

Affare assegnato n. 930

Affare relativo alle problematiche connesse alla OSAS (Sindrome delle apnee ostruttive del sonno)

Memoria ANIA

12a Commissione (Igiene e sanità)

SENATO DELLA REPUBBLICA

## ***La Fondazione ANIA***

La Fondazione ANIA è un'organizzazione no profit nata nel 2004, per volontà dell'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione) per contrastare il grave problema della sicurezza stradale attraverso progetti ed iniziative volti a ridurre il numero e la gravità degli incidenti.

Gli importanti risultati raggiunti in ambito stradale ha convinto il settore assicurativo che il modello della Fondazione potesse funzionare anche per sperimentare modalità di prevenzione del rischio sugli altri fronti su cui le assicurazioni sono impegnate. Per questo la Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale è diventata, da gennaio 2017, Fondazione Ania, estendendo i propri obiettivi ed il proprio raggio d'azione, focalizzandosi sui rischi della vita quotidiana per prevenirli e rispondendo ai bisogni di protezione dei cittadini.

## ***Gli andamenti demografici***

Secondo il Rapporto Osservasalute pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane presso l'Università Cattolica di Roma, basato sull'analisi dei dati forniti dall'ISTAT, emerge, per la prima volta, una battuta d'arresto sull'aumento dell'aspettativa di vita. Nel 2015 la speranza di vita per gli uomini era 80,1 anni e 84,7 anni per le donne. Nel 2014, la speranza di vita alla nascita era pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne.

La popolazione con 65 anni e oltre rappresenta ormai il 22% della popolazione residente, ossia più di una persona su 5 è ultra 65enne. Aumentano i “giovani anziani” (ossia i 65-74enni): sono oltre 6,5 milioni, pari al 10,7% della popolazione residente.

Per quanto riguarda le cause di morte, quelle più frequenti si confermano le malattie ischemiche del cuore, responsabili da sole di 75.098 morti (poco più del 12% del totale dei decessi). Seguono le malattie cerebrovascolari (61.255 morti, pari a quasi il 10% del totale) e le altre malattie del cuore non di origine ischemica (48.384 morti, pari a circa l'8% del totale). La quarta causa più frequente è rappresentata dai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, che negli uomini determina 24.885 decessi (seconda causa di morte), poco più del triplo di quelli osservati nelle donne (decima causa di morte). I decessi dovuti a malattie ipertensive (20.367), nonché a demenza e malattia di Alzheimer (18.226), causano tra le donne il doppio dei decessi di quelli osservati tra gli uomini.

IN Italia, lo stile di vita e quello alimentare non sono dei migliori, infatti si conferma elevata la quota di italiani sovrappeso e obesi, problema in crescita anche al Nord. Nel 2014, più di un terzo della popolazione adulta (36,2%) era in sovrappeso, mentre poco più di una persona su 10 era obesa (10,2%); complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età  $\geq 18$  anni è in eccesso ponderale. In Italia, nel periodo 2001-2014, è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso (33,9% vs 36,2%), soprattutto è aumentata la quota degli obesi (8,5% vs 10,2%).

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli: le regioni meridionali presentano l'incidenza più alta di persone obese (Molise 14,6%, Abruzzo 13,1%; Puglia 11,9%) e in sovrappeso (Campania 41,5%, Calabria 39,6% e Puglia 39,4%) rispetto alle regioni settentrionali, che mostrano i dati più bassi (obesità: Trento 7,5% Bolzano 8,1%; sovrappeso: Trento 28,5% e Valle d'Aosta 31,5%).

La percentuale di popolazione in condizione di eccesso ponderale (in sovrappeso o obesa) cresce all'aumentare dell'età. Nello specifico, il sovrappeso passa dal 14,9% della fascia di età 18-24 anni al 46,5% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità dal 2,4% al 15,7% per le stesse fasce di età.

Questa fotografia sulle abitudini alimentari degli italiani evidenzia la necessità di lavorare sulla prevenzione e sull'informazione dei cittadini per evitare che uno stile di vita inadeguato porti, nel tempo, a delle patologie croniche che comportano costi elevati per il sistema sanitario.

I dati mostrano però, che si investe poco sulla prevenzione. La spesa per la prevenzione (che comprende, oltre alle attività di prevenzione rivolte alla persona come le vaccinazioni e gli screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, la Sanità Pubblica veterinaria e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti) ammonta in Italia a circa 4,9 miliardi di euro e rappresenta il 4,2% (dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) della spesa sanitaria pubblica. La percentuale di spesa per la prevenzione prevista dal Piano Sanitario Nazionale è di circa il 5%.

I dati OCSE indicano che in Italia la spesa per la prevenzione, cresciuta del 5,6% all'anno nel periodo 2005-2009, si è ridotta mediamente dello 0,3% annuo nel periodo 2009-2013. I tagli hanno riguardato gli investimenti nelle politiche di prevenzione, che come immediata conseguenza hanno portato ad un incremento della spesa sanitaria per la cura delle persone visto il peggioramento delle condizioni generali di salute.

A questo si aggiunga che l'invecchiamento della popolazione porta con sé le malattie tipiche dell'età. Campagne di informazione sull'importanza dell'attività fisica, della corretta e bilanciata alimentazione, sui rischi collegati all'abuso di alcol e fumo limiterebbero le conseguenze di questo tipo di malattie sulla popolazione anziana.

E' auspicabile, dunque, un programma più serio e duraturo rispetto a quelli degli anni passati in ambito di prevenzione e campagne che favoriscano la diffusione di uno stile di vita più indirizzato a preservare le buone condizioni di salute della popolazione.

### ***Lo stile di vita ed il sonno***

E' noto che il sonno è influenzato dal nostro stile di vita e da vari fattori ambientali.

Il nostro comportamento durante le ore diurne e, in particolare, nelle ore che precedono il momento di coricarsi, possono influenzare la qualità del sonno notturno.

Il ciclo sonno-veglia del nostro organismo e' regolato da quello che viene comunemente chiamato "orologio interno", un complesso meccanismo neuro-ormonale, in cui sono coinvolte zone specifiche del sistema nervoso centrale.

Il sonno per la salute delle persone ha un ruolo centrale, spesso, però, la qualità del sonno viene trascurata così come i sintomi che ne conseguono.

I disturbi durante il sonno e le conseguenze che ne derivano nelle ore di veglia possono comportare patologie tali da compromettere lo svolgimento del lavoro, i rapporti sociali e l'equilibrio psicologico. I sintomi di insonnia e l'eccessiva sonnolenza diurna possono derivare da diverse malattie, ognuna delle quali richiede una valutazione ed un trattamento specifici.

Nel corso degli anni la medicina ha posto una sempre maggiore attenzione ai problemi del sonno suggerendo politiche di prevenzione in grado di ridurre gli effetti ed i costi sociali, via via più pesanti, se correlati all'aumentare dell'età della popolazione.

Oltre alla stretta connessione con lo stato di salute è noto che stanchezza e la sonnolenza sono collegate direttamente al rischio di incidenti stradali e sul lavoro.

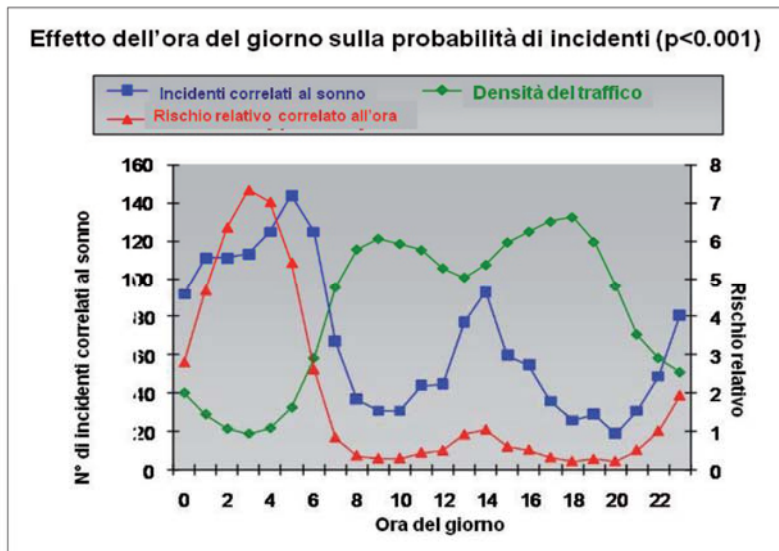
In questo ambito il dato che compare nelle statistiche ufficiali è sottostimato e rappresenta, nei fatti, solo la punta dell'iceberg.

Numerosi studi internazionali condotti in Francia (*Philip P et al, 2001*), Stati Uniti (*Lyznicki JM et al, 1998; Knippling RR and Wang J-S, 1994*) e Australia (*Pierce RJ, 1999*), evidenziano come il colpo di sonno possa essere un fattore di incidentalità.

23% degli incidenti mortali ( *Horne , BMJ ,1995*)

20% degli incidenti su strade extraurbane ( *Maycock , J Sleep Res; 1996*)

21.9% di tutti gli incidenti stradali ( *Garbarino, Sleep, 2001*)



In particolare, l'attenzione è stata posta sui guidatori professionali considerati a maggior rischio per l'elevato numero di ore passate alla guida.

Negli Stati Uniti l'Ente pubblico National Transport Safety Board (NTSB) ha sottolineato come la sonnolenza diurna sia una delle cause di incidente stradale per i mezzi pesanti ed in uno studio recente ha dimostrato come: "il 52% degli incidenti

stradali in cui era coinvolto un unico veicolo pesante fosse legato alla stanchezza e nel 17.6% dei casi l'autista ammette di essersi addormentato”.

### ***OSA - patologia del sonno ad elevato rischio***

Tra i principali disturbi del sonno identificati come patologia gli esperti hanno identificato la Sindrome delle Apnee Ostruttive durante il Sonno (**OSA**), disturbo di cui in Italia soffrono quasi 2.000.000 di persone.

Pur essendo definita e codificata da tempo, l'**OSA** ha tuttora un quadro clinico sottodiagnosticato e sottovalutato, viste le complicanze respiratorie, cardiovascolari e neurocognitive che ne conseguono.

I primi dati sono comparsi alla fine degli anni '80 con uno studio condotto su un gruppo ristretto di autisti non professionisti che soffrivano di apnee, confrontato con un gruppo di autisti sani: venne evidenziato un maggior rischio d'incidenti stradali fra gli autisti con OSAS rispetto al gruppo di controllo sano (*Findley LJ et al, 1988*).

Agli inizi degli anni '90, fu pubblicato uno studio su un campione a più ampia scala che dimostrava come chi soffriva di OSAS facesse più incidenti stradali rispetto a chi non era affetto dalla sindrome.

In questa indagine veniva somministrato un questionario a pazienti con sintomi associati ad OSA e a soggetti senza tali sintomi. La percentuale di autisti coinvolti in incidenti con altri veicoli era pressoché la stessa tra pazienti e autisti sani; mentre la



percentuale degli incidenti dei guidatori, non coinvolti in incidenti con altri veicoli, fra i pazienti con sintomi di OSAS era 7 volte superiore rispetto agli autisti sani. Valutando il fenomeno prendendo in considerazione anche i chilometri percorsi, il totale degli incidenti stradali era circa 12 volte maggiore in quei pazienti che presentavano colpi di sonno durante la guida rispetto ai sani (*Haraldsson PO et al, 1990*).

Nel 2005 uno studio realizzato sull'analisi di ricostruzioni di incidenti raccolte da alcune Compagnie di assicurazione statunitensi, confermava i dati emersi dalla letteratura. I guidatori con disturbi respiratori durante il sonno avevano un tasso di incidenti per miglio doppio rispetto a quelli che non ne soffrivano (*Philip P, 2005*).

L'Unione Europea ha finanziato nel 2003 uno studio di metanalisi su tutta la letteratura medica inerente il rischio di incidenti alla guida correlato all'età e alle condizioni patologiche (*Progetto Immortal*) da cui emerge che l'OSA e la narcolessia sono, fra le diverse patologie previste dall'allegato III della Direttiva 91/439/CEE, quelle con il più alto rischio relativo di incidenti alla guida, **3,71**, rispetto, ad esempio all'alcolismo, **1,54** rispetto all'uso di benzodiazepine (ansiolitici) ed all'**1,70** rispetto all'assunzione di cannabis.

<i>Sight subgroups:</i>	Relative risk
Depression/depressive symptoms	1,67 *
Sleep apnoea/narcolepsy	3,71 *
AD(/HD)	1,54 *
Flu	No data
Learning difficulty associated with light mental retardation	No data
Benzodiazepines (diazepam included)	1,54 *
Cannabis	1,70 *
Cocaine	No data
Opiates	1,83 *

La rivista Chronic Respiratory Disease ha pubblicato una ricerca che sottolinea come il 7% degli incidenti stradali è attribuibile ad OSA.

Le stime (*Istituto Superiore di Sanità, prof. Sergio Garbarino*) ci dicono che ogni anno in Italia la sindrome da apnea ostruttiva provochi oltre 17.300 incidenti stradali, con più di 250 morti e 12.200 feriti mentre si stimano 250.000 infortuni sul lavoro con 300 morti e 6.000 casi di invalidità.

Nel nostro Paese, tuttavia, le strategie di prevenzione degli incidenti dovuti a sonnolenza si sono basate soprattutto su campagne di prevenzione ed educazione, che invitavano i guidatori a fermarsi, riposare e prendere un caffè se durante le ore notturne ci si sentiva stanchi, mentre poco o nulla è stato fatto relativamente alla sonnolenza patologica, e quindi alla prevenzione e alla cura.

L'analisi clinica e l'evidenza statistica sulla correlazione tra colpi di sonno e incidenti stradali hanno spinto le Istituzioni, a partire dal 2000, ad intervenire per colmare un vuoto normativo.

Nel 2010 si è giunti alla stesura e pubblicazione, da parte della Società scientifica COMLAS (Coordinamento dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie), delle prime linee guida sul tema per indicare l'idoneità alla guida dei soggetti affetti da nuove patologie come l'OSA. Contemporaneamente, è continuato il lavoro internazionale che ha portato nel 2014 alla pubblicazione di una direttiva europea (2014/85/UE del 1° Luglio 2014) sulla patente di guida che si è posta l'obiettivo di limitare anche gli incidenti stradali che derivano dai disturbi respiratori notturni in grado di generare una sonnolenza durante il giorno. L'Italia ha recepito la Direttiva con il decreto legge del 22 dicembre 2015, pubblicato il 13 gennaio in Gazzetta Ufficiale, che prevede che: *“La patente di guida non deve essere né rilasciata né rinnovata a candidati o conducenti affetti da disturbi del sonno causati da apnee ostruttive notturne che determinano una grave ed incoercibile sonnolenza diurna, con accentuata riduzione delle capacità dell'attenzione non adeguatamente controllate con le cure prescritte”*

*“Il richiedente o il conducente in cui si sospetti una sindrome da apnea ostruttiva notturna moderata o grave deve essere sottoposto a un consulto medico approfondito prima dell'emissione o del rinnovo della patente di guida”.*

Certamente, questo provvedimento è da considerarsi importante perché finalmente pone al centro dell'attenzione una patologia poco considerata ma ad alto rischio, soprattutto per chi guida un veicolo.

### **L'OSA una patologia più estesa di quanto ad oggi ritenuto**

Gli studi scientifici hanno evidenziato che l'OSA non è un problema di nicchia riconducibile unicamente all'incidentalità stradale e a quella sul lavoro, ma è percepito sempre di più come un problema di salute generale. La diagnosi precoce consente un tempestivo approccio terapeutico.

Gli studi epidemiologici hanno dimostrato dati di prevalenza dell'OSA dell'adulto molto variabili:

1) la prevalenza della malattia si ha nei soggetti normopeso fra 30 e 65 anni, il 4% negli uomini ed il 2% nelle donne (Young T et al, 1993);

2) nei soggetti fra 30 e 65 anni con Indice di Massa Corporea (Body Mass Index - BMI) fra 26 e 28, equivalente ad un moderato sovrappeso, una percentuale oscillante fra 3% e 28% presenta più di 5 apnee per ora di sonno (indice considerato limite inferiore di malattia), mentre fra 1% e 15% presentano più di 15 apnee per ora di sonno (considerato limite di malattia di gravità moderata) (Young T et al, 1993; Young T et al, 2002);

3) gli uomini presentano un numero patologico di apnee nel sonno in una percentuale doppia o tripla rispetto alle donne; il rischio nelle donne aumenta dopo la menopausa (Young T et al, 2002);

4) nei soggetti obesi con BMI > 30 la prevalenza del disturbo oscilla intorno al 40% (Young T et al, 2002)

5) negli anziani con più di 65 anni è dimostrato che il 70% degli uomini ed il 58% delle donne presentano più di 10 apnee per ora di sonno (Young T et al, 2002).

Una importante ricerca pubblicata a giugno 2016 su SLEEP, la più prestigiosa rivista scientifica al mondo in materia di medicina del sonno, evidenzia come l'OSA comporti patologie a carico dell'apparato cardiovascolare.

Le apnee ostruttive hanno importanti ripercussioni sull'ossigenazione e sul sistema cardiocircolatorio. In coincidenza con le apnee, infatti, la concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso presenta cadute variabili in rapporto alla durata dell'ostruzione e alla funzionalità respiratoria del paziente. La pressione arteriosa sistemica e la pressione arteriosa polmonare presentano oscillazioni con picchi ipertensivi al termine delle apnee, che possono raggiungere i 250 mmHg per la sistemica e i 100-150 mmHg per la polmonare (Coccagna G et al, 1972). La frequenza cardiaca presenta modificazioni sia durante le apnee, quando compare in genere bradicardia, che alla ripresa degli atti respiratori con tachicardia. Non sono rare, infine, anche altre aritmie, come extrasistolie o più importanti blocchi atrio-ventricolari che possono

determinare arresti cardiaci di pochi secondi, dovuti alla stimolazione neurovegetativa durante le apnee e all'ipossia (*Coccagna G et al, 1972*).

Queste alterazioni respiratorie e cardiocircolatorie, persistendo cronicamente nelle ore notturne, portano col tempo ad una ipertrofia cardiaca, ad uno stato ipertensivo in veglia, ad un aumento dei globuli rossi nel sangue (policitemia) e, nei casi più gravi, allo scompenso cardiaco.

Tali danni cominciano a manifestarsi sulla popolazione a partire già dai 30 anni, causando un costo sociale che solo in Italia è stimato in 2,9 miliardi di euro. I costi sanitari diretti, relativi a diagnosi e trattamento della patologia, incidono solo per il 6% sui costi totali, mentre quelli dovuti ad un mancato riconoscimento e ad una mancata prevenzione delle comorbidità, incidono per il 49% sui costi totali.

Le ripercussioni della mancata diagnosi e del mancato trattamento determinano un aumento della morbilità della popolazione affetta dalla malattia, un aumento dei costi sanitari per le cure e le complicanze, una perdita di produttività per assenza dal lavoro e ridotta "performance" lavorativa.

Il problema deve essere affrontato, quindi, non unicamente dal punto di vista della sicurezza stradale, come fino ad oggi si è fatto ma più in generale è necessario un approccio globale che coinvolga tutti i settori della salute per promuovere azioni preventive e ridurre i fattori di rischio associati come:

- scorretta alimentazione

- inattività fisica
- tabagismo
- abuso di alcol

### **L'impegno della Fondazione ANIA**

La Fondazione ANIA fin dal 2005 ha avviato un'iniziativa denominata “Sicurezza nel trasporto”, dedicata alla riduzione dell'incidentalità su mezzi pesanti e sugli autobus.

Il progetto rivolto alle aziende di trasporto ha previsto una pluralità di interventi di prevenzione e di gestione del rischio della circolazione stradale, caratterizzati dalla formazione rivolta direttamente ai conducenti. Il complesso delle iniziative sono finalizzate al miglioramento dell'organizzazione del lavoro in grado di ridurre i fattori di rischio, un'attenzione al rispetto delle regole, dei tempi di guida e di riposo degli autisti, della manutenzione dei veicoli, delle modalità di carico e trasporto delle merci.

Nell'ambito del progetto a partire dal 2014 è stato avviato uno screening sugli autisti aderenti all'iniziativa, per valutare l'incidenza dell'OSA, somministrando un questionario che riporta la scala internazionale ESS (EPWORTH SLEEPINESS SCALE).

I questionari raccolti ed analizzati hanno riguardato 200 autisti di TIR con mansioni di trasporto di merci pericolose.

I risultati hanno evidenziato una predisposizione alla sonnolenza nel 10% dei casi.

La Fondazione Ania, raccogliendo le indicazioni dell'Associazione delle Imprese di Assicurazione, che ha promosso nel corso degli anni per conto del settore assicurativo l'arricchimento dell'offerta di salute con servizi innovativi, in grado di rispondere pienamente ai bisogni in continua evoluzione dei cittadini, si è posta anche l'obiettivo di sensibilizzazione per favorire la conoscenza e quindi la prevenzione nell'ambito della salute.

Dal mese di luglio 2017, partirà un'iniziativa itinerante, di sensibilizzazione della popolazione sul miglioramento del proprio stile di vita e delle proprie abitudini alimentari, dove sarà affrontato anche il tema del sonno e delle patologie che possono alterarne il naturale ciclo.

### **Le criticità**

Lo studio che la Fondazione ANIA ha svolto negli anni e i dati raccolti evidenziano come sia necessario:

1) accrescere l'informazione sia tra i medici sia tra i cittadini sull'OSA, in modo da sensibilizzare sul rischio che con gli anni tale patologia può provocare. Comprendere la patologia per trattarla adeguatamente ha notevoli benefici. Uno studio (*Sassani A et al, 2004*) realizzato su dati degli Stati Uniti ha evidenziato che se tutti i pazienti affetti da OSA venissero curati, solo per la parte dell'incidentalità stradale si



salverebbero 980 vite/anno e si risparmierebbero 11,1 miliardi di dollari/anno (ogni \$ speso per la cura farebbe risparmiare 3,49 \$ di costi da incidenti).

2) Garantire un soddisfacente rapporto costi/benefici, selezionando la popolazione a maggiore rischio tramite l'individuazione di uno o più sintomi sentinella o utilizzando sistemi di selezione come i questionari.

3) Evitare di sottoporre ad esami diagnostici categorie intere di lavoratori senza selezionare a monte i soggetti a rischio, evitando di incrementare i costi previsti dalla normativa sulla sicurezza sul lavoro sulle imprese.

E' auspicabile che non si verifichino più situazioni come quella prevista dalla legge della Regione Abruzzo n° 35 del 2007, successivamente abrogata, che prevedeva l'obbligo per i conducenti di autoveicoli per trasporto di merci di massa superiore ai 35 q, residenti nel territorio della Regione Abruzzo di produrre, a richiesta delle forze dell'ordine, una polisonnografia con esito favorevole. Esame costoso e subito contestato dalle associazioni di categoria e dalle imprese.

Il tema va affrontato a livello nazionale e globale con regole uniformi e certe.

4) Rendere realmente operativa la norma sul rilascio e rinnovo della patente in modo da avere contezza dei guidatori realmente a rischio.

## **Le proposte**

Visti i dati di contesto e di pericolosità che l'OSA evidenzia, la Fondazione ANIA ritiene che sia necessario:

1) accrescere l'impegno per migliorare, in generale, lo stile di vita della popolazione. E' certamente difficile cambiare, soprattutto negli adulti, delle abitudini consolidate, ma una leva importante è accrescere nella società la consapevolezza che una corretta alimentazione, una minore sedentarietà, un numero di ore di sonno adeguato, possono contribuire a mantenersi in salute e dare in questo modo una spinta verso un miglioramento delle condizioni generali di salute. Per questo è necessario che aumenti la spesa in prevenzione, che invece negli ultimi anni le statistiche hanno evidenziato contrarsi al di sotto del 5% della spesa sanitaria nazionale.

2) E' necessario migliorare la sorveglianza sanitaria e la verifica delle patologie che possono creare pericoli per sé e per gli altri, anche sfruttando quanto previsto dalla normativa, ad esempio il rinnovo della patente. In questo quadro appare fondamentale la reintroduzione del certificato anamnestico redatto dal medico di famiglia, in modo da responsabilizzarlo nell'identificazione delle patologie controindicate per la guida (tra cui appunto l'OSA). Con l'autocertificazione si è riscontrata una forte reticenza nel dichiarare il proprio stato di salute, fatto che porta al rinnovo della patente anche di persone che, se clinicamente verificate, non avrebbero i requisiti minimi di idoneità.

3) E' necessario responsabilizzare all'interno delle aziende il medico competente, affinché con strumenti semplici ed a basso costo (come il questionario di valutazione Epworth Sleepiness Scale) possa individuare i soggetti a rischio e su di essi concentrare la diagnosi e successivamente la cura.

Le linee guida internazionali (*American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, 2005*) ad esempio forniscono la combinazione dei criteri clinici necessari per fare una diagnosi di “Sindrome delle Apnee/Ipopnee Ostruttive nel Sonno” nell’adulto, una loro maggiore diffusione può accrescere il livello di conoscenza del problema.

4) Il settore assicurativo nell'ambito del proprio obiettivo di supportare il sistema sanitario nazionale nell'integrazione di servizi per la cura della persona, si propone come soggetto promotore di una nuova cultura del benessere e della salute, dove il tema della prevenzione viene posto al centro. Una maggiore attenzione al proprio stile di vita ed una migliore cura del proprio corpo fin da giovani equivale ad avere una popolazione che invecchia in salute e con un numero inferiore di patologie, riducendo nel tempo quelli che sono i costi sociali, rendendoli sostenibili nel lungo periodo, nonostante un inevitabile invecchiamento della popolazione italiana, nei prossimi decenni.

\*\*\*

In conclusione, Signor Presidente e Onorevoli Senatori, ringraziandovi per l’attenzione prestata, ci auguriamo che le nostre valutazioni, i suggerimenti e le informazioni che Vi abbiamo fornito possano essere utili al lavoro della Commissione e restiamo a

disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, precisazioni e integrazioni qualora se ne ravvisasse l'opportunità.