prestazioni e specialisti. Multimorbilità, fragilità, politerapia, disabilità, bisogni psicologici e vulnerabilità sociale tendono infatti a presentarsi contemporaneamente. Il paziente reale entra difficilmente nelle classificazioni organizzative attraverso le quali continuiamo a strutturare l'offerta.

Da qui deriva una prima implicazione per il SSN: occorre progressivamente realizzare in termini infrastrutturali, tecnologici e professionali la trasformazione dell'organizzazione sanitaria dalla prestazione al percorso e dal percorso per singola patologia alla presa in carico della persona.

Questo significa certamente valorizzare i PDTA, ma anche riconoscerne i limiti quando il paziente presenta più patologie contemporaneamente. Significa soprattutto attribuire responsabilità precise rispetto alla continuità della cura. Le persone con condizioni di multi-cronicità devono poter riconoscere chi governa il proprio percorso, chi ricomponi le indicazioni provenienti dai diversi specialisti, chi controlla la terapia nel suo complesso, chi interviene nei momenti di transizione e chi può essere contattato quando la condizione clinica si modifica.

In questa prospettiva, la contrapposizione tra ospedale e territorio perde significato. Il futuro non è semplicemente trasferire prestazioni dall'ospedale al territorio: è costruire una rete nella quale ospedale, cure primarie, assistenza domiciliare, servizi sociali e strutture intermedie operino come parti di uno stesso sistema.

Il Piano Nazionale della Cronicità aggiornato, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 23 ottobre 2025, si muove precisamente verso un modello di rete, multidisciplinare e orientato all'integrazione delle risorse, all'empowerment e alla partecipazione del paziente. La sfida non è quindi più principalmente disegnare il modello, quanto renderlo effettivamente operativo nei diversi territori.

La seconda trasformazione riguarda il rapporto tra prevenzione e sostenibilità.

In un sistema nel quale aumentano contemporaneamente longevità e prevalenza delle condizioni croniche, continuare a concentrare la maggior parte delle energie sulla gestione delle complicità significa intervenire troppo tardi e, spesso, nel punto più costoso della storia naturale della malattia.

La prevenzione deve pertanto diventare una componente strutturale delle politiche per la cronicità. Prevenzione primaria attraverso stili di vita,

vaccinazioni, contrasto ai fattori di rischio e interventi sui determinanti sociali; prevenzione secondaria attraverso screening e diagnosi precoce; prevenzione terziaria attraverso il controllo della progressione della malattia, dell'insorgenza delle complicanze e della perdita di autonomia.

Ciò richiede anche di superare una delle tradizionali distorsioni dei sistemi sanitari: i costi della prevenzione si sostengono oggi, mentre una parte dei benefici si manifesta negli anni successivi. Se programmazione, finanziamento e valutazione restano ancorati prevalentemente all'anno di bilancio e ai volumi di prestazioni, l'investimento preventivo continuerà inevitabilmente a risultare svantaggiato.

La sostenibilità dovrebbe invece essere valutata lungo un orizzonte pluriennale, considerando non soltanto la spesa sanitaria evitata, ma ricoveri, disabilità, perdita di autonomia, necessità assistenziali e costi sociali che possono essere prevenuti o posticipati. È necessario cogliere a pieno le opportunità della disciplina finanziaria adottata dalla Commissione Europea e sostanziata nello strumento del Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine. È necessario escludere alcune spese sanitarie dal computo del deficit annuale dando corpo all'assunto che le risorse dedicate alla promozione della salute sono investimenti reali e non spese.

In questo senso la prevenzione non costituisce una voce concorrente rispetto alla cura: costituisce una delle condizioni per poter continuare a garantire universalmente le cure.

Il terzo messaggio riguarda l'ampliamento dei confini della presa in carico.

Le pagine dedicate alle differenze di sesso e genere, al dolore cronico, alla salute mentale, alla cronicizzazione oncologica, alle demenze e al caregiving mostrano come l'impatto della malattia vada molto oltre i parametri clinici tradizionali. La cronicità modifica la capacità di lavorare, dormire, muoversi, mantenere relazioni sociali, partecipare alla vita della comunità e conservare autonomia.

Particolarmente importante è rendere visibile il contributo dei caregiver familiari. Un sistema che contabilizzi esclusivamente la spesa sostenuta dal SSN rischia di considerare implicitamente gratuito ciò che viene trasferito sulle famiglie. Ma il caregiving ha un costo in termini di tempo, salute, partecipazione al lavoro, reddito e opportunità, che ricade in misura rilevante sulle donne.

La sostenibilità sanitaria non può quindi essere ottenuta attraverso una traslazione silenziosa dei costi dal sistema pubblico alle famiglie. Una strategia nazionale sulla cronicità dovrebbe considerare il caregiver come parte della rete assistenziale e, contemporaneamente, come persona portatrice di propri bisogni di tutela, formazione, sollievo e supporto.

La stessa prospettiva dovrebbe guidare l'attenzione alle differenze di genere e alle disuguaglianze sociali e territoriali. Il volume mostra come salute, multimorbilità, fragilità e capacità di accedere ai servizi siano distribuite in modo diseguale. La sostenibilità del SSN deve pertanto essere accompagnata da una metrica di equità: non basta sapere se un intervento produce risultati mediamente migliori; occorre verificare per chi, dove e con quali differenze tali risultati vengono raggiunti. Il Libro Bianco richiama esplicitamente l'utilità dell'Health Equity Audit e della misura delle disuguaglianze come strumenti capaci di orientare la programmazione territoriale.

Un quarto elemento riguarda la sostenibilità clinica.

La crescita della multimorbilità espone inevitabilmente alla politerapia e rende sempre meno adeguato applicare separatamente le linee guida elaborate per ciascuna patologia. Il risultato può essere un accumulo di prescrizioni formalmente corrette considerate singolarmente, ma non necessariamente appropriate quando valutate nel loro insieme rispetto a fragilità, prognosi, preferenze e obiettivi della persona.

Medication review, riconciliazione terapeutica, aderenza e de-prescribing non devono essere considerati interventi marginali o esclusivamente farmacologici. Sono componenti fondamentali di un modello di presa in carico della cronicità.

Il criterio guida dovrebbe diventare la massimizzazione del beneficio complessivo per la persona, e non del numero di interventi erogati. Ciò implica anche riconoscere che innovare non significa necessariamente aggiungere. In alcuni casi innovazione significa introdurre una nuova terapia; in altri significa semplificare un regime terapeutico, sospendere ciò che non produce più beneficio, evitare un accertamento ridondante o sostituire una prestazione ospedaliera con un monitoraggio domiciliare.

Appropriatezza e innovazione devono quindi essere considerate due facce della stessa strategia di sostenibilità.

L'innovazione nel settore dei farmaci associata alla trasformazione digitale, offrono possibilità senza precedenti per modificare la storia naturale di molte patologie, diagnosticare più precocemente, personalizzare i trattamenti e monitorare i pazienti a distanza. Ma una delle lezioni che emerge dal Libro Bianco è che rendere disponibile una tecnologia non equivale automaticamente a produrre innovazione.

L'innovazione genera valore solo quando riesce a entrare tempestivamente e appropriatamente nel percorso assistenziale, si diffonde in tutti i territori e giunge a tutti coloro che hanno bisogno: questo vuol dire aver conseguito un reale progresso per la società.

Telemedicina, telemonitoraggio, Fascicolo Sanitario Elettronico, sistemi di supporto alla decisione e strumenti basati sull'intelligenza artificiale

possono diventare straordinari moltiplicatori della capacità dei professionisti. Ma possono anche produrre frammentazione, moltiplicazione degli alert e nuove disuguaglianze se vengono semplicemente sovrapposti ai processi esistenti.

La trasformazione digitale deve pertanto diventare trasformazione organizzativa. Ogni tecnologia dovrebbe essere accompagnata dalla definizione di chi riceve l'informazione, chi la interpreta, entro quanto tempo deve intervenire, quale responsabilità assume e come il dato viene condiviso con gli altri professionisti.

La stessa logica vale per l'innovazione terapeutica. L'accesso non può esaurirsi nell'autorizzazione o nella rimborsabilità: un'innovazione produce pienamente il proprio valore quando viene incorporata in percorsi capaci di identificare tempestivamente i pazienti appropriati, garantirne l'accesso indipendentemente dal luogo di residenza e misurarne gli esiti nella pratica reale.

La riforma territoriale offre oggi al SSN un'occasione difficilmente ripetibile. Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, assistenza domiciliare e Ospedali di Comunità possono fornire l'infrastruttura necessaria a costruire un modello maggiormente orientato alla cronicità. Il monitoraggio AGENAS del DM 77 non riguarda ormai soltanto la realizzazione delle strutture, ma anche la loro progressiva operatività e, significativamente, il livello di integrazione sociosanitaria dei Distretti.

La vera transizione che attende il SSN è però quella che sposta l'attenzione dalle e infrastrutture alla capacità assistenziale.

Una Casa della Comunità non diventa tale per il solo fatto di essere aperta. Deve disporre di équipe, informazioni, processi, tecnologie e responsabilità organizzative. Deve soprattutto essere in grado di prendere in carico una popolazione, non semplicemente di ospitare prestazioni.

Questo richiede un investimento sul capitale professionale almeno pari a quello realizzato sulle strutture. Medicina generale, infermieristica di famiglia e comunità, specialisti, farmacisti, professionisti della riabilitazione, salute mentale e assistenza sociale devono essere inseriti in modelli nei quali competenze e responsabilità siano complementari e non semplicemente contigue.

Da questa lettura complessiva possono essere ricavate alcune priorità di policy per i prossimi anni:

1. **Fare della prevenzione e della medicina di iniziativa un investimento strutturale**, introducendo obiettivi pluriennali e meccanismi di finanziamento e valutazione capaci di riconoscere i benefici prodotti nel medio-lungo periodo, sfruttando tutta la flessibilità garantita dalla disciplina del Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine.

2. **Passare dai PDTA per singola patologia a modelli di presa in carico della multimorbilità**, introducendo sistematicamente stratificazione del rischio, valutazione multidimensionale e piani assistenziali personalizzati per i pazienti più complessi che comprendono anche il contributo della telemedicina e beneficiano di soluzioni di intelligenza artificiale che non sostituiscono il professionista ma ne potenziano le capacità.
3. **Attribuire una responsabilità riconoscibile alla continuità della cura**, rafforzando il ruolo delle cure primarie e costruendo meccanismi strutturati di transizione tra ospedale, territorio e domicilio governati da specifiche professionalità dedicate allo scopo.
4. **Misurare il funzionamento del sistema attraverso gli esiti e non soltanto attraverso l'offerta**, affiancando ai tradizionali indicatori di attività misure quali ricoveri e accessi evitabili, giorni trascorsi a domicilio, stato funzionale, qualità della vita, aderenza, burden terapeutico, esperienza di pazienti e caregiver ed equità ed esiti clinici, investendo nello sviluppo del Programma nazionale degli Esiti di AGENAS.
5. **Rendere “medication review”, riconciliazione terapeutica, aderenza e de-prescribing componenti ordinarie dei percorsi della cronicità**, supportandole con strumenti informativi interoperabili e collaborazione tra medici, farmacisti, infermieri e specialisti.
6. **Considerare l'innovazione farmaceutica, nei dispositivi medici e nelle soluzioni digitali all'interno di una logica di *Health Technology Assessment* e di valore**, valutandone non soltanto il costo immediato ma gli effetti sull'intero percorso, sulla disabilità, sull'utilizzo dei servizi e sui costi sociali.
7. **Investire nelle professioni e nel lavoro multiprofessionale**, perché la sostenibilità della riforma territoriale dipenderà meno dal numero degli edifici realizzati che dalla disponibilità di professionisti, competenze, tempo di cura e capacità di lavorare in équipe.
8. **Fare dell'equità un criterio esplicito di programmazione**, misurando sistematicamente differenze territoriali, sociali e di genere negli accessi e negli esiti e utilizzando queste informazioni per ispirare la formula di allocazione del Fondo sanitario nazionale e per concentrare gli interventi nelle popolazioni nelle quali esistono maggiori margini di salute recuperabile.
9. **Integrare stabilmente caregiver, cittadini e associazioni dei pazienti nella progettazione e valutazione dei servizi**, riconoscendo che nelle cronicità la qualità dell'assistenza dipende anche dalla capacità del sistema di sostenere l'autonomia e il self-management.
10. **Rafforzare la governance nazionale della cronicità**, combinando l'autonomia organizzativa regionale con standard comuni, indicatori

nazionali, interoperabilità dei dati e verifica trasparente degli esiti, affinché il luogo di residenza non determini opportunità sostanzialmente differenti di accesso e presa in carico. Il PNC aggiornato assegna alle Regioni il compito di recepirne e attuarne i contenuti, pur lasciando autonomia sulle soluzioni organizzative: proprio per questo il monitoraggio comparativo degli esiti diventa decisivo.

La principale conclusione che può essere tratta dai contributi raccolti in questo Libro Bianco è forse che la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale non può essere affrontata esclusivamente come problema di compatibilità finanziaria.

Un sistema può contenere la spesa nel breve periodo rinviando investimenti, riducendo prevenzione, trasferendo carichi assistenziali sulle famiglie o rallentando l'accesso all'innovazione, e diventare nello stesso tempo meno sostenibile nel medio periodo.

La vera sostenibilità coincide con la capacità di produrre salute utilizzando nel modo migliore le risorse disponibili, evitando malattia e disabilità quando possibile, intervenendo precocemente, eliminando ciò che non produce valore e garantendo l'accesso tempestivo a ciò che invece ne produce.

La cronicità rende particolarmente evidente questa necessità. Obbliga a superare la logica dell'episodio, la frammentazione professionale e organizzativa, i silos di finanziamento e la distinzione rigida tra sanitario e sociale. E obbliga soprattutto a riconoscere che il vero prodotto del sistema non è la prestazione, ma la capacità della persona di vivere il più a lungo possibile in buona salute, con autonomia e qualità della vita.

È su questo terreno che innovazione e sostenibilità cessano di essere obiettivi contrapposti. L'innovazione appropriata – clinica, farmacologica, digitale e soprattutto organizzativa – diventa uno degli strumenti attraverso i quali rendere sostenibile il sistema. E la sostenibilità, a sua volta, diventa la condizione affinché l'innovazione possa essere resa disponibile in modo universale ed equo.

Il futuro del SSN dipenderà quindi dalla capacità di compiere un passaggio ulteriore: da un Servizio Sanitario che attende la malattia a un sistema che governa le traiettorie di salute; da un sistema costruito intorno alle strutture a uno costruito intorno alle persone; da un'organizzazione che remunera prevalentemente attività a una che riconosce il valore degli esiti prodotti.

È probabilmente questa la sfida più importante posta dalla società della longevità. Ma è anche l'opportunità per rinnovare il patto fondativo del Servizio Sanitario Nazionale: continuare a garantire universalità, equità e solidarietà non conservando immutata l'organizzazione del passato, bensì adattandola per rispondere ai bisogni del futuro.

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

La dodicesima edizione del Libro bianco di Fondazione Onda ETS affronta il tema della cronicità, analizzandone la crescita e l'impatto sul Sistema Sanitario Nazionale in termini di sostenibilità e sulla società nella sua interezza, anche alla luce del progressivo aumento della speranza di vita e dei mutamenti demografici degli ultimi decenni, che hanno fatto emergere nel nostro Paese nuove dinamiche di invecchiamento e nuovi bisogni di salute.

Il volume prende le mosse dall'analisi di questo contesto, dedicando nella prima parte spazi di approfondimento sui costi economici e sociali, per poi passare nella seconda alla disamina delle grandi aree della cronicità in ottica di genere: cardiologia, oncologia, pneumologia, neurologia e salute mentale. La terza parte affronta le principali sfide della politerapia nelle cronicità, con particolare attenzione alla gestione delle interazioni farmacologiche nell'anziano, ai fattori che influenzano l'aderenza terapeutica e alle strategie di *deprescribing* per ottimizzare e personalizzare le cure. La quarta e ultima parte si focalizza sulla presa in carico delle cronicità nel contesto territoriale, esplorando le strategie di *governance* nazionale, i modelli organizzativi e clinici, il ruolo dei professionisti e dei Servizi sul territorio, insieme all'innovazione digitale e al contributo dell'industria farmaceutica nell'accesso alle cure.

Questo Libro bianco intende offrire concreti spunti di riflessione sui temi che saranno cruciali per il futuro del nostro Sistema sanitario e della nostra società.