

in collaborazione con:

Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute

Società Italiana di Medicina
Generale e delle Cure Primarie

a cura di
Davide L. Vetrano

TREND DI FRAGILITÀ E LONG-TERM CARE IN ITALIA

INDAGINE 2023



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

TREND DI FRAGILITÀ E LONG-TERM CARE IN ITALIA

a cura di

Davide L. Vetrano

Medico geriatra, Associate Professor in Geriatric Research
presso l'Aging Research Center, Karolinska Institutet, Stoccolma

Con il contributo di

Modesta Visca

Ufficio Il Piano sanitario nazionale e piani di settore, Direzione Generale
della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Alberto Zucchelli

Medico geriatra, Ricercatore, Dipartimento di Scienze Cliniche e
Sperimentali, Università di Brescia, Brescia

Francesco Lapi

Direttore della ricerca di Health Search – Società Italiana di Medicina
Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Un progetto di Italia Longeva coordinato da

Cecilia Behmann, Project Manager
Andreina De Pascali, Segretario Generale

Impaginazione e grafica:

FC GRAFICA di Flora Camporondo

Finito di stampare nel mese di Luglio 2023

È vietata la riproduzione, la traduzione,
anche parziale o ad uso interno o didattico,
con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.



Indice

7	Prefazione di Italia Longeva
9	Prefazione del Ministero della Salute
11	Prefazione della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
15	IL QUADRO DI INSIEME
19	Capitolo 1 - I SERVIZI TERRITORIALI INTEGRATI A GARANZIA DELLA TUTELA DELLE PERSONE FRAGILI E MALATE CRONICHE
23	Capitolo 2 - I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE - Cure domiciliari - Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale - Cure palliative - Note metodologiche relative ai flussi informativi ministeriali
37	Capitolo 3 - FRAGILITÀ IN ITALIA - L'importanza di misurare la fragilità - La misura della fragilità su larga scala - Note metodologiche - Risultati
53	RINGRAZIAMENTI



PREFAZIONE DI ITALIA LONGEVA

Nell'edizione di quest'anno dell'indagine di Italia Longeva, l'attenzione si rivolge massivamente alla fragilità, un aspetto critico del nostro tessuto socio-sanitario che – secondo i dati qui mostrati per la prima volta – ha visto un aumento significativo nell'ultimo decennio, soprattutto tra le fasce più anziane della popolazione e nelle regioni meridionali del Paese. Si tratta di un tema che ha acquisito una rilevanza ancora maggiore negli ultimi anni, a causa delle sfide poste da situazioni di crisi come la recente pandemia da COVID-19.

La fragilità, però, non è un concetto monolitico. Essa si presenta in forme e gradi diversi, e richiede un approccio multidimensionale e un impegno che coinvolga l'intero spettro del sistema sanitario, dal medico di medicina generale allo specialista ospedaliero. Di fronte a questo quadro, la necessità di strumenti adeguati a misurare la fragilità su ampia scala diventa fondamentale.

Con questa premessa, si pongono alcune domande cruciali: quante persone anziane fragili ci sono in Italia? Dove sono concentrate? Quali sono i fattori che contribuiscono a questa fragilità? In questo report, Italia Longeva, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie e la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, si propone di dare risposta a questi interrogativi.

Grazie a una sinergia senza precedenti tra geriatrici e medici di medicina generale, siamo riusciti a misurare, categorizzare e mappare la popolazione over 50 del nostro Paese. Questa mappatura ci permette di comprendere meglio le necessità dei nostri anziani e di individuare le aree dove la fragilità è più diffusa, a causa di specifici fattori sociali.

A fronte di questa situazione, il tema dei servizi di long-term care e dell'assistenza domiciliare integrata acquista un'importanza fondamentale. È necessario agire, mettendo in campo risorse, strutture e professionalità adeguate, per garantire un supporto efficace ai nostri anziani. Una domanda fondamentale alla quale rispondere è: siamo in grado di offrire una adeguata assistenza socio-sanitaria al crescente numero di anziani affetti da fragilità nel nostro Paese?

Il presente report rappresenta il proseguo di un dialogo e un'azione collettiva, che coinvolge istituzioni, professionisti sanitari, associazioni e cittadini. Solo attraverso un impegno condiviso possiamo costruire un futuro in cui ogni anziano possa vivere con la dignità e la sicurezza che merita.

Buona lettura.

Roberto Bernabei
Presidente Italia Longeva



PREFAZIONE MINISTERO DELLA SALUTE

Le grandi riforme in atto e le leggi recentemente approvate rendono ormai improrogabili azioni concrete volte all'integrazione dei servizi sociosanitari, al coordinamento dell'assistenza a garanzia della presa in carico efficace e in continuità assistenziale sia nello stesso setting che in setting assistenziali diversi.

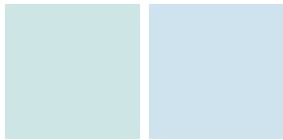
Gli strumenti a nostra disposizione sono diversi, lo sviluppo della tecnoassistenza, la digitalizzazione dei servizi, l'utilizzo di modelli predittivi per adottare policy informate e supportate dall'evidenza scientifica e fare governance del sistema.

In un mondo in cui le malattie rare, la cronicità, la

salute mentale impegnano i servizi sanitari nazionali è necessario rinnovare il sistema non solo nei servizi nelle strutture, nella tecnologia, ma anche culturalmente, aggiornando le competenze dei professionisti, sviluppando le capacità dei pazienti e di tutti gli attori del percorso di cura, ognuno responsabilmente coinvolto in modo proattivo e partecipato.

Stefano Lorusso

Direttore Generale, Direzione della
Programmazione Sanitaria del
Ministero della Salute



PREFAZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene definito dal Ministero della Salute come “un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale all’erogazione equa delle prestazioni sanitarie”. Affinché questo non resti un enunciato teorico è necessario confrontarsi con i nuovi bisogni emergenti in una popolazione sempre più anziana, sempre più fragile, spesso con disabilità e che, ad un certo punto del suo percorso, “transita” in una fase di avvicinamento al fine vita che può durare anche uno o due anni. La Medicina moderna è riuscita a dare più anni alla vita, ma non più vita agli anni. Tuttavia, la soluzione sta proprio nel realizzare un “sistema” di erogazione delle cure che preveda nel caso della fragilità e più in generale nell’anziano, almeno una triplice azione coordinata e sistemica tra i comparti di cura.

La prima azione è identificare il bisogno prima che si verifichi l’incidente critico che porta spesso il paziente a ricorrere all’Ospedale per le prestazioni di emergenza. Intercettare con anticipo il bisogno identificando precocemente la persona anziana fragile significa avere l’opportunità di avviare una prevenzione della disabilità e degli accessi in Pronto Soccorso.

La seconda azione è la Presa in carico del paziente fragile con un percorso unico, strutturato, nei setting appropriati (Ospedale, ADI, UCPDom, RSA, Hospice) che coinvolga l’intero sistema. Un percorso che non può che partire da una valutazione multidimensionale dei bisogni, eseguita con strumenti

validati secondo Linee Guida (di prossima pubblicazione in Italia) che sia starter per l’avvio di quelle che oggi sono definite “cure anticipatorie”, pianificate e condivise con il paziente.

La terza azione è la connessione dei singoli comparti di cura con l’utilizzo di una piattaforma informatica unica che permetta di condividere i flussi di dati generati dai processi di cura. Fare Rete utilizzando tutte le risorse messe a disposizione dal sistema significa fare governance, che ha come condizione ineludibile la interconnessione informatica.

Mai come in questo momento la piena sintonia tra Geriatri e Medici di Medicina Generale ha permesso di progettare percorsi di cura partendo dalla identificazione precoce utilizzando strumenti validati (Primary Care Frailty Index) che sono stati implementati nei programmi gestionali più diffusi. Questo consente una “mappatura” della fragilità in Italia e nelle diverse Regioni offrendo un quadro completo del bisogno in modo di poter programmare un adeguamento dell’offerta dei servizi. Non solo, di grande rilevanza sarà la possibilità in tempo reale di stratificare la popolazione fragile in funzione della vulnerabilità dei singoli soggetti durante i periodi pandemici al fine di consentire una rapida risposta.

Claudio Cricelli
Presidente SIMG

Pierangelo Lora Aprile
Segretario Scientifico SIMG



Italia Longeva - Associazione Nazionale per l'Invecchiamento e la Longevità Attiva - è l'organizzazione senza fini di lucro istituita nel 2011 dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA per consolidare la centralità degli anziani nelle politiche sanitarie e di welfare, e fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età, fascia di popolazione che la pandemia ha mostrato essere ancora più fragile di quanto si potesse nella più pessimistica delle ipotesi immaginare.

Italia Longeva opera con un approccio integrato correlando i punti di eccellenza nazionali ed internazionali e le expertise scientifiche, sanitarie, sociali, economiche e tecnologiche, con l'ambizione di essere interlocutore privilegiato in tutti i settori della società influenzati dalla "rivoluzione" della longevità diffusa. Ciò nella convinzione di base che sia indispensabile coniugare il mondo delle aziende e dei sistemi di assistenza e di cura perché il Paese e il SSN possano correre.

I CAMPI DI INTERESSE

- Il ripensamento dei modelli organizzativi e gestionali della Long-Term Care e dei setting assistenziali dell'anziano cronico, con l'obiettivo di avanzare ai decisori istituzionali proposte su modalità efficaci e sostenibili di presa in cura delle persone fragili
- La prevenzione delle patologie e la lotta alla fragilità, perseguita attraverso approfondimento scientifico e attività di divulgazione e sensibilizzazione
- L'assistenza domiciliare e la tecnoassistenza, ambiti diversi ma accomunati dall'obiettivo di assistere e curare l'anziano a casa propria, vicino ai suoi affetti e in continuità con le sue abitudini di vita

- Il miglioramento dell'assistenza all'anziano mediante la promozione della cultura della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

Italia Longeva sostiene questa visione dell'anziano anche sollecitando il mondo delle imprese e dei servizi affinché lavorino per questo segmento di popolazione, poiché l'Italia - con quasi quattordici milioni di over 65 - è il secondo Paese più anziano del mondo. Da qui una vera e propria vocazione produttiva, sinora poco valorizzata: quella per l'ideazione e la produzione di materiali, manufatti, dispositivi e servizi "a misura di anziano", esportabili in tutto l'Occidente che invecchia.

GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ

I progetti di Italia Longeva investono vari ambiti del target anziani e consistono in iniziative di comunicazione, sensibilizzazione e diffusione "culturale" verso istituzioni, aziende pubbliche e private del comparto sanitario, professionisti, pazienti, caregiver e media.

Con l'obiettivo di ideare e proporre nuovi approcci e soluzioni alle problematiche socio-sanitarie, economiche e di governance inerenti l'invecchiamento, Italia Longeva, in maniera inclusiva, riunisce stakeholder e key-player in rappresentanza di istituzioni e business community di riferimento in tavoli di lavoro, board scientifici, convegni, seminari e road show.

Per promuovere strategie e azioni volte a contrastare i deficit e i problemi che emergono con il passare degli anni, e diffondere la cultura dell'invecchiare bene, Italia Longeva realizza campagne televisive, pubblicazioni e iniziative rivolte all'opinione pubblica.



IL QUADRO D'INSIEME

Il consueto approfondimento annuale condotto da Italia Longeva giunge nel 2023 alla sua settima edizione. I temi trattati nell'indagine 2023 sono ancora una volta la misura del bisogno assistenziale nel Paese e la corrispettiva risposta del Sistema Sanitario Nazionale. Il dibattito intorno al tema della domanda e dell'offerta di cure e assistenza vede ancora oggi in Italia – più che in altri paesi – delle irrisolte aree grigie che rendono ardua l'identificazione di chiare direttrici nel complesso percorso di ripensamento dei percorsi assistenziali della long-term care. Italia Longeva, forte della sua decennale esperienza nella decodifica e descrizione del variegato panorama delle cure territoriali destinate agli anziani e ai fragili, conferma il suo impegno a stimolare il confronto tra le varie parti coinvolte in questo percorso. Il presente documento è stato preparato da Italia Longeva, in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), con il supporto metodologico del Karolinska Institutet di Stoccolma.

Negli anni di pandemia, il termine "fragilità" è emerso come una parola chiave centrale, ponendosi come un concetto ineludibile per comprendere le dinamiche di salute della popolazione, in particolare quella anziana. Tra le varie metriche ad oggi a nostra disposizione, atte a misurare il bisogno di salute tra la popolazione anziana, la fragilità è probabilmente quella che risponde meglio ai requisiti di multidimensionalità e facilità di valutazione, necessari – ma non sufficienti – affinché uno strumento possa essere definito valido e applicabile su ampia scala. La fragilità è una sindrome geriatrica (che non riguarda esclusivamente gli anziani) che rappresenta uno dei principali ostacoli a un invecchiamento sano e di successo: deteriora la quali-

tà della vita, predispone all'insorgere di disabilità severe e comporta un considerevole consumo di risorse socio-sanitarie. L'esperienza della pandemia da COVID-19, con le sue devastanti ripercussioni sulla popolazione anziana, ha reso evidente a tutti, professionisti e non, l'importanza della fragilità. Tuttavia, a fronte della bontà del concetto e della sua ovvia utilità nel decision-making clinico e istituzionale, la valutazione della fragilità non viene ancora considerata un momento routinario e fondamentale nell'attività clinica. La quantificazione dei soggetti fragili nel nostro Paese – anziani e non – richiede studi epidemiologici dettagliati e dati precisi, mentre l'assegnazione delle risorse socio-assistenziali dovrebbe idealmente corrispondere al numero di anziani fragili e alle loro esigenze. Fortunatamente, in consonanza con quanto avviene in altri paesi europei, quali il Regno Unito e l'Irlanda, anche in Italia si è intrapreso un percorso di sensibilizzazione e sviluppo di strumenti moderni di valutazione della fragilità su ampia scala. Le domande a cui va data urgente risposta sono ancora una volta: quanti individui fragili esistono nel nostro Paese? Quali sono le aree del Paese che per ragioni socio-demografiche di varia natura presentano una maggiore concentrazione di soggetti fragili? In che misura le risorse socioassistenziali rispondono coerentemente ai bisogni dei cittadini?

La long-term care emerge come una risposta critica e imperativa alle complesse sfide poste dalla multimorbilità, fragilità e disabilità, fenomeni sempre più presenti in un contesto di invecchiamento demografico. Il suo ruolo è fondamentale per garantire un'assistenza adeguata e mirata, rispondendo in modo efficace alla domanda crescente di assistenza. In questo ambito, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e le cure residenziali rappresentano pilastri centrali per l'organizzazione dei servizi.

L'assistenza domiciliare integrata rappresenta un modello di precisione, con l'obiettivo di fornire servizi coerenti e personalizzati alle persone con esigenze di assistenza complesse. Attraverso una stretta collaborazione tra i professionisti sanitari, i servizi sociali e le reti di sostegno familiare, l'assistenza domiciliare integrata mira a promuovere l'autonomia degli individui fragili e a prevenire o ritardare la necessità di cure residenziali. Questo modello favorisce l'efficacia e l'efficienza nell'allocazione delle risorse, massimizzando il benessere degli individui e riducendo il ricorso costoso e spesso stressante alle cure ospedaliere acute. Le cure residenziali, dall'altro lato, forniscono una risposta necessaria per coloro che non possono più essere assistiti in modo sicuro ed efficace a casa. Questi servizi devono essere concepiti e gestiti con attenzione per garantire un'assistenza di alta qualità, adeguata alle esigenze individuali e capace di preservare la dignità e il benessere dei residenti. Un equilibrio tra l'assistenza medica, sociale e personale, unito a un'attenzione alle relazioni umane e alla vita di comunità, può garantire un'esperienza residenziale di valore, ben oltre la mera cura dei sintomi. In un contesto di salute pubblica, questi due modelli rappresentano componenti cruciali di una risposta politica e sanitaria coerente alle esigenze degli anziani. Tuttavia, affinché siano veramente efficaci, devono essere integrati in una strategia più ampia che promuova una cultura del rispetto per l'anzianità, valorizzi l'autonomia individuale e promuova l'accesso equo e sostenibile all'assistenza. Il successo di tali iniziative dipenderà dalla nostra capacità di adattarci e rispondere alla domanda in continua evoluzione di assistenza, garantendo al contempo la sostenibilità del nostro sistema di assistenza a lungo termine.

Il primo capitolo della presente indagine contiene un approfondimento sul tema della non autosufficienza, stratificazione della popolazione e integrazione socio-sanitaria ad opera della Direzione Generale della Programmazione Generale del Ministero della Salute. In questa sezione viene fatto il punto sul nuovo piano della cronicità e la legge de-

lega 33/23 sugli anziani non autosufficienti.

Il secondo capitolo dell'indagine offre un aggiornamento dei flussi informativi ministeriali relativi ai volumi di ADI, cure residenziali e semiresidenziali e cure palliative riportati dalle Regioni negli ultimi anni fino al 2022. Si conferma un progressivo incremento ed una possibile accelerazione dell'offerta di ADI nel nostro Paese. Secondo i dati relativi al 2022, 460 mila persone over 65 hanno beneficiato di cure domiciliari, ovvero il 3,3% della popolazione over 65, con una prevalenza di over 75 (5,4% dei soggetti over 75). La percentuale di questi ultimi risulta in più rapida crescita rispetto agli anni precedenti il 2022. Il panorama geografico è estremamente variegato, come ripetutamente sottolineato negli anni passati. Le Regioni e Province Autonome che riportano tassi di copertura ADI maggiori del 4% sono il Molise, l'Abruzzo, la Basilicata, il Veneto e la Toscana a pari merito con la Sicilia. Al contrario i tassi minori sono riportati dalle Regioni Valle d'Aosta, Puglia, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Calabria. In generale si riscontra una maggiore aderenza rispetto agli anni passati delle Regioni al soddisfacimento del debito informativo inerente ai flussi informativi SIAD. Per quanto riguarda le cure residenziali, anche queste presentano un trend in aumento, contrariamente a quanto osservato in altri paesi europei. Nel 2022 360 mila persone over 65 hanno riportato uno o più ricoveri in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), corrispondenti al 2,6% degli over 65, con una maggioranza di persone over 75 (il 4,6% in questa fascia d'età). Anche in questo caso il divario inter-regionale risulta essere ampio, seguire un chiaro gradiente nord-sud. I tassi di residenzialità più elevati (>4% degli over 65) vengono riportati dalla Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Lombardia, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano. Al contrario, i tassi inferiori vengono riscontrati in Campania, Basilicata, Molise, Puglia e Sicilia.

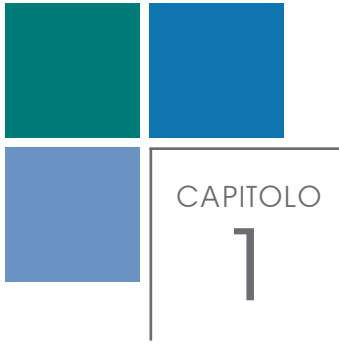
Nel terzo capitolo dell'indagine vengono presentati i risultati di uno studio scientifico volto a quantificare e caratterizzare la distribuzione e i trend temporali degli ultimi undici anni della fragilità nella popola-



zione over 50 italiana, tramite utilizzo di oltre 8 milioni di record sanitari dei medici di medicina generale. Al 2021, anno più recente per il quale erano disponibili i dati in questione, il 40% della popolazione over 50 presentava una qualche forma di fragilità (lieve, moderata o severa), con un evidente trend in aumento rispetto agli anni passati ed in particolare rispetto al 2011 quando questo dato si attestava al 26%. Negli undici anni presi in esame emerge in particolare una espansione considerevole della prevalenza di fragilità severa, che passa dall'1,4% del 2011 al 3,7% del 2021. Si evince dai dati come la fragilità aumenti nettamente al crescere dell'età dei pazienti della medicina generale. Prendendo in esame la prevalenza combinata di fragilità moderata e severa, nel 2021 questa passa dal 5,4% nei sessantenni, al 18,7% dei settantenni, 19,6% degli ottantenni e 50,9% degli ultranovantenni. Similmente, i tassi aumentano nelle donne rispetto agli uomini e presentano un trend medio incrementale passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali. Le Regioni con una maggiore prevalenza di pazienti affetti da fragilità moderata e severa sono la Campania, Calabria, Sicilia, Umbria e Puglia. Al contrario, i tassi inferiori si misurano in Trentino Alto Adige, Piemonte, Veneto, Sardegna e Toscana. I dati relativi alla mortalità mostrano chiaramente come i decessi negli anni presi in esame si concentrano negli strati della popolazione più fragile, in particolare tra i pazienti con fragilità moderata e severa, specie se appartenenti alle fasce d'età più avanzata. In ultimo, dal rapporto tra la percentuale di individui over 65 riceventi cure domiciliari o residenziali e la percentuale degli individui con fragilità severa nella stessa fascia d'età, si riscontra come la corrispondenza tra bisogno assistenziale e risposta da parte dei servizi di long-term care si verifichi raramente e soprattutto nelle aree settentrionali del Paese.

L'analisi dettagliata di studi scientifici internazionali

ci evidenzia una verità inconfutabile: per affrontare efficacemente la fragilità, è fondamentale un'identificazione precoce degli individui fragili all'interno della comunità. Questo passo critico favorisce l'implementazione di percorsi assistenziali personalizzati, concepiti per rispondere in modo adeguato alle esigenze specifiche di coloro che incidono, e incideranno sempre più, sulla sostenibilità del sistema di assistenza sanitaria. Non dobbiamo sottovalutare l'importanza cruciale di strumenti validati e universalmente applicabili per la misurazione della fragilità. Essi costituiscono il fulcro per quantificare il reale bisogno di assistenza e sono imprescindibili per una pianificazione accurata e mirata dei servizi sanitari, sia a livello nazionale che regionale. Questi strumenti forniscono informazioni essenziali per coordinare gli interventi tra i vari livelli di assistenza e permettono un'allocazione efficiente delle risorse. Ci troviamo attualmente in una fase di profonda trasformazione, con riforme ambiziose del sistema di cure territoriali in atto. Ora, più che mai, abbiamo la possibilità concreta di misurare in modo preciso e capillare le esigenze dei cittadini. Questo ci impone di valorizzare quegli strumenti che consentono una profilazione accurata della popolazione, strumenti basati su parametri raccolti su larga scala e in maniera routinaria, come le informazioni cliniche della medicina primaria. Queste preziose risorse di dati, se impiegate in modo corretto e responsabile, possono offrire una comprensione approfondita della salute e delle necessità della popolazione. Esse possono inoltre guidare lo sviluppo di interventi proattivi, personalizzati e basati su prove scientifiche, che mirano a trasformare la nostra risposta alla fragilità. Attraverso tali iniziative, possiamo migliorare la qualità della vita delle persone fragili e garantire la sostenibilità a lungo termine del nostro sistema sanitario. Di fronte alle riforme in corso, non possiamo permetterci di trascurare il potenziale di questi strumenti nella lotta contro la fragilità.



I SERVIZI TERRITORIALI INTEGRATI A GARANZIA DELLA TUTELA DELLE PERSONE FRAGILI E MALATE CRONICHE

I servizi sanitari nazionali sono chiamati a fronteggiare, con un forte impegno, una serie di importanti sfide che incideranno sulla possibilità di garantire il rispetto dei principi di universalità, solidarietà ed equità nell'erogazione dei servizi, e al contempo mantenere elevata la qualità dell'offerta.

L'approccio da seguire è "One Health" che considera la «salute» come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato.

Un aspetto che non può essere tralasciato – e la pandemia lo ha reso evidente – è la salute mentale che deve essere considerata al pari della salute fisica come sottolineato di recente anche dalla Commissione Europea.

Oggi si parla molto di energie e di risorse rinnovabili e di economia circolare, dimenticandoci che la risorsa più rinnovabile in assoluto è rappresentata dalle caratteristiche e dalle energie delle persone¹.

Il tema della sostenibilità complessiva del Servizio Sanitario Nazionale, quindi, deve essere affrontato non solo approcciandosi in modo innovativo rispetto ai vincoli macroeconomici di finanza pubblica ma seguendo un approccio in grado di favorire una visione multidimensionale globale delle politiche per la tutela della salute.

L'intersectorialità, la multidimensionalità e la multidisciplinarietà sono caratteristiche fondamentali dei percorsi di presa in carico globale non solo per una migliore gestione clinica e una presa in carico

continuativa in risposta ai bisogni assistenziali, ma anche per la promozione di stili di vita salutari nei diversi ambiti della vita.

Le grandi riforme e investimento in atto con il PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il Piano nazionale della prevenzione, il Piano Nazionale per le Liste di Attesa, il Piano per le malattie rare, l'aggiornamento del Piano nazionale della Cronicità sono state ideate con tali fini, tenendo conto della complessità del sistema e con una logica long life ossia volta a promuovere la salute e la cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita e garantire la continuità assistenziale. Nello stesso senso è necessario aggiornare il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 sulla rete ospedaliera, valorizzando la logica Hub e spoke e l'approccio fondato sugli esiti. Occorre infatti costruire un quadro di riforme coerente e integrato, capace di valorizzare e creare i necessari collegamenti tra i regolamenti organizzativi per l'assistenza ospedaliera e territoriale, i decreti attuativi della legge delega in materia di politiche a favore degli anziani e i provvedimenti derivanti legge quadro sulla disabilità.

In tale contesto l'Italia nel confermare nelle sue linee programmatiche sanitarie il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica del servizio sanitario pubblico ha investito, tra le altre linee, nella riorganizzazione e rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Il rafforzamento, l'innovazione e l'integrazione dei servizi territoriali è infatti uno degli obiettivi prioritari della programmazione sanitaria nazionale che affronta la necessità di sviluppare modelli organizzativi integrati e digitalizzati imposti dal mutato conte-

¹ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_23_3050

sto socio-epidemiologico, già noto.

In accordo a quanto previsto dal PNRR e dal DM77/2022, il territorio rappresenta il contesto assistenziale migliore per la cura dei pazienti cronici, anziani, con multimorbilità, disabilità e fragilità, essendo in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute. Per la prima volta si disporrà anche per il territorio di standard uniformi su tutto il territorio nazionale superando diversità regionali e a favore di una maggiore equità e omogeneità nell'accesso ai servizi.

Stratificazione del rischio e dei bisogni quale strumento per l'integrazione e la governance dei servizi in particolare nelle persone fragili e malate croniche.

Al fine di ridefinire i modelli organizzativi e per una efficace presa in carico della persona alla base della governance del sistema è indispensabile dotarsi di sistemi di stratificazione del bisogno di salute che devono essere in grado di:

- intercettare i pazienti affetti da specifiche patologie croniche che richiedono determinate prestazioni sanitarie e sociali, per poi raggrupparli in funzione dei diversi livelli di rischio, di complessità, di vulnerabilità, tenendo in considerazione anche il contesto geografico e socioeconomico del relativo territorio;
- differenziare la popolazione sana in funzione dei fattori di rischio sia individuali che contestuali (per es. ambientali), allo scopo di agire con interventi di promozione della salute che favoriscano l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita salutari, in accordo ai principi del Public Health Management;
- consentire di individuare in modo proattivo e continuativo nel tempo (con rivalutazioni periodiche) le priorità di intervento, con particolare riferimento alle continuità di cura e assistenziale delle persone in condizioni di cronicità, fragilità, disabilità e a rischio di non autosufficienza.

Digitalizzazione dei servizi e delle attività quali strumenti indispensabili per raggiungere gli obiettivi programmati

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta uno strumento fondamentale per aumentare il livello di digitalizzazione del Paese. Sebbene il FSE sia attivo per circa 57 milioni di cittadini, il suo utilizzo e la sua diffusione tra professionisti sanitari e cittadini deve certamente migliorare. L'investimento del PNRR è quindi volto a favorire lo sviluppo di un FSE omogeneo attraverso una trasformazione tecnologica dei sistemi informativi a livello nazionale e regionale, al fine di:

- garantire un single access point ai servizi sanitari per i cittadini ed i pazienti,
- garantire una fonte di informazioni per i professionisti sanitari che dettagli la storia clinica del paziente;
- fornire alla governance sanitaria centrale e locale una grande mole di dati clinici da porre alla base di analisi complesse di fenomeni sanitari.

Telemedicina

Sulla scia della fase pandemica e dello slancio avuto occorre continuare a promuovere la tecnoassistenza e la telemedicina.

La piattaforma nazionale di telemedicina, i progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute previsti nel PNRR rappresentano l'inizio di un percorso di trasformazione digitale del Ssn che consentirà, inoltre, di avvicinare i servizi sanitari al domicilio degli assistiti

Le sfide dell'interoperabilità

Già in Unione Europea siamo chiamati a far parte dell'European Health Data Space - lo spazio europeo dei dati sanitari che poggerà su tre pilastri principali: un solido sistema di gestione dei dati e di norme per lo scambio dei dati; la qualità dei dati; una solida rete di infrastrutture e di interoperabilità. Allo stesso modo al livello nazionale dobbiamo

continuare a lavorare, nel rispetto delle norme sulla privacy, sull'interconnessione dei dati per fare governance e attuare policy evidence based.

Modelli predittivi a supporto della governance a tutti i livelli del Servizio Sanitario Nazionale

Sviluppo di strumenti computazionali avanzati per costruire scenari di programmazione a medio e lungo termine e prevenzione sanitaria, e simularne gli impatti economici, di fabbisogno di salute e stili di vita.

La misurazione e la valutazione delle attività è oggi più che mai imprescindibile con una visione del sistema che genera valore e agisce in modo appropriato e considera il punto di vista dell'utente finale la persona che viene assistita nelle diverse fasi del percorso assistenziale.

Il nuovo sistema di garanzia dovrà quindi svilupparsi in una logica longitudinale, di processi di esiti, che legge la salute dell'individuo in modo integrato, anche attraverso la percezione che egli ha avuto dell'assistenza ricevuta (Outcomes di salute individuali - Patient-Reported Experience Measures-PREMs e i Patient-Reported Outcome Measures PROMs etc), sulla base delle risorse investite e che consente di ragionare allo stesso tempo al livello di comunità, allineata agli standard internazionali² e comparabile con gli stessi.

In parallelo la Legge 23 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" delega il Governo è ad adottare, entro il 31 gen. 2024, uno o più decreti legislativi finalizzati a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili, nonché finalizzati a potenziare progressivamente le relative azioni, in attuazione della Missione 5, componente 2, riforma 2, del PNRR. Anche questa normativa spinge all'integrazione e coordinamento intersettoriale al fine

di garantire una migliore assistenza sociosanitaria.

È prevista la definizione del "Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)" come modello organizzativo per il governo unitario e la realizzazione congiunta di tutte le misure a titolarità pubblica per gli anziani N.A., di Stato, Regioni e Comuni

L'organismo nazionale deputato a ciò è il nuovo Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio e composto dai Ministri competenti.

Il CIPA dovrà elaborare a cadenza triennale il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della popolazione anziana non autosufficiente" cui seguiranno analoghi piani regionali e locali, di medesima durata, da parte di organismi a livello regionale, con Assessori competenti, rappresentanti di Comuni e Asl e da organismi a livello locale, con rappresentanti di ambito territoriale sociale e del distretto sanitario. La legge delega di cui sopra prevede, inoltre tra le altre:

- Il rafforzamento con riferimento all'esercizio di tutte le materie sociali (non solo rivolte agli anziani) degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Gli ATS dovranno garantire lo svolgimento omogeneo sull'intero territorio nazionale di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi sociali per gli anziani non autosufficiente, nonché la gestione dei servizi integrati con la sanità. Gli ATS dovranno operare come centri di responsabilità unitaria del complesso degli interventi sociali per gli anziani e della loro integrazione con quelli sanitari.
- La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali LEPS.
- La semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto, mediante: una valutazione multidimensionale

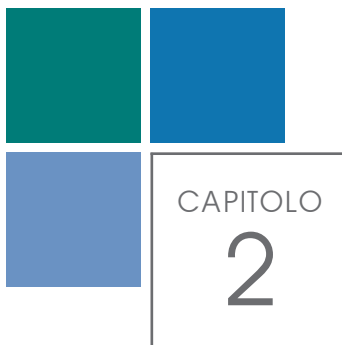
² <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>; https://health.ec.europa.eu/health-systems-performance-assessment_en

strutturata, secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale.

- La determinazione del «Budget di cura e assistenza» quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.
- La semplificazione dell'accesso agli interventi e ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari territoriali avviene con modalità semplificate, tramite i Punti unici di accesso (PUA) collocati presso le Case

della comunità, all'interno delle quali operano unità di valutazione multidimensionale, secondo quanto previsto dal DM 23 maggio 2022, n. 77 ed organizzati in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Tutti questi obiettivi potranno essere raggiunti se seguiamo un approccio realmente trasformativo: proattivo attraverso il coinvolgimento della comunità, che orienti la gestione responsabile del sistema sanitario (stewardship) a tutti i livelli (Nazionale Regionale e Locale) con uguale attenzione sia agli obiettivi finanziari sia a quelli per lo sviluppo della qualità secondo le logiche dinamiche di promozione della buona salute, prevenzione e reattivo nell'assistenza.



CAPITOLO

2

I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE

Una fluidità nel funzionamento dei servizi territoriali, che sono incaricati di garantire un'assistenza adeguata al cittadino durante la sua vita all'interno della comunità e nelle sue possibili transizioni tra vari setting assistenziali, è un elemento chiave nell'ecosistema sanitario. Questi servizi, che spaziano dall'assistenza domiciliare a quella residenziale o semi-residenziale, rappresentano un fondamento indispensabile per la long-term care. Il concetto alla base di questa rete di assistenza è quello dell'importanza del domicilio come luogo principale di cura, in accordo al principio ormai divenuto fondamentale nella revisione dei moderni sistemi sanitari nazionali del "aging at home". L'obiettivo è favorire il più possibile il mantenimento della persona nel proprio contesto familiare e sociale, garantendo al contempo un'assistenza sanitaria di alta qualità. Questo implica l'integrazione di una serie di servizi che vanno dall'assistenza medica a quella infermieristica, dalla riabilitazione all'assistenza psicologica, dai servizi sociali alle cure palliative. L'efficacia di questa rete di long-term care dipende in gran parte dalla sua capacità di garantire la continuità dell'assistenza in tutte le sue fasi, garantendo una transizione fluida tra diversi livelli di cura e diversi contesti assistenziali. Inoltre, i servizi residenziali e semi-residenziali hanno un ruolo fondamentale nel fornire un'alternativa all'assistenza domiciliare quando questa non è più possibile o adeguata. Un altro aspetto cruciale è la disponibilità di cure palliative ad attivazione tempestiva e in linea con alti standard di qualità. Queste cure rappresentano un aspetto fondamentale dell'assistenza a persone con malattie croniche o terminali e richiedono un approccio multidisciplinare e un'attenzione particolare alla qualità della vita del paziente. Nel presente capitolo, ci proponiamo di offrire una panoramica della diffusione territoriale della long-term

care in Italia. Presenteremo i dati forniti dal Ministero della Salute, che monitora costantemente i volumi di attività legati all'assistenza domiciliare, all'assistenza residenziale e semi-residenziale, e alle cure palliative. Questa analisi ci permetterà di comprendere meglio come i servizi di long-term care sono distribuiti sul territorio nazionale e quali sono le principali tendenze in atto.

Cure domiciliari

Le informazioni presentate in questa sezione fanno riferimento a dati storici raccolti a partire dal 2014, con una particolare attenzione rivolta all'anno 2022. L'aggiornamento più recente di questi dati proviene dalla Direzione Generale per la Digitalizzazione, il Sistema Informativo Sanitario e la Statistica del Ministero della Salute. Per quanto riguarda il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, i dati pertinenti sono stati raccolti attraverso il SIAD, il Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare. Per ulteriori dettagli su come il SIAD funziona e su come vengono raccolti e interpretati i dati, il lettore può fare riferimento alle note metodologiche alla fine del capitolo.

Come precedentemente sottolineato, si osserva in Italia un trend di incremento progressivo, benché moderato, nel contingente di individui anziani beneficiari del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), come mostrato in Figura 2.1. L'analisi della serie storica, che prende avvio nel 2014, evidenzia una crescita sostanziale fino al 2019, interrotta temporaneamente nel 2020, anno in cui l'emergenza pandemica ha influito sull'andamento di vari servizi, per poi riprendere nel periodo successivo. Nel 2019, il contingente di individui con età superiore ai 65 anni che ricevevano l'ADI ammontava a 398.633, di cui 335.309 erano ultrasessantacinquenni. In termini proporzionali (Figura 2.2), nel 2019 i beneficiari

dell'ADI rappresentavano il 2,83% della popolazione over 65 (contro il 2,72% nel 2018 e il 2,54% nel 2017) e il 4,68% della fascia over 75. Nel 2020, si è riscontrato un rallentamento nella crescita del numero di individui che beneficiavano dell'assistenza domiciliare, con un totale di 396.347 ultrasessantacinquenni (2,84% del totale), di cui 328.382 ultrasessantacinquenni (4,67% del totale). A partire dal 2021, i dati evidenziano un nuovo aumento nel nu-

mero di beneficiari dell'ADI. Questo trend è confermato anche nell'anno successivo, il 2022, quando sono stati registrati 459.151 anziani over 65 destinatari dell'ADI, tra cui 383.250 ultrasessantacinquenni.

La Figura 2.2 illustra l'andamento temporale del tasso di individui anziani che hanno beneficiato di assistenza domiciliare nel periodo compreso tra il 2014 e il 2022. Si conferma la tendenza alla crescita

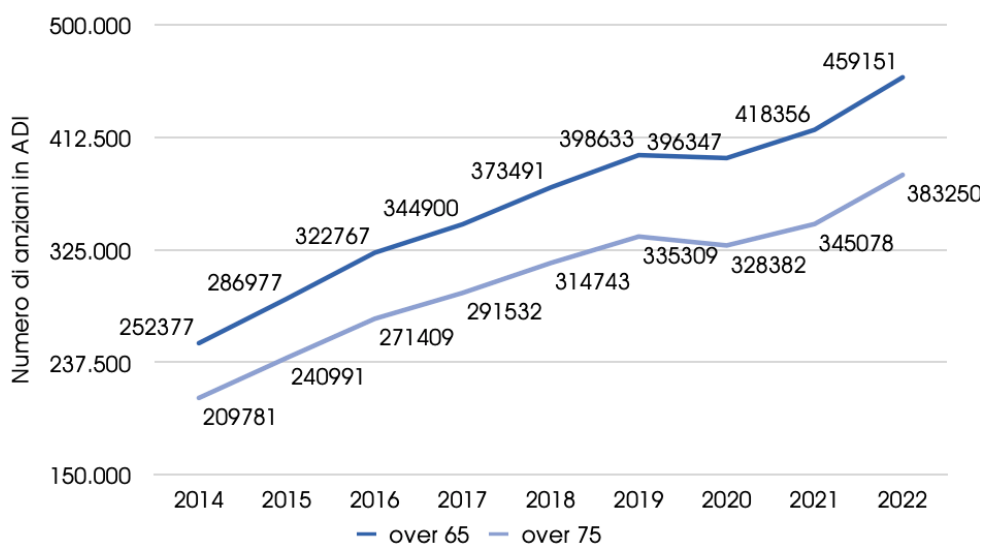


Figura 2.1. Numero di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2022.
Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

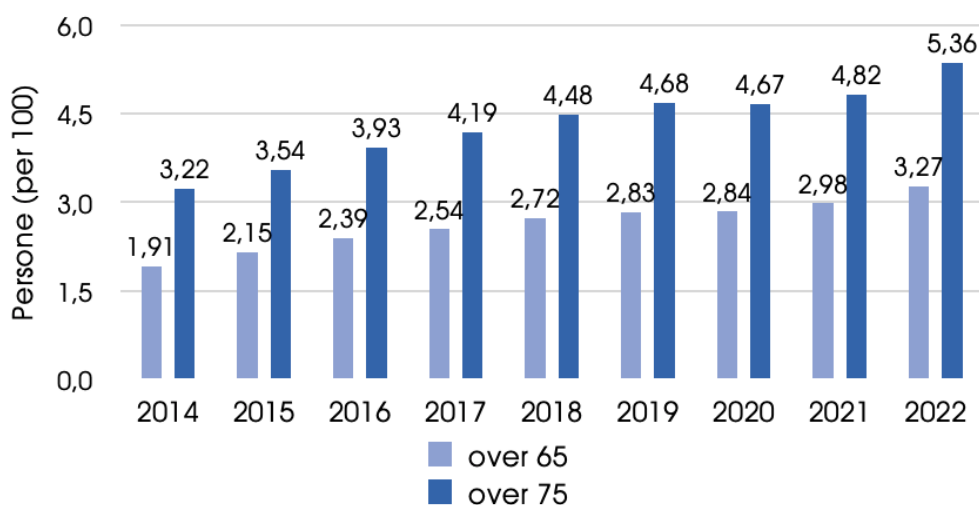


Figura 2.2. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2022.
Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

progressiva dei volumi di attività registrata nel corso degli anni. Mentre nel 2014 la quota percentuale di individui ultrasessantacinquenni che beneficiavano dell'ADI era pari all'1,91%, con una quota del 3,22% per la fascia di età superiore ai 75 anni, nel 2022 è stata rilevata una percentuale di ultrasessantacinquenni assistiti tramite l'ADI pari al 3,27%, e una percentuale del 5,36% per gli individui ultrasessantacinquenni.

La Figura 2.3 evidenzia un'estrema variabilità nell'offerta di assistenza domiciliare tra le diverse Regioni e Province Autonome italiane, manifestando differenze tra le varie aree che possono eccedere un fattore di 10. Nel 2022, le regioni che hanno registrato la più alta percentuale di anziani beneficiari di ADI, in maniera analoga a quanto osservato nel 2020, includono il Molise (5,53% degli over 65 e 9,16% degli over 75), l'Abruzzo (4,94% e 8,08%), la

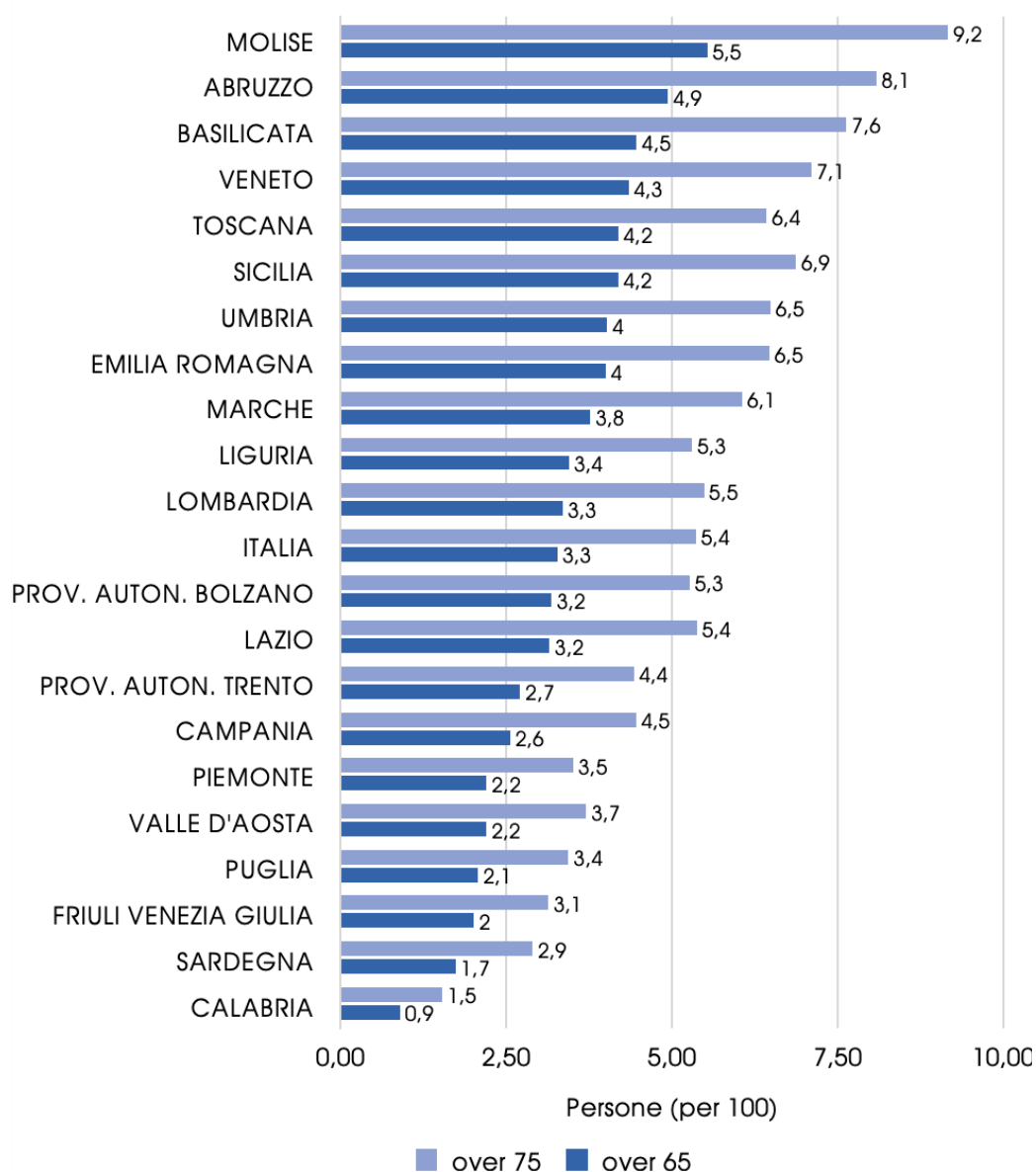


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

Basilicata (4,47% e 7,63%), il Veneto (4,34% e 7,10%), la Toscana (4,19% e 6,43%), la Sicilia (4,19% e 6,87%) e l'Umbria (4,02% e 6,48%). Al contrario, i tassi di copertura più bassi sono stati riscontrati in Valle d'Aosta (2,20% tra gli over 65 e 3,70% tra gli over 75), Puglia (2,07% e 3,44%), Friuli-Venezia Giulia (2,01% e 3,13%), Sardegna (1,74% e 2,90%) e Calabria (0,89% e 1,54%). Contrariamente agli anni passati, a partire dal 2022, tutte le Regioni e Province Autonome del Paese hanno aderito al flusso SIAD.

L'analisi dei dati dimostra una tendenza positiva per quanto riguarda l'ADI rivolta alla popolazione anziana italiana anche in termini di Prese In Carico (PIC). Osservando gli anni che precedono l'emergenza sanitaria, è evidente un aumento sostenuto delle prese in carico, inizialmente attenuato nel 2020 a causa del contesto pandemico, ma successivamente ripreso con vigore nel 2021. Durante

l'anno 2022, il panorama nazionale ha registrato complessivamente 1.653.278 casi di PIC, rispetto a 1.209.545 nell'anno precedente, con 1.446.254 interventi rivolti specificamente alla fascia di popolazione over 65 (in aumento rispetto a 1.006.446 del 2021). Nel dettaglio, nell'arco del 2022, delle 1.446.254 Prese In Carico destinate agli individui di 65 anni o più, si notano 284.271 casi con il grado minimo di intensità assistenziale (CIA base), 255.429 casi inquadrati nel primo livello di CIA, 263.831 casi nel secondo livello, 36.573 nel terzo e 118.044 nel quarto. Da segnalare, infine, l'ampio aumento delle visite domiciliari di carattere episodico, che contano 488.106 casi di PIC, con un salto significativo rispetto ai 146.523 del 2021. La Figura 2.5 presenta la distribuzione percentuale dei vari gradi di intensità assistenziale domiciliare nelle varie Regioni e Province Autonome italiane.

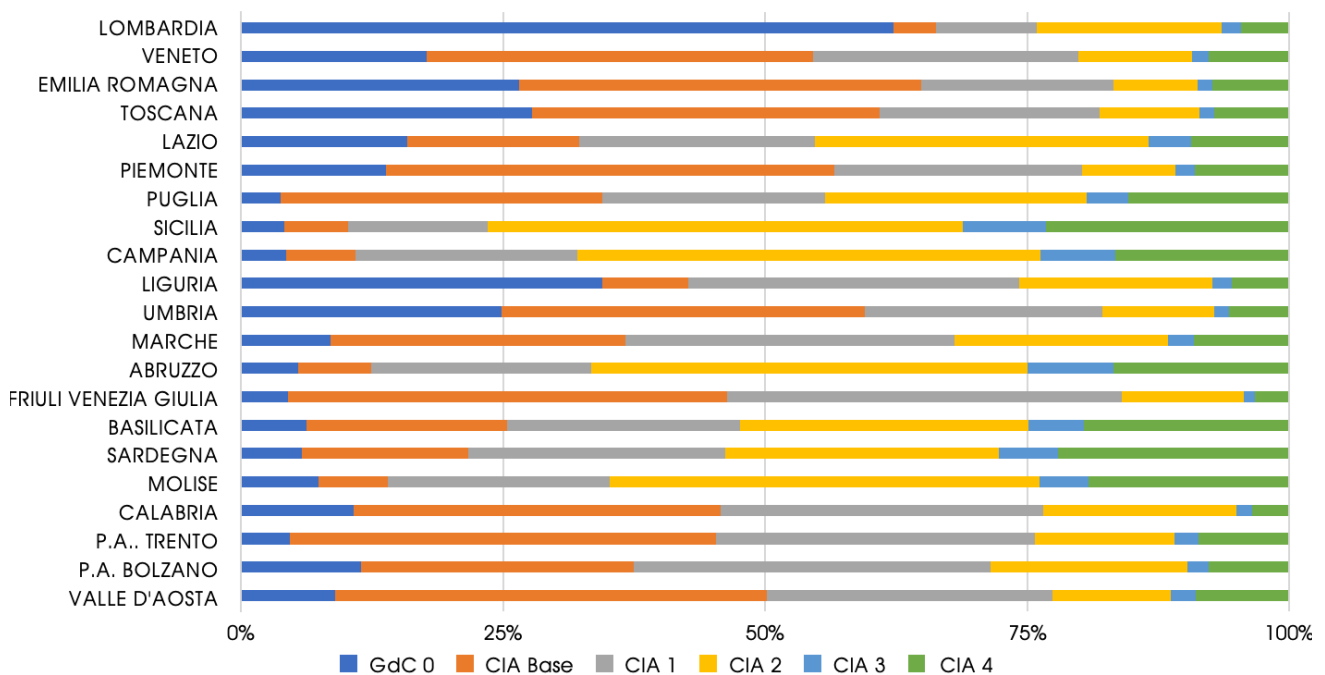


Figura 2.5. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2022.

GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2022. Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica GdC 0: in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono. CIA Base: tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

A differenza dell'approccio sanitario adottato da gran parte delle nazioni europee, che tendono ad enfatizzare la domiciliarità come luogo privilegiato per l'assistenza sanitaria, l'Italia ha mostrato una tendenza all'incremento del numero di anziani accolti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Questa tendenza si è accentuata in particolar modo durante gli ultimi due anni. La Figura 2.6 illustra il volume di anziani assistiti nelle RSA italiane

nel periodo 2017-2022. Nel 2017, la popolazione over 65 assistita nelle RSA contava 296.183 individui. Negli anni 2018-2020, questo dato ha sperimentato una crescita lieve e poi ha ripreso la sua ascesa dal 2021. In quell'anno, si registravano 325.032 anziani over 65 che avevano avuto almeno un episodio di permanenza in RSA nell'arco dell'anno, una cifra che è aumentata a 362.249 nel 2022. Nel 2022, si è registrato un ricovero o più in RSA per il 2,58% degli anziani con 65 anni o più e per il 4,6% degli individui over 75, come illustrato nella Figura 2.7.

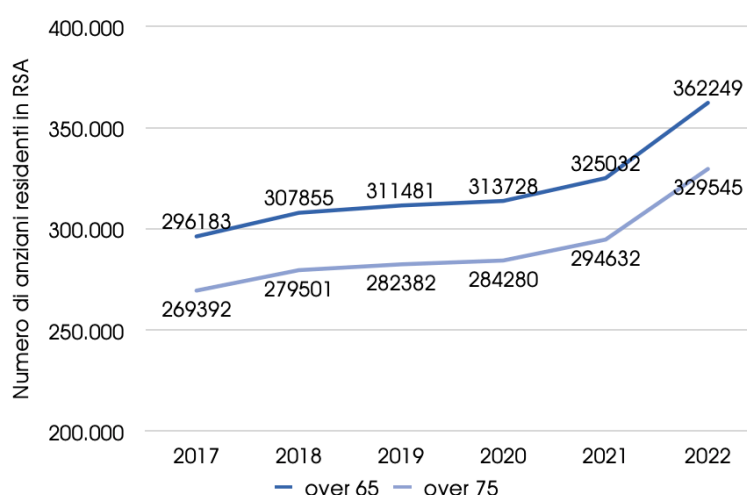


Figura 2.6. Numero di anziani residenti in RSA. Serie storica 2017-2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

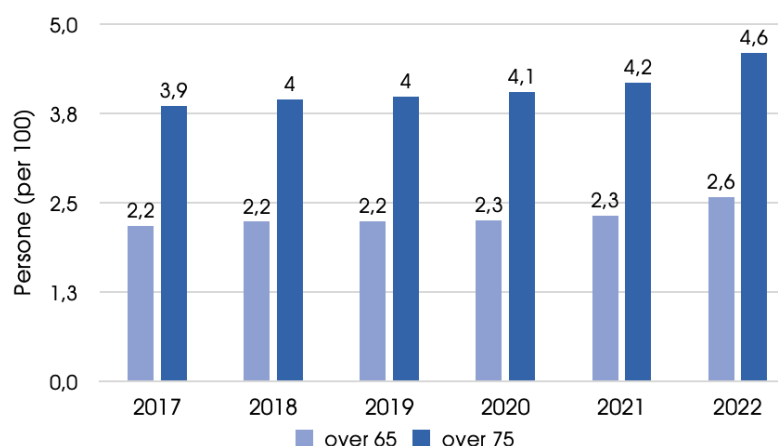


Figura 2.7 Percentuale di anziani residenti in RSA durante gli anni 2017-2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

Nel 2021, nonostante la percentuale media nazionale di anziani over 65 assistiti in RSA fosse del 2,58%, l'offerta di posti letto in strutture residenziali ha mostrato significative variazioni tra le diverse Regioni e Province Autonome italiane (Figura 2.8). Nel 2022, le aree che hanno registrato la maggiore presenza di over 65 assistiti in istituti residenziali comprendevano la Provincia Autonoma di Trento (8,7%), il Piemonte (4,8%), la Lombardia (4,3%), il Veneto (4,1%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (3,9%). In contrasto, le regioni con tassi di assistenza residenziale più bassi per gli over 65 comprendevano la Campania (0,3%), Basilicata e Molise (0,5% ciascuna), la Sicilia (0,8%) e la Puglia (0,9%). I dati relativi alla Sardegna

non erano disponibili al 30 giugno 2023.

I trattamenti semiresidenziali rappresentano una soluzione di assistenza innovativa ed efficace, specificamente progettata per pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. Questa modalità di cura si colloca in una posizione intermedia tra l'assistenza domiciliare a tempo pieno e la cura totalmente ospedaliera, offrendo un approccio assistenziale ibrido. In questa configurazione, il paziente viene assistito per un numero definito di ore all'interno di strutture dedicate, permettendo così di garantire una gestione ottimale dei propri bisogni sanitari. Allo stesso tempo, il paziente ha la possibilità di

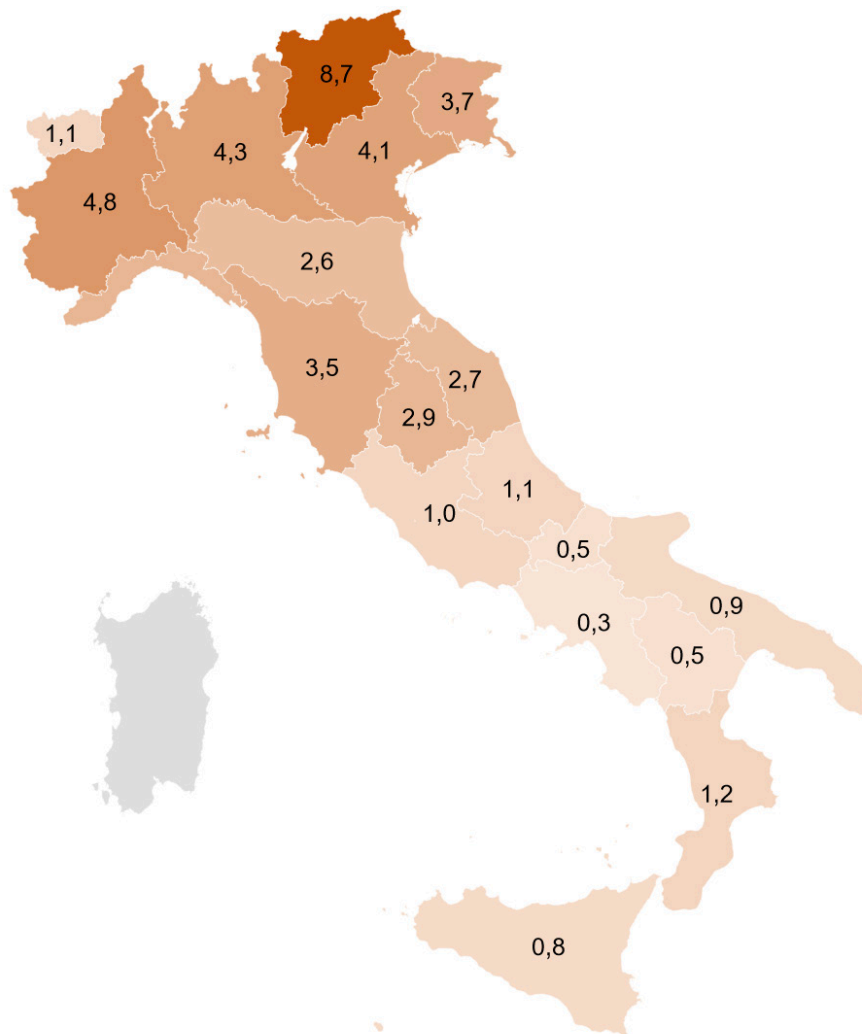


Figura 2.8. Numero (per 100) di anziani over 65 residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) durante l'anno 2022.
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva.

mantenere una significativa connessione con il proprio ambiente familiare, essendo in grado di ritornare al proprio domicilio dopo le ore trascorse nella struttura di assistenza. Questa forma di assistenza è resa possibile grazie all'importante contributo di caregiver, sia formali che informali. I caregiver formali sono professionisti sanitari qualificati, mentre i caregiver informali possono essere familiari o amici del paziente che forniscono assistenza e supporto su base volontaria. Insieme, questi due gruppi di caregiver offrono un'integrazione assistenziale che soddisfa le esigenze del paziente in modo completo e personalizzato. Nel suo complesso, l'approccio semiresidenziale rappresenta una soluzione effica-

ce che combina la professionalità dell'assistenza sanitaria con il confort e la familiarità del proprio domicilio, rispondendo così ai bisogni di una popolazione di pazienti sempre più numerosa e con esigenze sempre più complesse.

La Figura 2.9 illustra il tasso di anziani over 65 che usufruiscono di servizi socio-assistenziali in modalità semiresidenziale, espresso in termini di numero di assistiti per mille abitanti. Nel corso del 2022, si è registrato un tasso di 2,18‰ di anziani che hanno beneficiato di tali servizi, evidenziando una volta di più significative variazioni regionali. In particolare, i tassi per mille più alti sono stati documentati dalla

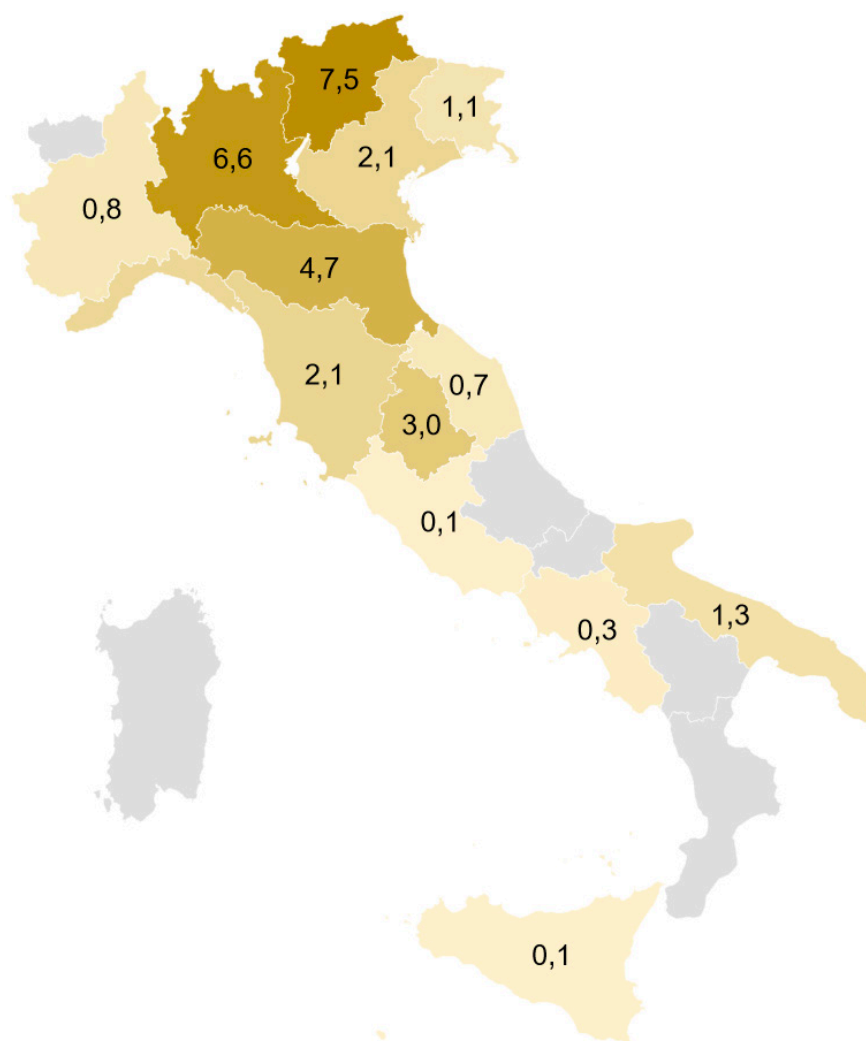


Figura 2.9. Anziani over 65 (per 1000) in trattamenti semiresidenziali nel 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva.

Provincia Autonoma di Trento, che ha registrato un tasso di 7,5‰, seguita dalla Lombardia con 6,6‰, l'Emilia Romagna con 4,7‰, l'Umbria con 3,0‰, la Toscana con 2,1‰, e la Liguria con 2,0‰. Al contrario, i tassi più bassi sono stati rilevati dal Lazio e dalla Sicilia, entrambi con un tasso di 0,1‰, la Campania con 0,3‰, il Piemonte con 0,8‰, e il Friuli-Venezia Giulia con 1,1‰. Da sottolineare che non sono stati ricevuti i dati relativi alle regioni di Valle D'Aosta, Molise, Abruzzo, Basilicata e Sardegna al 30 giugno 2023.

La Figura 2.10 illustra un confronto regionale nell'anno 2022, raffigurando la percentuale di anziani sopra i 65 anni residenti in strutture RSA rispetto a coloro che ricevono cure domiciliari. Esaminando il diagramma a barre, si osserva che esistono tendenze differenti tra le Regioni e le Province Autonome in termini di offerta di cure in strutture residenziali.

li rispetto a quelle domiciliari. In particolare, si può notare che entità come la Provincia Autonoma di Trento, il Piemonte e il Friuli-Venezia Giulia adottano un modello di long-term care che favorisce la cura degli anziani all'interno di strutture residenziali. Allo stesso tempo, si identificano aree come la Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano, dove la percentuale di residenti in RSA e di anziani che usufruiscono di servizi ADI tende ad essere simile. D'altro canto, esistono anche realtà in cui predomina l'assistenza domiciliare, con una percentuale di anziani in RSA spesso minima. Tra queste, si segnalano la Sardegna, la Campania, la Puglia, il Lazio, la Basilicata, la Sicilia, il Molise e l'Abruzzo. La Figura 2.11 fornisce una rappresentazione dello stesso dato, mostrando la suddivisione tra ADI e RSA in termini percentuali, in relazione al volume totale di servizi forniti nei due differenti ambienti assistenziali.

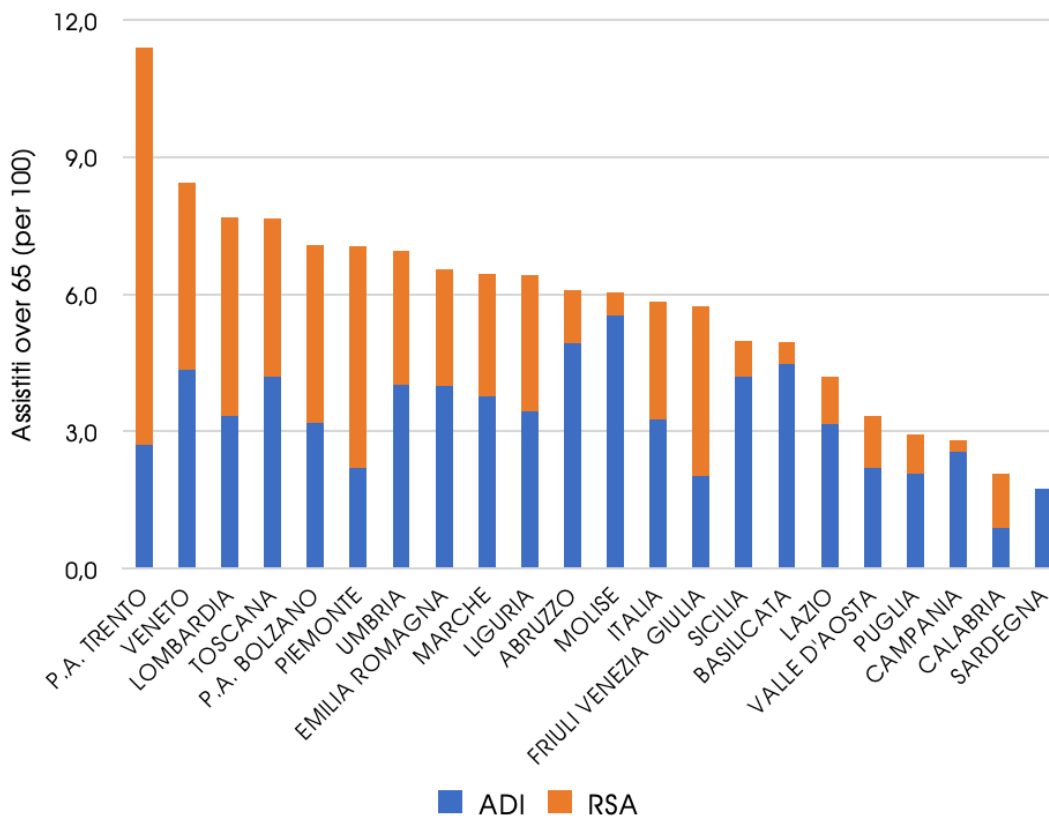


Figura 2.10. Confronto regionale tra la percentuale di anziani over 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

Cure palliative

Le cure palliative costituiscono un elemento fondamentale nel panorama dell'assistenza a lungo termine, rispondendo alle esigenze specifiche di pazienti affetti da malattie degenerative, sia rapide che progressivamente evolutive, che presto sfociano in una condizione di terminalità. Questo tipo di assistenza assume una forma diversa a seconda delle regioni in Italia, con una rete assistenziale che si estende a cliniche ambulatoriali, ospedali, servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), strutture residenziali sanitarie assistenziali (RSA) e hospice. Un team di specialisti di diverse discipline lavora insieme per elaborare un piano di cura personalizzato, tenendo conto delle preferenze del paziente e della sua famiglia. Le strutture residenziali per anziani o persone con disabilità forniscono cure palliative ai loro ospiti, spesso avvalendosi delle unità di cure palliative domiciliari competenti nella loro area. Nel

2012, è stato istituito un sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza fornita presso gli hospice (DM 6 giugno 2012), che permette di tracciare i volumi di attività in regime di palliazione forniti dalle diverse Regioni e Province Autonome.

Nel 2022, in Italia, di coloro che sono deceduti a causa di tumore, 61.382 (36,1% del totale) hanno beneficiato dell'assistenza della rete di cure palliative a casa o in hospice. Nel 2021 e nel 2020, rispettivamente il 31% e il 32% delle persone decedute per tumore avevano ricevuto cure palliative. Questa correlazione tra il numero di pazienti deceduti per malattie tumorali che hanno ricevuto cure palliative e il numero totale di pazienti deceduti per le stesse patologie in un dato anno, è un indicatore prezioso per il monitoraggio regionale e nel tempo della capacità di fornire cure palliative. L'analisi dell'andamento di questo indicatore negli ultimi sei anni (Figura 2.12) mostra che in Italia, l'offerta

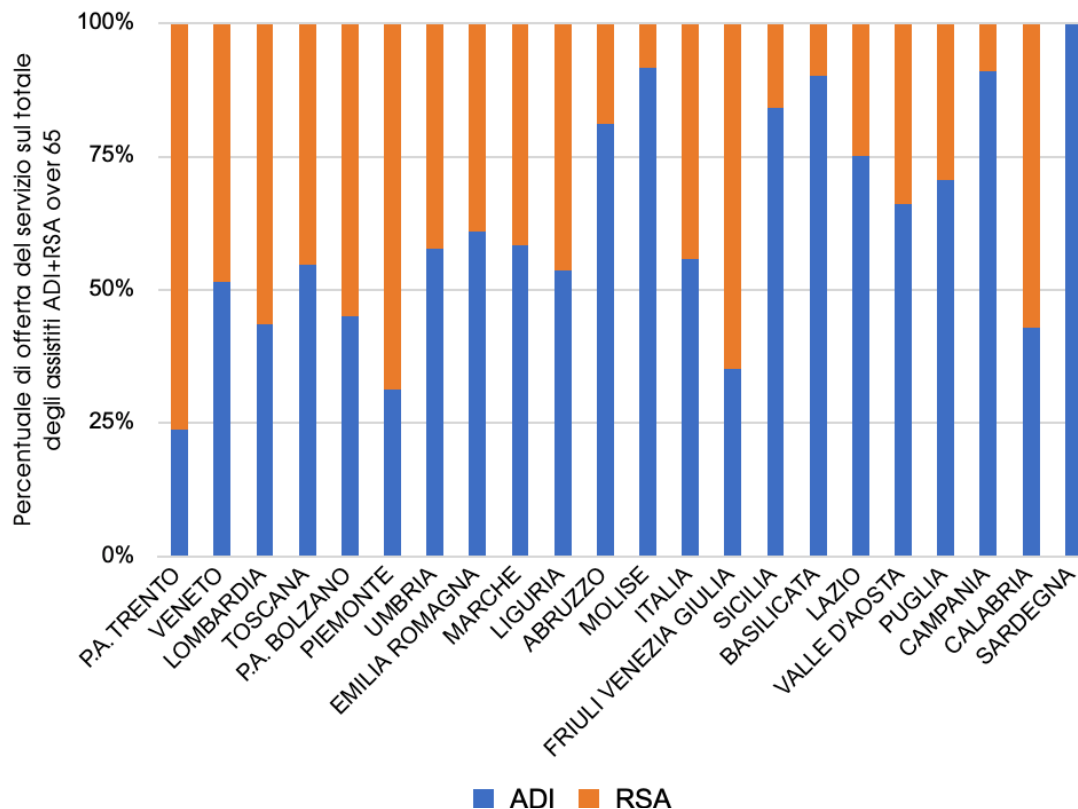
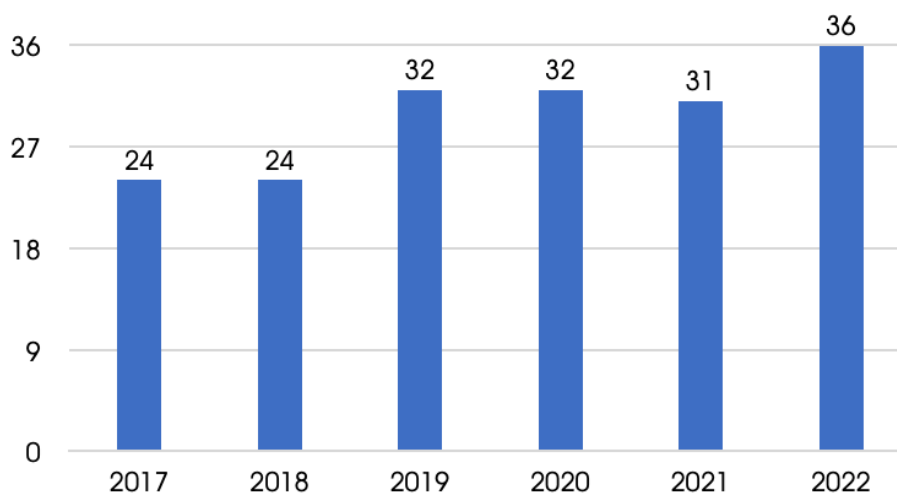


Figura 2.11. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani over 65 ricevuti ADI e residenti in RSA sulla percentuale complessiva (ADI+RSA) degli stessi nel 2022. Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

di cure palliative a domicilio e in hospice ha continuato a crescere fino al 2019, per poi stabilizzarsi nel 2020, subire una lieve flessione nel 2021 e infine riprendersi nel 2022. Tuttavia, alla luce della pandemia di COVID-19 in corso, è consigliabile attendere per un'interpretazione più accurata e corretta dei dati registrati e per una possibile revisione degli stessi nei prossimi anni.

La distribuzione regionale presenta ancora una volta una significativa variabilità (come illustrato in Figura 2.13). Tra le regioni che nel 2022 hanno

evidenziato una maggiore copertura territoriale in termini di cure palliative fornite a domicilio e tramite hospice ai pazienti deceduti a causa di malattie tumorali si distinguono il Veneto (57,0%), l'Emilia Romagna (53,6%), la Toscana (50,0%), la Lombardia (48,8%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (47,8%). Al contrario, tra le regioni che presentano il più basso tasso di individui deceduti per patologie neoplastiche e che hanno ricevuto cure palliative, troviamo la Calabria (12,0%), il Friuli-Venezia Giulia (15,8%) e la Campania (16,6%).



■ Deceduti per tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per tumore (per 100)

Figura 2.12. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) in Italia nel periodo 2017-2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

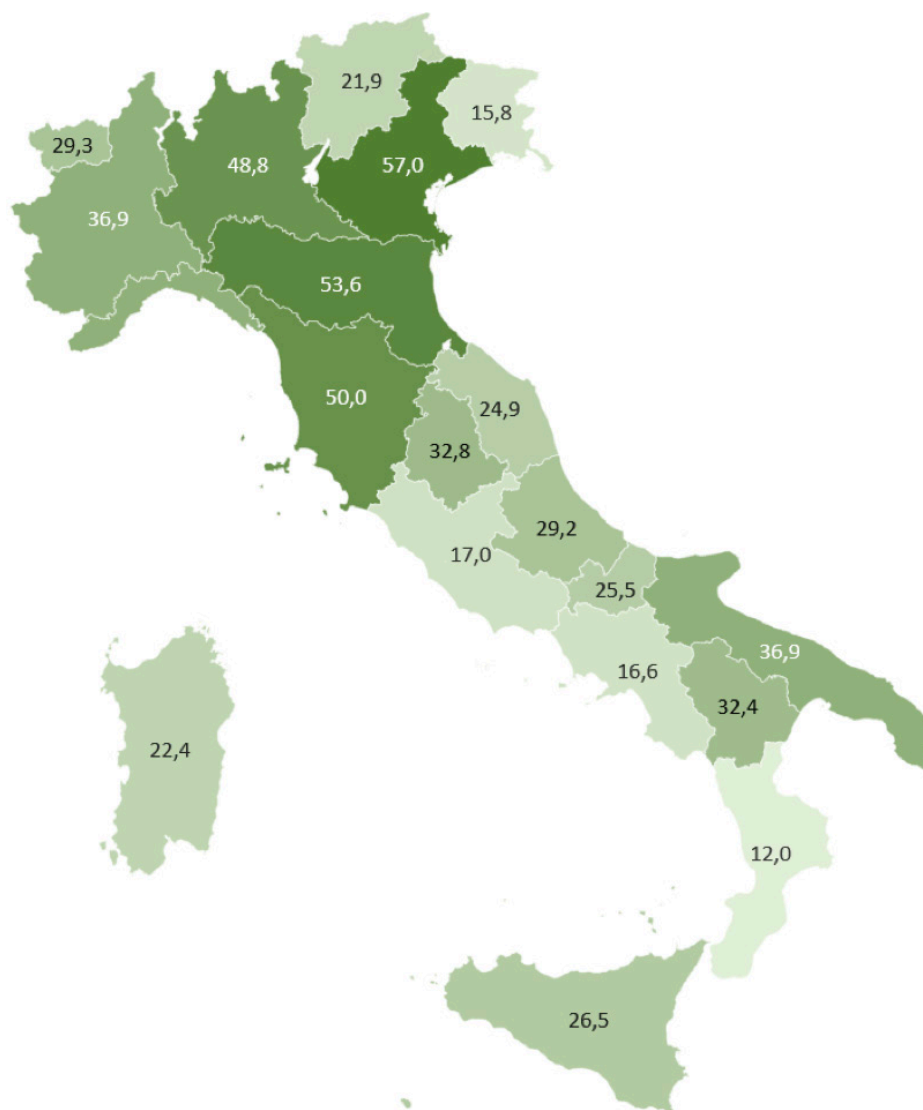


Figura 2.13. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) nel 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

Note metodologiche relative ai flussi informativi ministeriali

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) offre un'alternativa sostenibile al ricovero ospedaliero, sempre che ci siano le condizioni appropriate e che il supporto assistenziale sia fattibile e conciliabile con la fornitura di cure sociosanitarie presso la casa del paziente. L'ADI coinvolge diverse competenze professionali nel settore sociale e sanitario, tra cui medici di medicina generale, pediatri, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, specialisti medici e psicologi. L'obiettivo principale è fornire ai pazienti l'assistenza necessaria nel comfort della loro casa - il luogo ideale per la guarigione - o facilitare il rilascio ospedaliero, permettendo di portare avanti e completare trattamenti complessi che altrimenti sarebbero possibili solo in un contesto ospedaliero o residenziale.

In Italia, la responsabilità clinica dell'ADI è affidata al medico di medicina generale (MMG) e l'organizzazione è gestita a livello distrettuale sociosanitario. L'attivazione dell'ADI richiede un processo di valutazione multidimensionale che culmina in un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che stabilisce obiettivi di cura, tempi di recupero, tipologie di intervento e frequenza delle visite. L'assistenza al paziente e l'erogazione del servizio dovrebbero essere coordinate da diversi professionisti.

Il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che fa parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato implementato in Italia a seguito di un Accordo Quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome il 22 Febbraio 2011, dopo che il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 ha imposto alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano l'obbligo di inviare i dati del volume di attività al livello centrale. I dati, prima inviati alle Regioni e poi al Ministero della Salute, riguardano tutte le attività relative all'assistenza domiciliare sanitaria e sociosanitaria a partire dal 1° gennaio 2009. Le informazioni inviate devono riguardare l'assunzione in carico e la valu-

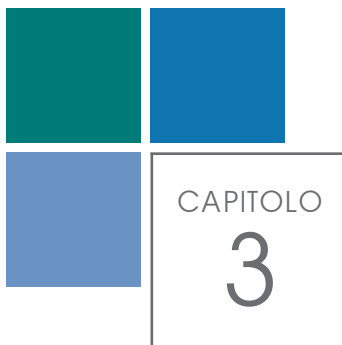
tazione multidimensionale del paziente, la definizione di un PAI e la responsabilità clinica degli operatori sanitari del Servizio Sanitario Locale (ASL). Una volta soddisfatti questi aspetti, dovrebbero essere inviate anche informazioni relative alle cure palliative erogate a domicilio e alle dimissioni protette.

Il SIAD include due tipi di tracciati: Tracciato 1, che contiene informazioni relative alla presa in carico del paziente e alla sua valutazione; e Tracciato 2, che riguarda le informazioni relative alle prestazioni erogate, la sospensione del trattamento, la rivalutazione del paziente e la conclusione dell'assistenza. Le informazioni specificate devono essere inviate al NSIS mensilmente, entro il mese successivo al periodo di riferimento nel quale gli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni necessarie per ogni singolo assistito sono accaduti. Questi eventi corrispondono alle seguenti fasi del processo di assistenza: accettazione, fornitura, sospensione, rivalutazione e conclusione. C'è una variabilità nel livello di debito informativo delle Regioni e Province Autonome nei confronti del SIAD su tutto il territorio nazionale, con alcune aree ancora incapaci di garantire la completa trasmissione delle informazioni previste. Tuttavia, si osserva un incremento significativo nella qualità e completezza dei dati inviati, che permettono già ora di riflettere sul volume e l'intensità dell'assistenza fornita. Con il decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2016, n. 262, sono state stabilite le procedure che permettono di ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito attraverso vari setting assistenziali. L'applicazione di tale regolamento, pienamente operativo dal 2018, ha richiesto l'adeguamento dei sistemi informativi regionali per la trasmissione di dati interconnettibili al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS). Per mantenere la storicità delle informazioni acquisite prima dell'introduzione di tale regolamento, è stato ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati precedentemente inviati al NSIS. Secondo il SIAD, l'accettazione di assistenza (PIC) viene classificata in base a quattro livelli di intensità assistenziale diversi, misurati tramite

il coefficiente di intensità assistenziale (CIA). Il CIA rappresenta il rapporto tra il numero di giorni effettivi di assistenza (GEA) e il numero di giorni di cura (GdC). I livelli di CIA variano da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza quotidiana).

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), tramite la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), raccoglie informazioni sulle prestazioni fornite in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o individui non autosufficienti in condizioni croniche o di stabilizzazione delle condizioni cliniche. Per il calcolo dell'indicatore, si considerano gli assistiti (individui distinti per ogni struttura) con ricoveri già aperti al 1° gennaio dell'anno di riferimento o intrapresi durante lo stesso anno. Il tipo di prestazione rientra in una delle seguenti categorie:

R1, R2, R2D, R3. Per calcolare l'indicatore relativo alla percentuale di individui over 65 che beneficiano di cure in un ambiente semiresidenziale, si considerano gli assistiti (individui distinti per ogni struttura) con ammissioni già aperte all'1 gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno. Per quanto riguarda il monitoraggio delle attività relative alle cure palliative, nel 2012 è stato implementato il sistema informativo per tenere traccia dell'assistenza fornita presso gli hospice (DM 6 giugno 2012). Questo sistema consente di monitorare i volumi di attività erogata sotto forma di cure palliative nelle varie Regioni e Province Autonome. In questo documento, si fa riferimento all'indicatore n.1, che riguarda la percentuale di individui deceduti per tumore durante l'anno in questione che hanno beneficiato di cure palliative a domicilio o in regime residenziale.



CAPITOLO

3

FRAGILITÀ IN ITALIA

L'importanza di misurare la fragilità

All'inizio del 2023, le stime indicavano che in Italia vi erano approssimativamente 28 milioni di individui con più di 50 anni, di cui oltre la metà superava i 65 anni e il 3% aveva superato i 90 anni. A livello globale, un trend crescente è osservabile per quanto riguarda l'aumento della popolazione anziana. Particolarmente rilevante appare l'aumento prospettato per l'Italia, dove la crescita della popolazione anziana sarà amplificata dal parallelo declino del tasso di natalità.

I criteri di salute per gli individui anziani presentano sfide uniche che necessitano di un'attenzione particolare per la formulazione e l'applicazione di un sistema sanitario adeguato alle loro necessità. Nonostante la stessa età anagrafica, due individui possono presentare differenze significative in termini di condizioni di salute, necessità di farmaci e funzionalità fisiche e cognitive. Alcuni anziani possono avere molteplici patologie croniche, necessitare di diverse terapie mediche e soffrire di limitazioni funzionali che diminuiscono la loro autonomia nelle attività quotidiane. Inoltre, la complessità dei quadri di salute è un aspetto da considerare: la combinazione di invecchiamento biologico, malattie croniche, uso di farmaci, condizioni socio-economiche e funzionalità fisica e cognitiva può dare origine a una gamma estesa di condizioni di salute. Tale complessità è accentuata da una pronunciata vulnerabilità agli eventi stressanti, riscontrabile in molti anziani. Pertanto, la cura e l'assistenza degli anziani dovrebbero seguire un approccio personalizzato, adattato alle necessità e caratteristiche del singolo individuo. Il sistema sanitario dovrebbe essere progettato per identificare precocemente coloro che trarrebbero beneficio da un percorso assistenziale olistico e

personalizzato, rispondendo in maniera tempestiva ed efficiente alle necessità della popolazione anziana più complessa. Il tracciato assistenziale personalizzato richiede un'analisi attenta di diverse dimensioni della salute, incluse le funzioni fisiche, cognitive, nutrizionali e sociali. Tale valutazione multidimensionale necessita di significative risorse come tempo, formazione, competenze specialistiche, strutture adeguate e un team di professionisti multidisciplinari. Considerata la rilevanza delle risorse richieste, non è possibile estendere un'analisi di salute multidimensionale all'intera popolazione anziana. Inoltre, un'ampia fetta di popolazione anziana mantiene un buono stato di salute, e un'analisi dettagliata del loro stato di benessere non modificherebbe significativamente il loro percorso di cura, che rimarrebbe paragonabile a quello di persone più giovani.

La fragilità, termine che denota un incremento della vulnerabilità dovuto alla perdita di riserva fisiologica in vari organi e sistemi, è attualmente ritenuta uno degli indicatori più efficaci dell'età biologica. Viene quindi utilizzata come criterio primario per l'identificazione degli individui che potrebbero beneficiare maggiormente di un approccio assistenziale olistico, che pone al centro la personalizzazione del percorso di cura. Paesi come il Regno Unito stanno già sfruttando questa misura per ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie disponibili, sia a livello di medicina generale che nell'intero sistema sanitario.

Nel suo report del 2022, Italia Longeva ha indagato la prevalenza della fragilità in Italia, esplorandola da una prospettiva geografica. Quest'analisi ha evidenziato un gradiente di prevalenza che

aumenta progressivamente dal nord verso le regioni del sud e le isole. Si sono inoltre riscontrate differenze sostanziali nella prevalenza di fragilità tra aree geografiche molto vicine, sottolineando la varietà delle situazioni a livello provinciale. Nel suo ultimo rapporto, Italia Longeva si è posta l'obiettivo di esaminare la prevalenza della fragilità in Italia da una prospettiva temporale, cercando di capire le variazioni nel corso degli ultimi 11 anni. L'analisi dei trend temporali della fragilità è fondamentale per fornire informazioni di grande utilità nella pianificazione sanitaria. Da una parte, questi dati permettono di prevedere con maggiore precisione le future esigenze della popolazione anziana italiana, rendendo più efficiente la gestione delle risorse disponibili. Dall'altro, forniscono informazioni iniziali sulla modifica nel tempo di fattori di rischio noti e possono indicare la presenza di altri fattori potenzialmente rilevanti non ancora adeguatamente studiati. Infine, i trend temporali di prevalenza di fragilità possono essere utilizzati come una sorta di barometro per misurare l'efficacia delle modifiche al sistema sanitario, fornendo un indicatore prezioso per stimare l'impatto di potenziali interventi di sanità pubblica. In questo modo, si potrebbero delineare strategie più efficaci e sostenibili per affrontare i cambiamenti demografici e le sfide sanitarie future.

La misura della fragilità su larga scala

Il medico di medicina generale (MMG), agendo spesso come primo punto di contatto tra il cittadino e il Sistema Sanitario Nazionale, gioca un ruolo cruciale nel coordinare il percorso di cura e nell'erogazione delle cure primarie. Gli individui affetti da fragilità, per via della loro particolare vulnerabilità a eventi esterni, sono frequentemente tra i più assidui utilizzatori delle risorse del sistema sanitario, ricorrendo spesso ai servizi di Pronto Soccorso, Continuità Assistenziale e alle ospedalizzazioni. Identificare con precisione questi individui è un passo cruciale per attivare percorsi di assistenza personalizzati, che si sono dimostrati notevolmente efficaci nel mitigare il ricorso ai servizi

d'emergenza e urgenza. L'implementazione di tali percorsi assiste nella gestione delle problematiche cliniche e assistenziali all'interno del territorio di riferimento. Per consentire al MMG di impostare tali percorsi personalizzati, è indispensabile avere a disposizione strumenti di valutazione della fragilità che siano efficienti e di semplice utilizzo, che permettano una corretta allocazione delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale, come la richiesta di visite specialistiche.

Numerosi strumenti di valutazione della fragilità sono stati sviluppati nel corso degli anni, molti dei quali si basano su test di performance fisica. Questi, però, richiedono una formazione specifica e l'uso di strumenti di misurazione, che non sono sempre disponibili nel contesto delle cure primarie. Un approccio alternativo proposto all'inizio del nuovo millennio considera l'aumento della vulnerabilità, tipico delle persone affette da fragilità, come il risultato dell'accumulo di "deficit" in diversi organi e sistemi. In termini più pratici, il "deficit" comprende qualsiasi aspetto correlato alla salute, come la presenza di malattie croniche, la prescrizione di certi farmaci, risultati patologici ai test di performance fisica o cognitiva, valori anomali negli esami del sangue o reperti fuori norma negli esami di imaging. Un "frailty index" (FI) viene calcolato sommando i deficit di una persona e dividendo per il numero totale di deficit considerati. Questo approccio risulta particolarmente utile quando applicato a registri ampi o strumenti elettronici, dove esistono molti deficit che possono essere facilmente utilizzati per la creazione del FI, calcolato direttamente dal software dell'utente finale. In tal senso, il Regno Unito ha proposto un FI elettronico (eFI) basato sui dati disponibili nel software utilizzato dai MMG, offrendo uno strumento di facile utilizzo, capace di una buona stratificazione e standardizzazione per l'identificazione delle persone affette da fragilità.

In Italia, la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) si è dedicata allo sviluppo di strumenti prognostici e di stratificazione del rischio basati

sui dati raccolti universalmente dai MMG durante la loro pratica clinica. Grazie alla collaborazione tra SIMG, l'Istituto Karolinska di Stoccolma e Italia Longeva, è stato possibile derivare un indice di fragilità altamente predittivo per eventi avversi come la morte e l'ospedalizzazione. Questo indice, facilmente implementabile nel software utilizzato dai MMG, può fornire una valutazione immediata dello stato di fragilità di un singolo individuo o di un gruppo di individui riferiti a un determinato studio di medicina generale o a una specifica area geografica. Questa capacità di valutazione su larga scala, unita all'efficacia di uno strumento automatizzato, rende l'identificazione della fragilità e l'attivazione di percorsi assistenziali personalizzati non solo possibile, ma efficiente e altamente efficace. La pubblicazione originale nella quale viene presentato lo sviluppo e la validazione del frailty index è disponibile online (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9981758/pdf/41598_2023_Article_30350.pdf)

Note metodologiche

Dal 1998, il database Health Search di SIMG racchiude dati ed informazioni provenienti dalla pratica clinica di 800 medici di medicina generale, distribuiti su tutto il territorio italiano. Nel database, ogni informazione è codificata secondo standard internazionali (ad esempio, codici ICD9-CM per le malattie, codici ATC per i farmaci, etc.) o codifiche interne. I risultati mostrati successivamente si basano su 8.245.448 record provenienti dalla storia clinica di persone di 50 anni o più in carico ad uno dei MMG partecipanti e rappresentanti la popolazione di pazienti in carico ai MMG italiani. All'interno del database sono stati identificati 11 anni indice (dal 2011 al 2021) e per ognuno di questi è stato estratto un campione di record rappresentativo della popolazione di pazienti in carico agli MMG di quell'anno. Questi dati sono stati utilizzati anche per calcolare il Primary Care Frailty Index (PC-FI), in modo simile a quanto fatto nel Regno Unito con l'eFI. Per quanto non esista una lista standard e condivisa dei problemi di salute da includere in

un FI, un numero molto elevato di studi scientifici ha dimostrato come frailty index composti da problemi diversi (purché sufficientemente numerosi) abbiano caratteristiche simili e come le persone che esibiscono frailty index maggiori siano sempre a maggior rischio di sviluppare eventi avversi (ad esempio morte, ospedalizzazioni, cadute, reazioni avverse da farmaco, istituzionalizzazione, etc.), aiutando quindi ad identificare le persone più vulnerabili. In questo caso specifico, il PC-FI si basa su 25 problemi di salute (comprendenti malattie croniche, aspetti funzionali e nutrizionali, segni, sintomi, Tabella 3.1), selezionati da un algoritmo informatico validato. Il PC-FI ha dimostrato una buona accuratezza nella predizione del rischio di morte e di ospedalizzazione nel database Health Search. Il PC-FI, inoltre, è stato validato in uno studio di popolazione svedese, dimostrando una forte associazione con il rischio di caduta, di sviluppare demenza e disabilità fisica. La popolazione di studio è stata divisa in 4 gruppi in base ai valori di PC-FI,

Deficit inclusi nel PC-FI	Prevalenza
<i>Demenza / declino cognitivo</i>	6,17%
<i>Disabilità severa</i>	4,04%
<i>Malattia cerebrovascolare</i>	5,99%
<i>Neoplasia solida</i>	11,57%
<i>BPCO</i>	10,43%
<i>Cardiopatía ischemica</i>	9,31%
<i>Scompenso cardiaco</i>	2,28%
<i>Insufficienza renale</i>	5,54%
<i>Fibrillazione atriale</i>	4,35%
<i>Parkinson / parkinsonismi</i>	2,22%
<i>Frattura di femore</i>	0,41%
<i>Anemia</i>	16,92%
<i>Difficoltà economiche</i>	36,10%
<i>Recente prescrizione ossigeno</i>	0,22%
<i>Ricovero nei 6 mesi precedenti</i>	1,93%
<i>Ulcere cutanee</i>	0,88%
<i>Bradycardia e disordini di conduzione</i>	2,89%
<i>Altre malattie neurologiche (paralisi, distonie etc)</i>	1,01%
<i>Stipsi</i>	1,21%
<i>Eparina a basso peso molecolare</i>	2,42%
<i>Vasculopatia periferica</i>	1,59%
<i>Problemi nutrizionali</i>	0,24%
<i>Diabete mellito</i>	14,01%
<i>Schizofrenia</i>	0,83%
<i>Edemi</i>	0,14%

Tabella 3.1 Lista e prevalenza (considerando tutti i record, N=8.245.448) dei deficit inclusi nel Primary Care Frailty Index (PC-FI).

similmente a quanto fatto nel contesto delle cure primarie nel Regno Unito: sono state identificate persone “senza fragilità”, con “fragilità lieve”, “moderata” e “grave”. Da un’analisi precedente è emerso come il rischio di morte dei partecipanti affetti da fragilità grave fosse 14 volte superiore a quello esibito dai partecipanti senza fragilità.

Risultati

Sul totale dei record considerati, più di metà riguardava pazienti di sesso femminile (53,7%) e l’età media era di 66,6 anni. Il 34% dei record proveniva da persone con un’età compresa tra i 50 e i 59 anni compresi mentre le persone con più di 90 anni contribuivano al campione analizzato per poco meno del 3,5%. Solo il 10,3% dei record proveniva da persone senza nessuna malattia cronica tra le 60 prese in considerazione, mentre il numero medio di patologie croniche era 5,2. Circa l’80% dei record proveniva da persone affette da almeno 2 patologie croniche, cut-off tipicamente impiegato per identificare la condizione di multimorbilità. Quasi l’11% dei record analizzati, invece, derivava

da pazienti affetti da 11 o più patologie croniche. Il PC-FI medio era di 0,06. Una forma di fragilità (lieve, moderata o grave) era presente in più di un terzo dei record: in particolare, il 25,4% era caratterizzato da una fragilità lieve, il 7,9% da una fragilità moderata e il 3% da una fragilità grave.

I record dei vari anni presi in considerazioni contribuivano all’analisi in modo lievemente diverso, mostrando un trend in riduzione (minimo: 7,4% - 2021; massimo: 9,7% - 2011). La proporzione di donne tra i record analizzati era sostanzialmente stabile negli anni presi in considerazioni (minimo: 52,1% - 2021, massimo: 54,5% - 2011), con un trend lineare in riduzione. Anche l’età media mostrava una minima variazione negli anni considerati, mostrando generale aumento negli anni (minimo: 66,4 – 2011 ; massimo: 66,7 – 2019). Un trend simile era presente anche per il numero medio di patologie croniche, che passava da 4,2 nel 2011 a 6,0 nel 2021. L’aumento più cospicuo si osservava tra i record provenienti da persone caratterizzate da 11 o più malattie croniche, la cui proporzione passava dal 5,5% del 2011 al 15,5% del 2021.

	Assente	Lieve	Moderata	Severa
Totale	59.40%	27.90%	8.93%	3.71%
F	56.66%	30.47%	9.20%	3.67%
M	62.41%	25.19%	8.64%	3.76%
50-59	82.62%	15.73%	1.49%	0.16%
60-69	68.89%	25.68%	4.56%	0.87%
70-79	39.59%	41.74%	14.05%	4.62%
80-89	21.33%	41.09%	24.34%	13.23%
90-99	14.09%	35.03%	29.76%	21.12%
100+	31.72%	32.95%	22.92%	12.41%
NORD	62.49%	26.63%	7.92%	2.95%
CENTRO	61.65%	26.04%	8.69%	3.62%
SUD-ISOLE	54.30%	30.67%	10.32%	4.71%
ABRUZZO	58.86%	27.67%	9.35%	4.12%
BASILICATA	56.46%	29.53%	9.92%	4.09%
CALABRIA	53.60%	30.78%	10.83%	4.79%
CAMPANIA	54.11%	29.25%	10.81%	5.83%
E. ROMAGNA	62.15%	25.85%	8.66%	3.34%
F. V. GIULIA	62.25%	26.17%	8.36%	3.22%
LAZIO	61.58%	26.28%	8.56%	3.58%
LIGURIA	62.93%	25.70%	8.28%	3.09%
LOMBARDIA	63.51%	25.42%	7.85%	3.21%
MARCHE	59.70%	28.13%	9.16%	3.01%
PIEMONTE	58.75%	31.62%	7.58%	2.04%
PUGLIA	53.10%	32.49%	10.07%	4.34%
SARDEGNA	61.16%	28.21%	8.13%	2.51%
SICILIA	51.91%	32.66%	10.82%	4.61%
TOSCANA	63.94%	24.93%	8.02%	3.11%
TRENTINO A.A.	68.40%	23.46%	6.49%	1.65%
UMBRIA	59.33%	25.95%	9.72%	5.00%
V. D'AOSTA	63.92%	23.52%	7.90%	4.67%
VENETO	64.93%	24.59%	7.52%	2.96%

Tabella 3.2. Distribuzione (%) dei diversi strati di fragilità nella popolazione in esame relativamente all'anno 2021.

Come mostrato in Figura 3.1, la prevalenza della fragilità dimostrava un aumento nel tempo: il PC-FI medio aumentava da 0,04 nel 2011 a 0,06 nel 2021, mentre la prevalenza di una qualsiasi forma di fragilità passava dal 26% del 2011 al 40,6% del 2021. Il maggiore aumento in termini assoluti era presente tra il 2011 e il 2012 (+5,8%), mentre in tutti gli anni compresi tra il 2016 e il 2021, l'aumento della prevalenza di una qualsiasi forma di fragilità, per quanto presente, era inferiore al 1%. L'aumento, in

senso relativo, maggiore si registrava per la fragilità grave, la cui prevalenza aumentava di più di due volte e mezza tra il 2011 e il 2021, passando dall' 1,4 al 3,7%.

La Figura 3.2 mostra come l'aumento della prevalenza di fragilità negli anni fosse presente a prescindere dall'età dei partecipanti allo studio. Nella fascia d'età più giovane (50-59), ad esempio, la proporzione di persone senza nessuna forma di fragilità passava dal 90,1% del 2011 all' 82,6% del

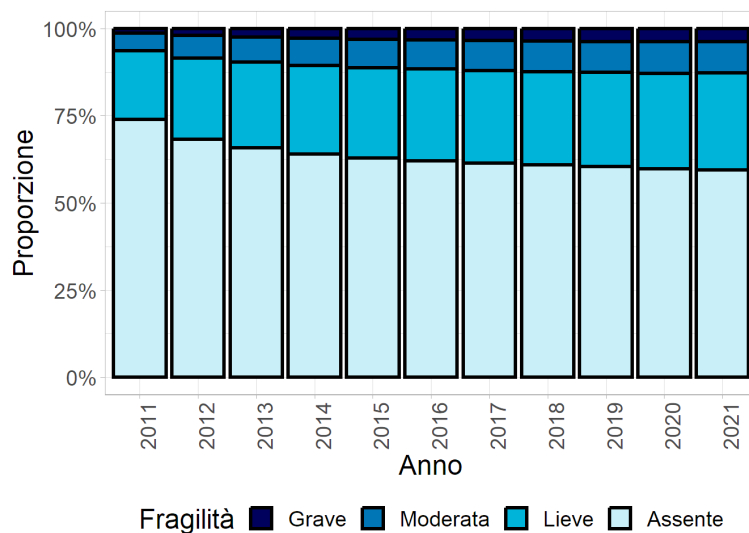


Figura 3.1. Prevalenza delle diverse classi di fragilità negli anni di analisi

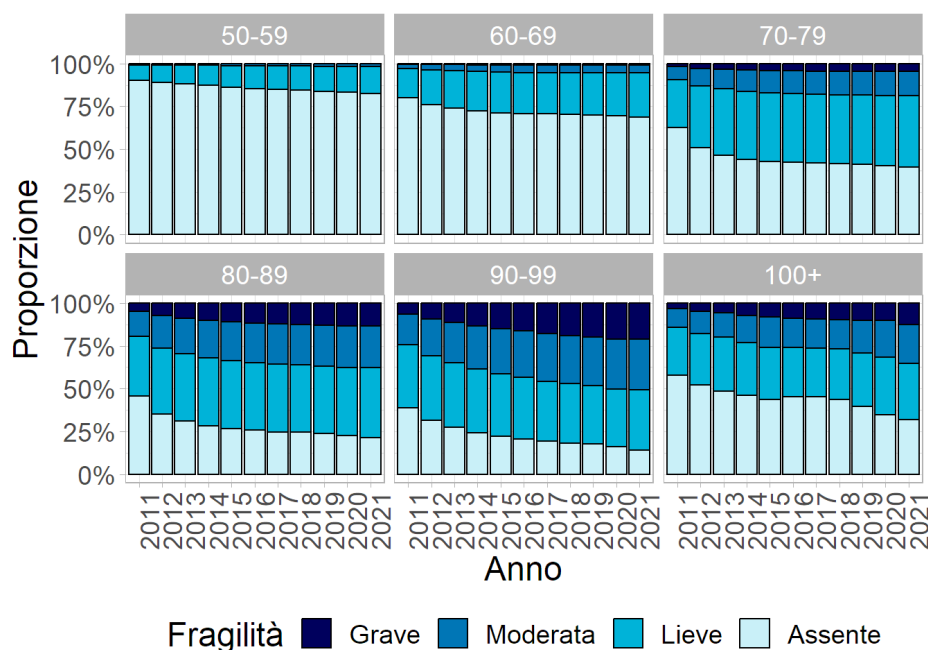


Figura 3.2. Prevalenza delle diverse classi di fragilità negli anni di analisi, stratificata per fasce d'età.

2021. Similmente, la proporzione di persone affette da fragilità moderata o grave nelle fasce 60-69,70-79,80-89 e 90-99 passava dal 2,9% al 5,4%, dal 9,2% al 18,7%, dal 19,6% al 37,6% e dal 24,4% al 50,9%

rispettivamente, tra il 2011 e il 2021.

Nelle Figure 3.3 e 3.4 si può osservare come il medesimo trend fosse presente anche stratificando la popolazione analizzata per sesso o per area

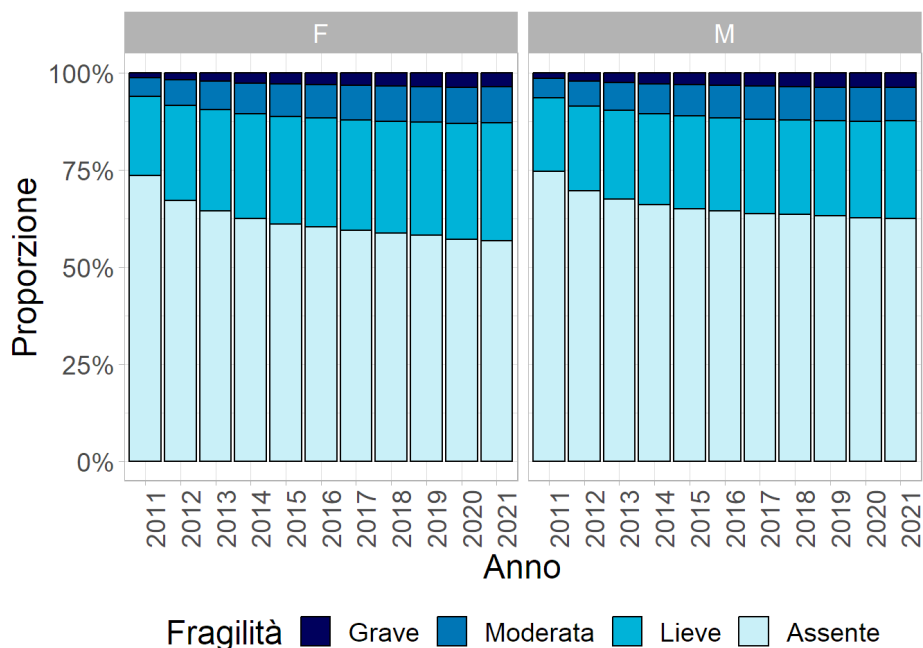


Figura 3.3. Prevalenza delle diverse classi di fragilità negli anni di analisi, stratificata per sesso

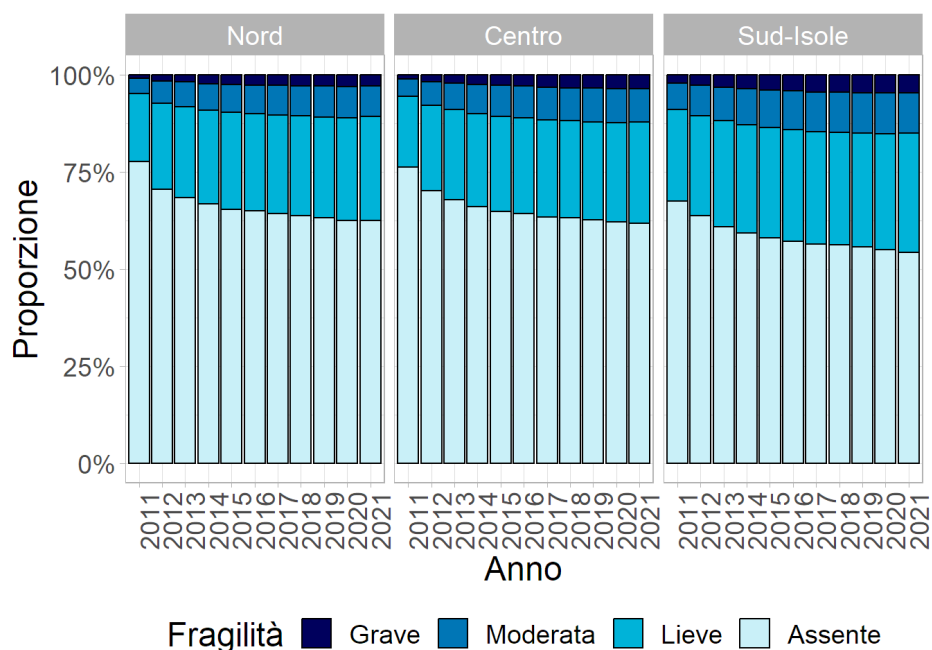


Figura 3.4. Prevalenza delle diverse classi di fragilità negli anni di analisi, stratificata per area geografica di residenza.

geografica di residenza.

La Figura 3.4 mostra l'aumento, negli anni compresi tra il 2014 e il 2021, della proporzione di persone affetta da ciascuna classe di fragilità e per tutte le fasce di età considerate, utilizzando come riferimento la media nel triennio 2011-2013. L'aumento maggiore, nel 2021, si è registrato per la fragilità grave, nella fascia 90-99 anni (+11,3%), seguito dalla fragilità moderata nella fascia over-100 (+10,1%). Nella fascia 50-59 si è registrato un cauto declino della proporzione di persone senza fragilità che al suo minimo, nel 2021, è arrivato a -5,8% rispetto alla media del triennio di riferimento.

Nella Figura 3.5 e in Tabella 3.3 vengono mostrate le mappe della prevalenza di fragilità moderata o severa nelle regioni italiane negli anni presi in considerazione nell'analisi. Il gradiente di

prevalenza via via crescente da nord a sud, già mostrato nell'analisi del 2022, era presente in tutti gli anni valutati. La regione che ha mostrato la maggiore prevalenza di fragilità moderata o grave per tutti gli anni di analisi è la Campania, con una media del 15,3%. Al contrario, negli anni tra il 2011 e il 2016, la regione con la minor prevalenza di fragilità moderata o grave era la Valle d'Aosta (media: 7,0%), superata nei restanti anni d'analisi dal Trentino Alto-Adige (media: 7,0%). Tutte le regioni hanno mostrato un aumento della prevalenza di fragilità moderata o grave negli 11 anni considerati nell'analisi: l'incremento medio annuale minore è stato osservato in Trentino Alto-Adige (+0,3%/anno) e in Campania (+0,4%/anno), mentre il maggiore è stato mostrato dalla Valle d'Aosta (+1,0%/anno) e dall'Umbria (+0,8%/anno).



Figura 3.4. Differenza assoluta della proporzione delle diverse classi di fragilità tra la media del triennio 2011-2013 e gli anni di considerati nell'analisi, stratificati per gruppi di età

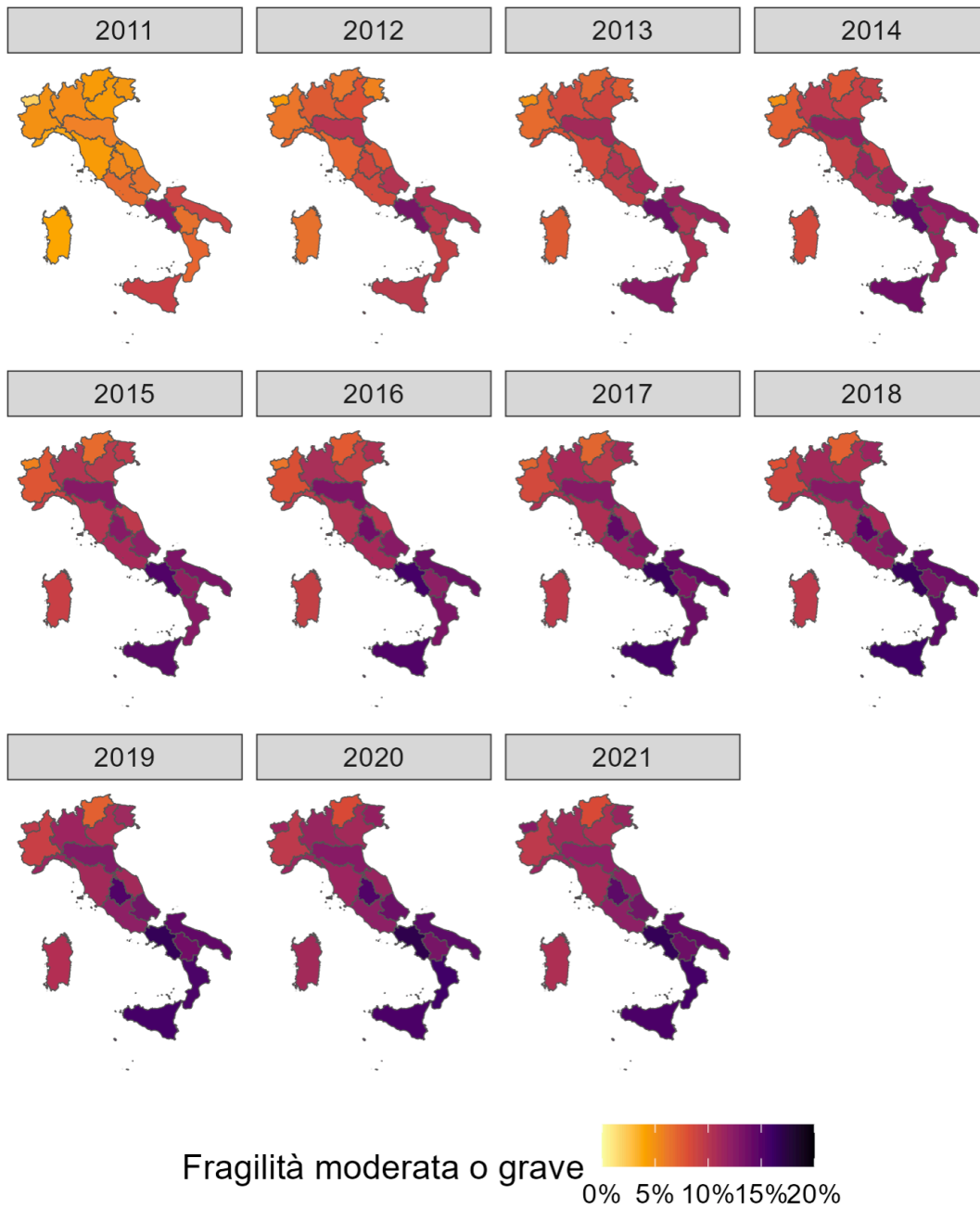


Figura 3.5. Mappe della prevalenza composta di fragilità moderata e grave nelle regioni italiane, tra il 2011 e il 2021.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ABRUZZO	6.4%	10.1 %	10.8 %	11.6 %	12.1 %	12.5 %	13.0 %	13.2 %	13.5 %	14.0 %	13.5 %
BASILICATA	6.4%	9.6%	10.2 %	11.5 %	11.8 %	12.3 %	12.9 %	13.4 %	13.7 %	13.3 %	14.0 %
CALABRIA	6.9%	9.2%	10.6 %	11.6 %	12.4 %	13.2 %	13.9 %	14.7 %	15.3 %	15.8 %	15.6 %
CAMPANIA	12.3 %	13.3 %	13.9 %	14.7 %	15.2 %	15.7 %	16.3 %	16.3 %	16.5 %	16.8 %	16.6 %
EMILIA- ROMAGNA	5.7%	10.0 %	11.0 %	11.8 %	12.4 %	12.9 %	12.6 %	12.4 %	12.8 %	12.5 %	12.0 %
FRIULI VENEZIA GIULIA	4.8%	5.6%	7.5%	9.2%	9.8%	10.5 %	11.0 %	11.3 %	11.3 %	11.8 %	11.6 %
LAZIO	6.7%	8.5%	9.2%	10.1 %	10.8 %	10.9 %	11.5 %	11.8 %	12.1 %	12.0 %	12.1 %
LIGURIA	3.8%	7.0%	8.0%	8.8%	9.2%	9.5%	10.6 %	10.9 %	11.4 %	11.4 %	11.4 %
LOMBARDIA	5.0%	7.5%	8.5%	9.7%	10.3 %	10.7 %	10.9 %	11.2 %	11.4 %	11.6 %	11.1 %
MARCHE	4.8%	7.7%	8.7%	9.2%	9.7%	10.1 %	10.7 %	10.8 %	11.0 %	11.6 %	12.2 %
PIEMONTE	5.0%	6.3%	6.7%	7.1%	7.7%	8.0%	8.4%	8.7%	9.1%	9.6%	9.6%
PUGLIA	8.9%	10.5 %	11.5 %	12.5 %	13.1 %	13.9 %	14.3 %	14.5 %	14.5 %	14.7 %	14.4 %
SARDEGNA	3.9%	6.5%	7.5%	8.3%	9.1%	9.3%	9.7%	9.8%	10.4 %	11.2 %	10.6 %
SICILIA	9.1%	9.9%	12.6 %	13.6 %	14.7 %	15.3 %	15.7 %	15.9 %	15.7 %	15.4 %	15.4 %
TOSCANA	4.4%	6.9%	8.3%	9.3%	10.0 %	10.3 %	10.6 %	10.8 %	11.0 %	11.5 %	11.1 %
TRENTINO- ALTO ADIGE	4.4%	6.3%	7.0%	7.7%	6.6%	7.4%	7.0%	7.1%	7.2%	8.1%	8.1%
UMBRIA	5.4%	8.9%	10.2 %	11.6 %	12.6 %	13.5 %	14.4 %	14.8 %	15.2 %	15.1 %	14.7 %
VALLE D'AOSTA	1.9%	4.3%	4.8%	5.0%	5.8%	6.3%	7.0%	8.0%	9.7%	11.3 %	12.6 %
VENETO	4.4%	7.9%	8.7%	9.1%	9.8%	9.4%	9.8%	10.4 %	10.6 %	11.2 %	10.5 %

Tabella 3.3. Prevalenza di fragilità moderata o grave nelle regioni italiane, divise per anno di analisi. Il colore identifica, per ogni anno, i valori dal maggiore (rosso) al minore (verde).

Considerando esclusivamente la popolazione over-65 tra gli anni 2017 e 2021, la proporzione di persone con una fragilità grave variava tra l'6,5% del 2017 al 7,3% del 2021. Negli stessi anni, la proporzione della popolazione seguita in regime di ADI variava tra il 2,5% (2017) e il 3,0% (2021). La proporzione delle persone over-65, alle quali era offerta assistenza in regime residenziale (RSA) variava invece tra il 2,2% (2017) e il 2,3 (2021). Il rapporto tra l'offerta assistenziale (identificata come la somma di ADI e RSA) e la potenziale richiesta, identificata nella proporzione di persone con fragilità grave, è variato dal 72,3% del 2017 al 70,1% del 2020, con un miglioramento (74,1% nel 2021), come mostrato in Figura 3.6.

La Figura 3.7 mostra una versione aggiornata al 2021 del rapporto tra la percentuale di persone over-65 assistite domiciliariamente o residenzialmente e la proporzione di persone affette da una fragilità grave, nelle diverse regioni italiane. Buona parte delle regioni del nord (e parzialmente del centro) di Italia mostrano un rapporto maggiore o uguale a 1:

Piemonte, Liguria, Lombardia, Trentino Alto-Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche. L'immagine può essere confrontata con la versione aggiornata al 2019, disponibile nell'indagine di Italia Longeva 2022. Si può notare un generale miglioramento della situazione italiana, con un passaggio del rapporto tra assistiti e persone anziani fragili superiore a 1 per Lombardia, Toscana e Marche.

Nell'intero database preso in analisi, la mortalità ad un anno variava tra il 7% (2016) e l'11% (2011). La Figura 3.8 mostra come il rapporto tra la mortalità nelle varie classi di fragilità e la mortalità mostrata dalla popolazione senza fragilità sia rimasto sostanzialmente stabile negli anni. Il rischio di morte ad un anno nella popolazione con fragilità lieve era tra 5,3 e 6,7 volte quello mostrato dalla popolazione senza fragilità. Rispetto a quest'ultima, la popolazione con una fragilità moderata esibiva un rischio tra le 15,9 e 19,7 volte maggiore. Il rischio mostrato dalla popolazione con fragilità grave si è mantenuto stabilmente sopra le 35 volte superiore

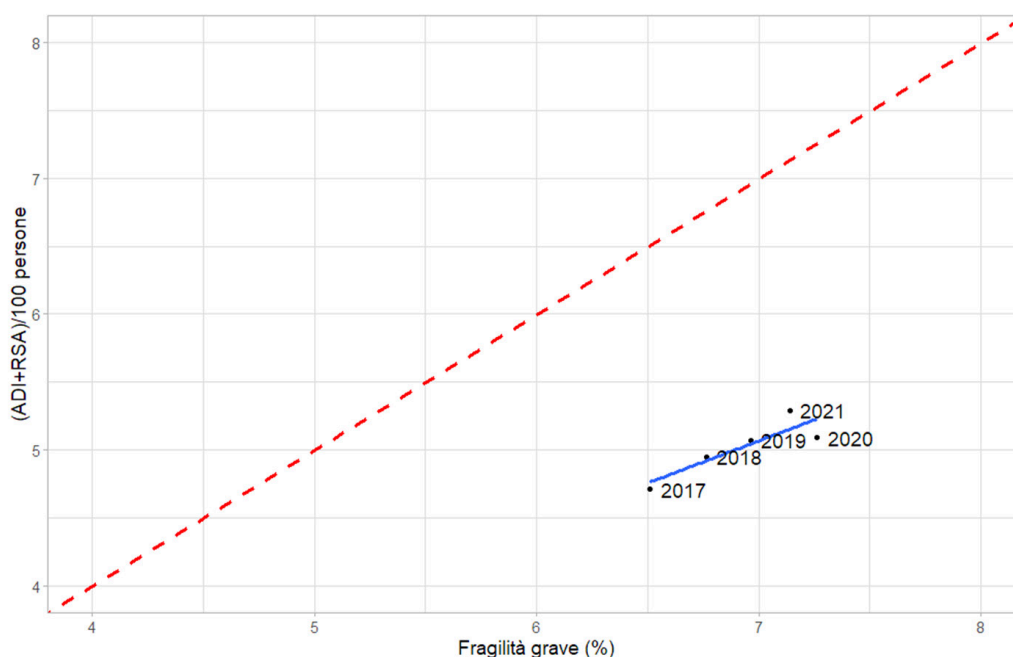


Figura 3.6. Rapporto tra proporzione di fragilità grave negli over-65 in Italia e assistenza (domiciliare e residenziale) negli anni compresi tra 2017 e 2021. La linea rossa identifica un ipotetico rapporto 1:1, la linea blu il trend lineare basato sui dati disponibili.

a quello della popolazione di riferimento senza fragilità.

In Figura 3.9 viene mostrata la proporzione, sul totale dei deceduti per ogni anno di analisi, di persone appartenenti alle varie classi di fragilità. La proporzione di deceduti affetti da una forma di fragilità grave è cresciuta dal 13,8% del 2011 al 29,4% del 2016. Nel 2017 la proporzione di persone decedute affette da fragilità grave era il 26,2%, mentre negli anni compresi tra il 2018 e il 2021, questa proporzione si è mantenuta tra valori compresi tra il 29,2% e il 30,4%. Similmente la proporzione di persone decedute ma non affette da fragilità si è ridotta tra il 2011 e il 2014 (dal 21,4% al 12,5%) per poi mantenersi sostanzialmente stabile tra il 10,8% e il 12,0% negli anni successivi (ad

eccezione del 2017, dove la proporzione di persone decedute senza fragilità era il 13%). Questi risultati sono paragonabili a quelli mostrati in Figura 3.10, che mostra la proporzione delle persone decedute nelle varie classi di età tenendo in considerazione la fascia di età d'appartenenza durante l'anno di analisi. Nella fascia 70-79 anni (mortalità generale tra lo 0,9 e l'1,3%), ad esempio la proporzione di persone decedute e affette da fragilità grave o moderata è passata dal 29,4% del 2011 al 54,3% del 2021, stabilizzandosi tra valori intorno al 54-55% dal 2016 in poi. Nella fascia d'età più giovane (mortalità generale tra lo 0,09 e lo 0,15%), la proporzione di persone decedute con fragilità moderata o grave è passata dal 13,8% del 2011 al 20,4% del 2021: anche in questo caso, questa proporzione è variata poco, attorno a valori prossimi al 20%, dal 2016 in poi.

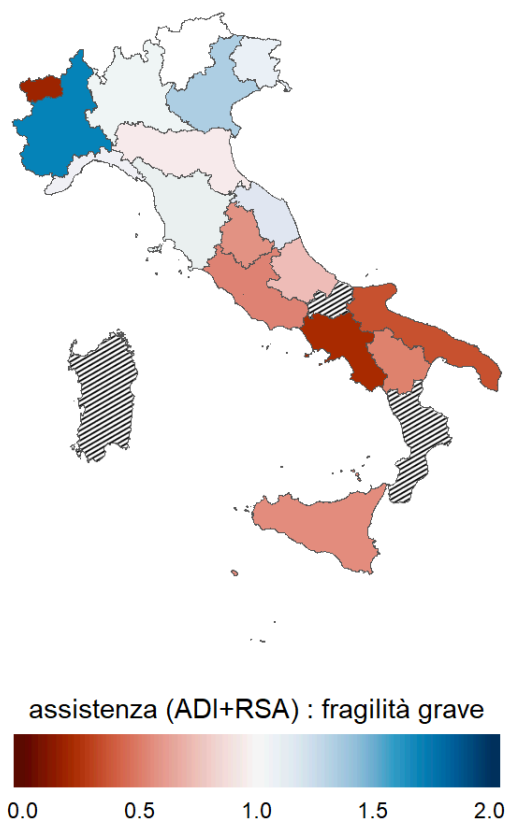


Figura 3.7. Rapporto tra percentuale di persone over 65 riceventi ADI o residenti in RSA e percentuale di individui con fragilità severa della stessa fascia di età

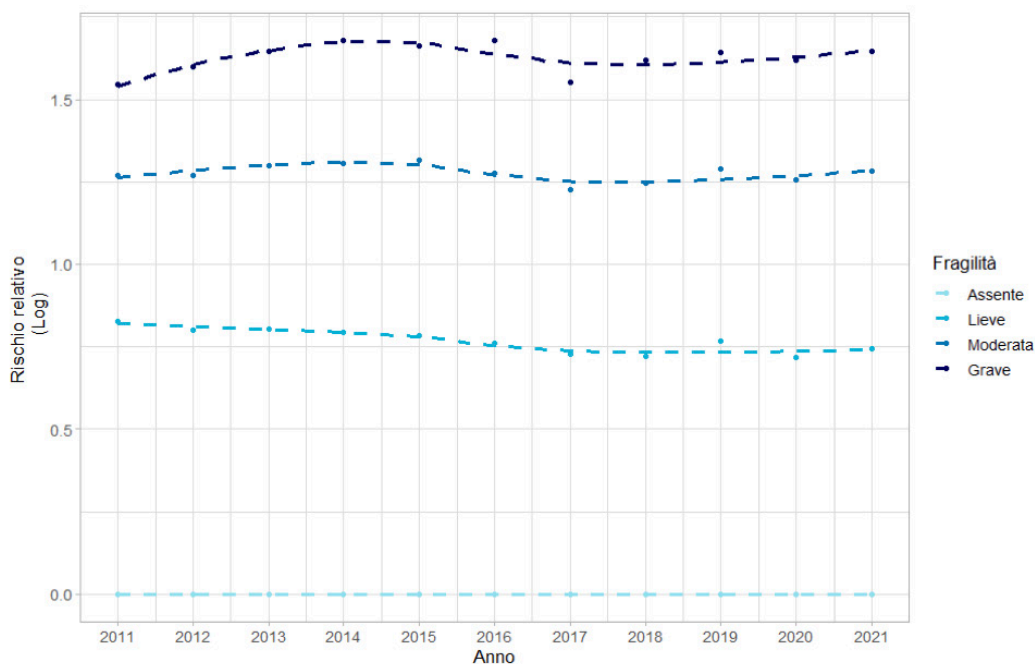


Figura 3.8. Rischio relativo di morte, rispetto alla popolazione senza fragilità (riferimento) delle varie classi di fragilità, negli anni di analisi. Scala logaritmica in base 10.

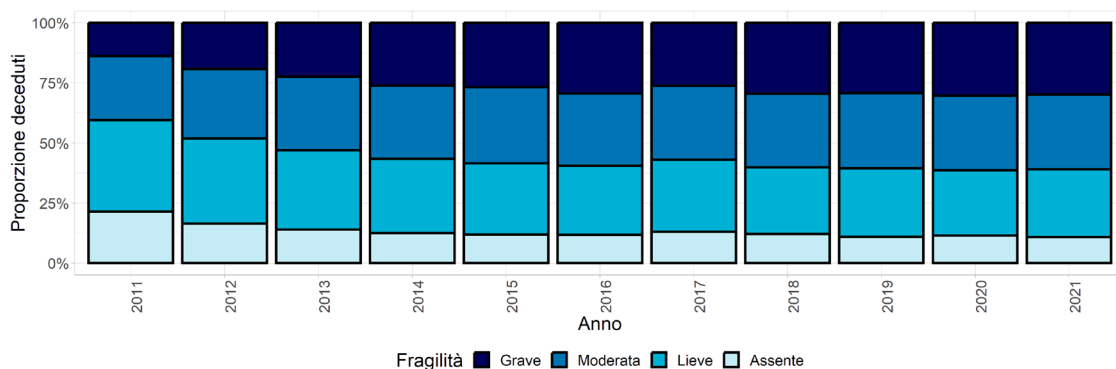


Figura 3.9. Proporzioni di persone decedute appartenenti alle varie classi di età durante gli anni considerati dall'analisi.

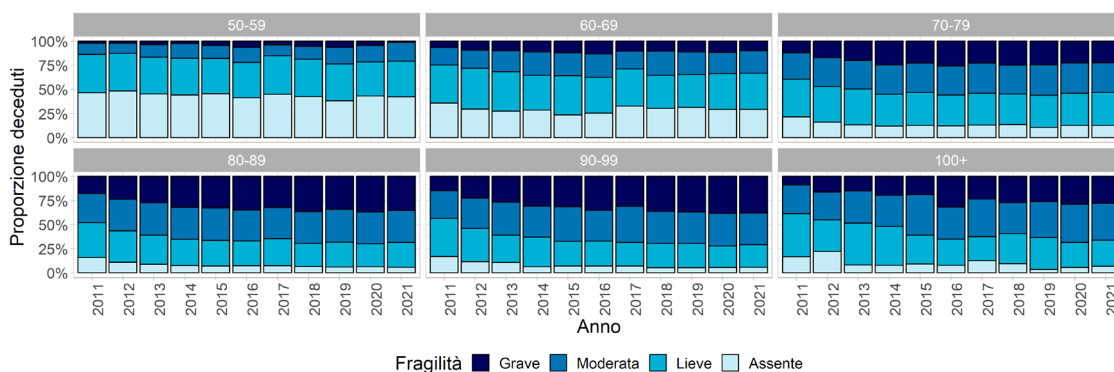


Figura 3.10. Proporzioni di persone decedute appartenenti alle varie classi di età durante gli anni considerati dall'analisi, stratificata per fascia d'età.

Commento

L'analisi dei dati presentata in questo studio ha portato a tre risultati principali. In primo luogo, in Italia abbiamo assistito ad un'espansione della fragilità, la cui proporzione ha mantenuto un trend di crescita negli 11 anni di analisi considerati: questo risultato si è mantenuto stabile a prescindere dall'età cronologica, dal sesso e dall'area geografica di residenza. Il secondo risultato è che, a prescindere dalla prevalenza delle diverse classi di fragilità e a prescindere dalle piccole variazioni in termini di mortalità registrate nell'analisi, la modellizzazione della fragilità tramite PC-FI e la successiva suddivisione in classi di fragilità si è costantemente mantenuta un ottimo strumento per l'identificazione dello strato della popolazione con il maggior rischio di morte. L'ultimo risultato di rilievo riguarda l'evidenza che nonostante l'offerta di assistenza, in particolare domiciliare, sia andata aumentando tra il 2017 e il 2020, questo aumento è stato comunque inferiore all'incremento nella proporzione di persone affette da fragilità grave. Il dato riguardante il 2021, invece, sottolinea una possibile inversione di questo trend, da valutare attentamente nei prossimi anni. Per quanto gli studi su trend temporali di fragilità così protratti in una popolazione tanto ampia siano molto rari, questi dati sembrano confermare la generale tendenza ad un aumento della fragilità nel mondo occidentale. Non è chiaro quali fattori siano causa di questo avvenimento, ma si possono comunque fare alcune ipotesi. È possibile, ad esempio, che una gestione migliore delle patologie acute e una maggiore attenzione nei confronti della prevenzione secondaria abbia portato nel tempo ad una generale riduzione della mortalità per patologia acuta e ad un consensuale aumento del carico di patologie croniche, multimorbilità e impatto funzionale dovuto a questi. Queste condizioni, a loro volta, hanno contribuito in modo primario allo sviluppo o all'aggravamento della fragilità. Questa ipotesi è sostenuta dalla dimostrazione di trend di aumento della prevalenza di multimorbilità e ad un generale aumento dell'aspettativa di vita. Il fatto che i nostri risultati rimangano sostanzialmen-

te stabili anche dopo aver preso in considerazione l'età all'epoca dell'analisi, il sesso e l'area geografica di residenza, contribuisce all'idea che quanto osservato non dipenda da semplici caratteristiche demografiche della popolazione, ma rifletta verosimilmente una generale modifica della salute nella popolazione italiana. È comunque possibile che anche il modo di riportare le patologie croniche da parte dei MMG sia cambiato negli anni e sia diventato via via più dettagliato e preciso, contribuendo così al generale aumento della prevalenza di fragilità negli anni. A prescindere dalle cause, questo primo risultato dell'analisi sottolinea ancora una volta l'importanza della valutazione della fragilità nei sistemi sanitari e, in particolare, nelle cure primarie. L'aumento di condizioni croniche e il generale invecchiamento della popolazione, se non correttamente inquadrati attraverso la lente della fragilità, possono facilmente portare ad un sovraccarico del sistema sanitario. I dati qui presentati confermano che all'aumentare dell'età cronologica la prevalenza di fragilità cresce, ma permettono anche di sottolineare come, anche nelle fasce più anziane della popolazione, esistano persone che non hanno sviluppato fragilità e che probabilmente beneficerebbero di un approccio diagnostico-terapeutico più standardizzato e di semplice attuazione. Viceversa, la valutazione della fragilità tramite strumenti agili, validati, riproducibili, e rapidi permette la rapida identificazione di quella fascia della popolazione che, a prescindere dall'età cronologica, necessita di un presa in carico fortemente personalizzata. Il secondo risultato di questa analisi ha permesso di dimostrare come lo strumento di identificazione della fragilità messo a punto in collaborazione con SIMG si riveli stabilmente in grado di identificare quella piccola fetta della popolazione generale caratterizzata da un elevatissimo rischio di morte a breve termine. Per quanto il PC-FI sia stato costruito sui dati disponibili al 2019, la capacità di mantenere stabile l'identificazione di questa popolazione ad alto rischio negli anni precedenti alla costruzione è un segnale positivo circa la stabilità delle capacità prognostiche anche per gli anni futuri. L'analisi

svolta solo sullo strato della popolazione over-65 ha permesso dimostrare come, negli ultimi anni, l'aumento dell'offerta assistenziale, domiciliare o residenziale, sia comunque rimasta generalmente sottostimata rispetto alle necessità della popolazione e al significativo aumento della proporzione di persone affette da una fragilità di grado grave. Una corretta programmazione dei progetti di assistenza alla persona anziana può avere un grande impatto anche sulle risorse utilizzate dal sistema sanitario. Molti studi hanno dimostrato come la presa in carico fatta attraverso i sistemi di assistenza domiciliare e assistenziale, in particolare se forniti da personale altamente qualificato e preparato alla gestione della persona anziana fragile, permette di ridurre l'impatto sui sistemi di emergenza e urgenza e sugli ospedali. Una valutazione dei bisogni clinico-assistenziali della persona, pianificata sulla base della fragilità di questa, può permettere di intercettare precocemente problematiche e necessità che se inquadrare subito possono essere facilmente gestite sul territorio o in regime ambulatoriale ma che, se ignorate, possono portare alla necessità di ospedalizzazioni urgenti, spesso complicate da lunghi ricoveri, allettamento, perdita delle autonomie residue, peggioramento della funzione cognitiva e, spesso, exitus. La valutazione della fragilità nelle fasi più evolute, inoltre, permette anche di identificare le persone nelle quali un approccio di cura simultaneo o palliativo - anche in assenza di una patologia oncologica - può verosimilmente impattare in modo significativamente positivo sulla qualità della vita. Il risultato riguardo l'ultimo anno di analisi è incoraggiante: il lieve decremento della prevalenza di fragilità grave e l'aumento dell'offerta assistenziale permettono di identificare un miglioramento del rapporto necessità-offerta. Dati futuri saranno

necessari per capire se questo risultato è effettivamente il segno di una modifica della traiettoria di questo rapporto o se si tratta di un risultato spurio. Un'analisi più approfondita potrà anche permettere di capire se l'enorme mortalità in eccesso registrata nel 2020 a carico della popolazione anziana fragile possa aver giocato un ruolo nel ridurre la proporzione di questa fascia della popolazione nel 2021.

Nella valutazione dei dati mostrati vanno comunque tenute presenti alcune limitazioni. In primo luogo, la copertura dei dati non è completa: è quindi difficile generalizzare le informazioni su fragilità a tutte le aree d'Italia: va comunque considerato che la copertura di informazioni è particolarmente estesa e, al meglio della nostra conoscenza, la più estesa disponibile ad oggi in Italia. È bene anche tenere presente che una persona può essere vulnerabile o richiedere di assistenza ad alta intensità anche a causa di una singola malattia (ad esempio, ictus invalidante): i frailty index, come il PC-FI, si sono dimostrati particolarmente validi nella predizione di diversi outcome avversi, ma non sono la metrica più adatta per identificare questi casi particolari. Va infine ricordato che la valutazione della fragilità tramite uno score come questo non può sostituirsi all'attenta valutazione clinica da parte di personale qualificato: la valutazione della fragilità tramite PC-FI, per tanto, rimane un importante strumento ausiliare che non può, però, sostituire il personale sanitario nell'arduo compito di prendere decisioni circa l'iter di cura di una persona.



Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione

Serena Battilomo

Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute

Mariadonata Bellentani

Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute

Claudio Cricelli

Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Pierangelo Lora Aprile

Segretario Scientifico della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

Stefano Lorusso

Direttore Generale, Direzione della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute

Elisabetta Santori

Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute

ITALIA LONGEVA

PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

