

Short White Paper sulla cronicità e la non autosufficienza

Promosso da
Associazione di promozione sociale Peripato
e
Fondazione Anthem AdvaNced Technology for Human centEred Medicine

Aprile 2026

Curatori:
Sergio Harari Presidente Associazione Peripato ETS
Stefano Paleari Presidente Fondazione Anthem

Team di lavoro:

Silvio Brusafferro Professore ordinario Igiene e Medicina Preventiva Università di Udine

Guido Cavaletti Professore ordinario di Anatomia Umana e prorettore vicario Università Milano – Bicocca – Direttore Scientifico Fondazione Anthem

Ferruccio De Bortoli Editorialista e Presidente VIDAS,

Sergio Dompè imprenditore nei settori farmaceutico e biotecnologico e Presidente del gruppo biofarmaceutico Dompé,

Luca Degani avvocato e Presidente Uneba Lombardia

Daniele Finocchiaro Consigliere Delegato Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro

Giada Lonati Direttrice Sanitaria VIDAS

Cristina Messa Professore Ordinario di Diagnostica per Immagini Università Milano-Bicocca e Direttrice Scientifica Fondazione Don Carlo Gnocchi

Nicola Montano Professore ordinario di Medicina Interna Università degli Studi di Milano e presidente SIMI

Fabrizio Oliva Direttore Dipartimento Cardiologico Ospedale Niguarda Milano e

Past President ANMCO

Rosanna Tarricone Associate Dean della SDA Bocconi School of Management –
Divisione Government, Health e Non Profit e Professoressa Associata al Dipartimento di
Scienze Sociali e Politiche dell'Università Boccon

Indice

1. Stato dell'arte
2. Il lato economico e normativo
3. Processi, procedure e modelli organizzativi
4. Il ruolo delle tecnologie
 - 4.1 Telemedicina e teleriabilitazione
 - 4.2 Terapie digitali
5. Proposte operative

EXECUTIVE SUMMARY

1. Stato dell'arte

L'Italia mantiene una delle speranze di vita più alte al mondo, stimata in 84 anni nel 2024 (ISTAT). Tuttavia, persistono rilevanti disuguaglianze di genere, geografiche ed educative: a 30 anni, una persona con alto livello di istruzione vive mediamente oltre 4 anni in più rispetto a chi possiede un basso livello educativo.

La speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a circa 58 anni, con ampie differenze regionali (da 53 a 66 anni). Questo gap di oltre 25 anni incide significativamente sulla qualità della vita e sui costi sanitari individuali e collettivi.

Il 24,7% della popolazione italiana, pari a più di 14 milioni di persone, ha più di 65 anni, con una previsione di crescita a circa il 30% entro il 2030 (ISTAT 2025).

Le malattie croniche interessano il 40% della popolazione italiana (circa 24 milioni di persone), mentre poco meno di 12 milioni convivono con almeno due patologie croniche (ISTAT, 2025)

Dei 14 milioni oggi over 65 in Italia, quasi 4 milioni presentano limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana (ADL) e circa 1,5 milioni di over 85 convivono con gravi limitazioni.

La disabilità riguarda quasi 13 milioni di persone con limitazioni moderate o temporanee, delle quali 3,1 milioni sono in condizioni di grave disabilità; circa il 60% delle persone disabili sono donne.

L'assistenza ai disabili è fornita principalmente da caregiver familiari (oltre 8,5 milioni di persone), con notevole carico fisico e psicologico. L'assistenza familiare è in calo a causa della sempre maggiore riduzione dei nuclei familiari e della loro dimensione. Nel 2023 le persone che vivevano sole erano 9,3 milioni, di cui 4,4 milioni over 65. La tendenza è in crescita e avrà impatti rilevanti su salute e modelli assistenziali.

La spesa sanitaria pubblica italiana è tra le più basse rispetto al PIL dei Paesi a medio-alto reddito. Nel 2024, la spesa sanitaria totale in Italia è stata circa di 185 miliardi di euro, con una predominanza della spesa pubblica (circa 137,5 miliardi, ovvero il 74,3% del totale),

ma con una crescente quota a carico dei cittadini (oltre 41 miliardi, circa il 22,3%), includendo anche fondi sanitari e assicurazioni private (circa 6,4 miliardi).

In un contesto di invecchiamento demografico e denatalità, emerge la necessità di ripensare i meccanismi di dimensionamento e allocazione delle risorse economiche al fine di premiare equità e innovazione, soprattutto quando si tratta della popolazione che vive condizioni di cronicità e disabilità.

Lo scopo di questo lavoro è proprio quello di formulare proposte che vanno nella direzione di rendere sostenibile il sistema alle sfide future in particolare con riferimento alla cronicità e alla non autosufficienza.

2. Il lato economico e normativo

La gestione della cronicità e della non autosufficienza genera un impatto economico rilevante. Nel 2023 la spesa pubblica per la non autosufficienza ha raggiunto 13,1 miliardi di euro, a cui si sommano 4,4 miliardi di spesa privata, cosiddetta *out of pocket*.

Altri costi pubblici derivano da:

- 14,2 miliardi di euro per l'accompagnamento.
- 5,4 miliardi di euro per prestazioni sociosanitarie locali.

Il costo complessivo pubblico supera i 30 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi riferiti agli over 65.

La crescente incidenza della spesa sociosanitaria, in un contesto di inedito invecchiamento della popolazione, richiede nuovi modelli di finanziamento e gestione.

La spesa privata riguarda principalmente l'assistenza domiciliare, con alta incidenza di lavoro irregolare tra i badanti (47%).

Il peso dell'assistenza grava soprattutto sui caregiver familiari, in maggioranza donne tra i 45 e 55 anni, molte delle quali abbandonano il lavoro per assistere i propri cari. E' probabilmente questo uno dei fattori che spiegano i bassissimi tassi di occupazione femminile (formalmente intesa) che caratterizzano l'Italia nel confronto europeo.

La sostenibilità del sistema passa dall'adozione di politiche innovative e adattive di finanziamento, integrazione dei servizi e valorizzazione delle risorse umane.

3. I processi, e i modelli organizzativi

Il modello organizzativo della sanità pubblica italiana è rimasto sostanzialmente invariato per molti anni. Recenti riforme (DM 70/2015 e DM 77/2022) nell'insieme mirano a rafforzare l'assistenza territoriale, a integrarla con i servizi sociali e a meglio articolare ed integrare la risposta ospedaliera.

Tuttavia, non cambia l'impalcatura generale e la frammentazione dei servizi e l'assenza di incentivi all'integrazione limitano l'efficacia complessiva dell'azione. È necessario costruire reti nei diversi contesti territoriali con:

- Presenza e coinvolgimento di tutti i livelli di cura.
- Interazione continua tra nodi della rete.
- Percorsi di cura coordinati e basati sull'appropriatezza.

Le principali criticità nella gestione delle patologie croniche conseguenti a disabilità includono:

- Inerzia terapeutica e burocratizzazione.
- Barriere di accesso alle cure innovative e ricorrenti.
- Ritardi nella digitalizzazione.

La transizione demografica impone modelli di cura integrati e flessibili, basati su presa in carico globale del paziente, valorizzazione delle competenze professionali, semplificazione e digitalizzazione.

4. Il ruolo delle tecnologie

Gli investimenti in tecnologie sanitarie ottimizzano efficienza e qualità dei percorsi di cura. Tuttavia, l'introduzione di nuove tecnologie deve essere accompagnata da cambiamenti organizzativi adeguati e da un *reskilling* delle competenze esistenti.

Anche in questo caso il tema della digitalizzazione e dell'integrazione dati è essenziale. L'attenzione è rivolta in particolare a:

- Sistemi informativi sanitari per cartelle cliniche, gestione appuntamenti e integrazione ospedale-territorio (Fascicolo Sanitario Elettronico, DM 77/2022).
- Ottimizzazione dei flussi di lavoro.
- Software di pianificazione per ridurre tempi di attesa e migliorare l'accesso alle cure.
- Strumenti digitali per la gestione dell'inventario di farmaci e dispositivi medici.
- Strumenti di modellazione predittiva e analisi dati per la pianificazione strategica.

Si ricordano inoltre:

4.1 La telemedicina e la teleriabilitazione

Telemedicina e teleriabilitazione estendono l'accesso alle cure e favoriscono la continuità assistenziale, specialmente per pazienti cronici. La loro diffusione è ancora troppo limitata e lenta. Troppi gli ostacoli e la burocrazia, nonché l'effettivo riconoscimento del servizio reso.

4.2 Le terapie digitali (Digital Therapeutics - DTx)

Le DTx sono software terapeutici validati da evidenze scientifiche, in grado di:

- Migliorare esiti clinici e aderenza terapeutica.
- Raccogliere dati in tempo reale.
- Supportare la gestione riabilitativa domiciliare.

Esperienze nel settore sono riassunte https://dtxalliance.org/wp-content/uploads/2023/06/DTA_FS_Policymaker-Payor-DTx-Evaluation-Toolkit.pdf

Nei paesi che, come la Germania, hanno approvato circa 55 Dtx, il costo per un ciclo di prestazioni (costo 'negoziato' fra produttore e organismo statale è rappresentato dal costo della licenza che permette di scaricare l'app per la durata necessaria al trattamento) varia da 119 a 260 euro con una media di 222 euro. Tale costo viene confrontato con lo stesso ciclo erogato in presenza di operatori specializzati per la stessa tipologia di applicazione, risultando decisamente inferiore. In Italia non esistono ancora valutazioni di questo tipo.

5. Proposte operative

Domanda e sostenibilità:

- Ripensare il sistema di welfare in risposta a crescenti cronicità e non autosufficienza. Occorre monitorare tempestivamente la crescita/evoluzione della domanda, e confrontarla con l'offerta ponendo al centro l'appropriatezza.

Prevenzione:

- Incentivare la scelta consapevole di comportamenti salutari (a partire da programmi educativi nelle scuole) e diagnosi precoce (screening e vaccinazioni).
- Attivare piani nazionali di alfabetizzazione sanitaria e di educazione alla spesa. La difesa di un servizio sanitario nazionale come bene pubblico non può prescindere da una responsabilità individuale nel preservare la propria salute.
- Individuare ed intervenire sui fattori che spiegano le forti differenze inter ed intra regionali in termini di aspettative di vita in buona salute.

Terapia e trattamento:

- Adozione di PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) integrati, dando continuità ai trattamenti delle fasi acute, subacute e croniche di malattia, favorendo anche la continuità tra ospedale e territorio e la prevenzione delle complicanze (nota: PPDTA : la P ulteriore sta per "Preventivo").
- Estendere le possibilità di trattamento domiciliare, inclusi la telemedicina e le soluzioni digitali (incluse le DTx: Digital Therapeutics) innovando in particolare nell'interazione con gli Enti locali.

Digitalizzazione:

- Operatività completa del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Introdurre un monitoraggio sull'implementazione e sul reale utilizzo clinico.
- Diffusione delle tecnologie basate sull'Intelligenza artificiale per orientare diagnosi e trattamenti, superando remore nazionali in materia di privacy a valle del nuovo Regolamento europeo (2025/327) relativo allo Spazio europeo dei dati sanitari (EHDS), oltre alle nuova Legge 132/2025.
- Occorre rendere operativo e accessibile il fascicolo sanitario elettronico sulla base del quale innestare strumenti di supporto decisionale per professionisti e pazienti. FSE 2.0 rappresenta una pietra miliare nel processo di digitalizzazione del sistema sanitario italiano, offrendo un'opportunità unica per migliorare l'efficienza, la

qualità delle cure e la gestione delle informazioni sanitarie. Uno dei principali vantaggi del FSE 2.0 è l'ottimizzazione del percorso di cura. Grazie alla disponibilità immediata delle informazioni, i medici possono prendere decisioni informate e tempestive, riducendo il rischio di errori diagnostici e terapeutici. Un ulteriore aspetto positivo del FSE 2.0 è la promozione della continuità delle cure.

Organizzazione dei servizi:

- Superare la separazione sanitario-sociosanitario (presa in carico unitaria e continuità tra i diversi settings)
- Uniformare sotto il profilo dell'organizzazione percorsi di cura e ridurre le disuguaglianze regionali.
- Progettare una formazione qualificata ed elevate professionalità al supporto dei nuovi bisogni.

Risorse e finanziamento:

Dal momento che è previsto un significativo incremento di spesa per la cronicità e la non autosufficienza dovuto essenzialmente all'aumentare della popolazione anziana (l'arrivo dei *baby boomers*) e all'allungamento della speranza di vita, è necessario:

- Rivedere i modelli di esenzioni in modo che siano agganciate alla situazione economica e non alla malattia, in coerenza con l'Art. 32 della Costituzione.
- Innovare nell'offerta assicurativa finalizzandola verso la copertura dei soli eventi indesiderati senza introdurre squilibri tra pubblico e privato ed eccessi di domanda inappropriata.
- Introdurre meccanismi di compartecipazione e assicurazione facendo attenzione che queste ultime servano a espandere le risorse a disposizione per la copertura dei servizi e non per sganciarsi dall'offerta pubblica.