

in collaborazione con:

Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute

Società Italiana di Medicina
Generale e delle Cure Primarie

Direzione del Dipartimento
Malattie Cardiovascolari,
Endocrino-Metaboliche e
Invecchiamento
Istituto Superiore di Sanità

a cura di

Daide L. Vetrano

LA MAPPA DELLA FRAGILITÀ IN ITALIA

Gradiente geografico e determinanti sociodemografici

INDAGINE 2022



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

LA MAPPA DELLA FRAGILITÀ IN ITALIA

Gradiente geografico e determinanti sociodemografici

a cura di

Davide L. Vetrano

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

Con il contributo di

Modesta Visca

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

Alberto Zucchelli

Medico geriatra, 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 2022

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
- 13 Prefazione della Direzione Dipartimento Malattie
Cardiovascolari, Endocrino-metaboliche e
Invecchiamento dell'istituto Superiore di Sanità
- 17 IL QUADRO DI INSIEME
- 21 Capitolo 1 - LA RIOGANIZZAZIONE DEI SERVIZI A
GARANZIA DI MIGLIORE PRESA IN CARICO
DEI FRAGILI E DEI MALATI CRONICI
Stato dell'arte delle riforme in atto
Dal PNRR al Dm77/22
Digitalizzazione e utilizzo dei dati
Conclusioni
- 27 Capitolo 2 - I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE
Cure domiciliari
Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale
Cure palliative
Note metodologiche relative ai flussi informativi ministeriali
- 45 Capitolo 3 - FRAGILITÀ IN ITALIA
Misurare la fragilità: perché è importante
La misura della fragilità in medicina generale
Risultati
Commento
- 59 RINGRAZIAMENTI



PREFAZIONE DI ITALIA LONGEVA

L'approfondimento di Italia Longeva di quest'anno entra a gamba tesa sul tema della fragilità. Un termine inflazionato durante gli ultimi due anni e mezzo, ma che rappresenta il cuore del problema se si vogliono davvero affrontare i temi del bisogno socioassistenziale degli anziani e le corrispettive risposte – ancora sottopotenziata, come leggere nella indagine – dei servizi territoriali di long-term care. Gli anziani fragili rappresentano la fetta di popolazione che se la vede peggio di fronte ad una pandemia, durante le stagioni influenzali o durante un'ondata di calore. Poter misurare la fragilità e mapparla sul territorio è un passaggio obbligato se vogliamo davvero conoscere lo stato di salute del nostro Paese. Dunque, le domande alle quali rispondere con urgenza sono: quanti anziani fragili vi sono in Italia? In quali aree troviamo la maggiore concentrazione di individui fragili? Quali sono le cause di tali differenze?

Nel presente documento, Italia Longeva, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie ha provato a dare una risposta ad alcuni di questi quesiti. Tramite una straordinaria sinergia tra geriatri e medici di medicina

generale ci è stato possibile misurare, stadiare e mappare la popolazione anziana fragile in Italia. I risultati ci mostrano che su cento persone over 60, venti sono affette da fragilità moderata o severa che, rapportato alla popolazione italiana, corrisponde a quasi 4 milioni di anziani con aumentati bisogni socio-assistenziali rispetto al resto della popolazione. Cittadini per i quali, già oggi, sarebbe necessario avere a disposizione uno schieramento di servizi, strutture e professionisti della salute in grado di offrire long-term care. Ma dove risiedono questi fragili? Beh, ce lo rivela lo stesso studio. La maggior parte vivono al centro-sud ma con le dovute eccezioni che meritano di essere approfondite e interpretate.

È proprio da questa profilazione della popolazione che bisogna partire per potenziare adeguatamente i servizi laddove meno rispondono ai bisogni della popolazione, soprattutto dove per ragioni sociali la fragilità risulta più "endemica".

Buona lettura.

Roberto Bernabei

Presidente Italia Longeva



PREFAZIONE MINISTERO DELLA SALUTE

Il Ministero della Salute da tempo è impegnato nel rafforzamento, nell'innovazione e nell'integrazione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi integrati e digitalizzati e affianca in diversi modi le Regioni e le PPAA.

Le riforme della Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in atto, puntano a garantire la salute, a partire da una valutazione multidimensionale dei bisogni e dalla presa in carico complessiva della persona servendosi della telemedicina e della digitalizzazione, strumenti che consentono una nuova governance dei servizi e del sistema nel suo complesso.

Oggi abbiamo finalmente colto l'opportunità di fare un salto in avanti, supportati dai finanziamenti

del PNRR, una sfida importante per far evolvere il sistema puntando sull'innovazione, sull'analisi dei fabbisogni, sul lavoro multidisciplinare e sulla prossimità.

Ora più che mai noi tutti siamo chiamati a coorte nell'attuare in modo sinergico le riforme con nuove responsabilità, appropriatezza e partecipazione per migliorare il nostro prezioso Servizio Sanitario Nazionale e salvaguardare quel diritto fondamentale per il singolo e per la collettività, quale la tutela della salute.

Giovanni Leonardi
Segretario Generale
Ministero della Salute



PREFAZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE

Nel recente D.M. n. 77 del 23 maggio 2022, che pubblica il “regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, l’Allegato 1 descrive gli assi portanti della riforma e il termine “fragilità” ricorre per 15 volte. Il PNRR ed in particolare la Missione 6 Salute, Component 1, intende perseguire una nuova strategia sanitaria che consideri sempre di più il SSN come “parte di un più ampio sistema di welfare comunitario, secondo un approccio one health” e con una visione olistica (Planetary Health).

Il “Progetto di Salute” deve rappresentare il filo conduttore della storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in un percorso unico che parte non dal momento in cui il bisogno si manifesta, ma molto tempo prima quando ancora è possibile intervenire in modo proattivo sui fattori di rischio rilevati.

In questo percorso il Medico di Medicina Generale si trova essere il “Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito...in tutte le fasi della vita”

Per un efficace “Progetto Salute” per tutti i cittadini anziani o che si trovano in condizioni di fragilità diventa fondamentale identificare le persone fragili, stratificare il loro livello di deficit, valutare i loro bisogni con strumenti validati che esplorino tutte le dimensioni (non solo quella clinica) definendo poi un Piano Personalizzato di Cura condiviso e monitorato nel tempo.

Nello studio presentato nel terzo capitolo della presente indagine viene affrontato il problema della misura della fragilità proponendo uno strumento validato (Primary Care Frailty Index -PC-FI) utile sia per la gestione del paziente fragile nell’ambito delle Cure Primarie, sia per la ricerca

L’utilizzo di questo strumento persegue quindi un duplice obiettivo.

Consente al Medico di Medicina Generale di identificare e stratificare pro-attivamente la “sua popolazione fragile”, premessa indispensabile per elaborare un Progetto di salute sartoriale e anticipatorio verso i bisogni sommersi.

Consente di mappare, grazie alla collaborazione dell’Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (Health Search), la distribuzione della fragilità nelle Regioni e Province italiane correlandola con l’età, con le comorbidità e soprattutto con la risposta dei Servizi Socio-Sanitari offerti. Questi risultati possono risultare preziosi ed essere indispensabile guida per le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie al fine di raggiungere gli obiettivi di salute della popolazione.

Claudio Cricelli
Presidente SIMG

Pierangelo Lora Aprile
Segretario Scientifico SIMG



PREFAZIONE DELLA DIREZIONE DIPARTIMENTO MALATTIE CARDIOVASCOLARI, METABOLICHE E INVECCHIAMENTO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

La riforma sanitaria promossa dal PNRR nella missione 6 è primariamente focalizzata sull'assistenza alle persone fragili: 2 miliardi di euro sono previsti per l'attivazione delle 'Case della Comunità', quali '...punti di assistenza continuativa per la popolazione, in particolare per le persone fragili e gli anziani'. Tale investimento, si legge nel testo del PNRR, ha l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari di prossimità e domiciliari al fine di garantire un'assistenza sanitaria più vicina ai soggetti più fragili. La centralità della presa in carico della fragilità nella prossima riforma sanitaria è ribadita dal recente DM 77 che sottolinea comè...la condizione di fragilità... dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e socio-sanitari e variabili di contesto.' Tuttavia, ad oggi nel nostro paese non esiste una definizione condivisa, né tantomeno una mappa della fragilità. Queste informazioni sono fondamentali per sviluppare una riforma incentrata sull'assistenza di questa condizione. In sintesi, nessuno sa ad oggi in Italia cosa sia la fragilità, quanti siano le persone fragili e come siano distribuite sul territorio nazionale.

Questo rapporto presentato congiuntamente da Italia Longeva, SIMG, Ministero della Salute e ISS, contribuisce a colmare questa lacuna e presenta alcuni importanti punti di forza:

1. Propone una definizione multidimensionale di fragilità, applicabile sul territorio e sviluppata in Medicina Generale, vale a dire nel contesto in cui l'identificazione di questa condizione è auspicabile e centrale. Gli assistiti in ospedale, RSA, ADI, sono fragili per definizione e l'identificazione della fragilità in questi contesti ha scarso significato (si tratta di persone che hanno già sviluppato un evento/

outcome). È infatti nelle cure primarie che la fragilità deve essere individuata 'precocemente' per pianificare piani assistenziali personalizzati.

2. La definizione proposta è basata su metodologie scientifiche rigorose e su studi di validazione convincenti. Un approccio simile a quello proposto è stato adottato nelle cure primarie nel Regno Unito per stratificare la popolazione anziana con buoni risultati. Mi preme sottolineare quanto questo sia rilevante nel campo della salute pubblica nel nostro paese, dove spesso vengono proposte e adottate soluzioni in assenza di qualsiasi fondamento scientifico.

3. Il frailty index proposto nel documento fornisce una valutazione della severità della fragilità e consente di 'graduare' questa condizione. Questo è certamente rilevante in quanto consente di focalizzare gli interventi sulla popolazione con maggiore fragilità, laddove non siano a disposizione risorse per prendere in carico tutti i soggetti fragili. Inoltre, è possibile ipotizzare che a differenti gradi di fragilità corrispondano diversi approcci assistenziali (RSA o Cure Palliative per la fragilità più elevata, ADI per fragilità intermedia e cure primarie/casa della comunità per fragilità lieve).

In sintesi, il rapporto rappresenta a mio avviso un importante passo in avanti nell'assistenza alla persona anziana con fragilità, suggerendo una definizione di questa condizione scientificamente valida e applicabile sul territorio e fornendo per la prima volta una mappa della fragilità nel nostro paese.

Graziano Onder

Direttore Dipartimento Malattie Cardiovascolari,
Endocrino-metaboliche e Invecchiamento,
Istituto Superiore di Sanità



Italia Longeva - Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva - è l'associazione 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, fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età e porre l'anziano come protagonista della vita sociale. 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 quello dei sistemi di assistenza e 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 l'approfondimento scientifico e la comunicazione dei vantaggi legati all'immunizzazione, a una corretta alimentazione, all'esercizio fisico e più in generale agli stili di vita;
- L'assistenza domiciliare e la tecnoassistenza, ambiti diversi ma accomunati dall'obiettivo di assistere e curare l'anziano a casa propria, il più vicino possibile 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 e attraverso la professionalizzazione delle badanti.

Italia Longeva sostiene questa nuova visione dell'anziano anche sollecitando il mondo delle imprese e dei servizi affinché lavorino per questo segmento di popolazione, poiché l'Italia - con oltre tredici milioni di over 65 - è il secondo Paese più anziano del mondo. Di 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, educazione e diffusione "culturale" verso le istituzioni, i professionisti del comparto sanitario e i cittadini. 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 diffondere la cultura dell'invecchiare bene e promuovere strategie e azioni utili a contrastare i deficit e i problemi che arrivano una volta invecchiati, Italia Longeva realizza campagne televisive, pubblicazioni e iniziative rivolte al cittadino.



IL QUADRO D'INSIEME

Italia Longeva presenta quest'anno la sesta edizione del consueto approfondimento sulla long-term care in Italia, con un focus sull'identificazione e mappatura della fragilità tra gli anziani. Il documento è stato preparato in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e la Direzione del dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-metaboliche ed Invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'attenzione è alta – come non mai – sui temi dell'assistenza agli anziani, la sostenibilità della long-term care, la continuità assistenziale, la medicina di iniziativa, l'utilizzo dei big data e la stratificazione del rischio per la pianificazione di percorsi socioassistenziali personalizzati. L'indagine di Italia Longeva arriva ad un mese dalla pubblicazione del Dm 77/2022 a firma del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, che sancisce il nuovo regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale al quale le Regioni faranno riferimento d'ora in avanti nella riorganizzazione delle cure territoriali. In queste linee-guida le Case della Comunità, gli Infermieri di Famiglia, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità trovano una chiara connotazione e collocazione all'interno del Distretto e si conferma l'importante ruolo di coordinamento del Medico di Medicina Generale (MMG). Le reti delle cure palliative e dell'assistenza domiciliare emergono come servizi trainanti l'efficientamento del sistema e si fa riferimento per la prima volta alla medicina di popolazione: una medicina che si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo della stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo dei dati.

La parola d'ordine in questi anni di pandemia è stata e continua ad essere fragilità. La fragilità è il principale ostacolo ad un invecchiamento di successo – riduce la qualità della vita, predispone allo sviluppo di disabilità severe e genera un elevato consumo di risorse socio-sanitarie. Gli effetti sulla popolazione anziana della recente pandemia da COVID-19 hanno reso il concetto di fragilità palese per tutti, anche ai non addetti ai lavori e hanno sottolineato ancora una volta – ancora più intensamente – quanto sia importante disporre di servizi territoriali di long-term care equi, efficaci ed efficienti. Ma come si riconosce la fragilità? Come si misura? Quanti anziani fragili vi sono nel nostro Paese? Vi è corrispondenza tra numero di anziani fragili e risorse socio-assistenziali predisposte per garantirne le condizioni di salute? Queste le domande che fino ad oggi hanno trovato solamente risposte parziali.

Il presente documento si articola in tre capitoli. Nel primo capitolo, con il supporto della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute si fa il punto della situazione sullo stato dell'arte delle riforme in corso, ripercorrendo i passaggi che dal PNRR hanno condotto alla recente pubblicazione del Dm 77/2022.

Il secondo capitolo dell'indagine offre un aggiornamento dei flussi informativi ministeriali relativi ai volumi di attività registrata negli ultimi anni, fino al 2021, in termini di cure domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale e cure palliative. La lettura dei dati più recenti restituisce un quadro non difforme da quanto osservato negli ultimi anni. L'offerta di assistenza domiciliare integrata (ADI) cresce lentamente: nel 2021, 403.003 persone over 65 – pari a poco meno del 2,9% degli anziani – hanno ricevuto cure ed assistenza presso il proprio domicilio. Tutta-

via, la distribuzione dell'offerta di ADI – come già noto – presentava importanti differenze geografiche. Regioni quali l'Abruzzo, il Veneto, la Sicilia, la Basilicata e la Toscana hanno riportato nel 2021 un tasso di copertura ADI tra la popolazione anziana che variava tra il 3,8% e il 4,7%, con la maggior parte delle restanti Regioni che presentavano tassi nettamente inferiori. Si conferma inoltre una grande eterogeneità nell'intensità delle cure erogate, con coefficienti di intensità assistenziale (CIA) distribuiti in maniera estremamente differente tra le diverse aree del Paese. In linea con le politiche sanitarie della maggior parte dei paesi europei – che identificano nella casa il luogo privilegiato per le cure – la crescita di posti letto in ambiente socioassistenziale residenziale (RSA) registra una progressiva battuta d'arresto. Nel 2021, per 317.260 individui over 65 si è registrato almeno un episodio di ricovero presso una RSA. Le cure residenziali presentano un maggiore grado di sviluppo nelle Regioni settentrionali, con un evidente gradiente nord-sud. In Italia, a fronte di un tasso medio di over 65 istituzionalizzati pari al 2,3%, ai due estremi dell'ampio ventaglio regionale troviamo la Provincia Autonoma di Trento, con una copertura del 7,64% e la Regione Campania, con una copertura dello 0,23%. Nel complesso, sommando i tassi di anziani over 65 in ADI e quelli ospiti di RSA, solamente un terzo delle aree prese in esame raggiunge o supera il 6%, tra queste la Provincia Autonoma di Trento, il Veneto, la Lombardia, la Toscana, il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte, le Marche e l'Emilia Romagna. Infine, ultimo risultato di rilievo, l'analisi della percentuale di pazienti deceduti per cancro nel 2021, al contempo destinatari di cure palliative, mostra negli ultimi anni un plateau – se non addirittura una lieve decrescita – con una percentuale media nazionale pari al 31%, ed un'ampia forbice regionale con una punta del 56% riportata dal Veneto.

Nel terzo capitolo dell'indagine, Italia Longeva presenta i risultati di uno studio condotto in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), il Karolinska Institutet di

Stoccolma e la Direzione del dipartimento Malattie Cardiovascolari, Metaboliche ed Invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità, volto a misurare e mappare la fragilità tra la popolazione ultrasessantenne in Italia, identificandone alcuni dei più importanti determinanti sociodemografici, e prendendo come anno di riferimento il 2019. Per la valutazione della fragilità è stato applicato un indice di fragilità, precedentemente validato, su un campione di 440.000 pazienti di medicina generale di età pari o superiore a 60 anni, rappresentativo della popolazione italiana nella stessa fascia di età. La stratificazione della popolazione secondo questo indice mostra che in Italia, il 35,5% degli over 60 presenta una fragilità di grado lieve, il 14,4% una fragilità di grado moderato e il 6,5% una fragilità di grado severo. La presenza di una fragilità grave espone un individuo ad un rischio quintuplo di morire durante i successivi cinque anni, rispetto a chi non presenta alcuna fragilità. I soggetti over 60 che presentano una fragilità severa corrispondono al 5,3% degli anziani residenti al Settentrione, il 6,2% al Centro e 8,2% al Sud e Isole. Tra le Province che presentano i tassi maggiori di over 60 affetti da fragilità grave vi sono Rieti (14,4%), Salerno (12,0%), Trapani (11,9%), Avellino (11,4%), Napoli (10,6%), Agrigento (10,5%), Benevento (10,4%), Enna (10,1%), La Spezia (10,0%) e L'Aquila (9,2%). Si nota una predominanza di Province del Meridione ma allo stesso tempo è evidente come una maggiore prevalenza di fragilità non sia appannaggio unico delle città del Sud Italia. Al contrario, guardando alle dieci Province italiane che presentano i tassi inferiori di fragilità severa, troviamo Asti (1,9%), Macerata (2,1%), Bolzano (2,4%), Trento (2,4%), Savona (2,7%), Siracusa (3,0%), Cuneo (3,3%), Pisa (3,3%), Lecco (3,4%) e Vercelli (3,5%). Anche in questo caso, il fattore geografico spiega solo in parte la distribuzione del fenomeno nel nostro Paese. Nel tentativo di identificare alcuni dei determinanti in grado di spiegare le differenze geografiche nella distribuzione della fragilità è stata condotta un'analisi di correlazione tra il reddito imponibile pro capite medio riportato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e la percentuale di

soggetti over 60 affetti da fragilità severa. L'analisi mostra una forte correlazione inversa tra il livello di fragilità misurato e lo stato socioeconomico della popolazione; ma ancora una volta quest'ultimo non spiega l'interezza del fenomeno, tale per cui si osservano Province italiane con valori di reddito medio pro capite estremamente differenti ma con livelli di fragilità simile. È questo il caso, ad esempio, di Foggia (reddito medio pro capite pari a 15.000 euro) e Pavia (reddito medio pro capite pari a 22.000 euro) che presentano una percentuale identica (8%) di soggetti over 60 affetti da fragilità severa. Questi risultati sottolineano con forza la necessità di esaminare nel dettaglio e con risorse adeguate quali siano i determinanti più importanti – ma soprattutto quelli modificabili – della fragilità tra la popolazione. Lo studio si conclude con un'analisi del rapporto fra l'offerta regionale di posti letto in RSA e copertura ADI (flussi informativi SIAD e FAR 2019) e i tassi di fragilità misurati tramite informazioni raccolte dalla medicina primaria. Assumendo che gli anziani portatori di fragilità severa abbiano un bisogno certo di cure domiciliari o residenziali, si evince come le Regioni che attualmente rispondono adeguatamente a tale bisogno siano un numero esiguo. Tra di esse troviamo il Piemonte, la Liguria, il Veneto, le Marche e il Friuli Venezia Giulia. Per le

restanti Regioni si riscontra un rapporto tra offerta assistenziale e percentuale di fragili severi inferiore all'unità, ad indicare una possibile insufficienza nella risposta ai bisogni socioassistenziali dei cittadini più fragili.

Studi scientifici condotti in altri paesi mostrano chiaramente come il riconoscimento tempestivo in una comunità dei soggetti fragili sia il passaggio chiave per una presa in carico precoce ed efficace – con attivazione di percorsi socioassistenziali personalizzati – di coloro i cui bisogni socioassistenziali gravano e graveranno sempre di più sulla sostenibilità delle cure. L'impiego di strumenti che misurino la fragilità, validati e applicabili su ampia scala, è mandatorio per una quantificazione reale del bisogno assistenziale, passaggio essenziale per una corretta programmazione dei sistemi sanitari nazionale e regionali. Alla luce delle massicce progettualità di riforma delle cure territoriali in atto e della possibilità ormai reale di misurare con accuratezza e capillarità i bisogni del cittadino, sarebbe opportuno valorizzare le iniziative che propongono già oggi strumenti validi per la profilazione della popolazione, basati su parametri raccolti routinariamente su ampia scala, quali ad esempio le informazioni cliniche in possesso della medicina primaria.



CAPITOLO

1

LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI A GARANZIA DI MIGLIORE PRESSIONE IN CARICO DEI FRAGILI E DEI MALATI CRONICI

Stato dell'arte delle riforme in atto

L'assistenza territoriale rappresenta un sistema articolato composto dalla complessa rete dei servizi sanitari e socio-sanitari considerata prioritaria fin dall'istituzione del SSN con la legge 833/1978 che ha ripreso alcuni principi della Dichiarazione di Alma Ata adottata alla Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria organizzata nel settembre 1978 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Valori riaffermati dall'OMS a 40 anni di distanza, con la Dichiarazione di Astana del 2018.

In quella sede si affermava "l'assistenza sanitaria primaria è la chiave di volta per il raggiungimento dell'obiettivo di dare a tutti i popoli del mondo un adeguato livello di salute...", ribadendo altresì che essa "rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione".

L'assistenza primaria quale primo punto di accesso dei cittadini al servizio sanitario ha un approccio inclusivo, equo, sostenibile ed efficiente per migliorare la salute, fisica e mentale, delle persone e il benessere della società. Viene definita come "l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".

La legge 833/78, già intravedeva la necessità di garantire l'unitarietà della gestione e del governo dei servizi sanitari nell'Unità Sanitaria Locale e di portare i servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone, con una medicina primaria diffusa sul ter-

ritorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale. Prevedeva che i Comuni, singoli o associati, avessero il compito di articolare le Unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, come luoghi di partecipazione dei cittadini, di raccolta e analisi dei bisogni, "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento".

Il Servizio sanitario nazionale persegue questi obiettivi attraverso le attività distrettuali e la valorizzazione dei servizi territoriali. Al Distretto, oggi possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e socio-sanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

Una delle priorità della programmazione sanitaria nazionale, anche alla luce dell'esperienza non ancora conclusa dell'emergenza Covid19, è stata proprio il rafforzamento, l'innovazione e l'integrazione dei servizi territoriali attraverso lo sviluppo di

modelli organizzativi integrati e digitalizzati in linea con le riforme e gli investimenti della Missione 6 salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-PNRR. Il PNRR, nell'ambito di una progressiva integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, abbraccia la visione di valutazione globale dei bisogni e presa in carico della persona e delinea un forte investimento sulla riorganizzazione dei servizi di assistenza territoriale: strutture di prossimità, casa come primo luogo di cura (cure domiciliari), medicina di iniziativa attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni, digitalizzazione e telemedicina.

Dal PNRR al Dm77/22

Il PNRR investe complessivamente 15,63 miliardi di euro nella Missione 6 Salute cui si aggiungono le risorse Piano Nazionale Complementare-PNC (2,89 miliardi) e React-Eu (1,71 miliardi) per un totale di 20,23 miliardi.

Il territorio è al centro della Componente 1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale volta a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. L'ammontare delle risorse destinate alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale è pari a 7 miliardi di euro (risorse PNRR) cui si aggiungono 500 milioni di Piano Nazionale Complementare (PNC) per l'investimento Salute, ambiente, biodiversità e clima, di fatto la definizione di un nuovo assetto istituzionale di prevenzione collettiva e sanità pubblica promosso dal PNRR. L'investimento mira a far fronte efficacemente ai rischi storici ed emergenti sulla salute dei cambiamenti ambientali e climatici nell'ambito del nuovo assetto ed è collegato all'Istituzione del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), in linea con l'approccio "One health" o "Planetary health" che considera la «salute» il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'am-

biente e promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato.

La riforma del territorio contenuta nel PNRR si è concretizzata con la pubblicazione in GU del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, che segna la complementarità con il DM 70/2015 sugli standard ospedalieri. Con questa riforma, per la prima volta, vengono definiti standard per l'assistenza territoriale, come già avviene a livello ospedaliero, che tutte le Regioni sono chiamate a rispettare.

Il perno della riforma è il Distretto sanitario al cui interno svolge ruolo fondamentale la Casa della Comunità attraverso cui garantire cure mediche di prossimità e minore pressione sugli ospedali.

La Casa della Comunità si propone come modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali e rappresenta il luogo privilegiato per l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale: assistenza ai cittadini h24 sette giorni su sette, e studi dei medici di famiglia (in qualità di spoke delle Case della Comunità) collegati in rete per assicurare aperture h12 tutti i giorni della settimana.

Il 30 marzo 2022 è stata adottata l'intesa Stato-Regioni sullo schema di decreto del Ministro della Salute che approva lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e lo schema di Piano operativo, conseguendo l'obiettivo fissato per giugno 2022. Il traguardo è disporre, entro il 2026, di almeno 1.350 Case della comunità.

Il DM77/22 ha definito gli standard della Casa della Comunità:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ri-

comprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- nella Casa della comunità hub lo standard è di 7-11 infermieri e 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo).

L'attuazione del Regolamento DM77/22, per gli anni 2022-2026 e a regime, trova un significativo sostegno nella legge di bilancio 2022 con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato. Nello specifico, stanziava importanti risorse, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale: 90,9 milioni di euro per l'anno 2022; 150,1 milioni di euro per l'anno 2023; 328,3 milioni di euro per l'anno 2024; 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026. L'autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del Regolamento e con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, i fondi sono ripartiti tra le Regioni e le Province Autonome in base ai criteri definiti dal DM77/22 tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.

Nell'ottica di promuovere una efficace integrazione tra gli ambiti sanitari, socio-sanitari e sociali e rispondere a bisogni sempre più complessi, alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento delle cronicità e/o fragilità, la legge di bilancio 2022 prevede anche che vengano individuati i Livelli essenziali delle prestazioni sociali e la correlata definizione degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), omogenea e coerente con i Livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Ancora una volta per legge si cerca di favorire la reale integrazione.

Digitalizzazione e utilizzo dei dati

Il potenziamento dell'assistenza territoriale trova un rilevante supporto nello sviluppo della sanità digitale che vede nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione. Il PNRR finanzia con 1 miliardo di euro l'intervento sulla telemedicina nell'ambito dell'investimento "Assistenza domiciliare e telemedicina per le persone affette da malattie

croniche", sempre all'interno della Componente 1 della Missione 6 Salute. La misura intende cogliere e valorizzare le potenzialità della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche: gli interventi previsti dal PNRR riguardano lo sviluppo dell'interazione a distanza tra medico e paziente con particolare riguardo alla diagnostica e al monitoraggio; la creazione di una piattaforma nazionale per lo screening della telemedicina; il finanziamento di iniziative di ricerca specifiche sulle tecnologie digitali per la salute e l'assistenza. A oggi è stato approvato il Contratto di Sviluppo istituzionale con il Ministero della Salute ed è stato pubblicato il bando per la piattaforma nazionale. Altra leva fondamentale per una piena riorganizzazione dei servizi di presa in carico e assistenza, in cui il territorio diventa compiutamente complementare all'assistenza ospedaliera, è rappresentata dall'utilizzo dei dati e lo sviluppo di modelli predittivi attraverso la stratificazione.

Infine, lo sviluppo di un modello predittivo è previsto nell'ambito dell'investimento "Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione" (Missione 6 salute Componente 2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale).

L'efficacia dei servizi sanitari si misura, infatti, sulla capacità di tutelare la popolazione tutta, non solo quanti chiedono prestazioni: prendere in carico la persona sana ed essere in grado di prevedere con scenari a lungo termine quale potrà essere l'evoluzione di singole patologie, sulla base di dati sanitari real world, è la sfida che vede impegnata ormai da qualche anno la programmazione sanitaria per raggiungere l'obiettivo di un'assistenza sanitaria capace di intervenire con tempestività e contenimento dei costi.

E' essenziale, dunque, disporre di metodologie e strumenti atti a costruire scenari prospettici utili a definire una politica sanitaria che tenga conto delle molteplici spinte al cambiamento del sistema e i numerosi vincoli esistenti. Intercettare il bisogno di salute consente di migliorare gli strumenti di gover-

nance e di programmazione per una più efficace presa in carico delle persone, secondo il principio di prossimità e centralità del paziente alla base della vision della Missione Salute, nonché una maggiore sostenibilità economica del servizio sanitario. Con questa consapevolezza, prima ancora che la pandemia ci travolgesse, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha iniziato a lavorare alla costruzione del futuro “Modello Predittivo” del SSN”, progetto nato nell’ambito del progetto “Analisi fattori di produzione per resilienza e sviluppo del SSN” finanziato attraverso risorse del PON Governance e Capacità Istituzionale (PON GOV) 2014-2020. L’obiettivo è costruire un modello previsionale del fabbisogno di salute della popolazione italiana e di spesa sanitaria in grado, anche attraverso l’uso delle nuove tecnologie fondate sul machine learning e sull’intelligenza artificiale, di simulare diversi scenari per supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con i trend in atto e tutelando la sostenibilità del sistema.

La progettualità si inserisce pienamente nel programma per la salute promosso della Commissione Europea EU4 Health 2021-2027 – per gli aspetti inerenti lo “European Health Data Space” o spazio comune europeo dei dati sanitari. La Commissione, adottando misure legislative e soluzioni tecnologiche innovative ad hoc in materia di circolazione e interoperabilità dei dati sanitari, intende promuovere lo scambio sicuro dei dati dei pazienti e il controllo dei cittadini sui loro dati sanitari; sostenere la ricerca su terapie, medicinali, dispositivi medici e risultati; incoraggiare l’accesso ai dati sanitari e il loro utilizzo per la ricerca.

Lo spazio europeo dei dati sanitari 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
- Ciò favorirà auspicabilmente l’elaborazione delle politiche e la regolamentazione, con un quadro di governance affidabile e il rispetto delle norme in

materia di protezione dei dati: sostenere i servizi sanitari digitali e chiarirà gli aspetti riguardanti la sicurezza e la responsabilità dell’intelligenza artificiale in materia di salute.

Lo stesso DM 77/22 enfatizza l’importanza di implementare sistemi di misurazione e stratificazione dei bisogni socioassistenziali della popolazione, secondo una valutazione olistica a supporto dei programmi di sorveglianza proattiva nell’ambito del piano di potenziamento dell’assistenza territoriale.

Il Regolamento prevede l’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale, che assicuri equità di accesso ed omogeneità di presa in carico, con la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati definiti nel Progetto di Salute, strumento è di supporto nella presa in carico della persona. Il sistema di governance territoriale è impostato per garantire continuità delle cure per i pazienti cronici/fragili anche attraverso l’integrazione socio-sanitaria.

Conclusioni

Il PNRR ha reso disponibili risorse economiche per completare un percorso volto al potenziamento dell’assistenza primaria che si è sviluppato, ben prima della pandemia, a partire dall’approvazione del Piano Nazionale della Cronicità, nel 2016, e poi con il successivo Pon Gov Cronicità ITC, quale strumento per accompagnare l’evoluzione dei processi di gestione della cronicità introducendo modelli innovativi con il supporto dell’ITC.

Nel corso dei decenni accanto all’evoluzione del concetto di salute, intesa oggi come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell’essere umano, della natura e dell’ambiente (approccio ONE-Health), si è evoluto anche il concetto di bisogno e con esso la necessità di intervenire sul bisogno di cura in maniera personalizzata, ma allo stesso tempo globale e integrata, dando risposte non solo di natura sanitaria ma anche sociale.

Gli sforzi della programmazione sanitaria, anticipando la lezione che sarebbe arrivata dall’emergenza Covid19, ha avviato un percorso di sviluppo di modelli predittivi che supportino la determinazione del

fabbisogno di salute e parallelamente la sostenibilità economica delle scelte di policy adottate. Ciò al fine di efficientare gli strumenti di governance: conoscere i bisogni di salute e socio-assistenziali permette non solo di agire con maggiore efficacia sul piano della prevenzione e sui determinanti di salute, ma anche di programmare, sulla base di scenari evolutivi già definiti, la presa in carico e la cura delle persone, in modo tempestivo, appropriato ed economicamente sostenibile.

Per concludere, sono oggi più che mai attuali le parole pronunciate dal Presidente della Repubbli-

ca Mattarella in occasione dei 40 anni del SSN “il nostro Servizio sanitario nazionale è stato ed è un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia. Non mancano difetti e disparità da colmare. Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare”.

Oggi abbiamo colto l’opportunità di fare un salto in avanti, supportati dai finanziamenti del PNRR, una sfida importante per far evolvere il sistema puntando sull’innovazione, sull’analisi dei fabbisogni, sul lavoro multidisciplinare e sulla prossimità.

Il corretto funzionamento dei servizi territoriali – quelli in grado di operare un’adeguata presa in carico del cittadino durante la sua permanenza nella comunità e tra i possibili e a volte numerosi passaggi tra i diversi setting assistenziali – si basa sull’integrità ed efficacia di una rete che vede il domicilio come luogo privilegiato delle cure e di una serie di servizi socio-assistenziali di carattere residenziale e semiresidenziale che, laddove necessario, devono poter usufruire di cure palliative ad attivazione tempestiva aderenti ad elevati standard di qualità. Nel complesso ci si riferisce a questa rete come alla rete della long-term care. Nel presente capitolo offriamo una panoramica della diffusione territoriale della long-term care in Italia, tramite la presentazione dei dati attraverso i quali il Ministero della Salute monitora i volumi di attività di cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali e cure palliative.

Cure domiciliari

I dati qui riportati si riferiscono a serie storiche a partenza dall’anno 2014, con un focus sull’anno 2021, il cui ultimo aggiornamento è stato reso disponibile dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute. Il flusso relativo alle cure domiciliari prende il nome di SIAD. Si rimanda il lettore alle note metodologiche riportate alla fine del capitolo per i dettagli relativi al SIAD.

Come riscontrato precedentemente, in Italia, il numero di anziani riceventi ADI ha subito nel tempo un progressivo – sebbene timido – incremento (Figura 2.1). La serie storica a nostra disposizione, a partenza dal 2014, registra un trend costantemente in ascesa, fino al 2019, con una battuta d’arresto osservata nel 2020, anno della pandemia, e una

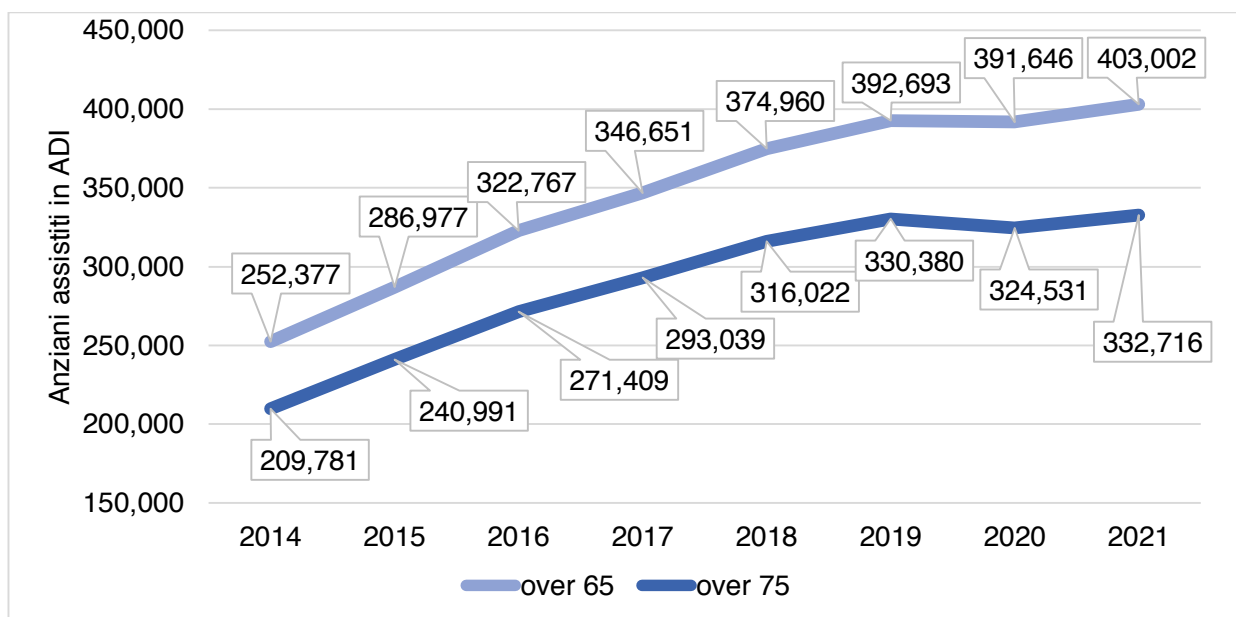


Figura 2.1. Numero di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

successiva ripresa. Nel 2019 gli over 65 riceventi ADI sono stati 392.693, dei quali 330.380 presentavano un'età uguale o superiore ai 75 anni. In termini relativi (Figura 2.2), gli assistiti in ADI rappresentavano nel 2019 il 2,83% degli over 65 (erano il 2,72% nel 2018 e 2,54% nel 2017) e il 4,68% degli over 75 (erano il 4,48% nel 2018 e 4,19% nel 2017). Nel 2020 una battuta d'arresto nella crescita vede un numero totale di over 65 riceventi cure domiciliari pari a 391.646 unità (2,81%), di cui 324.531 (4,62%) over 75.

Nella Figura 2.2 viene riportato il trend del tasso di anziani beneficiari di cure domiciliari durante il periodo 2014-2021. Come già osservato, si nota una progressiva crescita dei volumi di attività durante il corso del tempo. Mentre nel 2014 la percentuale di over 65 assistiti in ADI era dell'1,91% e quella degli over 75 del 3,22%. Nel 2021, secondo anno di pandemia da SARS-COV-2, è stata registrata una percentuale di over 65 assistiti in ADI pari al 2,89% e di over 75 pari al 4,74%

La Figura 2.3, mostra come l'offerta di cure domiciliari vari estremamente tra le diverse Regioni e Pro-

vince Autonome italiane, con divari tra le diverse aree che possono superare il fattore 10. Le Regioni che nel 2021 hanno riportato un più alto tasso di anziani assistiti in ADI sono, similmente a quanto osservato nel 2020, l'Abruzzo (4,71% degli over 65 e 7,72% degli over 75), il Veneto (4,34% e 7,12%), la Sicilia (4,13% e 6,67%), la Basilicata (3,92% e 6,63%), la Toscana (3,82% e 5,71%), le Marche (3,72% e 5,96%) e l'Emilia Romagna (3,72% e 6,08%). I tassi di copertura più bassi sono stati invece riportati dalla Provincia Autonoma di Bolzano (0,44% tra gli over 65 e 0,66% tra gli over 75), Valle D'Aosta (0,45% e 0,67%), Molise (0,49% e 0,79%), Puglia (1,91% e 3,17%) e Piemonte (2,08% e 3,33%). Per quanto riguarda le Regioni Sardegna e Calabria il flusso SIAD non risulta soddisfatto al 30 Giugno 2022. Si fa presente che alcune Regioni e Province Autonome presentano dei ritardi nel soddisfare il debito informatico del SIAD. Nello specifico, un ulteriore ritardo potrebbe essere dipeso dalla pandemia da COVID-19 in corso nel biennio 2020-2021. Per tale ragione i dati qui presentati sono potenzialmente suscettibili di rettifica durante il corso del prossimo anno. Parallelamente

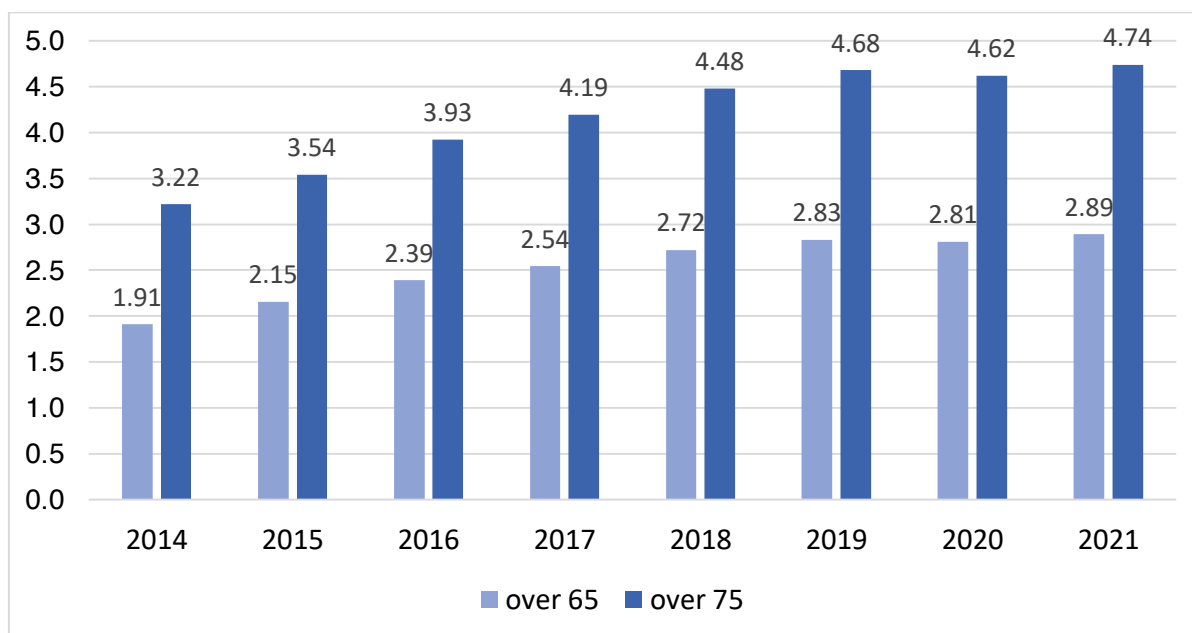


Figura 2.2. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2021

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

al numero assoluto e percentuale di cittadini anziani beneficiari di ADI, negli anni precedenti alla pandemia, si registra un incremento del numero di Prese In Carico (PIC) con, anche in questo caso, un appiattimento della curva nel 2020 ed una lieve ripresa nel 2021. Nel 2021 sono state registrate in Italia 1.179.513 PIC totali, delle quali 980.786 erogate a cittadini over 65.

Nel 2021, delle 980.786 PIC erogate a soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni, 260.113 presentavano il più basso livello di intensità assistenziale (CIA base), 216.329 rientravano nel CIA di I livello, 223.386 nel CIA di II livello, 31.473 nel CIA di III livello e 104.854 nel CIA di IV livello. Infine, un numero pari a 144.631 PIC rientrava tra gli accessi domiciliari a carattere episodico (Figura 2.5). La distribuzione-

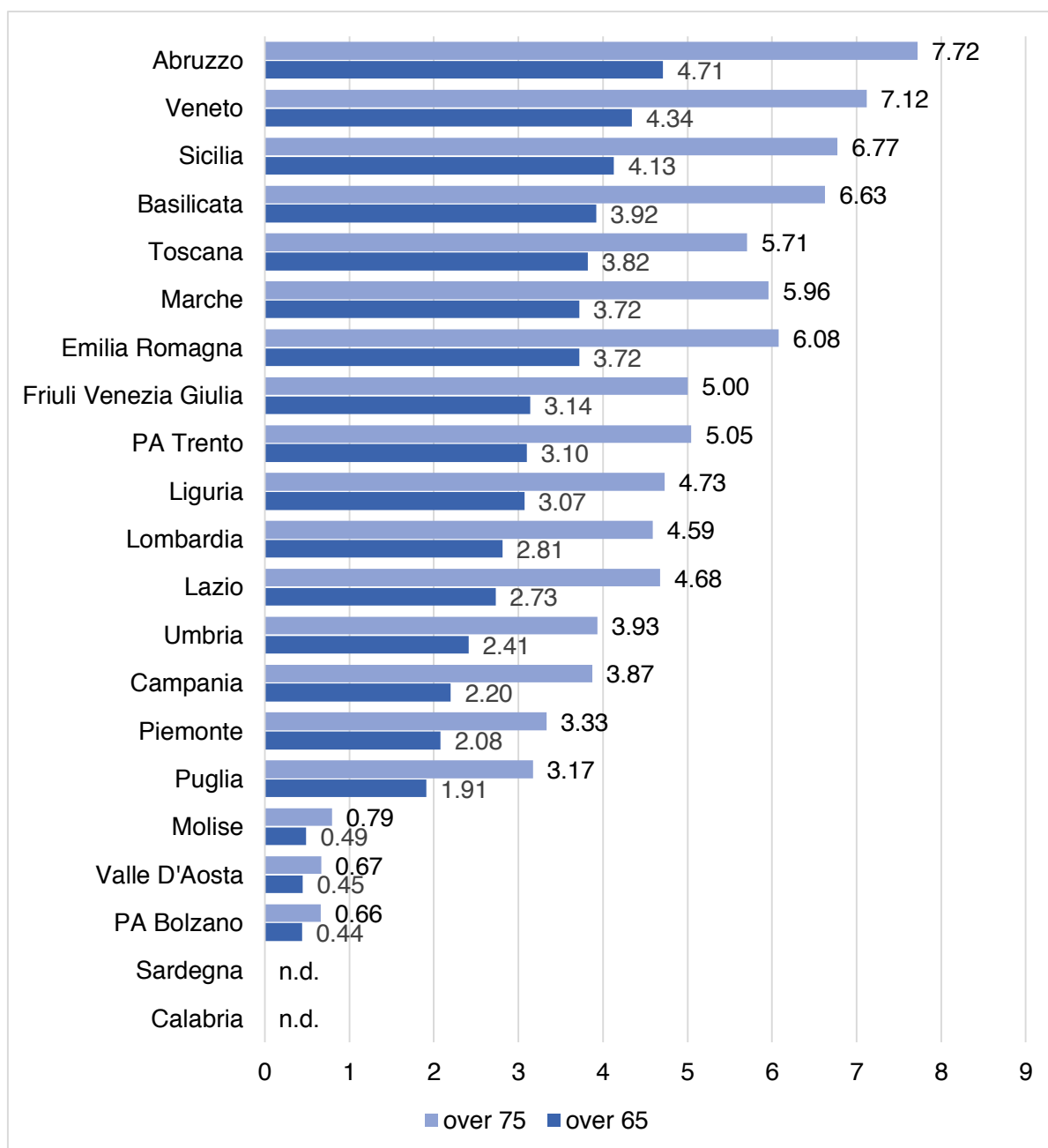


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2021

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

percentuale delle PIC tra i diversi livelli di CIA nel 2021 non si discostava in maniera sostanziale da quella del 2020.

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

In controtendenza rispetto alle politiche sanitarie della maggior parte dei paesi europei, che sempre più aderiscono al principio della casa come luogo di cura, in Italia si è registrato un incremento, sebbene molto esiguo, del numero di anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). La Figura 2.6 mostra il numero di anziani assistiti in RSA in Italia durante il periodo 2014-2021. Nel 2014 in Italia, il numero di over 65 assistiti in residenze sanitarie assistenziali era di 281.470, tale volume ha subito durante gli anni 2015-2016 una deflessione di circa dieci mila

unità, per poi risalire fino alle 311.757 unità registrate nel 2020 e 317.260 nel 2021. Nel 2021, per il 2,28% degli anziani di età pari o superiore ai 65 anni veniva registrato uno o più ricoveri in RSA (Figura 2.7). Nel 2021, a fronte di una percentuale media di over 65 in RSA pari al 2,28%, anche l'offerta di posti letto in setting residenziale presenta notevoli differenze tra le varie Regioni italiane. Nel 2020, le Regioni e Province autonome che hanno registrato un maggior numero di over 65 assistito in strutture residenziali erano la Provincia Autonoma di Trento (7,64%), Il Piemonte (4,35%), la Lombardia (3,87%), il Veneto (3,77%) e il Friuli Venezia Giulia (3,33%). Sul versante opposto, i tassi inferiori sono stati riportati da Campania (0,23%), Basilicata (0,45%), Molise (0,65%), Sicilia (0,70%) e Lazio (0,82%). I dati della Sardegna e della PA di Bolzano risultano non pervenuti al 30

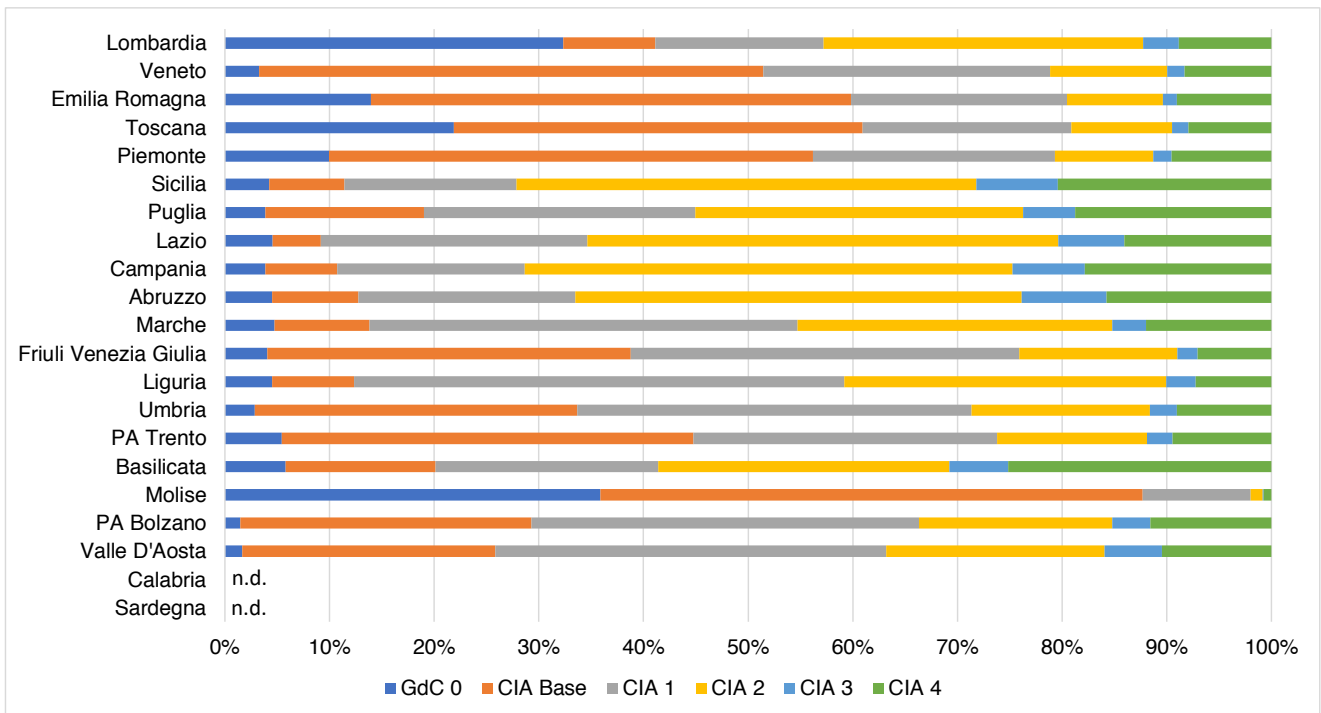


Figura 2.5. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2021

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 2021. 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

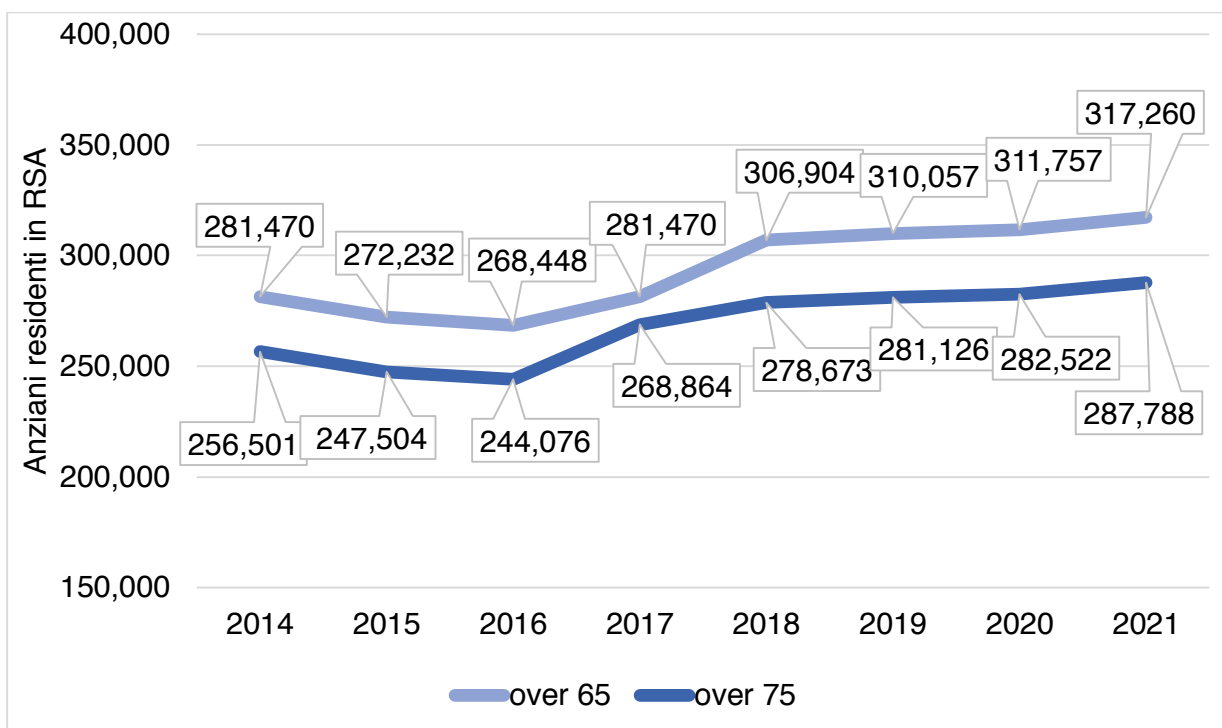


Figura 2.6. Numero di anziani residenti in RSA. Serie storica 2014-2021

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

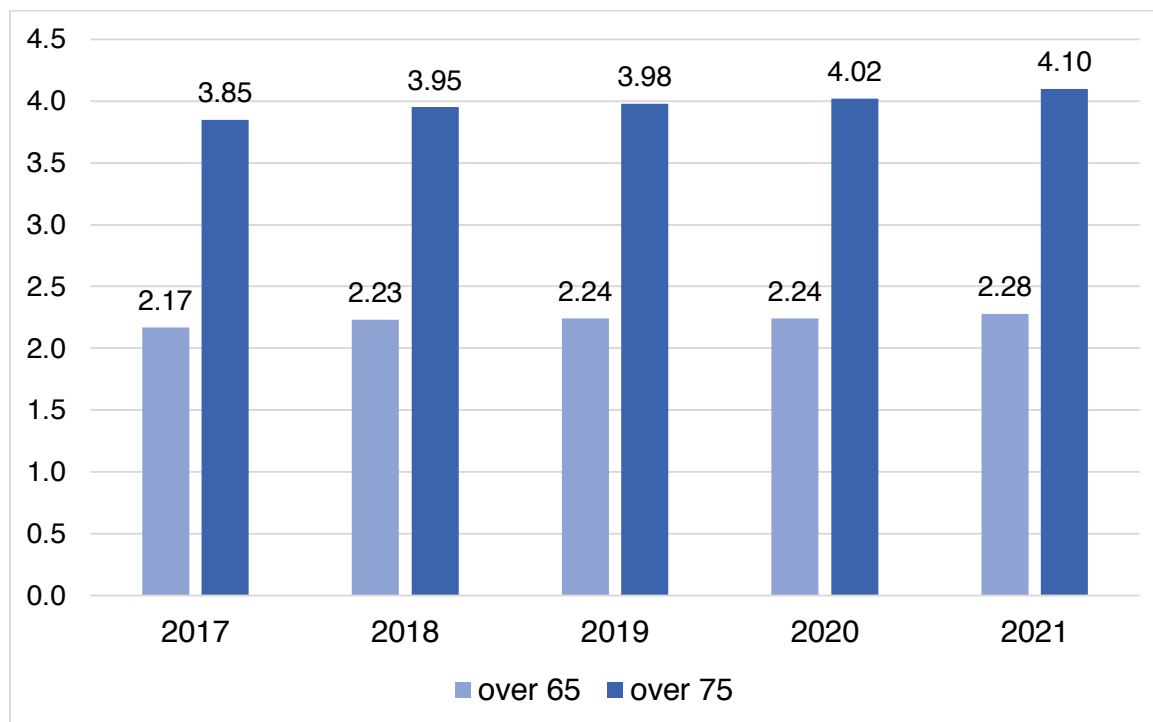


Figura 2.7 Percentuale di anziani residenti in RSA durante gli anni 2017-2021

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

giugno 2022 (Figura 2.8).

I trattamenti semiresidenziali rappresentano una modalità ibrida di assistenza al paziente cronico con bisogni complessi, ma allo stesso tempo gestibili entro un numero limitato di ore presso strutture preposte, con permanenza presso il proprio domicilio e disponibilità di un'integrazione assistenziale da parte di caregiver formali ed informali.

La Figura 2.9, mostra il tasso (numero per mille) di individui over 65 destinatari di servizi socioassistenziali a carattere semiresidenziale. Nel 2021 l'1,88% degli over 65 ha ricevuto cure in setting semiresidenziale, in Italia, ancora una volta con importanti differenze regionali. I tassi (per mille) più elevati sono stati riportati dalla Provincia Autonoma di Trento (6,30‰), la Lombardia (5,74‰), l'Emilia Romagna (3,94‰),

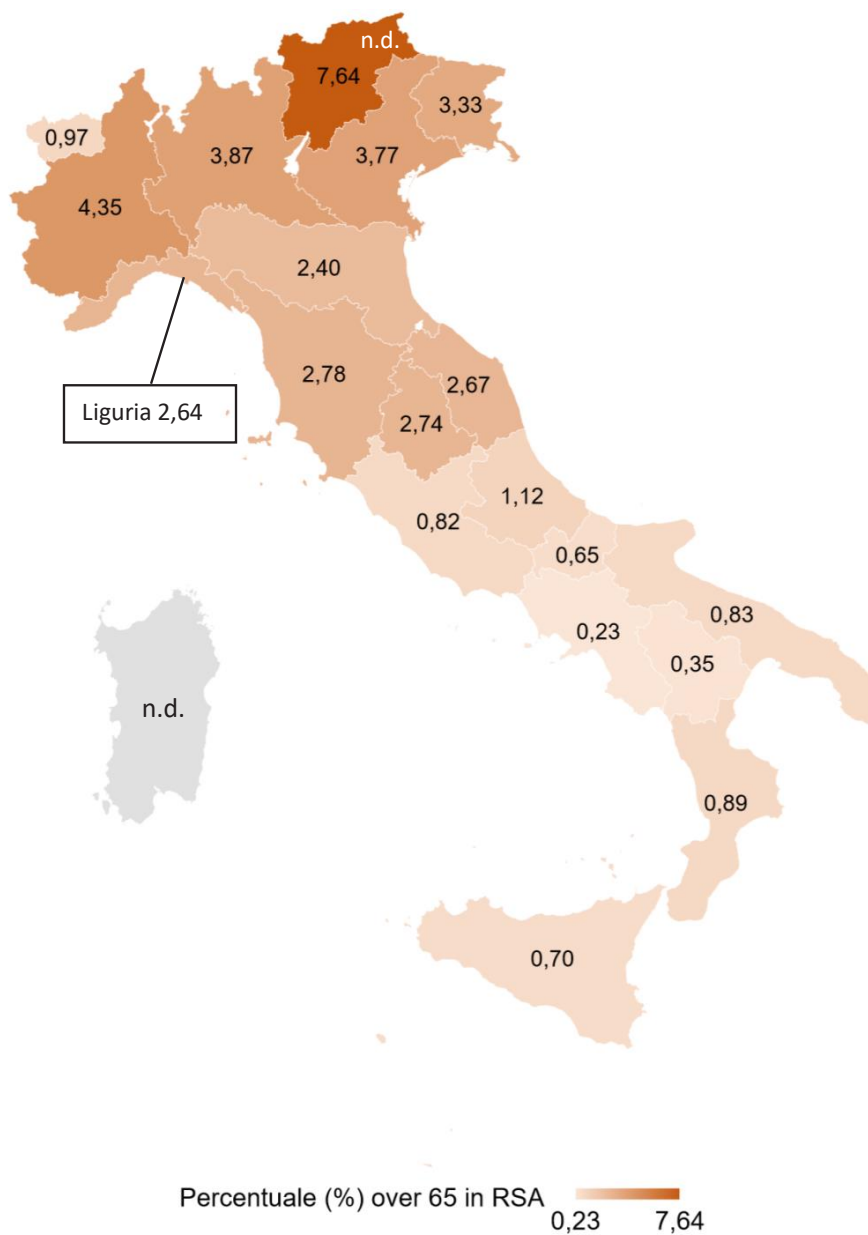


Figura 2.8. Numero (per 100) di anziani over 65 residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) durante l'anno 2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva.

l'Umbria (2,72‰), la Liguria (1,85‰) e la Toscana (1,83‰). I tassi più bassi sono stati riportati invece dalla Calabria (0,03‰), La Sicilia (0,09‰), il Lazio (0,10‰) e dalla Campania (0,34‰). I dati relativi a Valle D'Aosta, Molise, Sardegna e Abruzzo risultano non pervenuti al 30 giugno 2022.

Nella Figura 2.10 è riportato il confronto regionale relativo all'anno 2021 tra la percentuale di over

65 residenti RSA e quelli riceventi cure domiciliari. Come evidente dall'osservazione delle curve, vi sono da parte delle Regioni e Province Autonome diverse tendenze nell'offerta di cure residenziali rispetto a quelle domiciliari. Nello specifico, realtà come la Provincia Autonoma di Trento, Lombardia e Piemonte presentano un modello di long-term care che privilegia l'assistenza degli anziani erogata

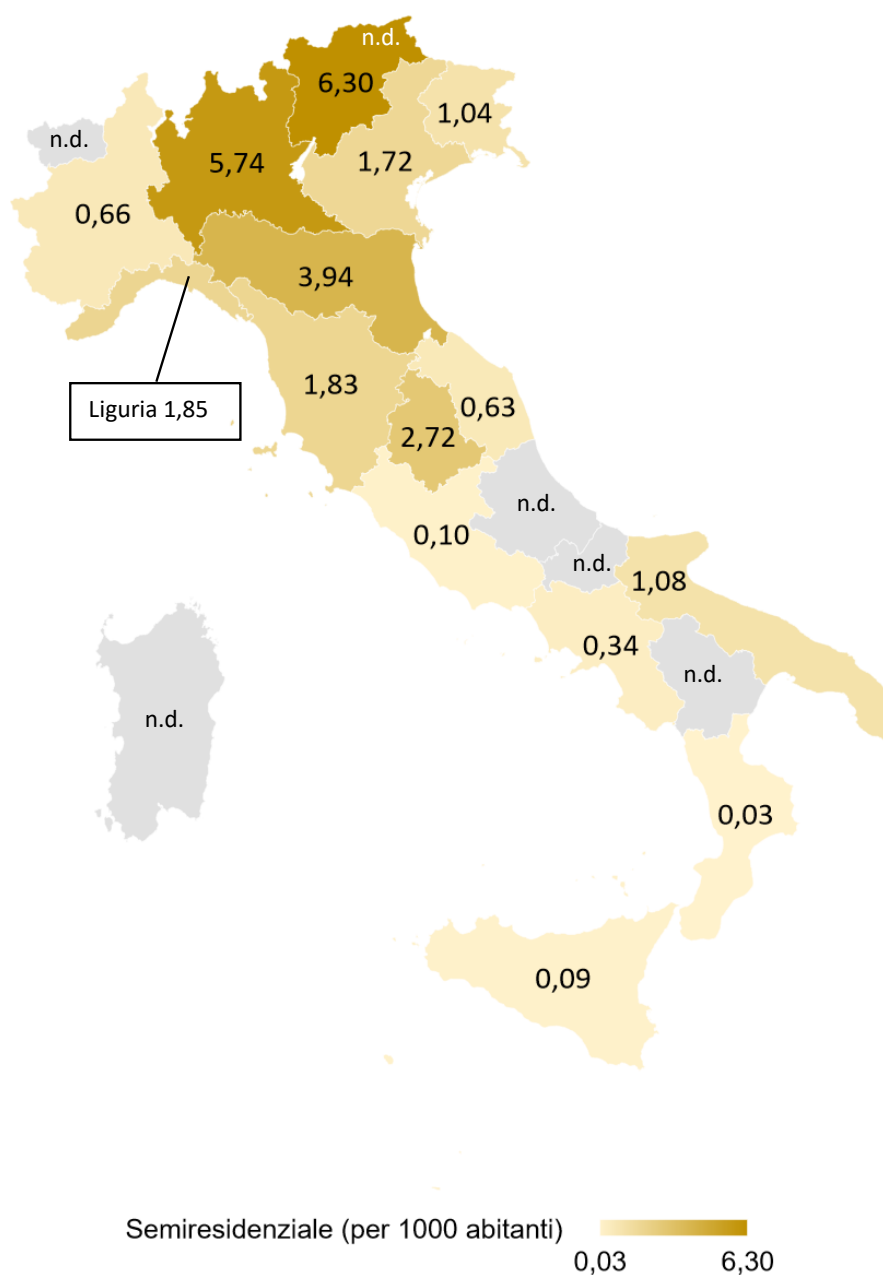


Figura 2.9. Anziani over 65 (per 1000) in trattamenti semiresidenziali nel 2021

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

ta in strutture residenziali. Troviamo poi realtà quali il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, la Liguria, il Molise e l'Umbria dove i tassi di residenti in RSA e di over 65 riceventi servizi ADI tendono ad equipararsi. Vi sono infine realtà che presentano una prevalente assistenza presso il domicilio e una, talvolta, irrisoria, percentuale di anziani in RSA. Tra queste troviamo l'Abruzzo, la Sicilia, la Basilicata, il Lazio, la Campania e la Puglia.

La Figura 2.11 mostra la percentuale cumulativa di individui over 65 assistiti in ADI e residenti in RSA. La Provincia Autonoma di Trento, il Veneto, la Lombardia, la Toscana e il Friuli Venezia Giulia assistono nel complesso una maggiore percentuale di anziani. Al contrario, i tassi cumulativi più bassi sono stati riportati dalla Provincia Autonoma di Bolzano, la Calabria, il Molise, la Valle D'Aosta e la Campania.

Cure palliative

Le cure palliative rappresentano un tassello cardine nell'ambito della long-term care, che rispondono a bisogni assistenziali propri di soggetti affetti da malattie degenerative e non, rapidamente evolutive, che configurano presto una condizione di terminalità. In Italia le cure palliative vengono declinate e offerte in maniera eterogenea lungo lo Stivale, attraverso una rete assistenziale che comprende l'ambulatorio, l'ospedale, l'ADI, l'RSA e l'hospice. Una squadra multidisciplinare ed integrata si occupa di stilare un piano di cure personalizzato tenendo conto delle preferenze del paziente e della propria famiglia. Le strutture residenziali per soggetti anziani o affetti da disabilità garantiscono le cure palliative ai propri ospiti anche avvalendosi delle unità di cure palliative domiciliari territorialmente competenti.

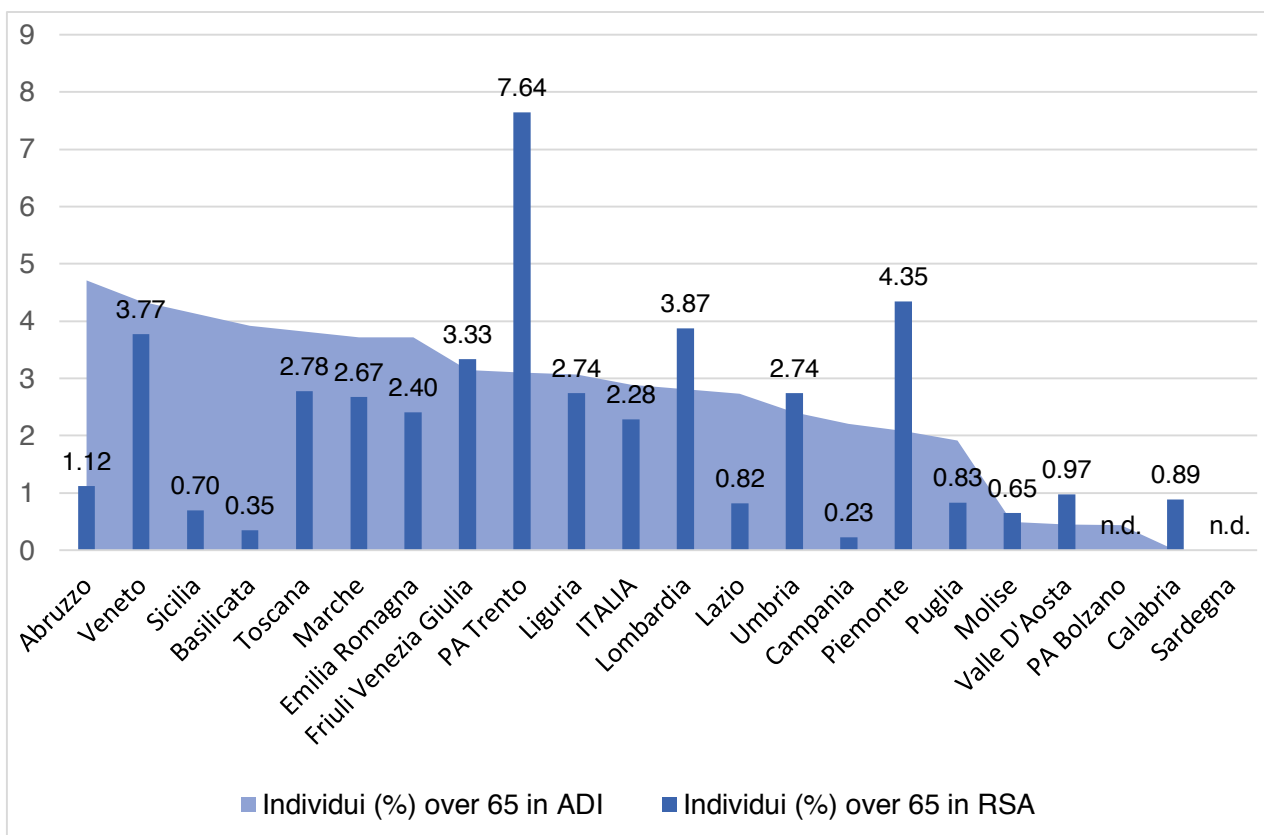


Figura 2.10. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani over 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2021
Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

Nel 2012 è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice (DM 6 giugno 2012) che consente il tracciamento dei volumi di attività erogata in regime di palliazione dalle varie Regioni e Province Autonome. In Italia nel 2021, tra i 169.821 deceduti per causa di tumore, 52.786 (31,08% del totale) sono stati assistiti dalla rete delle cure palliative presso il proprio domicilio o in hospice. Nel 2020 e nel 2019, il 32% dei deceduti per causa tumorale erano stati destinatari di cure palliative. Il rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale ricevuti cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali nello stesso anno rappresenta un importante e utile indicatore che consente il monitoraggio regionale e nel tempo della capacità di garantire cure palliative. Da un'analisi della tendenza quinquennale

di questo indicatore (Figura 2.12) si evince come in Italia l'offerta di cure palliative domiciliari e in hospice sia andata crescendo fino al 2019, per poi andare incontro ad un arresto nel 2020 e una leggera deflessione nel 2021. Ancora una volta – in considerazione della pandemia da COVID-19 in corso – si rimanda agli anni a venire per una più accurata e corretta interpretazione dei dati registrati e per una eventuale rettifica degli stessi.

Il panorama regionale anche in questo caso risulta notevolmente eterogeneo (Figura 2.13). Tra le regioni che nel 2021 registrano una maggiore copertura territoriale in termini di cure palliative domiciliari ed erogate tramite hospice di pazienti deceduti per malattia tumorale troviamo il Veneto (56,15%), l'Emilia Romagna (47,79%), la Lombardia (44,49%),

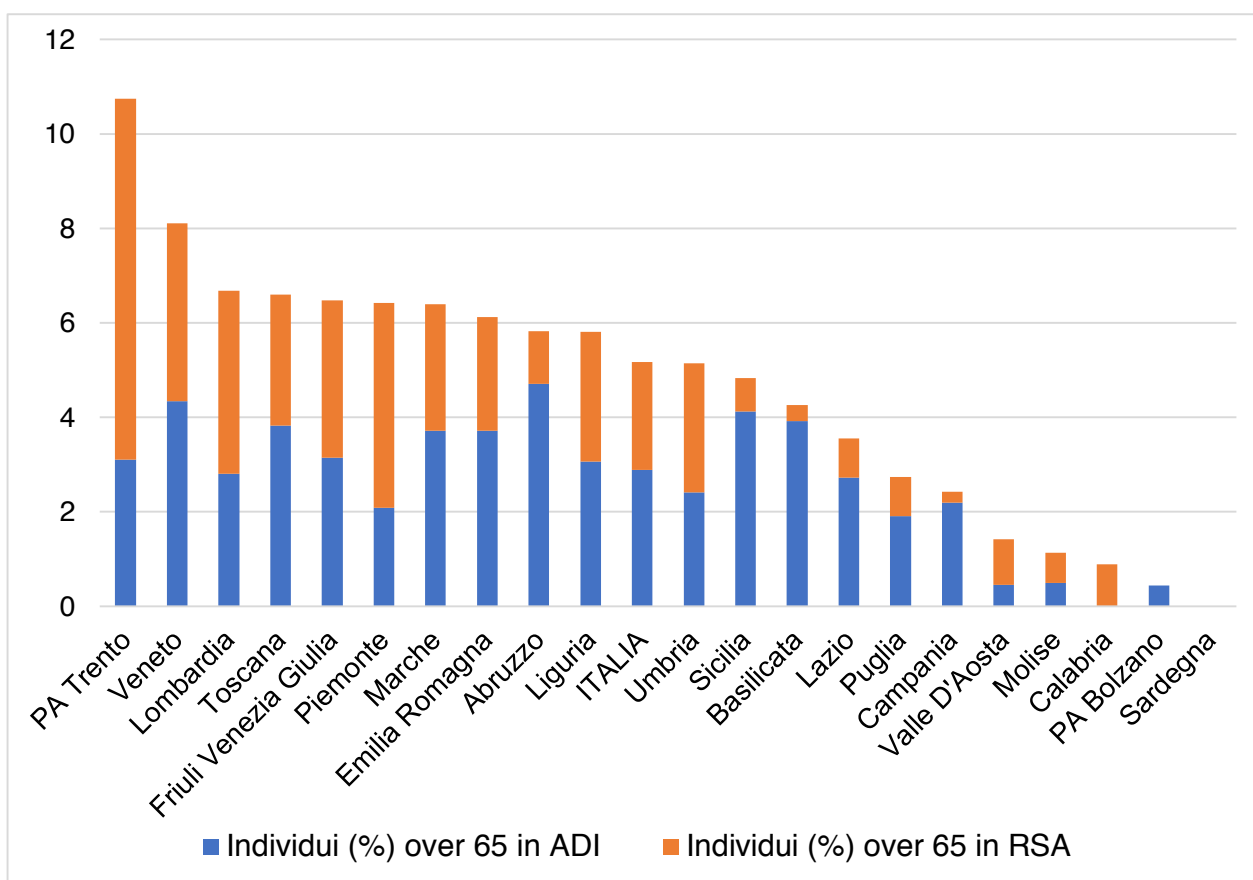


Figura 2.11. Confronto Regionale tra il tasso (per 100) cumulativo di anziani over 65 ricevuti ADI e residenti in RSA nel 2020
 Fonte: Ministero della Salute (2022). Elaborazione di Italia Longeva

la Toscana (41,00%), la Puglia (34,32%) e il Piemonte (32,25%). Al contrario, tra le Regioni che riportano un minor tasso di individui deceduti per causa neoplastica e ricevente cure palliative troviamo il Lazio (4,52%), la Calabria (4,52%), il Friuli Venezia Giulia (10,31%) e la Provincia Autonoma di Trento (19,51%).

Note metodologiche relative ai flussi informativi ministeriali

L'assistenza domiciliare integrata (ADI), rappresenta un'opzione sostenibile e alternativa al ricovero ospedaliero, laddove sussistano condizioni di eleggibilità, e il carico assistenziale fosse sostenibile e compatibile con l'erogazione di cure sociosanitarie presso il domicilio del paziente. Nell'ADI vengono ad integrarsi numerose competenze professionali di carattere sociale e sanitario. Tra di esse i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, infermieri, il fisioterapisti, l'assistenti sociali, medici specialisti, e psicologi. Il fine ultimo è quello di garantire

ai pazienti l'assistenza necessaria presso la propria abitazione – luogo ideale della guarigione – o per agevolare la dimissione ospedaliera, completando e proseguendo in tale maniera trattamenti complessi, altrimenti eseguibili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura residenziale.

In Italia, la responsabilità clinica dell'ADI è attribuita al MMG e la sede organizzativa è rappresentata dal distretto sociosanitario. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico del paziente che fa seguito ad una valutazione multidimensionale, tramite la produzione di un piano assistenziale individualizzato (PAI), con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione dell'assistito e l'erogazione stessa del servizio è idealmente effettuata in concerto da diversi professionisti.

Il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato istituito in Italia in seguito all'Accordo Qua-

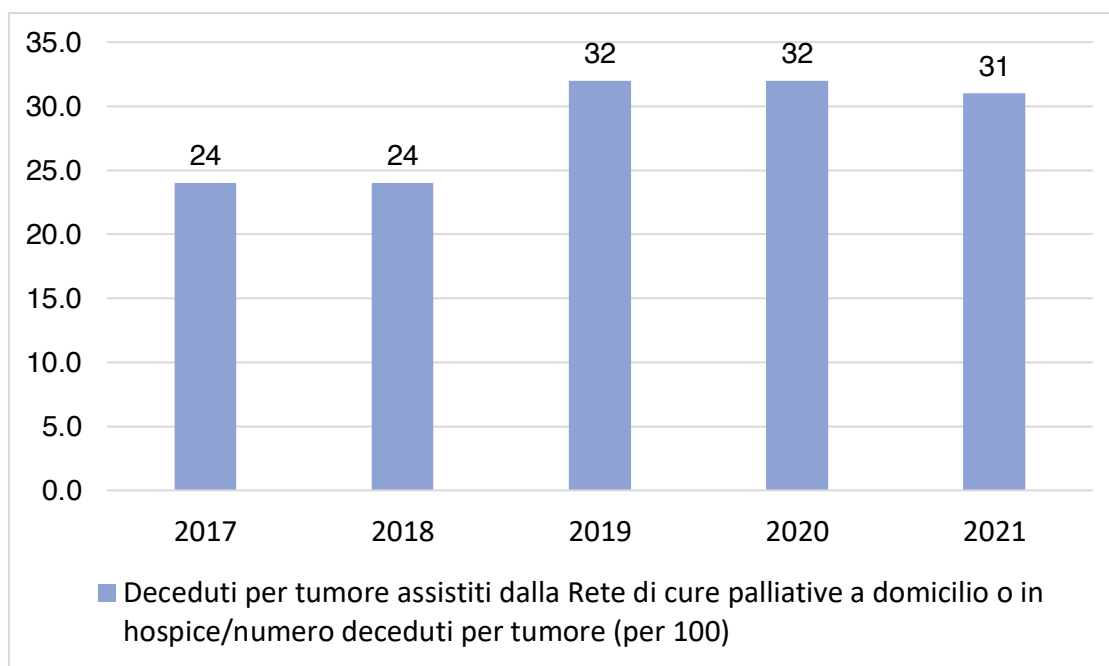


Figura 2.12. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) in Italia nel periodo 2017-2021

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

dro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 Febbraio 2011 dopo che il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 ha sancito l'obbligo delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano di trasmettere a livello centrale i dati del volume di attività svolte a livello centrale. I dati trasmessi alle Regioni prima e al Ministero della Salute poi, riguardano tutte le attività inerenti all'assistenza domiciliare sanitaria e sociosanitaria a partire dal 1° gennaio 2009. Le informazioni inviate devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un PAI e la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL. Una volta

soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e le dimissioni protette.

Nel SIAD sono contenuti due differenti tracciati. Tracciato 1: contiene le informazioni associate agli eventi presa in carico (dati anagrafici del paziente, ASL erogante, soggetto richiedente la presa in carico) e valutazione (autonomia e bisogni assistenziali); Tracciato 2: contiene le informazioni relative alle prestazioni erogate (dati riferiti agli accessi), sospensione, rivalutazione (autonomia e bisogni as-

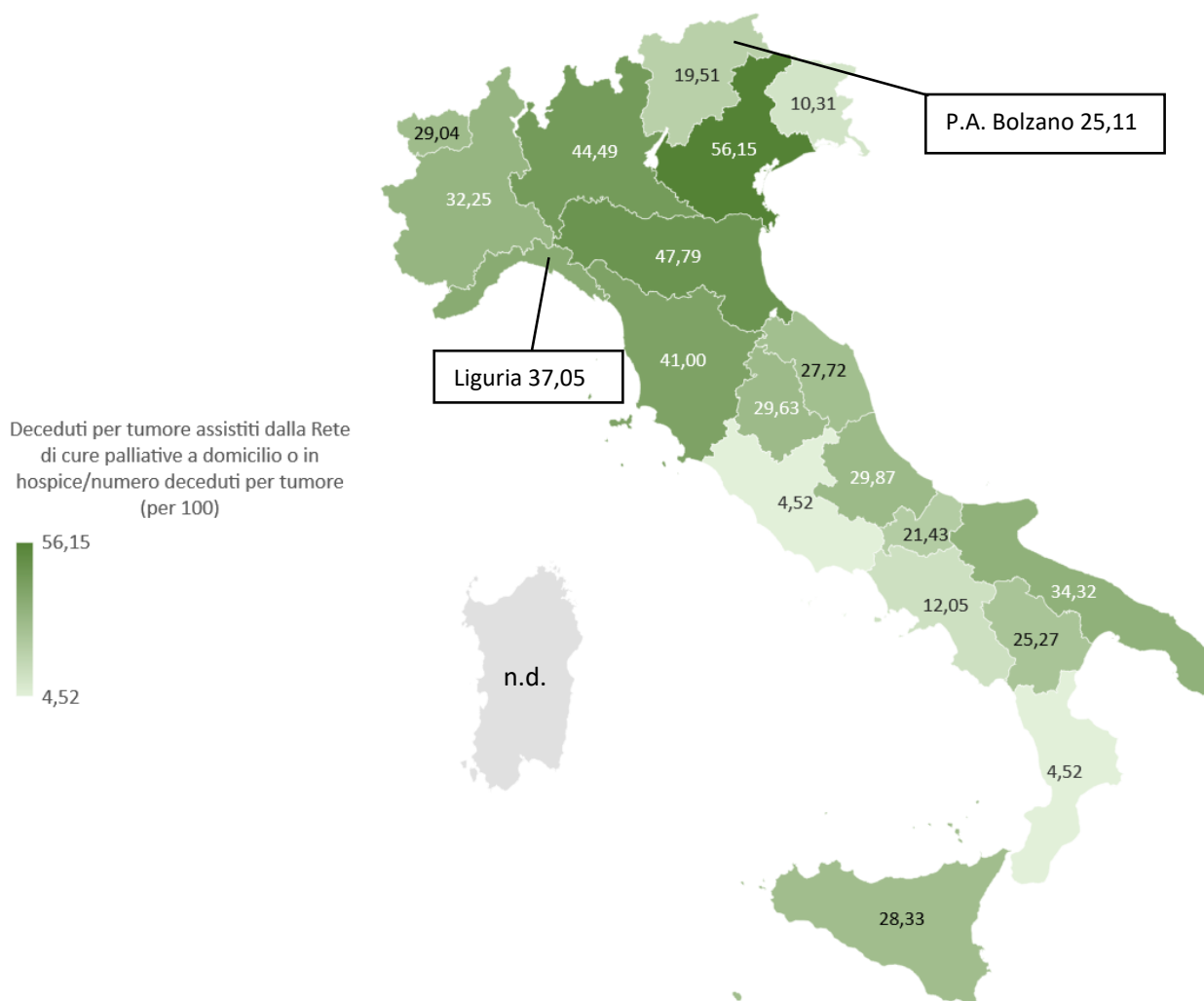


Figura 2.13. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) nel 2021

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

sistenziali) e conclusione (dimissione assistito).

Le predette informazioni devono essere trasmesse mensilmente al NSIS, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistito. Tali eventi sono identificabili con le seguenti fasi del processo assistenziale: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione. Il debito informativo delle Regioni e Province Autonome nei confronti del SIAD non è omogeneo su tutto il territorio nazionale; persistono infatti aree non ancora in grado di garantire la completa trasmissione delle informazioni previste. Tuttavia, si registra un significativo incremento della qualità e della completezza dei dati trasmessi che consentono già oggi di ragionare sul volume e l'intensità dell'assistenza erogata.

Con il decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2016, n. 262 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato" (Gazzetta Ufficiale del 8 febbraio 2017, Serie generale n. 32), predisposto a cura dell'Ufficio della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, sono state individuate le procedure che consentono di ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali. L'attuazione del regolamento – a regime a partire dall'anno 2018 – ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali alla trasmissione di dati interconnettibili al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della salute (NSIS). Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all'introduzione del predetto regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima dell'applicazione del Regolamento. A tale fine è stata effettuata un'attività di recupero dei vecchi "codici assistito" attraverso l'associazione di questi ultimi con i codici univoci generati in linea con le regole indicate dal Ministero della Salute. L'attività

di recupero e più in generale l'attività di assegnazione ad ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale definito dal Ministero della Salute, ha consentito l'effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale e questo ha comportato una generale bonifica del dato trasmesso al NSIS eliminando situazioni di duplicazioni di codici assistito prima possibili.

Secondo il SIAD, le prese in carico (PIC) vengono classificate secondo quattro livelli di intensità assistenziale differenti, misurata per mezzo del CIA ovvero il coefficiente di intensità assistenziale (D.P.C.M. 12-1-2017). Il CIA rappresenta il rapporto tra il numero di giornate effettive di assistenza (GEA) e il numero di giornate di cura (GdC). Per tale ragione il CIA assume valori da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza su base quotidiana). Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, talvolta episodiche che non rientrano di fatto nell'ADI propriamente detta, a ragione di una mancanza di integrazione sociosanitaria. Gli altri tre livelli (I livello: CIA 0,14-0,30; II livello: CIA 0,31-0,50; III livello: CIA 0,51-0,60; IV livello: CIA superiore a 0,60) si riferiscono esplicitamente a cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. Una quinta area, infine, riguarda l'erogazione di cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base, erogate con il coordinamento del MMG e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un CIA superiore a 0,60.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), attraverso la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), raccoglie sistematicamente informazioni associate alle prestazioni erogate in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il flusso informativo per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, dettagliato nel disciplinare tecnico del decreto Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008

“Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali”, coerentemente con quanto previsto nelle tre sezioni della scheda “Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani” (FAR) fa riferimento alle seguenti informazioni: 1) Identificazione della struttura erogatrice; 2) Identificazione dell’assistito; 3) Dati amministrativi relativi all’accesso; 4) Dati amministrativi relativi alla dimissione; 5) Dati relativi alla tariffa giornaliera applicata; 6) Valutazione sanitaria dell’assistito. Per il calcolo dell’indicatore sono considerati gli assistiti (i distinti individui per ciascuna struttura) con ricoveri già aperti al 1 gennaio dell’anno di riferimento o intrapresi nel corso dello stesso anno; il tipo prestazione è incluso in uno dei seguenti:

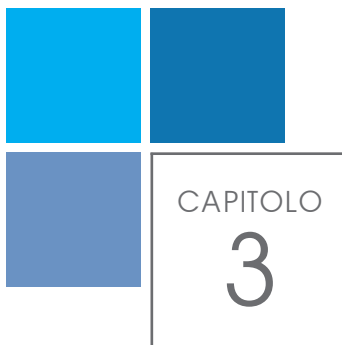
- R1. Trattamenti erogati in Unità d’offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.);
- R2. Trattamenti erogati in Unità d’offerta Residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc);
- R2D. Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell’affettività (Unità d’offerta Residenziali);

- R3. Trattamenti erogati in Unità d’offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d’offerta Residenziali di Mantenimento).

Per il calcolo dell’indicatore relativo alla percentuale di individui over 65 beneficiari di cure in ambiente semiresidenziale sono considerati gli assistiti (i distinti individui per ciascuna struttura) con ammissioni già aperte al 1 gennaio dell’anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno; il tipo di prestazione è incluso in uno dei seguenti:

- SR1 - Trattamenti Semiresidenziali – trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in unità d’offerta o in centri diurni;
- SR2 - Trattamenti Semiresidenziali Demenze – trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in unità d’offerta o in centri diurni.

Relativamente al monitoraggio dei volumi di attività nell’ambito delle cure palliative, nel 2012 è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli hospice (DM 6 giugno 2012) che consente il tracciamento dei volumi di attività erogata in regime di palliazione dalle varie Regioni e Province Autonome. Nel presente documento si fa riferimento all’indicatore n.1, relativo alla percentuale di soggetti deceduti per causa tumorale durante l’anno in oggetto che hanno ricevuto cure palliative in regime domiciliare o residenziale.



CAPITOLO

3

FRAGILITÀ IN ITALIA

Misurare la fragilità: perché è importante

Si stima che in Italia, al 1° gennaio 2022, le persone con più di 65 anni fossero circa 14 milioni e quelle con più di 80 anni superassero i 4.5 milioni. Il numero assoluto di persone anziane in Italia è destinato ad aumentare e, in considerazione della riduzione della natalità, ci si aspetta che l'aumento in senso relativo sia ancora maggiore.

La salute nella popolazione anziana è caratterizzata da due aspetti che devono essere necessariamente tenuti in considerazione quando si pianifica, sviluppa ed implementa un sistema sanitario adatto a rispondere alle necessità di questo strato della popolazione. Da un lato, l'eterogeneità: persone con la stessa età cronologica possono presentare stati di salute molto differenti tra di loro. Nella medesima fascia di età, si possono trovare individui affetti da poche o nessuna patologia cronica e caratterizzati da una funzione fisica e cognitiva paragonabile a quella esibita da chi è cronologicamente più giovane. Nello stesso gruppo vi è però anche un numero tutt'altro che trascurabile di persone affette da multiple malattie, trattate con numerosi farmaci e contraddistinte da forti limitazioni nella funzione fisica e/o cognitiva. D'altro canto, la complessità: il fisiologico invecchiamento di organi, apparati e sistemi, unito a quello patologico indotto dall'accumulo di malattie croniche, modifica in modo sostanziale il modo in cui le persone anziane reagiscono agli stress esterni (ad esempio traumi ed infezioni) o a modifiche della terapia farmacologica, rendendole estremamente vulnerabili. I numerosi farmaci prescritti possono inoltre interagire tra loro e con le stesse malattie croniche andando ad innescare numerosi effetti avversi difficilmente prevedibili. Oltre alle condizioni propriamente mediche, anche lo stato funzionale – sia cognitivo che fisico – nutrizionale, socioecono-

mico ed ambientale possono interagire tra loro e con lo stato di salute.

La personalizzazione del percorso di cura e di presa in carico necessita di una attenta valutazione delle caratteristiche della salute in tutte le sue dimensioni (funzione fisica, cognitiva, nutrizionale, sociale, etc.). Per condurre una valutazione multidimensionale della salute ed una personalizzazione del percorso di cura sono necessarie numerose risorse, tra le quali tempo, formazione e conoscenze specifiche, ambienti adatti e, soprattutto, un gruppo di lavoro multidisciplinare. A causa di questa importante richiesta di risorse, non è possibile applicare una valutazione multidimensionale della salute all'intera popolazione anziana (circa il 24% del totale, in Italia). Inoltre, una significativa porzione della popolazione anziana è biologicamente giovane e anche un'accurata valutazione multidimensionale dello stato di salute non modificherebbe in modo sostanziale il percorso di cura, il quale sarebbe simile a quello seguito da persone cronologicamente più giovani.

La presenza di molteplici malattie croniche, indicata come multimorbilità, e l'aumentata vulnerabilità agli eventi esterni dovuta alla perdita di riserva fisiologica in numerosi organi e sistemi, chiamata fragilità, sono due importanti indicatori di complessità che si sono dimostrati utili nello stratificare la popolazione anziana in base al rischio di sviluppare eventi negativi, quali la morte, il ricovero in pronto soccorso ed in ospedale e le cadute associate a fratture. Questi due indicatori possono essere utilizzati per identificare in modo rapido e preciso le persone che più probabilmente si gioverebbero di un'ampliamento della tradizionale raccolta anamnestica e visita medica, mediante quella che prende il nome di valutazione multidimensionale dello stato di salute e, di conseguenza, di una persona-

lizzazione del percorso di cura e di presa in carico. Un ulteriore modo per incrementare efficacia ed efficienza dell'implementazione di un sistema di cura e presa in carico ed allocazione delle risorse è quello di comprendere le potenziali differenze geografiche nella prevalenza di multimorbilità e fragilità. Questa conoscenza, infatti, può aiutare nella programmazione della distribuzione delle risorse, ad esempio progettando un'azione più incisiva nelle aree con una maggiore proporzione di persone anziane caratterizzate da un'alta complessità. In aggiunta, queste informazioni possono essere sfruttate per sviluppare soluzioni ed interventi che si integrino al meglio con i servizi e le realtà già presenti localmente, sfruttandone i punti di forza e superando le criticità già note, aumentando in questo modo l'efficacia degli interventi. Conoscere la distribuzione sul territorio italiano di multimorbilità e fragilità e le loro eventuali differenze geografiche, da ultimo, può fare da spunto a nuovi percorsi di ricerca volti ad indagare come le caratteristiche geografiche, ambientali, politiche, amministrative, ecologiche, etc. possano impattare sulla complessità della popolazione anziana ivi residente.

La misura della fragilità in medicina generale

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta per il cittadino, nella gran parte dei casi, il primo contatto con il Sistema Sanitario Nazionale, coordinandone il percorso di cura e rivestendo un ruolo centrale nelle cure primarie. Tra i ruoli universalmente riconosciuti al MMG vi è l'identificazione tempestiva e precoce di condizioni di fragilità – inclusa quella sociale – tra la popolazione, che a vario titolo sono responsabili di un aumentato assorbimento di risorse economiche ed assistenziali e che predispongono gli individui affetti allo sviluppo di eventi avversi. Il riconoscimento della fragilità dovrebbe consentire l'attivazione di percorsi di approfondimento personalizzati e, conseguentemente, percorsi assistenziali ad hoc.

Per il MMG, avere a disposizione uno strumento per

la valutazione di fragilità che sia semplice da utilizzare e che non comporti un dispendio di tempo, permetterebbe di allocare le risorse in modo efficace: questo, a sua volta, consentirebbe di migliorare gli outcome del paziente e di snellire il carico sul Sistema Sanitario.

Negli anni sono stati proposti numerosi strumenti per la valutazione della fragilità. Molti di questi si basano su test di performance fisica e, in alcuni casi, richiedono un addestramento specifico e/o l'utilizzo di strumenti di misurazione, tempi e spazi non sempre disponibili nei setting delle cure primarie. Una soluzione alternativa è stata proposta agli inizi degli anni 2000: dal punto di vista teorico, l'aumentata vulnerabilità tipica della persona affetta da fragilità viene inquadrata come conseguenza dell'accumulo di "deficit" in numerosi organi e sistemi. La presenza di deficit riduce la riserva funzionale multi-sistemica e conseguentemente la capacità dell'intero organismo di mantenere l'omeostasi quando viene messo sotto stress da eventi esterni. Da un punto di vista più pratico, per "deficit" viene intesa qualsiasi caratteristica legata alla salute: la presenza di malattie croniche, la prescrizione di determinati farmaci, esiti patologici a test di performance fisica o cognitiva, valori fuori range agli esami ematici o reperti fuori norma in esami di imaging possono essere tutti considerati deficit. Si ottiene un "frailty index" (FI) sommando i deficit presentati da una persona e dividendo per il numero totale di deficit che si è deciso di considerare. Questo approccio presenta molti vantaggi quando applicato a grandi registri o strumenti elettronici: in questi ambiti, sono disponibili molti dati dai quali è possibile identificare potenziali deficit che possono essere facilmente utilizzati per la creazione del FI e questo può essere direttamente calcolato dal software in possesso dell'utente finale. Vale la pena segnalare come, nel Regno Unito, è stato proposto pochi anni fa un FI (electronic Frailty Index; eFI) basato sui dati a disposizione nel software utilizzato dai MMG, ottenendo così uno strumento facile, con buona capacità di stratificazione e standardizzato per l'identifi-

cazione delle persone affette da fragilità.

La Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) è da anni impegnata nello sviluppo di strumenti prognostici e di stratificazione del rischio, basati sui dati raccolti universalmente dai MMG durante il corso della propria pratica clinica. Tramite la collaborazione tra SIMG, Karolinska Institutet di Stoccolma e Italia Longeva, è stato possibile derivare un indice di fragilità altamente predittivo rispetto a eventi avversi quali la morte e l'ospedalizzazione, facilmente implementabile nel software in uso ai MMG ed in grado di restituire in maniera istantanea una valutazione dello stato di fragilità del singolo individuo o di un gruppo di individui in carico presso uno specifico studio di medicina generale o in una specifica area geografica.

Note metodologiche

I risultati mostrati e descritti nel prossimo paragrafo provengono da analisi effettuate su dati raccolti dall'Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (Health Search). Dal 1998, il database Health Search racchiude dati ed informazioni provenienti dalla pratica clinica di 1015 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 sul campione, rappresentativo della popolazione italiana frequentante il MMG, composto da 436.228 persone di 60 anni o più (di cui il 54,2% composto da donne) e in carico ad uno dei MMG partecipanti al 31 dicembre 2019. Sfruttando informazioni provenienti dalle diagnosi effettuate, dai farmaci prescritti e dalle esenzioni per la spesa sanitaria è stata creata una lista di 60 malattie croniche, già validata in un importante studio di popolazione svedese. La lista è stata utilizzata per indagare il numero di malattie croniche da cui erano affetti i partecipanti allo studio e quindi la multimorbilità. I dati di Health Search sono stati utilizzati anche

per calcolare il Primary Care Frailty Index (PC-FI), in modo simile a quanto fatto nel Regno Unito con l'e-FI. 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, 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 5 volte superiore a quello esibito dai partecipanti senza fragilità. I dati relativi al reddito delle province italiane sono stati ottenuti dal Ministero dell'Economia e Finanze, utilizzando i database pubblici relativi all'anno 2019 ([https://www1.finanze.gov.it/finanze/analisi_stat/public/index.php?search_class\[0\]=cCOMUNE&opendata=yes](https://www1.finanze.gov.it/finanze/analisi_stat/public/index.php?search_class[0]=cCOMUNE&opendata=yes)): i dati, disponibili a livello comunale, sono stati aggregati a livello di provincia. I dati del 2019, inerenti alla copertura di ADI e servizi socioassistenziali relativi a carattere residenziale sono stati ottenuti dal Ministero della Salute, così come descritto nel capitolo precedente.

Tabella 3.1 Lista e prevalenza dei deficit inclusi nel Primary Care Frailty Index (PC-FI) nella popolazione di Health Search di età pari o superiore a 60 anni

Deficit inclusi nel PC-FI	Prevalenza
Demenza / declino cognitivo	7,33%
Disabilità severa	5,29%
Malattia cerebrovascolare	7,85%
Cancro	11,99%
BPCO	13,59%
Cardiopatìa ischemica	13,58%
Scompenso cardiaco	3,04%
Insufficienza renale	6,30%
Fibrillazione atriale	5,29%
Parkinson / parkinsonismi	2,84%
Frattura di femore	1,47%
Anemia	15,68%
Difficoltà economiche	53,07%
Recente prescrizione ossigeno	0,30%
Ricovero nei 6 mesi precedenti	3,77%
Ulcere cutanee	1,12%
Bradycardia e disordini di conduzione	3,63%
Altre malattie neurologiche (paralisi, distonie etc)	0,99%
Stipsi	1,71%
Eparina a basso peso molecolare	3,52%
Vasculopatia periferica	1,94%
Problemi nutrizionali	0,28%
Diabete mellito	18,20%
Schizofrenia	0,66%
Edemi	0,21%

Risultati

Nell'intero dataset Health Search, considerando la lista di 60 malattie precedentemente descritta, la popolazione di studio è affetta mediamente da otto malattie croniche. La Figura 3.1 mostra la proporzione di partecipanti affetti da un numero crescente di malattie croniche nella popolazione totale, negli uomini e nelle donne e per area geografica. Solo il 2,5% dei partecipanti non è affetto da nessuna patologia, mentre quasi il 75% della popolazione di studio ha almeno cinque patologie croniche. Quest'ultima proporzione è maggiore nelle donne (77,4% contro 71,7%) ed aumenta all'aumentare dell'età, passando dal 57,5% nella fascia di età compresa tra i 60 e 65 anni all' 88,2% tra gli over-80. Tra i più anziani, meno del 3,0% delle persone è affetto da una o nessuna malattia cronica. Nell'area del sud e delle isole la proporzione di persone affette da cinque o più patologie croniche

è maggiore rispetto alla medesima proporzione riferita alle altre aree, le quali esibiscono proporzioni più simili tra loro (79,2% contro 72,7% – nord – e 71,9% – centro).

La Figure 3.2 mostra la distribuzione geografica, a livello regionale e provinciale rispettivamente, delle proporzioni di persone affette da 2 patologie croniche o più, da 3 patologie croniche o più e 5 patologie croniche o più. Queste carte tematiche della Penisola mostrano come sia presente una variabilità nella distribuzione delle persone affette da multimorbilità, in particolare quando si prende in esame la proporzione di individui affetti da un numero elevato di patologie croniche. In aggiunta, sembra delinearsi un gradiente nord-sud, a prescindere dal numero di patologie croniche prese in considerazione.

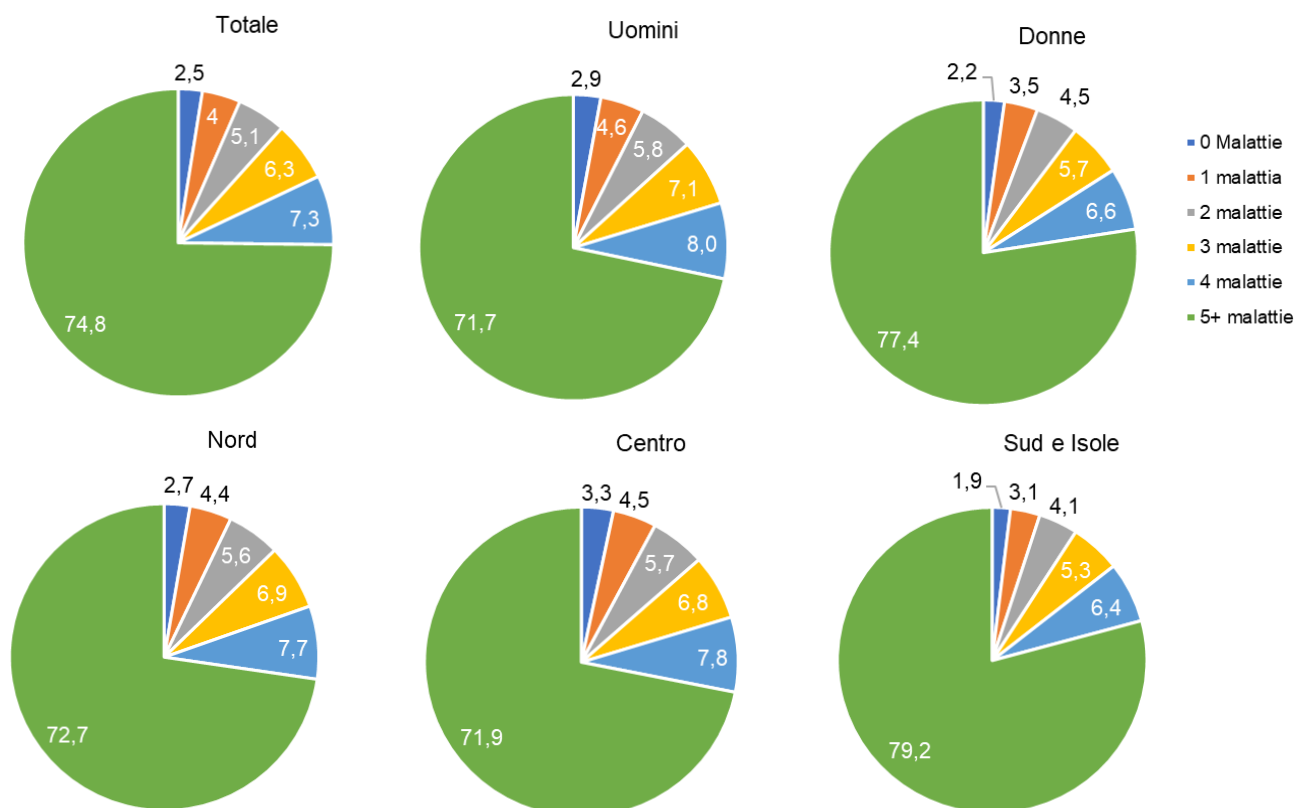


Figura 3.1 Proporzioni di individui di età pari o superiore a 60 anni affetti da un numero crescente di malattie croniche nel database Health Search e nei sottogruppi di popolazione (sesso e area geografica di residenza)



La tabella 3.2 mostra le 89 province disponibili nel dataset, ordinate in senso decrescente in base alla proporzione di persone affetta da cinque o più patologie croniche. Salerno risulta essere la provincia con la maggior proporzione di persone over-60 affette da almeno cinque patologie croniche (88,2%), seguita da Padova (83,9%) e Crotone (83,7%). Al contrario, i dati analizzati mostrano che Asti (51,9%), Aosta (57,7%) e Bolzano (58,7%) sono le province con la minor proporzione di persone anziane affette da almeno 5 patologie croniche.

La Figura 3.3 mostra la relazione tra l'età media dei

partecipanti nelle varie province italiane disponibili nel dataset e la proporzione di individui affetti da almeno cinque malattie croniche. Non si osserva una chiara relazione tra età media e proporzione di partecipanti affetti da un numero elevato di malattie (Indice di correlazione = -0.16; $p=0.117$). Al contempo, è possibile notare come, a parità di età media in determinate province, vi sia un'elevata eterogeneità nella proporzione di individui affetti da almeno cinque malattie croniche. Questo fatto evidenzia come l'età cronologica risulti un parametro imperfetto nella stima della complessità tra gli individui anziani, e suggerisce che le cause delle

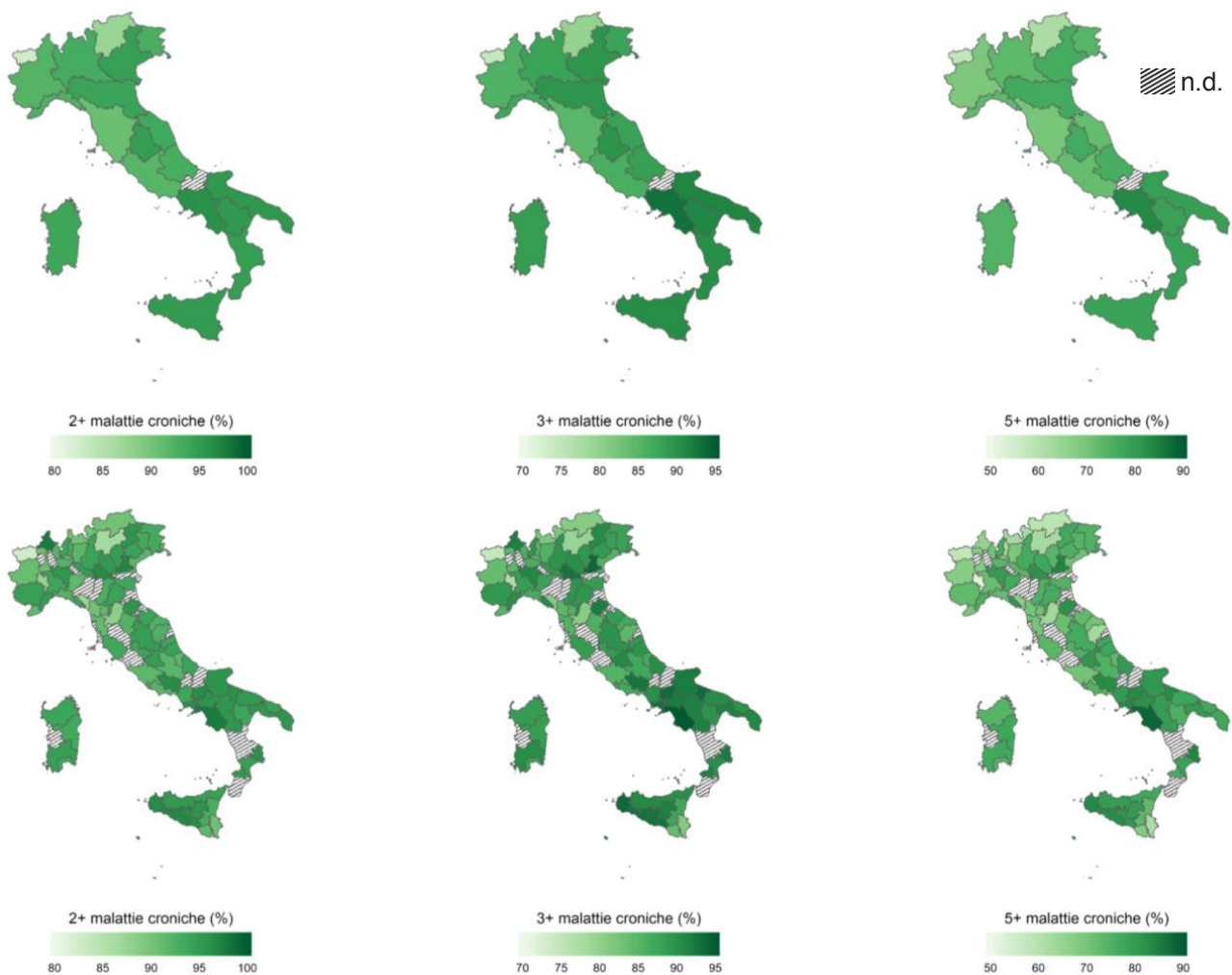


Figura 3.2 Carte tematiche dell'Italia, suddivisa in regioni (in alto) e province (in basso), riportanti la proporzione di partecipanti del database Health Search, di età pari o superiore a 60 anni, affetti da un diverso numero di malattie croniche (2 o più, 3 o più e 5 o più)

Tabella 3.2 Proporzione (%) di individui di età pari o superiore a 60 anni affetti da un numero crescente di malattie nelle province Italiane

PROVINCIA	Numero di malattie croniche					
	0	1	2	3	4	5+
Salerno (SA)	0,7%	1,7%	2,2%	3,2%	4,0%	88,2%
Padova (PD)	1,2%	2,1%	3,2%	4,3%	5,4%	83,9%
Crotone (KR)	1,4%	2,8%	4,0%	1,9%	6,2%	83,7%
Trapani (TP)	1,3%	2,2%	3,0%	4,1%	5,9%	83,4%
Napoli (NA)	1,7%	2,2%	3,2%	4,3%	5,4%	83,2%
Benevento (BN)	1,5%	2,0%	3,1%	4,2%	6,2%	82,9%
Frosinone (FR)	1,2%	2,5%	3,8%	4,1%	5,8%	82,6%
Barletta-Andria-Trani (BT)	1,8%	2,5%	2,4%	4,4%	6,5%	82,5%
Agrigento (AG)	1,2%	2,2%	3,9%	4,9%	5,4%	82,5%
Avellino (AV)	0,4%	4,2%	3,4%	4,2%	6,1%	81,8%
Forlì-Cesena (FC)	1,6%	2,8%	3,8%	4,5%	5,8%	81,4%
Mantova (MN)	1,3%	2,2%	3,9%	5,3%	6,1%	81,2%
Caltanissetta (CL)	1,5%	2,3%	3,6%	5,3%	6,7%	80,6%
Foggia (FG)	1,9%	2,5%	3,6%	5,1%	6,3%	80,6%
Rieti (RI)	2,7%	2,7%	3,9%	4,6%	5,7%	80,4%
La Spezia (SP)	2,6%	3,5%	3,2%	5,4%	5,0%	80,4%
Taranto (TA)	1,7%	2,9%	3,8%	5,0%	6,8%	79,8%
Chieti (CH)	2,2%	3,8%	3,9%	4,7%	5,7%	79,7%
Caserta (CE)	2,4%	3,9%	3,6%	4,5%	5,9%	79,7%
Enna (EN)	1,7%	2,7%	4,1%	5,3%	6,7%	79,5%
Potenza (PZ)	1,8%	2,8%	3,9%	5,0%	7,1%	79,4%
Pavia (PV)	1,8%	3,1%	4,1%	5,4%	6,1%	79,4%
Palermo (PA)	1,6%	3,4%	4,2%	5,3%	6,2%	79,3%
Catanzaro (CZ)	2,1%	3,4%	4,3%	5,6%	6,2%	78,3%
Bari (BA)	1,8%	3,2%	4,4%	5,3%	7,4%	77,8%
Prato (PO)	2,8%	3,1%	4,0%	5,9%	6,4%	77,8%
Nuoro (NU)	2,4%	4,2%	5,2%	5,4%	5,4%	77,3%
Lecce (LE)	1,5%	3,1%	4,6%	6,4%	7,2%	77,2%
Ascoli-Piceno (AP)	2,5%	3,7%	4,7%	5,6%	6,4%	77,2%
Messina (ME)	2,5%	3,1%	4,3%	6,1%	7,0%	77,0%
Brindisi (BR)	1,9%	3,7%	4,8%	5,5%	7,2%	77,0%
Teramo (TE)	2,1%	3,7%	4,8%	5,9%	6,5%	77,0%
Verona (VR)	1,6%	3,5%	4,9%	6,5%	6,6%	76,9%
Belluno (BL)	1,4%	3,0%	4,9%	6,2%	7,7%	76,7%
Sud Sardegna (SU)	2,0%	3,6%	4,2%	5,8%	7,7%	76,7%
Piacenza (PC)	3,1%	5,6%	3,7%	4,4%	6,6%	76,6%
Como (CO)	1,3%	5,0%	4,2%	6,9%	6,0%	76,5%
Perugia (PG)	2,0%	3,4%	5,0%	6,1%	7,0%	76,5%
Brescia (BS)	2,2%	3,7%	4,6%	5,9%	7,2%	76,3%
Bologna (BO)	2,3%	3,5%	5,0%	6,3%	6,6%	76,2%
Vibo-Valentia (VV)	1,4%	3,4%	3,7%	7,1%	8,5%	75,9%
Savona (SV)	1,8%	3,3%	4,9%	6,6%	7,8%	75,7%
Matera (MT)	3,0%	3,3%	4,2%	5,8%	8,4%	75,3%

Modena (MO)	3,1%	4,1%	3,7%	6,7%	7,3%	75,1%
Treviso (TV)	2,3%	3,6%	5,4%	6,1%	7,5%	74,9%
L'Aquila (AQ)	2,8%	5,3%	5,0%	5,8%	6,1%	74,9%
Gorizia (GO)	3,1%	4,6%	4,5%	5,5%	7,4%	74,9%
Udine (UD)	2,6%	4,2%	5,3%	6,5%	6,6%	74,8%
Ferrara (FE)	2,6%	3,8%	5,4%	6,0%	7,5%	74,7%
Terni (TR)	2,2%	4,1%	5,4%	6,0%	7,8%	74,4%
Latina (LT)	3,5%	4,5%	5,0%	5,9%	6,7%	74,4%
Cagliari (CA)	2,5%	4,0%	5,7%	6,2%	7,2%	74,3%
Pordenone (PN)	2,4%	4,4%	5,2%	6,6%	7,5%	74,0%
Sassari (SS)	2,3%	3,8%	5,6%	6,7%	7,7%	73,9%
Vicenza (VI)	2,0%	3,5%	5,5%	7,6%	7,8%	73,7%
Milano (MI)	3,0%	5,0%	5,9%	5,6%	7,0%	73,4%
Cremona (CR)	2,2%	3,2%	5,7%	6,9%	8,7%	73,3%
Grosseto (GR)	3,1%	3,5%	5,0%	6,5%	8,6%	73,3%
Pescara (PE)	2,9%	5,5%	4,9%	5,8%	7,6%	73,2%
Catania (CT)	3,1%	4,1%	5,7%	7,3%	7,3%	72,6%
Cuneo (CN)	1,9%	3,7%	5,3%	7,9%	8,8%	72,4%
Pesaro-Urbino (PU)	2,1%	4,0%	5,6%	7,5%	8,5%	72,3%
Genova (GE)	2,6%	5,1%	5,9%	6,5%	7,7%	72,2%
Alessandria (AL)	2,0%	4,3%	5,6%	6,3%	10,2%	71,5%
Arezzo (AR)	3,8%	3,9%	6,5%	6,7%	7,7%	71,3%
Venezia (VE)	3,4%	5,0%	6,5%	7,5%	7,4%	70,2%
Pistoia (PT)	3,8%	4,9%	5,9%	6,8%	8,3%	70,2%
Trieste (TS)	4,2%	5,1%	6,3%	6,7%	7,6%	70,1%
Varese (VA)	3,4%	4,6%	5,9%	6,9%	9,1%	70,0%
Roma (RM)	3,5%	5,0%	6,3%	7,0%	8,1%	70,0%
Ancona (AN)	3,1%	4,3%	5,8%	7,7%	9,2%	69,8%
Lucca (LU)	4,2%	5,8%	5,4%	6,7%	8,2%	69,7%
Pisa (PI)	4,2%	4,8%	5,7%	7,8%	8,2%	69,4%
Imperia (IM)	2,7%	6,0%	6,4%	8,0%	7,9%	69,0%
Bergamo (BG)	3,1%	5,2%	6,3%	7,8%	8,6%	69,0%
Ragusa (RG)	1,6%	6,9%	7,9%	8,2%	7,8%	67,6%
Monza-Brianza (MB)	3,8%	5,2%	6,9%	8,4%	8,3%	67,3%
Vercelli (VC)	4,6%	4,8%	6,3%	9,6%	7,5%	67,3%
Torino (TO)	3,4%	5,9%	7,0%	8,0%	8,4%	67,3%
Massa-Carrara (MS)	6,2%	6,7%	6,5%	7,0%	7,3%	66,3%
Firenze (FI)	5,7%	6,3%	7,4%	8,6%	9,0%	63,1%
Trento (TN)	6,0%	7,8%	7,1%	7,7%	8,8%	62,7%
Macerata (MC)	3,5%	4,0%	8,1%	10,3%	11,4%	62,6%
Lecco (LC)	2,0%	5,0%	8,0%	11,0%	11,6%	62,3%
Sondrio (SO)	3,7%	6,3%	8,2%	9,2%	10,6%	62,1%
Siracusa (SR)	3,3%	6,4%	9,2%	10,4%	9,8%	60,9%
Bolzano (BZ)	4,4%	5,4%	9,4%	11,5%	10,5%	58,7%
Aosta (AO)	6,8%	10,8%	8,1%	9,3%	7,4%	57,7%
Asti (AT)	4,3%	8,4%	10,7%	12,2%	12,6%	51,9%

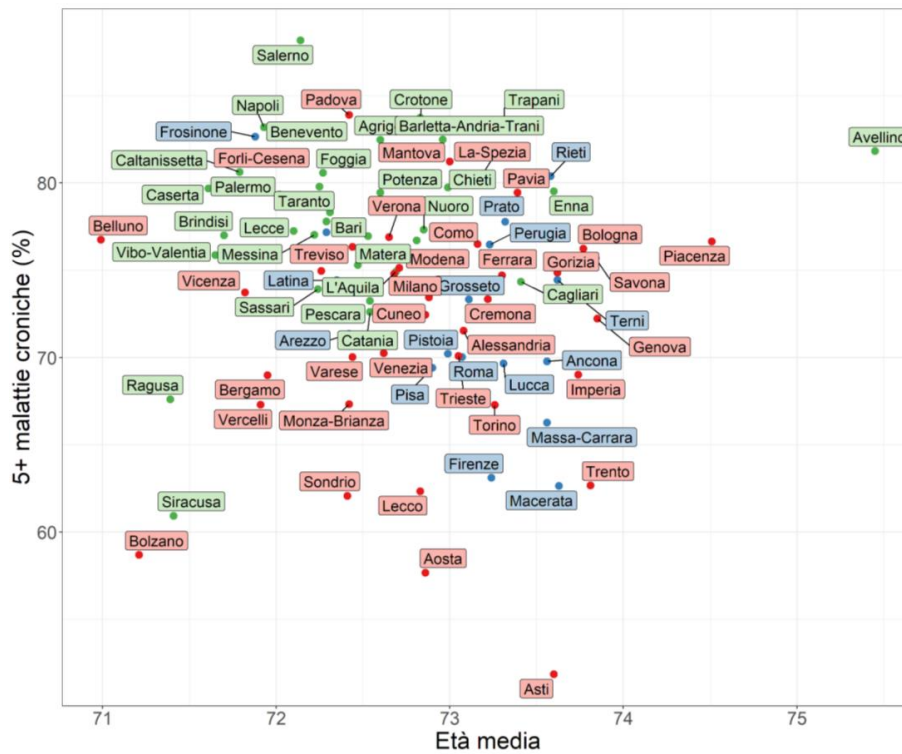


Figura 3.3 Relazione tra età media dei partecipanti di età uguale superiore a 60 anni inclusi nel database di Health Search e proporzione di individui affetti da almeno 5 malattie croniche: dati aggregati per provincia di residenza

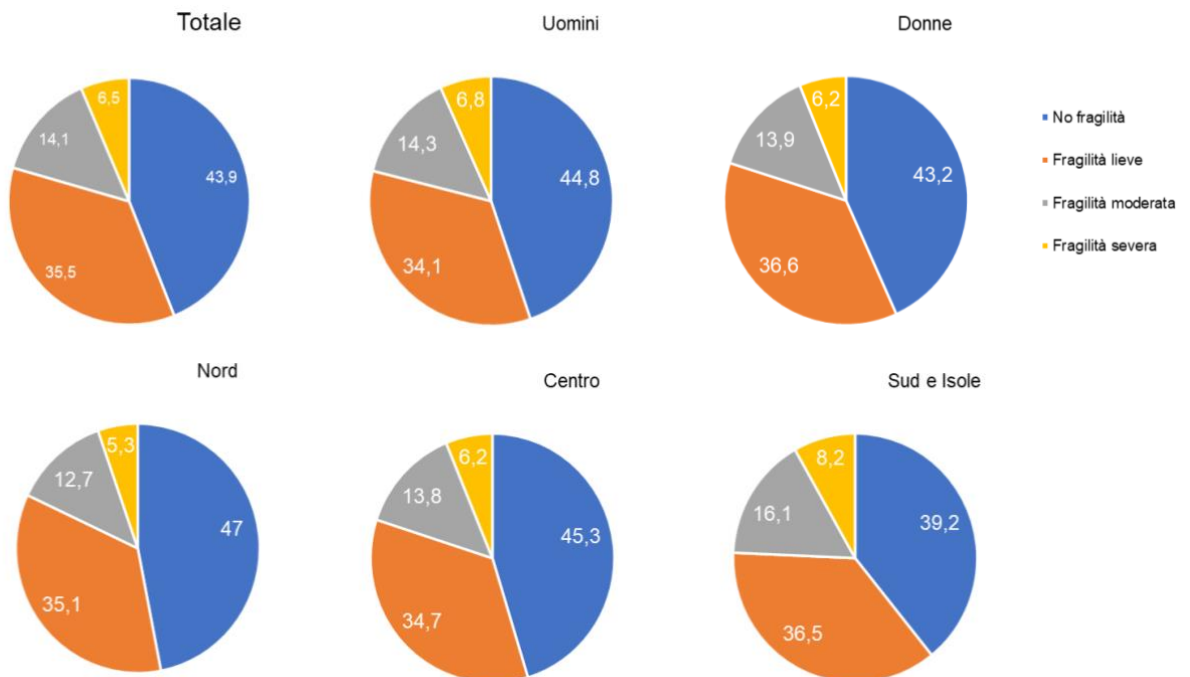


Figura 3.4 Proporzioni di individui di età uguale o superiore a 60 anni affetti dai diversi gradi di fragilità nel database Health Search e in sottogruppi (sesso e area geografica di residenza)

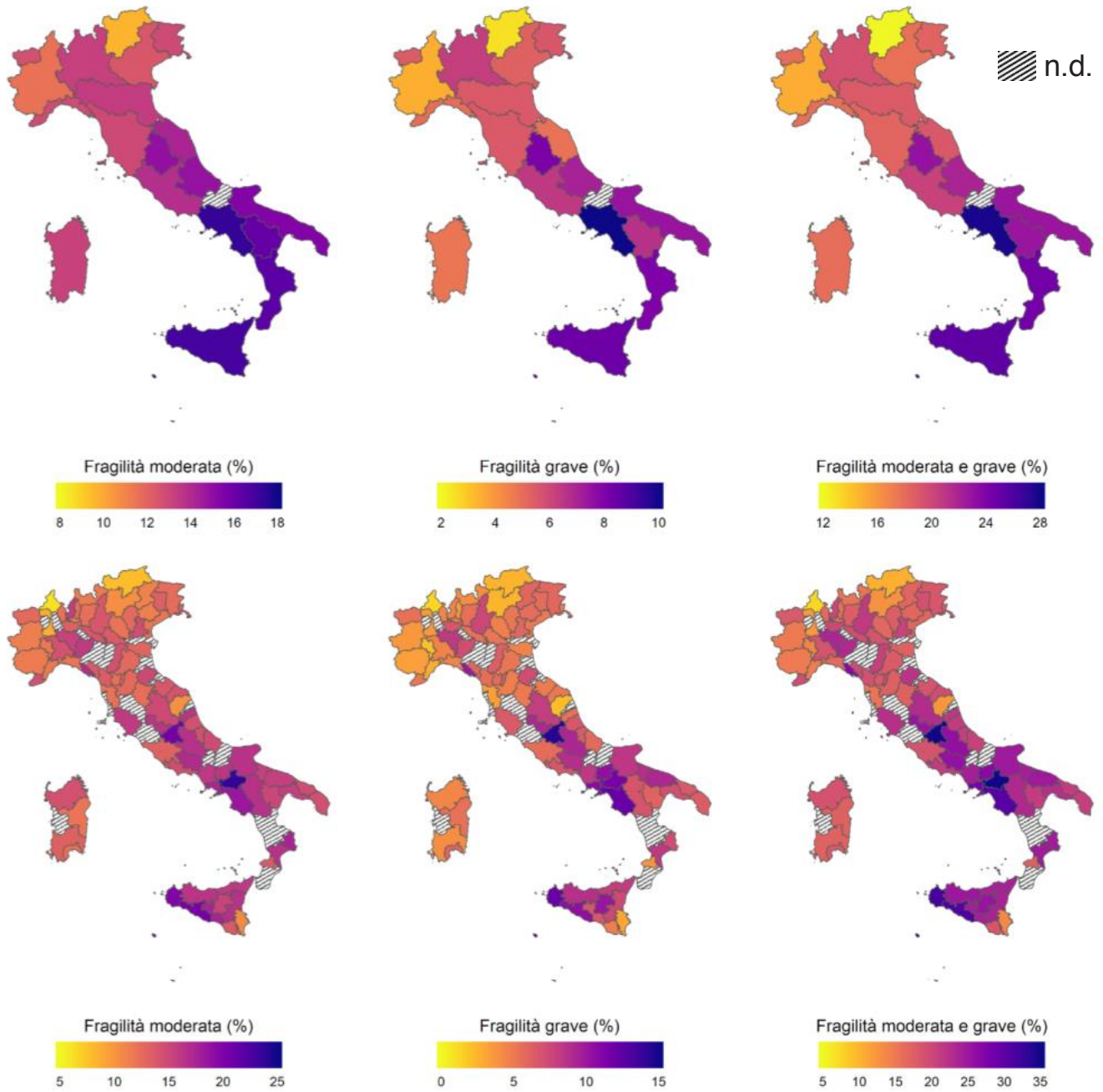


Figura 3.5 Carte tematiche dell'Italia, suddivisa in regioni (in alto) e province (in basso), riportanti la proporzione di partecipanti allo studio Health Search di età uguale o superiore ai 60 anni affetti da diversi gradi di fragilità (moderata, grave, moderata o grave)

differenze nella distribuzione della multimorbilità tra le diverse aree vadano ricercate in fattori molto più complessi della mera differente distribuzione di età quali, ad esempio fattori socioeconomici, ambientali, genetici etc.

La popolazione di studio presenta un PC-FI medio di 0,09 punti (in media 2,25 problemi di salute, tra i 25 presi in considerazione per la costruzione del PC-FI). La Figura 3.4 mostra la proporzione di individui affetti dai diversi gradi di fragilità nel dataset Health Search. Sull'intero territorio nazionale, il 6,5% della popolazione over-60 frequentante il MMG è affetto da fragilità grave, mentre il 14,1% è affetto da fragilità moderata e il 35,5% da fragilità lieve. La proporzione di individui affetti da fragilità grave è lievemente maggiore tra i maschi (6,8% contro 6,2%) e cresce all'aumentare dell'età, passando dallo 0,8% nella fascia 60-65 al 17,3% nella fascia 80+. La percentuale di over-60 affetti fragilità grave varia dal 5,3% nell'area geografica del nord, all'8,2% nell'area del sud e isole, passando per il 6,2% nell'area centro.

La distribuzione geografica della proporzione di partecipanti affetti fragilità grave e del valore medio di PC-FI, a livello regionale e provinciale, è mostrata nella Figure 3.5. Nuovamente, dall'analisi dei dati Health Search emerge una certa variabilità dei livelli di fragilità in tutta la Penisola, così come un gradiente nord-sud, per quanto siano presenti alcune eccezioni.

La tabella 3.3 mostra l'elenco delle province disponibili nel dataset, ordinate in senso decrescente in accordo alla proporzione di individui affetti da fragilità grave. Rieti (14,4%), Salerno (12,0%) e Trapani (11,9%) sono le tre province con il maggior numero relativo di partecipanti affetti da fragilità grave. Asti (1,9%), Macerata (2,1%) e Bolzano (2,4%) sono invece le province che esibiscono la minor prevalenza di fragilità grave, con valori anche 10-5 volte inferiori rispetto alle province elencate precedentemente.

La Figura 3.6 mostra la relazione tra la prevalenza di fragilità grave nelle varie province italiane e l'età media dei partecipanti ivi residenti. Nuovamente,

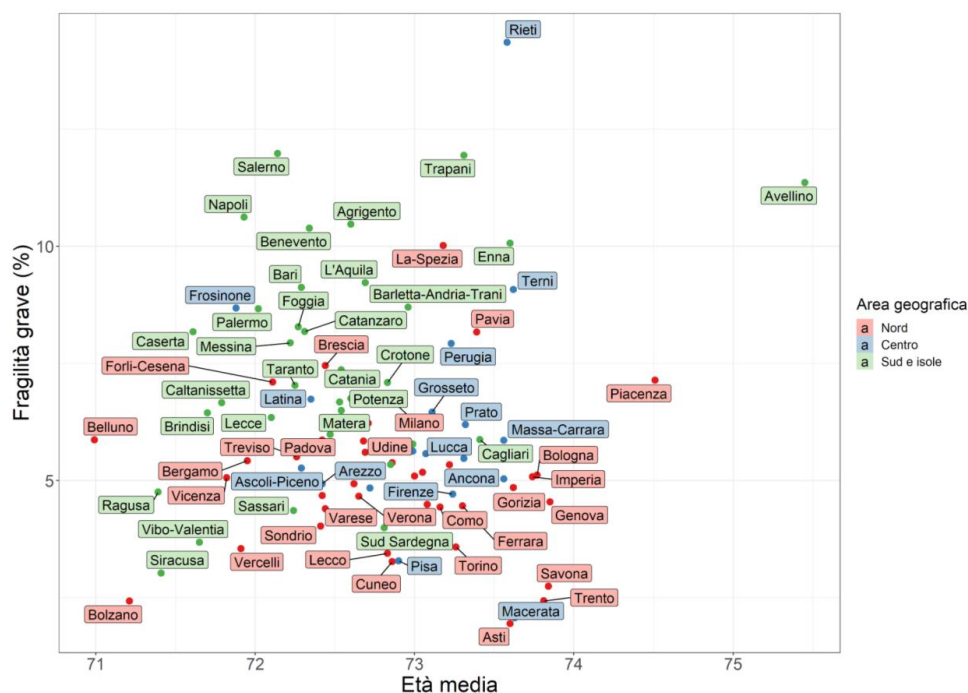


Figura 3.6 Relazione tra età media dei partecipanti inclusi nel database Health Search di età pari o superiore ai 60 anni e proporzione di individui affetti da fragilità grave: dati aggregati per provincia di residenza

Tabella 3.3 Prevalenza dei diversi gradi di fragilità nelle province italiane

PROVINCE	Fragilità			
	Assente	Lieve	Moderata	Severa
Rieti (RI)	32,0%	33,2%	20,5%	14,4%
Salerno (SA)	32,1%	37,6%	18,3%	12,0%
Trapani (TP)	33,1%	35,3%	19,7%	11,9%
Avellino (AV)	31,1%	34,1%	23,5%	11,4%
Napoli (NA)	38,0%	34,1%	17,3%	10,6%
Agrigento (AG)	32,7%	36,5%	20,3%	10,5%
Benevento (BN)	38,7%	34,8%	16,2%	10,4%
Enna (EN)	36,0%	38,7%	15,2%	10,1%
La-Spezia (SP)	39,7%	33,5%	16,8%	10,0%
L'Aquila (AQ)	41,1%	33,2%	16,4%	9,2%
Bari (BA)	36,6%	38,8%	15,5%	9,1%
Terni (TR)	40,4%	34,4%	16,2%	9,1%
Barletta-Andria-Trani (BT)	39,3%	36,6%	15,4%	8,7%
Frosinone (FR)	38,3%	36,1%	16,9%	8,7%
Palermo (PA)	37,7%	37,3%	16,3%	8,7%
Foggia (FG)	36,7%	38,6%	16,4%	8,3%
Catanzaro (CZ)	40,0%	35,4%	16,4%	8,2%
Caserta (CE)	41,8%	34,0%	16,0%	8,2%
Pavia (PV)	41,5%	35,0%	15,3%	8,2%
Messina (ME)	37,5%	38,5%	16,0%	7,9%
Perugia (PG)	43,2%	34,1%	14,8%	7,9%
Brescia (BS)	44,5%	34,2%	13,8%	7,5%
Catania (CT)	40,4%	35,8%	16,4%	7,4%
Piacenza (PC)	43,4%	33,6%	15,8%	7,1%
Forlì-Cesena (FC)	43,0%	35,1%	14,8%	7,1%
Crotone (KR)	35,8%	39,6%	17,5%	7,1%
Taranto (TA)	39,3%	38,1%	15,5%	7,0%
Potenza (PZ)	39,9%	37,0%	16,4%	6,7%
Latina (LT)	42,9%	35,9%	14,4%	6,7%
Teramo (TE)	43,7%	35,3%	14,3%	6,7%
Caltanissetta (CL)	34,9%	40,9%	17,5%	6,7%
Milano (MI)	46,8%	33,4%	13,2%	6,6%
Pescara (PE)	45,4%	33,9%	14,2%	6,5%
Grosseto (GR)	41,9%	35,8%	15,8%	6,5%
Brindisi (BR)	40,6%	38,3%	14,6%	6,4%
Lecce (LE)	40,2%	39,1%	14,4%	6,3%
Modena (MO)	47,5%	32,0%	14,3%	6,2%
Prato (PO)	44,3%	36,2%	13,3%	6,2%
Matera (MT)	40,0%	39,0%	15,0%	6,0%
Cagliari (CA)	47,4%	34,5%	12,2%	5,9%
Belluno (BL)	48,8%	34,3%	11,1%	5,9%
Padova (PD)	44,1%	35,5%	14,5%	5,9%
Massa-Carrara (MS)	47,2%	33,4%	13,6%	5,9%

Udine (UD)	46,8%	34,9%	12,4%	5,8%
Chieti (CH)	41,4%	38,2%	14,6%	5,8%
Pistoia (PT)	47,1%	35,2%	12,2%	5,6%
Pordenone (PN)	46,7%	34,4%	13,2%	5,6%
Roma (RM)	47,9%	33,4%	13,1%	5,6%
Treviso (TV)	50,2%	33,1%	11,2%	5,5%
Lucca (LU)	44,5%	36,5%	13,5%	5,5%
Bergamo (BG)	47,8%	34,6%	12,2%	5,4%
Aosta (AO)	54,5%	27,5%	12,6%	5,4%
Nuoro (NU)	47,5%	35,2%	11,9%	5,3%
Cremona (CR)	44,8%	36,1%	13,8%	5,3%
Ascoli-Piceno (AP)	43,4%	35,1%	16,2%	5,3%
Trieste (TS)	48,1%	33,7%	13,0%	5,2%
Bologna (BO)	48,8%	33,4%	12,7%	5,1%
Mantova (MN)	42,5%	38,9%	13,5%	5,1%
Imperia (IM)	44,7%	35,9%	14,3%	5,1%
Vicenza (VI)	47,4%	35,0%	12,5%	5,1%
Ancona (AN)	43,7%	37,1%	14,2%	5,0%
Venezia (VE)	49,9%	33,3%	11,9%	4,9%
Arezzo (AR)	49,6%	33,2%	12,3%	4,9%
Gorizia (GO)	46,1%	35,6%	13,5%	4,9%
Pesaro-Urbino (PU)	44,1%	37,2%	13,9%	4,8%
Ragusa (RG)	47,7%	33,8%	13,7%	4,8%
Firenze (FI)	47,7%	35,0%	12,6%	4,7%
Monza-Brianza (MB)	48,9%	35,0%	11,4%	4,7%
Verona (VR)	49,6%	33,8%	12,0%	4,7%
Genova (GE)	49,8%	33,8%	11,8%	4,5%
Alessandria (AL)	43,5%	37,8%	14,2%	4,5%
Ferrara (FE)	45,3%	37,4%	12,9%	4,5%
Como (CO)	41,8%	38,2%	15,6%	4,4%
Varese (VA)	48,3%	35,2%	12,1%	4,4%
Sassari (SS)	43,3%	38,0%	14,3%	4,4%
Sondrio (SO)	50,8%	33,7%	11,5%	4,0%
Sud Sardegna (SU)	46,0%	36,8%	13,1%	4,0%
Vibo-Valentia (VV)	44,6%	38,2%	13,6%	3,7%
Torino (TO)	48,1%	37,0%	11,4%	3,6%
Vercelli (VC)	56,7%	31,3%	8,5%	3,5%
Lecco (LC)	48,3%	36,0%	12,2%	3,4%
Pisa (PI)	48,4%	36,3%	12,1%	3,3%
Cuneo (CN)	46,4%	38,9%	11,5%	3,3%
Siracusa (SR)	51,8%	34,7%	10,5%	3,0%
Savona (SV)	46,2%	39,4%	11,6%	2,7%
Trento (TN)	54,2%	33,1%	10,3%	2,4%
Bolzano (BZ)	59,8%	29,9%	7,8%	2,4%
Macerata (MC)	49,1%	38,6%	10,2%	2,1%
Asti (AT)	50,5%	35,8%	11,7%	1,9%

non si osserva una stretta relazione tra età media e prevalenza di fragilità grave (indice di correlazione = -0,102; p=0,342). Si nota una importante variabilità in termini di prevalenza di fragilità grave anche in presenza di età medie molto simili: ad esempio, Enna, Trapani e Rieti riportano tutte prevalenze superiori al 10% rispetto a Trento, Macerata e Asti, le

quali mostrano prevalenze inferiori a 2,5%; in tutte e sei queste province, l'età media è comunque compresa tra i 73 e i 74 anni.

La Figura 3.7 mette in relazione il reddito imponibile pro capite aggiornato al 2019 e la prevalenza della fragilità grave in diverse province di Italia. Si osserva

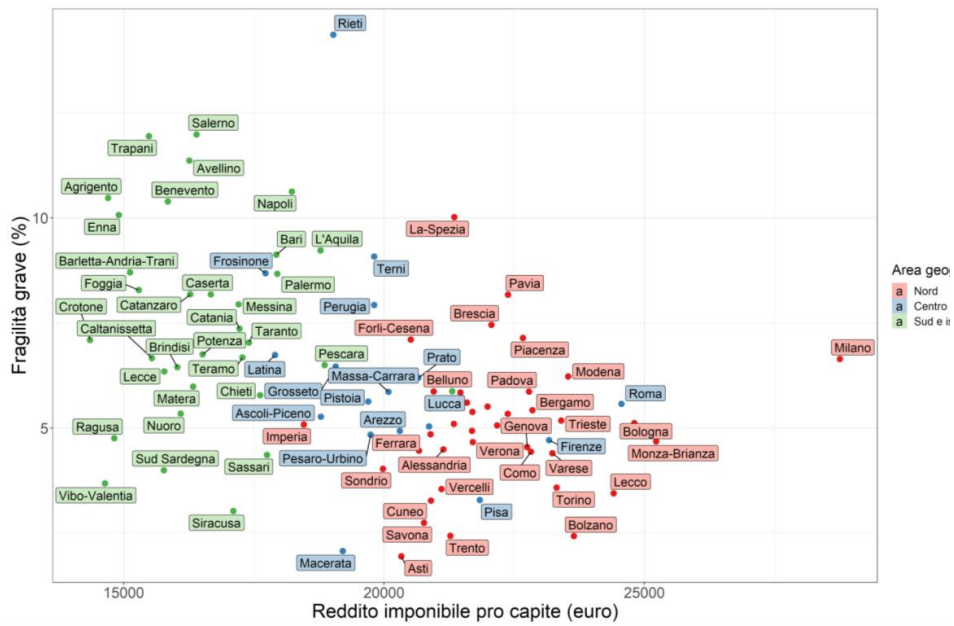


Figura 3.7 Relazione tra reddito imponibile pro capite (2019) e prevalenza di fragilità grave tra i residenti delle diverse province italiane con età pari o superiore a 60 anni

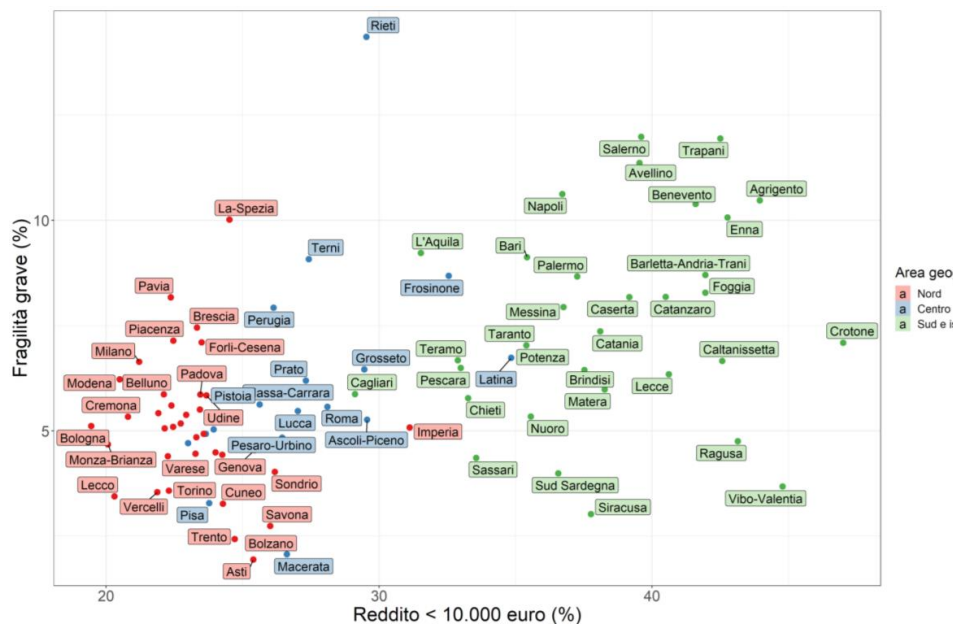


Figura 3.8 Relazione tra proporzione di persone con reddito inferiore a 10.000 euro (2019) e prevalenza di fragilità grave tra i residenti delle diverse province italiane di età pari o superiore a 60 anni

una relazione negativa tra il reddito e la prevalenza di fragilità (indice di correlazione = -0,41; $p < 0.001$). Il grafico permette anche di individuare tre gruppi, grossolanamente corrispondenti alle aree geografiche. Un quadro simile viene messo in evidenza dalla Figura 3.8, la quale mostra la relazione tra la percentuale di persone che hanno riportato un reddito inferiore ai 10.000 euro nel 2019 nelle province disponibili e la proporzione di persone affette fragilità grave ivi residenti.

La Figura 3.9 mostra il rapporto tra la percentuale di persone over-65 che ricevono assistenza domi-

ciliare (Assistenza Domiciliare Integrata – ADI) o residenziale (Residenze Sanitarie Assistenziali – RSA) e la prevalenza di fragilità grave, nella maggior parte delle regioni italiane. Il Piemonte, la Liguria, il Veneto, le Marche e il Friuli Venezia Giulia sono le uniche regioni in cui il rapporto è uguale o supera l'uno, ovvero dove l'offerta di ADI e servizi socioassistenziali residenziali è commisurata alla porzione di popolazione anziana affetta da fragilità severa. È infine evidente come il rapporto assistenza/fragilità non superi mai il valore di 0,5 quando si prende in considerazione la prevalenza combinata di fragilità grave e fragilità moderata.

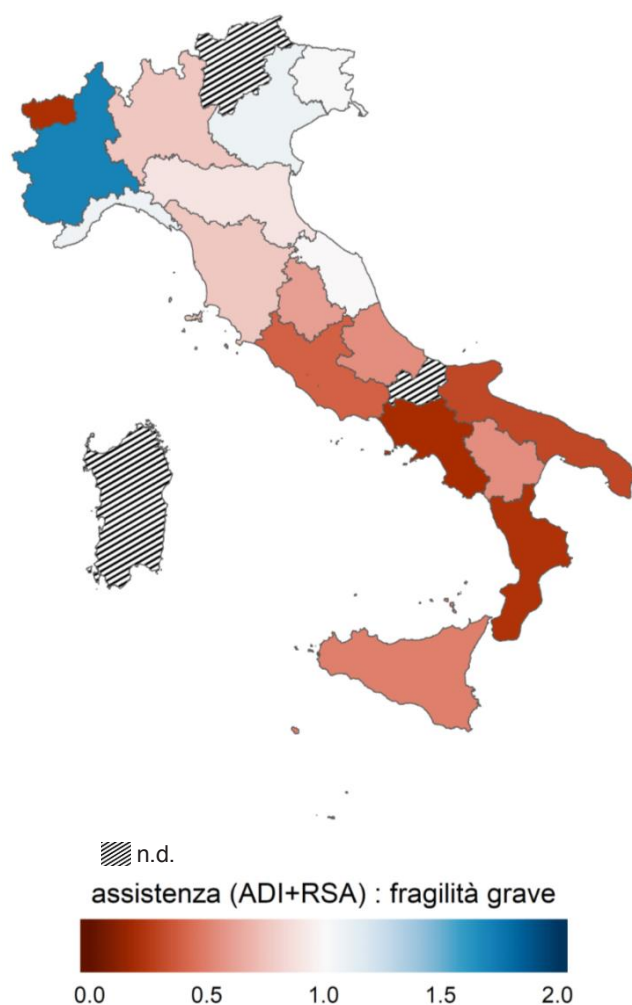


Figura 3.9 Carte tematiche dell'Italia rappresentati il rapporto tra la proporzione di persone over-65 che ricevono assistenza (domiciliare o residenziale) e la prevalenza di fragilità grave (a sinistra) e di fragilità grave o moderata (a destra) nella stessa fascia d'età. n.d. = non disponibile

Commento

Le analisi presentate in questo documento mostrano tre risultati principali. In primo luogo, in Italia la proporzione di persone anziane caratterizzate da uno stato di salute complesso è particolarmente alto. Nel nostro campione, rappresentativo della popolazione italiana over-60 in carico al medico di medicina generale, abbiamo osservato che tre persone ogni quattro sono affette da cinque o più patologie croniche e che una persona su cinque è affetta da fragilità grave o moderata. Il secondo importante risultato è il fatto che in Italia esistono considerevoli differenze geografiche nella distribuzione di multimorbilità e fragilità: per quanto un generale gradiente nord-sud sia evidenziabile, esistono province dove la proporzione di persone anziane con bisogni complessi si scosta fortemente (in senso positivo o negativo) dalla media nazionale. In aggiunta a quest'ultimo punto, il rapporto tra offerta di servizi socio-assistenziale (cure domiciliari o residenziali) e fragilità grave, sembra variare molto da regione a regione, ponendo sfide particolarmente articolate allo sviluppo e all'implementazione di percorsi di presa in carico adatti alle necessità locali. Da ultimo, questa analisi sottolinea nuovamente come l'età cronologica non sia un elemento sufficiente a spiegare la variabilità della distribuzione geografica della complessità dei bisogni sanitario-assistenziali, evidenziando come sia necessario prendere in considerazione una intricata rete di fattori (a partire da quelli socio-economici) per poter comprendere anche solo parzialmente le dinamiche e le cause alla base delle differenze geografiche mostrate.

I risultati presentati in questo documento possono essere di particolare utilità per lo sviluppo e l'implementazione dei sistemi di presa in carico e assistenza alle persone anziane. Sapere quali aree dell'Italia sono caratterizzate da una più alta prevalenza di fragilità e multimorbilità può permettere una migliore programmazione delle cure: definire il numero di medici di medicina generale, di medici specialisti (ad esempio, geriatri, fisiatristi e palliativisti), di altre fondamentali figure sanitarie (ad esempio, infer-

mieri, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, neuropsicologi), di assistenti sociali e di strutture residenziali considerando non solo il numero generale di utenti/assistiti, ma anche la proporzione, tra questi, di persone con bisogni di salute e assistenziali molto complessi in ogni area potrebbe rendere l'intero processo di presa in carico più efficace e più efficiente. Ad esempio, alcune aree potrebbero essere identificate come destinatarie di maggiori investimenti sanitari, idonee per il rafforzamento di team multidisciplinari che si occupino della valutazione multidimensionale e della personalizzazione del percorso di cura. Inoltre, l'integrazione dei dati riguardanti la vulnerabilità di una popolazione con quelli relativi alla copertura di specifici vaccini, dell'incidenza di particolari malattie infettive (ad esempio SARS-CoV2 e influenza) o di eventi atmosferici (ondate di calore) potrebbe permettere di mettere in atto strategie preventive ad hoc o di creare delle reti di servizi pronte a gestire significativi aumenti di richiesta contingenti e fuori dall'ordinario. È importante comunque guardare ai dati mostrati precedentemente tenendo in considerazione alcune limitazioni. In primo luogo, la copertura dei dati non è completa e, come dimostrato dai risultati stessi, è difficile generalizzare le informazioni su fragilità e multimorbilità 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. In secondo luogo, va ricordato che una persona può essere vulnerabile o richiedere di assistenza ad alta intensità anche a causa di una singola malattia (ad esempio, ictus cerebri invalidante): il PC-FI e il computo delle malattie croniche si sono dimostrati particolarmente validi nella predizione di diversi outcome avversi, ma sono la metrica più adatta per identificare questi casi particolari. Da ultimo, è bene ricordare che gli indicatori utilizzati nelle analisi sono facilmente calcolabili, forniscono con una buona approssimazione un'idea della complessità dei bisogni sanitari ed assistenziali delle persone e permettono di stratificare il rischio di sviluppare eventi avversi: ciò nonostante, non van-

no pensati come strumenti in grado di sostituire il giudizio clinico del medico curante o le valutazioni di un decisore. Questi strumenti vanno intesi unicamente come potenziali ausili e sostegni alla pratica lavorativa di queste figure.

In futuro potrebbe essere utile poter valutare in modo continuo a capillare questi indicatori: un osservatorio della fragilità in Italia, ad esempio, fornirebbe importantissime informazioni per disegnare e sviluppare interventi e servizi sanitari ed assistenziali. L'integrazione, inoltre, di questo genere di informa-

zioni con i dati disponibili nelle reti di cure territoriali, della long-term care e degli ospedali permetterebbe di avere un quadro pressochè completo delle necessità sanitarie e assistenziali del territorio italiano. Infine, rendere questi dati consultabili ai ricercatori permetterebbe sia di indagare in modo rigoroso cause e determinanti della salute delle persone anziane, sia di disegnare e valutare l'impatto di interventi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) di queste importanti condizioni di salute.



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

Francesca D'Avello

Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute

Giovanni Leonardi

Segretario Generale del Ministero della Salute

Pierangelo Lora Aprile

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

Graziano Onder

Direttore Dipartimento malattie endocrino-metaboliche, cardiovascolari e invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità

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

