



Accanto ai nostri anziani

SEMINARIO DI CONFRONTO E
APPROFONDIMENTO

9,00 arrivi e accoglienza

9.30 preghiera e riflessione guidata
da **S.E. Mons. Domenico Basile**
*vescovo eletto della Diocesi di Molfetta - Ruvo -
Giovinazzo - Terlizzi*

10.00 Presentazione ricerca
sugli over 65 nella nostra Diocesi
condotta dalla

dott.ssa Martina Zagaria
ricercatrice presso INSEAD - Parigi

11.15 break

11.45 intervento su
"Il modello di welfare in senescenza.
Aspetti attuali e prospettive"

dott. Michele Cannone
Geriatra e Fisiatra RSA Pubblica - Andria

12.45 pranzo

14.00 laboratori:

A. **Anziani e Comunità ecclesiale**

B. **Anziani e Istituzioni**

C. **Rapporto intergenerazionale**

D. **Anziani e reti sociali**

16.00 condivisione in plenaria

16.30 conclusione

Al seminario sarà presente il nostro
vescovo Luigi

per iscrizioni e
adesioni per il pranzo:
328.4517674 o 347.0503675
www.caritasandria.it
info@caritasandria.it



**SABATO
28 FEBBRAIO
2026**

**OPERA DIOCESANA
GIOVANNI PAOLO II
VIA BOTTEGO, 36 -ANDRIA**

Progetto realizzato
con il contributo





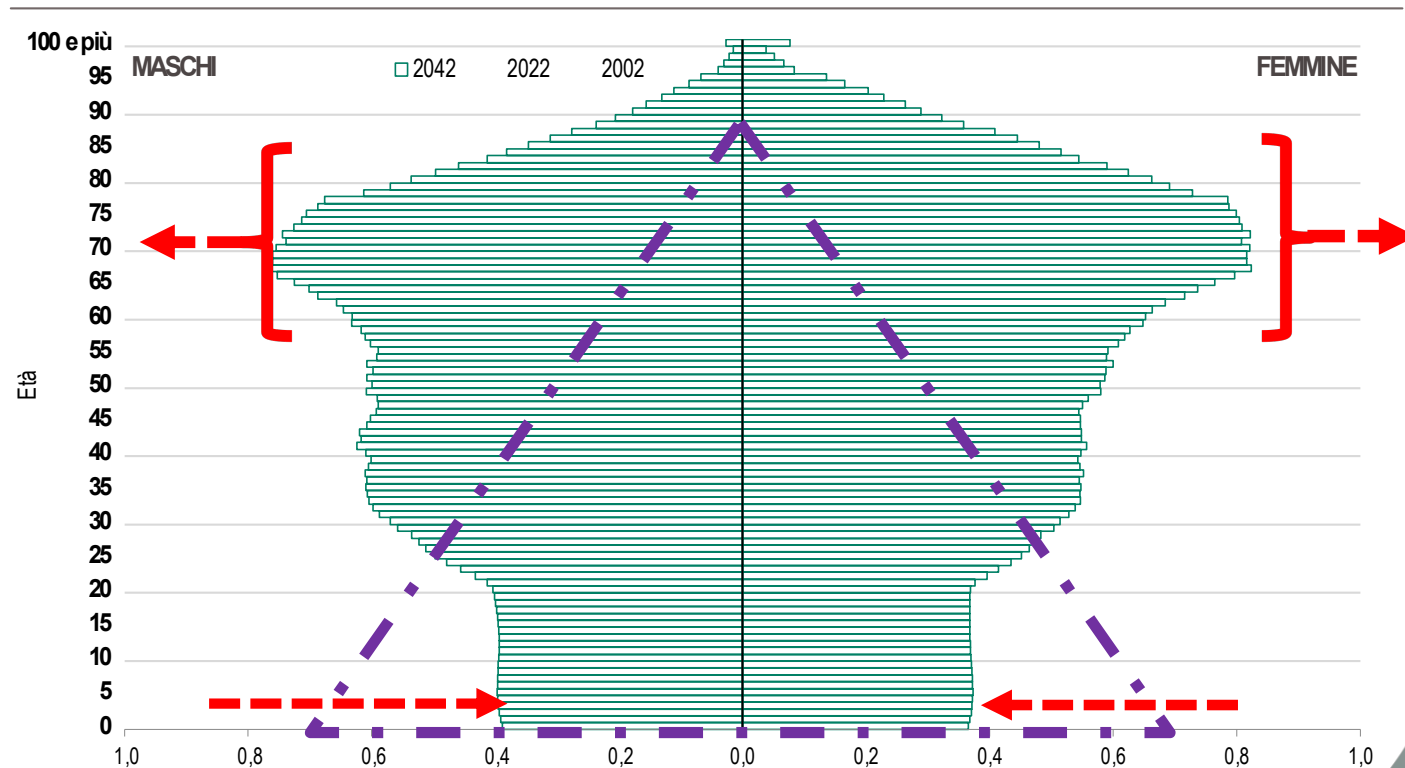
Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in Italia: 2002-18

<i>Anno</i>	<i>Indice di vecchiaia</i>	<i>Indice di dipendenza strutturale</i>
2002	131,4	49,1
2003	133,8	49,8
2004	135,9	50,1
2005	137,8	50,6
2015	157,7	55,1
2016	161,4	55,5
2017	165,3	55,8
2018	168,9	56,0

CALO DELLA POPOLAZIONE E TRASFORMAZIONI STRUTTURALI

PIRAMIDI DELLE ETÀ AL 1° GENNAIO ANNI 2002, 2022 E 2042

(valori percentuali)



Fonte: Istat, Popolazione per sesso, età e stato civile e Previsioni della popolazione e delle famiglie, base 1.1.2021, scenario nazionale ad hoc
(a) I dati del 2042 sono stimati.

Debito demografico

over 65 su under 15

INDICE VECCHIAIA

nel 2022 **187,9%**

nel 2042 si prevede **293%**

nel 2059 arriverà **306%**

Conseguenze per il futuro

spesa

previdenza

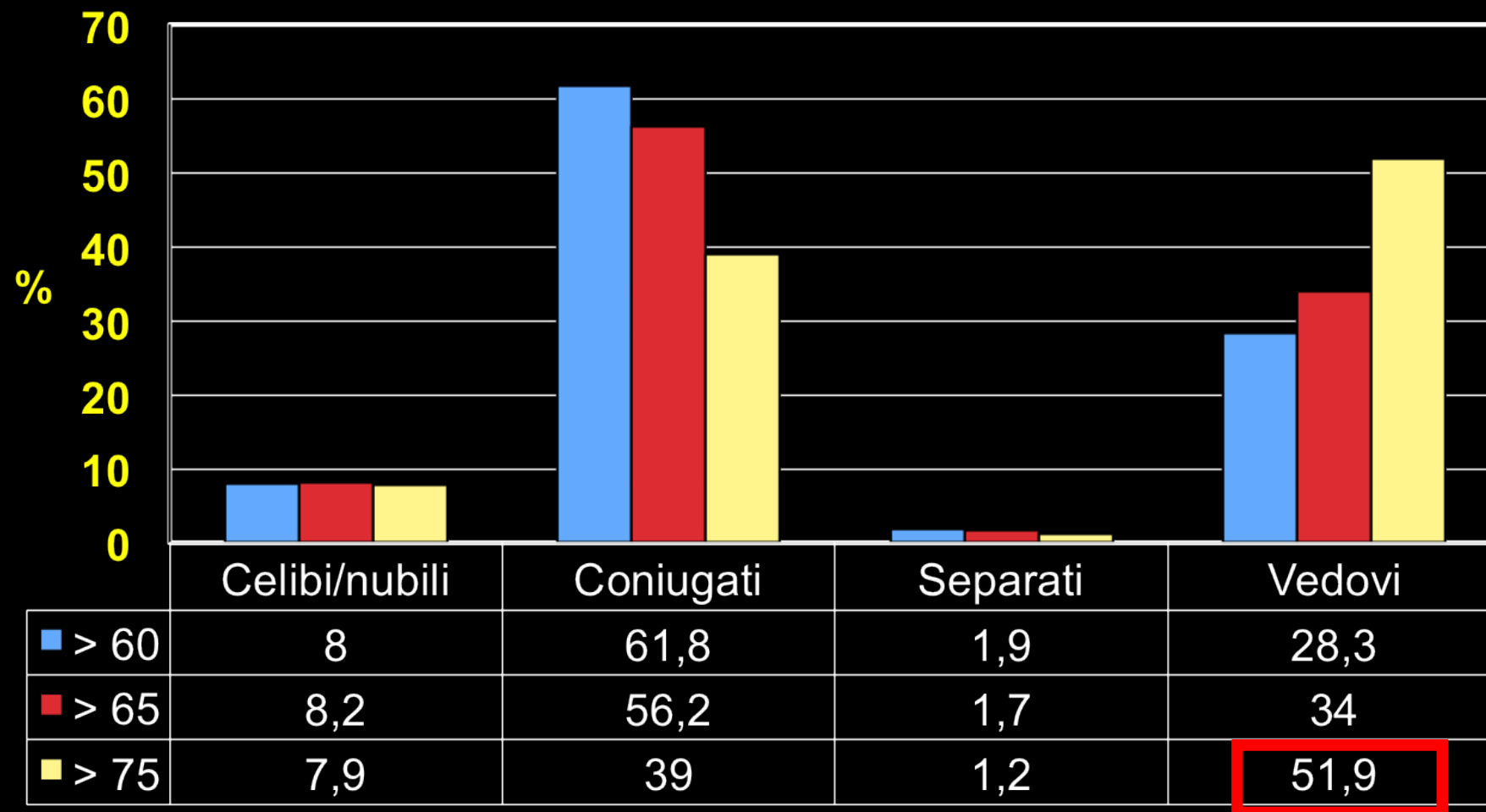
assistenza e sanità

Anziani: struttura della famiglia

ISTAT, Indagine Multiscopo

“Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari”

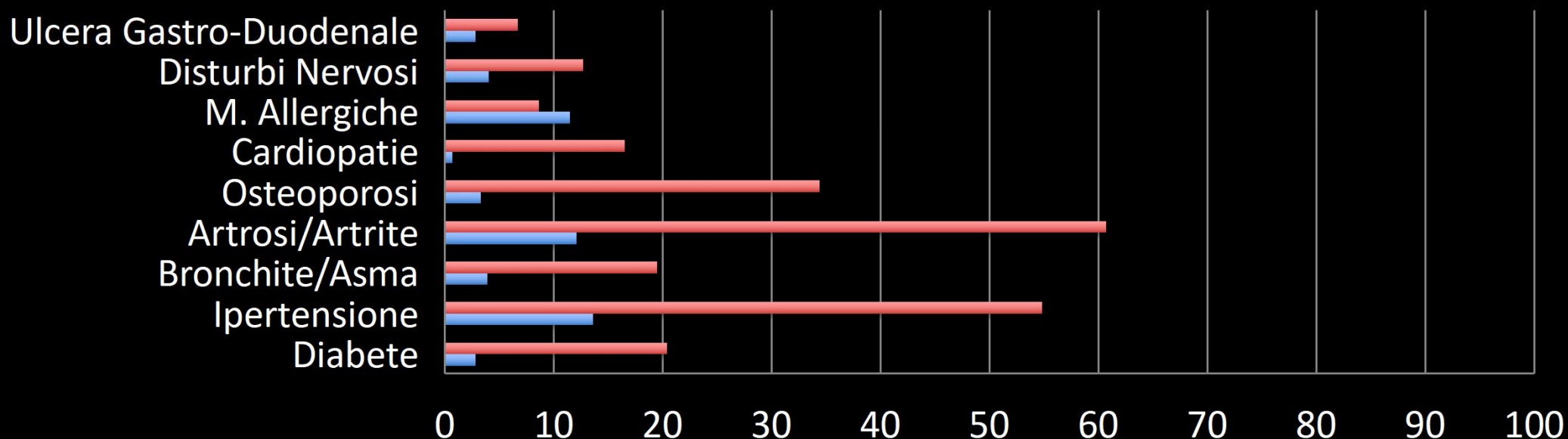
Composizione nucleo familiare



Popolazione residente per condizioni di salute, malattie croniche dichiarate

(per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona)

45-54 anni vs ≥ 75 anni



	Diabete	Ipertensione	Bronchite/Asma	Artrosi/Artrite	Osteoporosi	Cardiopatie	M. Allergiche	Disturbi Nervosi	Ulcera Gastro-Duodenale
■ ≥ 75 anni	20.4	54.8	19.5	60.7	34.4	16.5	8.6	12.7	6.7
■ 45-54 anni	2.8	13.6	3.9	12.1	3.3	0.7	11.5	4	2.8

Persone disabili per tipo di disabilità
 (difficoltà del movimento)
 classe di età, sesso
 - Anni 1994, 1999-2000 -

	Classi di età			
	6- 64 anni		> 65 anni	
	1994	1999-2000	1994	1999-2000
Maschi	23,6	34,5	46,6	47,1
Donne	37,9	38,2	50,6	50,2

Fragilità: definizione

Walston J., Fried LP. Frailty and the older man. *Med.Clin.North Am.* 1999;83:1173-94.



Soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico

Obiettivo: qualità della vita

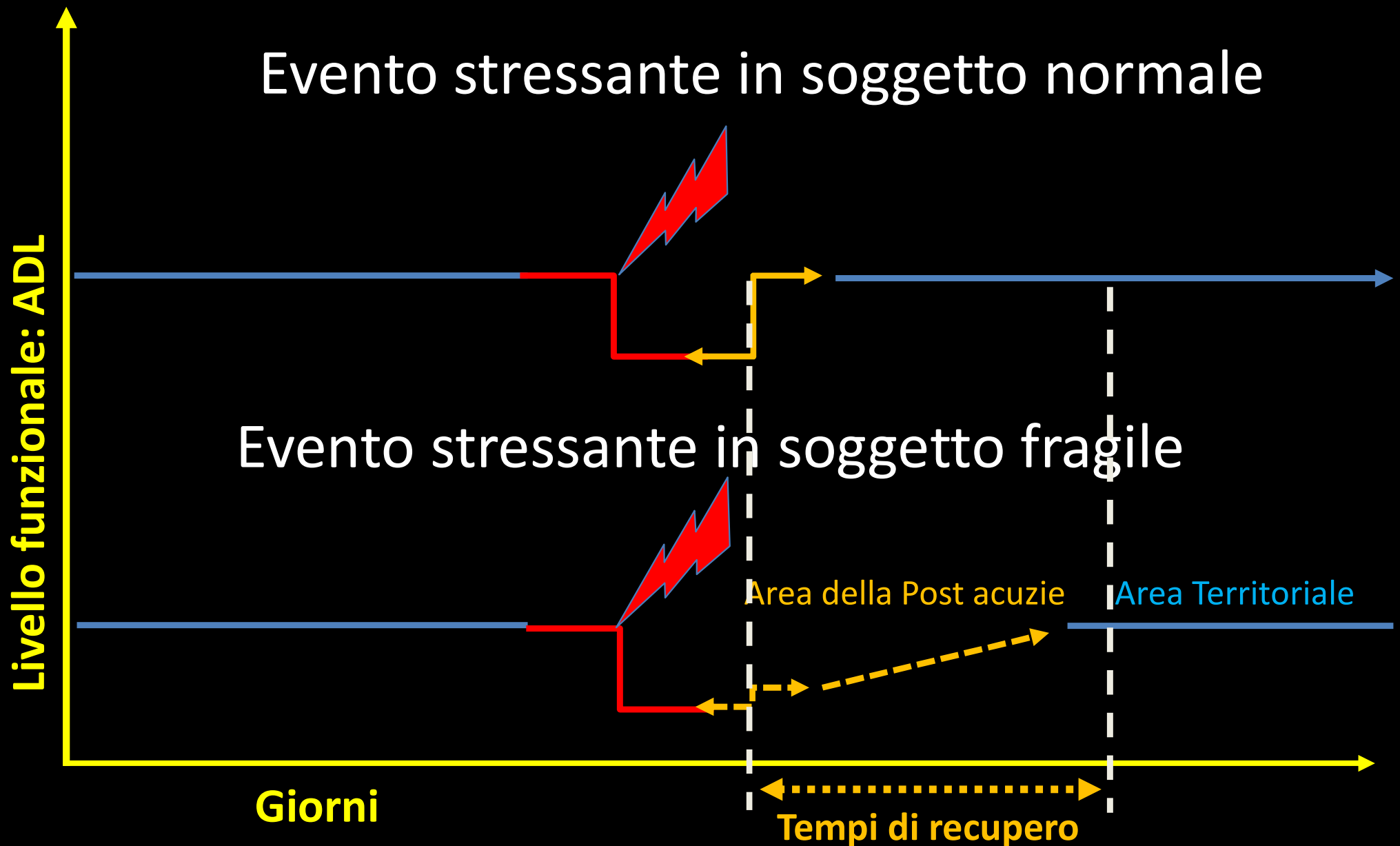
1. Obiettivi sanitari:

- a) Mantenimento dell'autonomia nelle ADL e IADL
- b) Permanenza nel proprio domicilio

2. Obiettivi di policy: (L. n° 833/1979: universalità, equità, uguaglianza)

- a) Sufficiente autonomia economica
- b) Buon supporto sociale

Fragilità e stress



THE MODERN MEDICINE PARADOX

“We are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease”

Kane RL. The chronic care paradox. Aging Soc Policy 2000;11(2-3):107-14.

Kane RL. Changing the face of long-term care. J Aging Soc Policy 2005;17(4):1-

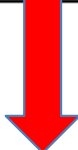
Ripristino dello stato di salute

- a) Guarigione dall'evento patologico acuto?
- b) Guarigione con recupero del livello di autonomia funzionale?

Criteri di valutazione delle performance

- Peso del DRG > 1
- Degenza media: 5-7 gg
- Costo del prodotto vs standard
- ... e gli Outcome?

Regione Puglia tavola riassuntiva: si evince l'insufficiente offerta di servizi territoriali domiciliari e residenziali

Regione Puglia												
Livelli di assistenza	2009*		2010*		2011*		2012****		**Atto progr.		Valori di rif.	Fonte
Assistenza Ospedaliera	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso	Valore	Tasso		
Valore annuale												
<i>Totale dimissioni</i>	788.451	(195,3)	865.930	(213,1)	807.312	(197,3)	716.051	(175,7)			160 *1.000 ab.	L. n. 135 del 7 agosto 2012
<i>N. di dimissioni in DO</i>	630.147	(156,3)	620.645	(152,7)	582.933	(142,5)	546.755	(134,1)				
<i>N. di dimissioni in DH</i>	158.304	(39,0)	245.285	(60,3)	224.379	(54,8)	169.296	(41,6)				
<i>Incidenza dimissioni in DH sul totale dimessi</i>	20%		28%		28%		24%				25%	
POSTI LETTO***												
<i>Totale n. PL</i>	15.866	(3,90)	14.891	(3,61)	13.816	(3,41)	12.840	(3,14)	14.422	(0,40)	3,7 *1.000 ab. 14.105 (3,61)	L. n. 135 del 7 agosto 2012
<i>N. PL acuti</i>	14.169	(3,50)	13.146	(3,21)	12.326	(3,04)	11.444	(2,80)	12.899	(0,00)	3,0 *1.000 ab. 11.436 (2,92)	
<i>N. PL post acuzie</i>	1.697	(0,40)	1.745	(0,40)	1.490	(0,37)	1.396	(0,34)	1.523	(0,40)	0,7 *1.000 ab. 2.669 (0,68)	
INAPPROPRIATEZZA												
<i>Tasso ospedalizzazione 108 DRG (Patto per la salute 2010-2012)</i>		34,96		35,33		29,50		32,76			≤ 23	Griglia LEA V.N. Rapp. SDO
<i>T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani</i>	169.098	(481,4)	181.126	(501,8)	171.608	(463,8)	153.215	(409,3)			392,90 (anno 2011)	
<i>Degenza media pre-operatoria</i>		2,16		2,17		2,17		2,03			1,85	
Assistenza Territoriale												
Assistenza domiciliare												
<i>% anziani assistiti in ADI</i>	2,05		1,80		2,00		2,20				≥4%	
Assistenza residenziale e semiresidenziale												
<i>N. PL in RSA (N. PL in RSA per 1.000 ab. Anziani)</i>	1.488	(2,0)	1.468	(2,0)	3.488	(4,6)	3.857	(5,0)			≥ 10	

Decreto del Ministero della Salute 70/2015

- La dotazione di posti letto per regione della **lungodegenza post-acuzie in almeno 0,2 per mille abitanti**, all'interno dello standard più complessivo di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza.
- Nello stesso Decreto, per dimensionare le strutture di degenza di lungodegenza post-acuzie, è stato fissato anche il bacino minimo e massimo di utenza, pari rispettivamente a 80.000 e 150.000 abitanti.

Quaderni del Ministero della Salute

- ... **garantire la continuità assistenziale** ed una corretta e rispettosa transizione tra ospedale e territorio è esigenza ormai imprescindibile, rappresentando talvolta una vera e propria emergenza sanitaria e sociale...

Dall'Ospedale al territorio

- La **LDPA** può rappresentare, inoltre, il passaggio chiave per assicurare la continuità assistenziale ospedale/territorio e migliorare la comunicazione tra i vari setting assistenziali.
- In Puglia la disponibilità di posti letto (0,1 x 1000) appare, ad oggi, insufficiente rispetto agli standard nazionali (0,2 x 1000).
Mancano circa 400 pl.
- La collocazione delle LDPA appare ancora incerta, spesso allocata in **ospedali dismessi** o, comunque, non in contiguità con le UOC di Medicina Interna.
- Considerata, infine, la mancata soluzione della discontinuità assistenziale è ipotizzabile l'implementazione, tra ospedale e territorio, di **Strutture di Cure Intermedie** (Case e/o Ospedali di comunità).

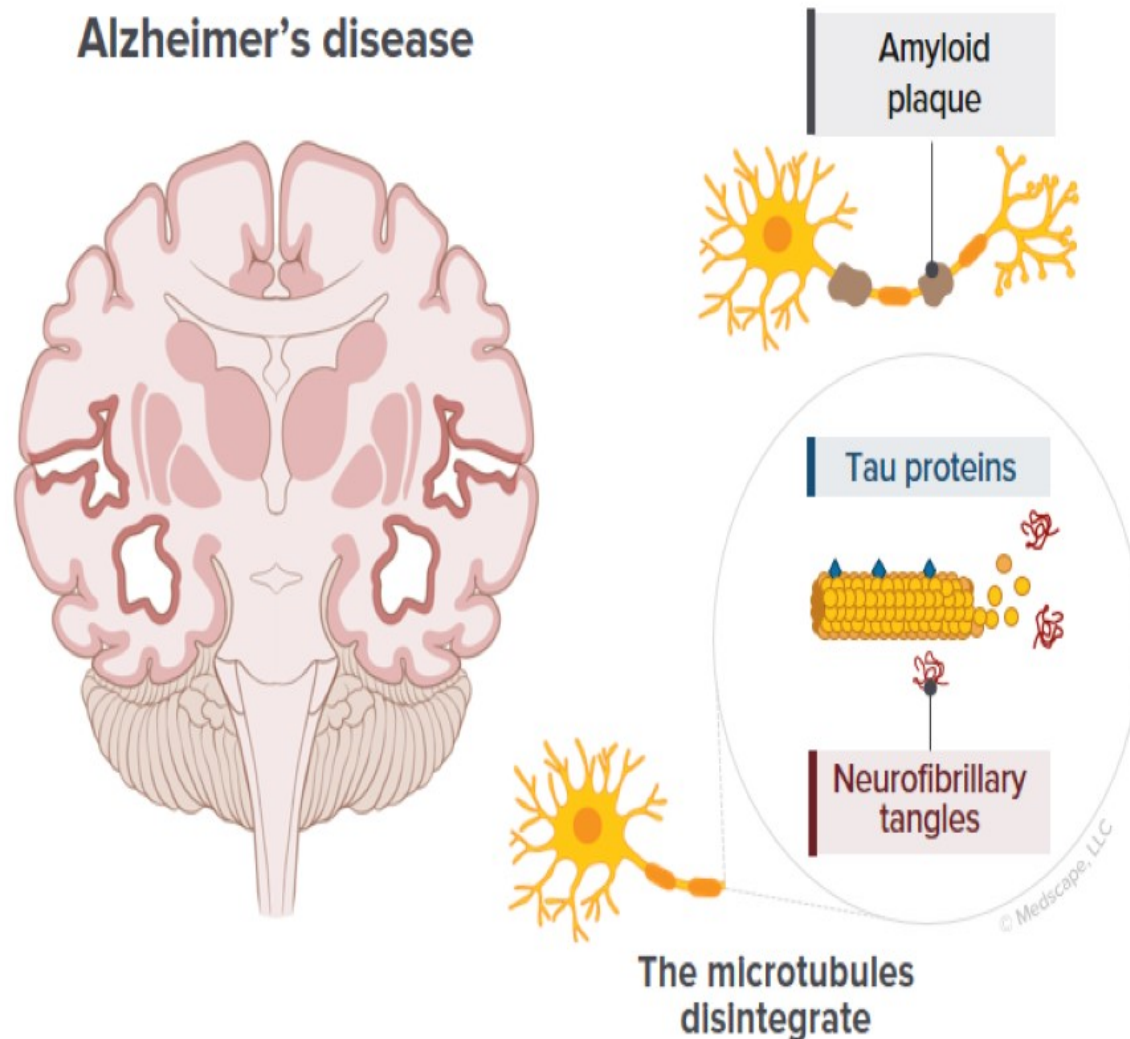
富嶽三十六景 神奈川沖
波裏

江村 長年



Clinical and Neuropathological Characteristics of the Disease

Alzheimer's disease



- Characterized by impairments to cognition, function and behavior^[a]
- AD is a progressive, neurodegenerative disease, with loss of neurons and the presence of two main microscopic neuropathological hallmarks:^[b-d]
 - extracellular amyloid beta ($A\beta$) plaques
 - deposited within the brain as a result of reduced $A\beta$ clearance
 - intracellular neurofibrillary tangles (NFTs)
 - abnormal accumulation of hyperphosphorylated-tau protein

Demenze: sintomatologia

1. Declino cognitivo
2. Riduzione progressiva delle capacità funzionali (ADL e IADL)
3. Disturbi del comportamento

Prevalenza DNC (stime) : R. Puglia

- **70.372** casi demenza nella fascia d'età (≥ 65 anni).
- **1.545** casi di demenza early ($\geq 35-64$ anni).
- **62.485** il numero di persone con MCI.
- Il rapporto femmine/maschi è pari a 2,2 (≥ 65 anni).
- Per quanto riguarda il MCI, il rapporto F / M è 1,3.

Prevalenza DNC (stime) : Puglia-BAT

Barletta-Andria-Trani

65-69	10.400	0,9	94	11.270	1,1	120	21.700	218
70-74	9.407	2,1	199	10.400	2,2	200	19.809	409
75-79	7.400	4,6	342	8.402	5,0	425	15.802	817
80-84	5.274	9,0	479	6.535	10,3	872	11.809	1.346
85-89	2.000	13,9	402	4.102	26,4	1.100	2.070	1.505
90+	1.201	31,2	379	2.402	38,9	900	3.604	1.241
Totale	34.764	5,1	1.007	43.416	8,7	3.770	80.180	5.657

Proven Benefits for Cognitive Health

The FINGER Model of Multidomain Interventions

Several multidomain interventions have been shown to be effective vs control in:^[1-3]

- Improving overall cognition
- Reducing risk of cognitive decline
- Improving other non-cognitive health outcomes
- Effects seen in *APOE* e4 carriers and non-carriers^[3,4]

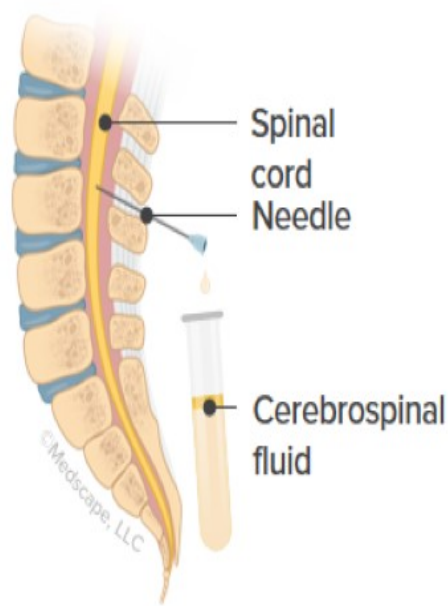
Other intervention studies have not shown a benefit^[1]



1. Kivipelto M et al. Nat Rev Neurol. 2018;14:653-666; 2. Ngandu T et al. Lancet. 2015;385:2255-63; 3. Baker LD, et al. JAMA. 2025;334:681-691; 4. Solomon A, et al. JAMA Neurol. 2018;75:462.

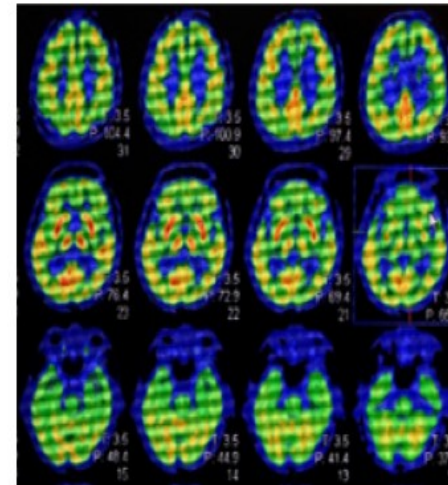
These materials are provided to you solely as an educational resource for your personal use. Any commercial use or distribution of these materials or any portion thereof is strictly prohibited.

BIOLOGICAL MARKERS OF AD IN CLINICAL PRACTICE



CSF Biomarkers

- $A\beta_{42}$
- P-tau
- Total tau



Functional Imaging

- FDG-PET

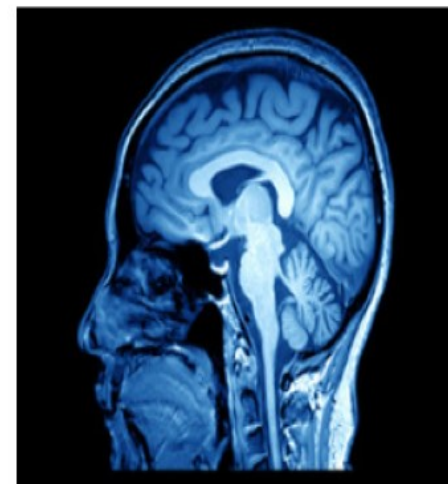
Molecular Imaging

- Amyloid and tau PET tracers
- Amyloid and tau



Plasma and Serum Biomarkers

- $A\beta_{42}$, $A\beta_{42}/A\beta_{40}$
- P-tau
- NfL



Structural Imaging

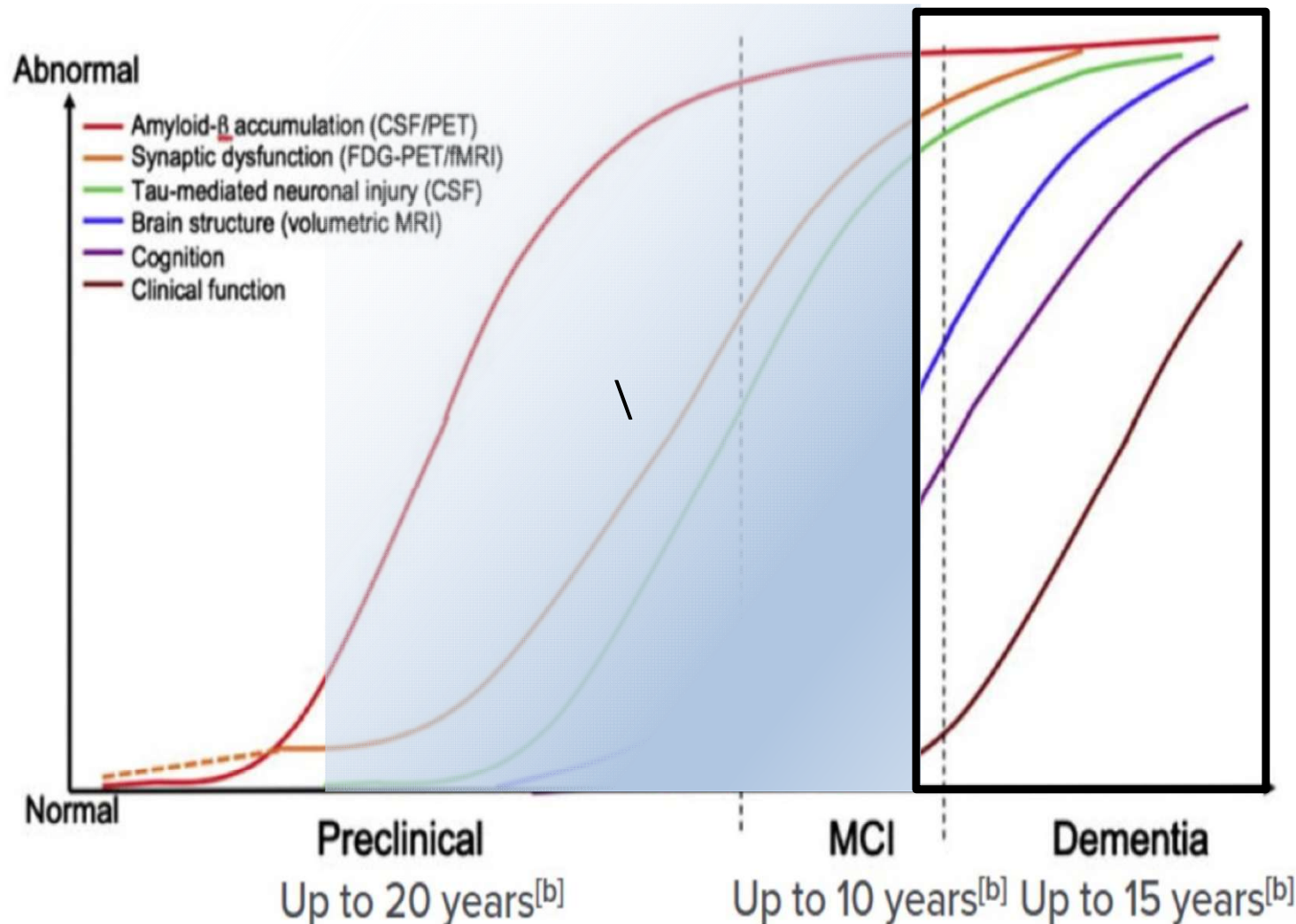
- T1-weighted MRI
- Assess brain atrophy

FDG-PET, fluorodeoxyglucose positron emission tomography; NfL, neurofilament light.

Khoury R, et al. Biomark Neuropsychiatry. 2019;1:10005; Zetterberg H, et al. Mol Psychiatry. 2021;26:296-308.

The Continuum of AD

The AD Disease Process Starts Long Before Dementia^[a]



CSF, cerebral spinal fluid; FDG, fluorodeoxyglucose; fMRI, functional magnetic resonance imaging; MCI, mild cognitive impairment; PET, positron emission tomography.

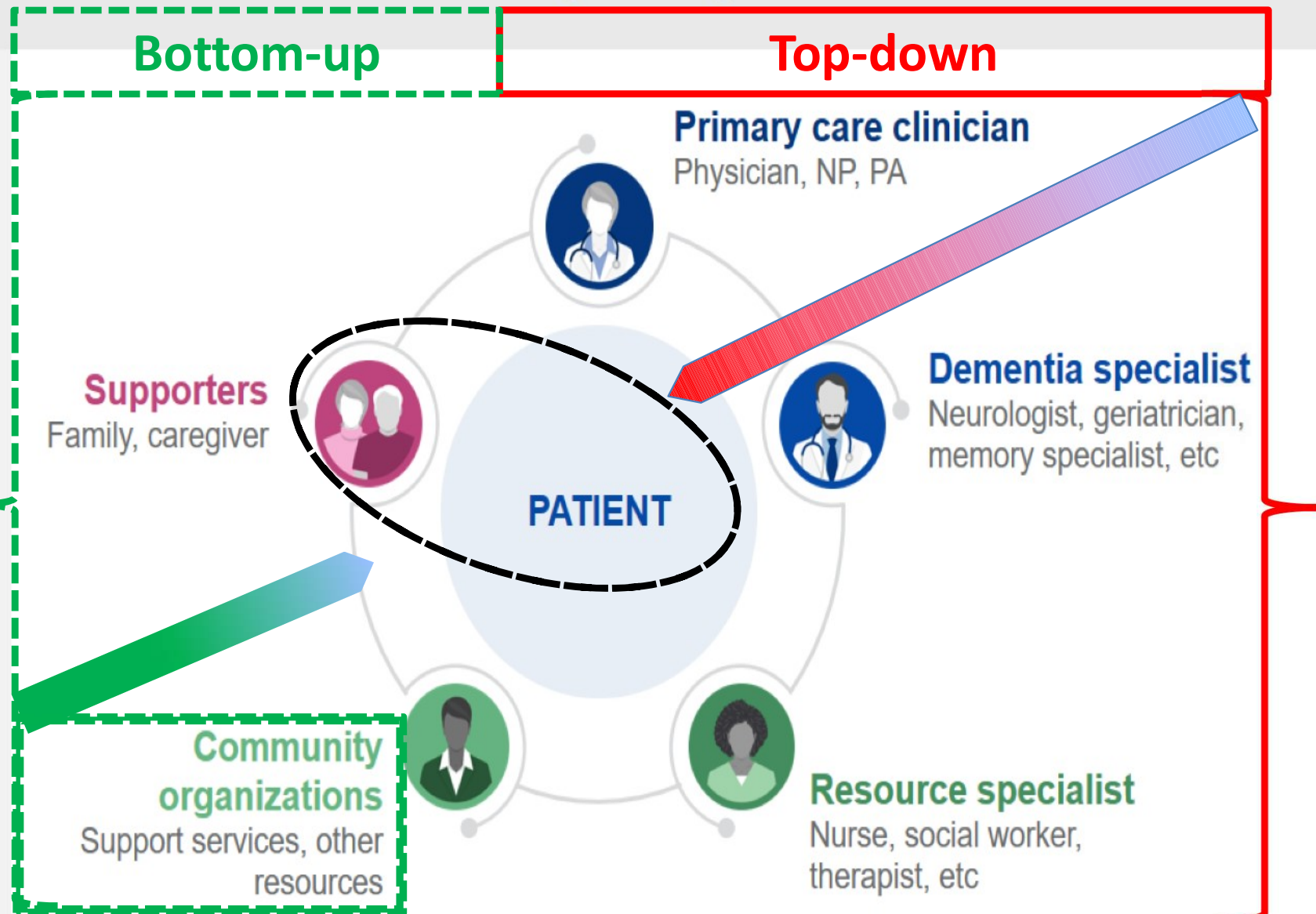
a. Sperling RA, et al. *Alzheimers Dement*. 2011;7:280-292; b. Gale SA, et al. *Am J Med*. 2018;131:1161-1169.

Prevenzione e diagnosi precoce

1. MMG
2. Specialista consulente
3. CDCD
4. Centri di riferimento per il nuovi farmaci

The PCP as Part of a Multidisciplinary Care Team

The exact makeup of the care team will differ by patient and by what is available in the PCP's locale



NP, nurse practitioner; PA, physician assistant.

1. Galvin JE, et al. Front Neurol. 2021;11:592302; 2. Faculty insights of Sonia M.D. Brucki, MD, PhD.

Rapporto sulla sussidiarietà 2025/26.

- Responsabilizzare i cittadini non significa scaricare su di loro il peso delle inefficienze del sistema, ma riconoscerli come soggetti attivi, coinvolgendoli:
 - nella definizione delle priorità;
 - nell'uso consapevole delle risorse;
 - nella valutazione dei servizi.

Conclusioni 1/2

- **Top-down:**

- 
- Lento adeguamento alla nuova realtà demografica
 - Discontinuità assistenziale Ospedale / Territorio
 - Interventi di riabilitazione tardivi e/o sottovalutati
 - Frammentazione e scarsa integrazione tra servizi

- **Botton-up:**

- 
- Bisogni assistenziali vissuti in solitudine
 - Scarsa informazione e bisogni non rappresentati
 - Diagnosi tardive
 - Mancata rappresentanza nelle sedi istituzionali

Progetto + operatori di restauro

