



Capitolo 7

Assistenza residenziale: le risposte del SSN ai bisogni degli anziani

Residential Care: NHS answer to elderly needs

English Summary

Key Indicators

CAPITOLO 7

Assistenza Residenziale: le risposte del SSN ai bisogni degli anziani

Brenna E.¹

7.1. Introduzione

L'Italia nel 2020 si conferma il Paese europeo con la percentuale maggiore di popolazione anziana, pari al 23%. A livello mondiale, solo il Giappone supera questo primato, con una percentuale di *over 65* pari al 27,5% (Eurostat, 2020). L'indice di vecchiaia, che descrive la percentuale di persone anziane rispetto alla popolazione infantile (0-14 anni), può essere utile per illustrare l'andamento demografico degli ultimi anni: nel periodo tra il 2005 e il 2015 questo indicatore è cresciuto del 14,2% passando dal 138,1 a 157,7 (Anziani.stat). Ciò significa che in Italia ci sono 158 anziani ogni 100 bambini, con un *trend* che è destinato a crescere a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita e del calo delle nascite; le previsioni per il 2065 riportano infatti un indice di vecchiaia pari a 257,9.

Con l'aumento della popolazione anziana cresce il bisogno di cure e la pressione sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Prendendo in considerazione la fascia d'età compresa fra i 65 e i 74 anni, 7,5 anziani su 10 hanno almeno una malattia cronica, valore che aumenta a 8,5 dopo i 75 anni. Similmente, circa un anziano su due convive con almeno due malattie croniche prima dei 75 anni, mentre dopo il compimento del 75-esimo anno d'età la percentuale aumenta al 64%.

Tuttavia, non sempre la presenza di malattie croniche comporta una compromissione dello stato di salute e ciò può dipendere, oltre che dalla tipologia

della cronicità, dalla capacità del SSN di mantenere sotto controllo i sintomi: nel 2011, il 30,7% degli anziani in età compresa fra i 65 e i 74 anni con almeno una malattia cronica dichiarava di essere in buona salute, nel 2016 la percentuale era salita al 33,4%, e nel 2019 al 35,0%.

Osservando i *trend*, possiamo apprezzare come si sia modificato il bisogno di cure della popolazione anziana nell'ultimo decennio: se da una parte il SSN è gravato dall'aumento delle coorti di anziani, in particolare quelle dei primi *baby boomers*², prossimi alla soglia degli 80 anni, dall'altra sono sempre più numerosi gli anziani che invecchiano in salute, procrastinando di fatto l'età media in cui il bisogno di cure diventa impellente.

Partendo da queste considerazioni, il presente capitolo ha un duplice obiettivo: fornire un quadro aggiornato sul bisogno di cure degli anziani in Italia e illustrare la capacità del sistema di fornire risposte efficaci. In altri termini, ci si propone di verificare se il bisogno di cure venga correttamente identificato da parte dei sistemi sanitari regionali e con quali strumenti gli stessi intervengano per soddisfare le necessità della popolazione che invecchia.

7.2. Invecchiamento e cronicità - tendenze in atto

Per l'analisi della prevalenza di malattie croniche ci si è avvalsi dei dati provenienti dal sito dell'Istat

¹ Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali, Università di Pavia

² Con questo termine si indicano gli individui nati tra il 1945 e il 1965. Rispetto alle generazioni precedenti, questa generazione è più consistente, ha generato meno figli e ad una età mediamente maggiore. Come conseguenza, i *baby boomers* che invecchiano (nel 2025 le prime coorti avranno 80 anni) hanno meno figli *caregiver* a disposizione e probabilmente con un ruolo genitoriale ancora attivo

“Anziani.stat” relativi al periodo 2009-2019. I dati sono disaggregati per fascia d'età, rispettivamente 65-74 anni, che indichiamo come “giovani anziani” e over 75.

Fra coloro che dichiarano di godere di buona sa-

lute, nel decennio si osserva un incremento per entrambe le categorie di età: dal 37,0% al 43,7% per i giovani anziani e dal 21,0% al 27,5% per gli over 75 (Figura 7.1.).

Figura 7.1. Quota di anziani che dichiarano di essere in buona salute

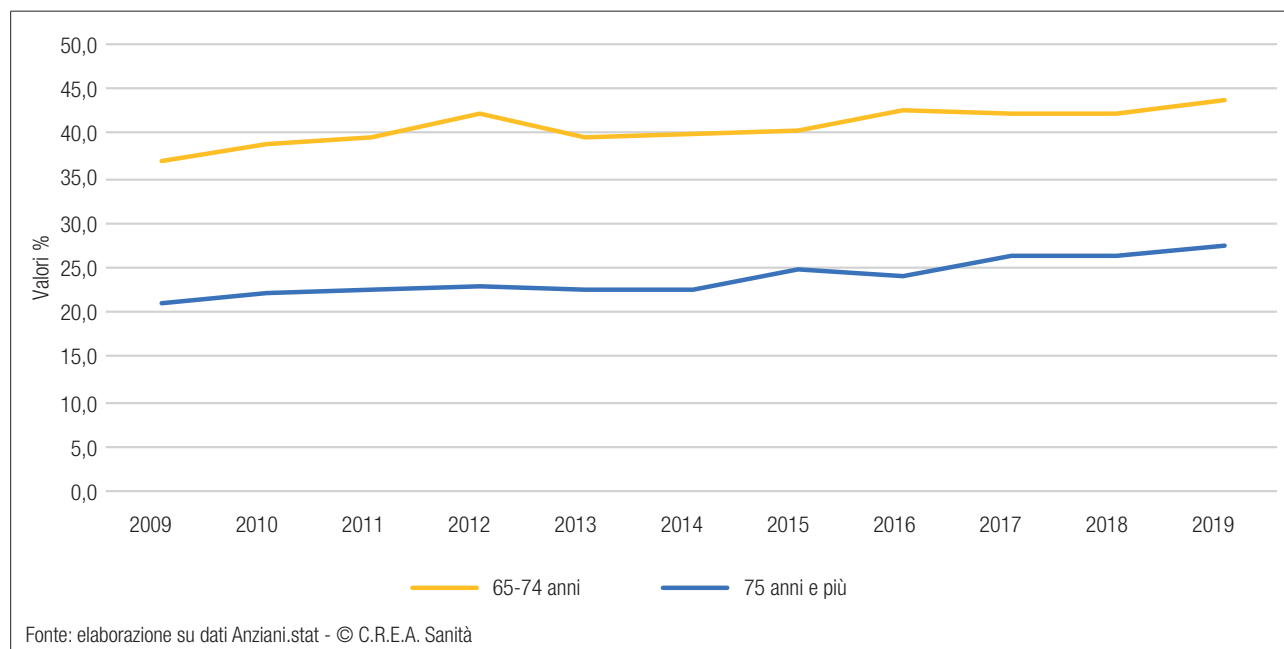


Figura 7.2. Quota di anziani con almeno una malattia cronica

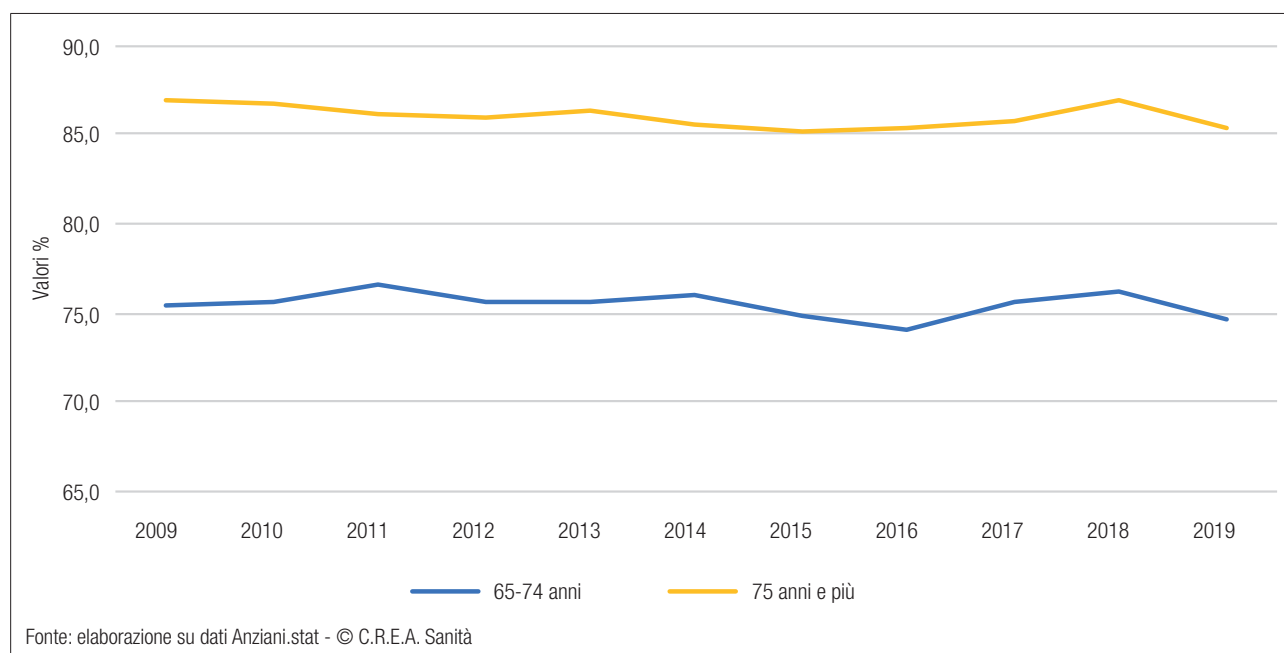
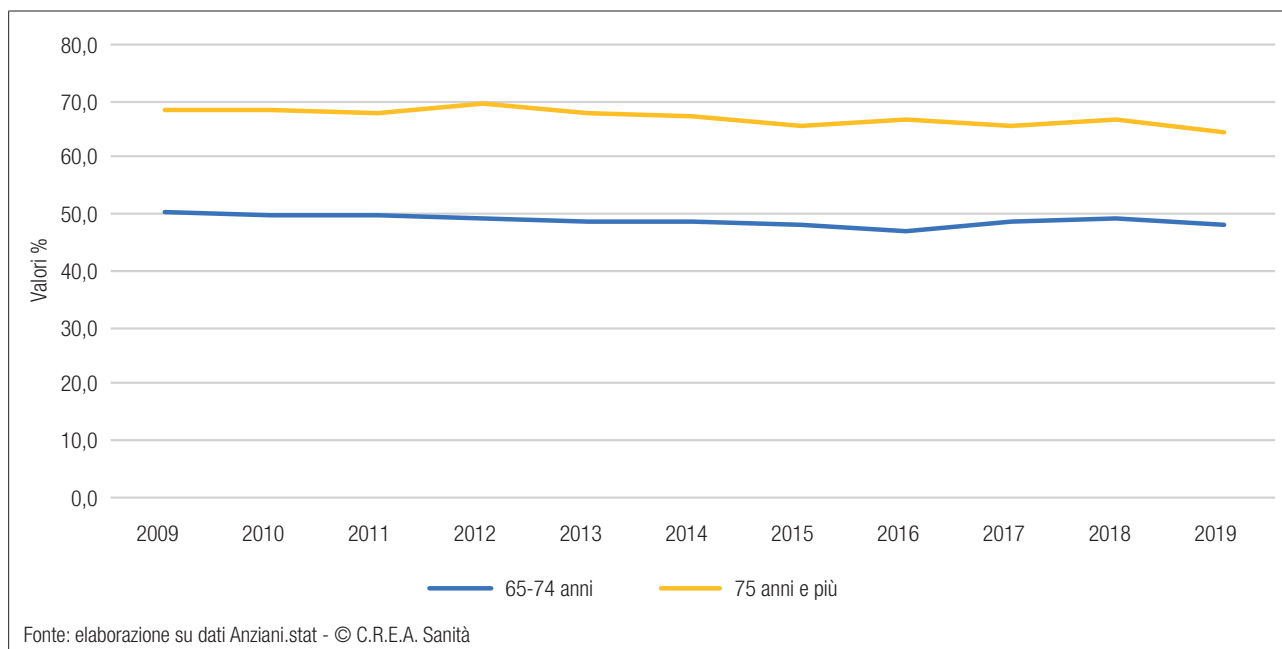


Figura 7.3. Quota di anziani con almeno due malattie croniche



La figura 7.2. presenta, per gli anni 2009-2019, la percentuale di anziani con almeno una malattia cronica. L'andamento per entrambe le fasce di età è discontinuo ma, nel complesso, la prevalenza diminuisce di circa un punto percentuale nel corso del decennio; in termini assoluti, i numeri ovviamente crescono a causa dell'aumento della popolazione anziana. Per gli individui con almeno due malattie croniche, la decrescita in termini percentuali è più evidente, in particolare per gli *over 75*, che diminuiscono dal 68,2% al 64,4% (figura 7.3.). Anche in questo caso, tuttavia, va rilevato che la pressione demografica continua a far crescere i numeri assoluti.

In definitiva, fra gli *over 75* la prevalenza di malattie croniche si è ridotta rispetto a dieci anni fa, ma ciò non basta a far diminuire la richiesta di assistenza sanitaria, poiché nel decennio l'incremento per gli individui appartenenti a questa fascia d'età è superiore al 20% (Figura 7.5.).

In modo complementare, la percentuale di anziani con cronicità, ma in buona salute, cresce di quasi 8 punti nella fascia 65-74 anni, mentre fra gli *over 75* la crescita è di circa 6 punti (Figura 7.4.).

Il dato suggerisce che la presa in carico delle cro-

nicità, anche per la categoria dei più anziani, ha funzionato in maniera efficace nel corso del decennio: nonostante la presenza di malattie croniche, sono sempre di più gli anziani che invecchiano in buona salute, segno che i sintomi della malattia rimangono sotto controllo e non intaccano la qualità della vita.

Come anticipato sopra, sebbene lo stato di salute dei singoli, in media, migliori, la pressione sul SSN non si allenta, per effetto dell'invecchiamento della popolazione: la figura 7.5. illustra la crescita demografica per le due fasce d'età considerate fra il 2009 e il 2019: il dato che preoccupa maggiormente è l'incremento della quota di *over 75*, che è aumentata più del 20%, superando in numero assoluto la categoria degli anziani *under 75*. Nel corso del decennio considerato, i primi crescono di quasi 1.200.000 unità e superano la quota dei 7 milioni; per i giovani anziani la crescita è più moderata, 470.000 unità con un aumento relativo del 7,5%.

La pressione sul SSN rimane, quindi, notevole e rappresenta una sfida per le Regioni, che devono dotarsi di reti territoriali e residenziali capaci di captare il bisogno ed accompagnare i soggetti fragili e le loro famiglie nel percorso di cura.

Figura 7.4. Quota di anziani con malattie croniche in buona salute

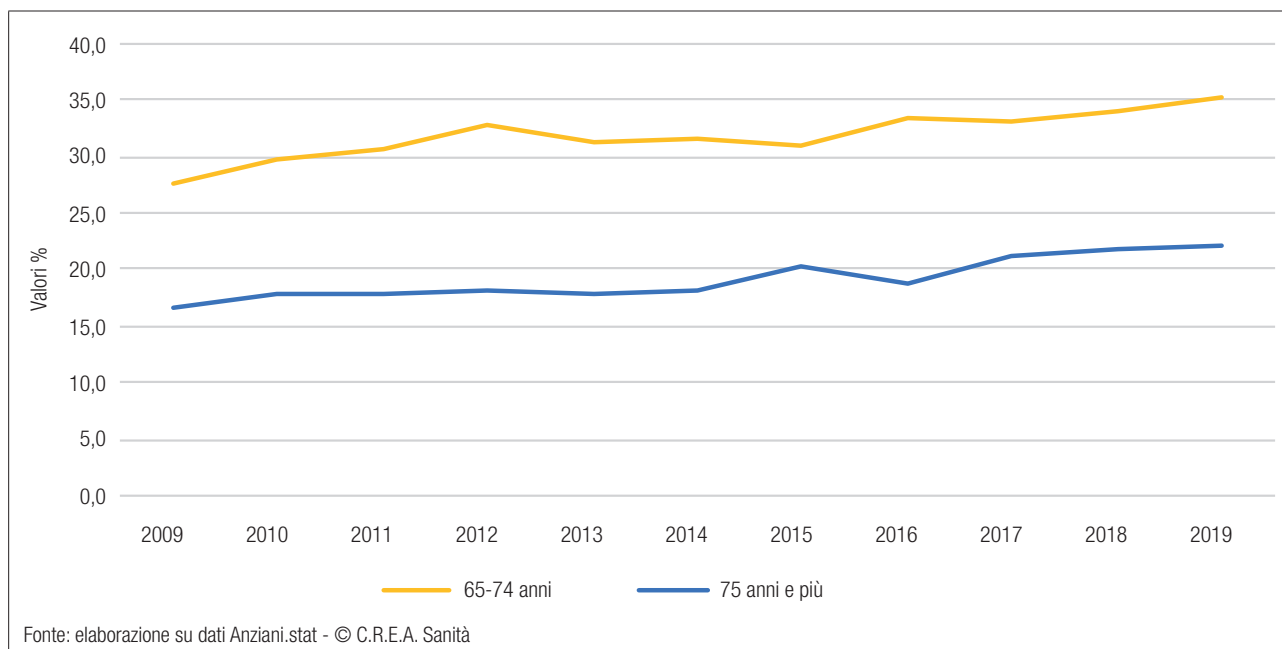
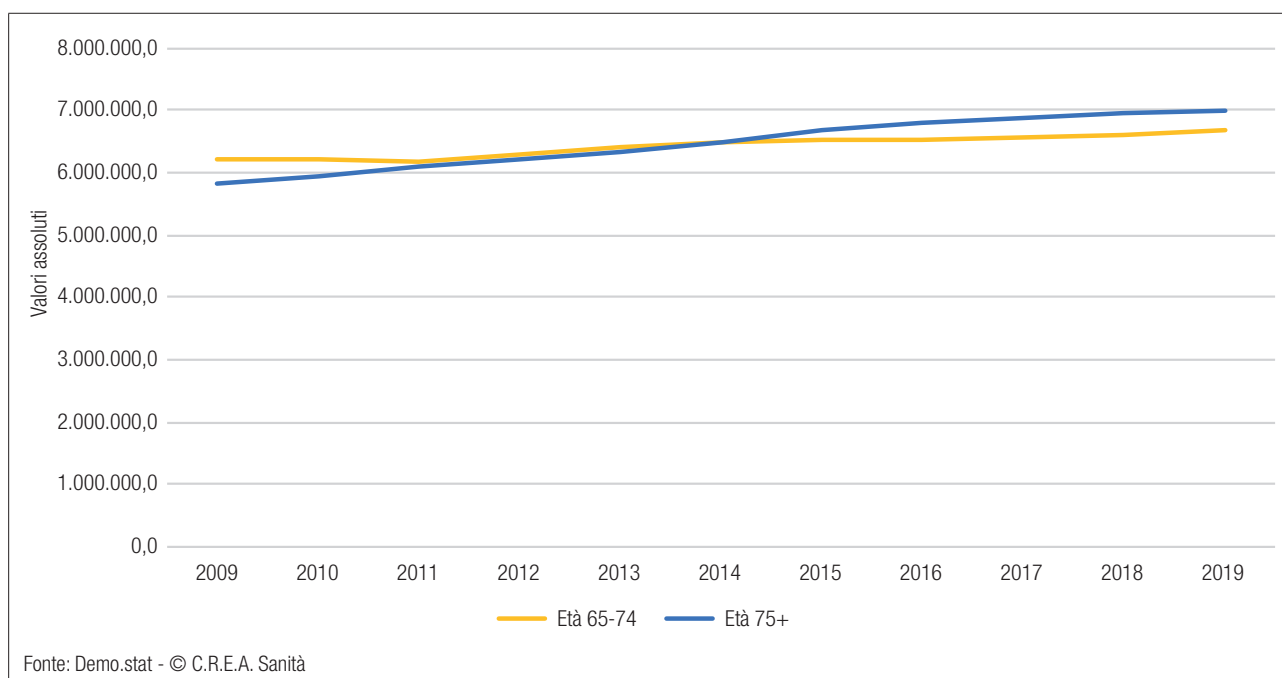


Figura 7.5. Incremento demografico della popolazione anziana



7.3. Anziani e disabilità

Il sito dell'Istat "Disabilità in cifre" identifica, fra le persone che vivono in famiglia, coloro che dichiarano di soffrire di limitazioni a causa di problemi di sa-

lute che durano da almeno sei mesi. Da notare che sono escluse le persone ricoverate in residenze: il dato si presta, di conseguenza, a diverse interpretazioni, che accompagnano i grafici seguenti.

La figura 7.6. si concentra sulla fascia d'età com-

presa tra i 65 e i 74 anni e riporta i numeri assoluti disaggregati in base alla presenza di limitazioni: rispettivamente “senza limitazioni”, “con limitazioni non gravi” e “con limitazioni gravi”. Nel corso dell’ultimo decennio sono diminuiti di 135.000 unità i soggetti con limitazioni gravi che vivono al proprio domicilio, mentre sono aumentati, seppure in maniera minore (85.000), coloro che soffrono di limitazioni meno gravi; infine, crescono di 473.000 unità gli individui che vivono al proprio domicilio senza limitazioni. Si noti che, per questa fascia d’età, prevalgono gli anziani senza limitazioni; a seguire coloro che soffrono di limitazioni non gravi e, con numeri molto più ridotti, i soggetti con limitazioni gravi.

I valori numerici (sia in termini assoluti che percentuali) relativi ai *trend* appena descritti sono riportati in Tabella 7.1.: appare evidente la diminuzione degli anziani con gravi limitazioni, di cui si osserva una decrescita pari al 20% sui numeri assoluti, accompagnata da una diminuzione in termini percentuali sulla popolazione di riferimento pari a 2,5 punti.

Diminuisce quindi la presenza di disabilità gravi per i giovani anziani che vivono al proprio domicilio. Le interpretazioni possono essere diverse e necessiterebbero di ulteriori approfondimenti. Si individuano due possibili cause che concorrono ad ottenere questo risultato. In via principale, i dati sembrerebbero confermare un posticipo nell’età in cui insorgono le disabilità gravi, che interessano nel 2019 il 7,7% dei giovani anziani, rispetto ad una percentuale del 10,2% nel 2009.

L’incremento della popolazione *under 75* non ha, quindi, comportato un aumento della prevalenza di disabilità gravi, anzi questa è diminuita, suggerendo un processo di invecchiamento attivo per questa fascia d’età. Questa ipotesi è confermata da un aumento del 14% della popolazione che invecchia senza limitazioni, a fronte di un incremento totale della popolazione pari al 7,5 % (Figura 7.5.), segno che, al netto della “pressione demografica”, una porzione significativa di anziani sta invecchiando in salute a casa propria.

Figura 7.6. Anziani 65-74 anni che vivono a domicilio, disaggregazione per grado di disabilità

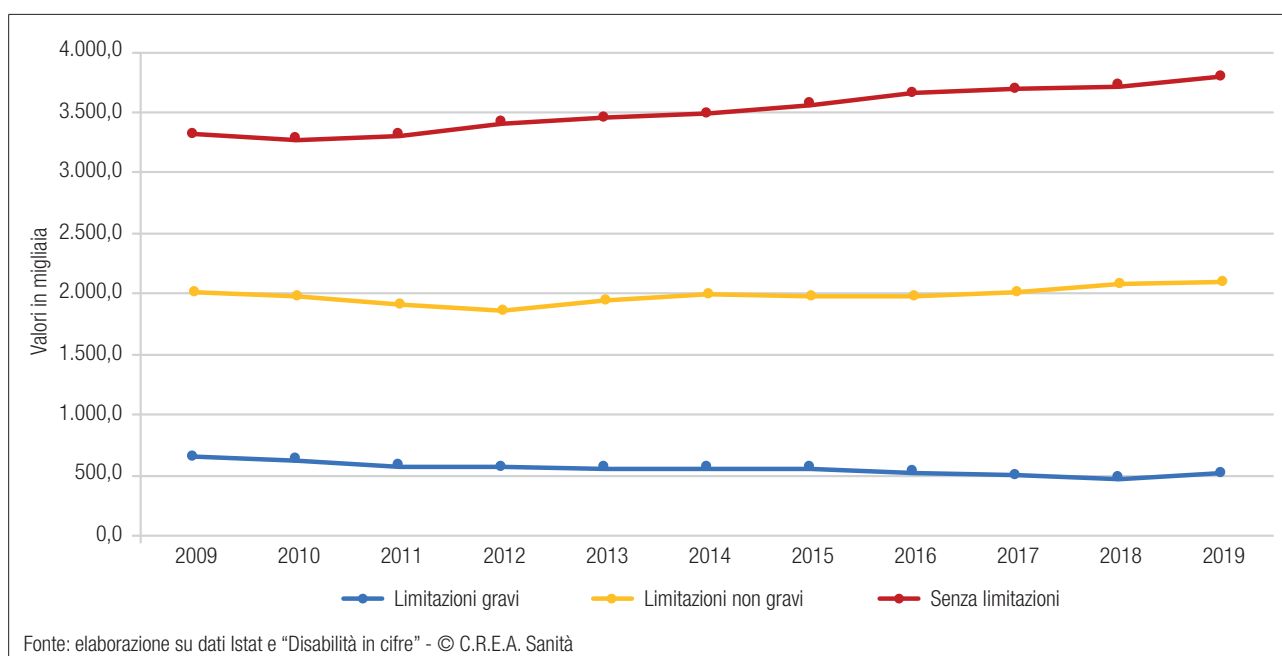


Tabella 7.1. Anziani 65-74 anni che vivono a domicilio, disaggregazione per grado di disabilità

	Limitazioni gravi		Limitazioni non gravi		Senza limitazioni		Non indicato		Totale popolazione 65-74 a domicilio
	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)
2009	651	10,2	2.012	31,6	3.318	52,1	383	6,0	6.364
2010	624	9,9	1.978	31,3	3.275	51,8	441	7,0	6.318
2011	573	9,1	1.914	30,5	3.305	52,6	491	7,8	6.284
2012	566	9,0	1.867	29,6	3.409	54	468	7,4	6.309
2013	557	8,7	1.938	30,2	3.449	53,8	470	7,3	6.413
2014	556	8,6	1.993	30,7	3.490	53,7	460	7,1	6.499
2015	552	8,6	1.972	30,6	3.564	55,2	366	5,7	6.455
2016	524	8,1	1.972	30,5	3.653	56,5	322	5,0	6.470
2017	500	7,7	2.007	30,9	3.688	56,7	306	4,7	6.501
2018	471	7,2	2.084	31,8	3.716	56,8	274	4,2	6.545
2019	516	7,7	2.097	31,2	3.791	56,4	320	4,8	6.724
Var. assoluta	-135	-2,5	85	-0,4	473	4,3	-63	-1,2	360
Var. %	-20		4		14		-16		6

Fonte: elaborazione su dati Istat e "Disabilità in cifre" - © C.R.E.A. Sanità

In secondo luogo, va osservato che durante gli ultimi anni l'ammissione in residenze per anziani ha seguito una politica di scrematura in base al grado di autosufficienza, e questo suggerisce che, nel corso del decennio considerato, i ricoveri possono essersi concentrati sui casi più gravi. Sui casi con limitazioni meno gravi si assiste ad un incremento minimo (85 individui).

Spostando il focus sulla fascia degli *over 75*, la figura 7.7. propone un quadro differente rispetto alla categoria dei giovani anziani: prevalgono gli individui con limitazioni non gravi, seguiti dai soggetti privi di limitazioni e infine compaiono con numeri significativi coloro che soffrono di limitazioni gravi.

Il dettaglio della tabella 7.2. evidenzia un *trend* positivo per le tre categorie di limitazioni, trainato dall'eccezionale pressione demografica per questa fascia d'età: si assiste ad un aumento percentuale degli anziani senza limitazioni pari al 31%, che si rivela maggiore rispetto alla crescita demografica (20%, cfr. Figura 7.5.) e conferma la tendenza in atto della popolazione italiana ad invecchiare in buona salute. Crescono inevitabilmente anche i numeri per

chi soffre di limitazioni gravi e meno gravi: i primi di circa 265.000 unità, e in misura maggiore, pari a circa 478.000 unità, i soggetti che soffrono di limitazioni meno gravi; l'aumento percentuale è del 22% per entrambe le categorie, minore dunque della crescita della popolazione di riferimento (75+ a casa propria). Conseguentemente il dato, pesato per la popolazione *over 75* a domicilio, si riduce lievemente per entrambe le categorie: nello specifico - 0,7% per chi soffre di disabilità gravi e - 1,0% per gli appartenenti all'altra categoria. Nonostante la pressione demografica, in termini percentuali, la porzione di popolazione che invecchia a casa propria con la presenza di disabilità, rimane sotto controllo. Tuttavia, la consistenza dei numeri assoluti, che segna un incremento netto di 265.000 anziani con gravi disabilità al proprio domicilio, fa emergere una incapacità del sistema nell'affrontare la crescita demografica. Se la scelta di rimanere a domicilio è volontaria e l'anziano è supportato da una rete di assistenza formale e informale solida, non emergono criticità. Viceversa, se l'anziano non accede ai servizi residenziali per carenza di posti letto, allora il sistema presenta una falla.

Figura 7.7. Anziani 75+ che vivono a domicilio, disaggregazione per grado di disabilità

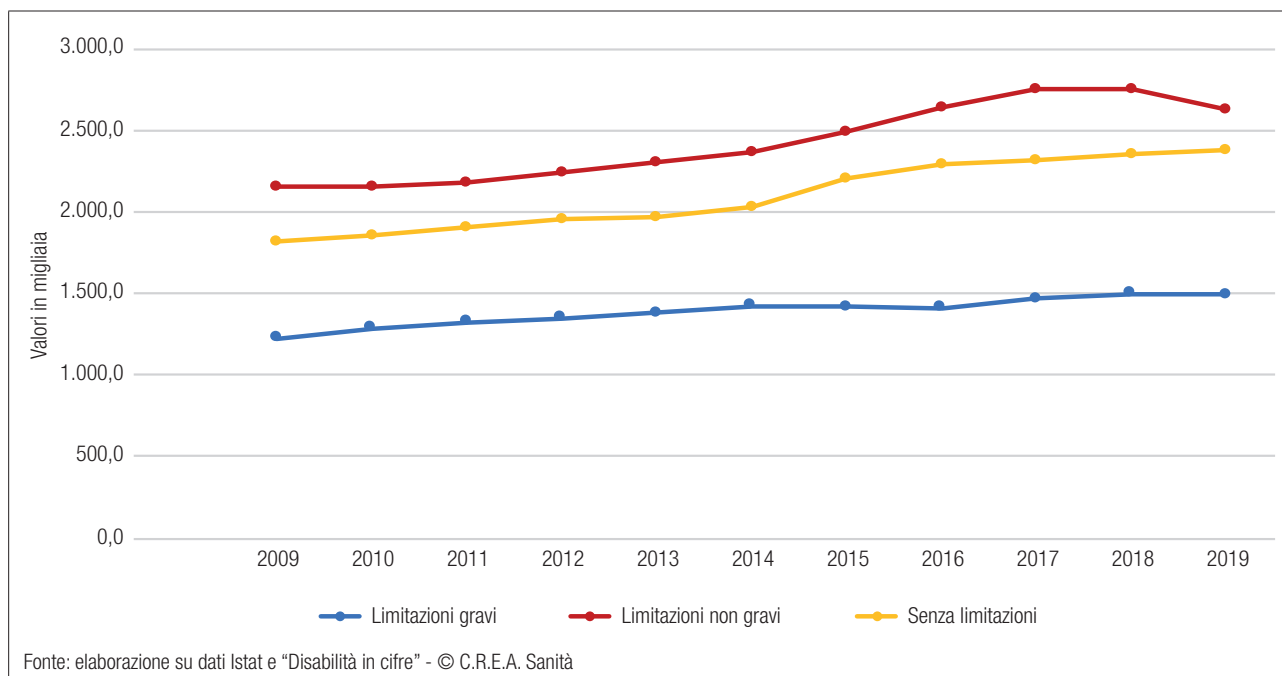


Tabella 7.2. Anziani 75+ che vivono a domicilio, disaggregazione per grado di disabilità

	Limitazioni gravi		Limitazioni non gravi		Senza limitazioni		Non indicato		Totale popolazione over 75 a domicilio
	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)	%	valori assoluti (mgl.)
2009	1.227	22,6	2.155	39,7	1.817	33,5	230	4,2	5.428
2010	1.289	23,0	2.157	38,5	1.855	33,1	296	5,3	5.597
2011	1.322	23,1	2.175	37,9	1.905	33,2	331	5,8	5.733
2012	1.346	22,9	2.237	38,0	1.960	33,3	344	5,8	5.886
2013	1.379	22,9	2.302	38,2	1.965	32,6	386	6,4	6.032
2014	1.425	23,0	2.364	38,2	2.024	32,7	370	6,0	6.183
2015	1.420	22,0	2.496	38,6	2.207	34,2	338	5,2	6.460
2016	1.414	21,3	2.637	39,8	2.294	34,6	287	4,3	6.632
2017	1.467	21,7	2.746	40,6	2.310	34,2	233	3,5	6.756
2018	1.496	21,8	2.750	40,1	2.357	34,4	247	3,6	6.850
2019	1.492	21,9	2.633	38,7	2.383	35,1	290	4,3	6.798
Var. assoluta	265	-0,7	478	-1,0	566	1,6	60	0,1	1.370
Var. %	22		22		31		26		25

Fonte: elaborazione su dati Istat e "Disabilità in cifre" - © C.R.E.A. Sanità

Assistere un anziano al proprio domicilio richiede tempo e risorse, e spesso obbliga i familiari, in particolare i figli, a rinunce sia sul piano lavorativo che sul piano personale e familiare: riguardo alle ultime due

dimensioni, meno tempo per la cura della propria casa e famiglia, meno tempo libero, che in termini economici si traduce in un costo-opportunità molto alto, pagato sia dalle famiglie che dalla collettività

(Brenna, 2021-a).

Da qualche anno anche in Italia le politiche sociali tentano di includere fra gli obiettivi i bisogni dei *caregiver* familiari: fra questi compaiono sempre più spesso coloro che appartengono alla "generazione sandwich", ovvero la generazione di individui compresi fra le responsabilità verso i genitori che invecchiano e i figli/nipoti non ancora autonomi. Tuttavia, i numeri sopra riportati suggeriscono che nel 2019 sono ancora prevalentemente le famiglie a farsi carico delle esigenze di cura degli anziani che invecchiano.

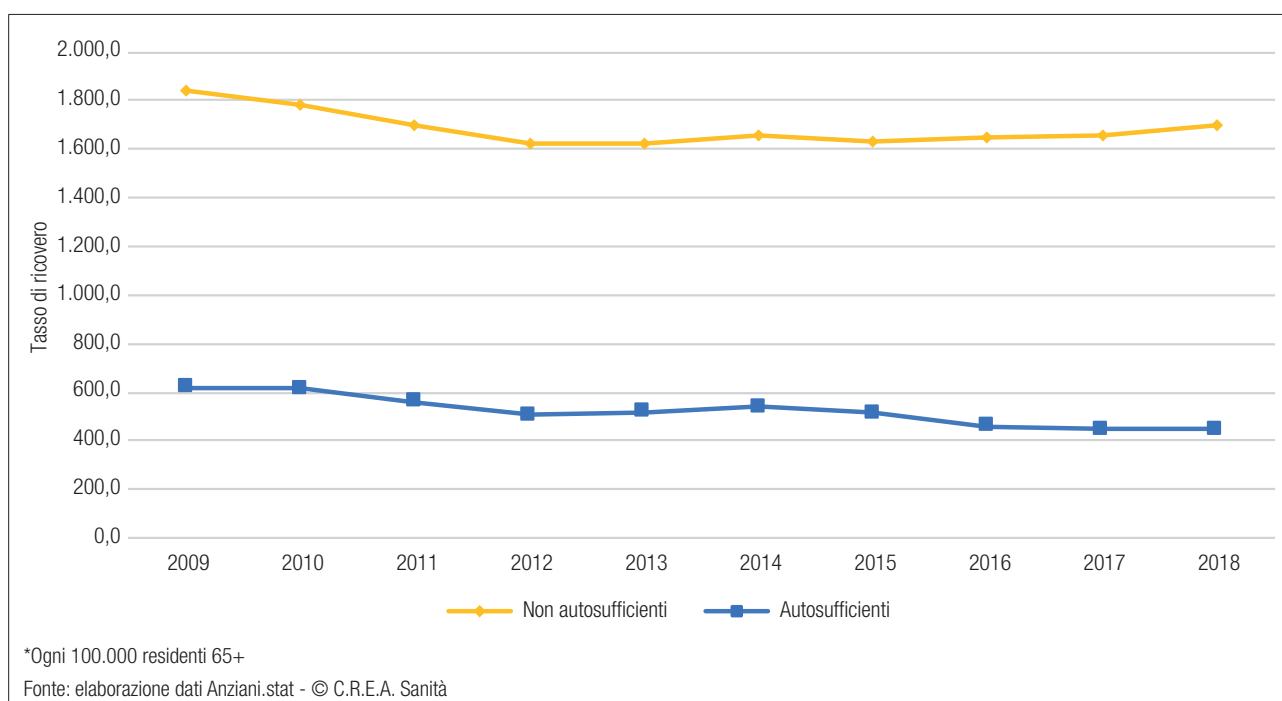
Nonostante il quadro generale confermi la tendenza verso un invecchiamento attivo della popolazione italiana, già mostrato in termini di salute percepita e presenza di malattie croniche, proprio a causa dell'aumento delle coorti di anziani, cresce in valore assoluto il numero di anziani residenti in famiglia che convivono con disabilità più o meno gravi. E con essi, cresce il bisogno assistenziale sia a livello territoriale che residenziale. Su questa evidenza si deve concentrare l'analisi relativa all'offerta di servizi e alla capacità degli stessi di intercettare il bisogno della popolazione che invecchia.

7.4. L'offerta di servizi residenziali

L'offerta di servizi di *Long Term Care* per gli anziani comprende l'assistenza residenziale (ricovero in case di cura) e quella semiresidenziale (servizi territoriali di assistenza diurna, ivi compresi i servizi di assistenza domiciliare integrata). Ci si concentra in questo contesto sull'assistenza residenziale, demandando ad un altro capitolo del Rapporto l'analisi dei servizi territoriali.

In base a quanto riportato sulla prevalenza di limitazioni nella popolazione anziana e al fine di indagare la capacità del sistema di intercettare il bisogno di cure, la figura 7.8. riporta il tasso di ricovero di pazienti anziani per il periodo compreso fra il 2009 e il 2018 (primo e ultimo dato disponibile). Due sono gli indicatori considerati: il tasso di ricovero dei pazienti autosufficienti e quello relativo ai pazienti non autosufficienti. Gli indicatori sono espressi in termini di anziani ricoverati in strutture residenziali pubbliche o private ogni 100.000 residenti *over 65*.

Figura 7.8. Tasso di ricovero* dei pazienti anziani (65+) per grado di autosufficienza



Nel periodo considerato, si osserva un decremento per entrambi gli indicatori, seppure meno accentuato per i pazienti non autonomi. A partire dal 2015 si osserva una forbice, con un decremento evidente nel tasso dei pazienti autosufficienti e un lieve incremento relativamente ai pazienti non autosufficienti. Questa lieve inversione di tendenza non basta a colmare il bisogno di residenzialità: nel 2009 venivano ricoverati 1.845 pazienti non autonomi ogni 100.000 residenti anziani e nel 2018 ne vengono ricoverati 1.697. Si confermano le considerazioni appena emerse riguardo la prevalenza di disabilità. Nonostante il processo di invecchiamento attivo, cresce il numero di anziani con disabilità gravi che rimane al proprio domicilio, poiché diminuisce il numero di ricoveri degli stessi.

Il fenomeno va inserito in una politica di tagli nei posti letto (PL) residenziali per anziani che ha puntato sulla scrematura dei ricoveri in base al grado di autonomia dei singoli, senza però considerare la pressione demografica. Per chi volesse meglio ap-

profondire questo argomento, i dati di ricovero sono stati analizzati in dettaglio nel capitolo 7 del rapporto CREA Sanità 2020, al quale si rimanda. Insieme all'aggiornamento, se ne richiamano qui gli elementi principali: la figura 7.9. riporta, per gli anni 2009-2018, l'andamento del numero di PL residenziali dedicati agli anziani, congiuntamente al numero di *over 65* ricoverati. Si osserva un decremento sostanziale dei PL per anziani fino al 2013, anno di minimo storico, per poi assistere ad una ripresa fino al 2018; il taglio netto nel periodo considerato è di 1.405 PL. Si consideri che nell'ultimo anno sono stati aggiunti circa 8.000 PL a conferma di un *trend* in crescita costante dal 2015. A fronte di questi cambiamenti, nel decennio diminuisce di circa 5.600 unità il numero di anziani istituzionalizzati, anche se l'andamento dei ricoveri non subisce gli scossoni attribuibili al picco negativo: infatti, negli anni di offerta minore la richiesta di accesso per anziani è stata deviata verso i PL residenziali dedicati ad altre utenze (malati psichiatrici, disabili, etc.).

Figura 7.9. Posti letto e ricoveri in strutture residenziali

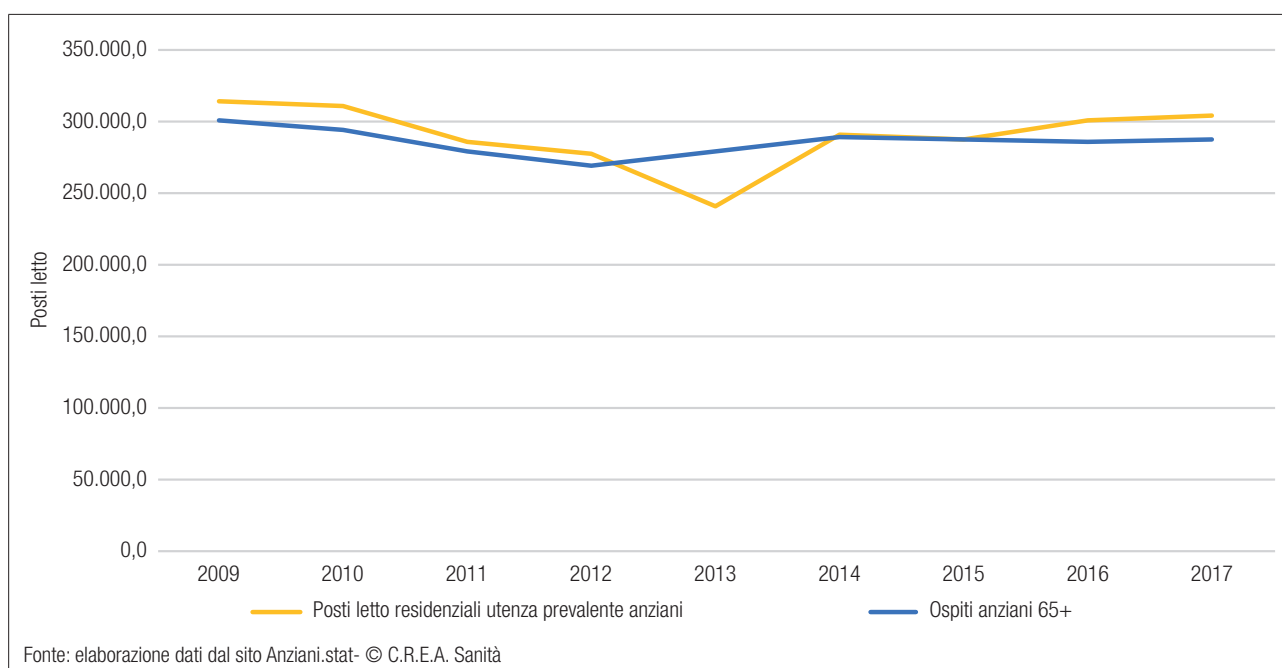


Tabella 7.3. PL residenziali per anziani e numero di anziani ricoverati

Anni	PL residenziali utenza prevalente anziani	Anziani ricoverati	Anziani autosufficienti ricoverati	Anziani non autosufficienti ricoverati	Tasso* PL per anziani	Tasso* anziani ricoverati
2009	314.061	301.050	75.868	225.182	2572,9	2466,31
2010	310.469	294.913	75.872	219.041	2523,82	2397,36
2011	285.540	279.343	69.353	209.990	2308,2	2258,08
2012	278.392	269.384	64.096	205.288	2202,5	2131,23
2013	240.044	278.652	67.769	210.883	1844,37	2141,02
2014	291.375	289.942	71.366	218.576	2204,2	2193,36
2015	286.892	287.685	69.065	218.620	2145,83	2151,76
2016	301.020	285.267	62.356	222.911	2225,08	2108,64
2017	304.832	287.178	61.080	226.098	2234,13	2104,74
2018	312.656	295.473	61.599	233.834	2268,3	2143,7
Var. assoluta	-1.405	-5.577	-14.269	8.652		
Var. %	-0,5	-2	-19	4		

* ogni 100.000 residenti 65+

Fonte: elaborazione dati dal sito Anziani.stat- © C.R.E.A. Sanità

Di fatto, nel decennio considerato la variazione percentuale dei PL è minima (-0.5%), grazie al potenziamento delle strutture implementato negli ultimi anni (Tabella 7.3.). Tuttavia gli anziani ricoverati diminuiscono del 2%, per un totale di circa 5.600 unità. Questa diminuzione interessa esclusivamente gli anziani autosufficienti, che subiscono un decremento del 19%, come conseguenza di una programmazione dei ricoveri che pone un filtro in base al grado di autonomia e privilegia il ricovero di soggetti non autosufficienti (NNA, Rapporto 2020/2021; Rapporto CREA Sanità 2020, capitolo 7). In effetti, per questi ultimi, aumentano i ricoveri di 8.652 unità: un incremento del 4%, poca cosa se lo si confronta con l'incremento percentuale degli anziani *over 75* con limitazioni gravi al proprio domicilio, pari al 22% (Tabella 7.2.).

È chiaro l'intento del legislatore di riservare l'offerta di posti residenziali alla categoria degli anziani non autosufficienti; questa scelta può apparire an-

che condivisibile in presenza di valide reti di supporto territoriali, che favoriscano la deistituzionalizzazione per i soggetti che soffrono soltanto di una lieve compromissione dell'autonomia. Tuttavia, il nostro Paese sta ancora pagando una politica di tagli che non aveva ragione di essere per almeno tre motivi: primo, l'Italia partiva (e ancora si mantiene!) sottodimensionata in termini di PL per anziani rispetto agli altri Paesi europei; secondo, già nel 2009 si era in presenza di una pressione demografica ampiamente manifesta e con tendenze incrementalì; terzo, e forse più importante, non era presente (ed è stata potenziata molto poco nel corso del decennio) una rete di servizi territoriali (servizi semiresidenziali, assistenza domiciliare integrata) che consentisse la presa in carico del soggetto fragile che vive al proprio domicilio³. Sebbene l'aumento di PL, verificatosi negli ultimi anni, sembra segnare la volontà di un recupero sul piano della residenzialità, la situazione ad oggi segnala forti criticità. Aumentano le coorti di *over 65*

³ Solo nell'ultimo anno, grazie alla proposta di riforma che si inserisce nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sono state approntate le risorse finanziarie per il potenziamento della rete territoriale al fine di favorire l'*aging in place*

e diminuisce la disponibilità di PL ogni 100.000 residenti anziani: nel 2009 il tasso di PL era pari a 2.573 e nel 2017 questo valore si riduce a 2.234. Per quanto riguarda il tasso di ricoveri, questo decresce da 2.466 (1.845 per i non autosufficienti) a 2.144 (1.697 per i non autosufficienti).

Il fattore demografico obbliga un numero crescente di anziani non autosufficienti a rimanere al proprio domicilio, realtà già emersa nell'analisi delle disabilità. In mancanza di PL nelle residenze, gli anziani rimangono a casa propria.

L'analisi effettuata aiuta ad identificare i principali vettori che contribuiscono a modificare la richiesta di ricovero da parte della popolazione anziana. L'invecchiamento della popolazione, in particolare degli *over 75*, aumentati del 20% nel decennio considerato, esercita un effetto positivo sulla domanda di ricovero; viceversa, la tendenza all'invecchiamento attivo con un possibile slittamento dell'età in cui compaiono malattie croniche e limitazioni gravi e meno gravi, gioca nel senso opposto e decrementa la richiesta di ricovero per la categoria dei "giovani anziani".

Il risultato netto non è quantificabile, ma l'aumento del numero di anziani *over 75* con limitazioni gravi che invecchia a casa propria fa pensare ad una carenza dal lato dell'offerta.

E, in effetti, se si analizza l'andamento dei PL e dei ricoveri per anziani negli ultimi anni, emerge una politica di tagli che sembra voler favorire l'*aging in place*, demandando alle famiglie un ruolo di cura che penalizza fortemente i *caregiver* familiari.

Questo argomento genera un forte dibattito fra gli esperti e deve essere valutato attentamente, poiché oggi, con i fondi a disposizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, è possibile, e doveroso, investire sui servizi da dedicare alla popolazione che invecchia, senza tralasciare le diverse variabili che impattano sui singoli, come ad esempio la mancanza di una rete familiare di sostegno, il disagio economico e sociale, il grado di decadimento fisico e mentale.

7.5. La richiesta di cure da parte della popolazione *over 75* - alcune considerazioni sulla Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

L'analisi svolta suggerisce che il bisogno di cure si concentra sulla fascia di anziani *over 75*, e il motivo è principalmente demografico. Nel decennio 2009-2019 la popolazione con più di 75 anni di età si è incrementata di più del 20%, a fronte di un calo molto più contenuto nella prevalenza di malattie croniche e disabilità. Si è invece assistito ad una crescita più modesta (7,5%) della popolazione con una età compresa fra il 65 e i 74 anni, accompagnata da un processo di invecchiamento attivo, fattore che ha spostato l'insorgenza di disabilità e cronicità gravi dopo il compimento del 75esimo anno d'età.

Un recente rapporto dell'Istat (Istat, 2019), basato sull'indagine campionaria europea 2019⁴, segnala la presenza di circa 1,2 milioni di anziani *over 75* che dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie esigenze. Di questi, circa 1 milione vive solo oppure con altri familiari anziani senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente.

Esiste inoltre un problema di natura economica spesso trascurato: oltre 100.000 anziani con più di 75 anni di età, che vivono soli o con altri familiari anziani, hanno problemi di natura finanziaria e non possono accedere ai servizi sanitari a pagamento.

Su queste rilevazioni, e su una attenta analisi delle previsioni demografiche, dovrebbe basarsi la programmazione dei servizi sanitari, residenziali e non, tenendo conto che, anche laddove la rete familiare sia attiva e disponibile, le lacune nell'offerta di servizi impongono ai familiari degli anziani un lavoro di cura, monitoraggio e supporto, che non pesa solo sugli stessi, ma rappresenta un costo per la collettività. Perdita di lavoro da parte dei figli *caregiver* e problemi di salute mentale sono solo alcuni dei danni citati dalla letteratura (Fahle e McGarry, 2017; Brenna, 2018; Brenna, 2021-b) ai quali si aggiungono

⁴ Si tratta dell'indagine *European Health Interview Survey*, condotta su diversi Stati Europei. Per l'Italia si tratta del secondo tracciamento, il primo è stato nel 2015

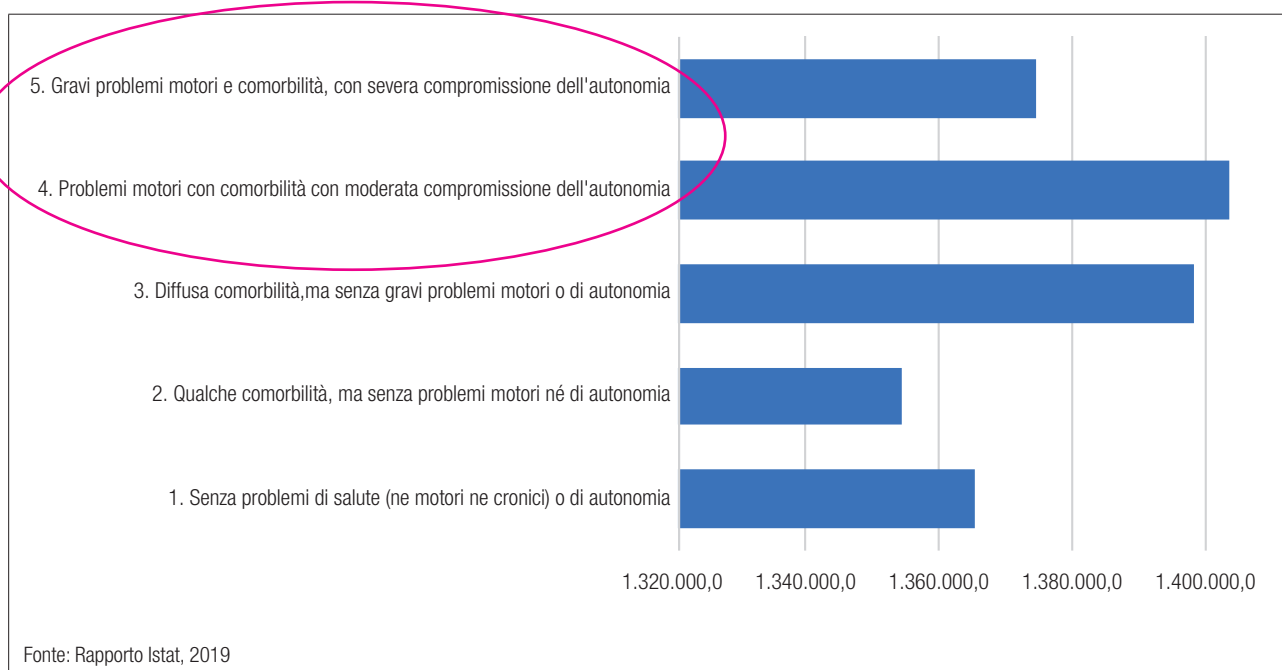
problemi nella sfera relazionale con amici, partner e figli.

Ai fini di fornire un quadro chiaro e preciso del bisogno di assistenza da parte della popolazione *over 75*, si ripropone qui un diagramma, tratto dal rapporto Istat, che rappresenta in maniera dettagliata lo stato di salute di questa fascia di popolazione per

l'anno 2019 (Figura 7.10.).

L'analisi del bisogno residenziale va concentrata sugli individui che presentano rispettivamente il livello di gravità 4 (problemi motori con moderata compromissione dell'autonomia) e in particolare 5 (gravi problemi motori e comorbidità, con severa compromissione dell'autonomia).

Figura 7.10. Rilevazione dello stato di salute della popolazione *over 75*. Anno 2019



Gli ultimi dati di ricovero disponibili, relativi al 2018 (Tabella 7.3.) indicano 295.473 anziani ricoverati, di cui quasi 234.000 non autosufficienti, ma i numeri riportati in figura 7.10. ci parlano di quasi 1,4 milioni di *over 75* con un livello di gravità pari a 5, ovvero severa compromissione dell'autonomia. Non stupisce, quindi, il dato di 1,2 milioni di anziani in questa fascia d'età che dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie esigenze. Ricordiamo che quasi un milione e mezzo di *over 75* vive al proprio domicilio con gravi disabilità (Tabella 7.2.).

Lo studio dell'Istat approfondisce ulteriormente l'analisi e quantifica l'esistenza di 400 mila individui ad altissimo rischio di istituzionalizzazione, per via delle condizioni di solitudine e di mancanza di aiuto,

acuita da gravi problemi di salute e compromissione dell'autonomia.

Emerge dunque un problema di carenza nell'offerta residenziale, che va affrontato al più presto.

Partendo da questa evidenza, ci si sofferma sulla proposta di Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, presentata dal *Network* per la Non Autosufficienza, che si inserisce all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il provvedimento, che di fatto dovrebbe completare la riforma per l'assistenza agli anziani in stallo dagli anni '90, entrerà in vigore entro la scadenza dell'attuale legislatura (primavera 2023) e a grandi linee contempla i seguenti obiettivi: rafforzamento della domiciliarità, semplificazione dei percorsi di accesso alle cure e riqualificazione della residenzialità. Il punto cardine

della proposta è la collaborazione tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e quello della Salute, e vedrà come risultato finale l'introduzione dei livelli minimi di assistenza per gli anziani non autosufficienti (Gori, 2021).

Il primo passaggio visibile consiste nello stanziamento di € 3 mld. (rispetto alla dotazione iniziale di € 1 mld.) da spendere per la domiciliarità, che è il servizio sul quale si è deciso di investire maggiormente in un'ottica di *aging in place*. È inoltre previsto un fondo di 300 milioni per la riconversione delle RSA in appartamenti protetti; si noti tuttavia che si parla di "riconversione" e non "potenziamento" della rete di servizi residenziali. A questo proposito, riguardo alla riqualificazione delle RSA si legge: «*L'obiettivo è assicurare, per quanto possibile, la massima autonomia e indipendenza delle persone anziane, in un contesto nel quale viene garantita una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Questi interventi sono affiancati da una riforma tesa a introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti, finalizzato all'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni*» (PNRR, pag. 40).

Non sembra venga citato il tema del potenziamento dei PL dedicati alla residenzialità, nonostante l'Italia si situi in fondo alle classifiche europee relativamente a questo parametro. Gli interventi principali al momento, forse anche in seguito alle criticità emerse nelle residenze per anziani durante la pandemia da COVID, sembrano puntare verso la deistituzionalizzazione in un'ottica di potenziamento delle reti territoriali e dei percorsi integrati di presa in carico dei soggetti più fragili. Ancora, citando il PNRR riguardo ai tre miliardi da dedicare alla domiciliarità. Osserviamo che

«*Tali investimenti hanno l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari di prossimità e domiciliari al fine di garantire un'assistenza sanitaria più vicina ai soggetti più fragili, come gli anziani non autosufficienti, riducendo così la necessità di istituzionalizzarli, ma garantendogli tutte le cure necessarie in un contesto autonomo e socialmente adeguato*» (PNRR, pag. 40).

L'evidenza conferma che gli anziani vivono me-

glio, e più a lungo, se invecchiano a casa propria, circondati dai propri affetti (Williams et al, 2009). Tuttavia, la figura 7.10. offre un quadro molto chiaro sul bisogno di cure della popolazione italiana *over 75* e fa emergere criticità rispetto alla capacità del sistema di offrire servizi adeguati agli anziani che vivono a domicilio senza alcun supporto informale.

Di fatto l'Italia presenta un'offerta di PL in strutture residenziali estremamente bassa rispetto alla media degli altri Paesi europei. Qualunque sia l'offerta di servizi a domicilio e territoriali, questa non può essere sufficiente nel caso di soggetti non autonomi che non siano monitorati, supportati e coadiuvati da familiari che se ne prendano cura.

La proposta di soluzioni alternative, come le comunità alloggio o le residenze sociali, può intercettare il bisogno degli anziani con moderata compromissione dell'autonomia (livello 4 in Figura 7.10.), sempre che questi abbiano alle spalle un *caregiver* informale (di norma un figlio e più spesso una figlia) in grado di supportarli. Riguardo a queste soluzioni, il PNRR sostiene: «*...Esse prevedono un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico socio-sanitaria coordinato con il parallelo progetto di rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale previsto nella componente 6 Salute (in particolare il progetto Riforma dei servizi sanitari di prossimità e il progetto Investimento Casa come primo luogo di cura)*» (PNRR, pag. 212).

La Riforma ha sicuramente il pregio di colmare il gap istituzionale fra gli organi responsabili rispettivamente dei servizi sociali e sanitari che aveva portato ad un rimpallo di competenze fra Comuni e Regioni e ad una progressiva deresponsabilizzazione sui percorsi di cura e presa in carico del paziente fragile anziano (Brenna, 2018). Un piano di assistenza personalizzata che coordini i vari attori territoriali nel percorso di cura costituisce un ottimo punto di par-

tenza per garantire assistenza alla popolazione che invecchia. Ma in presenza di un numero crescente di anziani che vive in condizioni di non autosufficienza, senza poter contare su alcun tipo di supporto informale, rimane la necessità di calibrare la rete di offerta residenziale, seppure modificata nelle sue tipologie, sui valori medi dei Paesi europei, in un'ottica demografica e sociale che prevede meno figli a disposizione per i genitori che invecchiano e spesso ancora coinvolti in responsabilità genitoriali verso i figli non ancora autonomi.

7.6. Assistenza agli anziani - Italia vs Europa

Un confronto fra Italia e altri Paesi europei aiuta ad analizzare quali siano le carenze nei servizi di *Long Term Care* (LTC) offerti alla popolazione anziana italiana. La figura 7.11. riporta la percentuale di PIL dedicata alla LTC per alcuni Stati membri. I dati sono estratti dal sito Eurostat e sono relativi al 2019. L'Italia, primo Paese europeo per percentuale di anziani, dedica alla LTC lo 0,9% del PIL, a fronte di percentuali pari a 2,9% per i Paesi del Nord Europa e una media di circa il 2% per L'Europa continentale.

Dopo di noi troviamo solo Spagna, Portogallo e Grecia, tutti Paesi mediterranei caratterizzati da legami familiari molto forti, e i Paesi dell'Europa dell'Est. È interessante sapere che, nonostante la crescita demografica, il parametro è rimasto costante a partire dal 2010 (primo anno disponibile).

In termini di percentuale di spesa sanitaria dedicata alla LTC, l'Italia sembra fare da spartiacque fra i Paesi del Sud ed Est europeo e quelli dell'Europa nordica e continentale. Nonostante la pressione della popolazione anziana e le aspettative demografiche relative ai *baby boomers*, l'Italia dedica alla LTC solo l'11% della spesa sanitaria, rispetto al 27% della Svezia, Paese che, già dagli anni '80, ha riformato l'assistenza agli anziani (Figura 7.12.).

Riguardo all'offerta residenziale, con meno di due PL ogni 100 anziani residenti, il posizionamento dell'Italia rispetto agli altri Paesi europei è fra i peggiori (Figura 7.13.); la stessa Spagna, molto simile all'Italia in termini di crescita demografica e legami familiari, mostra un valore che è più del doppio rispetto al dato italiano. In testa troviamo sempre i Paesi nordici, ma può stupire che anche i Paesi dell'Est europeo ci superino rispetto alla dotazione di PL. Questo punto necessita di un commento.

Figura 7.11. Percentuale di PIL dedicata alla LTC. Anno 2019

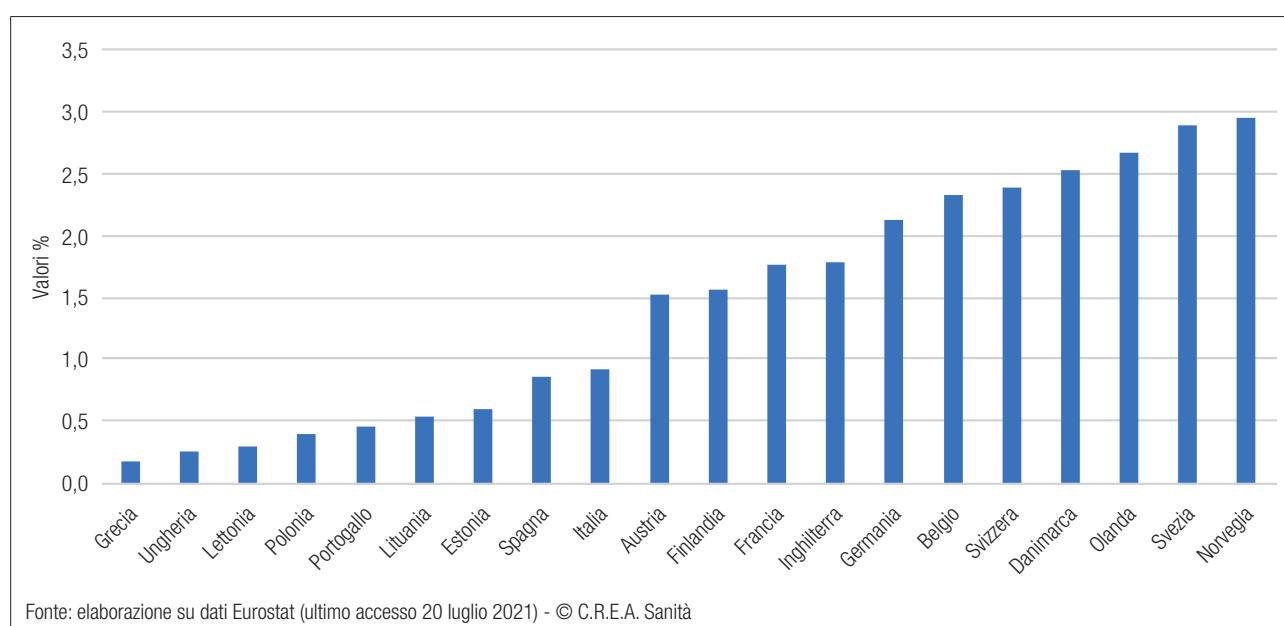


Figura 7.12. Percentuale di spesa sanitaria dedicata alla LTC. Anno 2019

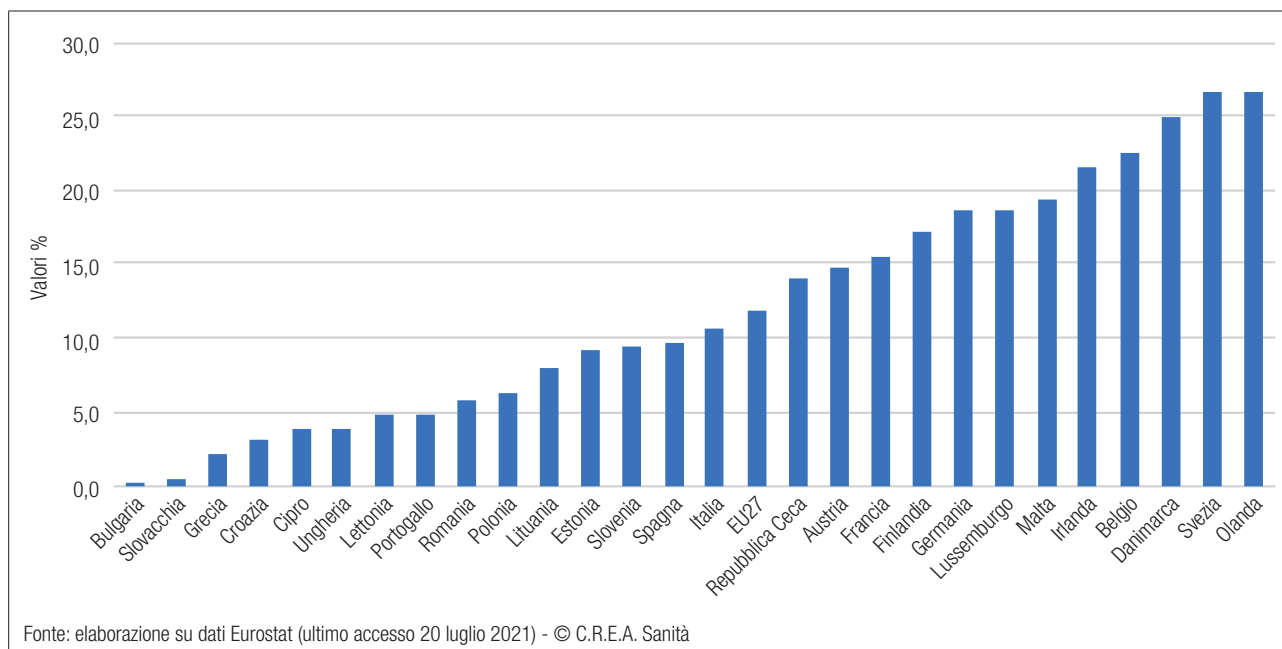
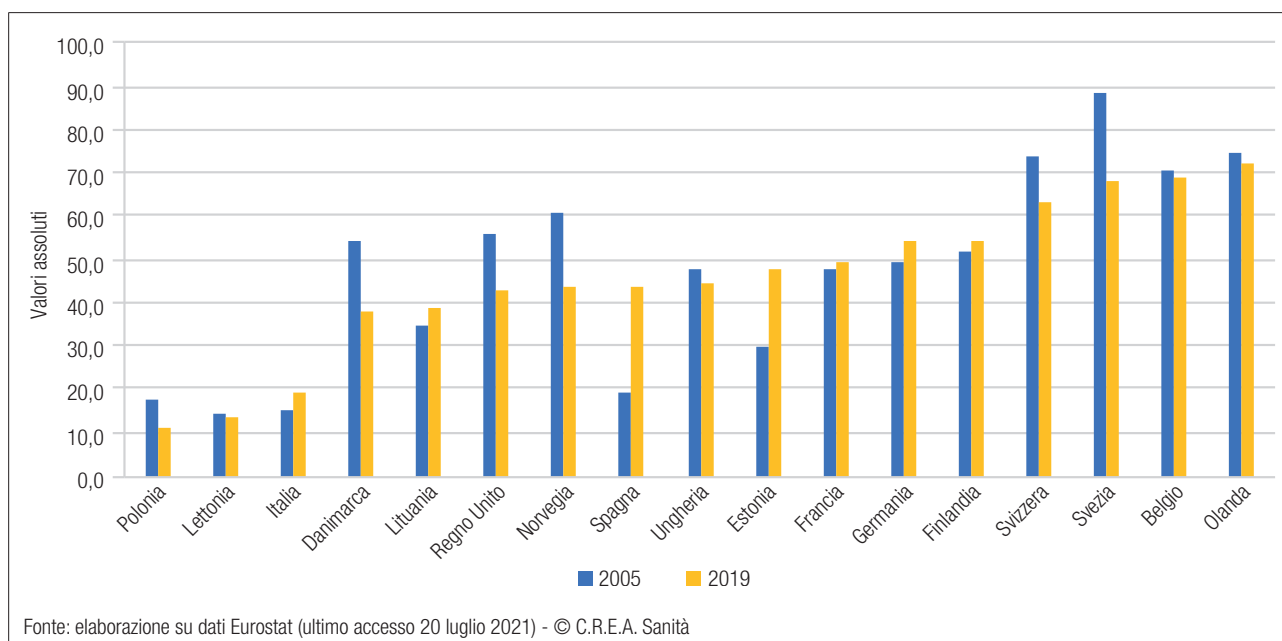


Figura 7.13. Numero PL ogni 1.000 anziani residenti. Anno 2019

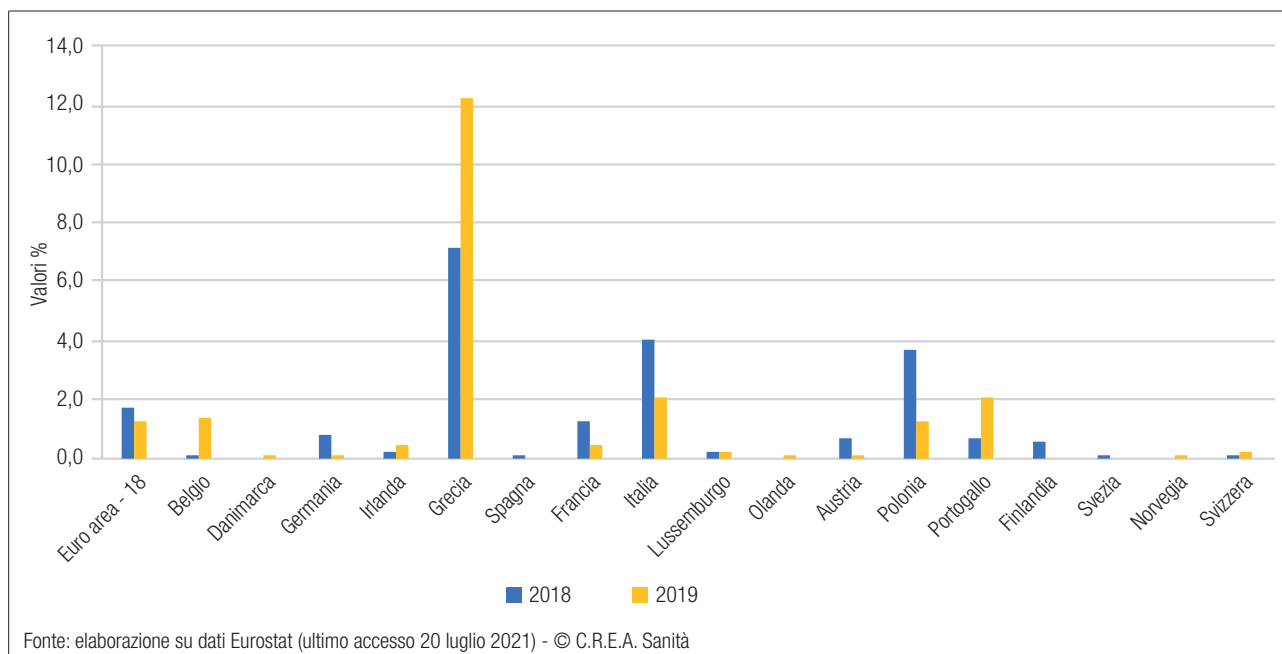


Se è vero che negli ultimi anni si assiste in Italia ad un *trend* lievemente crescente nel numero di PL per anziani, è necessario che questo incremento non si arresti ma porti al più presto il nostro Paese a livelli che si avvicinino alla media europea. Si è visto che, rispetto all'area residenziale, esiste ancora un forte

eccesso di domanda e il confronto con gli altri Paesi europei conferma un sottodimensionamento per questo tipo di servizio.

Infine, richiamando quanto commentato nel paragrafo precedente, riguardo alla presenza di un numero elevato di anziani con problemi di natura fi-

Figura 7.14. Percentuale di anziani che non riescono ad accedere ai servizi sanitari a causa di problemi economici



nanziaria, si è scelto di analizzare un indicatore che descrive i bisogni inespressi della popolazione. Questo parametro riporta la percentuale di popolazione *over 65* che dichiara di avere difficoltà d'accesso ai servizi sanitari a causa di problemi economici. I dati sono auto riportati e si riferiscono a tutta la gamma di servizi medici, perciò non indicano in particolare l'accesso ai servizi residenziali, ma possono essere utili per verificare il posizionamento dell'Italia rispetto ad altre Nazioni europee. I Paesi analizzati si riferiscono all'area Euro-18 e gli anni selezionati sono il 2008 e il 2019. L'Italia si posiziona seconda, dopo la Grecia, in termini di bisogni inevasi, molto al di sopra della media europea. Due anziani su cento non hanno accesso ai servizi sanitari a causa di problemi finanziari; l'unico dato positivo consiste nel fatto che il valore si è dimezzato nel corso degli anni.

7.7. Riflessioni finali

Il capitolo si è concentrato sul bisogno di cure della popolazione italiana *over 65* e sulla capacità del SSN di intercettarlo e di fornire risposte adeguate. Le analisi condotte confermano, in primo luogo,

la tendenza ad un invecchiamento attivo da parte di una porzione crescente della popolazione italiana, ipotesi già ventilata nel capitolo dedicato alla *Long Term Care* lo scorso anno e confermata dai dati aggiornati. In particolare, fra il 2009 e il 2019, aumenta di circa 7 punti la percentuale di anziani che dichiara di essere in buona salute. Contestualmente si osserva una decrescita, sempre in termini percentuali, degli *over 65* con cronicità, soprattutto per i soggetti affetti da pluripatologie croniche. Cresce infine la quota di anziani con malattie croniche che godono di buona salute e questa evidenza suggerisce che la presa in carico delle cronicità da parte dei sistemi sanitari regionali ha funzionato. Questa prima analisi, congiuntamente al dato sulla distribuzione delle disabilità fra la popolazione *under 75*, porta a ritenere che si stia procrastinando l'età media in cui il bisogno di cure si fa più consistente.

Il dato, tuttavia, non deve far pensare ad un possibile allentamento dei servizi dedicati agli anziani, poiché la pressione demografica continua a far crescere i numeri assoluti. In particolare, nel decennio considerato, a fronte di un incremento pari al 7,5% per gli individui fra i 65 e i 74 anni di età, la popolazione *over 75* ha sperimentato una crescita ecce-

zionale del 20%, passando da 5,8 milioni a più di 7 milioni. La tendenza ad un invecchiamento attivo può solo alleviare in minima parte l'aumento senza precedenti nei numeri assoluti.

La fotografia per l'anno 2019 restituisce 1.492.000 individui *over 75* che vivono in famiglia con gravi disabilità e 2.633.000 con limitazioni meno gravi. Un carico di lavoro notevole per i sempre più numerosi *caregiver* familiari, costretti a monitorare, coadiuvare e supportare i propri congiunti fragili, spesso con ricadute negative sul piano dell'attività lavorativa e della propria salute, nella quasi assenza di reti territoriali adeguate alla presa in carico del paziente fragile.

Gli ultimi dati a disposizione dell'Istat segnalano la presenza di circa 1,2 milioni di anziani con più di 75 anni di età che dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie esigenze. Di questi, circa 1 milione vive solo oppure con altri familiari anziani, senza supporto, o con un livello di aiuto insufficiente. Più precisamente, sono circa 400.000 gli *over 75* ad altissimo rischio di istituzionalizzazione per via delle condizioni di solitudine e di mancanza di aiuto, acuite da gravi problemi di salute e compromissione dell'autonomia. A fronte di questa pressione dal lato della domanda, l'offerta residenziale sta ancora scontando una insensata politica di tagli nei posti letto iniziata a partire dal 2009, anno della crisi economica, e terminata col suo minimo storico nell'anno 2012. Da allora si è assistito ad un aumento nel numero di posti letto residenziali, che tuttavia non ha ancora raggiunto i livelli iniziali del 2009.

Come conseguenza, i ricoveri in strutture residenziali si sono ridotti nel decennio di circa 5.600 unità. La strategia seguita in questi anni è stata quella di porre un filtro sulle ammissioni in base al grado di autosufficienza, con il risultato che nel corso del decennio sono diminuiti di 14.269 unità i ricoveri per i soggetti autonomi a fronte di un incremento di 8.652 accessi per gli anziani non autosufficienti.

Permane tuttavia l'eccesso di domanda residenziale per gli *over 75*, dettato da una pressione demografica senza precedenti e destinata a perdurare i prossimi anni.

L'Italia, primo Paese europeo per percentuale di

anziani, spende per la *Long Term Care* lo 0,9% del PIL, rispetto al 2% dell'Europa continentale e ai picchi del 2,9% di Svezia e Norvegia; si distingue per un sottodimensionamento nel numero di posti letto residenziali, confermato dai confronti con il resto d'Europa, ma anche per una rete di servizi territoriali inadeguata e spesso minata da una scarsa integrazione fra i servizi sociali, gestiti prevalentemente dai Comuni, e i servizi sanitari, in capo alle Regioni.

La riforma per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, che si inserisce nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, cerca di colmare questo *gap* istituzionale, prevedendo un modello di presa in carico socio-sanitaria, che dovrebbe essere garantito da una collaborazione tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e quello della Salute. Sul piatto ci sono finanziamenti ingenti: € 3 miliardi per il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e i servizi sanitari di prossimità, a fronte di € 300 milioni per la riconversione delle RSA in appartamenti protetti; non sembra previsto per il momento un aumento dei posti letto residenziali.

Pur condividendo la necessità di un rafforzamento dei servizi territoriali e la promozione di piani personalizzati di assistenza sociosanitaria, è opportuno osservare che la domiciliarità è possibile laddove esista una rete di supporto familiare che permetta il monitoraggio e il coordinamento dei servizi di continuità assistenziale e di prossimità. La presenza di 400.000 *over 75* che vivono con gravi problemi di salute e di non autosufficienza in condizioni di solitudine e di mancanza di aiuto, costituisce un campanello d'allarme e richiama la necessità di calibrare la rete di offerta residenziale, seppure modificata nelle sue tipologie, sui valori medi dei Paesi europei, in un'ottica demografica e sociale in continuo cambiamento, che prevede meno figli a disposizione per i genitori che invecchiano e un ruolo più attivo delle figlie *caregiver* nel mercato del lavoro.

Riferimenti Bibliografici

Brenna E. (2021-a), Il ruolo della famiglia nell'assistenza agli anziani in Europa e in Italia. Un'analisi

- basata sui dati Share, Politiche Sanitarie, Vol. 22, N. 1: 1-11
- Brenna E. (2021-b), Should I care for my mum or for my kid? Sandwich generation and depression burden in Italy, *Health Policy* 125:415-423
- Brenna E. (2018), Cura degli Anziani, scelte lavorative e salute, Capitolo 7. In (a cura di) Cappellari, Lucifora, Rosina, *Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere: analisi e politiche attive*. Il Mulino editore
- Fahle, S., McGarry K. (2017), Caregiving and work: the relationship between labor market attachment and parental caregiving Working Paper: WP 2017-356, Michigan Retirement Research Centre
- Gori C. (2021), La proposta di inserire nel PNRR la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: un primo bilancio, *I luoghi di cura online*
- Istat (2020), *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019*. Rapporto Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana – Istat
- Network non Autosufficienza (2020), *Costruire il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: una proposta per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*
- Network per la Non Autosufficienza, *Rapporto 2020-21*
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, *Next generation Italia*, marzo 2021
- Rapporto Crea Sanità 2020, cap 7. Brenna E. Assistenza residenziale e semiresidenziale I servizi di Long Term Care in una visione di trend: differenze territoriali e focus anziani
- Williams, A.P., Lum J.M., Deber R., *Aging at Home: Integrating Community-Based Care for Older Persons*, *Healthcare Papers*, Vol. 10 No. 1 · December 2009

ENGLISH SUMMARY

Residential Care: NHS answer to elderly needs

The chapter analyses the need for care of the Italian elderly population and the ability of the Italian National Health Service (NHS) of intercepting it and design the appropriate residential and community services. The time lag spans between 2009 and 2019 and the elderly population is disaggregated into two categories: people between 65 and 74 years of age and people over 75.

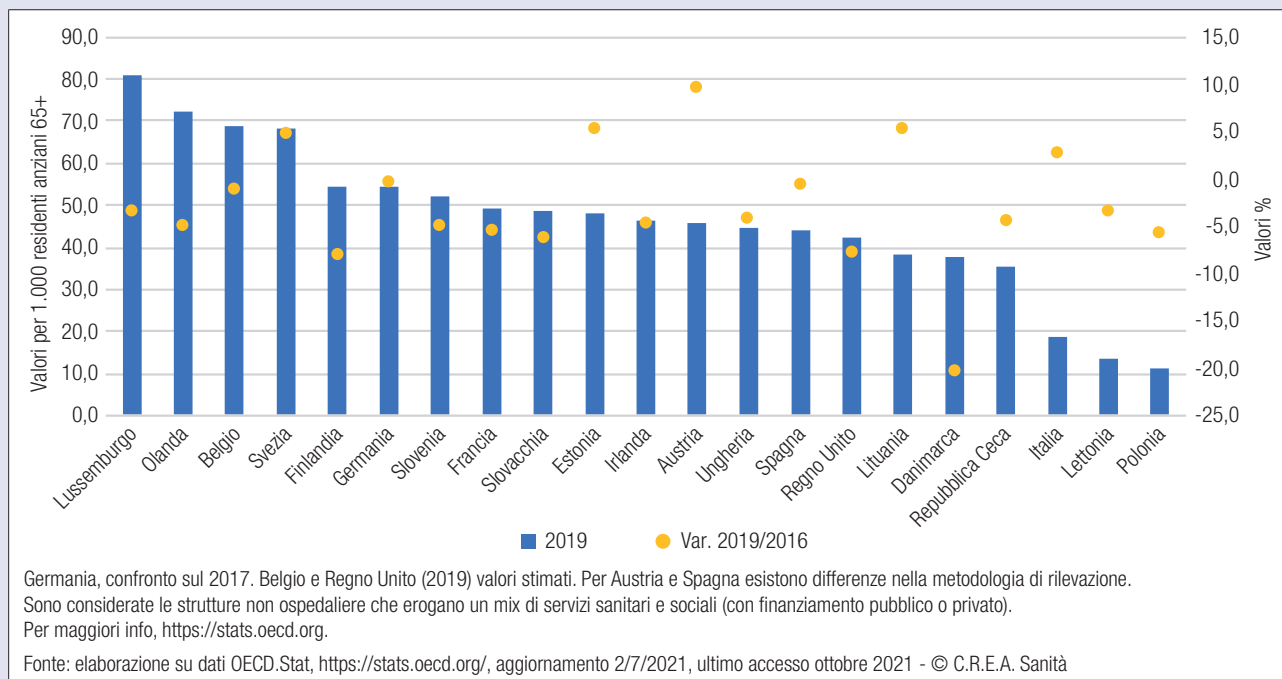
Data on chronic conditions and disabilities suggest both a trend of active aging, which is more apparent among people younger than 75 and a propensity for procrastinating the average age in which the need for care becomes effective.

Despite this trend, the exceptional demographic growth experienced especially by people over 75, which increased by 20% over the last decade, incremented the absolute number of elderly requiring an increasing need for care. This pressure on the Italian NHS clashes with a structural under provision of beds in nursing homes and a scarcity of community care services capable of alleviating the burden of care very often shouldered by informal family caregivers.

In 2019, about 1,492,000 individuals aged 75 and over with severe disabilities and 2,633,000 with less severe limitations, were living at their homes. More specifically, about 400,000 people are at high risk of admission in nursing homes due to their inability of self-caring and absence of a valid support from family caregivers. On the supply side, policies of beds' rationing, which began with the economic crisis in 2009 and ended in 2012, led to an excess of demand and an increasing number of individuals over 75 ageing at home with severe disabilities and very low formal and informal support.

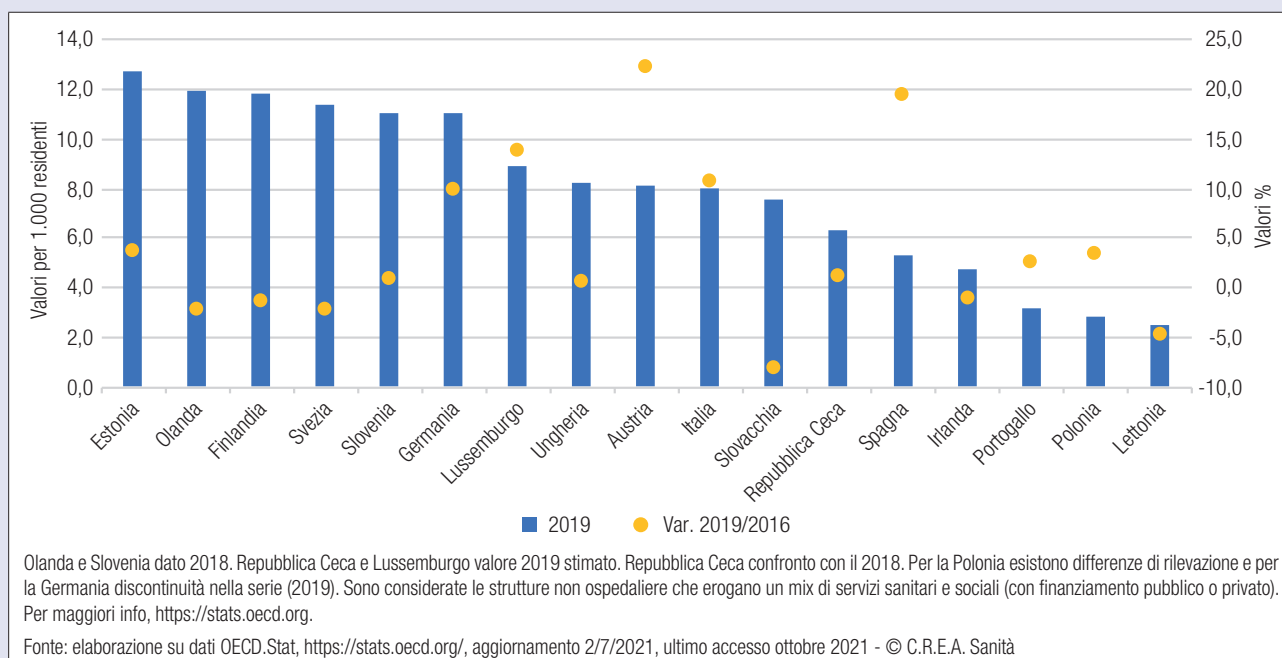
The latest policy measures approved under the National Recovery and Resilience Plan are focused on community care services, especially home care services in order to favor ageing in place. Although these measures are highly recommended to provide care to those elderly who are supported and monitored by family caregivers, the need to invest in residential care is still necessary in order to recover the structural gap with other European countries and allow people without family support to find a suitable place to live and to be cared for.

KI 7.1. Strutture residenziali per Long Term Care in Europa: posti letto



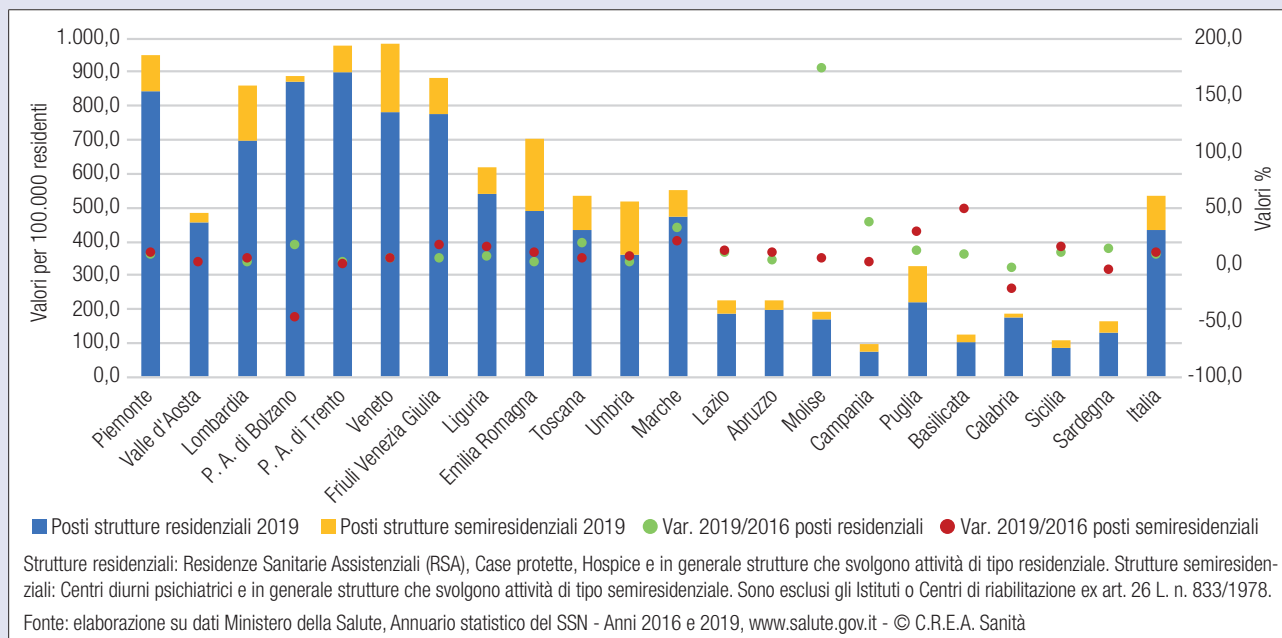
In Italia, nel 2019, nelle strutture residenziali che forniscono *Long Term Care* si registrano 18,8 posti letto per 1.000 residenti anziani (65 anni e più), in crescita (+2,7%) rispetto al 2016; in Europa solo Polonia (11,3) e Lettonia (13,4) hanno valori inferiori. La maggiore disponibilità di posti si registra in Lussemburgo (80,8 per 1.000 residenti anziani), seguito da Olanda e Belgio (rispettivamente, 72,1 e 68,7 posti letto). Solo 5 Paesi registrano un incremento di posti letto rispetto al 2016: a parte l'Italia, Austria (+9,5%), Estonia (+5,3%), Lituania (+5,2%) e Svezia (+4,8%). La Danimarca registra un decremento del -20,3%.

KI 7.2. Strutture residenziali per Long Term Care in Europa: assistiti



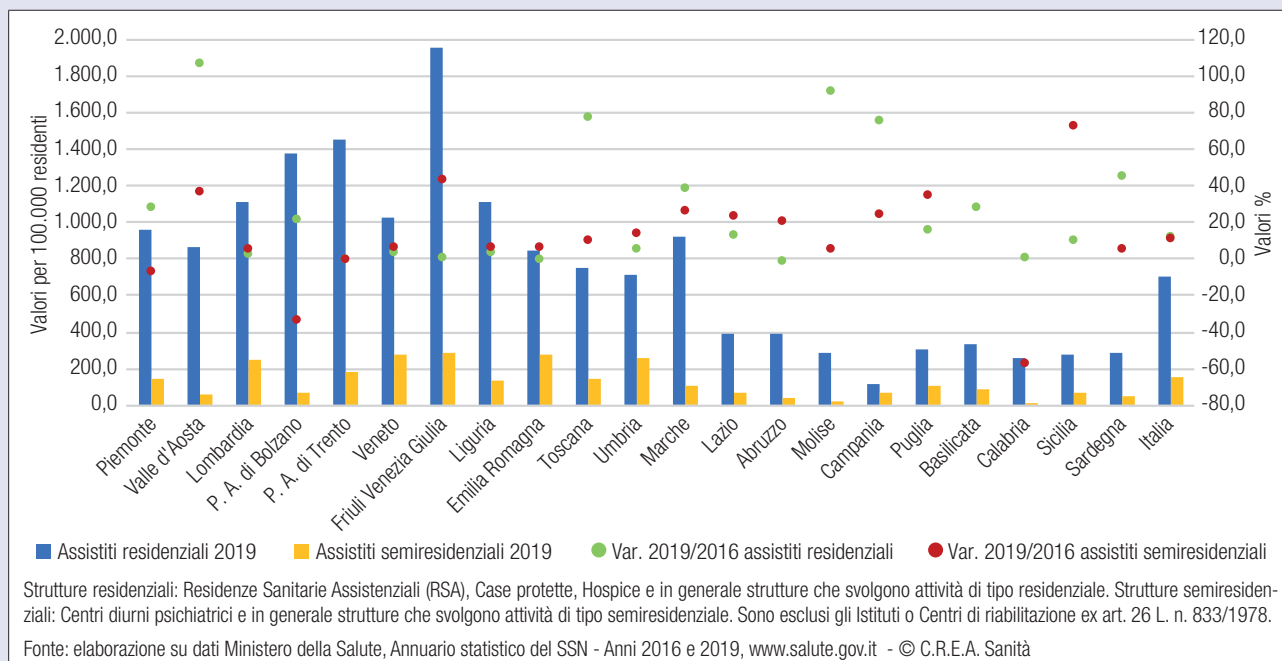
In Italia, nel 2019, nelle strutture residenziali che erogano *Long Term Care* risultano 8,0 assistiti ogni 1.000 residenti (+10,4% rispetto al 2016). In Europa, il valore più alto lo registra l'Estonia (12,7 assistiti per 1.000 residenti); seguono l'Olanda (11,9) e la Finlandia (11,8). Il valore più basso si osserva in Lettonia (2,5 per 1.000) e Polonia (2,8). Rispetto al 2016, il massimo incremento (+21,9%) si registra in Austria; la massima diminuzione (-8,3%) in Slovacchia.

KI 7.3 Posti in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, pubbliche e private accreditate



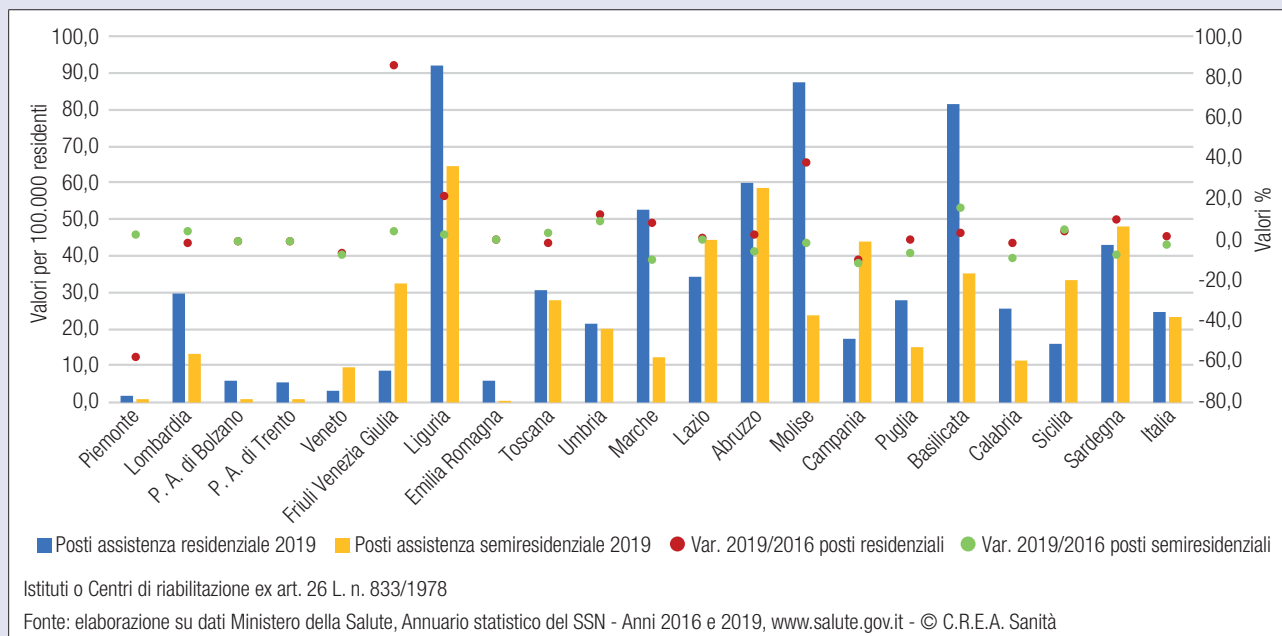
Nel 2019, in Italia, risultano 317.375 posti, di cui 257.410 posti (81,1%) in strutture residenziali e 59.965 (18,9%) in quelle semiresidenziali. Nelle strutture residenziali si registrano 432 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Campania (73 posti letto per 100.000 residenti), il più alto nella P.A. di Trento (897 per 100.000). Nelle strutture semiresidenziali si registrano 101 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Calabria (8), il più alto in Emilia Romagna (214). Rispetto al 2016, nelle strutture residenziali si osserva un incremento dei posti in tutte le Regioni, tranne la P.A. di Trento (in cui il valore è rimasto sostanzialmente stabile) e la Calabria (in cui si è registrata una diminuzione del -5,2%); il massimo incremento si registra in Valle d'Aosta (+248,2%, fuori grafico). Anche nelle strutture semiresidenziali i posti crescono o restano stabili ovunque, tranne che nelle PP.AA. di Trento e Bolzano (-1,3% e -47,4% rispettivamente), Calabria (-23,4%) e Sardegna (-6,5%); il massimo aumento in Basilicata (+48,5%).

KI 7.4 Assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, pubbliche e private accreditate



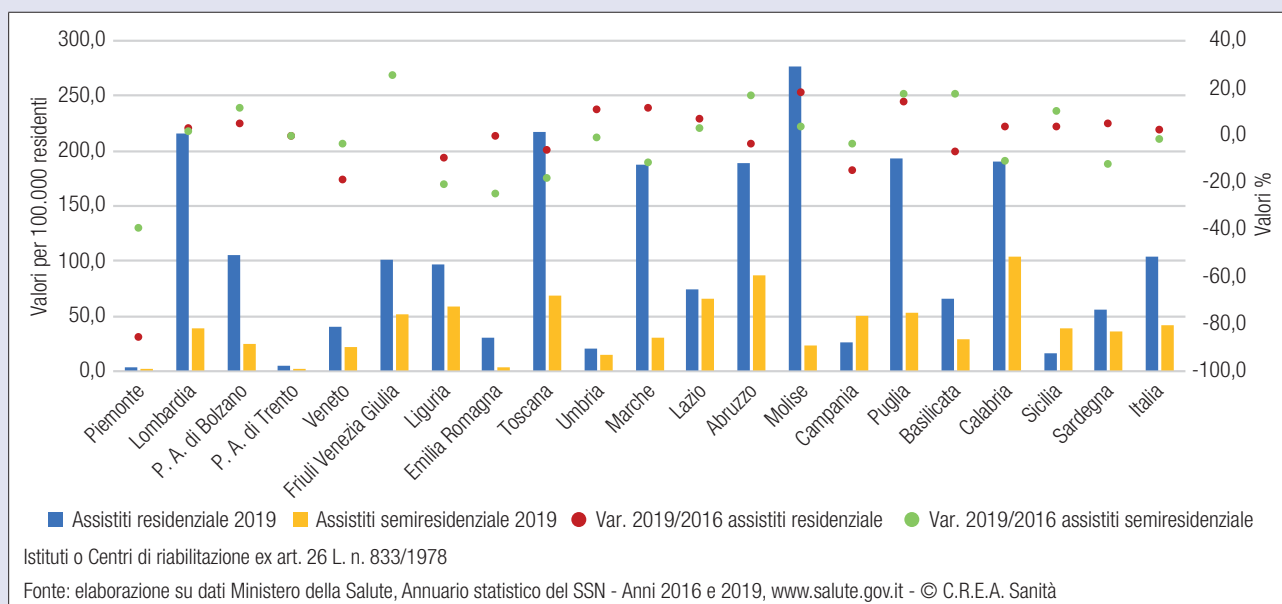
Nel 2019, in Italia sono stati assistiti 417.570 utenti nelle strutture residenziali e 91.345 in quelle semiresidenziali. Nelle strutture residenziali, la media nazionale è di 700 assistiti ogni 100.000 residenti, con un gradiente Nord-Sud: il valore più basso si osserva in Campania (117 utenti per 100.000 residenti), e il più alto in Friuli Venezia Giulia (1.959). In quelle semiresidenziali, in media nazionale sono 153 gli utenti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Calabria (16 utenti per 100.000 residenti), il più alto in Friuli Venezia Giulia (285). Gli assistiti nelle strutture residenziali in aumento rispetto al 2016 in quasi tutte le Regioni, ad eccezione di Emilia Romagna, Abruzzo e P.A. di Trento; il massimo incremento (+106,6%) si registra in Valle d'Aosta. Anche gli assistiti nelle strutture semiresidenziali sono in aumento nella maggior parte delle Regioni; fanno eccezione Piemonte, PP.AA. di Trento e Bolzano e Calabria; il massimo incremento (+343,6%) si registra in Basilicata (fuori grafico).

KI 7.5 Posti in Istituti o Centri di riabilitazione pubblici e privati accreditati



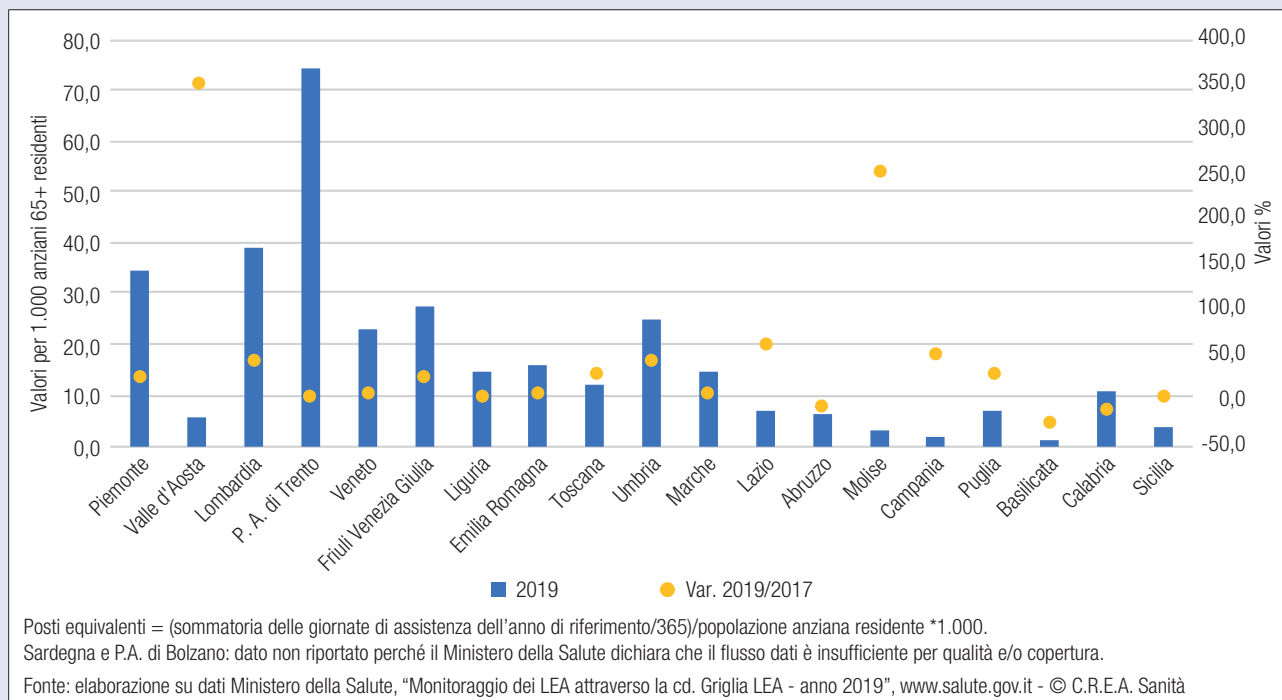
Nel 2019, in Italia, risultano 1.141 Istituti o Centri di riabilitazione con 28.551 posti: il 51,2% in istituti residenziali e il 48,8% in quelli semiresidenziali. La dotazione nazionale negli istituti residenziali è pari a 24,5 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Piemonte (1,9), il più alto in Liguria (91,9). I valori sono più alti nelle Regioni del Centro-Sud, con qualche eccezione nel Nord. Negli Istituti semiresidenziali la dotazione media è di 23,3 posti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Emilia Romagna (0,3), il più alto in Liguria (64,6). Rispetto al 2016, si osserva un aumento dei posti nelle strutture residenziali in 9 Regioni (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna); l'incremento massimo (+85,4%) si registra in Friuli Venezia Giulia. Nelle strutture semiresidenziali i posti aumentano in 8 Regioni: Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Basilicata e Sicilia. L'aumento massimo (+15,5%) si registra in Basilicata.

KI 7.6 Assistiti in Istituti o Centri di riabilitazione pubblici e privati accreditati



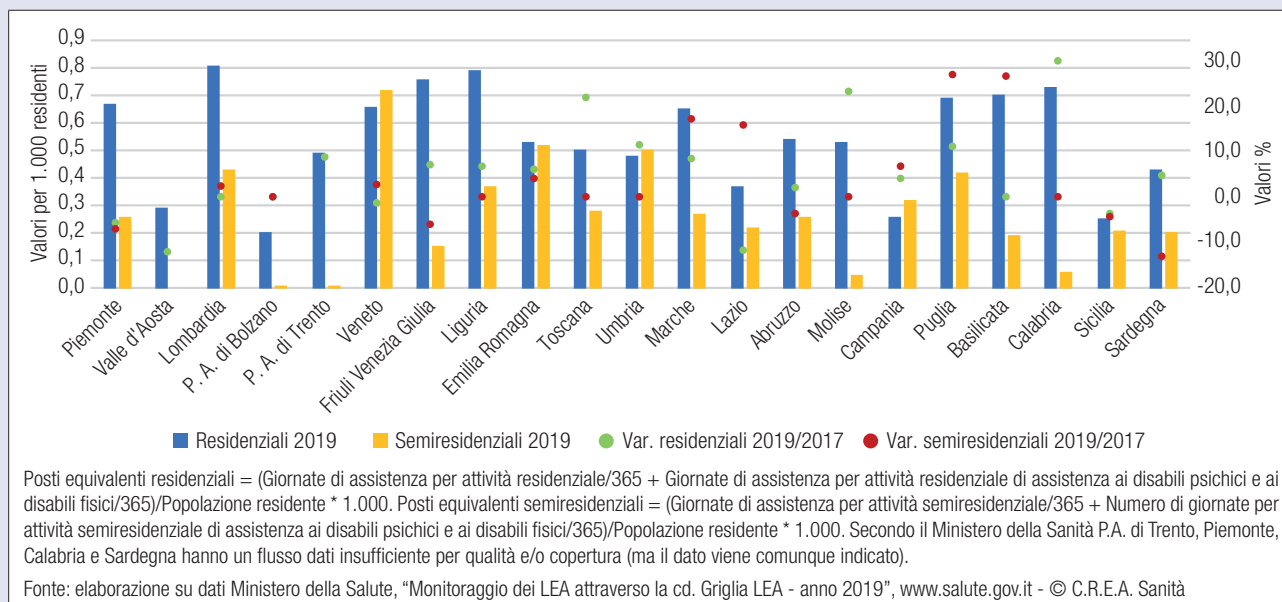
Nel 2019, in Italia, gli utenti assistiti negli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 sono 86.271, di cui il 71,7% in istituti residenziali e il restante 28,3% in quelli semiresidenziali. Negli Istituti residenziali, a livello nazionale, si registrano 103,7 assistiti ogni 100.000 residenti: il valore più basso si osserva in Piemonte (2,9), il più alto in Molise (277,2). Negli Istituti semiresidenziali, la dotazione media nazionale è pari a 23,3 assistiti per 100.000 residenti: il valore più basso si registra in Piemonte (0,4), il più alto in Calabria (104,0). Rispetto al 2016, per gli assistiti negli Istituti residenziali si osserva mediamente un aumento dell'1,7%: quello massimo si registra in Friuli Venezia Giulia (+756,8%, fuori grafico), la massima diminuzione in Piemonte (-86,0%). Per gli assistiti negli Istituti semiresidenziali si osserva, invece, una diminuzione media del -2,5%: quella massima si registra in Piemonte (-39,6%), mentre il massimo aumento si osserva in Friuli Venezia Giulia (+24,7%).

KI 7.7 Posti letto equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



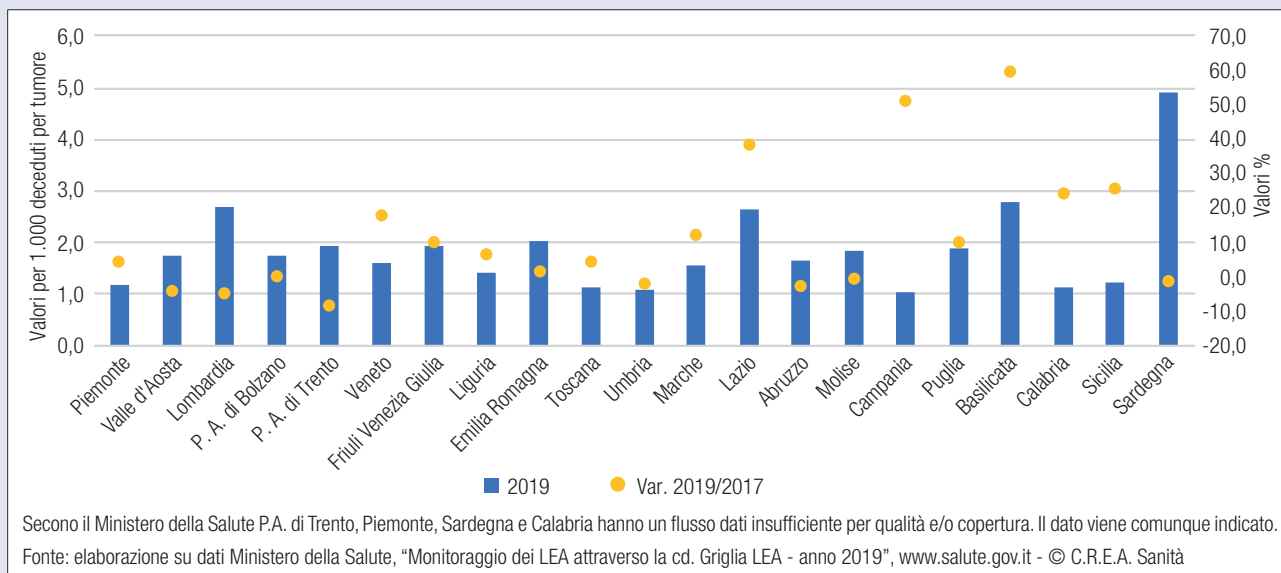
Nel 2019, sono al di sotto del "valore normale" di 9,80 posti letto equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più nelle strutture residenziali, stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni della Griglia LEA, 8 Regioni: Valle d'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia. La densità maggiore si riscontra in generale nelle Regioni del Centro-Nord (tranne che in Valle d'Aosta e nel Lazio). La P.A. di Trento registra il valore più elevato (74,3 posti per 1.000 anziani residenti); il minore si registra in Basilicata (1,4) e Campania (1,5). Il Ministero della Salute segnala che lo scostamento rispetto al valore normale è rilevante ma in miglioramento (<4,81 e in aumento rispetto all'anno precedente) per Sicilia, Campania, Molise e Basilicata. Rispetto al 2017, registrano un peggioramento Abruzzo (-11,3%), Basilicata (-26,3%) e Calabria (-13,8%).

KI 7.8. Posti letto equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili



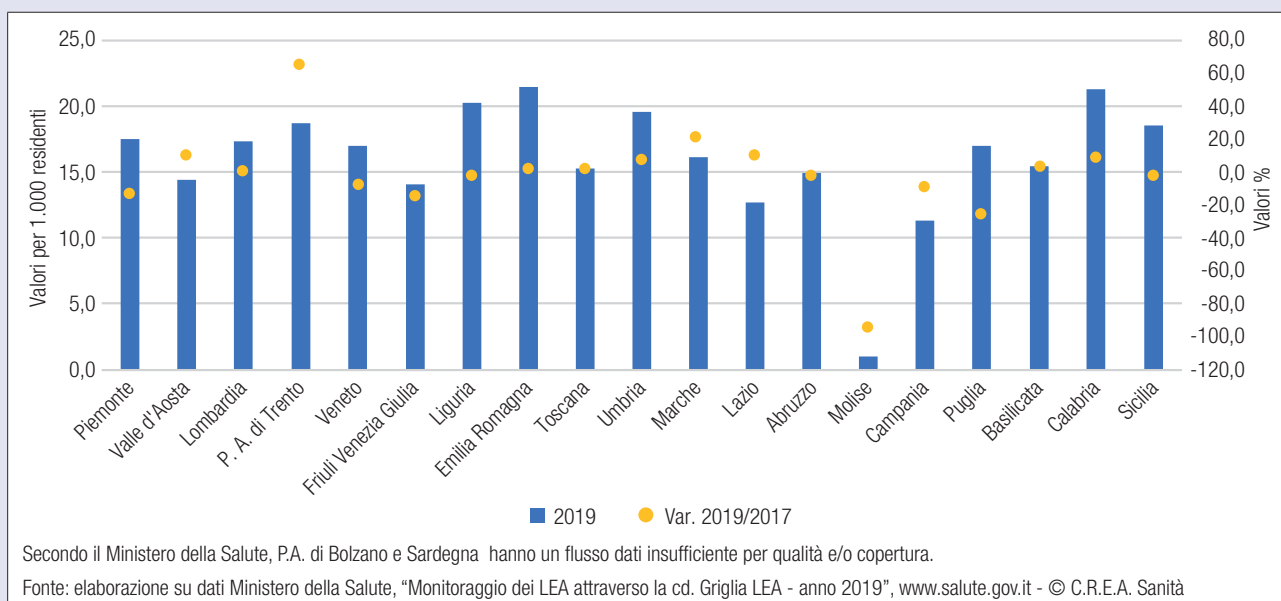
Nel 2019, sono al di sotto del "valore normale" di 0,50 posti equivalenti nelle strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili, stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA, 8 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Umbria, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna). Il Ministero della Salute segnala uno scostamento rilevante e non accettabile (valore <0,41 e non in aumento rispetto al 2018) per Valle d'Aosta, Lazio e Sicilia. Il numero maggiore di posti equivalenti si registra in Lombardia (0,81 per 1.000 residenti), mentre il minore si registra nella P.A. di Bolzano (0,20). Rispetto al 2017, 5 Regioni registrano una diminuzione del valore, con il massimo (-12,1%) in Valle d'Aosta; la crescita maggiore si registra in Calabria (+30,4%). Con riferimento ai posti equivalenti nelle strutture semiresidenziali, nel 2019 sono al di sotto del "valore normale" di 0,22, stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA, 9 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Molise, Calabria, Basilicata, Sicilia e Sardegna). Il Ministero segnala uno scostamento, rispetto al valore normale, rilevante e non accettabile (valore <0,16 e non in aumento rispetto al 2018) per Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia. Il numero maggiore di posti equivalenti nelle strutture semiresidenziali si registra in Veneto (0,72 per 1.000 residenti), il minore in Valle d'Aosta (0,00) e nelle P.P.A.A. di Trento e Bolzano (0,01 per 1.000 residenti). Rispetto al 2017, la massima crescita si registra in Puglia (+27,3%) e la massima diminuzione in Sardegna (-13,0%).

KI 7.9. Posti letto in Hospice



Nel 2019, nessuna Regione è al di sotto del "valore normale" di 1 posto letto in Hospice ogni 100 deceduti per tumore, stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni della Griglia LEA. Il valore più alto si osserva in Sardegna (4,93 posti per 100 deceduti per tumore), il più basso in Campania (1,04). Rispetto al 2017, i valori sono stabili o in aumento nella maggior parte delle Regioni: l'aumento massimo (+59,2%) si registra in Basilicata e la diminuzione massima (-8,9%) nella P.A. di Trento.

KI 7.10. Assistenti presso i Dipartimenti di Salute Mentale



Nel 2019, è al di sotto del "valore normale" di 10,82 assistiti nei Dipartimenti di Salute Mentale per 1.000 residenti, stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni della Griglia LEA, solo il Molise, che ha uno scostamento non accettabile (<8,47 e non in aumento rispetto all'anno precedente). Il valore più alto si registra in Emilia Romagna, con 21,52 assistiti per 1.000 residenti. Rispetto al 2017 sono 10 le Regioni che registrano una diminuzione del valore: il massimo (-94,1%) si registra in Molise; il massimo incremento nella P.A. di Trento (+65,2%).