



**Azienda Sanitaria Locale Roma G (Tivoli)
Unità Operativa SIO-SIAS-SIES**



Fragilità e vulnerabilità dell'anziano nella Asl Roma G

Dott. Carlo De Luca

**Convegno: Anziani, un "Mondo Nuovo" da visitare e scoprire
Tivoli, Grand Hotel Duca d'Este - Tivoli Terme, 3-4 Dicembre 2012**

Gli anziani costituiscono la parte decisiva e forse prevalente di quella che viene definita "area della fragilità sanitaria e della vulnerabilità sociale". Essi hanno un bisogno di assistenza che è quantitativamente superiore e qualitativamente diverso dal resto della popolazione generale.

La questione centrale è se tale bisogno rimane inespresso o si traduce in una domanda che incontra un'offerta. Si tratta di una valutazione complessa che richiede un'indagine *ad hoc*. Il primo passo comunque è la quantificazione del fenomeno. Quanti sono gli anziani fragili e vulnerabili nella Asl Roma G? La relazione tenterà di rispondere a questa domanda sebbene l'analisi sia prevalentemente basata su flussi informativi che sono stati pensati e realizzati per obiettivi diversi che non la rilevazione dei bisogni. Si può comunque procedere a qualche valutazione di massima attraverso assunzioni giudicate fondate sulla base di un criterio di plausibilità.

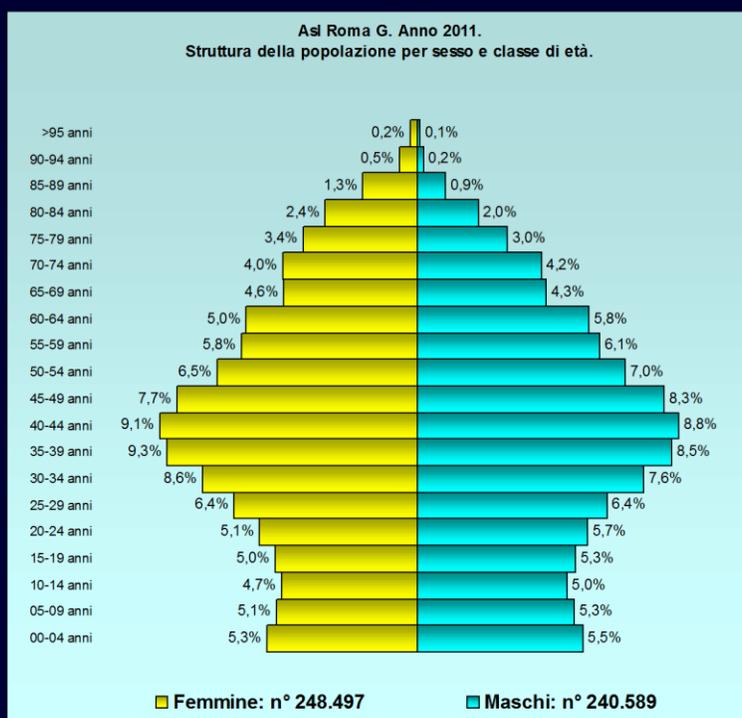
ARGOMENTI

- Contesto demografico
- Domanda di prestazioni
- Fragilità sanitaria e Vulnerabilità sociale

Questi gli argomenti trattati. Dapprima si procederà ad un'analisi del contesto demografico. Quindi verrà valutata la domanda di prestazioni che scaturisce dal mondo degli anziani. Infine si tenterà di quantificare la quota di anziani che, secondo criteri restrittivi, può essere considerata fragile sotto il profilo sanitario o vulnerabile dal punto di vista sociale.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Struttura della popolazione



Nella diapositiva è rappresentata la distribuzione per sesso ed età della popolazione della Asl Roma G. Come accade in tutte le comunità dei Paesi occidentali, la struttura della popolazione perde la forma a piramide (base più larga dell'apice) in conseguenza della contrazione delle classi di età più giovani e dell'espansione di quelle più anziane. Questo fenomeno, sia pure in misura diversa, riguarda sia i maschi che le femmine.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Indice di vecchiaia

Rapporto percentuale tra individui di età ≥ 65 anni e individui di età ≤ 14 anni:

Indice Vecchiaia: $\frac{\text{Pop. 65 anni e oltre}}{\text{Pop. 0-14 anni}} \times 100$

Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi

Uno degli descrittori comunemente utilizzati per misurare la struttura di una è costituito dall'indice di vecchiaia. L'indicatore presenta diversi aspetti criticabili la cui discussione esula però dagli obiettivi di questa relazione.

CONTESTO DEMOGRAFICO

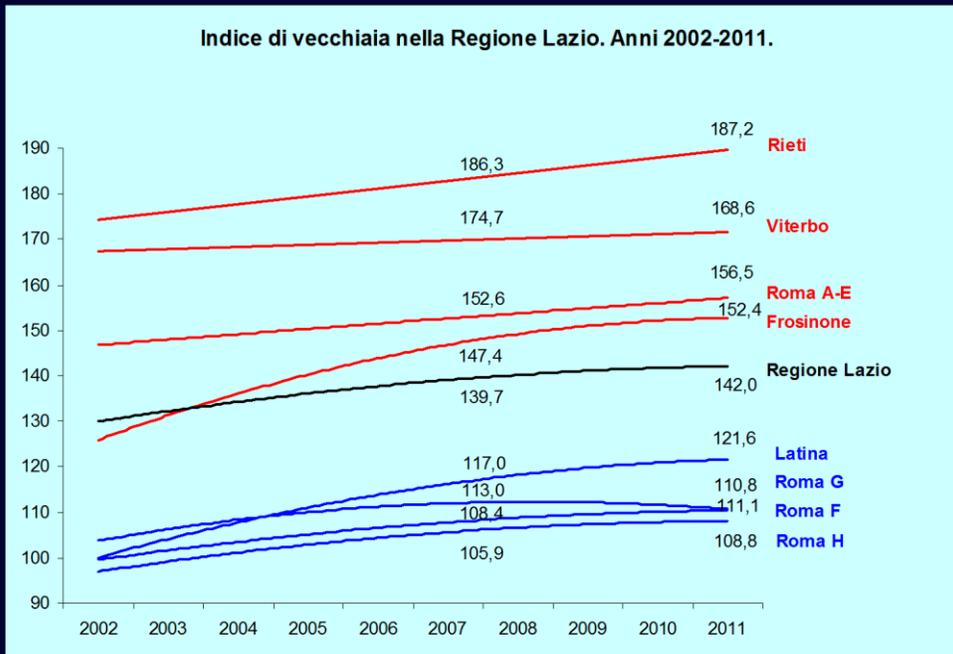
Indice di vecchiaia nella Regione Lazio. Anno 2011.

Indice di Vecchiaia nella Regione Lazio. Anno 2011. Distribuzione per Asl.	
Territorio	Indice di vecchiaia
Roma A-E	156,5
Roma F	111,1
Roma G	110,8
Roma H	108,8
VT	168,6
RI	187,2
LT	121,6
FR	152,4
Regione Lazio	142,0

Nell'anno 2011 la Asl Roma G ha registrato un indice di vecchiaia che è il più basso della Regione Lazio dopo quello rilevato nella Asl Roma H. Il valore della Roma G si colloca ben al di sotto di quello mediamente rilevato sul territorio regionale. Siamo dunque una popolazione strutturalmente anziana (111 anziani ogni 100 bambini) ma relativamente "giovane" nel contesto regionale.

CONTESTO DEMOGRAFICO

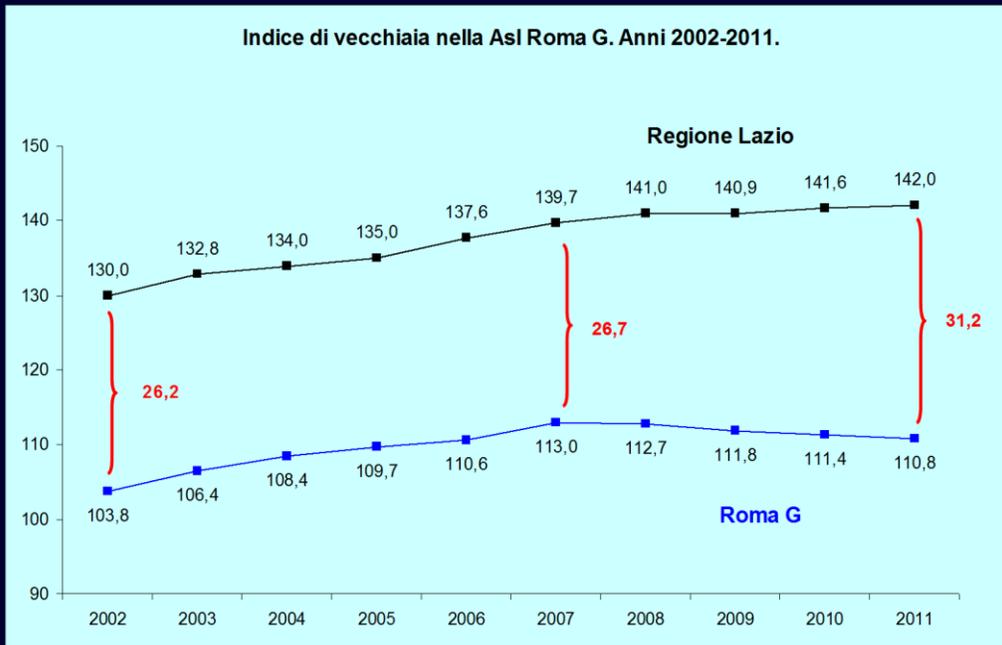
Indice di vecchiaia nella Regione Lazio. Serie storica.



Non solo siamo giovani ma ci stiamo anche ringiovanendo. In linea generale l'indice di vecchiaia tende a crescere nel corso del tempo. Questo accade nel Lazio e si osserva in ciascuno dei territori considerati. Uniche eccezioni le Asl Roma G e la Asl di Viterbo che sono le uniche nelle quali, a partire dall'anno 2008, si rileva una tendenza alla diminuzione dell'indice di vecchiaia. Tuttavia la Asl di Viterbo presenta un valore che è ben superiore a quello della Asl Roma G. In sostanza siamo l'unico territorio giovane e che a partire dal 2008 presenta una riduzione dell'indice di vecchiaia .

CONTESTO DEMOGRAFICO

Indice di vecchiaia nella Regione Lazio. Serie storica.



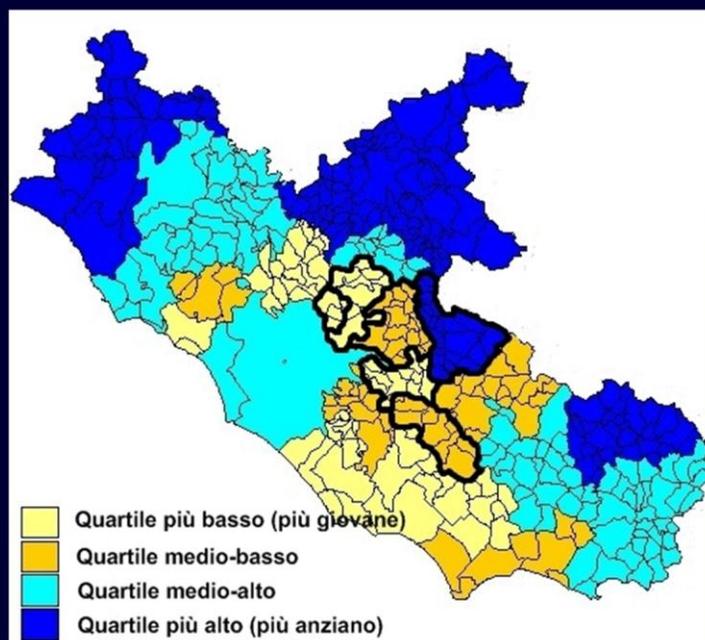
Nella diapositiva è rappresentato il confronto tra la Asl Roma G e la Regione Lazio. Si osserva meglio come a partire dall'anno 2008 l'indice di vecchiaia nella Roma G inizia a decrescere mentre nella Regione Lazio continua ad aumentare sebbene con una progressione rallentata. Non è un caso se tutto questo accade a partire dal 2008, anno nel quale è stata introdotta una normativa nazionale finalizzata a regolare il lavoro degli stranieri e che, di fatto, ha portato all'emersione di un'ampia quota di immigrati clandestini. In questi casi si parla di "effetti sanatoria" della legislazione.

D'altronde la Asl Roma G, insieme alla Roma F, è nell'ambito regionale il territorio dove maggiore è l'insediamento delle comunità straniere (dati non mostrati).

In sostanza la riduzione dell'indice di vecchiaia registrato nella Asl Roma G è da ricondurre al crescente insediamento delle comunità straniere il cui contributo demografico è nella Asl Roma G superiore a quello rilevato mediamente nella Regione Lazio. L'insediamento degli stranieri sta cambiando in profondità la struttura della popolazione arrestandone il progressivo invecchiamento.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Indice di vecchiaia 2011 nella Regione Lazio. Distribuzione per distretto.



Si consideri ora la distribuzione dell'indice di vecchiaia per distretto sanitario. Si osserva che tre distretti della Asl Roma G (Monterotondo, Guidonia, Palestrina) si collocano nel quartile più giovane. Un distretto, Subiaco, si colloca nel quartile più anziano mentre altri due (Tivoli e Colferro) si attestano ad un livello medio-basso. Già da questa rappresentazione emerge la grande variabilità interna che caratterizza la Asl Roma G.

CONTESTO DEMOGRAFICO

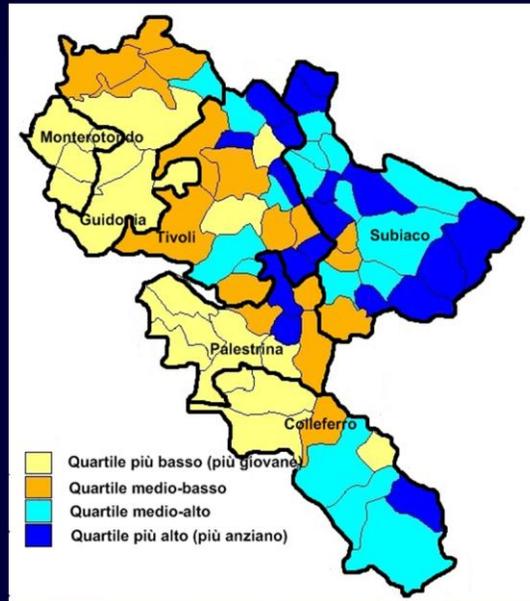
Indice di vecchiaia 2011 nella Asl Roma G. Distribuzione per distretto.

Indice di Vecchiaia nella Asl Roma G. Anno 2011. Distribuzione per Distretto.	
Territorio	Indice di vecchiaia
Colleferro	124,8
Guidonia	95,0
Monterotondo	91,7
Palestrina	101,4
Subiaco	181,2
Tivoli	133,1
Roma G	110,8

Nella tabella è riportato l'indice di vecchiaia per ciascuno dei distretti della Asl Roma G. Grande la variabilità interna: dal minimo di 91,7 registrato a Monterotondo ad un valore poco inferiore al doppio rilevato nel distretto di Subiaco.

CONTESTO DEMOGRAFICO

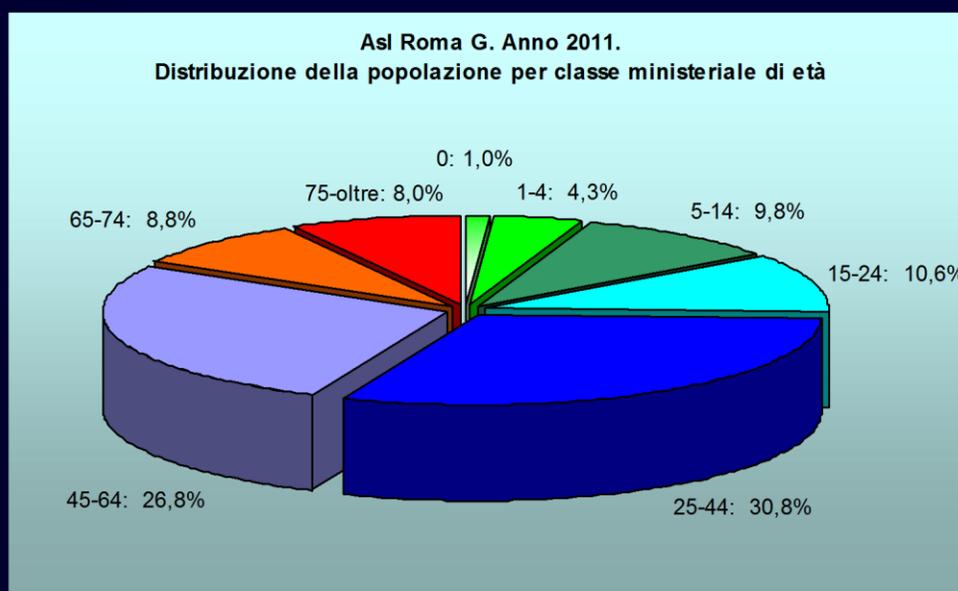
Indice di vecchiaia 2011 nella Asl Roma G. Distribuzione per Comune.



Nella cartina è riportato la distribuzione dei valori dell'indice di vecchiaia per Comune di residenza. I Comuni più anziani si collocano nel Distretto di Subiaco e, in misura minore, in quello di Tivoli e Colferro.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Asl Roma G. Anno 2011. Distribuzione della popolazione per classe di età



Nella diapositiva è riportata la distribuzione della popolazione nell'anno 2011 per classe di età. E' stato adottato il criterio ministeriale con il quale avviene la ponderazione della quota capitaria nel sistema di finanziamento delle Asl. Si osserva che la popolazione compresa tra 65 e 74 anni ammonta allo 8,8% della popolazione. Altresì rilevante la quota di grandi anziani (di età superiore o pari a 75 anni) che costituisce lo 8,0%.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Asl Roma G. Anno 2011. Distribuzione della popolazione anziana per Distretto.

Asl Roma G. Anno 2011. Distribuzione della popolazione anziana (≥ 65 anni) per Distretto di residenza.		
Distretto	N	%
Colleferro	13.650	17,8%
Guidonia	18.659	15,3%
Monterotondo	13.473	15,0%
Palestrina	12.656	15,5%
Subiaco	7.402	21,5%
Tivoli	15.948	18,8%
Asl Roma G	81.788	16,7%

La percentuale della componente anziana varia significativamente nei diversi territori: da un minimo del 15-15,5% registrato nei Distretti di Monterotondo, Guidonia e Palestrina al massimo del 21,5% rilevato a Subiaco. I Distretti di Tivoli e Colleferro si attestano su un livello intermedio.

CONTESTO DEMOGRAFICO

Conclusioni

Conclusioni

La popolazione della Asl Roma G è strutturalmente anziana anche se in misura inferiore rispetto agli altri territori della Regione Lazio.

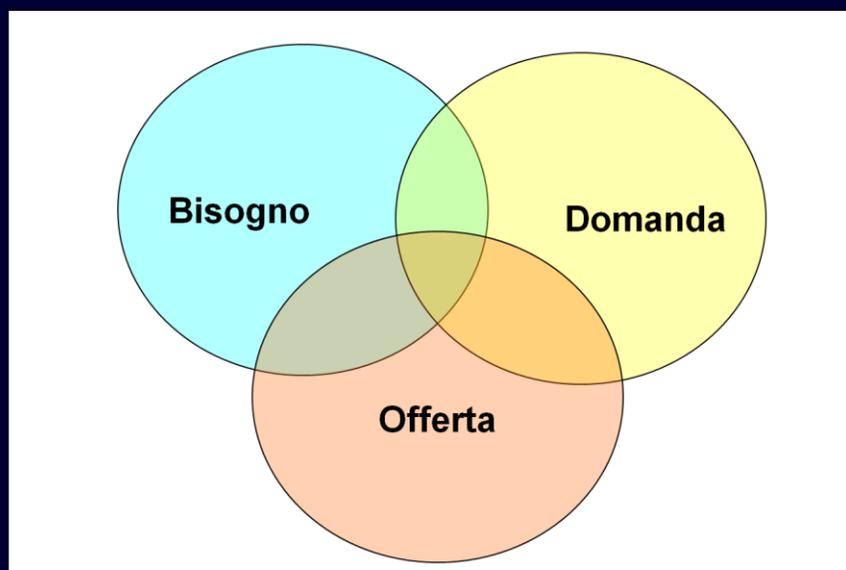
Il numero complessivo di anziani è consistente e pari a 81.788 individui.

Ampia la variabilità interna alla Asl Roma G con il Distretto di Subiaco che presenta un indice di vecchiaia tra i più alti della Regione Lazio.

La diapositiva riassume quanto detto sinora a proposito del contesto demografico nel quale collocare eventuali iniziative che si intendono assumere.

DOMANDA

Relazione con il bisogno e l'offerta



14

Passiamo ora alla domanda di prestazioni che scaturisce dal mondo degli anziani. Quando si analizza la domanda occorre sempre tener presente che, nella popolazione, le tre componenti dello stato di salute si sovrappongono solo in parte: solo una parte del bisogno viene espresso e diventa domanda, solo una parte della domanda viene soddisfatta dall'offerta, ecc.

Ancora più interessante è l'analisi delle mancate sovrapposizioni: ad esempio la quota di offerta che non risponde ad un bisogno potrebbe a buon ragione essere considerata una inefficienza.

Particolarmente rilevante risulta l'analisi di tutta quella quota di bisogno che non incontra l'offerta la cui individuazione dovrebbe essere obiettivo prioritario del Sistema Sanitario. Purtroppo i sistemi informativi attuali, pensati e implementati per altre ragioni, analizzano la domanda ma non riescono a cogliere il bisogno per identificare il quale si è costretti ad operazioni anche criticabili per molti aspetti.

DOMANDA

Asl Roma G. Anno 2011. Popolazione anziana e consumi di prestazioni.

Asl Roma G. Anno 2011. Popolazione anziana (≥ 65 anni) e consumi di prestazioni								
Distretto	Numerosità		Emergenza:		Acuzie:		Cronicità:	
			tariffa accessi PS (€)		tariffa ricoveri ac. ord. (€)		tariffa prest. amb. (€)	
Colleferro	13.650	17,8%	962.248	21,9%	13.216.625	48,5%	5.907.318	41,8%
Guidonia	18.659	15,3%	1.002.483	18,2%	16.693.006	42,5%	8.827.874	39,4%
Monterot.	13.473	15,0%	872.208	19,8%	12.745.693	43,0%	5.360.214	38,5%
Palestrina	12.656	15,5%	1.277.652	22,4%	12.371.401	45,9%	5.578.926	40,9%
Subiaco	7.402	21,5%	547.967	27,1%	7.663.711	55,7%	2.920.114	46,2%
Tivoli	15.948	18,8%	1.215.917	24,5%	13.916.728	46,8%	7.460.739	45,0%
Asl Rm G	81.788	16,7%	5.878.477	21,8%	76.607.164	46,0%	36.055.186	41,5%

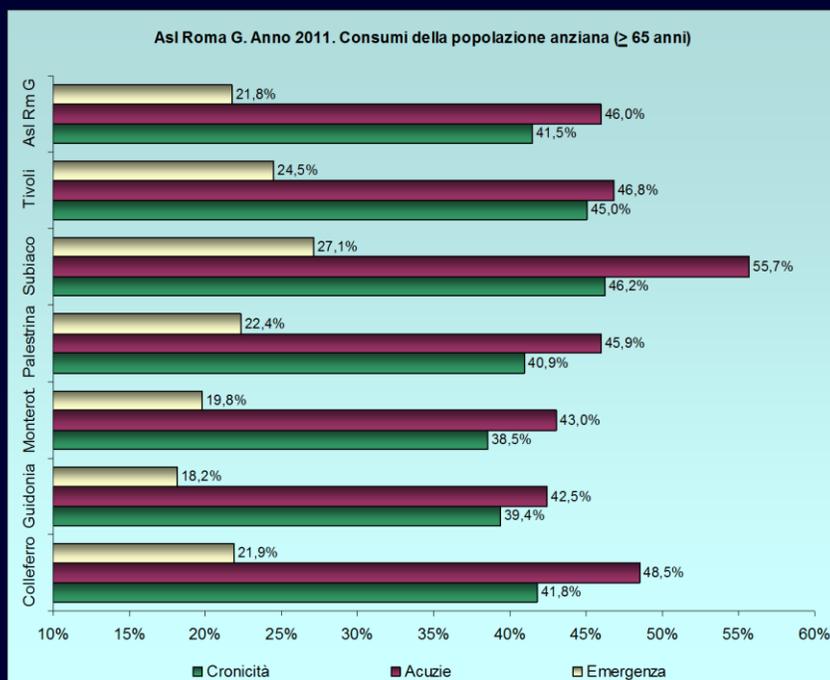
Nella tabella è rappresentata la domanda così come essa si esprime nell'ambito dell'emergenza, dell'acuzie e di una parte (la specialistica ambulatoriale) della cronicità.

I flussi informativi relativi sono concepiti in modo diverso l'uno dall'altro e differiscono sia per l'oggetto della rilevazione (episodio di malattia o solo alcuni aspetti di questo) che per gli strumenti, criteri e scale di classificazione. L'unico aspetto comune è rappresentato dal fatto che la tariffazione è, in linea generale, proporzionale all'impegno delle risorse. In questa sede quindi la tariffa deve essere intesa non come quantificatore di spesa ma come indice dell'assorbimento di risorse e, un po' forzatamente, come misura della complessità assistenziale.

In sostanza, se si guarda al totale della Asl Roma G, si può dire che il 16,7% della popolazione (la componente anziana) utilizza il 21,8% delle prestazioni di pronto Soccorso, il 46,0% dei ricoveri, il 41,5% della specialistica ambulatoriale.

DOMANDA

Asl Roma G. Anno 2011. Popolazione anziana e consumi di prestazioni.



La diapositiva mostra gli stessi dati riportati nella tabella precedente ma espressi in modo graficamente diverso. Si osserva forse meglio che in ciascun territorio il consumo di prestazioni nell'ambito dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale è negli anziani ben superiore al loro peso demografico.

DOMANDA

Asl Roma G. Anno 2011. Conclusioni.

Conclusioni

La popolazione anziana presenta un consumo di prestazioni che, misurato in termini di impegno di risorse, è ben superiore al loro peso demografico.

La domanda è rivolta in eguale misura verso l'acuzie e verso la cronicità. In un sistema assistenziale ideale la domanda nell'ambito della cronicità dovrebbe superare quella rivolta all'acuzie?

Queste le conclusioni, anche criticabili visto che contengono un punto di domanda.

FRAGILITA' SANITARIA E VULNERABILITA' SOCIALE

Definizioni

Area della fragilità sanitaria e della vulnerabilità sociale: collettivo di individui che per cause sanitarie vivono uno stato di difficile integrazione sociale o che, viceversa, a seguito di una condizione di marginalità sociale presentano specifici problemi sanitari.

Deprivazione socio-sanitaria: condizione di svantaggio legata alle condizioni sanitarie o socioeconomiche.

Si consideri ora la complessa area che include la fragilità sanitaria e la vulnerabilità sociale. Nella diapositiva ne è riportata una definizione che è la sintesi condivisibile di quanto contenuto in letteratura. Viene riportata anche una definizione di deprivazione. Le due definizioni scaturiscono dalle diverse ottiche che possono essere utilizzate per esaminare lo stato di salute. Mentre il concetto di fragilità-vulnerabilità riguarda un bisogno e si riferisce ad una popolazione (o a una sua parte), quello di deprivazione si applica all'offerta e si riferisce ad un territorio. Naturalmente questi due aspetti interagiscono: un territorio deprivato tende a produrre fragilità e vulnerabilità nella popolazione di riferimento. Queste precisazioni erano doverose perché nell'analisi che sarà presentata saranno utilizzati criteri che dipendono dalle definizioni date.

FRAGILITA' SANITARIA E VULNERABILITA' SOCIALE

Cause

La suscettibilità ad esiti sanitari avversi può dipendere da:

- Fattori intrinseci: malattia, disabilità, fragilità genetica
- Fattori estrinseci: contesto sociale, ambiente fisico

L'insieme dei fattori intrinseci determina la **FRAGILITA'**

L'insieme dei fattori estrinseci determina la **VULNERABILITA'**

Le cause che determinano una maggiore esposizione ad eventi avversi sotto il profilo sanitario possono essere interne o esterne alla persona. In linea generale le cause possono essere classificate come riportato nella diapositiva.

FRAGILITA' SANITARIA E VULNERABILITA' SOCIALE

Relazione

Andrew MK et al. (2008), Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people, PLoS One.

Nell'anziano fragilità sanitaria e vulnerabilità sociale si sovrappongono solo in parte e rappresentano fattori che contribuiscono alla mortalità indipendentemente l'uno dall'altro.

Perché è importante distinguere la fragilità sanitaria dalla vulnerabilità sociale? Perché si tratta di fattori di rischio che operano separatamente. Alcuni studi, particolarmente quelli eseguiti in Canada, hanno documentato come nell'età anziana (≥ 65 anni) la fragilità sanitaria e la vulnerabilità sociale presentano una correlazione debole-moderata. Questo significa che ambedue le condizioni costituiscono fattori di rischio di mortalità in modo indipendente l'uno dall'altro. Da qui la necessità, per i sistemi sanitari, di valutare ambedue gli aspetti.

FRAGILITA' SANITARIA

Criteri (conservativi) di individuazione

PAZIENTI DI ETA' \geq 65 ANNI CON:

- Ricoveri in lungodegenza psichiatrica o medica
- Ricoveri acuti ordinari con diagnosi di demenza o aterosclerosi cerebrale
- Ricoveri acuti ordinari per ictus cerebrale, frattura di femore o bacino, scompenso cardiaco, bpc.
- Ricoveri acuti ordinari multipli (almeno 3 nell'anno)

Ai fini della identificazione della fragilità sanitaria nell'anziano sono stati adottati criteri cosiddetti conservativi in quanto molto restrittivi e finalizzati all'individuazione di una quota minima. E' plausibile che un paziente anziano sia anche fragile se nel corso dell'anno ha avuto

- Ricovero in lungodegenza psichiatrica o medica qualunque sia la causa del ricovero
- Ricovero acuto ordinario con diagnosi di demenza qualunque sia la causa di ricovero
- Ricovero acuto ordinario con diagnosi principale di ictus cerebrale (ischemico o emorragico), frattura di femore o bacino, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva
- Almeno tre ricoveri acuti ordinari a prescindere dalle cause di ricovero

Nell'area della fragilità sanitaria potevano essere inclusi gli anziani portatori di ulteriori patologie, la cui entità ed i cui riflessi sulla vita quotidiana sono però difficili da definire con le informazioni correntemente registrate nei sistemi informativi. Ad esempio la patologia neoplastica può determinare o meno limitazioni funzionali importanti ma tale informazione non è facilmente ricavabile dal flusso attuale dei ricoveri. Allo scopo di individuare la quota minima di fragilità nell'anziano essa è stata perciò esclusa.

Un'ulteriore precisazione metodologica riguarda i pazienti che possono essere stati ricoverati nelle varie aree considerate (ad esempio un paziente che dopo una degenza in lungodegenza psichiatrica viene ricoverato per un episodio acuto di una patologia non psichica e viene dimesso con una diagnosi di demenza). Questi pazienti sono stati considerati una sola volta e attribuiti alla prima delle aree considerate (nell'esempio precedente il paziente viene assegnato all'area

della lungodegenza psichiatrica).

FRAGILITA' SANITARIA

Ampiezza del fenomeno

Asl Roma G. Anno 2011. Fragilità sanitaria. Pazienti di età \geq 65 anni ricoverati

Distretto	Lugodedenza		Acuzie (regime ordinario)						Totale	
	IN Psichiatrica	IN Medica	CON Demenza	PER Ictus cerebr.	PER Fratt. fem. bac.	PER Sc. Card.	PER Bpco	Ricoveri \geq 3	N°	%
Colleferro	4	16	51	125	98	256	76	284	910	6,7%
Guidonia	13	48	108	117	99	197	95	367	1.044	5,6%
Monterotondo	12	115	39	72	70	154	72	253	787	5,8%
Palestrina	7	33	54	94	102	176	70	240	776	6,1%
Subiaco	5	6	99	44	61	131	62	155	563	7,6%
Tivoli	14	13	127	104	97	170	71	271	867	5,4%
Asl Roma G	55	231	478	556	527	1.084	446	1.570	4.947	6,0%

Il numero di anziani fragili così individuato può essere considerato un numero minimo anche alla luce dell'errore sistematico determinato dall'assenza di anagrafi certificate nei flussi informativi. Questo errore rischia di aumentare fittiziamente il numero di anziani fragili perché uno stesso paziente può essere registrato in diversi ricoveri con codici fiscali differenti. Tuttavia tale meccanismo non è certamente operante nell'ambito dei pazienti con almeno tre ricoveri. Anzi l'assenza di anagrafi certificate, per la stessa ragione già espressa in precedenza, porta ad una sottostima del fenomeno dei ricoveri multipli che comunque, già così, costituisce la quota preponderante della fragilità sanitaria nell'anziano. Complessivamente dunque la valutazione della fragilità eseguita secondo i criteri stabiliti può essere considerata sufficientemente affidabile.

VULNERABILITA' SOCIALE

Criteri (conservativi) di individuazione

INDIVIDUI DI ETA' \geq 65 ANNI :

- Residenti nei Comuni del Lazio **deprivati** sotto il profilo socio-economico (disoccupazione medio-alta e reddito basso).
- Residenti in Comuni **svantaggiati** sotto il profilo geografico (altitudine >700 metri).

L'identificazione della vulnerabilità sociale dell'anziano risente della scarsità delle informazioni disponibili. Due criteri sembrano comunque utilizzabili a cogliere questo aspetto. Possono essere considerati vulnerabili gli anziani (\geq 65 anni) che risultano:

- Residenti nei Comuni del Lazio che, nel 2009, risultavano deprivati sotto il profilo socio-economico. I Comuni del Lazio sono stati suddivisi in quartili sia per quanto riguarda la percentuale di disoccupazione che il reddito pro-capite. Sono stati considerati deprivati i Comuni caratterizzati da una disoccupazione medio-alta (3° e 4° quartile) e, consensualmente, dal reddito medio più basso (4° quartile). La disoccupazione è, in letteratura, considerato un indicatore fondamentale della deprivazione socio-economica. Da questo punto di vista meno rilevante è considerato il reddito medio che, in questo studio, è utilizzato solo allo scopo di restringere la deprivazione. I residenti anziani nei Comuni deprivati possono essere considerati vulnerabili in quanto vivono in un ambiente sociale che può essere considerato disagiato al di là delle condizioni personali.

- Residenti nei Comuni collocati a più di 700 metri di altitudine non compresi nell'elenco di quelli caratterizzati da deprivazione socio-economica. L'aspetto della vulnerabilità è costituito dal fatto che i residenti in montagna hanno più difficoltà ad accedere ai servizi essenziali. Nella Asl Roma G sono 16 Comuni.

Anche questi criteri possono essere considerati conservativi nel senso che identificano una quota di vulnerabilità. La vulnerabilità avrebbe assunto dimensioni molto più ampie se ad esempio si fossero inclusi nella deprivazione socio-economica i Comuni con reddito medio.basso (e non solo quelli con reddito basso) o se si fossero inclusi tra i Comuni svantaggiati quelli

collocati ad altitudini diverse da quella considerata (700 m).

VULNERABILITA' SOCIALE

Ampiezza del fenomeno

Asl Roma G. Anno 2011. Vulnerabilità sociale. Residenti di età \geq 65 anni				
Distretto	Comuni deprivati	Comuni svantaggiati	Totale	
	N°	N°	N°	%
Colleferro	2.139	177	2.316	17,0%
Guidonia	655	312	967	5,2%
Monterotondo	0	0	0	0,0%
Palestrina	0	372	372	2,9%
Subiaco	1.211	1.026	2.237	30,2%
Tivoli	427	46	473	3,0%
Asl Roma G	4.432	1.933	6.365	7,8%

Il totale è dato dalla somma di coloro che vivono in Comuni deprivati e coloro che risiedono in Comuni svantaggiati (se non già deprivati). La percentuale di vulnerabilità è riferita alla popolazione anziana

La tabella mostra le dimensioni della vulnerabilità sociale nell'età anziana così come essa può essere quantificata sulla base dei criteri già illustrati.

FRAGILITA' E VULNERABILITA'

Ampiezza del fenomeno

Asl Roma G. Anno 2011. Individui di età ≥ 65 anni. Fragilità e Vulnerabilità.

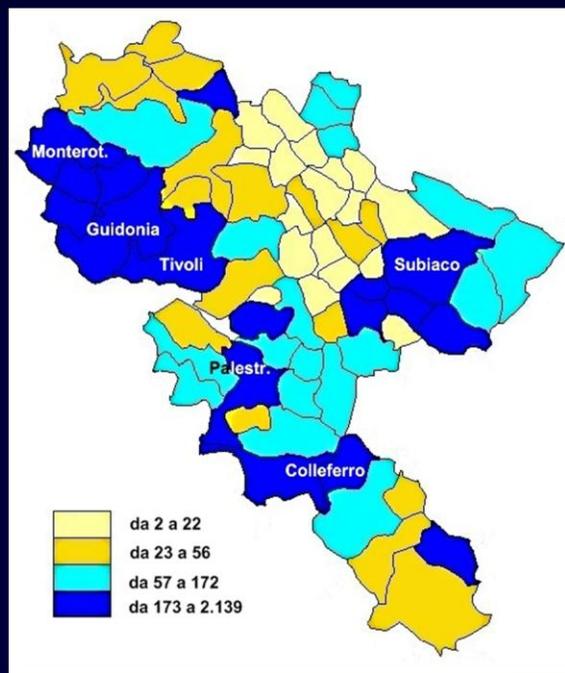
Distretto	N popolazione ≥ 65 anni	Solo Fragilità	Solo Vulnerabilità	Fragilità e Vulnerabilità	Fragilità e/o Vulnerabilità	
		N°	N°	N°	N°	%
Colleferro	13.650	716	2.122	194	3.032	22,2%
Guidonia	18.659	989	912	55	1.956	10,5%
Monterotondo	13.473	787	0	0	787	5,8%
Palestrina	12.656	754	350	22	1.126	8,9%
Subiaco	7.402	381	2.055	182	2.618	35,4%
Tivoli	15.948	829	435	38	1.302	8,2%
Asl Roma G	81.788	4.456	5.874	491	10.821	13,2%

La percentuale è riferita alla popolazione anziana

La tabella riassume i dati distinguendo le diverse componenti della fragilità e della vulnerabilità.

FRAGILITA' E VULNERABILITA'

Distribuzione in quartili degli anziani fragili o vulnerabili



Questa la mappa geografica che rappresenta graficamente la distribuzione per Comune degli anziani fragili o vulnerabili. Chiaramente i Comuni più popolosi sono quelli che presentano un numero maggiore di anziani (provenienti soprattutto dall'area della fragilità sanitaria).

FRAGILITA' E VULNERABILITA'

Conclusioni

Conclusioni

L'area della fragilità e della vulnerabilità include almeno 10.821 anziani pari al 13,2% degli individui di età ≥ 65 anni e al 2,2% dell'intera popolazione della Asl Roma G.

Con criteri estremamente restrittivi è possibile identificare un numero minimo di anziani fragili o vulnerabili che nella Asl Roma G è pari a circa 11.000 persone. Questo il numero cui bisogna fare riferimento nel caso si decida di assumere iniziative verso questo mondo o di coordinare quelle già esistenti sul territorio.