

# I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE IN ITALIA

*a cura di*  
Davide L. Vetrano

INDAGINE 2024



**ITALIA  LONGEVA**  
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA



# I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE IN ITALIA

*a cura di*

**Davide L. Vetrano**

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

*Con il contributo di*

**Rosa Liperoti**

Medico Geriatra, Professore Associato di Geriatria presso il Centro di Medicina per l'Invecchiamento dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

*Un progetto di Italia Longeva coordinato da*

Cecilia Behmann, Project Manager

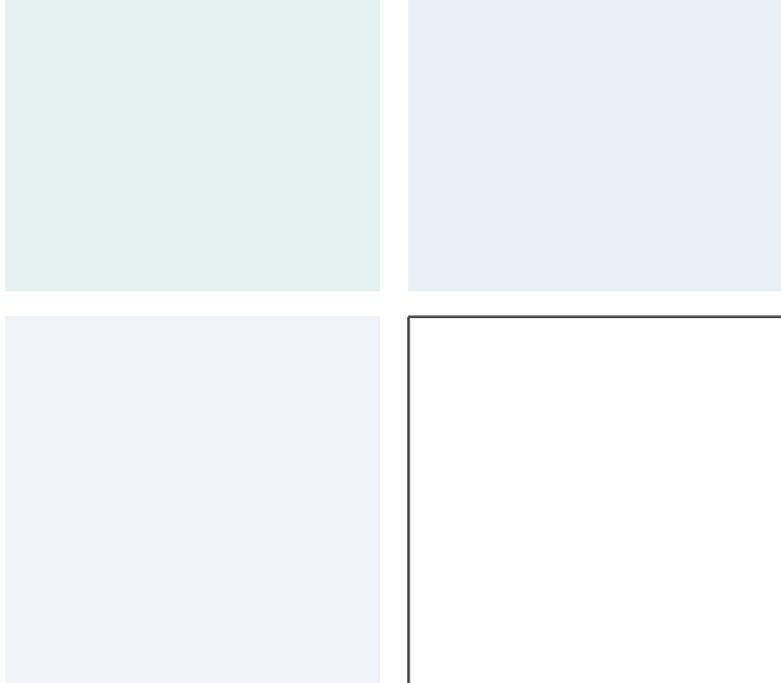
Andreina De Pascali, Segretario Generale

*Impaginazione e grafica:*

**FC GRAFICA di Flora Camporondo**

Finito di stampare nel mese di Luglio 2024

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
- 11 IL QUADRO DI INSIEME
- 15 Capitolo 1  
I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE
- 27 Capitolo 2  
LA DEMENZA E LA LONG-TERM CARE IN ITALIA:  
SFIDE EMERGENTI TRA OFFERTA DI CURE  
E INNOVAZIONE
- 31 RINGRAZIAMENTI





## PREFAZIONE DI ITALIA LONGEVA

**E**cco l'ottava edizione del consueto approfondimento di Italia Longeva e ci occupiamo ancora una volta di cure domiciliari e residenzialità. Ormai lo sappiamo a memoria: il nostro è tra i paesi più vecchi del mondo e grazie alle ricerche di Italia Longeva abbiamo imparato che in Italia circa il 20% degli over 60 presenta una condizione di fragilità moderata o severa. Con più fragili al Sud e nelle Isole che al Nord. Come risponde il nostro SSN a questa epidemia dei tempi moderni?

I dati sono complessivamente positivi. L'ADI cresce e cresce anche il numero di posti letto in RSA. Ad oggi facciamo il doppio dell'ADI che si faceva 10 anni fa. Sia chiaro, non ovunque lungo lo stivale. Ma rimane irrisolto il quesito su che tipo di cure domiciliari vengono offerte, sulla loro qualità, sulla standardizzazione della misura del bisogno. Poche ore di aiuto al mese potrebbero non essere sufficienti per configurare un sistema di assistenza domiciliare integrata che possa definirsi sufficiente. E non consentire agli operatori sanitari di parlare la stessa lingua, e di trasmettere e condividere le informazioni davvero importanti per la costruzione di piani assistenziali individualizzati che funzionino davvero, rappresenta ancora una delle più pesanti zavorre che ostacolano l'evoluzione della nostra long-term care.

Quest'anno apriamo al tema delle demenze e le implicazioni che la marea montante di anziani affetti da deterioramento cognitivo sta già avendo –

e avrà sempre più – sulla sostenibilità del nostro SSN, in generale, e più nello specifico della long-term care. La scienza sta progredendo sui trattamenti farmacologici della demenza ma in Italia ancora mancano dei dati essenziali sull'epidemiologia delle demenze e delle forme di pre-demenza, specie in setting assistenziali quali le cure domiciliari. Mancano inoltre studi di implementazione che testino sistemi di cure integrate rivolte a questa categoria di pazienti. Insomma, c'è ancora parecchio da fare e Italia Longeva si impegna a non distogliere lo sguardo da questo tema.

Italia Longeva ribadisce l'urgenza di sviluppare politiche innovative che rispondano adeguatamente all'invecchiamento della popolazione e alle crescenti esigenze di assistenza. Questo richiede un impegno congiunto da parte delle istituzioni, dei professionisti sanitari e della società civile per creare un sistema di long-term care che sia veramente centrato sul paziente e che possa adattarsi alle diverse necessità individuali.

**Roberto Bernabei**  
Presidente Italia Longeva





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

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

### **I CAMPI DI INTERESSE**

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

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

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

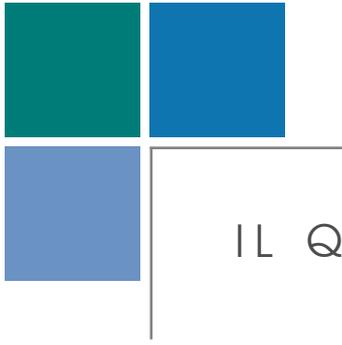
### **GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ**

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

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

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





## IL QUADRO D'INSIEME

L'approfondimento annuale di Italia Longeva del 2024 segna l'ottava edizione di un'indagine che esplora dettagliatamente la capacità di risposta del Sistema Sanitario Nazionale ai bisogni assistenziali di long-term care di una popolazione sempre più anziana. Italia Longeva, con oltre un decennio di esperienza nell'analisi e descrizione del complesso panorama delle cure territoriali per anziani e fragili, ribadisce il suo impegno nel facilitare il dialogo tra tutte le parti interessate. L'organizzazione si focalizza sulla necessità di un confronto costruttivo per superare le incertezze e migliorare la qualità e l'efficacia delle cure a lungo termine. Quest'anno con una riflessione aggiuntiva intorno al tema della demenza, malattia cronica la cui prevalenza è in aumento, che esercita importanti pressioni di carattere medico, organizzativo ed etico e pone delle sfide che andrebbero affrontate già oggi. Negli anni precedenti, Italia Longeva ha delineato un panorama della long-term care articolato e complesso, identificando numerose aree problematiche che complicano l'identificazione di strategie chiare nel processo di rinnovamento di questo settore.

La long-term care si afferma come una risposta imprescindibile alle sfide complesse della multimorbilità, fragilità e disabilità, sempre più frequenti in un contesto di invecchiamento demografico, che vede il sempre più efficace controllo di malattie acute – considerate letali fino ad un decennio fa – ed una conseguente cronicizzazione delle stesse. Si pensi a quante persone oggi siano in grado di convivere, ad esempio, con il cancro, con gli esiti di un severo ictus o di un esteso infarto del miocardio. Tuttavia, la cronicizzazione di tali malattie ha come quello di facilitare l'insorgenza di limitazioni funzionali, che portano ad una progressiva disabilità. Il ruolo della long-term care è in tal senso cruciale per

garantire un'assistenza adeguata e mirata, affrontando efficacemente la crescente domanda di servizi assistenziali. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) e le cure residenziali sono pilastri essenziali della long-term care.

L'assistenza domiciliare integrata è un modello di precisione volto a fornire servizi personalizzati a persone con esigenze assistenziali complesse. Questo approccio si basa sulla stretta collaborazione tra professionisti sanitari, servizi sociali e reti di sostegno familiare, con l'obiettivo di promuovere l'autonomia degli individui fragili e di prevenire o ritardare la necessità di cure residenziali. L'ADI favorisce l'allocazione efficiente delle risorse, massimizzando il benessere degli individui e riducendo il ricorso a cure ospedaliere costose e stressanti per il paziente e i propri familiari. Le cure residenziali, d'altra parte, rappresentano una risposta indispensabile per coloro che non possono più essere assistiti in modo sicuro ed efficace a casa. Questi servizi devono essere progettati e gestiti attentamente per garantire un'assistenza di alta qualità, adeguata alle esigenze individuali e capace di preservare la dignità e il benessere dei residenti. Un equilibrio tra assistenza medica, sociale e personale, unito a un'attenzione alle relazioni umane e alla vita di comunità, può garantire un'esperienza residenziale di valore, andando oltre la mera cura dei sintomi. In un contesto di salute pubblica, l'assistenza domiciliare integrata e le cure residenziali rappresentano componenti cruciali di una risposta politica e sanitaria coerente alle esigenze degli anziani. Tuttavia, per essere realmente efficaci, questi modelli devono essere integrati in una strategia più ampia che promuova una cultura del rispetto per l'anzianità, valorizzi l'autonomia individuale e garantisca un accesso equo e sostenibile all'assistenza. Il successo di tali iniziative

dipenderà dalla capacità di adattarsi e rispondere alla domanda in continua evoluzione di assistenza, assicurando al contempo la sostenibilità del sistema di long-term care. L'integrazione tra i vari servizi di assistenza e il coordinamento tra le diverse figure professionali coinvolte sono fondamentali per creare un sistema coeso e efficiente. È essenziale investire nella formazione continua degli operatori sanitari e sociali, così come nella sensibilizzazione della comunità sull'importanza di un approccio integrato all'assistenza. Solo attraverso un impegno collettivo e una visione a lungo termine si potrà rispondere adeguatamente alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, garantendo una qualità di vita dignitosa e serena agli anziani e alle persone fragili. In sintesi, l'assistenza domiciliare integrata e le cure residenziali sono elementi fondamentali di una strategia di long-term care efficace. Questi modelli devono essere supportati da politiche innovative e da un forte impegno da parte di tutte le parti coinvolte per costruire un sistema di assistenza a lungo termine che sia sostenibile, equo e centrato sui bisogni delle persone.

Nel primo capitolo dell'indagine, riportiamo la serie storica e l'aggiornamento al 2023 dei dati ministeriali relativi all'erogazione di cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali in Italia. Sia i dati relativi all'ADI che quelli relativi alle RSA mostrano un'accelerazione del numero e della percentuale di assistiti e residenti, rispettivamente. Durante il corso del 2023, in Italia, il 3,89% dei residenti over 65 – oltre 540.000 individui – ha usufruito di cure domiciliari. Tale tasso di erogazione ADI risulta essere doppio rispetto a quanto registrato dieci anni prima, nel 2014, segnale di un reale potenziamento di questa essenziale area della long-term care, che come anticipato mostra un'impennata proprio negli ultimi anni; gli anni che seguono alla pandemia da SARS-CoV-2. Tuttavia, a fronte di un tasso medio nazionale che sfiora il 4% – lungi dall'avvicinarsi all'obiettivo del 10% preposti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – il diva-

rio tra le diverse aree del paese si conferma ampio e preoccupante. Se da un lato la Regione Molise riesce a garantire cure domiciliari al più del 7% degli anziani over 65 residenti, l'Abruzzo al 5,8% e la Basilicata al 5%. All'opposto dello spettro troviamo Calabria, Sardegna e Puglia che registrano tassi di copertura dell'1,7%, 2,15% e 2,49, rispettivamente. Come evidenziano i numeri, si tratta di un divario profondo, frutto di storie, politiche e tessuti sociali differenti, che tuttavia generano importanti disuguaglianze nell'ambito del Paese. Una tendenza in aumento, e più ripida rispetto al passato, viene documentata anche nell'ambito delle cure residenziali: si espandono i tassi di individui over 65 – ed in particolare over 75 – che risiedono in RSA. Nel 2023, più di 400.000 anziani over 65 ha risieduto presso una struttura residenziale assistenziale. Anche in questo caso le differenze geografiche sono marcate e seguono – contrariamente a quanto riportato per le cure domiciliari – un gradiente nord-sud. Il più elevato numero di residenti in RSA viene riportato dalla Provincia Autonoma di Trento, con quasi il 10% di over 65 in RSA, seguita da Veneto e Piemonte, entrambe sopra il 5%. Al contrario, Campania, Basilicata, Molise, Sicilia e Puglia non raggiungono l'1%. Guardando al dato complessivo ADI-RSA, si evince che 12 Regioni/Province Autonome su 21 offrono servizi ADI o garantiscono un letto in RSA ad una fetta della popolazione anziana over 65 che oscilla dal 6% all'8%. Tale dato, mostrato nel primo capitolo del presente documento, rivela inoltre la differente tendenza delle diverse Regioni italiane a favorire maggiormente un servizio, l'altro o entrambi in maniera bilanciata.

Nel secondo capitolo dell'indagine, presentiamo un focus sul tema delle demenze e le loro implicazioni che identificano nella long-term care uno snodo irrinunciabile della cura e assistenza alla marea montante di cittadini destinati a vivere con demenza o deterioramento cognitivo invalidante. Secondo un recente censimento dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia, nel 2023, si contavano più di 1,1 milioni

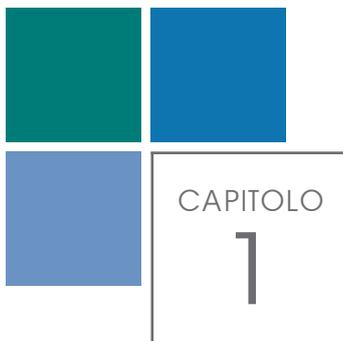


di persone affette da demenza. Di queste, circa il 12% risiede in RSA. Molto meno rappresentativi sono invece i numeri che riguardano le cure domiciliari. Secondo dati parziali, un anziano su tre beneficiario di servizi ADI presenta una diagnosi di demenza e quasi il doppio presenta un deterioramento cognitivo di grado da lieve a moderato. In Italia, a fronte di rilevanti novità nell'ambito del trattamento farmacologico della demenza, che potenzialmente modificheranno la storia della malattia di tanti soggetti affetti, ci si scontra con una paucità di dati che descrivano fedelmente l'epidemiologia della demenza nei vari setting assistenziali, e ancor più di rilievo il quadro clinico-funzionale delle persone affette. Mancano i big-data che andrebbero interro-

gati per meglio pianificare la prossima generazione di servizi territoriali destinati ai cittadini con deterioramento cognitivo e risulta impossibile integrare e scambiare le informazioni cliniche in maniera efficace al fine di migliorare l'esperienza e la qualità di vita di chi ne è affetto.

Quello di Italia Longeva è un appello a fare di più, a misurare il bisogno assistenziale in maniera attendibile e standardizzata, a investire maggiormente nella ricerca sulla long-term care e, infine, a trarre spunto da quei tanti esempi virtuosi che numerosi Paesi, vicini di casa, sarebbero in grado di "spiegarci".





CAPITOLO

1

## I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE

In paesi come l'Italia, caratterizzati da un progressivo e rapido invecchiamento della popolazione ed un crescente indice di dipendenza, l'efficienza dei servizi territoriali, incaricati di assicurare un'assistenza adeguata ai cittadini durante la loro vita comunitaria e nelle possibili transizioni tra vari contesti assistenziali, è un elemento cruciale nell'ecosistema sanitario. Questi servizi, che comprendono l'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale, costituiscono i pilastri essenziali della long-term care. Il principio che guida questa rete di assistenza è l'importanza del domicilio come principale luogo di cura, conforme al concetto fondamentale nei moderni sistemi sanitari nazionali dell'aging at home. Il principio dell'aging at home si basa sull'idea che le persone anziane possano e debbano rimanere nel proprio ambiente domestico il più a lungo possibile, beneficiando di cure e supporto adeguati per mantenere una buona qualità di vita e il loro benessere psicofisico. Ciò richiede l'integrazione di vari servizi, tra cui assistenza medica e infermieristica, riabilitazione, supporto psicologico, servizi sociali e cure palliative. L'efficacia di questa rete di long-term care dipende fortemente dalla capacità di assicurare la continuità dell'assistenza in tutte le sue fasi, facilitando una transizione senza soluzione di continuità tra diversi livelli di cura e contesti assistenziali. Inoltre, i servizi residenziali e semi-residenziali svolgono un ruolo fondamentale nel fornire un'alternativa all'assistenza domiciliare quando questa non è più praticabile o adeguata. In questo capitolo, intendiamo offrire una panoramica della distribuzione territoriale della long-term care in Italia. Presentiamo i dati del Ministero della Salute, che monitora costantemente i volumi di attività legati all'assistenza domiciliare, residenziale, e semi-residenziale. Questa analisi ci permetterà di comprendere meglio come i servizi di long-term

care siano distribuiti sul territorio nazionale e quali siano le principali tendenze in atto.

### Cure domiciliari

Le analisi qui riportate fanno riferimento alla serie storica 2014-2023, con un focus sui dati relativi al 2023. L'aggiornamento più recente di questi dati proviene dalla Direzione Generale per la Digitalizzazione, il Sistema Informativo Sanitario e la Statistica del Ministero della Salute. Il monitoraggio dell'erogazione di cure domiciliari avviene tramite soddisfacimento del flusso informatico SIAD, il Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare. Per ulteriori dettagli circa la struttura e il funzionamento del SIAD, si prega di far riferimento alle note metodologiche riportate alla fine del capitolo.

Il progressivo incremento nella percentuale di anziani riceventi Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) già descritto gli scorsi anni, prosegue, e sembra accelerare, durante l'arco del 2023 (Figura 2.1). L'analisi della serie storica, che prende avvio nel 2014, evidenzia una crescita sostanziale fino al 2019, seguita da una fase di stallo corrispondente al 2020, anno di inizio della pandemia da SARS-CoV-2, per poi riprendere nel periodo successivo. Nel 2019, il numero di individui over 65 che ricevevano l'ADI ammontava a 398.633, di cui 335.309 over 75. In termini proporzionali (Figura 2.2), nel 2019 i beneficiari dell'ADI rappresentavano il 2,83% della popolazione over 65 (contro il 2,72% nel 2018 e il 2,54% nel 2017) e il 4,68% della fascia over 75. Nel 2020, si è riscontrato un rallentamento nella crescita del numero di assistiti in ADI, con un totale di 396.347 over 65 (2,84% del totale), di cui 328.382 over 75 (4,67% del totale). A partire dal 2021, i dati evidenziano un nuovo aumento nel numero di beneficiari dell'ADI. Questa tendenza si confermava – con un'accennata accelerazione – anche nel biennio successi-

vo, fino a registrare nel 2023 546.024 over 65 beneficiari di servizi ADI, dei quali 460.927 over 75.

Il tasso di anziani over 65 e over 75 beneficiari di cure domiciliari nel periodo 2014-2023 è riportato in Figura 2.2. Si conferma la tendenza alla crescita progressiva dei volumi di attività registrata nel corso

degli anni. Confrontando i dati relativi all'inizio e alla fine dello storico, si osserva come il tasso di anziani riceventi cure domiciliari sia passato dall' 1,95% al 3,89% nel caso degli over 65 e dal 3,22% al 6,44% nel caso degli over 75.

La Figura 2.3 evidenzia una sostanziale variabilità

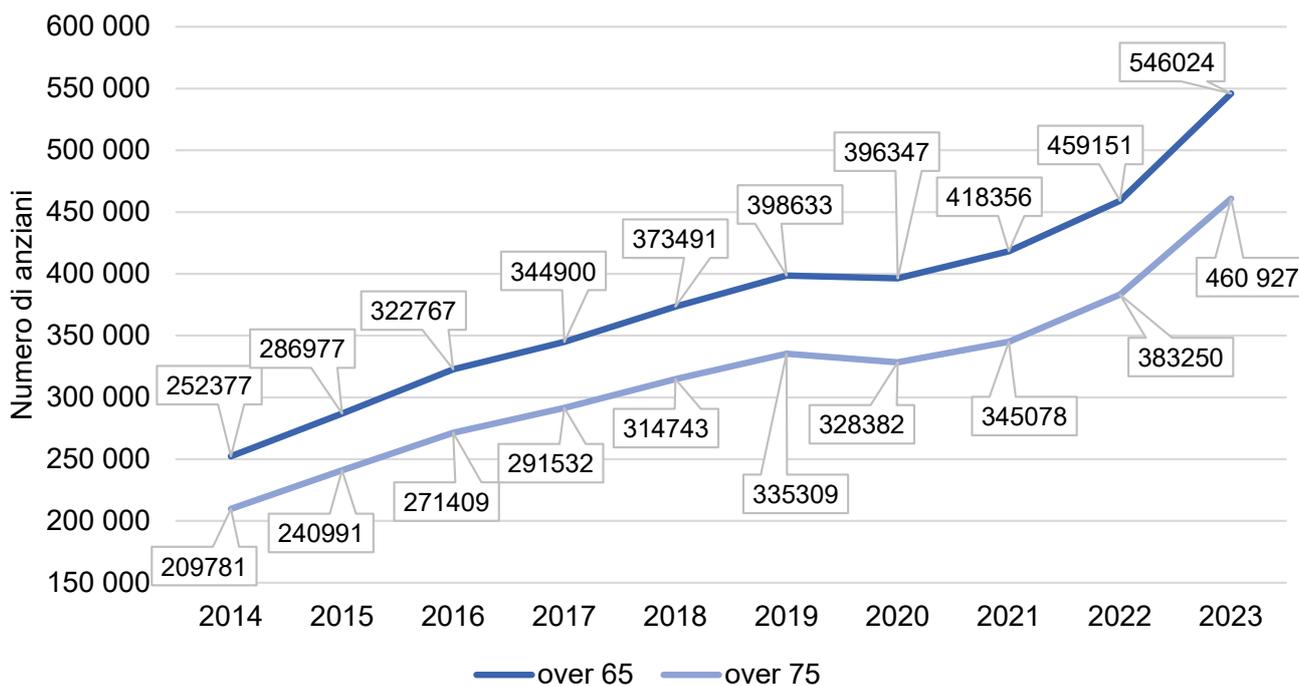


Figura 2.1. Numero di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2023.

Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

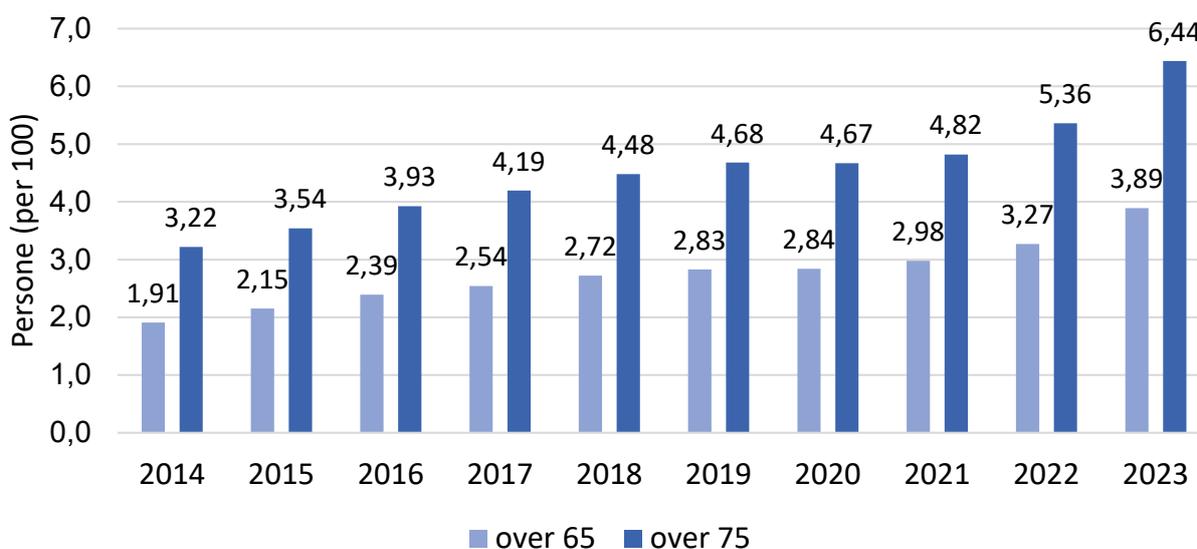


Figura 2.2. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2023.

Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

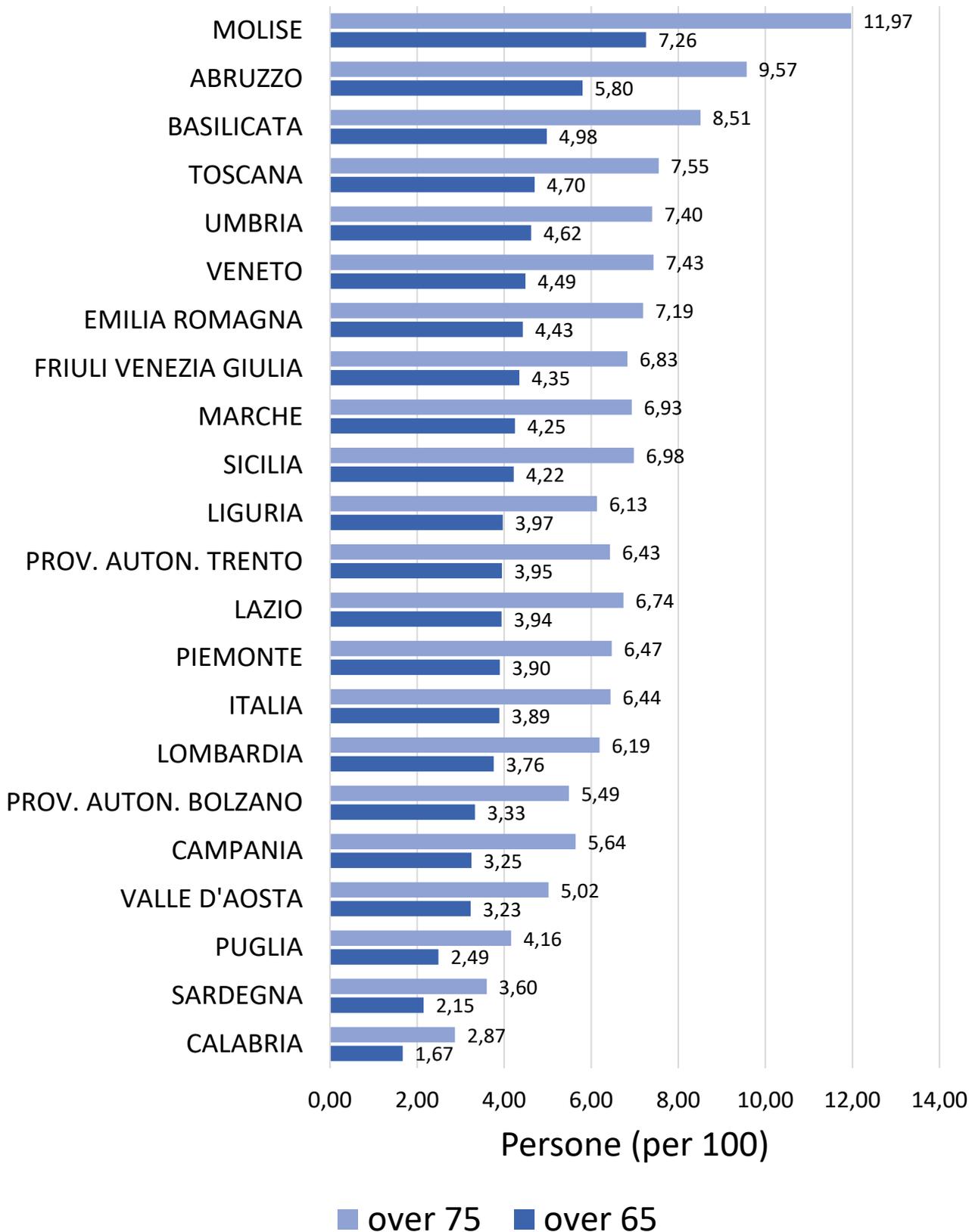
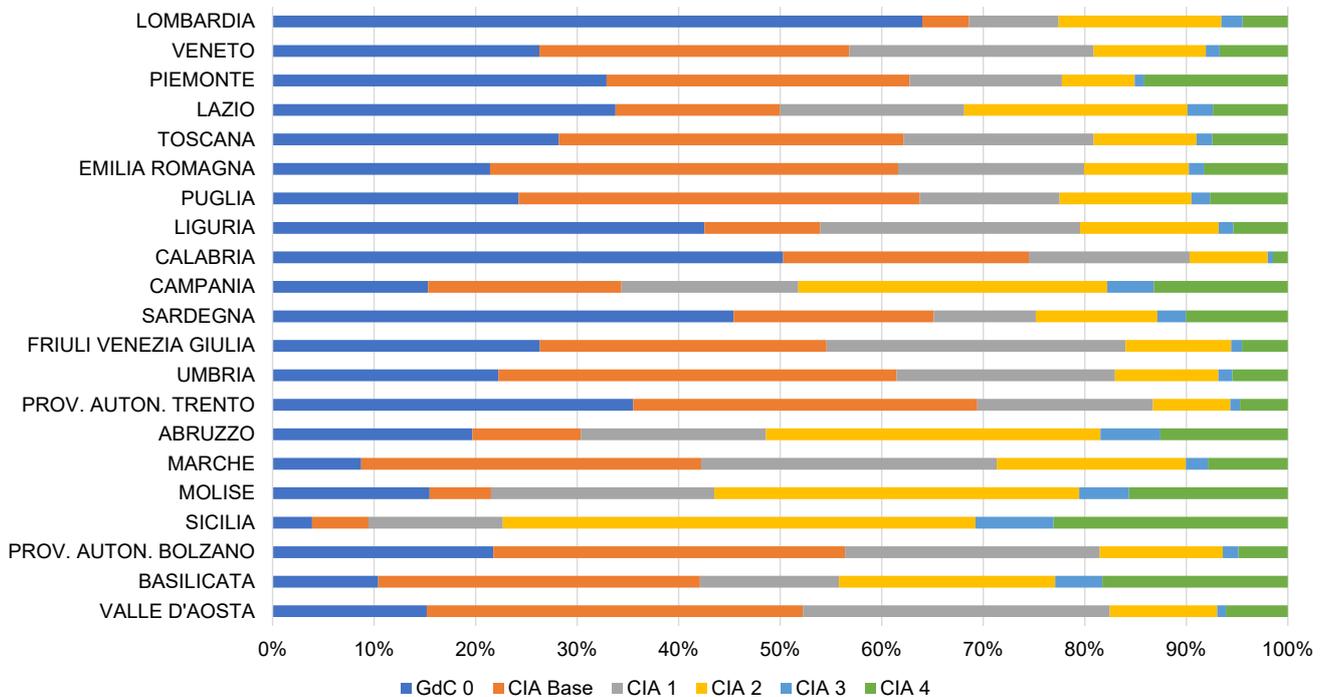


Figura 2.3. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2023.

Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

che interessa le diverse Regioni e Province Autonome italiane – coerentemente a quanto evidenziato nei report precedenti – nell’offerta di ADI. Nel 2023, le regioni che hanno registrato la più alta percentuale di anziani assistiti in ADI, includono il Molise (7,26% degli over 65 e 11,97% degli over 75), l’Abruzzo (5,80% e 9,57%), la Basilicata (4,98% e 8,51%), la Toscana (4,70% e 7,55%) e l’Umbria (4,62% e 7,40%). Viceversa, i tassi più bassi di anziani riceventi cure domiciliari sono stati riscontrati in Calabria (1,67% tra gli over 65 e 2,87% tra gli over 75), Sardegna (2,15% e 3,60%), Puglia (2,49% e 4,16%), Valle d’Aosta (3,23% e 5,02%) e Campania (3,25% e 5,64%).

Il trend positivo inerente all’offerta di cure domiciliari interessa non solo il tasso di anziani assistiti ma anche il numero di Prese In Carico (PIC), ovvero di episodi di cura, che, come è noto, possono ripetersi nello stesso anno per lo stesso individuo. Osservando gli anni che precedono l’emergenza sanitaria del 2020-2021, è evidente un aumento sostenuto delle prese in carico, con una iniziale attenuazione nel 2020, e successivamente ripresosi. Durante l’anno 2023, tra gli individui di età uguale o superiore ai 65 anni, si sono registrate un totale di 1.949.890 PIC (su un totale di 2.149.541 registrate nella popolazione generale), circa 500.000 in più rispetto al 2022 e



**Figura 2.5. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2023.**

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 2023

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.

oltre 900,000 in più rispetto al 2021. Nel dettaglio, nell'arco del 2022, delle 1.446.254 Presa In Carico destinate agli individui di 65 anni o più, si notano 389.688 casi con il grado minimo di intensità assistenziale (CIA base), 301.070 casi inquadrati nel primo livello di CIA, 307.333 casi nel secondo livello, 42.199 nel terzo e 147.937 nel quarto. Da segnalare, infine, l'ampio aumento delle visite domiciliari di carattere episodico, che contano 751.326 PIC. La Figura 2.5 presenta la distribuzione percentuale dei vari gradi di intensità assistenziale domiciliare nelle varie Regioni e Province Autonome Italiane.

### Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Differentemente da quanto messo in atto dalla gran parte dei paesi europei, che tendono ad enfatizzare la domiciliarità come luogo privilegiato per l'assistenza sanitaria, in Italia si osserva una tendenza all'incremento del numero di anziani accolti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). I dati relativi allo storico 2017-2023 mostrano un progressivo incremento e accelerazione del numero e del tasso di persone anziane residenti in RSA (Figura 2.6). Nel 2017, la popolazione over 65 assistita nelle RSA

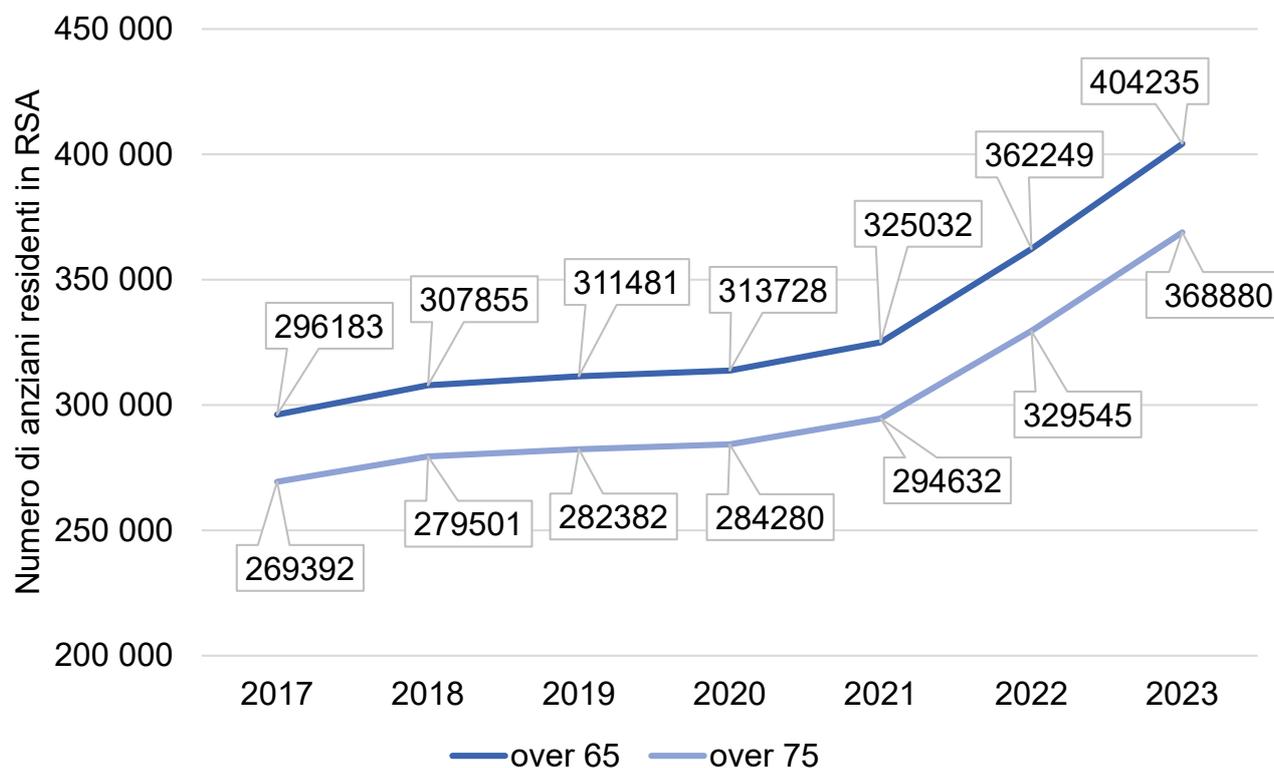


Figura 2.6. Numero di anziani residenti in RSA. Serie storica 2017-2023.

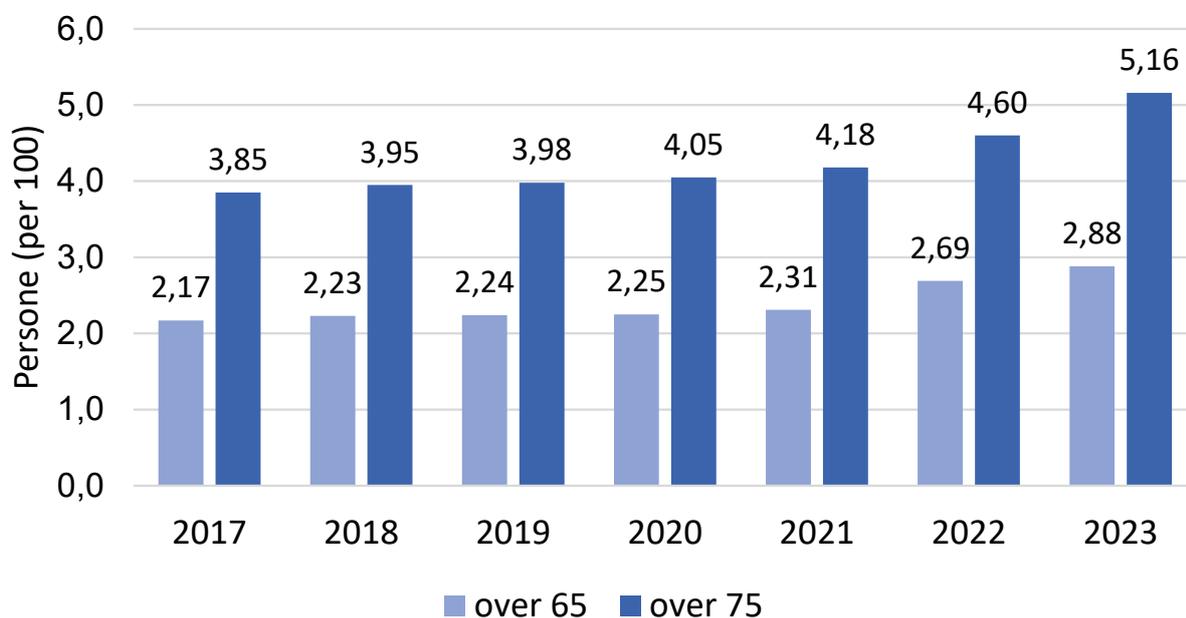
Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

contava 296.183 unità. Negli anni 2018-2020, questo dato è andato incontro ad una lieve crescita, successivamente acceleratasi a partire dal 2021. Nel 2021 si registravano 325.032 individui over 65 che per i quali è stata registrata una permanenza presso una RSA nello stesso anno. Tale dato mostra un incremento nel 2022 e nel 2023, anno durante il quale si registrano 404.235 anziani over 65 in RSA. In termini relativi, nel 2023 il 2,88% degli over 65 e il 5,16 degli over 75 risultava essere stato trasferito presso una RSA almeno una volta durante lo stesso anno, come illustrato nella Figura 2.7.

Come ripetutamente evidenziato durante gli anni precedenti, l'offerta di posti letto in strutture residenziali ha mostrato, anche nel 2023, significative variazioni tra le diverse Regioni e Province Autonome del Paese (Figura 2.8). Nel 2023, le aree che

hanno registrato la maggiore presenza di over 65 assistiti in istituti residenziali comprendevano la Provincia Autonoma di Trento (9,9%), il Veneto (5,9%), il Piemonte (5,4%), la Lombardia (4,6%), e la Provincia Autonoma di Bolzano (4,3%). In contrasto, le regioni con tassi di assistenza residenziale più bassi per gli over 65 comprendevano la Campania (0,3%), Basilicata (0,5% ciascuna), Molise (0,7%) la Sicilia (0,9%) e la Puglia (0,9%). I dati relativi alla Sardegna non erano disponibili al 30 giugno 2024.

I trattamenti semiresidenziali rappresentano una soluzione di assistenza efficace e sostenibile, specificamente pensata per pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. Questa modalità di cura si colloca in una posizione intermedia tra l'assistenza domiciliare e le cure residenziali, offrendo un ap-



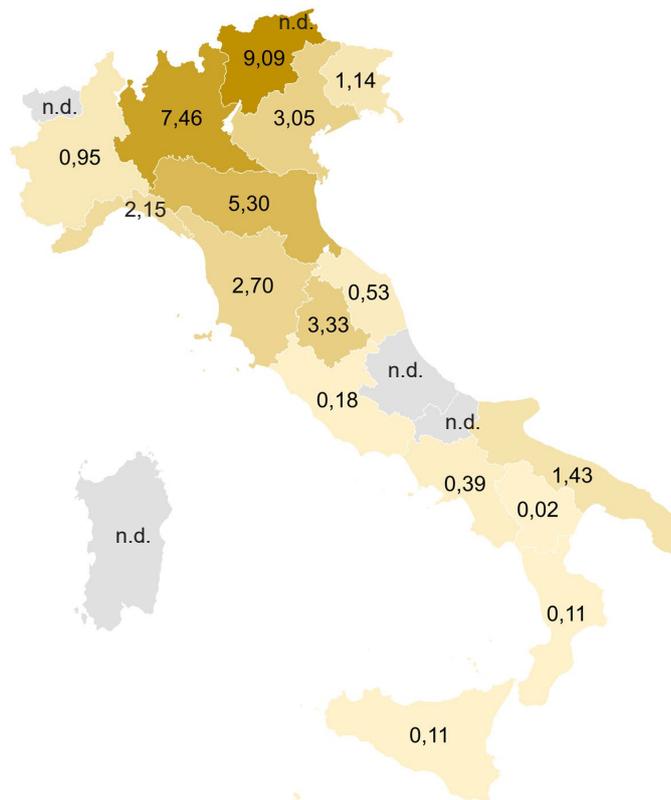
**Figura 2.7 Percentuale di anziani residenti in RSA durante gli anni 2017-2023.**  
Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.



to un tasso di 9,09‰, seguita dalla Lombardia con 7,46‰, l’Emilia Romagna con 5,30‰, l’Umbria con 3,33‰, il Veneto (3,05‰) e la Toscana con 2,70‰. Al contrario, i tassi più bassi sono stati rilevati dalla Basilicata (0,02‰), Calabria e Sicilia (0,11‰), Lazio (0,18‰) e Marche (0,43‰). I dati relativi alla Valle D’Aosta, Bolzano, Molise, Abruzzo e Sardegna risultano non pervenuti al 30 giugno 2024.

La Figura 2.10 illustra un confronto regionale nell’anno della percentuale di anziani over 65 residenti in strutture RSA rispetto a coloro che ricevono servizi ADI durante il corso dell’anno 2023. Esaminando il diagramma a barre, si osserva che esistono tendenze differenti tra le Regioni e le Province Autonome in termini di offerta di cure in strutture residenziali rispetto a quelle domiciliari. In particolare, si può

notare come realtà come la Provincia Autonoma di Trento, il Veneto e il Piemonte adottino un modello di long-term care che predilige la cura degli anziani all’interno di strutture residenziali, evidente dal più elevato tasso di anziani registrato in RSA e non in ADI. Al contempo, Regioni quali il Friuli Venezia Giulia, la Calabria e la Valle D’Aosta registrano un eguale tasso di anziani assistiti in ADI e residenti in RSA. Viceversa, si identificano aree quali la Campania, la Basilicata e il Molise, dove la percentuale di individui residenti in RSA è nettamente inferiore a quella degli anziani riceventi cure domiciliari. La Figura 2.11 fornisce una rappresentazione dello stesso dato, mostrando la suddivisione tra ADI e RSA in termini percentuali, in relazione al volume totale di servizi forniti nei due differenti ambienti assistenziali.



Powered by Bing  
© GeoNames, Microsoft, TomTom

**Figura 2.9. Anziani over 65 (per 1000) in trattamenti semiresidenziali nel 2023.**  
Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

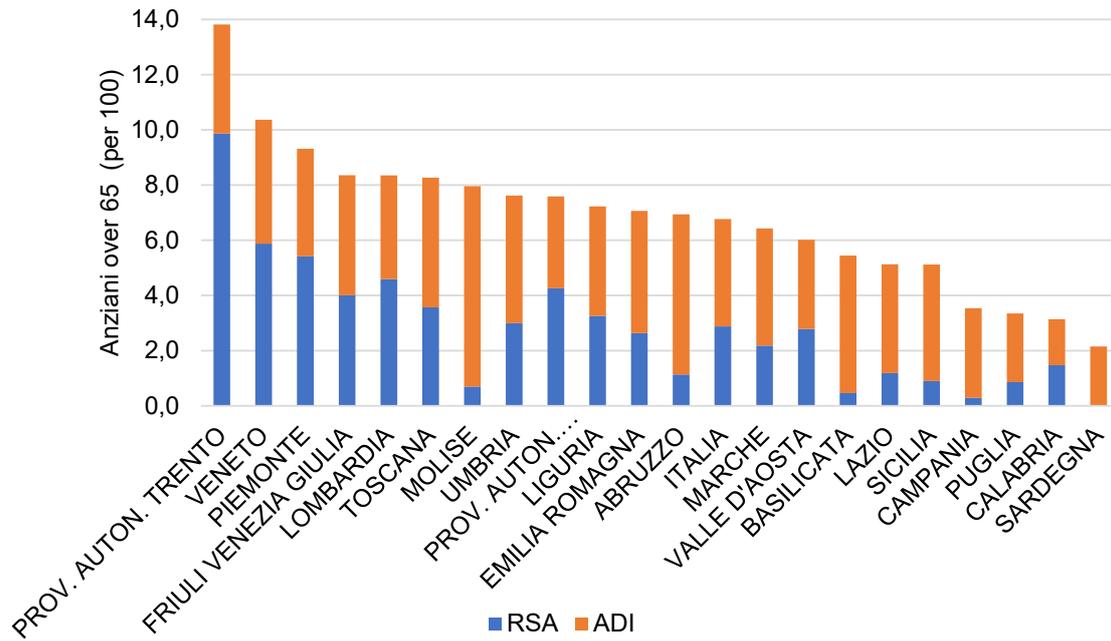


Figura 2.10. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani over 65 ricevuti ADI e residenti in RSA nel 2023. Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

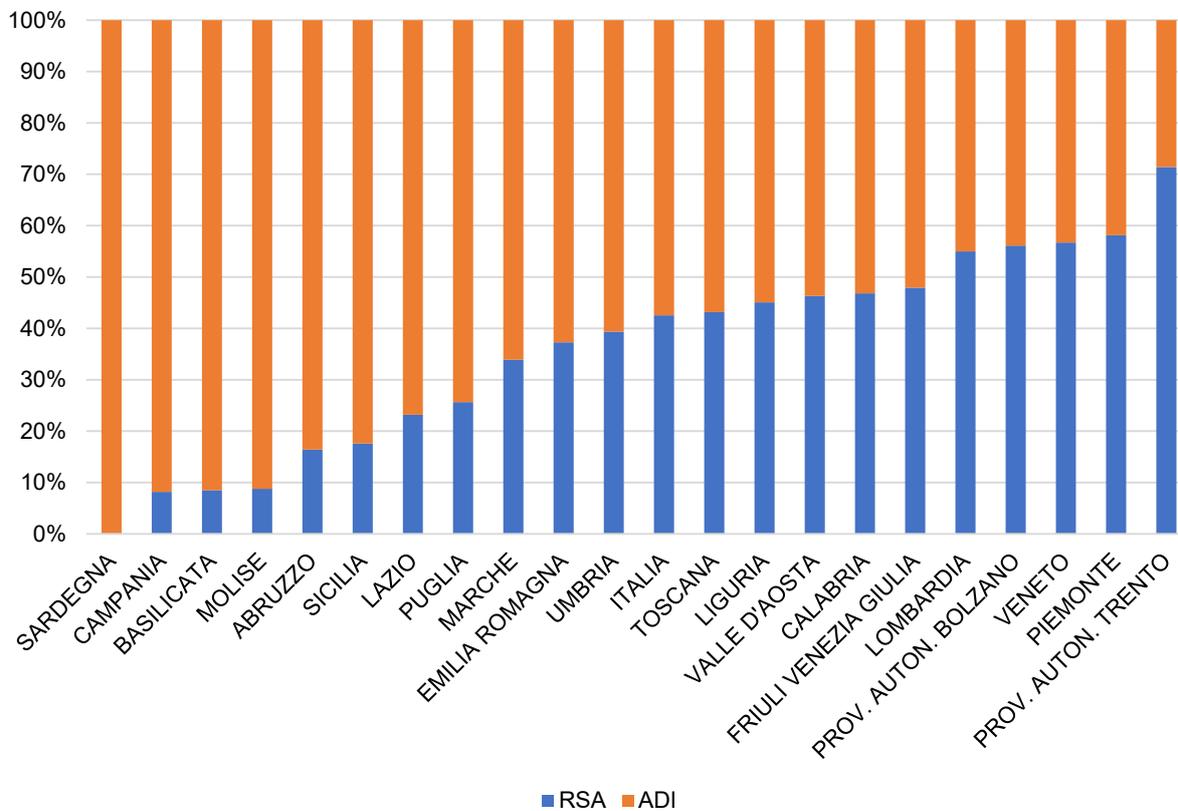


Figura 2.11. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani over 65 ricevuti ADI e residenti in RSA sulla percentuale complessiva (ADI+RSA) degli stessi nel 2023. Fonte: Ministero della Salute (2024). Elaborazione di Italia Longeva.

### Note metodologiche relative ai flussi informativi ministeriali

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

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

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

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

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

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

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), tramite la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), raccoglie informazioni sulle prestazioni fornite in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o individui non autosufficienti in condizioni

croniche o di stabilizzazione delle condizioni cliniche. Per il calcolo dell'indicatore, si considerano gli assistiti (individui distinti per ogni struttura) con ricoveri già aperti al 1° gennaio dell'anno di riferimento o intrapresi durante lo stesso anno. Il tipo di prestazione rientra in una delle seguenti categorie: R1, R2, R2D, R3. Per calcolare l'indicatore relativo alla percentuale di individui over 65 che beneficiano di cure in un ambiente semiresidenziale, si considerano gli assistiti (individui distinti per ogni struttura) con ammissioni già aperte al primo gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno.





CAPITOLO

2

## LA DEMENZA E LA LONG-TERM CARE IN ITALIA: SFIDE EMERGENTI TRA OFFERTA DI CURE E INNOVAZIONE

Il significativo aumento dell'aspettativa di vita globale ha comportato rilevanti cambiamenti nella demografia delle popolazioni, influenzando in particolare la prevalenza delle malattie neurodegenerative correlate all'età, prima fra tutte la demenza. Oggi nel mondo oltre 55 milioni di persone vivono con la demenza. Secondo il 'Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025' dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), questa cifra è in costante aumento e arriverà a 75 milioni entro il 2030 e 132 milioni entro il 2050, con circa 10 milioni di nuovi casi all'anno. Di questi, il 60-70% sarà rappresentato da individui con demenza di Alzheimer. Tale crescita determinerà un'impenata dei costi globali associati alla demenza che dalle stime attuali di oltre 1 trilione di dollari all'anno saliranno a circa 3 trilioni di dollari entro il 2030.

Contrariamente a quanto riportato per le stime di prevalenza, recenti studi epidemiologici hanno testimoniato una riduzione dell'incidenza dei casi di demenza in alcune popolazioni, fenomeno attribuibile a molteplici fattori quali diffuse strategie di prevenzione delle malattie cardiovascolari, attraverso l'adozione di stili di vita sani e un miglior controllo dei fattori di rischio come fumo, ipertensione, diabete e obesità, miglioramento delle condizioni socioeconomiche e del livello di istruzione, progressi significativi in ambito sanitario, inclusi diagnosi precoce e trattamenti più efficaci delle comorbidità.

L'OMS ha definito la demenza una priorità mondiale di salute pubblica, ha identificato il bisogno di aumentare la consapevolezza nella popolazione e tra i decisori, circa la malattia e le sue implicazioni e di promuovere una società che sia il più possibile inclusiva rispetto a chi ne è affetto, richiamando infine la comunità scientifica e la sanità pubblica a promuovere prevenzione, qualità nell'assistenza, ricerca e innovazione.

Secondo i dati recentemente diffusi dall'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in Italia, alla data del 1° Gennaio 2023, è possibile stimare oltre 1.150.000 casi di demenza e oltre 950.000 casi di Mild Cognitive Impairment (MCI), condizione definibile di pre-demenza che in oltre la metà dei casi evolverà verso la malattia clinicamente manifesta. La grandezza di questi numeri insieme alla lunga storia naturale della malattia che, in relazione a diversi fattori tra cui specifica eziologia, età di esordio, qualità dell'assistenza erogata, può superare i 20 anni, danno una misura della imponente domanda di cure e supporto per i pazienti affetti da demenza e per le loro famiglie che il nostro Paese si trova oggi ad affrontare.

La demenza è al settimo posto tra le principali cause di morte oggi nel mondo e tra le maggiori cause di disabilità e dipendenza funzionale in età geriatrica. Nell'epoca in cui le conoscenze sulla malattia aumentano e sono disponibili i primi farmaci capaci di modificare la storia naturale della demenza di Alzheimer, numerosi Paesi nel mondo, inclusa l'Italia, hanno riconosciuto l'urgenza di affrontare questa epidemia attraverso lo sviluppo e l'implementazione di piani nazionali per le demenze. Questi piani strategici mirano a coordinare gli sforzi tra i vari settori dell'assistenza sanitaria, della sanità pubblica e della ricerca, promuovendo formazione, prevenzione, diagnosi precoce, assistenza e supporto sia per i pazienti che per le loro famiglie. Il Piano Nazionale Demenze (PND) in Italia, adottato nel 2014 e aggiornato nel 2020, ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone affette da demenza e delle loro famiglie, promuovendo una serie di interventi coordinati e integrati a livello nazionale, regionale e locale atti a favorire integrazione tra le diverse figure professionali che forniscono assistenza, a promuovere prevenzione e diagnosi precoce,

a migliorare assistenza domiciliare, cure residenziali e semiresidenziali e integrazione tra i diversi servizi territoriali, e a stimolare avanzamenti in formazione, ricerca e innovazione. Elementi quali disponibilità limitata di risorse e significativa disomogeneità territoriale nella distribuzione e nella qualità dei servizi tra le diverse regioni italiane ha creato ritardi nella implementazione del PND mettendo a rischio l'efficacia delle misure in esso contenute e la loro sostenibilità a lungo termine. Più di recente, nel 2021, l'assegnazione di finanziamenti a supporto del PND ha consentito di concretizzare interventi a livello regionale e nazionale tra cui lo sviluppo di linee guida nazionali per la diagnosi e il trattamento di demenza e di MCI e l'indagine nazionale sui servizi territoriali per le demenze coordinati dall'ISS insieme all'implementazione di azioni di prevenzione, diagnosi precoce, cura, telemedicina e teleriabilitazione già presenti nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per la demenza di cui numerose regioni italiane sono oggi dotate.

### **Long-term care (LTC) e demenza in Italia**

La demenza è caratterizzata da un progresso decadimento delle funzioni cognitive che inesorabilmente conduce l'individuo in una condizione di non autosufficienza. La persona affetta da demenza manifesterà, inoltre, quasi invariabilmente e ad una qualunque epoca della storia naturale della malattia, sintomi psico-comportamentali come per esempio agitazione, aggressività, insonnia, allucinazioni e deliri. La severità di tali sintomi, la difficoltà di trattamento e il grave distress che procurano al malato e ai familiari, pongono la presenza di disturbi psico-comportamentali tra le prime cause di istituzionalizzazione dei pazienti con demenza.

Le caratteristiche stesse della malattia e la sua evoluzione attraverso i diversi stadi di gravità spiegano la necessità di offrire cure di lungo termine a pazienti con demenza e alle loro famiglie quali assistenza domiciliare, cure semi-residenziali e residenziali. Ad oggi, la frammentazione e disomogeneità dei servizi, l'assenza di un sistema informativo inte-

grato, e la non disponibilità di dati di respiro nazionale non consentono di tracciare una descrizione precisa dell'offerta di LTC ai malati di demenza in Italia né di valutarne la qualità. Tuttavia, di recente, nell'ambito delle attività di stesura delle linee guida nazionali per la diagnosi e il trattamento di demenza e MCI e di indagine sui servizi per la demenza promosse dall'ISS, sono state prodotte stime di utilizzo di servizi di cura e analizzati i costi associati alla gestione della demenza nel nostro Paese. Secondo tali dati, il numero dei pazienti con demenza istituzionalizzati a livello nazionale è risultato pari a 141.991 (12% dei casi prevalenti), con permanenza media nelle strutture di 35 mesi. Il 22% dei pazienti con demenza risulta essere stato preso in carico presso un Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Infine, solo il 2% dei pazienti afferisce a centri diurni per demenza. Oltre 700 mila pazienti con demenza (il 64% dei casi prevalenti) non risulta in carico presso strutture sociosanitarie. Non sono noti dati su scala nazionale riguardo la prevalenza di utilizzo di servizi di assistenza domiciliare da parte di pazienti con demenza. Un dato parziale, riguardante la Regione Umbria e pubblicato nell'ambito del report annuale di Italia Longeva del 2018, riportava che su una serie di più di 11.000 soggetti anziani ricevuti ADI in Umbria, il 34% di essi risultava affetto da demenza. Inoltre, indipendentemente dall'aver una diagnosi di demenza, il 61% dei partecipanti allo studio presentava un deterioramento cognitivo da lieve a severo. La spesa totale annua stimata per la gestione e il trattamento dei pazienti con demenza in Italia è di 23,6 miliardi. Circa il 63% di tale spesa è a totale carico dei pazienti e delle loro famiglie ed il 20,9% è rappresentato da costi indiretti da perdita di produttività del caregiver o del paziente. Il SSN copre il 16% di tale spesa, di cui il 53% relativo alle cure erogate in residenze sanitarie assistenziali (RSA). Tali cifre suggeriscono che, ad oggi, il 'burden' della demenza in Italia ricade sostanzialmente sulle famiglie. I pazienti rimangono in comunità nella maggioranza dei casi e le cure sembrano essere erogate prevalentemente in setting domiciliare. Tuttavia, non abbiamo una misu-

ra di quanti pazienti con demenza ricevano cure nell'ambito di servizi strutturati di attività domiciliare e solo una minoranza accede a servizi di tipo semi-residenziale o residenziale. I risultati delle indagini condotte dall'ISS evidenziano un rapporto di 1017 casi di demenza per centro diurno e 306 casi per RSA sul territorio nazionale, e per entrambe le tipologie di strutture grandi disomogeneità tra il nord, il centro e il sud del Paese in termini di numerosità. L'offerta di LTC per i pazienti con demenza non pare sufficientemente rispondere alla domanda di cure a livello nazionale e la disomogeneità territoriale si conferma caratterizzare la disponibilità di strutture e servizi.

### Ricerca e Innovazione

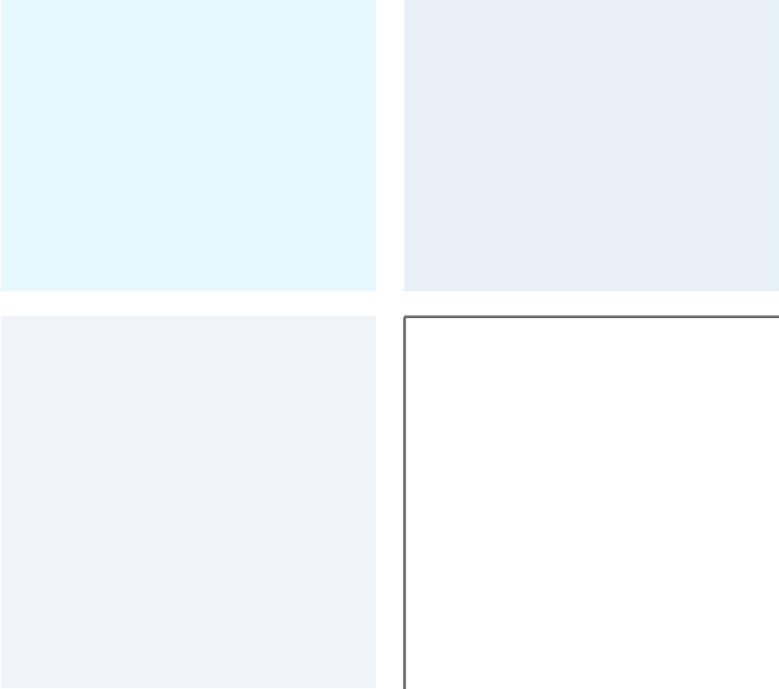
La recente pandemia di COVID-19 ha rivelato una particolare vulnerabilità del sistema di LTC in Italia. Il sistema, disegnato per rispondere ai bisogni dei non autosufficienti nel Paese ma gravato da limiti relativi alla insufficiente offerta e alla frammentazione geografica, è chiamato oggi a rinnovarsi rapidamente per affrontare una nuova epidemia che è quella della demenza. L'obiettivo finale è quello di garantire una efficace integrazione delle cure e dei servizi sanitari e socioassistenziali su tutto il territorio nazionale che possa supportare una presa in carico continuativa dei pazienti dal momento della diagnosi alla erogazione di cure palliative nella fase avanzata di malattia. Il primo passo per il cambiamento è tuttavia la conoscenza adeguata del sistema e la misura della qualità di quanto oggi è offerto. Abbiamo già più volte evidenziato come la non disponibilità di informazioni sistematiche riguardo strutture, processi ed esiti di cura relativi all'assistenza di pazienti con demenza nei vari settori del LTC su tutto il territorio italiano e la mancata integrazione dei dati disponibili rappresentino tra i maggiori ostacoli per una efficace programmazione socio-sanitaria. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) include un forte focus sulla digitalizzazione della sanità, con investimenti destinati a migliorare le infrastrutture digitali e a promuovere l'adozione

di tecnologie avanzate per il monitoraggio a distanza e la telemedicina. Diverse regioni italiane hanno inoltre iniziato ad implementare piattaforme digitali a supporto dei flussi di dati clinici e amministrativi in assistenza domiciliare ed RSA. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), in cui convergono le informazioni del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), rappresentano componenti fondamentali dell'infrastruttura informativa italiana in grado di fornire oggi dati clinici, epidemiologici, amministrativi e di performance in supporto a decisioni strategiche di politica sanitaria. Tuttavia, la strada è ancora lunga e il processo di digitalizzazione della sanità e del LTC insieme alla creazione di un sistema informativo unico e integrato richiederanno un imponente cambiamento culturale oltre che strutturale. La necessità di disporre di dati su cui basare scelte e programmi è particolarmente urgente per la fascia di popolazione di età avanzata con malattie cronico-degenerative, cioè per coloro con bisogni complessi ed elevato grado di eterogeneità clinica, per cui risultano efficaci interventi di cura individualizzati. La disponibilità di big data sociosanitari italiani che includano informazioni integrate riguardo dati clinici individuali, esiti di cura, dati di strutture e processi, consentiranno lo sviluppo di modelli predittivi innovativi a supporto dell'implementazione di strategie efficienti di prevenzione e cure sociosanitarie.

### Fonti dei dati riportati nel testo:

- WHO. *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. ISBN: 978-92-4-151348-7
- Progetto Fondo per l'Alzheimer e le Demenze. *Report Nazionale. Anni 2021-2023*. Osservatorio Demenze. Istituto Superiore di Sanità. Gennaio 2024. Disponibile a <https://www.demenze.it>
- Linea Guida. *Diagnosi e trattamento di demenza e Mild Cognitive Impairment*. Sistema Nazionale per le Linee Guida. Istituto Superiore di Sanità. Gennaio 2024. Disponibile a <https://www.iss.it>
- Vetrano DL. *L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche*. Italia Longeva (2018).





## Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione

**Serena Battilomo**

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

**Elisabetta Santori**

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

# ITALIA LONGEVA

PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

