

5 **L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde**

*di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Simone Manfredi,
Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Benedetta Pongiglione,
Andrea Rotolo, Aleksandra Torbica¹*

5.1 **Introduzione e metodo di lavoro**

Dopo anni di latitanza, l'assistenza agli anziani non autosufficienti è tornata ad essere argomento discusso in relazione al futuro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, con la conseguente necessità di integrare e innovare i servizi. Sebbene la consapevolezza circa la rilevanza del tema sia aumentata, così come i tentativi a livello locale di rivedere l'articolazione dei servizi, a livello di sistema non si sono registrati cambiamenti degni di analisi, e lo stato dell'arte del settore continua a presentare le criticità più volte richiamate nel Rapporto OASI. In questo capitolo si usano i dati a copertura nazionale (di fonte Istat e ministeriale) per illustrare come il sistema di offerta italiano sia tuttora caratterizzato da residualità dell'intervento pubblico e parzialità nella capacità di risposta. Nel paragrafo 5.2 si riportano i dati che illustrano la diffusione di servizi socio-sanitari e sociali di diversa natura (residenziale, semi-residenziale e domiciliare) insieme alla stima della popolazione non autosufficiente (over65 e over75) e al numero di cittadini che nel 2022 hanno ottenuto una presa in carico dai servizi sopraccitati. Lo scopo del paragrafo è di riflettere sulla capacità del sistema

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 5.1 è da attribuirsi a Elisabetta Notarnicola e Andrea Rotolo, § 5.2 a Simone Manfredi, Elisabetta Notarnicola e Eleonora Perobelli, § 5.3 a Benedetta Pongiglione e Aleksandra Torbica, il § 5.4 a Giovanni Fosti, Francesco Longo ed Elisabetta Notarnicola. Gli autori ringraziano Regione Lombardia per aver concesso l'accesso ai database amministrativi della Direzione Generale Welfare e ad Aria S.p.A. per aver facilitato l'accesso ai dati.

Le analisi presentate nella sezione 5.3 sono state realizzate nell'ambito del progetto finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU – Progetto «Age-It – Ageing well in an ageing society» (PE0000015), PNRR – PE8 – Missione 4, C2, Investimento 1.3. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione Europea o della Commissione Europea. Né l'Unione Europea né la Commissione Europea possono essere ritenute responsabili per essi.

di welfare di rispondere al bisogno dei cittadini anziani non autosufficienti. Per questo motivo si aggiungono altri dati (presentati nei sotto-paragrafi 5.2.4 e 5.2.5): la spesa pubblica italiana per la non autosufficienza (che mostra un trend di diminuzione dal 2019 ad oggi) e la diffusione di Indennità di Accompagnamento tra percettori anziani. Questa prima parte del capitolo conferma quanto già affermato nei Rapporti OASI precedenti, ovvero che le famiglie italiane che si confrontano con la non autosufficienza mettono in campo importanti risorse personali sia rispetto all'assistenza e alla cura, sia rispetto alla ricerca di soluzioni che possano dare risposta ai bisogni complessi e articolati delle persone anziane non autosufficienti. La scarsità di soluzioni normative (specialmente in alcune regioni italiane) porta all'attivazione di servizi non formalizzati (ad esempio tramite i/le badanti) ma anche al ritardo (o posticipazione) dell'accesso ai servizi socio-sanitari o alla ricerca di risposte alternative nell'SSN. Nella seconda parte del Capitolo (in particolare nel paragrafo 5.3) si usano i dati lombardi per analizzare questi fenomeni prendendo come punto di osservazione quanto accade nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali). Nel paragrafo si illustrano dati che consentono una profilazione degli anziani che negli anni 2013-2019 hanno avuto accesso a RSA, in modo da comprendere quali situazioni e caratteristiche siano sfociate nell'utilizzo di servizi residenziali. Si illustrano anche dati rispetto all'accesso a servizi sanitari da parte degli stessi anziani prima e dopo l'ingresso in RSA, in modo da evidenziare aree di sovrapposizione o (al contrario) integrazione tra servizi appartenenti a comparti diversi. L'insieme di questi dati ci invita a riflettere su due importanti questioni: quali sono le condizioni di salute degli anziani che accedono alle RSA? Come si caratterizzano i percorsi di accesso e uscita dai servizi RSA e con quali potenziali connessioni con il SSN? Tali evidenze sono cambiate nel tempo, tra il 2013 e il 2019? Nel paragrafo 5.4 conclusivo si discute di quali possano essere i futuri sviluppi dei servizi assistenziali, all'incrocio con il settore sanitario.

5.2 Il sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia

La presente sezione aggiorna la consueta mappatura dei dati di fabbisogno, capacità di offerta e utenza in carico della rete socio-sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti. Per approfondimenti circa l'impostazione e il metodo di analisi, si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016. In questa sede, è opportuno rammentare che il sistema socio-sanitario e sociale non dispone di un sistema informativo organico che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Ne de-

riva il rischio di includere lo stesso utente più volte qualora sia beneficiario di più interventi. Per limitare questo inconveniente sono quindi approfonditi unicamente i servizi reali (anche detti *in kind*), mentre sono esclusi i trasferimenti monetari, che sono invece considerati separatamente nel paragrafo dedicato all'Indennità di Accompagnamento. Inoltre, sono state escluse dalla stima (per mancanza di dati uniformi) le misure tipicamente locali riconducibili al «sostegno alla domiciliarità» (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), considerando esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata, che ha invece diffusione a livello nazionale.

Infine, al momento in cui si scrive (settembre 2024) ISTAT non ha pubblicato l'aggiornamento della rilevazione sui Presidi Socio-Assistenziali per l'anno 2022. La scelta delle autrici e degli autori è di proporre un aggiornamento della fotografia della rete grazie ad altre fonti, cronologicamente più prossime alla pubblicazione del Rapporto OASI. In particolare, verranno utilizzati:

- ▶ i dati dell'Annuario Statistico del SSN riferiti al 2022 per una fotografia della rete di offerta socio-sanitaria;
- ▶ i dati della Spesa Sociale dei Comuni prodotti da ISTAT riferiti al 2021 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi *in kind* ad afferenza sociale;
- ▶ le statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale (trattamenti pensionistici) fornite da ISTAT relativi all'anno 2022 per le analisi sull'Indennità di Accompagnamento.

Il disallineamento temporale tra le fonti sopracitate porta, come già avvenuto per i Rapporti OASI 2022 e 2023, a separare la trattazione delle due componenti della rete di offerta (socio-sanitaria e sociale). Infine, si ritiene che la rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali rimanga la fonte più attendibile per quantificare l'effettiva offerta residenziale socio-sanitaria e sociale, grazie alla possibilità di differenziare i posti per livello di assistenza sanitaria erogata. Al contempo, è altrettanto rilevante offrire al dibattito rilevazioni aggiornate, pur rimarcando la criticità dell'assenza di dati più recenti e il consueto marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione. Se le politiche e i servizi per la non autosufficienza stanno sempre più assumendo rilevanza nel dibattito nazionale (sia politico che riferito alle diverse possibilità di intervento), l'assenza di dati che rappresentino in modo puntuale ed aggiornato il fenomeno e la sua evoluzione impedisce che vengano proposte alternative ancorate ad una più corretta rappresentazione dei fenomeni, e rappresenta una grave mancanza del nostro sistema di welfare.

5.2.1 Stima del bisogno potenziale

In questa sede, per «anziani non autosufficienti» si intendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021) nell'indagine europea EHIS. Ad oggi questa risulta la fonte più accurata per cogliere le limitazioni cognitive, oltre che funzionali, tra la popolazione over65. Si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 per maggiori dettagli sull'indagine.

La popolazione non autosufficiente viene dunque stimata applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (28,4%) alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratta dal portale Istat².

Per il 2022, la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 3.990.599 indi-

Tabella 5.1 **Popolazione over65 non autosufficiente per regione / provincia autonoma, 2022**

Regione / Provincia Autonoma (PA)	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+ (%)	Popolazione 65+ NA
Abruzzo	319.117	32,7	104.351
Basilicata	132.704	33,0	43.792
PA di Bolzano	106.778	24,1	25.733
Calabria	430.352	35,6	153.205
Campania	1.133.462	34,0	385.377
Emilia-Romagna	1.078.372	33,0	355.863
Friuli-Venezia Giulia	319.677	21,7	69.370
Lazio	1.305.332	26,9	351.134
Liguria	435.654	22,5	98.022
Lombardia	2.304.174	24,4	562.218
Marche	382.124	32,3	123.426
Molise	76.528	25,8	19.744
Piemonte	1.116.681	22,9	255.720
Puglia	918.789	32,8	301.363
Sardegna	408.746	35,2	143.879
Sicilia	1.089.969	34,6	377.129
Toscana	955.231	26,8	256.002
PA di Trento	123.916	23,7	29.368
Umbria	228.230	30,3	69.154
Valle d'Aosta	30.479	24,0	7.315
Veneto	1.155.089	22,9	264.515
Italia	14.051.404	28,4	3.990.599

Fonti: Elaborazione delle autrici e degli autori su dati Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia e Dati Istat su popolazione al 1/1/2022.

² L'indagine Istat è stata condotta tra soggetti che vivono al domicilio, quindi non coglie direttamente le specificità dei bisogni di chi vive in strutture residenziali. Al contempo, si ritiene di allinearsi alla scelta dell'Istituto di applicare la prevalenza di 28,4% a tutta la popolazione over65 per maggiore chiarezza espositiva e di allineamento con il dibattito nazionale.

vidui, in crescita rispetto alla precedente rilevazione in virtù dell'aumento della popolazione anziana. Infatti, non disponendo di un aggiornamento della prevalenza della non autosufficienza, la stima aumenta in virtù del costante invecchiamento della popolazione. Ciò nondimeno, non si esclude che questa stima sia al ribasso, vista l'evoluzione continua del profilo epidemiologico della popolazione.

La Tabella 5.1 illustra il dettaglio della stima della popolazione non autosufficiente residente per regione o provincia autonoma, grazie al dato granulare fornito dall'indagine EHIS circa la prevalenza delle gravi limitazioni sulla popolazione over65 in ogni territorio. La successiva Tabella 5.2, inoltre, mostra la stima della popolazione over75 non autosufficiente basata sulla medesima rilevazione Istat. In questo caso la prevalenza regionale o per provincia autonoma è disponibile unicamente per macro-area geografica (Nord, Centro, Sud

Tabella 5.2 **Popolazione over75 non autosufficiente per regione / provincia autonoma, 2022**

Regione / Provincia Autonoma (PA)	Prevalenza 65-74 (%)	Prevalenza 75-84 (%)	Prevalenza 85+ (%)	Popolazione 75+ NA
Abruzzo	18,8	41,2	69,3	81.274
Basilicata	18,8	41,2	69,3	33.117
PA di Bolzano	11,9	28,0	60,2	21.184
Calabria	18,8	41,2	69,3	103.590
Campania	18,8	41,2	69,3	257.839
Emilia-Romagna	11,9	28,0	60,2	220.273
Friuli-Venezia Giulia	11,9	28,0	60,2	64.467
Lazio	13,7	30,5	63,5	268.739
Liguria	11,9	28,0	60,2	93.031
Lombardia	11,9	28,0	60,2	450.515
Marche	13,7	30,5	63,5	84.034
Molise	18,8	41,2	69,3	19.688
Piemonte	11,9	28,0	60,2	223.073
Puglia	18,8	41,2	69,3	223.825
Sardegna	18,8	41,2	69,3	99.768
Sicilia	18,8	41,2	69,3	259.572
Toscana	13,7	30,5	63,5	209.733
PA di Trento	11,9	28,0	60,2	23.888
Umbria	13,7	30,5	63,5	50.457
Valle d'Aosta	11,9	28,0	60,2	5.819
Veneto	11,9	28,0	60,2	225.140
Italia	14,6	32,5	63,8	3.020.751

Fonti: Elaborazione delle autrici e degli autori su dati Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia e Dati Istat su popolazione al 1/1/2022.

e Isole) e per fasce di età (65-74; 75-84; 85+). Questo livello di dettaglio permette di apprezzare l'aumento sensibile della prevalenza della non autosufficienza con l'avanzare dell'età, nonché la maggiore incidenza di questo fenomeno nelle regioni del Sud e nelle Isole.

5.2.2 La capacità produttiva del sistema di offerta

Come anticipato, in assenza di un aggiornamento della rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali, si è optato per l'utilizzo di fonti differenti per aggiornare la consueta fotografia della rete di offerta, pur nella consapevolezza che i dati disponibili forniscono una indicazione più realistica dell'effettiva dotazione di posti letto in RSA a livello nazionale (*cf.* Capitolo 6 OASI 2016).

La Tabella 5.3 permette di analizzare la capacità del sistema di offerta pubblica socio-sanitaria per tipologia di servizio erogato, confrontando le annualità 2019-2022. I dati segnalano un aumento del 5% dei posti letto residenziali a livello medio nazionale. Osservando le variazioni a livello regionale, si nota come la dotazione di posti letto residenziali rispetto al 2019 sia aumentata soprattutto in alcune regioni del Centro-Sud, come Molise (da 60 a 332, +435%), Campania (+38%), Marche (+17%), Puglia (+19%) e Toscana (+14%). L'offerta residenziale si è invece ridotta in Abruzzo (-4%), Emilia Romagna (-2%), Sicilia (-11%), Sardegna (-3%) e Provincia Autonoma di Trento (-2%). Queste variazioni nei dati regionali potrebbero essere la conseguenza di interventi collegati alla conversione in residenzialità socio-sanitaria di altre strutture assistenziali di tipo sociale e socio-sanitaria, collegata all'evoluzione della rete di offerta conseguente alla pandemia di Covid-19.

L'offerta nei centri diurni rimane ancora molto ridotta rispetto al 2019 (-11%), seppur per la prima volta in ripresa dopo anni di calo costante dovuto principalmente alla scelta adoperata da alcuni gestori di chiudere le strutture, nell'impossibilità di avviare i servizi viste le misure di contenimento in atto nel

Tabella 5.3 **Capacità produttiva complessiva della rete per tipo di servizio erogato, 2019-2022**

Tipo di servizio	2019	2020	2021	2022	Δ 2019-2022
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	212.874	+5%
Semiresidenziale**,***	17.507	16.781	14.782	15.365	-11%
Domiciliare (ADI)****	15.789.122	13.202.896	14.060.282	15.576.076	-1%

* posti letto

** La dotazione di posti in servizi semiresidenziali e gli utenti in carico agli stessi riportati in questo Capitolo non comprendono le regioni Abruzzo, Calabria, Molise e Valle d'Aosta per assenza del dato nell'Annuario del SSN.

*** posti

**** ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023, 2024) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

2020 e in parte del 2021 che in molte regioni hanno previsto la chiusura assoluta o forti limitazioni per i servizi diurni. L'assistenza domiciliare integrata è ormai tornata ai livelli pre-pandemici (-1% sul 2019), in forte ripresa (+11%) rispetto al 2021. In assenza di spiegazioni circa la natura di queste variazioni, si ipotizza che l'aumento sia riconducibile da un lato al venire meno delle restrizioni imposte all'erogazione del servizio causate dalla pandemia da Covid-19 tra 2020 e 2021 e dall'altro lato, alla pressione esercitata dal target del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che impone di raggiungere tramite assistenza domiciliare almeno il 10% degli over65 entro il 2026. Rimane costante, invece, il dato sulle ore medie erogate per caso anziano, pari a 16 ore all'anno. Sebbene l'ADI rimanga il servizio più capillare sul territorio (cfr. infra), è ancora attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani.

Per quanto concerne la rete sociale, non sono disponibili dati sulla rete di offerta nazionale, salvo per i posti letto in strutture residenziali proposto da ISTAT. Mancano invece dati aggiornati su servizi diurni e al domicilio. Nel 2021 questi sono stati 11.523, sostanzialmente invariati rispetto al 2020 (erano 11.171), in calo del 29% rispetto al 2019. Anche in questo caso, l'assenza di dati interpretativi limita la capacità di analizzare puntualmente le ragioni di questo andamento. Tra le ipotesi più plausibili vi è un calo dovuto alle chiusure delle strutture sociali tra il 2020 e 2021 causato dalla pandemia.

5.2.3 *Gli utenti in carico ai servizi*

La Tabella 5.4 illustra la distribuzione degli utenti in carico per tipologia di servizio socio-sanitario tra il 2019 e il 2022 basata sui dati dell'Annuario del SSN, che, come già più volte richiamato, non fornisce spiegazioni puntuali sulle variazioni osservate. Per quanto concerne l'importante diminuzione di utenti in carico alla rete semiresidenziale possono essere avanzate almeno tre interpretazioni. Da un lato, una causa è riconducibile alle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto chiusure dei servizi anche per lunghi periodi, o modifiche nei criteri di accesso che hanno causato una minor domanda di inserimenti nei servizi. Dall'altro lato, le preferenze delle famiglie potrebbe-

Tabella 5.4 **Utenti in carico alla rete socio-sanitaria per tipo di servizio erogato, 2019-2022**

Tipo di servizio	2019	2020	2021	2022	Δ 2019-2022
Residenziale*	292.578	280.421	284.141	302.546	+3%
Semiresidenziale**	28.453	21.706	16.225	19.798	-30%
Domiciliare (ADI)***	858.896	844.823	879.030	973.505	+13%

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

ro essere cambiate, prediligendo la permanenza al domicilio con caregiver informale in luogo all'accesso ai servizi, anche grazie alle opportunità offerte dal telelavoro. Un ultimo fattore riguarda l'andamento della spesa pubblica per interventi socio-sanitari, sempre più orientata a risposte domiciliari e residenziali, dando un segnale di disinvestimento nei servizi diurni. I centri diurni hanno quindi visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, come già evidenziato sopra rispetto ai posti disponibili, accogliendo quasi un terzo delle persone in meno rispetto al 2019. Nel 2022, invece, la residenzialità ha visto una ripresa importante degli utenti in carico, arrivando a superare il dato 2019.

Infine, si segnala come il numero di utenti over65 complessivamente in carico a ADI sia aumentato del 13%. L'analisi congiunta dei dati di offerta e di utenza in carico ad ADI permette di osservare come in ogni caso la platea di soggetti in carico sia raggiunta mediamente con un numero inferiore di ore per caso (18/anno nel 2018 vs 16/anno nel 2022).

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, si propongono (Tabella 5.5) i dati di utenza in carico ai setting residenziali, semiresidenziali e al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD). Questi dati permettono di vedere chiaramente l'impatto della pandemia sulla rete sociale: gli ospiti dei servizi residenziali sociali sono diminuiti del 34% rispetto al 2018; gli utenti dei centri diurni del 28%. Entrambi i servizi hanno risentito delle misure restrittive per l'accesso di nuovi utenti durante le fasi più acute della pandemia. Si registra tuttavia un'importante ripresa dei servizi diurni tra il 2020 e il 2021, con la graduale riapertura di molte strutture. Dopo un aumento nel 2020 negli interventi domiciliari, in larga misura riconducibili alle misure straordinarie messe in campo dai comuni per raggiungere gli anziani durante i lockdown, nel 2021 gli utenti sono tornati ai livelli 2018.

Tabella 5.5 **Utenti in carico alla rete sociale per tipo di servizio erogato, 2018-2021**

Tipo di servizio	UTENTI IN CARICO ALLA RETE SOCIALE				
	2018	2019	2020	2021	Δ 2018-2021
Residenziale	14.330	12.882	8.777	9.417	-34%
Semiresidenziale	291.026	294.005	169.883	208.772	-28%
Domiciliare (SAD)	128.285	129.830	133.817	129.735	+1%

Istat (più anni). Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2021.

Fonti: Istat (più anni). Spesa sociale dei Comuni. Anno 2018; Anno 2019; Anno 2020; Anno 2021.

5.2.4 *Stima della copertura del fabbisogno*

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi

servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi e prestazioni considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari, servizi sociali e Indennità di Accompagnamento. Tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo socio-sanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro). Inoltre, la distinzione si lega alle diverse annualità cui sono riferiti i dati.

Il tasso di copertura del bisogno garantito dai servizi semi-residenziali e domiciliari socio-sanitari pubblici è complessivamente molto contenuto, e il servizio più capillare risulta essere l'ADI, pur con tutte le riserve già espresse in precedenza sull'effettiva capacità di presa in carico e che verranno approfondite più avanti nel paragrafo. I servizi semi-residenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il setting meno diffuso della rete.

La Tabella 5.7 illustra il tasso di copertura tramite servizi residenziali per regione e provincia autonoma, distinguendo tra la popolazione non autosufficiente over65 e over75, considerando che questi ultimi risultano essere il target più coerente con il servizio. A livello nazionale, la quota di over65 non autosufficienti raggiunta tramite assistenza residenziale è di circa l'8%, valore che sale al 10% prendendo come riferimento gli over75. La Tabella mostra la copertura del bisogno tramite RSA nelle diverse regioni italiane, che registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Centro-Nord i tassi di copertura tra gli over75 non autosufficienti sono superiori al 10% (con l'eccezione dell'Umbria e del Lazio, che si fermano al 5 e 3%, rispettivamente), nel Sud sono compresi tra l'1 e il 4%, percentuali estremamente contenute. Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 5.6) è oggi il servizio pubblico *in kind* più capillare. La

Tabella 5.6 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi semi-residenziali e domiciliari della rete socio-sanitaria per anziani 65+, anno 2022**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.990.599	Semiresidenziale	19.798	0,5%
	Domiciliare (ADI)	973.505	24,4%

Tabella 5.7 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2022**

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Copertura del bisogno 65+ NA	Copertura del bisogno 75+ NA
PA Bolzano	6.286	24%	30%
PA Trento	6.635	23%	28%
Lombardia	85.528	15%	19%
Veneto	42.517	16%	19%
Friuli-Venezia Giulia	10.957	16%	17%
Marche	12.044	10%	14%
Piemonte	31.830	12%	14%
Liguria	12.877	13%	14%
Toscana	28.110	11%	13%
Emilia-Romagna	25.857	7%	12%
Valle d'Aosta	646	9%	11%
Umbria	3.483	5%	7%
Lazio	11.188	3%	4%
Abruzzo	3.115	3%	4%
Puglia	7.540	3%	3%
Calabria	2.933	2%	3%
Molise	551	3%	3%
Sicilia	5.741	2%	2%
Sardegna	1.540	1%	2%
Basilicata	478	1%	1%
Campania	2.690	1%	1%
Italia	302.546	8%	10%

Ministero della Salute (2024) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2022.

Fonti: Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati Istat su popolazione al 1/1/2022.

Tabella 5.8 mostra questo approfondimento e l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno, a seconda dei contesti. I casi in carico sono messi in relazione sia con la popolazione over65 non autosufficiente, ritenuta il target più coerente per questa misura, che con la popolazione over65 generale, in linea con i già citati target PNRR. Questa rappresentazione permette dunque di apprezzare quanto l'assistenza tramite ADI attualmente contribuisca al raggiungimento di questi obiettivi nazionali.

Dalla Tabella 5.8 si evince una forbice di ben 53 punti percentuali tra la regione che raggiunge circa due terzi della popolazione over65 non autosufficiente stimata, il Molise, e la Calabria, che ne intercetta il 7%.

Rispetto al Rapporto OASI 2023, si registrano importanti variazioni circa la capacità di copertura del bisogno da parte delle Regioni. Da un lato, territori che tradizionalmente raggiungevano una quota significativa degli over65 non

Tabella 5.8 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2022**

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI (target PNRR)*
Molise	76.528	25.8%	19.744	11.808	60%	15%
Veneto	1.155.089	22.9%	264.515	126.872	48%	11%
Toscana	955.231	26.8%	256.002	122.232	48%	13%
Friuli-Venezia Giulia	319.677	21.7%	69.370	30.089	43%	9%
Emilia-Romagna	1.078.372	33.0%	355.863	144.986	41%	13%
Lombardia	2.304.174	24.4%	562.218	147.115	26%	6%
Lazio	1.305.332	26.9%	351.134	77.509	22%	6%
PA Bolzano	106.778	24.1%	25.733	5.536	22%	5%
Liguria	435.654	22.5%	98.022	20.929	21%	5%
PA Trento	123.916	23.7%	29.368	6.234	21%	5%
Basilicata	132.704	33.0%	43.792	9.218	21%	7%
Marche	382.124	32.3%	123.426	23.114	19%	6%
Valle d'Aosta	30.479	24.0%	7.315	1.361	19%	4%
Abruzzo	319.117	32.7%	104.351	18.643	18%	6%
Umbria	228.230	30.3%	69.154	11.355	16%	5%
Sicilia	1.089.969	34.6%	377.129	59.303	16%	5%
Piemonte	1.116.681	22.9%	255.720	39.724	16%	4%
Puglia	918.789	32.8%	301.363	42.029	14%	5%
Campania	1.133.462	34.0%	385.377	53.299	14%	5%
Sardegna	408.746	35.2%	143.879	11.780	8%	3%
Calabria	430.352	35.6%	153.205	10.383	7%	2%
Italia	14.051.404	28.4%	3.990.599	973.505	24%	7%

* La differenza tra le ultime due colonne della Tabella 5.8 dipende dal fatto che nella colonna «Copertura 65+ N.A. via ADI» il numero di prese in carico ADI viene rapportata alla stima dei cittadini 65+ non autosufficienti, mentre nella colonna «Copertura 65+ via ADI (target PNRR)» il numero di prese in carico ADI viene rapportata al numero complessivo dei cittadini 65+.

Ministero della Salute (2024) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2022.

Fonti: Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati Istat su popolazione al 1/1/2022.

autosufficienti hanno visto calare la propria capacità di copertura del bisogno per questa fascia di popolazione tra 2022 e 2021: è il caso del Molise e del Veneto che, pur rimanendo in testa alla classifica, passano dal 71% al 60% e dal 52% a 48%, rispettivamente. Dall'altro lato, molti territori hanno registrato una crescita vertiginosa dei casi trattati in ADI e, di conseguenza, della capacità di coprire il bisogno: la Valle d'Aosta passa dal 3% di copertura del bisogno degli over65 non autosufficienti del 2021 al 19% del 2022, la Provincia Autonoma di Bolzano dal 4 al 22%, Emilia-Romagna da 32% a 43%. Le altre regioni, invece, hanno mantenuto tassi di copertura sostanzialmente allineati alla rilevazione precedente. In questa sede è opportuno ricordare che le diffe-

renti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN ed extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diverse strategie di integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari.

Di seguito, si riportano i tassi di copertura del bisogno tramite la rete sociale (Tabella 5.9) per il 2021. Coerentemente con l'anno di riferimento dei dati, gli utenti in carico sono rapportati alla stima della popolazione non autosufficiente per il 2021, pari a 3.959.395 individui³. La Tabella 5.9 illustra come i servizi residenziali di fatto raggiungano una quota prossima allo zero del bisogno, con maggiore presenza (per quanto limitata a 5,3% del bisogno) dei servizi semi-residenziali. Il SAD garantisce una esigua copertura, pari al 3,3% del totale.

Tabella 5.9 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi sociali, anno 2021**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi sociali	Tasso di copertura servizi sociali
3.959.395	Residenziale	9.417	0,2%
	Semiresidenziale	208.772	5,3%
	Domiciliare (SAD)	129.735	3,3%

In conclusione, si propone una analisi della diffusione della Indennità di Accompagnamento relativa all'anno 2022. L'Indennità di Accompagnamento è stata recentemente oggetto di discussione nei lavori preparatori alla Riforma per la non autosufficienza. Un suo approfondimento risulta utile in questa sede in quanto corrisponde ad un importante capitolo di spesa pubblica e raggiunge un numero importante di cittadini (Manfredi e Notarnicola, 2024). La Tabella 5.10 mostra il numero di percettori over65 di Indennità di Accompagnamento rapportato alla popolazione over65 e alla popolazione over65 non autosufficiente. In Italia, circa il 40% delle persone anziane non autosufficienti percepisce l'Indennità erogata da INPS. La prestazione *cash* si conferma quindi la più capillare, specialmente in rapporto ai diversi servizi *in kind* precedentemente analizzati. Nonostante questo, i dati segnalano una certa variabilità regionale, con alcune regioni dove la prestazione INPS raggiunge metà o più della popolazione over65 non autosufficiente, come Umbria, Lazio, Calabria e Puglia, e in altre, quali Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Trento e Provincia Autonoma di Bolzano, dove l'Indennità è percepita da meno di un terzo della popolazione over65 non autosufficiente.

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti

³ Fonte: Capitolo 5 del Rapporto OASI 2023, la modalità di calcolo è la medesima descritta precedentemente.

Tabella 5.10 **Diffusione della Indennità di Accompagnamento tra la popolazione 65+ e la popolazione 65+ non autosufficiente. Dettaglio regionale, anno 2022**

Regione/P.A.	Numero percettori IdA 65+	Diffusione IdA tra la pop. 65+ NA	Diffusione IdA tra la pop. 65+
Umbria	39.469	57,1%	17,3%
Lazio	173.447	49,4%	13,3%
Calabria	75.388	49,2%	17,5%
Puglia	147.578	49,0%	16,1%
Campania	177.583	46,1%	15,7%
Molise	8.992	45,5%	11,7%
Friuli-V.G.	29.328	42,3%	9,2%
Veneto	108.714	41,1%	9,4%
Sardegna	58.938	41,0%	14,4%
Lombardia	220.347	39,2%	9,6%
Basilicata	17.085	39,0%	12,9%
Marche	48.048	38,9%	12,6%
Liguria	37.121	37,9%	8,5%
Abruzzo	38.033	36,4%	11,9%
Sicilia	137.324	36,4%	12,6%
Piemonte	90.603	35,4%	8,1%
Toscana	88.133	34,4%	9,2%
Valle d'Aosta	2.072	28,3%	6,8%
Emilia-Romagna	95.393	26,8%	8,8%
PA Trento	6.443	21,9%	5,2%
PA Bolzano	2.459	9,6%	2,3%
Italia	1.602.498	40,2%	11,4%

Fonte: Istat (2022). Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici

potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR sulla partita domiciliare. Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per il settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

5.2.5 La spesa pubblica per Non Autosufficienza o Long Term Care

Le stime ufficiali rispetto alla spesa per non autosufficienza sono fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato, che pubblica annualmente un report con dati e proiezioni per ciò che viene definito «assistenza socio-sanitaria agli anziani»⁴.

⁴ Il rapporto è intitolato «Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Aggiornamento 2024» a cura di Ragioneria Generale dello Stato. Si utilizza come

I dati riportati in questo documento corrispondono quindi a tre componenti: la spesa sanitaria per *Long Term Care* (LTC), le indennità di accompagnamento e gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti⁵. Il report parla di *Long Term Care*, includendo quindi diversi target di intervento, in modo più ampio rispetto alla categoria logica della non autosufficienza e intendendo LTC nella sua definizione più ampia. Propone poi degli approfondimenti per fascia di età: in questo capitolo ci si soffermerà spesso sui dati riferiti agli interventi per cittadini 65+.

La spesa pubblica complessiva per LTC ammontava nel 2023, anno più recente per cui sono disponibili i dati, all'1,6% del PIL. La componente erogata a cittadini 65+ rappresenta il 74,1%, presentando quindi un valore pari all'1,2% sul PIL. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente l'81% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 38,3% il 42,7%). Il restante 19% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali.

Osservando il trend dal 2018 al 2023 si osserva come la spesa in rapporto al PIL abbia un andamento altalenante ma mostri, a partire dal 2020 in poi, un importante trend di contrazione che deve essere considerato anche rispetto alla differenza tra valori nominali e reali. Non solo si riduce la percentuale in rapporto al PIL, ma anche il PIL si riduce negli anni e aumenta l'inflazione, con l'effetto che la spesa pubblica per LTC per cittadini 65+ in termini reali sia in un trend di importante riduzione.

Tabella 5.11 **Componenti della spesa pubblica per Long Term Care per 65+ in rapporto al PIL. Anni 2018- 2023**

Spesa pubblica LTC per componenti	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Componente sanitaria per LTC	0,46%	0,48%	0,55%	0,52%	0,47%	0,42%
Indennità di accompagnamento	0,60%	0,60%	0,65%	0,60%	0,56%	0,53%
Altre prestazioni LTC	0,19%	0,22%	0,23%	0,25%	0,28%	0,25%
Totale	1,25%	1,30%	1,43%	1,37%	1,28%	1,20%

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato.

fonte il report n° 25, pubblicato nel 2024. Il report segue l'impostazione concordata nel framework EPC-WGA ai fini della predisposizione delle previsioni di medio-lungo periodo delle principali componenti di spesa pubblica *age-related*.

⁵ Questa terza voce viene così definita: «Essa comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare). Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento.»

Volendo analizzare il dettaglio delle diverse componenti, la quota sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2023, pari a circa lo 0,6% del PIL, corrisponde al 10% della spesa sanitaria complessiva. Questo dato rappresenta l'incidenza rispetto alla spesa sanitaria complessiva di diverse tipologie di intervento che includono (seguendo la definizione più ampia di LTC) l'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto. Queste diverse tipologie di intervento possono essere aggregate in tre categorie principali ovvero: l'assistenza residenziale e non-residenziale agli anziani e ai disabili, l'assistenza, in qualunque forma erogata, rivolta a soggetti affetti da dipendenze (alcolisti e tossicodipendenti) e a soggetti affetti da patologie psichiatriche. Seguendo questa articolazione, l'assistenza rivolta agli anziani e ai disabili rappresenta circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC (quindi una spesa pari a 7% circa della spesa sanitaria totale). Tale percentuale, nel 2023, è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che copre il 56 per cento circa della spesa, e quella non-residenziale che copre la parte restante.

La componente di spesa riferita alle Indennità di Accompagnamento (di cui si è già discusso nel paragrafo precedente) corrisponde al 0,7% del PIL (0,53% per la componente dedicata ai 65+), mentre la spesa pubblica relativa all'insieme delle prestazioni per LTC, di natura non sanitaria e non riconducibili alle indennità di accompagnamento, è stimata in 0,31 % del PIL (0,25% per gli interventi per 65+) di cui il 61,8% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale e residenziale, e il rimanente 38,2% a trasferimenti in denaro.

Guardando alla serie storica della spesa articolata per macro-funzione (ovvero tipologia di intervento) si osserva come il mix di soluzioni proposte ai cittadini 65+ abbia sempre trovato radicamento nei trasferimenti economici, sebbene questa voce sia soggetta a dinamiche annuali perché (oltre all'Indennità di Accompagnamento che al contrario è stabile nel tempo) include prestazioni che vedono finanziamenti annuali e quindi anche saltuari o instabili. Si osserva invece una inversione di tendenza tra soluzioni residenziali e domiciliari, a vantaggio della seconda.

Il rapporto della Ragioneria Generale dello Stato dà interessanti elementi anche rispetto all'evoluzione della spesa LTC nei prossimi anni, con stime e trend fino al 2070. Vengono proposti diversi scenari, ipotesi demografiche ed econometriche, ma elemento costante è il riconoscere una tendenza di aumento e crescita continua della spesa per LTC negli anni, sostenuta dall'andamento demografico. Rispetto alla componente sanitaria della LTC, a partire dal 2030 si ipotizza un andamento regolare di crescita fino al 2060. Come per la previ-

Tabella 5.12 **Spesa pubblica per LTC per 65+ in rapporto al PIL per macro-funzione, Anni 2018- 2023**

Spesa pubblica LTC per macro-funzione	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Servizi di LTC residenziali	0,36%	0,39%	0,44%	0,41%	0,25%	0,24%
Servizi di LTC al domicilio	0,21%	0,23%	0,26%	0,25%	0,38%	0,34%
Trasferimenti economici legati a LTC	0,68%	0,68%	0,73%	0,70%	0,65%	0,62%
Totale	1,25%	1,30%	1,43%	1,37%	1,28%	1,20%

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato.

sione del rapporto fra la spesa sanitaria complessiva e il PIL, questo trend può essere spiegato menzionando tre fattori ovvero, le scelte di politica economica del Paese, l'evoluzione del mercato del lavoro e del livello di attivazione dei cittadini, le dinamiche demografiche. Rispetto alla spesa per Indennità di accompagnamento e simili, le stime proposte segnalano, a partire dal 2032, una crescita continua con un'evidente accelerazione nel periodo 2044-2053. Tale incremento riflette, in particolare, il passaggio delle generazioni del baby boom dalla fascia di età 70-79 anni a quella successiva. Le stime riguardanti la spesa per altri interventi mostrano una incidenza della spesa sul PIL quasi doppia, attestandosi a un valore pari a 0,54 per cento del PIL nel 2070. Anche in questo caso la crescita è prevalentemente legata alla dinamica del fattore demografico.

I dati elaborati dalla Ragioneria Generale dello Stato aiutano a posizionare gli interventi di LTC ed in particolare quelli per i cittadini anziani 65+ nel quadro più ampio delle politiche di welfare, mostrando come la spesa attuale sia modesta con un trend di contrazione negli ultimi periodi. Allo stesso tempo, le stime e le proiezioni per il futuro di medio-lungo periodo evidenziano come la spesa pubblica arriverà a raddoppiare, seguendo l'andamento demografico. Questo conferma la centralità delle politiche di welfare e l'urgenza di un ripensamento dei modelli di intervento proposti.

5.3 Un approfondimento sugli ospiti anziani delle RSA in Regione Lombardia⁶

I dati presentati nei paragrafi precedenti illustrano la debolezza dell'attuale sistema di *Long Term Care* e mostrano le carenze dell'offerta di servizi, sia per

⁶ Le analisi presentate nella sezione 5.3 sono state realizzate nell'ambito del progetto finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU – Progetto «Age-It – Ageing well in an ageing society» (PE0000015), PNRR – PE8 – Missione 4, C2, Investimento 1.3. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione Europea o della Commissione Europea. Né l'Unione Europea né la Commissione Europea possono essere ritenute responsabili per essi.

l'offerta esistente, in grado di accogliere un esiguo numero di cittadini, sia per la tipologia di servizi presenti e resi disponibili. Se, da un lato, il sistema LTC si basa su poche tipologie di servizi orientati a specifici approcci assistenziali, dall'altro i bisogni e le caratteristiche delle persone anziane sono molteplici e trasversali a settori definiti, invece, in base a caratteristiche istituzionali ed amministrative. Per questo motivo, si propone un approfondimento che intende rispondere a due domande: come si caratterizzano le persone anziane che accedono al servizio RSA? Quali connessioni esistono e sono attivate tra servizi socio-sanitari e sanitari? In particolare, ci si focalizzerà sul fornire una caratterizzazione degli anziani che accedono ai servizi di RSA in regione Lombardia per meglio rappresentare i profili (e di conseguenza i bisogni) dei cittadini che accedono in RSA e, per questi si analizzerà il ricorso a servizi sanitari precedenti e seguenti l'accesso ai servizi residenziali. Queste analisi e dati sono utili per meglio conoscere il profilo delle persone anziane che accedono in RSA, sia per chiedersi se i servizi loro offerti sono coerenti con i bisogni da loro rappresentati e con le loro caratteristiche, sia per indagare quanto il sistema riesca a creare connessioni tra servizi diversi, in modo da rispondere a situazioni e bisogni complessi. Questo approfondimento viene svolto con riferimento a Regione Lombardia, sia per la diffusione di RSA (la più alta in Italia), sia per l'opportunità di accesso ai dati sul settore socio-sanitario di cui si dirà meglio nei prossimi paragrafi.

5.3.1 *Metodo di lavoro e dati analizzati*

L'obiettivo dell'analisi è indagare le caratteristiche dei percorsi della popolazione anziana lombarda nei servizi sanitari per esplorare eventuali meccanismi di integrazione e coordinamento tra essi (o al contrario la loro assenza). In termini metodologici, verranno osservati i percorsi di sette gruppi di cittadini over75 (di seguito definiti «coorti») ciascuno dei quali ha avuto un primo accesso in RSA tra il 2013 e il 2019 e che sono stati tracciati dal sistema sanitario regionale nei cinque anni precedenti all'accesso.

La scelta del periodo temporale da analizzare (2013-2019) è dipesa da due fattori:

- il 2013 è stato scelto come primo anno utile per avere dati consolidati ed omogenei con riferimento al servizio RSA per due motivi. Il primo è di natura sostanziale ed è dovuto ad alcuni cambiamenti intervenuti nell'organizzazione della rete di offerta dei servizi residenziali per gli anziani della Regione Lombardia, legati all'introduzione di RSA «a contratto» e «accreditate» a partire dal primo gennaio 2011 (Dgr 937 del dicembre 2010). Il secondo motivo riguarda la gestione e disponibilità dei dati relativi ai servizi di assistenza residenziale sanitaria, che sono stati caricati nei sistemi infor-

mativi lombardi a partire dal 2013, con una qualità del dato inferiore per gli anni precedenti;

- ▶ il 2019 è stato scelto come anno di fine analisi per escludere il periodo Covid-19, che ha stravolto l'ordinario funzionamento del SSN e SSR e avuto impatti molto rilevanti sul sistema RSA lombardo.

È importante specificare che per ogni anno si prenderanno in considerazione solo i dati riferiti ai nuovi accessi in RSA (e non quindi alla totalità dei soggetti in RSA), in coerenza con l'obiettivo del presente studio di confrontare i soggetti nel tempo rispetto al loro accesso in RSA. È stato definito come baseline il primo ingresso in RSA registrato tra il 2013 e il 2019; di conseguenza, si è potuto tracciare l'utilizzo di servizi sanitari e sociosanitari precedenti e successivi. In particolare, è stata adottata una profondità temporale retrospettiva fino a 5 anni prima dell'ingresso in RSA, i.e., 2008-2013, e prospettica fino al 2023, i.e., il periodo di follow up varia per le diverse coorti.

Le analisi si sono basate sull'utilizzo di dati amministrativi di Regione Lombardia⁷, che raccoglie e analizza i dati sanitari per valutare e confrontare l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria fornita a gruppi di popolazione e strutture⁸. Tra i database amministrativi utilizzati, assume particolare rilevanza in questo studio il sistema SOSIA, acronimo di Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza, che è stato progettato dalla Regione Lombardia e introdotto gradualmente a partire dal 2003⁹. Essa include informazioni in grado di offrire una rilevazione del livello di fragilità dell'ospite anziano in RSA e ricomprende diversi ambiti di valutazione che interessano la maggior parte delle condizioni di prevalente osservazione in area geriatrica. Per questo motivo è stato utilizzato come fonte per individuare il campione di analisi, considerando le seguenti variabili: data di ingresso, data di dimissione e motivo, data della valutazione e della rivalutazione, classe sosia, diagnosi di

⁷ In particolare, sono stati utilizzati i seguenti database amministrativi: Anagrafica; Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (SOSIA); Statistiche vitali; Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO); Pronto Soccorso.

Ogni database include un codice identificativo unico e anonimo per ogni paziente, che consente di seguire il paziente nel tempo e di collegare i record di diversi dataset per combinare le caratteristiche demografiche e cliniche del paziente con le informazioni sulla sua salute.

⁸ I database regionali contengono dati sensibili secondo la definizione del D.Lgs. 196/2003, e sono stati resi disponibili per questo studio grazie ad un accordo formale nell'ambito del progetto *Age-It*.

⁹ Per un approfondimento si veda l'articolo «Valutare e classificare i bisogni nell'area della non autosufficienza nell'esperienza di Regione Lombardia: la Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (S.OS.I.A.)» disponibile al link seguente <https://www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2011/12/valutare-e-classificare-i-bisogni-nellarea-della-non-autosufficienza-nellesperienza-di-regione-lombardia-la-scheda-di-osservazione-intermedia-dellassistenza-s-os-i-a/>

patologie classificate con ICD-CM-9¹⁰; lo stato cognitivo e l'eventuale presenza di alterazioni del comportamento.

L'analisi prende in considerazione i periodi precedenti all'ingresso in RSA fino a 5 anni prima (i.e., dal 2008), e successive fino al 2023, a seconda della disponibilità temporale dei flussi. In particolare, nel Data Warehouse di Regione Lombardia i dati provenienti da SDO sono raccolti dal 2000. Quindi abbiamo potuto considerare i ricoveri avvenuti 1, 2 e 5 anni prima dell'ingresso in RSA; abbiamo guardato ogni tipo di ricovero e i ricoveri ordinari urgenti¹¹, al fine di includere nell'analisi solo quei ricoveri che possono essere considerati legati alla condizione di non autosufficienza, eliminando quindi tutti i ricoveri programmati.

I dati relativi agli accessi al Pronto Soccorso (PS di seguito) sono, invece, disponibili nel Data Warehouse solo dal 2010, quindi per le coorti entrate in RSA nel 2013 e 2014 è stato possibile tracciare gli accessi registrati solo fino a due anni prima.

L'analisi dei dati ha riguardato:

1. la caratterizzazione delle sette coorti definite sulla base dell'anno di ingresso in RSA, per cui verranno presentate statistiche descrittive per ogni coorte.
2. L'utilizzo di servizi sanitari precedenti all'ingresso in RSA entro 1, 2 e 5 anni prima dell'ingresso.
3. Gli esiti in termini di sopravvivenza, ospedalizzazione e accesso in PS.
 - Per l'analisi di sopravvivenza sono state prodotte curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier e si è utilizzato il modello di azzardo proporzionale di Cox per individuare fattori di rischio per la sopravvivenza, tra cui la coorte di appartenenza, oltre a sesso, età, comorbidità.
 - I tassi di incidenza di ricoveri ospedalieri e di accessi al pronto soccorso sono stati calcolati sulla base del tempo-persona¹² a rischio durante il periodo di studio, considerando in particolare il primo e secondo anno dall'ingresso in RSA.
 - Il tasso di ospedalizzazione e accesso in PS post ingresso in RSA è stato stimato tramite modello di regressione binomiale negativa, con partico-

¹⁰ La Classificazione Internazionale delle Malattie – nona revisione (ICD-9-CM) è un sistema di classificazione internazionale che viene utilizzato per classificare le diagnosi e le procedure contenute nei diversi flussi dei dati amministrativi lombardi.

¹¹ I ricoveri ordinari urgenti sono stati identificati sulla base dell'incrocio di due variabili incluse nel flusso SDO di Regione Lombardia che classificano il regime di ricovero come ordinario e il tipo di ricovero come urgente (versus programmato con ospedalizzazione o programmato non urgente).

¹² Per tempo-persona o persona-tempo (person-time) si intende il numero di persone osservate per unità di tempo. Ciascun soggetto che è seguito per un'intera unità di tempo rappresenta 1 persona-tempo.

lare interesse a stimare le differenze di ospedalizzazione e accessi in PS post ingresso in RSA tra le diverse ATS.

Lo studio degli esiti e il confronto temporale di questi tra le diverse coorti ha il duplice intento di conoscere l'evoluzione delle condizioni degli ospiti in RSA e comprendere se la gestione delle criticità da parte delle RSA sia cambiata nel tempo.

5.3.2 Ingressi in RSA in Lombardia nel periodo 2013-2019

Abbiamo già mostrato (Tabella 5.7) come a fronte di una copertura media nazionale della popolazione over75 non autosufficiente in RSA del 10%, la Lombardia registri una quota sensibilmente maggiore, pari al 19% (dati riferiti al 2022).

La Figura 5.1 presenta i dati riferiti ai nuovi ingressi analizzati in questo approfondimento.

In sette anni, il numero di nuovi ospiti è oscillato e diminuito da 22.190 nel 2013 a 19.916 nel 2019, con il numero di nuovi ingressi più alto registrato nel 2015 (22.855). Questo corrisponde a una incidenza di ingressi in RSA nella popolazione over75 lombarda tra 22 e 17 ogni 1.000 abitanti, dal 2013 al 2019.

La Figura 5.2 illustra la distribuzione territoriale degli ingressi in RSA per provincia di domicilio degli assistiti nel 2013 (sinistra) e 2019 (destra). Lodi e Milano risultano le province con minor incidenza, in entrambi gli anni presi in esame (Lodi 10,8 e 9,9 ogni 1.000 abitanti rispettivamente nel 2013 e 2019; Milano 20,1 e 14,3), e Monza-Brianza e Mantova tra quelle con maggior incidenza e aumento di ingressi nel tempo (Monza-Brianza 35,6 e 29,8 rispettivamente nel 2013 e 2019; Mantova 28,5 e 26,0).

Figura 5.1 **Numero e incidenza di nuovi ingressi in RSA, 2013-2019**

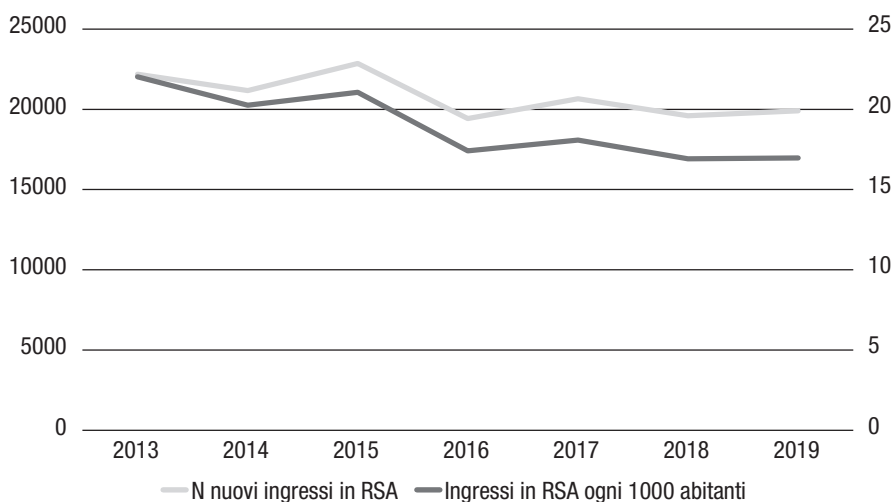
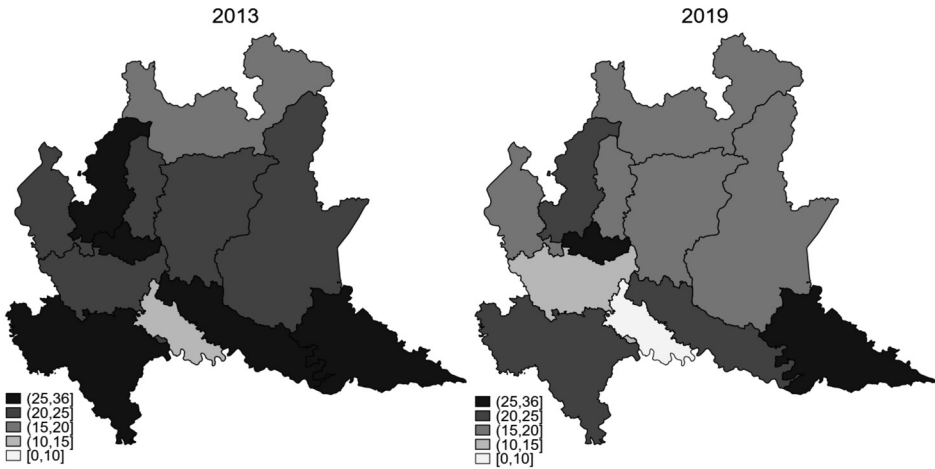


Figura 5.2 **Incidenza ingressi in RSA ogni 1000 abitanti nel 2013 e 2019 per provincia di domicilio degli assistiti**



Chi sono gli anziani in RSA in Lombardia

In Tabella 5.13, sono riportate le caratteristiche delle sette coorti di ospiti. Tra il 2013 e il 2019, la proporzione di donne, l'età media, e la proporzione di ospiti con forme di confusione moderate o gravi restano stabili, mentre osserviamo una minor prevalenza di irritabilità e irrequietezza moderate o gravi tra le coorti più recenti. I trend nella classe SOSIA, che sintetizza diversi aspetti della fragilità degli ospiti in RSA comprendendo mobilità, cognitività e comportamento e comorbidità, rilevano, invece, una maggior fragilità tra le coorti più recenti. Questo è visibile in Tabella 5.13, dove è possibile apprezzare l'aumento della presenza di soggetti non autosufficienti, distinguendo tra classe SOSIA 1, che corrisponde alla forma più grave di non autosufficienza, e classi 2-4¹³. In particolare, osserviamo che le classi SOSIA 2-4, sono aumentate nelle coorti più recenti, passando dal 47% degli ospiti entrati in RSA nel 2013 al 49% nel 2019; ed anche la classe SOSIA 1 è aumentata, seppur in maniera minore, riguardando il 22,8% degli ospiti entrati in RSA nel 2013 e il 23,5 di quelli entrati nel 2019. Aumentano, quindi, gli ingressi di ospiti più gravi e con forme più severe di non autosufficienza. Il numero medio di comorbidità (i.e., diagnosi riportate in cartella), aumenta nel tempo, passando da una media di 4,4 nel 2013 a 4,7 nel 2019. La Tabella 5.14 riporta le classi di diagnosi più comuni (i.e., riguardanti più del 30% degli assistiti) tra le sette coorti di assistiti.

¹³ Il sistema SOSIA prevede otto classi, in ordine crescente di non autosufficienza: le classi 1-4 indicano situazioni di non autosufficienza; le classi 5-8 una situazione definibile di parziale autosufficienza (classi 5-8).

Tabella 5.13 **Caratteristiche demografiche, comportamentali e sanitarie delle sette coorti di assistiti**

Coorte	N	% donne	Età media (DS)*	% Contusione grave o moderata	% Irritabilità grave/moderata	% Irrequietezza grave/moderata	N diagnosi (DS)*	Classe SOSIA 1	Classe SOSIA 2-4	Classe SOSIA 5-8
2013	22.190	70,6	88,38 (6,4)	59,6	16,7	16,5	4,4 (1,6)	22,8	46,9	30,0
2014	21.164	70,7	88,45 (6,3)	59,3	16,2	17	4,5 (1,5)	23,3	47,7	28,8
2015	22.855	70,8	88,77 (6,0)	59,4	15,8	15,8	4,5 (1,6)	22,1	48,6	29,1
2016	19.432	70,2	88,89 (6,0)	60,5	15,4	15	4,5 (1,6)	22,3	49,0	28,1
2017	20.658	70	89,09 (5,8)	61,7	15,4	14,9	4,7 (1,5)	23,1	49,6	27,1
2018	19.606	70,2	89,15 (5,7)	62,1	15,3	14,8	4,7 (1,5)	24,1	49,0	26,8
2019	19.916	70,5	89,22 (5,6)	62,2	15,3	14,8	4,7 (1,5)	23,5	49,2	27,1

*DS sta per Deviazione Standard

Tabella 5.14 **Diagnosi più comuni nelle sette coorti di assistiti**

Coorte	Malattie sistema circolatorio	Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti	Disturbi mentali	Malattie sistema nervoso e organi di senso	Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	Malattie apparato digerente	Malattie ghiandole endocrine, nutrizione e metabolismo, e disturbi immunitari
2013	82,7	55,0	51,2	45,8	42,7	29,9	29,4
2014	83,3	57,5	51,7	46,0	42,7	28,7	29,5
2015	83,5	56,4	50,6	46,0	41,9	28,9	29,6
2016	83,1	56,3	50,2	46,7	41,6	28,9	29,9
2017	85,9	58,7	51,6	47,8	43,7	29,1	30,4
2018	85,3	59,5	53,1	47,8	44,2	30,0	30,3
2019	85,9	58,7	52,2	48,2	45,1	30,3	30,5

Accesso ai servizi sanitari e sociosanitari prima del ricovero in RSA

Attraverso il linkage tra i diversi flussi amministrativi, sulla base del codice anonimizzato dei pazienti, è stato possibile seguire retrospettivamente (e poi prospettivamente) gli ospiti e tracciare gli accessi ai diversi servizi sanitari nel tempo. In particolare, abbiamo guardato i ricoveri ospedalieri e gli accessi al PS avvenuti nell'anno precedente all'ingresso in RSA, e nei 2 e 5 anni precedenti.

Ricoveri Ospedalieri

La proporzione di assistiti in RSA con esperienza di almeno un ricovero – di qualsiasi tipo – nell'anno precedente all'ingresso è pari al 64% nel 2013, per poi subire un lieve declino fino 61% nel 2019. Tra coloro che hanno affrontato ricoveri l'anno prima dell'ingresso in RSA, il numero medio di ospedalizzazioni è di circa 2,7, con degenza media di 17 giorni, in minimo aumento tra il 2013 e il 2019. Queste tendenze vanno lette tenendo in considerazione un contesto nazionale (e regionale) che ha visto ridursi nel tempo il numero complessivo di ricoveri e accorciarsi il tempo medio di degenza (cfr. Capitolo 2 del presente Rapporto). Allargando l'orizzonte temporale antecedente al ricovero in RSA a 5 anni (ultime colonne della Tabella 5.15), vediamo che, per tutte le coorti, circa 8 assistiti su 10 hanno avuto almeno 1 ospedalizzazione nei cinque anni precedenti l'ingresso, con durata di degenza media intorno ai 15 giorni, indicando, dunque, che nel periodo immediatamente precedente (i.e., 1 anno) al ricovero in RSA la durata dei ricoveri si allunga. Sulla base di questi dati possiamo desumere che nel periodo immediatamente precedente l'ingresso in RSA la fragilità del soggetto sia aumentata rispetto agli anni precedenti e richieda una degenza più lunga in ospedale rispetto agli anni più lontani all'ingresso in RSA, quando il quadro clinico era realisticamente meno complesso e l'ospite meno compromesso, così da necessitare una degenza più breve.

I ricoveri ordinari urgenti rappresentano circa il 60% dei ricoveri totali nel nostro campione. La Tabella 5.16 include le stesse informazioni fornite in Tabella 5.15 per i soli ricoveri ordinari urgenti. Il confronto tra coorti di ospiti è simile, con una lieve riduzione della proporzione di soggetti che vengono ricoverati in ospedale prima di entrare in RSA e i giorni di degenza media stabili tra le diverse coorti.

Accessi in Pronto Soccorso

Similmente, sono stati presi in considerazione gli accessi al PS avvenuti un anno prima dell'ingresso in RSA, e poi nei 2 e 5 anni precedenti (Tabella 5.17). La profondità dei dati sugli accessi al PS arriva fino al 2010, dunque gli accessi avvenuti nei 5 anni prima dell'ingresso in RSA non sono stati calcolati per le coorti 2013 e 2014. In generale, gli accessi in PS risultano più frequenti dei ricoveri ospedalieri. Circa 8 anziani con ingresso in RSA su 10 sono stati in

Tabella 5.15 Tutti i ricoveri ospedalieri precedenti il primo ingresso in RSA

Coorte	<=1 anno prima			<=2 anni prima			<= 5 anni prima		
	% almeno 1 ricovero	Numero medio ricoveri (DS)	Media giorni degenza (DS)	% con almeno 1 ricovero	Numero medio ricoveri (DS)	Media giorni degenza (DS)	% almeno 1 ricovero	Numero medio ricoveri (DS)	Media giorni degenza (DS)
2013	64,5	2,8 (1,8)	17,3 (12,2)	71,3	3,6 (2,6)	16,3 (11,7)	78,0	4,7 (3,7)	15,4 (11,6)
2014	65,0	2,9 (2,0)	17,5 (12,0)	71,3	3,6 (2,8)	16,4 (11,0)	80,4	5,3 (4,0)	14,8 (9,4)
2015	64,0	2,7 (1,7)	17,1 (11,7)	70,2	3,5 (2,4)	16,2 (10,8)	80,9	5,3 (4,4)	14,5 (10,4)
2016	65,5	2,8 (1,7)	17,7 (11,7)	71,7	3,5 (2,4)	16,7 (11,7)	81,6	5,1 (4,0)	14,9 (9,2)
2017	62,9	2,7 (1,8)	17,4 (11,6)	69,1	3,4 (2,4)	16,4 (10,9)	79,6	5,0 (3,7)	14,8 (9,3)
2018	62,3	2,7 (1,6)	17,8 (12,0)	68,7	3,3 (2,3)	16,6 (10,9)	79,4	4,8 (3,6)	14,9 (9,3)
2019	60,7	2,7 (1,7)	17,6 (11,5)	67,2	3,3 (2,2)	16,6 (10,9)	78,4	4,8 (3,4)	14,9 (9,1)

* DS sta per deviazione standard

Tabella 5.16 Ricoveri ordinari urgenti precedenti il primo ingresso in RSA

Coorte	<=1 anno prima			<=2 anni prima			<= 5 anni prima		
	% almeno 1 ricovero	media ricoveri (DS)	media giorni degenza (DS)	% almeno 1 ricovero	media ricoveri (DS)	media giorni degenza (DS)	% almeno 1 ricovero	media ricoveri (DS)	media giorni degenza (DS)
2013	57,5	1,8 (1,2)	13,7 (10,6)	63,2	2,4 (1,8)	13,1 (10,3)	69,0	2,9 (2,5)	12,6 (9,9)
2014	57,7	1,9 (1,3)	13,8 (10,6)	63,3	2,4 (1,8)	13,2 (10,3)	71,0	3,2 (2,6)	12,3 (9,7)
2015	57,0	1,8 (1,1)	13,5 (10,1)	62,6	2,3 (1,6)	12,9 (9,8)	71,8	3,2 (2,5)	12,1 (9,2)
2016	58,5	1,8 (1,2)	13,7 (10,6)	64,0	2,3 (1,7)	13,1 (11,2)	72,4	3,2 (2,7)	12,2 (10,3)
2017	56,2	1,8 (1,2)	13,5 (10,5)	61,6	2,3 (1,8)	12,9 (10,0)	70,6	3,2 (2,6)	12,1 (9,3)
2018	55,6	1,7 (1,0)	13,9 (10,6)	61,2	2,2 (1,5)	13,2 (10,1)	70,8	3,0 (2,3)	12,2 (9,4)
2019	54,1	1,7 (1,0)	13,9 (10,2)	59,5	2,2 (1,4)	13,2 (9,8)	69,1	3,0 (2,3)	12,2 (9,1)

* DS sta per deviazione standard

PS almeno una volta l'anno prima dell'ingresso in RSA, e tra costoro il numero medio di accessi è di oltre tre volte in un anno. Se si considerano i 5 anni precedenti l'ingresso, quasi tutti gli assistiti sono stati in PS almeno una volta, e in media circa 7 volte nei 5 anni precedenti. Anche in questo caso, osserviamo che gli accessi sono proporzionalmente più frequenti e numerosi a ridosso dell'ingresso in RSA. Guardando più nel dettaglio le caratteristiche degli accessi in PS avvenuti l'anno prima dell'ingresso in RSA (Tabella 5.18), osserviamo che in prevalenza (i.e., oltre il 50% dei casi) i soggetti accedono al PS tramite intervento del 118 e la tendenza è in aumento tra le coorti più recenti, mentre circa un terzo accede autonomamente (per decisione propria). Gli esiti degli accessi nella metà dei casi sono dimissioni a domicilio oppure ricoveri in reparti di degenza, con maggior frequenza di dimissioni al proprio domicilio rispetto al trasferimento in reparto per le coorti più recenti.

Tabella 5.17 **Accessi in Pronto Soccorso precedenti il primo ingresso in RSA**

Coorte	<=1 anno prima		<=2 anni prima		<= 5 anni prima	
	% almeno 1 accesso	Numero medio accessi	% almeno 1 accesso	Numero medio accessi	% almeno 1 accesso	Numero medio accessi
2013	73,6	3,1 (2,7)	79,6	4,2 (5,0)	na	na
2014	77,4	3,5 (3,8)	83,9	4,8 (6,1)	na	na
2015	78,4	3,4 (4,2)	85,1	4,8 (5,9)	91,1	6,9 (7,4)
2016	78,1	3,2 (2,5)	85,1	4,6 (4,2)	91,8	7,4 (7,9)
2017	77,2	3,2 (2,8)	84,4	4,7 (5,2)	92,2	7,7 (8,4)
2018	78,3	4,4 (12,8)	85,5	6,0 (15,9)	92,9	9,0 (17,3)
2019	78,0	3,4 (3,7)	85,0	4,8 (5,1)	93,2	7,9 (7,9)

Tabella 5.18 **Modalità di accesso ed esito degli accessi in PS avvenuti l'anno precedente l'ingresso in RSA**

Coorte	N accessi totali	Modalità di accesso in PS			Esito degli accessi in PS		
		Intervento 118	Decisione propria	Altro*	Dimissioni a domicilio	Ricovero in Reparto Degenza	Altro**
2013	32.683	59,3	30,7	10,1	48,4	46,5	5,1
2014	34.304	60,5	29,2	10,2	48,8	45,6	5,6
2015	37.361	63	28,5	8,5	50,6	43,9	5,4
2016	32.000	64	27,6	8,4	50,6	43,8	5,6
2017	33.395	65,7	27,1	7,3	51,6	43	5,4
2018	32.446	66,6	26,7	6,7	53,1	40,9	6,0
2019	33.025	67,9	25,7	6,4	54,2	40,2	5,6

* Include invio da parte di medico di medicina generale o medico di continuità assistenziale o specialista o trasferimento da altro istituto o struttura penitenziaria o altro o il dato è mancante. ** Include trasferimento in osservazione breve intensiva, trasferimento ad altro istituto, decesso in PS, rifiuto del ricovero, abbandono del PS prima della visita medica, abbandono del PS in fase di accertamento o prima della chiusura cartella, dimissioni a strutture ambulatoriali, arrivo con decesso

Esiti nei pazienti in RSA

Infine, abbiamo analizzato gli esiti delle coorti di pazienti in RSA in termini di sopravvivenza, ospedalizzazioni e accesso in PS.

I risultati presentati qui di seguito partono dalla lettura dei dati osservati e proseguono con l'interpretazione dei risultati ottenuti da modelli di regressione per indagare la correlazione tra esiti e caratteristiche dei pazienti e di contesto.

Sopravvivenza

Nel periodo considerato, la sopravvivenza media degli ospiti in RSA è di 3,1 anni e mediamente il 39% dei soggetti è deceduto entro un anno dall'ingresso in struttura¹⁴. Tra le coorti più recenti, la proporzione dei decessi avvenuti entro l'anno è in aumento (dal 37% nel 2013 al 44% nel 2019). Il trend di generale riduzione nella sopravvivenza degli individui entrati più di recente in RSA va interpretato considerando la tipologia di soggetti, la loro età media e la crescente concentrazione di casi di non autosufficienza classificata come grave tra le coorti più recenti.

La Figure 5.3 e 5.4 riportano le curve di sopravvivenza, indicanti la proporzione di soggetti che sopravvive col passare del tempo (anni, nel nostro caso). Il tempo è riportato in ascissa e la probabilità di sopravvivere – o proporzione di soggetti che sopravvive – in ordinata. Tanto più una curva è «alta» tanto maggiore è la sopravvivenza, o la proporzione di individui che nel tempo sopravvivono. Osserviamo che nel primo anno dall'ingresso in RSA la soprav-

Tabella 5.19 **Decessi e tempo di sopravvivenza osservati nelle coorti di anziani in RSA**

Coorte d'ingresso	N tot	N decessi nel primo anno*	% decessi nel primo anno*
2013	22190	8220	37,0
2014	21164	8049	38,0
2015	22855	8568	37,5
2016	19432	7514	38,7
2017	20658	7981	38,6
2018	19606	7659	39,1
2019	19916	8798	44,2
Totale	145.821	56.789	38,9

* L'orizzonte di 1 anno è stimato in modo approssimato avendo a disposizione solo l'anno del decesso.

* DS sta per deviazione standard

¹⁴ Nota: la data di ingresso in RSA è disponibile per intero (gg/mm/aaaa), mentre la data di decesso è disponibile solo come anno. Il tempo di sopravvivenza, dunque, è dunque stato approssimato; in particolare abbiamo scelto di fissare, per ogni soggetto, il giorno del decesso al 31/12 dell'anno indicato e considerato il mese di accesso in RSA dal giorno 1. Questo per ottenere una stima della sopravvivenza in mesi, tale da essere superiore a 0 nel caso in cui un soggetto fosse deceduto lo stesso anno di ingresso in RSA. Le stime vanno dunque interpretate sapendo che i risultati sovrastimano la durata della sopravvivenza, fino a un massimo di 11 mesi.

vivenza è simile tra coorti, mentre col progredire del tempo di permanenza in RSA le curve delle coorti più anziane sono più alte, indicando una maggior sopravvivenza dal tempo di ingresso in RSA, mentre la curva più bassa (i.e., più vicina agli assi) è quella della coorte 2019, seguita dalle altre coorti più recenti (Figura 5.4). Tale differenza tra coorti emerge anche dall'analisi del modello di

Figura 5.3 **Curva di sopravvivenza dei soggetti ammessi in RSA tra il 2013 e 2019**

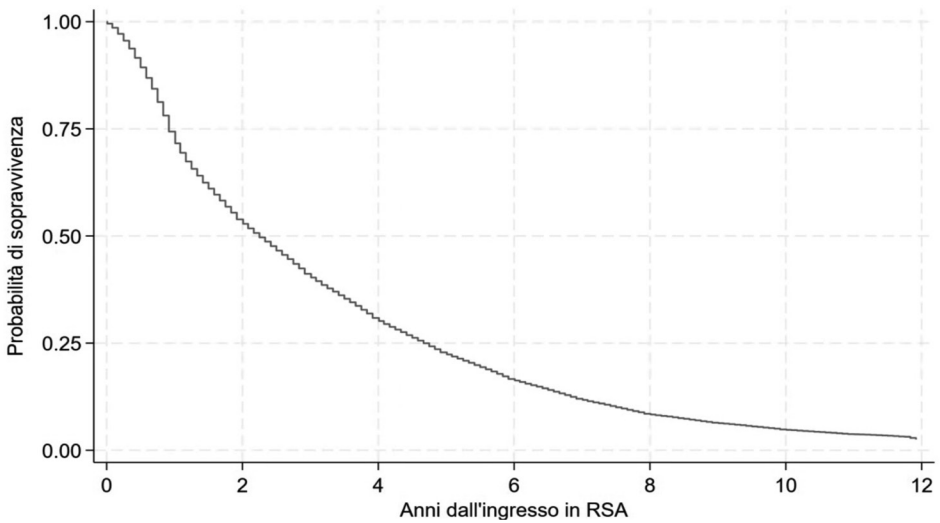
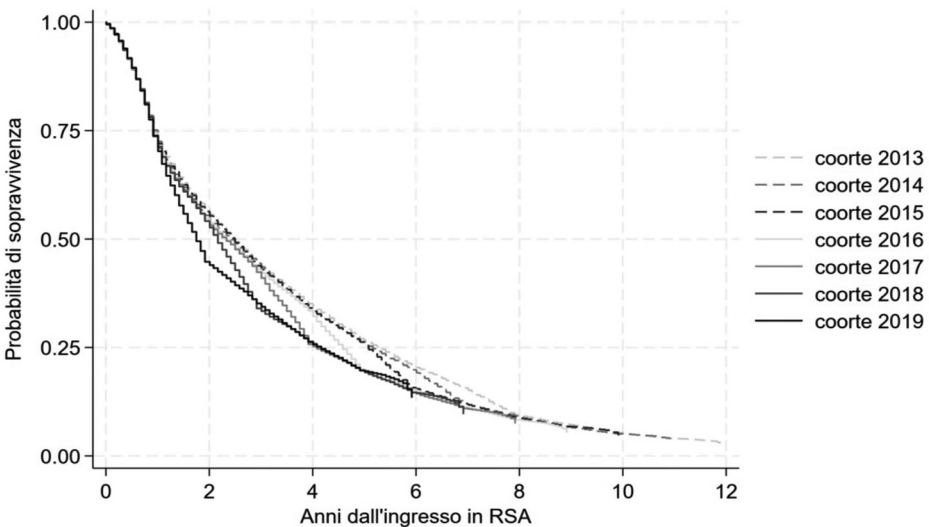


Figura 5.4 **Curve di sopravvivenza dei soggetti ammessi in RSA tra il 2013 e 2019 per coorte di ingresso**



Cox¹⁵, dove prendendo a riferimento una coorte intermedia (2015) osserviamo un maggior rischio di mortalità tra le coorti più recenti e un minor rischio tra quelle più vecchie. Gli altri fattori di rischio considerati nel modello includono il sesso, con minor rischio di mortalità tra le donne (rapporto di rischio – hazard rate (HR)) 0,67, IC 95% 0,667-0,684); il numero di patologie registrato all'ingresso, positivamente correlato al rischio di mortalità con un rischio 3% più alto per ogni patologia registrata (HR=1,03, IC 95% 1,033-1,040); la classe di non autosufficienza (HR=1,6, IC 95% 1,581-1,620) provincia di provenienza dell'ospite; ATS/ASL di riferimento dell'RSA al momento del decesso/ultimo periodo di osservazione. Diversamente delle aspettative la correlazione tra età e mortalità, in questo campione, è negativa (HR=0,97, IC 95% 0,969-0,971), probabilmente indicando che i soggetti che entrano in RSA più giovani hanno condizioni e criticità maggiori.

Ospedalizzazioni

L'analisi dei ricoveri ospedalieri successivi all'ingresso in RSA ha considerato i) qualunque ricovero e ii) ricoveri ordinari urgenti, come spiegato nella sezione 5.3.2.

Nel complesso, i tassi di incidenza di ospedalizzazioni a un anno e tra il primo e secondo anno dall'ingresso in RSA sono sensibilmente e significativamente diminuiti nel tempo, con un lieve aumento del numero di giorni di degenza media tra le coorti più recenti. Nell'anno immediatamente successivo l'ingresso in RSA, ci sono stati 332 ricoveri ospedalieri ogni 1.000 persone-anno¹⁶ in RSA nel 2013, riducendosi progressivamente fino a 243 nel 2019. I giorni di degenza media, invece, erano 11,1 giorni nella coorte 2013 e 10,9 giorni in quella 2019, con oscillazioni intermedie. Il fatto che le ospedalizzazioni di ospiti di RSA siano diminuite in maniera sensibile può essere interpretato come una maggiore capacità delle strutture di gestire la complessità sanitaria dei residenti, confermandone la crescente vocazione sanitaria. I ricoveri ordinari urgenti post ingresso in RSA sono stati circa il 75% del totale e anch'essi hanno riguardato una proporzione di ospiti minore nelle coorti più recenti, passando da 272 a 209 per 1000 persone-anno dal 2013 al 2019. La degenza media dei ricoveri ordinari urgenti è di circa 10 giorni e presenta valori minimamente

¹⁵ Per motivi di spazio e scopo, in questo paragrafo vengono presentati unicamente i principali risultati del modello.

¹⁶ Il tasso di incidenza tiene conto del tempo di comparsa dell'evento in questione. Esso viene calcolato ponendo al numeratore gli individui che sviluppano l'evento ed esprimendo il denominatore in termini di persone per unità di tempo. Ciascun soggetto che è seguito per un'unità di tempo (nel nostro caso giorni, misurati in anni) rappresenta 1 persona-anno. 1000 persone-anno significa l'equivalente di 1000 persone osservate per 1 anno intero se tutte sono presenti tutto il tempo, oppure un numero di individui superiore se qualcuno non è più osservato (e.g., perché deceduto) nell'orizzonte temporale di interesse.

oscillanti da coorte a coorte, con un leggero aumento nella coorte più recente (Tabella 5.21).

A complementare questa analisi, il modello di regressione binomiale negativo¹⁷ permette di stimare il numero di ricoveri avvenuti dopo l'ingresso in RSA per ciascun paziente, tenendo conto anche di alcune caratteristiche degli ospiti, quali l'età all'ingresso, il sesso, le comorbidità e classe SOSIA all'ingresso e l'ATS cui afferisce l'RSA. Rispetto alla coorte intermedia entrata in RSA nel 2015, osserviamo un numero atteso di ricoveri superiore del 12% nella coorte 2013 (IC 95% 8,7-15,2), del 7% nella coorte 2014 (IC 95% 3,7 – 10,1), e un nu-

Tabella 5.20 **Ricoveri di ogni tipo avvenuti nell'anno e nei due anni successivi all'ingresso in RSA**

Coorte	<=1 anno dopo l'ingresso in RSA			tra 1 e 2 anni dopo l'ingresso in RSA		
	Incidenza ospedalizzazioni (95% IC)	Numero medio ricoveri (DS)	Giorni degenza media (DS)	Incidenza ospedalizzazioni (95% IC)	Numero medio ricoveri (DS)	Giorni degenza media (DS)
2013	332,3 (323,7 – 341,2)	1,9 (1,4)	11,1 (12,9)	180,0 (172,0 – 188,4)	1,9 (1,6)	10,6 (11,7)
2014	325,5 (316,7 – 334,4)	1,9 (1,4)	11,0 (11,0)	169,5 (161,6 – 177,9)	1,9 (1,4)	10,5 (10,5)
2015	304,3 (296,2 – 312,6)	1,9 (1,4)	10,8 (10,6)	166,3 (158,8 – 174,1)	1,8 (1,2)	10,3 (9,7)
2016	299,9 (291,3 – 308,9)	1,8 (1,3)	10,6 (10,2)	143,3 (135,8 – 151,3)	1,8 (1,2)	10,4 (10,6)
2017	280,2 (272,1 – 288,5)	1,8 (1,2)	10,5 (11,6)	133,9 (126,9 – 141,3)	1,9 (1,3)	9,9 (9,5)
2018	259,5 (251,6 – 267,7)	1,8 (1,4)	10,6 (10,2)	135,1 (127,9 – 142,7)	1,8 (1,3)	10,4 (9,8)
2019	243,3 (235,7 – 251,1)	1,7 (1,1)	10,9 (10,1)	126,0 (118,9 – 133,6)	1,5 (0,9)	11,0 (10,1)

* DS sta per deviazione standard; IC sta per intervallo di confidenza

Tabella 5.21 **Ricoveri ordinari urgenti avvenuti nell'anno e nei due anni successivi all'ingresso in RSA**

Coorte	<=1 anno dopo l'ingresso in RSA			tra 1 e 2 anni dopo l'ingresso in RSA		
	Incidenza ospedalizzazioni (95% IC)	Numero medio ricoveri (DS)	Giorni degenza media (DS)	Incidenza ospedalizzazioni (95% IC)	Numero medio ricoveri (DS)	Giorni degenza media (DS)
2013	271,5 (263,0 – 279,3)	1,5 (0,8)	9,9 (8,3)	153,3 (146,1 – 160,7)	1,6 (1,0)	9,9 (8,3)
2014	264,6 (256,9 – 272,6)	1,5 (0,9)	9,8 (8,2)	147,1 (140,0 – 154,7)	1,5 (0,8)	9,9 (7,9)
2015	248,7 (241,5 – 256,1)	1,5 (0,9)	9,7 (7,7)	140,8 (134,1 – 147,8)	1,5 (0,9)	9,8 (7,9)
2016	246,7 (238,9 – 254,7)	1,5 (0,9)	9,7 (7,8)	126,7 (119,8 – 134,0)	1,4 (0,8)	9,6 (7,4)
2017	234,0 (226,7 – 241,5)	1,4 (0,8)	9,5 (7,9)	117,9 (111,5 – 124,7)	1,5 (1,0)	9,5 (7,2)
2018	218,4 (211,2 – 225,9)	1,4 (0,9)	9,6 (7,9)	122,3 (115,7 – 129,4)	1,4 (0,7)	10,1 (8,3)
2019	209,4 (202,4 – 216,6)	1,4 (0,8)	10,1 (8,6)	110,9 (104,4 – 117,8)	1,3 (0,6)	10,3 (8,1)

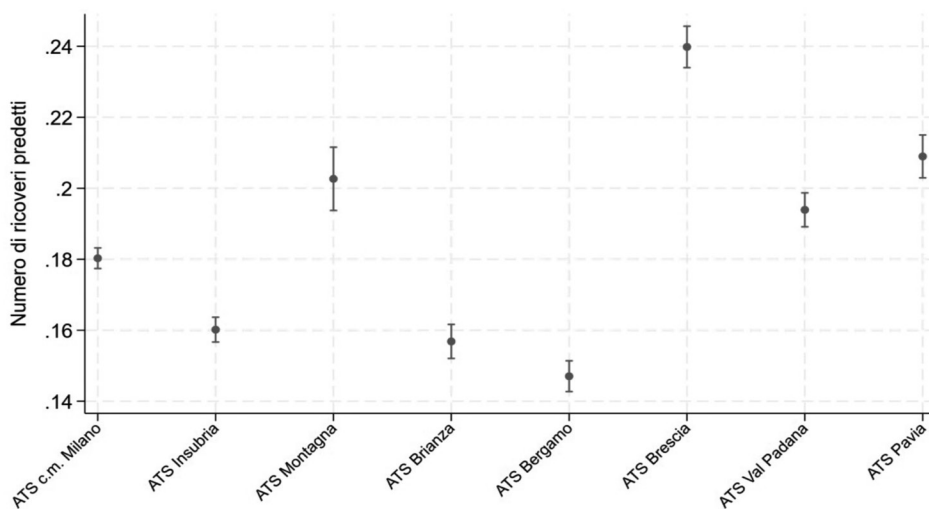
* DS sta per deviazione standard; IC sta per intervallo di confidenza

¹⁷ Per motivi di spazio e scopo, in questo paragrafo vengono presentati unicamente i principali coefficienti del modello.

mero atteso di ricoveri progressivamente sempre minore nelle coorti successive, tale per cui la coorte 2019 risulta avere un numero atteso di ricoveri 32% (95% IC 30,0-34,6) inferiori rispetto alla coorte del 2015, in linea coi risultati presentati in Tabella 5.19. I risultati relativi ai ricoveri ordinari urgenti raccontano, confermano questa evoluzione, per cui le coorti più vecchie risultano avere un numero atteso di ricoveri ordinari urgenti superiore a quelli della coorte di riferimento del 2015 e le coorti più recenti inferiori, in un ordine di grandezza simile a quello osservato per tutti i ricoveri (e.g., i ricoveri ordinari urgenti nella coorte 2013 sono maggiori del 12% rispetto a quelli della coorte 2015, e inferiori del 33% nella coorte 2019 rispetto alla coorte 2015).

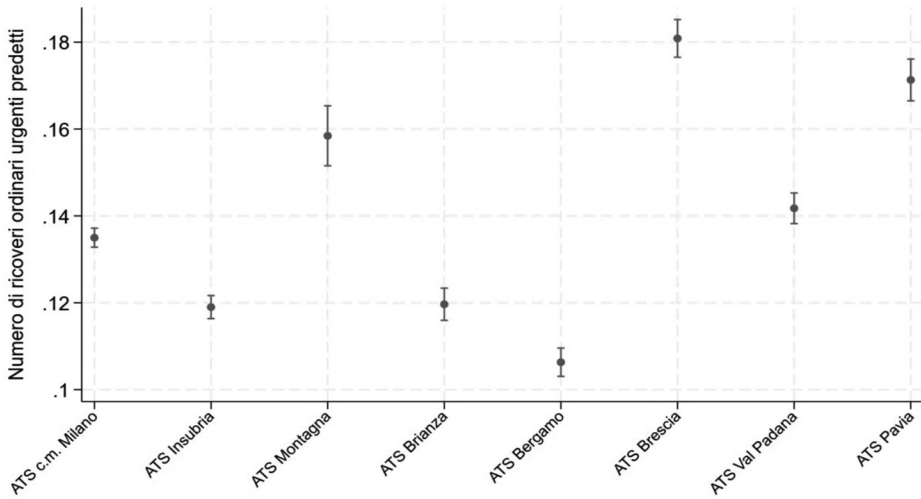
L'altro aspetto che abbiamo investigato tramite il modello sopra descritto è se il rischio di trasferimento in ospedale dopo l'ingresso in RSA cambi tra RSA appartenenti a diverse ATS¹⁸. Le Figura 5.5 e Figura 5.6 riportano, rispettivamente per tutti i ricoveri e per i ricoveri ordinari urgenti, il numero di eventi predetti dal modello, per ATS. In assoluto, vediamo che il numero medio di ricoveri ospedalieri successivi all'ingresso in RSA è inferiore all'unità, e infatti riguardano meno della metà degli assistiti. L'altro risultato che emerge è una grande variabilità nelle ospedalizzazioni tra le ATS, seppure per un range di valori molto ristretto (0,15-0,24 per tutti i ricoveri e 0,11-0,18 per quelli ordinari urgenti). L'ATS di Brescia presenta il più alto tasso di ricoveri (0,24

Figura 5.5 **Ricoveri totali predetti dal modello di regressione binomiale negativa per ATS**



¹⁸ Avendo un orizzonte temporale a cavallo della Legge Regionale nr.23/2015 che ha istituito le ATS in sostituzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), abbiamo considerato come unità le ATS facendovi confluire le corrispondenti ASL.

Figura 5.6 **Ricoveri ordinari urgenti predetti dal modello di regressione binomiale negativa per ATS**



tutti i ricoveri; 0,18 ricoveri ordinari urgenti), seguita da ATS di Pavia (0,21 e 0,17), mentre i tassi più bassi sono osservati per le ATS di Insubria (0,16 e 0,12), Brianza (0,15 e 0,12) e Bergamo (0,15 e 0,11).

Pronto Soccorso

Gli accessi in PS, nel complesso, risultano più frequenti delle ospedalizzazioni. Nell'anno successivo all'ingresso in RSA, il tasso di incidenza di accessi in PS tra gli anziani è diminuito tra le coorti più recenti, da 530 per 1.000 persone-anno nella coorte 2013 a 457 nel 2019. In tutte le coorti, la media di accessi all'anno è di circa due. Tra il primo e secondo anno dall'ingresso in RSA, il tasso di incidenza di accesso al PS diminuisce, mentre il numero di accessi aumenta a poco meno di 3 accessi all'anno, simile tra le diverse coorti (Tabella 5.21). Questi dati rafforzano la considerazione precedentemente esposta circa l'aumento nel tempo della capacità di gestione di casi clinici complessi all'interno delle strutture.

La Tabella 5.22 illustra gli esiti degli accessi in PS, distinguendo dimissione a domicilio (in questo caso, RSA), ricovero in reparto di degenza e una categoria residuale che include esiti poco frequenti ed eterogenei tra loro¹⁹. Se le dimissioni al domicilio rappresentano poco più della metà degli esiti, i trasferi-

¹⁹ Gli esiti inclusi sono trasferimento in osservazione breve intensiva, trasferimento ad altro istituto, decesso in PS, rifiuto del ricovero, abbandono del PS prima della visita medica, abbandono del PS in fase di accertamento o prima della chiusura cartella, dimissioni a strutture ambulatoriali, arrivo con decesso

Tabella 5.22 **Accessi in PS nell'anno e nei due anni successivi all'ingresso in RSA**

Coorte	<=1 anno dopo l'ingresso in RSA		tra 1 e 2 anni dopo l'ingresso in RSA	
	Incidenza ingressi PS (95% IC)	Numero medio ingressi (SD)	Incidenza ingressi PS (95% IC)	Numero medio ingressi (SD)
2013	530,5 (519,1 – 542,2)	2,2 (1,8)	290,9 (279,4 – 302,8)	2,9 (2,6)
2014	535,0 (523,2 – 547,1)	2,2 (1,6)	281,9 (270,3 – 293,9)	2,8 (2,3)
2015	512,5 (501,5 – 523,8)	2,2 (2,0)	276,7 (265,8 – 288,0)	2,9 (2,7)
2016	528,1 (515,8 – 540,6)	2,0 (1,4)	264,1 (252,4 – 276,3)	2,6 (2,1)
2017	498,4 (487,0 – 510,1)	2,1 (1,5)	246,2 (235,5 – 257,4)	2,7 (2,2)
2018	498,8 (487,1 – 510,8)	2,1 (1,8)	242,3 (231,4 – 253,7)	2,6 (2,4)
2019	456,7 (445,6 – 468,0)	2,7 (6,7)	215,0 (204,6 – 225,9)	2,9 (6,2)

Tabella 5.23 **Esito dell'accesso in PS nell'anno e nei due anni successivi all'ingresso in RSA**

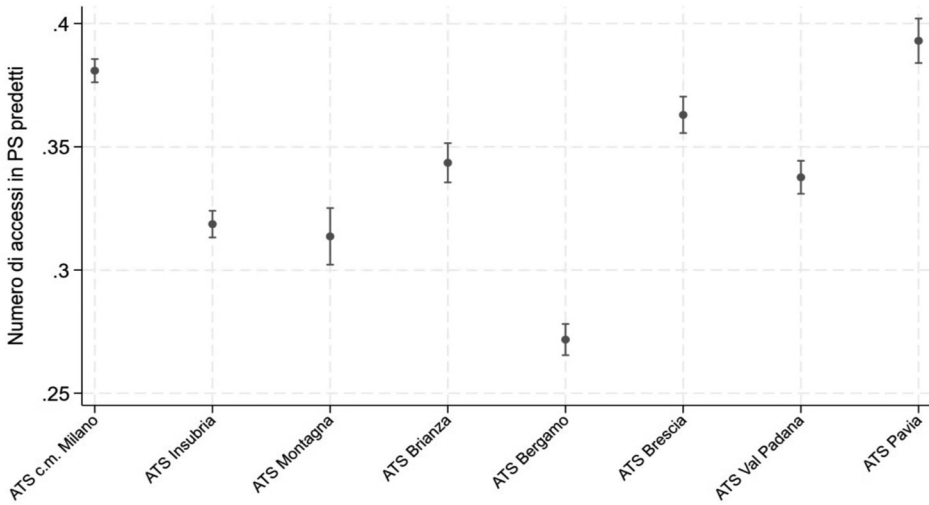
Coorte	<1 anno da ingresso in RSA			1-2 anni da ingresso RSA		
	Dimissioni a domicilio	Ricovero in Reparto Degenza	Altro	Dimissioni a domicilio	Ricovero in Reparto Degenza	Altro
2013	53,2	40,7	6,1	49,5	43,7	6,8
2014	55,3	39,1	5,6	51,0	42,5	6,6
2015	56,4	37,3	6,3	52,3	41,5	6,2
2016	58,3	36,4	5,3	53,9	39,9	6,1
2017	57,6	37,0	5,4	54,0	39,9	6,1
2018	54,9	37,8	7,4	56,0	37,2	6,8
2019	50,3	39,9	9,8	54,0	38,3	7,7

menti in reparto di degenza rappresentano circa il 40% degli esiti degli accessi al PS avvenuti sia a 1 anno sia dopo il primo anno di degenza in RSA, in lieve diminuzione nelle coorti più recenti rispetto alla coorte 2013 (40,2% nel 2013 e 38,2% nel 2019).

Come fatto per i ricoveri ospedalieri, questa analisi è complementata dai risultati ottenuti dal già citato modello di regressione binomiale negativo in cui abbiamo considerato il numero di accessi in PS avvenuti dopo l'ingresso in RSA per ciascun paziente, considerando tutto l'arco temporale disponibile, e tenendo conto anche di alcune caratteristiche degli assistiti, quali l'età all'ingresso, il sesso, le comorbidità all'ingresso e la classe sosia all'ingresso e l'ATS cui afferisce l'RSA. Rispetto alla coorte entrata in RSA nel 2015, osserviamo differenze significative nelle coorti precedenti e successive, con un minor tasso di accesso in PS nelle coorti più vecchie e maggior tasso in quelle successive (e.g., la coorte 2013 presenta un numero atteso di accessi in PS 6% superiori rispetto alla coorte 2015 (IC 95% 3,2-8,2) e la coorte 2019 24% inferiore (IC 95% 22,1-26,0)).

L'altro aspetto che abbiamo investigato è se il rischio di accesso in PS dopo l'ingresso in RSA cambi tra RSA appartenenti a diverse ATS. La Figura

Figura 5.7 **Numero di accessi in PS predetti dal modello di regressione binomiale negativa per ATS**



5.7 riporta il numero di eventi predetti dal modello, per ATS. In assoluto, vediamo che il numero medio di accessi in PS successivi all'ingresso in RSA è inferiore all'unità, e infatti riguardano meno della metà degli assistiti. L'altro risultato che emerge è, anche in questo caso, una grande variabilità nelle ospedalizzazioni tra le ATS, in un range di valori tra 0,27 e 0,39. L'ATS di Pavia presenta il più alto tasso di accessi al PS (0,39), seguita da ATS della città metropolitana Milano (0,38), mentre il tasso più basso è osservato la ATS di Bergamo (0,27).

5.4 Conclusioni

Il capitolo illustra lo stato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, mostrando sia i trend di offerta, erogazione dei servizi e finanziamento del sistema, sia l'evoluzione del profilo degli anziani non autosufficienti che accedono a servizi residenziali (con approfondimento sulle RSA lombarde). Rispetto alla possibilità di commentare i trend nazionali si continua a ribadire come l'assenza di fonti informative aggiornate e complete impedisca di fare riflessioni puntuali circa l'adeguatezza del nostro sistema di fronte alla rapida evoluzione epidemiologica, demografica e sociale di cui la popolazione anziana è protagonista. Nel Capitolo sono stati utilizzati e commentati dati riferiti al 2021 e al 2022 con uno scarto temporale significativo rispetto al presente.

Ribadita l'urgenza di disporre di dati riferiti al presente, le analisi confermano alcune dinamiche in corso, ovvero:

- ▶ La popolazione non autosufficiente è in continuo aumento, con una grande rilevanza del fenomeno per le coorti anagrafiche degli over85 e con ampia variabilità da regione a regione. Le dinamiche epidemiologiche e sociali sono variegata e collegate ai contesti territoriali, fatto che meriterebbe l'approfondimento con analisi su dati regionali purtroppo non disponibili.
- ▶ La disponibilità di servizi di natura sociale è estremamente ridotta, con una focalizzazione del sistema sui servizi socio-sanitari. Questi ultimi presentano un trend di lieve aumento rispetto al 2021, pur confermando come il sistema pubblico non riesca a fornire risposte, se non ad un terzo della popolazione anziana non autosufficiente. Il dato sulla diffusione di ADI nel 2022 è quello che registra l'aumento maggiore, evidenziando un primo effetto PNRR. Confrontando però l'aumento del numero dei casi trattati con la diminuzione delle ore erogate per assistito, si osserva una ulteriore «diluzione» del servizio che storicamente è già estremamente modesto.
- ▶ La diffusione di Indennità di Accompagnamento è stabile e segnala ampie differenze tra regioni, in parte riconducibili alla diversa prevalenza della non autosufficienza, in parte alle diverse culture nel ricercare e richiedere misure di supporto al sistema di welfare pubblico, spesso coerenti alla maggiore o minore generosità delle commissioni di valutazioni locali a ritenere i richiedenti eleggibili.

Combinando quanto commentato rispetto alle performance dei servizi con l'osservazione che la spesa pubblica per non autosufficienza in rapporto al PIL è in diminuzione, si può concludere che il sistema italiano debba ancora interrogarsi su come affrontare la sfida dell'invecchiamento. La questione non appare in agenda e la riduzione lenta ma costante e progressiva dei tassi di risposta ai cittadini avviene in modo emergente e non dichiarato, fuori dai riflettori del dibattito e della consapevolezza collettiva. Le stesse famiglie che vivono la situazione in prima persona appaiono rassegnate a considerare l'area della non autosufficienza un problema privato, a cui ogni singola famiglia è chiamata a rispondere con le disponibilità di cui dispone, senza alcun profilo di equità e senza alcun standard di diritti o di servizi atteso e definito. È auspicabile per questo un cambiamento nell'assetto del sistema, mentre uno status quo non può che portare inevitabilmente ad un ulteriore arretramento del sistema pubblico.

Rispetto al caso delle RSA e della regione Lombardia, emergono altri spunti interessanti. Molte delle evidenze che descrivono le caratteristiche degli anziani nel momento dell'inserimento in RSA segnalano un aggravamento delle condizioni di salute, apprezzabile in un arco temporale di solo sette anni, tra il

2013 e il 2019. Nel complesso, emerge un profilo tipo sempre più orientato a cittadini grandi anziani, con patologie multiple e diagnosi complesse, rispetto ai quali anche la caratterizzazione comportamentale è molto rilevante e in peggioramento negli anni. Sono poi cittadini che hanno una storia rilevante di accesso ai servizi sanitari, come segnalano i dati su ospedalizzazioni e accesso al pronto soccorso. Questa prima profilatura ci porta a due ordini di riflessioni. Da un lato ci conferma quanto i gestori già rilevavano da tempo, ovvero la sempre maggior rilevanza della componente sanitaria rispetto a quella assistenziale come conseguenza delle caratteristiche degli anziani. Dall'altro questi dati fanno emergere una prospettiva che non sempre è intercettata dal sistema. La modalità adottata dal sistema formale di codificare queste caratteristiche e individuare il profilo delle persone che accedono ai servizi è quella della classificazione SOSIA. Guardando al dato sulla distribuzione delle classi SOSIA nel periodo 2013-2019 questo non sembra subire variazioni importanti, registrando solo un lieve aumento della rilevanza della classe 1. Lo strumento SOSIA guarda alla presenza e assenza di specifiche caratteristiche e non è stato aggiornato negli anni in base alle caratteristiche in ogni momento più rilevanti per l'accesso ai servizi. Questo strumento (come più in generale potremmo dire per i sistemi amministrativi di classificazione dei bisogni e degli utenti potenziali) è allora in grado di cogliere l'evoluzione epidemiologica e di seguire l'evoluzione dei bisogni? I dati che riguardano le ospedalizzazioni e gli accessi al pronto soccorso qui illustrati ci raccontano che ci sono numerose altre informazioni che sono rilevanti e non sono tenute in considerazione dalla scala adottata. Tra il 2013 e il 2019, infatti, è aumentato il numero degli anziani che fanno ricorso ai servizi ospedalieri, nonostante si sia avviato negli anni di analisi un percorso di revisione della rete ospedaliera pressoché in tutta Italia. I nostri anni di analisi (2013-2019) attraversano poi un periodo temporale in cui diverse strategie per limitare gli accessi alla rete ospedaliera sono stati messi in atto, con ripercussioni anche sulla popolazione anziana e, di conseguenza, sulle RSA. Tra il 2013 e il 2019 le RSA sono diventate organizzazioni poi sempre più professionali, strutturate e orientate alla gestione di casi gravi / complessi. Potremmo leggere questo elemento guardando alle ospedalizzazioni post ingresso in RSA che sono diminuite, probabilmente come effetto combinato di *gatekeeping* di sistema e miglioramento e investimento sulle competenze assistenziali degli operatori di RSA. Anche il dato sulla mortalità, aumentato sensibilmente per il numero di anziani deceduti durante il loro primo anno in RSA, segnala un aggravamento delle condizioni degli ospiti in ingresso. Questo dato può essere considerato sentinella di un atteggiamento delle famiglie che preferiscono presidiare la cura di un anziano non autosufficiente a domicilio il più a lungo possibile, anche in condizioni di grave fragilità e complessità clinica, facendo quindi seguire numerosi accessi in PS e in ospedale. Avendo posticipato l'ingresso in RSA la speranza di vita residua è modesta, in molti casi inferiore ad

un anno, in media inferiore a due. Gli allarmi dell'opinione pubblica e della politica su un eccessivo ricorso all'istituzionalizzazione in RSA sono pertanto mal riposti, avendo l'Italia tassi di istituzionalizzazione che sono estremamente ridotti rispetto a quelli dei principali paesi europei, come prova anche la modesta presenza di posti letto di RSA e la citata breve permanenza. Il problema è semmai opposto a quello di una eccessiva istituzionalizzazione generalizzata. Gli anziani non autosufficienti in Italia restano a lungo a domicilio, ma con una assistenza in media largamente insufficiente, soprattutto per quanto riguarda prestazioni specialistiche e lo sviluppo di approcci assistenziali coerenti ai reali bisogni degli anziani e alla tutela dei membri delle famiglie.

Le evidenze circa i percorsi assistenziali di arrivo in RSA e di uscita da questo servizio, segnalano poi uno scarso investimento sulla connessione tra RSA e dimissione ospedaliera e la creazione di barriere tra questi due setting. Data l'esistenza di tali barriere, le RSA in Lombardia (regione qui analizzata ma anche in altri contesti) hanno sviluppato servizi che le rendono autonome rispetto a bisogni clinici dei loro ospiti al fine di evitare il più possibile il ricovero ospedaliero. La diversità tra territori a livello infra-regionale mostra una grande eterogeneità di situazioni, dovuta a quattro fattori: a) la diversa diffusione di servizi RSA che vedono una distribuzione molto eterogenea nel territorio regionale; b) le caratteristiche dei diversi territori (montagna vs pianura /metropoli) e la conseguente logistica dei servizi; c) l'esistenza di diverse culture famigliari nella fruizione dei servizi di LTC; d) pratiche di coordinamento e integrazione tra servizi del SSN eterogenee.

Il capitolo, nella sua interezza, vuole lanciare alcuni messaggi urgenti ai policy makers che seguono questo settore:

- ▶ È necessaria una maggior integrazione tra servizi socio-sanitari e sanitari in modo da creare percorsi di accesso che non solo aiutino le famiglie, ma riescano anche a profilare la persona anziana coinvolta e quindi a orientare l'offerta a cui tendere. Il quadro attuale fa sì che gli anziani non autosufficienti usino molto l'ospedale fino quando sono a casa (mentre raramente usano altri servizi sanitari o socio-sanitari perché sono inesistenti, inaccessibili o troppo deboli), mentre non vi accedono mai quando stanno peggio e sono in RSA.
- ▶ È necessario che gli enti del settore si dotino (insieme ai policy makers) di una visione strategica di medio periodo, in modo da far fronte ai bisogni delle famiglie in una logica di collaborazione e specializzazione.
- ▶ I meccanismi di collegamento tra servizi sono ancora molto limitati mentre, invece, se presenti consentirebbero di superare numerose barriere.
- ▶ Investire su sistemi informativi collettivi che possano facilitare la raccolta e lo scambio di dati che riguardino la non autosufficienza su più tavoli per portare conoscenza e consapevolezza è diventato urgente e inevitabile.

L'approfondimento svolto sugli ospiti in RSA in regione Lombardia costituisce un primo tentativo di segnalare l'urgenza circa i cambiamenti necessari nel settore dell'assistenza agli anziani. Sia il profilo degli ospiti, che la dinamica di ricorso ai servizi evidenziata dai dati, segnalano come la via sia quella di un maggior coordinamento tra socio-sanitario e sociale, ma anche tra settore sanitario e socio-sanitario, per sviluppare processi riallocativi delle risorse e di diversa definizione di priorità del welfare pubblico.

5.5 Bibliografia

- Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di) (2022), *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi», in CER-GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano: Egea.
- Istat (2024). Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anni 2018-2021. Disponibile a questo link. Consultato l'ultima volta il 17 luglio 2024.
- Istat (2021). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019. Disponibile a questo link.
- ISTAT, (più anni), *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2021; Anno 2020; Anno 2019; Anno 2018*.
- Longo, F., Manfredi, S., Meda, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2022). «Il posizionamento strategico dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti nelle regioni italiane: un'analisi comparata», in CER-GAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022*. Milano: Egea.
- Manfredi, S. e Notarnicola, E. (2024). «La sostenibilità del settore Long Term Care nella riforma per la non autosufficienza», in Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (a cura di), *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo period. 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Ministero della Salute, (più anni), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*.
- Ragioneria Generale dello Stato, 2024, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2024*.

