

Cerca nel sito

17 Luglio 2026 09:16

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

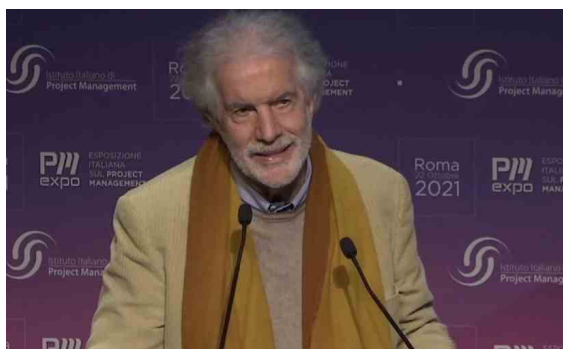
QS Club Newslet

QS » Lettere al direttore » Longevità e impatto su sanità e welfare



Stampa

Longevità e impatto su sanità e welfare



Gentile Direttore, il nostro Paese è sempre più un Paese di anziani. Il deserto demografico evidenziato anche nelle ricerche del CENSIS e ISTAT e da altri Osservatori confermano le dinamiche in atto

Gentile Direttore,

il nostro Paese è sempre più un Paese di anziani. Il deserto demografico evidenziato anche nelle ricerche del CENSIS e ISTAT e da altri Osservatori confermano le dinamiche in atto. Cambia la piramide della popolazione, cambia il concorso al PIL e all'imponibile nazionale, cambia la domanda di servizi e si pone un rilevante problema di sostenibilità del welfare. Rischiamo una deriva privatistica che erode i patrimoni di quelli che erano i ceti medi del nostro Paese e assistiamo alla pauperizzazione delle classi lavoratrici con uno sviluppo delle povertà assoluta e della povertà sanitaria. Occorre ripensare il welfare, l'integrazione tra sanità e sociale in una logica di valorizzazione delle realtà rappresentate dagli asset delle comunità e dal potenziale di partecipazione del terzo settore e del volontariato non in una logica prestazionale, ma di sistema. Non possiamo medicalizzare tutte le fragilità, le disuguaglianze e le solitudini.

L'Italia è tra i Paesi più longevi al mondo

Il nostro Paese ha una speranza di vita media che sfiora gli 84 anni (81,5 per gli uomini e 85,6 per le donne) e circa 23.500 centenari censiti. Questo risultato, unito al tasso di natalità tra i più bassi d'Europa, genera un profondo invecchiamento della popolazione, con forti ripercussioni sul welfare e sul sistema socio-economico. Le dinamiche principali che caratterizzano questo fenomeno si articolano su diversi livelli:

Speranza di vita e divario di genere: Dal 1990 al 2024, l'aspettativa di vita è aumentata in modo consistente. Il che è da considerarsi una conquista di civiltà e non una dinamica negativa. Dipende da come si gestisce. Emerge un forte gap di genere perché le donne rappresentano oltre l'80% della popolazione che supera i 100 anni.

Distribuzione geografica: Le dinamiche variano notevolmente su base territoriale. La Liguria detiene il record di regione più "anziana" d'Italia, mentre aree specifiche come la Sardegna (in particolare Barbagia e Ogliastra) sono riconosciute a livello globale come *Blue Zones* per

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti

[7 giorni] [30 giorni]



Ebola. Secondo operatore umanitario statunitense contagiato, trasferito in Germania. Tedros: "Proteggere chi è in prima linea"



Lea 2024: il Nord guida e il Sud insegue. Veneto, Emilia-Romagna e Toscana si confermano al top. Calabria, Sicilia e Bolzano in fondo alla classifica



Medici specialisti, Regioni chiedono di formarne 14.631 nel 2025/2026. Priorità ad anestesia, emergenza-urgenza e medicina interna



Riflessione di un Tecnico sanitario di radiologia medica



Screening oncologici. Oltre 7,6 milioni di italiani esclusi, Gimbe: "Oltre 50 mila tumori non intercettati"

l'eccezionale concentrazione di ultracentenari.

Impatto sul Welfare: Con gli over 65 che rappresentano circa un quarto dell'intera popolazione, il Sistema Sanitario Nazionale sta progressivamente spostando il focus sulla gestione delle patologie croniche e sull'assistenza a lungo termine.

Fattori abilitanti: La scienza medica e demografica evidenzia che la genetica influisce solo per il 20-25% sulla longevità. Il segreto dell'alto tasso di vita italiano risiede fortemente nello stile di vita, nella dieta mediterranea e nella qualità delle relazioni sociali e comunitarie.

In Italia gli over 65 rappresentano il 25,1% della popolazione, il dato più alto dell'Unione Europea. Il recente [Rapporto Longevità del CENSIS](#) evidenzia un boom di fragilità: il 36,6% degli anziani ha bisogno di aiuto quotidiano, con 1 over-85 su 2 che vive solo, affidandosi per lo più alla famiglia.

Dati Eurostat relativi al 2025 collocano l'Italia al primo posto tra i paesi Ue per incidenza degli anziani sul totale della popolazione: l'indicatore è infatti pari al 24,7% in Italia, seguono il Portogallo con il 24,3%, la Bulgaria con il 24,0% e poi la Grecia e la Finlandia, rispettivamente con 23,7% e 23,6% (tab. 1).

La comparazione Ue conferma l'eccezionalità dell'invecchiamento italiano, ad oggi più intenso di quello di paesi omologhi. I dati delle macroaree territoriali relativi all'incidenza degli anziani sul totale della popolazione indicano che nel Nord-Ovest è pari al 25,5%, nel Nord-Est al 25,3%, al Centro al 25,7% e al Sud e Isole al 24,4% (tab. 2).

Tabella 1 – Incidenza della popolazione di 65 anni e oltre sul totale per area geografica di residenza in Italia

Area geografica di residenza	% 65 anni e oltre
Nord Ovest	25,5
Nord Est	25,3
Centro Sud e Isole	25,7
Sud e Isole	24,4

(Fonte: Report Longevità CENSIS 2026)

La transizione demografica italiana

È caratterizzata da record di natalità e rapido invecchiamento, minaccia la tenuta dei conti pubblici. Le sfide principali sono il crollo del rapporto tra lavoratori attivi e pensionati, che riduce le entrate contributive, e l'impennata della spesa per pensioni, sanità e non autosufficienza.

Le principali sfide economiche e previdenziali si articolano su più fronti critici:

Squilibrio del Sistema Previdenziale: l'aumento dell'aspettativa di vita allunga il periodo di erogazione degli assegni, mentre la riduzione della forza lavoro attiva (stimata in meno 5 milioni di persone in età lavorativa entro il 2040) rende sempre più difficile coprire l'enorme spesa pensionistica, creando forti deficit nei saldi.

Contrazione della crescita del PIL: Con meno persone in età lavorativa e la continua fuga di talenti, le aziende incontrano una grave carenza di manodopera, un fattore che frena gli investimenti, l'innovazione e la produttività generale del Paese. Secondo l'Ufficio Studi della Confindustria nel nostro Paese mancano 2.000.000 di lavoratori nei vari settori produttivi e di servizi.

Discontinuità contributive: I giovani e le nuove generazioni affrontano carriere discontinue e salari bassi, accumulando montanti contributivi frammentati che, in futuro, si tradurranno in assegni pensionistici inadeguati e rischio di povertà.

Bassa partecipazione femminile: Il tasso di occupazione femminile in Italia resta strutturalmente inferiore alla media europea. Questo non solo riduce la base contributiva attuale, ma impoverisce le prospettive previdenziali di molte donne.

Esplosione della spesa socio-sanitaria: Una popolazione più longeva richiede più cure e assistenza a lungo termine per i non autosufficienti. Ciò spinge lo Stato a dirottare risorse dai capitoli di sviluppo economico e investimenti verso il welfare assistenziale.

Pressione sul risparmio privato: l'incertezza futura spinge le famiglie a dirottare una quota sempre maggiore di risparmi su fondi di previdenza integrativa e polizze sanitarie, riducendo i consumi immediati.

La progressione della decadenza demografica del nostro Paese

Nel primo censimento dell'Italia repubblicana realizzato nel 1951 le persone con almeno 65 anni erano 4,3 milioni pari all'8,9% del totale (tab. 4). Mentre nel primo censimento del nuovo millennio realizzato nel 2001, gli anziani erano 10,5 milioni pari al 18,4% della popolazione, e attualmente, come rilevato, sono oltre 14,8 milioni, cioè un quarto della popolazione.

La progressione di lungo periodo è eccezionale poiché: – rispetto al 1951 ci sono attualmente oltre 10 milioni di anziani in più, mentre l'incidenza sul totale della popolazione è cresciuta di ben 16,2 punti percentuali.

Rispetto al 2001 sono circa 4,3 milioni gli anziani in più con 6,7 punti percentuali di maggiore incidenza sul totale della popolazione. Nello stesso arco di tempo la popolazione totale è diminuita di 2 milioni di unità. Dati che mostrano la potenza della dinamica nel tempo della demografia italiana e che diventano ancor più impressivi in relazione alle classi di età più alte. Infatti, le persone con 80 anni e più erano 621.682 pari all'1,3% nel 1951, 2,4 milioni pari al 4,2% nel 2001 e 4,6 milioni cioè il 7,8% oggi; le persone con 90 anni e più sono passate da 42.338 nel 1951 a 369.435 nel 2001 a 911.769 oggi; e infine i centenari erano appena 519 nel 1951, sono diventati 5.435 nel 2001 e sono 24.710 oggi.

Quel che emerge dai dati, dunque, è una crescita esponenziale del numero di anziani a livello nazionale e nelle singole aree territoriali, dalle macroaree alle specifiche Regioni, a dimostrazione di un fenomeno omogeneo a livello nazionale e diffuso nei territori. Non è un fenomeno ad alta intensità in aree specifiche, come accaduto in precedenza.

Tabella 2 – Struttura per età della popolazione italiana 1951-2026

	1951 (1)	2001 (2)	2026 (2)
v.a.			
Fino a 17 anni	14.042.111	9.878.974	8.590.767
18-34 anni	12.919.139	13.710.407	10.479.403
35-64 anni	16.303.155	22.873.817	25.052.158
65 anni e oltre	4.251.132	10.497.494	14.820.500
Totale	47.515.537	56.960.692	58.942.828
val. %			
Fino a 17 anni	29,6	17,3	14,6
18-34 anni	27,2	24,1	17,8
35-64 anni	34,3	40,2	42,5
65 anni e oltre	8,9	18,4	25,1
Totale	100,0	100,0	100,0
Indici			
Dipendenza anziani (3)	13,4	27,4	39,8
Vecchiaia (4)	36,6	129,3	216,3

(Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT)

La combinazione di più anziani e meno giovani genera il decollo dell'incidenza percentuale dei longevi sul totale. E le dinamiche divergenti tra le classi di età emergono evidenti confrontando le loro variazioni percentuali tra 1951 e 2025 poiché le persone con età fino a 17 anni sono diminuite del 38,8%; tra 18 e 34 anni del 18,9%; tra 35 e 64 anni sono aumentate del 53,7%; con almeno 65 anni

sono decollate del 248,6%. Sono le dinamiche divaricanti delle classi di età più giovani e di quelle con età più alta a trasformare la conquista di pezzi nuovi di vita da parte delle persone, di per sé risultato straordinariamente positivo, in un insieme di criticità socioeconomiche rilevanti, che si impongono come sfide primarie per la società italiana.

L'indice di dipendenza degli anziani, che segnala le persone con almeno 65 anni in rapporto a quelle in età attiva con età compresa tra 15 e 64 anni, era pari al 13,4% nel 1951 ed è salito al 39,8% oggi; per ogni 100 individui di età compresa tra 0 e 14 anni nel 1951 ve ne erano 36,6 con età pari o superiore a 65 anni, mentre nel 2026 sono diventati 216,3.

Così al 1° gennaio 2026 la popolazione italiana conta quasi 59 milioni di persone con la seguente distribuzione per classi di età: 8,6 milioni, pari al 14,6% fino a 17 anni; 10,5 milioni (17,8%) tra 18 e 34 anni; 25 milioni (42,5%) con età tra 35 e 64 anni; 14,8 milioni (25,1%) con 65 anni e oltre.

Tabella - Proiezioni demografiche relative alla popolazione con 65 anni e oltre al 2050, per genere e età.

	Totale	Maschi	Femmine
v.a.			
65 anni e oltre	18.882.824	10.286.579	8.596.247
80 anni e oltre	7.460.390	4.350.378	3.110.013
90 anni e oltre	1.508.895	990.315	518.583
100 anni e oltre	60.761	46.890	13.873
val. % sul totale popolazione			
65 anni e oltre	34,6	37,7	31,4
80 anni e oltre	13,7	15,9	11,4
90 anni e oltre	2,8	3,6	1,9
100 anni e oltre	0,11	0,17	0,05

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Le dinamiche finanziarie delle famiglie

La capacità di risparmio delle famiglie italiane mostra un andamento bifronte: sebbene il tasso di risparmio lordo sia stimato attorno al 10,6% del reddito disponibile (circa 250-300 € al mese su redditi medi), la propensione a lungo termine è in calo. Solo circa 4 italiani su 10 riescono ad accantonare denaro, spinti principalmente da logiche difensive e di emergenza.

Le dinamiche principali che influenzano questa tendenza includono una *logica precauzionale*, legata all'incertezza economica e all'inflazione. Il risparmio viene visto come "scudo" contro gli imprevisti piuttosto che come accumulo per progetti di vita; una *contrazione della fascia attiva della popolazione* negli ultimi anni, per cui la percentuale di famiglie che riesce a mettere da parte denaro è scesa, con il 19% degli italiani che dichiara di non riuscire ad accantonare nulla; un *divario territoriale* dovuto alla persistenza di profonde disparità geografiche, con i territori del Nord Italia che evidenziano una maggiore capacità di accumulo rispetto al Sud; un *patrimonio immobiliare e storico* per cui nonostante la capacità di reddito odierna sia sotto pressione, l'Italia detiene una ricchezza netta privata enorme (oltre 6.000 miliardi di euro in attività finanziarie) accumulata dalle generazioni precedenti.

Le dinamiche suddette sono fortemente influenzate dalla transizione demografica su descritta:

Concentrazione della ricchezza: Gli "over" accumulano la maggior parte dei patrimoni, mentre le giovani generazioni, come già accennato, affrontano maggiori fragilità reddituali.

Eccesso di liquidità: Circa il 30-31% dei portafogli familiari è mantenuto in contanti o su conti correnti bancari. Il saldo medio si aggira attorno ai 12.500 euro.

Rialzo della propensione al risparmio: Dopo periodi di incertezza, la propensione al risparmio delle famiglie ha registrato una ripresa, attestandosi su livelli intorno all'11,4%, sebbene con una media annua inferiore rispetto ad altri Paesi europei (circa 4.200 euro pro capite).

Da quanto sopra derivano le Sfide della "*Longevity Economy*" che si sostanziano in aumento della

domanda di *Assistenza e Cura (Long-Term Care)*, in quanto se si vive più a lungo aumenta la necessità di coprire spese sanitarie e di assistenza per il crescente numero di non autosufficienti.

La riduzione dell'impatto pensionistico pubblico impone una riconversione dei risparmi privati, non più solo per l'accumulo ma per l'integrazione della rendita nel lungo periodo. C'è una crescente necessità di strumenti finanziari ed assicurativi in grado di erogare rendite vitalizie per contrastare il rischio di "*esaurimento del capitale*" in tarda età. Mancano policy adeguate a livello nazionale e regionale.

Per coniugare longevità e qualità della vita

Le *policy* moderne si orientano verso un approccio olistico che integra sanità, urbanistica e coesione sociale. Le *comunità proattive* sono il perno di questo modello: trasformano l'anziano da "*paziente passivo*" a risorsa attiva. Questi ambienti trasformano radicalmente il modello di assistenza:

Prescrizione Sociale: Medici e assistenti sociali indirizzano i cittadini verso attività culturali, di volontariato e di socializzazione nel territorio per contrastare solitudine e sedentarietà.

Urbanistica "Age-Friendly" e Cohousing: Progettazione di spazi pubblici accessibili, aree verdi e abitazioni adattabili che permettono di invecchiare nel proprio ambiente (cosiddetto *ageing in place*).

Scambio Intergenerazionale: Programmi che uniscono giovani e anziani per favorire il trasferimento di competenze e ridurre gli stereotipi legati all'età.

Prevenzione e Stili di Vita: Promozione di percorsi di educazione alla salute e nutrizione lungo tutto l'arco della vita, per prevenire le malattie croniche.

Le prime *Raccomandazioni italiane su "Comunità proattive e prescrizione sociale"*, sviluppate dal Network nazionale *Comunità, Solitudini e Salute*, definiscono la solitudine come un *determinante di salute*. Il documento stabilisce che per combattere l'isolamento è necessario integrare i *servizi sanitari, sociali e il Terzo Settore* tramite la *prescrizione sociale*.

Le raccomandazioni si basano su alcuni principi fondamentali per ripensare la salute territoriale:

Approccio "One Health". Le politiche per la salute di comunità si inseriscono in una cornice più ampia che riconosce l'interdipendenza tra salute umana, animale e ecosistemi, con un focus sulla dimensione sociale per agire sulla prevenzione con misure intersettoriali e multidisciplinari, superando l'attuale frammentazione tra settori.

Identificazione univoca degli ambiti territoriali di intervento. L'integrazione tra servizi sanitari, sociali e risorse del territorio è possibile solo garantendo la coincidenza tra i Distretti sociosanitari delle ASL e gli Ambiti Territoriali Sociali dei Comuni, la definizione del territorio di afferenza di ogni casa della Comunità e la sua articolazione in unità territoriali di prossimità (Microaree indicativamente 4.000-10.000 abitanti), corrispondenti a quartieri, rioni, frazioni o piccoli comuni.

Nomenclatura condivisa per la "prescrizione sociale". Per monitorare e confrontare gli interventi su scala nazionale è indispensabile sviluppare un linguaggio comune. Ciò significa raccogliere i codici già in uso nelle diverse Regioni per le attività sociali prescritte dai medici e poi costruire e mantenere una nomenclatura di riferimento allineata agli standard internazionali, che descriva i bisogni delle persone e dei caregiver, le attività prescrivibili e gli indicatori di efficacia e di esito.

Sostenibilità economica. Per rendere replicabili e confrontabili gli interventi integrati socio-sanitari di promozione comunitaria è necessario definire caratteristiche e costi di riferimento, da approvare in Conferenza Stato-Regioni.

Strumenti operativi e interoperabilità. L'attuazione delle raccomandazioni richiede l'utilizzo di strumenti organizzativi e informativi idonei a garantirne concreta applicazione, tracciabilità e valutazione nel tempo. L'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale presuppongono l'impiego coerente di sistemi interoperabili e modalità standardizzate di registrazione e

monitoraggio, in raccordo con le infrastrutture informative nazionali e territoriali vigenti.

Policy nazionali possibili e loro declinazione a livello regionale

Si possono individuare e proporre le seguenti linee di intervento:

Inserire *la solitudine e l'isolamento sociale come determinanti di salute* nella programmazione sanitaria nazionale e regionale, definendo *una cornice normativa e strategica nazionale per la prevenzione e il contrasto* attraverso DPCM, documenti di indirizzo interministeriali (Sanità, Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Ricerca, Ambiente e altri) e una Strategia nazionale dedicata;

Prevedere la *coincidenza geografica obbligatoria* tra Distretti Sociosanitari e Ambiti Territoriali Sociali (ATS), e alla obbligatorietà della definizione del territorio di afferenza di ogni Casa della Comunità. Questo territorio può essere ulteriormente articolato in *Microaree* (popolazione compresa tra 4.000 e 10.000 abitanti), individuate come unità minime per la programmazione della salute di comunità e il monitoraggio delle solitudini.

Definire i *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)* e i *Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)* includendo esplicitamente gli interventi di salute di comunità e contrasto all'isolamento sociale, con riferimento anche ai Fondi FNA e FSE per la copertura finanziaria, prevedendo esenzione totale per persone in povertà e *definire caratteristiche e costi standard di riferimento degli interventi integrati socio-sanitari* di promozione comunitaria, con nomenclatore tariffario nazionale da approvare in Conferenza Stato-Regioni. Una quota delle risorse dei Fondi Sanitari Regionali destinate alla medicina territoriale deve essere vincolata a progetti di prescrizione sociale e supporto alla domiciliarità proattiva.

Emanare linee guida nazionali sulla "prescrizione sociale" in collaborazione con ISS, AGENAS, Federazioni Nazionali degli Ordini Professionali, Società Scientifiche, rappresentanti nazionali del Terzo Settore, definendo modelli operativi, standard di qualità e percorsi formativi per gli operatori.

Istituire un Osservatorio nazionale su Solitudine, Isolamento Sociale e Salute di Comunità presso e con il concorso di Ministeri, di Istituti e di Agenzie nazionali, con il compito di raccogliere dati epidemiologici e monitorare l'efficacia degli interventi, garantendo l'accessibilità dei dati a Università e Istituti di Ricerca.

Si ringrazia il collega Andrea Vannucci per i contributi forniti.

Giorgio Banchieri,

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Referenze

- Raccomandazioni italiane su "Comunità proattive, solitudini e salute",
- Review scientifica su "Modelli e strumenti per comunità proattive e prescrizione sociale"
- Glossario su "Comunità proattive, solitudini e salute"
- Scheda di autovalutazione sui progetti di promozione sociale

<https://disse.web.uniroma1.it/it/convegno-presentazione-raccomandazioni>

- CENSIS – report su Longevità in Italia 2026
- ISTAT – dati demografici Italia 2025

17 Luglio 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



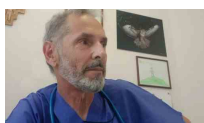
Professioni sanitarie ed esercizio fisico: una formulazione che merita un approfondimento

Gentile Direttore, con riferimento alla notizia riguardante gli emendamenti approvati dalla Commissione Affari Sociali nell'ambito del DDL delega sulle professioni sanitarie, desideriamo sottoporre alcune considerazioni sulla disposizione concernente la promozione...



Modernizzare la diagnostica per garantire qualità, sicurezza e continuità

Gentile direttore, la diagnostica di laboratorio è oggi una delle infrastrutture più strategiche del Servizio Sanitario Nazionale. La sua evoluzione, spinta da automazione, digitalizzazione, discipline omiche, bioinformatica e intelligenza artificiale, sta...



Cambiare la macchina

Gentile Direttore, Da pensionato, è inevitabile ripercorrere i momenti critici della mia carriera di medico di base, con una punta di nostalgia per i luoghi in cui ho esercitato. Avere...



Dalla democrazia imperfetta al triunvirato: una riflessione sulla riforma del governo della professione psicologica

Gentile Direttore, Il 14 luglio è universalmente ricordato come il giorno della presa della Bastiglia, simbolo della nascita di una nuova idea di democrazia, fondata sulla rappresentanza e sul superamento...

Edizioni Regionali

Abruz Vene: Piem: di Valle
Basilli Giulia Provi Trent D'Ao
Calab Lazio Autor Pugli: Vene
Camp Liguri di Sarde
Emilia Lomb Bolza Sicilia
Roma Marc: Provi Toscana
Friuli Molis: Autor Umbr



Quotidiano online
d'informazione sanitaria

Direttore responsabile
Luciano Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Sede legale e operativa:
Via della Stelletta, 23, 00186 - Roma

Sede operativa:
Via Luigi Galvani, 24, 20124 - Milano

Tel: (+39) 06 45209 715
Email: info@homnya.com

Coordinamento Pubblicità
commerciale@homnya.com

Redazione
redazione@homnya.com



Copyright 2013-2026 © Homnya Srl
Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

Iscrizione al ROC n.34308
Iscrizione Tribunale di Roma
n.115/2013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)