



POLITECNICO
MILANO 1863

DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA
E STUDI URBANI



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

I SERVIZI DI LONG-TERM CARE IN ITALIA: UNA STIMA DEGLI UTENTI E DELLA SPESA PUBBLICA

Costanzo Ranci, Marco Arlotti, Stefania Cerea, Laura Pelliccia

DAStU
Working Papers
n. 01/2025 (LPS.24)
ISSN 2281-6283

Abstract

Il working paper stima gli utenti e la spesa pubblica per i principali servizi di long-term care (LTC) presenti in Italia – il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le strutture socio-sanitarie residenziali – con un focus, in particolare, sull'utenza anziana (ultra64enne). Nel nostro paese non esiste un'unica fonte in grado di fornire queste informazioni, ma più fonti di non semplice comparazione per i differenti metodi di raccolta delle informazioni. Ciò, soprattutto in una fase quale quella attuale, di riforma del sistema di LTC italiano, rappresenta un limite di rilievo, che la stima qui presentata – elaborata usando come riferimento i dati disponibili a dicembre 2024 – si propone, almeno parzialmente, di superare, allo scopo di fornire una base conoscitiva utile, sia per i decisori pubblici, sia per la comunità scientifica.

Parole chiave

Long-term care; invecchiamento; non autosufficienza; servizi pubblici; spesa pubblica.

Biografia autori

Costanzo Ranci è professore ordinario di Sociologia economica al Politecnico di Milano, dove coordina il Laboratorio di Politiche Sociali. Ha pubblicato numerosi libri e articoli scientifici sui temi del welfare, della vulnerabilità sociale, delle politiche di long-term care. È stato consulente del Ministero degli affari sociali, del Ministero della famiglia, dell'INPS, di Regione Lombardia, e di altre istituzioni. È stato visiting scholar presso l'Università della California – Berkeley, l'Università di Barcellona, l'Università di Losanna, l'Università di Harvard e l'Università di Oxford. Sulle politiche di long-term care sta curando (con Tine Rostgaard) il volume "Handbook on Social Care Policy" per Edward Elgar.

E-mail: costanzo.ranci@polimi.it

Marco Arlotti è professore associato di Sociologia economica all'Università Politecnica delle Marche. Attualmente è responsabile di redazione e membro del comitato editoriale della rivista Politiche Sociali/Social Policies, edita da il Mulino. Si occupa d'invecchiamento della popolazione e di politiche di cura, con particolare attenzione al caso italiano in prospettiva comparata. Su questo tema ha partecipato a diversi progetti di ricerca, nonché pubblicato in diverse riviste nazionali e internazionali. Sulla condizione anziana ha appena pubblicato il volume "Anziani, povertà e diseguaglianze sociali. Una prospettiva multidimensionale" (il Mulino, 2024).

E-mail: m.arlotti@staff.univpm.it

Stefania Cerea collabora con il Laboratorio di Politiche Sociali del Politecnico di Milano e con l'Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte. Le sue aree di ricerca includono la condizione della popolazione anziana e l'evoluzione dei sistemi di long-term care. Negli ultimi anni, ha svolto attività di ricerca sulle condizioni di vita degli anziani fragili che vivono soli in Europa, sulla gestione politica e istituzionale della pandemia da SARS-CoV-2 nelle strutture residenziali per anziani in Italia e sull'implementazione delle politiche per anziani non autosufficienti in Piemonte.

E-mail: stefania1.cerea@mail.polimi.it

Laura Pelliccia è un funzionario di Regione Lombardia, ente per cui si occupa della programmazione delle risorse per l'assistenza socio-sanitaria. Inoltre, è un collaboratore di ricerca sulle tematiche dell'assistenza sanitaria e delle politiche sociali, con particolare riguardo alle questioni della long-term care e alle comparazioni tra sistemi regionali. Partecipa a diversi network di esperti (Welforum.it – Osservatorio nazionale sulle politiche sociali, Lombardia Sociale, Network Non Autosufficienza) e collabora a progetti di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'Agenzia Umbria Ricerche. Nelle ricerche di cui si occupa analizza le questioni sotto i profili economici, organizzativi e di analisi delle politiche pubbliche.

E-mail: laurapelliccia.gm@gmail.com



LPS – Laboratorio di Politiche Sociali

<http://www.lps.polimi.it/>

Come citare questo working paper / How to cite this working paper:

Ranci, C., Arlotti, M., Cerea, S., Pelliccia, L. (2025) *I servizi di long-term care in Italia: una stima degli utenti e della spesa pubblica*, in DASStU Working Paper Series, n. 01/2025 (LPS.24).



Introduzione

In Italia, la riforma delle politiche e dei servizi di long-term care (LTC) è entrata in una fase cruciale. Dopo gli effetti catastrofici della pandemia da SARS-CoV-2, la consapevolezza di dover intervenire sui limiti e sui nodi problematici della LTC è cresciuta fortemente, a tal punto che, dopo un lungo periodo di inerzia, è stata approvata un'importante legge di riforma (Legge n. 33 del 23 marzo 2023, "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"), che purtroppo sta attraversando un periodo di difficile, quanto incerta, attuazione.

In tale contesto, il presente working paper intende proporre una stima degli utenti e della spesa pubblica per i principali servizi di LTC presenti nel nostro paese – il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le strutture socio-sanitarie residenziali, con un focus, in particolare, sull'utenza anziana (ultra64enne). La stima qui proposta, inoltre, sia per quanto riguarda l'ADI, sia per quanto concerne le strutture socio-sanitarie residenziali, tiene conto dei diversi livelli d'intensità assistenziale degli utenti.

Nel nostro paese non esiste un'unica fonte in grado di fornire queste informazioni, ma più fonti di non semplice comparazione per i differenti metodi di raccolta delle informazioni. Ciò, soprattutto in una fase quale quella attuale, di riforma del sistema di LTC italiano, rappresenta un limite di rilievo, che la stima qui presentata – elaborata utilizzando come riferimento i dati disponibili a dicembre 2024 – si propone, almeno parzialmente, di superare, allo scopo di fornire una base conoscitiva utile, sia per i decisori pubblici, sia per la comunità scientifica.

L'assistenza domiciliare

L'offerta di servizi di assistenza domiciliare nell'ambito delle politiche di LTC è organizzata su due filiere d'intervento: il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Il SAD rimanda ai servizi di assistenza domiciliare di competenza degli Enti locali. Il contenuto di tali servizi riguarda il supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, con una prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo, anche in integrazione con interventi di natura socio-sanitaria¹. Il finanziamento di tali servizi avviene attraverso risorse che afferiscono ai bilanci comunali, a cui possono contribuire anche trasferimenti provenienti dallo stato e dalle regioni. Inoltre, sono previsti sistemi locali di compartecipazione al costo (i singoli comuni/ambiti definiscono le quote di spesa che vengono messe a carico dei beneficiari dei servizi, nei casi in cui la loro condizione economica/reddituale, valutata attraverso l'ISEE, superi determinate soglie definite dagli stessi enti locali), caratterizzati tuttavia da forti differenze a livello territoriale. Il SAD è incluso nella definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)², sebbene ad oggi non sia ancora configurato come diritto soggettivo esigibile.

L'ADI, invece, rimanda all'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico erogati a domicilio dalle Aziende sanitarie locali e necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita³. Il

¹ Si vedano il Piano per la non autosufficienza 2022-2024 (disponibile su: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Documents/Piano-Non-Autosufficienza-2022-2024.pdf>) e l'articolo 22 del Decreto Legislativo, n. 29 del 15 marzo 2024, "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".

² *Ibidem*.

³ Articolo 22, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

finanziamento del servizio è a carico del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Solo per le prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare è prevista una quota di compartecipazione da parte dei beneficiari pari al 50% – nel caso di dimissioni protette i primi trenta giorni sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'ADI è inclusa nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e rappresenta un diritto soggettivo esigibile. Tuttavia, il livello di erogazione che i cittadini possono esigere dipende dalle scelte delle regioni. Nel 2021 è stata approvata in Conferenza Stato-Regioni un'intesa sui requisiti di accreditamento per l'assistenza domiciliare: l'intesa demanda alle regioni la definizione del proprio fabbisogno di ADI. Con il Recovery Plan e con il processo di definizione di standard per la nuova sanità territoriale del 2022⁴, è stato individuato come unico obiettivo nazionale quello di raggiungere progressivamente con l'ADI il 10% della popolazione ultra64enne, mentre mancano ancora gli standard per i livelli d'intensità assistenziale che le regioni devono assicurare.

Gli utenti

La tabella 1 riporta, per il SAD e per l'ADI, il numero di utenti e i tassi di copertura della popolazione anziana (65+), a livello nazionale e regionale. I dati relativi al SAD sono di fonte Istat, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*⁵, mentre quelli riguardanti l'ADI sono di fonte Ministero della Salute, *Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)*⁶. In entrambi i casi l'anno di riferimento è il 2021.

⁴ Decreto del Ministero della Salute, n. 77 del 23 maggio 2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

⁵ L'Istat riporta utenti e spesa comunale anche per ADI e per voucher / assegni di cura / buoni socio-sanitari, ma non è chiaro se i dati riguardino o meno utenti del SAD. Il dato di spesa, dunque, è ricomponibile dentro una stessa AD-LTC, ma non il numero di utenti.

⁶ Mancando informazioni sulla durata delle prestazioni o sulle caratteristiche degli utenti, al momento attuale è pressoché impossibile stimare quale sia la quota di utenza e di spesa ADI già destinata ad anziani non autosufficienti, e quindi recuperabile dentro un servizio AD-LTC.



Tabella 1. Utenti 65+ e tassi di copertura della popolazione 65+ di SAD e ADI, livello nazionale e regionale (2021).

REGIONE	SAD		ADI					
	Utenti	Copertura pop. 65+ (1/1/21)	Utenti	Utenti CIAzero	Utenti CIA1	Utenti CIA2	Utenti CIA3	Copertura pop. 65+ (1/1/21)
Piemonte	7.819	0,7	59.379	32.638	13.183	5.865	7.693	5,3
Valle d'Aosta	967	3,2	220	65	80	44	32	0,7
Lombardia	24.210	1,1	130.892	56.026	12.746	37.222	24.899	5,7
PA Bolzano	5.108	4,8	846	276	294	148	127	0,8
PA Trento	7.644	2,1	8.527	3.854	2.218	1.260	1.194	7,0
Veneto	15.261	1,3	121.400	61.204	28.450	13.756	17.989	10,6
Friuli-V. G.	6.060	1,9	18.576	7.352	6.589	2.836	1.800	5,8
Liguria	3.622	0,8	17.128	2.234	7.769	5.261	1.864	3,9
Emilia-R.	15.437	1,4	113.526	68.281	22.090	10.553	12.603	10,6
Toscana	8.079	0,8	157.846	93.085	32.266	15.544	16.951	16,6
Umbria	820	0,4	9.067	3.040	3.277	1.568	1.183	4,0
Marche	2.119	0,6	19.834	3.699	7.233	5.758	3.144	5,2
Lazio	9.506	0,7	44.016	4.013	10.439	19.676	9.887	3,4
Abruzzo	2.334	0,7	19.736	2.704	3.647	8.106	5.279	6,2
Molise	1.164	1,5	5.131	2.546	506	1.171	907	6,7
Campania	4.812	0,4	34.914	4.895	6.297	13.528	10.194	3,1
Puglia	4.935	0,5	26.961	6.503	5.550	7.917	6.991	3,0
Basilicata	995	0,8	7.669	1.741	1.627	1.870	2.430	5,8
Calabria	1.709	0,4	-	-	-	-	-	-
Sicilia	5.794	0,5	59.864	6.493	7.566	26.274	19.531	5,5
Sardegna	6.448	1,6	-	-	-	-	-	-
Italia	129.735	0,9	855.530	360.647	171.827	178.358	144.699	6,14

Fonte: I dati relativi al SAD sono di fonte Istat, Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati, mentre quelli relativi all'ADI sono di fonte Ministero della Salute, Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD).

Nota: Per Calabria e Sardegna i dati SIAD non sono disponibili.

Per quanto riguarda il SAD, purtroppo mancano informazioni sull'intensità e sulla durata delle prestazioni. Per l'ADI, l'utenza è suddivisa secondo i livelli del Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA), che fornisce indicazioni sull'intensità di cura data dal rapporto tra complessità e durata della cura stessa⁷.

⁷ La classificazione CIA, elaborata dal Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio) è stata poi recepita nel DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (art. 22) e nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Il CIA è dato dal rapporto fra le giornate effettive di assistenza (GEA), ovvero il numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore, e le giornate di cura (GdC), ovvero il numero di giorni trascorsi dalla data della presa in carico dell'utente alla data di conclusione del servizio.

I livelli CIA sono quattro: CIABase/zero, CIA1, CIA2 e CIA3.

CIABase/zero corrisponde a prestazioni che si caratterizzano per un basso livello d'intensità assistenziale, in relazione a bisogni sanitari anche ripetuti nel tempo. Trattandosi di interventi estemporanei, queste prestazioni non furono riconosciute, nell'ambito del Mattone 13 – Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari, come assimilabili a "profilo di cura". Per questo motivo, il livello base non concorre agli indicatori "core" con cui viene confrontato lo sforzo assistenziale delle regioni.

Gli altri livelli CIA, invece, rimandano a prestazioni domiciliari integrate, che si differenziano per l'intensità assistenziale crescente. Richiedono, inoltre, una valutazione multidimensionale e la definizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI).

Tali livelli corrispondono agli standard di riferimento LEA per le cure domiciliari (CD) riportati in tabella 2.

Tabella 2. Standard di riferimento LEA per le cure domiciliari (CD).

Profilo di cura	CIA (GEA/GdC)
CD integrate di Livello Zero*	0,00 - 0,13
CD integrate di Primo Livello (CIA 1)	0,14 - 0,30
CD integrate di Secondo Livello (CIA 2)	0,31 - 0,50
CD integrate di Terzo Livello (CIA 3)	0,51 - 0,60
CD integrate di Cure palliative	0,61 - 1,00

Fonte: La suddivisione riportata in tabella per classi CIA è tratta dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), a sua volta alimentato dal SIAD.

Nota: Tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA. Tuttavia, è stato introdotto, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare la numerosità dei PAI con CIA fino a 0,13. Inoltre, questo livello è stato inserito per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

La ricostruzione del numero di assistiti per livello CIA di ogni regione è avvenuta a partire dagli indicatori disponibili nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute (anno 2021). La stima del numero di assistiti nei livelli CIA1/2/3 è stata effettuata utilizzando l'indicatore NSG D22Z, che fornisce distintamente la quota di assistiti nei livelli CIA1/2/3 di ogni regione rispetto alla popolazione. Moltiplicando questa quota per la numerosità della popolazione a fine anno, è stato ricavato il numero di assistiti di ciascuna regione per i livelli 1/2/3. Invece, la stima degli assistiti nel livello base è avvenuta utilizzando gli indicatori NSG D20Z e D21Z, che forniscono rispettivamente la quota di popolazione adulta e minorenne assistita nel livello CIABase. Moltiplicando questa percentuale per il numero di residenti adulti e minori, è stato ricavato il numero di questi ultimi assistiti nel livello base di ogni regione. Infine, sommando gli assistiti adulti e minori è stato ottenuto il numero di assistiti complessivo nel livello base di ciascuna regione.

I dati della tabella 1 segnalano lo scarso livello di copertura offerto dal SAD (0,9% dei residenti 65+ a livello nazionale), con l'eccezione di una regione a statuto speciale, la Valle d'Aosta (3,2%), e delle due province autonome di Bolzano e Trento (rispettivamente, 4,8% e 2,1%). Nel resto d'Italia, il tasso di copertura supera l'1,0% della popolazione 65+ solo in sei regioni, per lo più del Nord (Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Molise e Sardegna), mentre nelle restanti 12 risulta inferiore. La copertura dell'ADI è nettamente superiore (la media

nazionale è pari al 6,1%), ma presenta forti differenze regionali (il range va dallo 0,7% della Valle D'Aosta al 16,6% della Toscana). Naturalmente, l'assenza di dati regionali sull'intensità (il numero di ore) e sulla durata nel tempo dell'assistenza domiciliare, rende queste informazioni solo indicative e insufficienti a valutare la qualità e l'adeguatezza dei servizi forniti.

La spesa pubblica

La tabella 3 riporta la spesa pubblica complessiva, per utente e pro-capite (ovvero per residente 65+) di SAD e ADI, a livello nazionale e regionale. Per il SAD si tratta della spesa dei comuni, mentre per l'ADI della spesa a carico del SSN. I dati relativi al SAD sono sempre di fonte Istat, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*, mentre la spesa delle regioni per l'ADI è stata ricostruita a partire dalla Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP)⁸. Anche in questo caso, l'anno di riferimento è il 2021.

Per l'ADI è stato stimato il costo unitario per i livelli CIA. In assenza di informazioni, è stata assunta una ripartizione della spesa fondata sui seguenti pesi: CIAzero: 0,07; CIA1: 0,15; CIA2: 0,35; CIA3: 0,50⁹.

Per dare un'idea del range di variazione dei costi tra le regioni, è stata calcolata la deviazione standard per la spesa per utente e pro-capite, eliminando dall'analisi la Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano.

⁸ Totale dei fattori produttivi sostenuti dalla regione (consolidato regionale) per le voci "cure domiciliari", "cure palliative domiciliari", "MMG, prestazioni erogate nelle cure domiciliari", "PLS prestazioni erogate nelle cure domiciliari". Partendo dal dato aggregato di fonte BDAP, è stata calcolata la sua ripartizione per i livelli CIA. È stato ricostruito il livello di *case mix* di ogni regione (media ponderata dell'intensità di ogni classe per la numerosità degli utenti di ogni classe), ovvero il CIA medio della regione. Ipotizzando che il costo medio regionale per assistito (tot. spesa/tot. assistiti) corrispondesse al livello CIA medio della regione, la spesa regionale è stata distribuita sui livelli CIA tenendo conto delle proporzioni tra i diversi livelli d'intensità delle classi.

⁹ I pesi rappresentativi dell'intensità per CIA1, CIA2 e CIA3 sono stati ricavati dalla ponderazione che NSG effettua sull'indicatore D22Z per aggregare i risultati delle tre diverse fasce CIA. Di fatto, corrispondono all'estremo inferiore della fascia d'intensità (i livelli d'intensità superiore hanno un peso maggiore). Per il livello CIAzero si è ipotizzata una pesatura pari al valore centrale della relativa fascia (se si fosse utilizzato l'estremo inferiore il peso sarebbe stato zero).



Tabella 3. Spesa pubblica di SAD e ADI (in euro), complessiva, per utente e per residente 65+, livello nazionale e regionale (2021).

REGIONE	SAD			ADI						
	Spesa comuni	Spesa per utente	Spesa per 65+	Spesa SSN	Costo unitario CIA zero	Costo unitario CIA1	Costo unitario CIA2	Costo unitario CIA3	Costo unitario ADI	Spesa per 65+
Piemonte	12,824,605	1,640	12	123.389.397	850	1.821	4.250	6.071	2.078	111
Valle d'Aosta	3,757,013	3,885	124	3.277.251	-	-	-	-	-	108
Lombardia	43,169,885	1,783	20	263.859.373	590	1.264	2.949	4.214	2.016	115
PA Bolzano	14,905,824	2,918	19	7.843.964	-	-	-	-	-	74
PA Trento	27,394,846	3,584	141	38.487.049	-	-	-	-	-	316
Veneto	17,461,288	1,144	225	207.776.088	650	1.394	3.252	4.646	1.712	182
Friuli-V. G.	13,002,735	2,146	15	36.658.328	756	1.620	3.779	5.398	1.973	115
Liguria	8,638,817	2,385	41	44.647.582	763	1.636	3.816	5.452	2.607	102
Emilia-R.	16,591,678	1,075	15	208.782.728	808	1.731	4.040	5.771	1.839	195
Toscana	19,202,652	2,377	20	146.712.809	406	871	2.032	2.903	929	154
Umbria	2,096,806	2,557	9	34.152.093	1.296	2.777	6.481	9.258	3.767	150
Marche	5,643,869	2,663	15	51.702.049	734	1.573	3.670	5.242	2.607	136
Lazio	33,217,143	3,494	26	161.414.448	826	1.770	4.131	5.901	3.667	125
Abruzzo	3,457,500	1,481	11	55.709.178	628	1.345	3.138	4.483	2.823	176
Molise	1,071,053	920	14	3.888.971	244	522	1.218	1.740	758	51
Campania	14,628,692	3,040	13	190.464.610	1.199	2.569	5.995	8.565	5.455	170
Puglia	13,888,920	2,814	15	99.535.731	922	1.976	4.612	6.588	3.692	109
Basilicata	1,998,119	2,008	15	25.534.751	800	1.713	3.998	5.711	3.330	195
Calabria	2,608,816	1,527	6	-	-	-	-	-	-	0
Sicilia	9,970,186	1,721	9	187.085.480	637	1.366	3.186	4.552	3.125	173
Sardegna	21,855,669	3,390	54	-	-	-	-	-	-	0
Italia	272,480,292	2,100	20	1.890.921.880	712	1.527	3.562	5.089	2.210	136
<i>Deviazione standard</i>	-	196	55	-	257	550	1.284	1.834	1.189	65

Fonte: I dati relativi al SAD sono di fonte Istat, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*, mentre quelli relativi all'ADI sono di fonte Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP).

Nota: Per Calabria e Sardegna i dati SIAD non sono disponibili.



L'assistenza in strutture residenziali

Similmente a quanto illustrato in precedenza rispetto alle cure domiciliari, anche per quanto riguarda l'assistenza in strutture residenziali sono previste nell'ambito delle politiche LTC due filiere d'intervento.

Una prima linea rimanda alla residenzialità socio-assistenziale di competenza degli Enti locali. Si tratta di servizi rivolti prevalentemente a persone anziane autosufficienti con bisogni sociali specifici (ad esempio, accoglienza di emergenza, accoglienza abitativa, funzione tutelare)¹⁰. Tuttavia, come il SAD, tali interventi non sono inquadrati come diritto soggettivo esigibile e, ad oggi, non sono nemmeno inclusi all'interno della definizione dei LEPS¹¹. L'assistenza residenziale, peraltro, non risulta rientrare neppure nel perimetro LEPS definito nell'ambito del processo di riforma dell'assistenza agli anziani in corso¹².

Una seconda filiera, invece, rimanda alla residenzialità socio-sanitaria, che ricade all'interno del perimetro dei LEA. In questo caso il riferimento è al DPCM LEA del 12 gennaio 2017, che individua diversi livelli di assistenza residenziale, a cui corrispondono una specifica organizzazione delle prestazioni, nonché una specifica allocazione dei costi a carico rispettivamente del SSN e dei comuni/utenti (si veda l'Allegato 1).

La classificazione dell'assistenza residenziale socio-sanitaria è contenuta nei LEA. Essa è stata elaborata nel 2007 nell'ambito del Mattone 12 – Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari¹³, e ripresa nello stesso anno dalla Commissione LEA¹⁴. Nel 2008, il Decreto istitutivo della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali¹⁵ si è ricollegato alla classificazione suddetta, oggi alla base del Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (d'ora in poi, flusso FAR)¹⁶. Come si può vedere in tabella 4, le prestazioni residenziali sono di quattro tipi: R1, R2, R2D, R3. Nel passaggio da R1 a R3 diminuisce l'intensità dei trattamenti di carattere sanitario.

¹⁰ Si veda: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2022/11/REPORT_PRESIDI_SOCIO-ASSISTENZIALI_2020.pdf

¹¹ Si veda il Piano per la non autosufficienza 2022-2024 (disponibile su: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on/Fondo-per-non-autosufficienza/Documents/Piano-Non-Autosufficienza-2022-2024.pdf>).

¹² Si veda l'articolo 22 del Decreto Legislativo, n. 29 del 15 marzo 2024, "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".

¹³ Ministero della Salute, 21 febbraio 2007, "Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Relazione finale (Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali)".

¹⁴ Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 30 maggio 2007, "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali". Oltre a riprendere la classificazione delle prestazioni residenziali, introduce gli standard qualificanti del servizio e gli indicatori di verifica dello stesso.

¹⁵ Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 17 dicembre 2008, "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali".

¹⁶ La rilevazione, iniziata il 1° luglio 2009, prevede il conferimento dei dati da parte delle regioni. Dal 2012, l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello stato è stato subordinato a tale adempimento.



Tabella 4. Classificazione delle prestazioni residenziali.

Codici di attività	Prestazioni residenziali
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc..
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico".
R3	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).

Fonte: Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 30 maggio 2007, "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali".

L'Istat, nell'ambito dell'indagine *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, rileva il livello di assistenza sanitaria di tali presidi, classificandolo in alto, medio e basso. Tale classificazione ricalca perfettamente, da un punto di vista definitorio, quella appena presentata (alto = R1; medio = R2 e R2D; basso: R3). Tuttavia, i dati rilevati dall'Istat non corrispondono a quelli del flusso FAR, e ciò per quattro principali motivi:

- L'Istat adotta quale unità di raccolta del dato il modulo, definito come "l'unità di servizio di un presidio identificata da una tipologia di assistenza per un determinato target di utenza prevalente", mentre il flusso FAR fa riferimento all'utenza.
- L'Istat raccoglie i dati al 31/12 di ogni anno, mentre il flusso FAR ogni tre mesi.
- L'Istat raccoglie i dati anche sui posti autorizzati, ma non convenzionati, i cui utenti dunque sono solventi, mentre il flusso FAR raccoglie i dati solo sui posti convenzionati.
- L'Istat raccoglie i dati anche delle strutture sociali, mentre il flusso FAR solo di quelle socio-sanitarie.

Dunque, nel proseguo i dati del flusso FAR sono utilizzati per stimare utenti e spesa pubblica per livello di assistenza sanitaria, in quanto sono quelli che più si avvicinano, per metodo di raccolta e consistenza numerica, a quelli dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in avanti, Annuario), impiegati come base della stima. Tale scelta implica che i dati qui sotto presentati si riferiscano alle strutture residenziali a carattere socio-sanitario di cui le due fonti, Annuario e FAR (che hanno come unità di rilevazione rispettivamente la struttura e l'assistito), rilevano la numerosità dell'utenza anziana. A fronte di alcune importanti divergenze, di seguito si è cercato un metodo per consentirne il raccordo.

Gli utenti

La tabella 5 riporta i dati sulle strutture socio-sanitarie residenziali per anziani (65+), di livello nazionale e regionale, provenienti dall'Annuario e riferiti all'anno 2019¹⁷ : posti, utenti, giornate per utente, utenti per 100.000 anziani. Sulla base di queste informazioni, sono stati calcolati i seguenti dati e indicatori: anziani, giornate, giornate in caso di piena occupazione, tasso di saturazione.

Com'è possibile osservare, il tasso di copertura (utenti per 100.000 residenti 65+) risulta molto diversificato a livello regionale, variando tra i 185 utenti della Campania e gli oltre 6.000 utenti della Provincia Autonoma di Bolzano. Più in generale, passando dalle regioni centro-settentrionali a quelle meridionali si osserva un deciso calo dei tassi di copertura. A questo dato fa riscontro anche la difformità dei tassi di saturazione, che vanno dal 48% del Molise al 99% della Lombardia e della Provincia Autonoma di Trento.

¹⁷ Sono stati riportati i dati dell'Annuario relativi all'anno 2019, e non all'ultimo anno disponibile, in quanti i dati del flusso FAR a disposizione si riferiscono a quell'anno.



Tabella 5. Posti, utenti, giornate e tassi saturazione nelle strutture socio-sanitarie per anziani, a livello nazionale e regionale (2019).

REGIONE	Posti (a)	Utenti (b)	Giornate per utente (c)	Tasso di copertura: utenti per 100.000 anziani (d)	Anziani (b x 100.000/d)	Giornate (b x c)	Giornate se piena occupazione (a x 365)	Tasso di saturazione (b x c)/ (a x 365)*100
Piemonte	29.804	32.436	192	2.906,6	1.115.960	6.223.474	10.878.460	57%
Valle d'Aosta	343	580	184	1.913,6	30.309	106.782	125.195	85%
Lombardia	58.731	82.814	255	3.607,1	2.295.835	21.155.214	21.436.815	99%
PA Bolzano	4.418	6.437	235	6.092,4	105.656	1.515.711	1.612.570	94%
PA Trento	4.611	7.086	234	5.796,4	122.248	1.661.630	1.683.015	99%
Veneto	31.875	39.674	229	3.493,5	1.135.667	9.069.149	11.634.375	78%
Friuli-V. G.	7.888	10.933	249	3.417,6	319.905	2.725.905	2.879.120	95%
Liguria	6.625	13.569	155	3.095,5	438.344	2.105.140	2.418.125	87%
Emilia-R.	16.604	25.460	217	2.358,6	1.079.476	5.516.696	6.060.460	91%
Toscana	13.683	22.545	162	2.372,1	950.428	3.662.580	4.994.295	73%
Umbria	2.222	4.359	157	1.930,4	225.810	686.181	811.030	85%
Marche	5.950	11.355	177	2.980,1	381.026	2.006.007	2.171.750	92%
Lazio	7.551	11.714	210	917,4	1.276.877	2.461.207	2.756.115	89%
Abruzzo	1.744	3.206	167	1.020,1	314.288	536.908	636.560	84%
Molise	344	438	137	577,2	75.887	59.892	125.560	48%
Campania	1.693	2.034	199	185,0	1.099.634	403.824	617.945	65%
Puglia	4.637	6.017	244	674,7	891.842	1.468.080	1.692.505	87%
Basilicata	167	611	85	470,0	130.001	52.079	60.955	85%
Calabria	2.359	2.531	253	602,8	419.874	640.499	861.035	74%
Sicilia	1.557	7.430	61	703,5	1.056.210	452.556	568.305	80%
Sardegna	873	1.349	207	342,5	393.813	279.354	318.645	88%
Italia	203.679	292.578	215	2.111,1	13.859.090	62.788.868	74.342.835	84%

Fonte: Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (2019).



Per stimare la distribuzione degli utenti 65+ delle strutture socio-sanitarie residenziali secondo le classi di prestazione erogata (R1, R2, R2D, R3), sono stati utilizzati i dati del 2019 provenienti dal flusso FAR. Nello specifico, è stata calcolata la distribuzione percentuale degli utenti secondo le classi di prestazione suddette (tabella 6)¹⁸.

Tabella 6. Assistiti 65+ in trattamento socio-sanitario residenziale per intensità di cura (valori assoluti e distribuzione %), a livello nazionale e regionale (2019).

REGIONE	R1	R2	R2D	R3	Totale	R1	R2	R2D	R3	Totale
Piemonte	1.544	11.859	1.867	37.139	52.409	3%	23%	4%	71%	100%
Valle d'Aosta	1	210	37	27	275	0%	76%	13%	10%	100%
Lombardia	1.058	28.280	5.995	62.654	97.987	1%	29%	6%	64%	100%
PA Bolzano	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
PA Trento	52	863	433	10.194	11.542	0%	7%	4%	88%	100%
Veneto	2.914	9.330	1.269	27.676	41.189	7%	23%	3%	67%	100%
Friuli-V. G.	48	2.348	1.743	8.805	12.944	0%	18%	13%	68%	100%
Liguria	85	5.828	393	7.083	13.389	1%	44%	3%	53%	100%
Emilia-R.	461	10.949	2.761	14.601	28.772	2%	38%	10%	51%	100%
Toscana	3.944	4.210	691	13.766	22.611	17%	19%	3%	61%	100%
Umbria	0	3.960	31	3.121	7.112	0%	56%	0%	44%	100%
Marche	342	5.355	765	4.378	10.840	3%	49%	7%	40%	100%
Lazio	378	10.129	545	3.227	14.279	3%	71%	4%	23%	100%
Abruzzo	435	2.037	267	829	3.568	12%	57%	7%	23%	100%
Molise	86	145	11	220	462	19%	31%	2%	48%	100%
Campania	62	57	339	1.881	2.339	3%	2%	14%	80%	100%
Puglia	230	3.074	782	3.695	7.781	3%	40%	10%	47%	100%
Basilicata	0	59	182	477	718	0%	8%	25%	66%	100%
Calabria	709	2.474	12	1.697	4.892	14%	51%	0%	35%	100%
Sicilia	1.368	6.100	739	1.803	10.010	14%	61%	7%	18%	100%
Sardegna	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-
Italia	13.717	107.267	18.862	203.273	343.119	4%	31%	5%	59%	100%

Fonte: Flusso FAR (2019). Dati trasmessi agli autori dal Ministero della Salute.

Nota: I dati del flusso FAR non riportano gli utenti della Provincia Autonoma di Bolzano e della regione Sardegna. Di conseguenza, non è stato possibile stimare gli utenti dell'Annuario per classi di prestazione relativi a questi due territori.

Com'è possibile osservare, la composizione dell'utenza per intensità di cura è molto variabile da regione a regione. La quota di utenti che usufruiscono di trattamenti intensivi (R1) è particolarmente accentuata (ovvero superiore al 10%) in cinque regioni, quasi esclusivamente meridionali: Toscana (17%), Abruzzo (12%), Molise (19%), Calabria e Sicilia (entrambe 14%). Si tratta di quote elevate se confrontate con quelle delle altre regioni, che non superano il 3% (se si eccettua il Veneto).

¹⁸ Si noti che il totale degli utenti tra le due fonti è diverso, anche se i perimetri delle due rilevazioni dovrebbero coincidere. Si tratta di un problema originato dal fatto che nel sistema informativo sanitario esistono due rilevazioni sullo stesso dato: il FAR, dove sono raccolte informazioni sui singoli assistiti, e il sistema STS24 dove sono raccolti i totali per struttura. Non potendo risolvere tali disallineamenti, abbiamo scelto di utilizzare i pesi del flusso FAR per ricostruire la distribuzione degli utenti dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale per classe d'intensità assistenziale.

Una situazione simile si osserva in relazione agli utenti con demenza senile (R2D). La percentuale di ospiti che usufruiscono dei nuclei specializzati per tale target è particolarmente elevata (dal 10% in su) in sei regioni: Emilia-Romagna e Puglia (entrambe 10%), Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta (13%), Campania (14%) e Basilicata (25%). Nelle altre regioni la quota non supera il 7%. Gli utenti con elevata necessità di tutela sanitaria (R2) presentano percentuali molto diversificate: sette regioni non raggiungono il 25%, sei rientrano fra il 26% e il 50% e altre sei fra il 51% e il 76%. La stessa osservazione si può fare per quanto concerne gli utenti con bassa necessità di tutela sanitaria (R3): quattro regioni non raggiungono il 25%, cinque rientrano fra il 26% e il 50%, otto fra il 51% e il 75%, e due superano l'80%. Si tratta dei due gruppi di utenti nettamente più numerosi, per i quali non emerge un gradiente Nord-Sud.

Le percentuali ottenute dai dati del flusso FAR sono state applicate agli utenti dell'Annuario (si veda l'Allegato 2). Ciò ha consentito di utilizzare le informazioni di dettaglio sulla complessità dell'utenza del FAR, ma allo stesso tempo di tener conto dei volumi generali presentati dall'Annuario.

La spesa

La spesa regionale per l'assistenza socio-sanitaria residenziale agli anziani è tratta dalla rilevazione Modello LA, voce "Assistenza socio-sanitaria residenziale – Assistenza alle persone non autosufficienti", così come disponibile sul portale BDAP¹⁹. A partire da questi dati e tenuto conto della distribuzione degli utenti dell'Annuario tra le classi di prestazione, attuata in base ai pesi ricavati dal flusso FAR, è stata stimata la quota di spesa riconducibile ai vari tipi di assistenza (R1, R2, R2D, R3). In primo luogo, sono state assunte le seguenti ipotesi (tabella 7):

- È stato considerato un minutaggio giornaliero, sulla base delle ipotesi della Commissione Mattone 12 – Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, quale importo minimo di assistenza globale giornaliera.
- È stato ipotizzato che, del suddetto minutaggio, per le classi di prestazione R1, R2 e R2D tutti i minuti fossero a carico del SSN, mentre per la classe R3 solo il 50% del totale, in analogia alle previsioni LEA²⁰.
- È stata ipotizzata una durata media della degenza di 60 giorni per utente per le classi R2 e R2D e di 256 giorni per le classi R1 e R3 (assumendo un turn over medio dell'utenza tipica LTC del 30% annuo, è stata ricavata una permanenza media del 70% dei 365 giorni annui).

Tabella 7. Minutaggio giornaliero a carico del Servizio Sanitario Nazionale e giorni per utente per ogni classe di prestazione.

	R1	R2	R2D	R3
Ipotesi minutaggio/die della commissione Mattone 12*	210	140	140	100
% finanziamento a carico del SSN	100%	100%	100%	50%
Minuti/die a carico del SSN	210	140	140	50
Giorni per utente	256	60	60	256

Nota: *Importo minimo assistenza globale giornaliera.

¹⁹ La rilevazione Modello LA non riporta la spesa della Provincia Autonoma di Bolzano e delle regioni Calabria e Sardegna, le quali, dunque, sono state escluse dalla stima.

²⁰ La classe R2D è stata considerata assistenza "estensiva" secondo la definizione del flusso FAR, quindi 100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale e durata di norma non superiore a 60 giorni.

Moltiplicando il numero stimato di utenti di ogni classe di prestazione per il relativo minutaggio giornaliero a carico del SSN e per i giorni di durata media della degenza, è stato ottenuto il minutaggio totale di ciascun tipo di prestazione (tabella 8).

Tabella 8. Minutaggio a carico del SSN per ogni classe di prestazione (utenti*minuti/die a carico del SSN*gg. per utente) (2019).

REGIONI	R1	R2	R2D	R3	Totale
Piemonte	51.271.841	61.652.228	9.706.106	293.638.186	416.268.361
Valle d'Aosta	113.163	3.720.436	655.505	727.478	5.216.583
Lombardia	47.976.788	200.767.768	42.560.211	676.464.503	967.769.270
PA Bolzano	-	-	-	-	-
PA Trento	1.712.906	4.450.514	2.232.992	79.951.316	88.347.729
Veneto	150.599.832	75.489.347	10.267.522	340.556.341	576.913.043
Friuli-V. G.	2.175.316	16.658.973	12.366.520	95.008.205	126.209.014
Liguria	4.621.988	49.613.347	3.345.581	91.701.798	149.282.715
Emilia-R.	21.887.667	81.384.573	20.522.678	165.056.206	288.851.124
Toscana	210.997.629	35.260.775	5.787.457	175.347.324	427.393.186
Umbria	-	20.387.764	159.601	24.437.107	44.984.472
Marche	19.221.805	47.119.060	6.731.294	58.586.091	131.658.250
Lazio	16.638.318	69.799.656	3.755.634	33.819.509	124.013.117
Abruzzo	20.971.917	15.374.783	2.015.251	9.515.993	47.877.944
Molise	4.374.625	1.154.727	87.600	2.664.500	8.281.452
Campania	2.892.828	416.366	2.476.280	20.896.350	26.681.823
Puglia	9.542.950	19.967.686	5.079.613	36.502.276	71.092.525
Basilicata	-	421.743	1.300.970	5.185.565	6.908.278
Calabria	19.681.678	10.751.887	52.151	11.216.270	41.701.986
Sicilia	54.481.748	38.033.287	4.607.639	17.096.664	114.219.338
Sardegna	-	-	-	-	-
Italia	627.575.871	768.320.321	135.102.668	2.214.305.327	3.745.304.187
Italia (al netto di PA Bolzano, Calabria e Sardegna)	619.481.320	741.673.034	133.658.457	2.127.155.414	3.621.968.225

Infine, la spesa regionale è stata distribuita tra le classi di prestazione in funzione dell'incidenza del minutaggio complessivo a carico del SSN di quella classe sul totale delle classi (tabella 9). Ciò assumendo che il costo del personale sia il principale fattore di assorbimento dei costi delle residenze e, dunque, che la spesa sia originata principalmente dalle categorie con maggiore impegno assistenziale (personale per ospite). Si noti che il minutaggio stimato dal "mattoncino residenziale" è stato utilizzato per ricavare l'impegno relativo di ogni classe (R1, R2, R2D, R3) rispetto alle altre (pesi). Attualmente non esistono rilevazioni che permettono di leggere l'impiego effettivo di personale sui vari moduli. I pesi sono stati in ogni caso applicati ai dati 2019.

Tabella 9. Spesa regionale per l'assistenza socio-sanitaria residenziale, livello nazionale e regionale (2019).

REGIONI	Spesa regionale per l'assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani*	di cui			
		R1	R2	R2D	R3
Piemonte	298.698.209,80	36.790.707	44.239.274	6.964.729	210.703.500
Valle d'Aosta	5.526.046,37	119.876	3.941.144	694.392	770.634
Lombardia	926.840.430,00	45.947.756	192.276.910	40.760.257	647.855.506
PA Bolzano	35.268.725,00	-	-	-	-
PA Trento	147.842.681,60	2.866.408	7.447.570	3.736.730	133.791.973
Veneto	554.449.967,70	144.735.975	72.550.043	9.867.739	327.296.210
Friuli-V. G.	116.318.748,50	2.004.849	15.353.506	11.397.428	87.562.965
Liguria	109.849.421,00	3.401.082	36.507.894	2.461.840	67.478.606
Emilia-R.	360.175.312,40	27.292.251	101.480.353	25.590.214	205.812.495
Toscana	162.975.572,00	80.458.604	13.445.804	2.206.900	66.864.263
Umbria	39.939.089,06	-	18.101.106	141.701	21.696.282
Marche	112.304.148,50	16.396.150	40.192.437	5.741.777	49.973.785
Lazio	88.330.484,99	11.850.930	49.716.011	2.675.015	24.088.530
Abruzzo	43.499.803,65	19.054.166	13.968.854	1.830.969	8.645.815
Molise	606.675,59	320.473	84.592	6.417	195.194
Campania	30.541.572,16	3.311.300	476.596	2.834.494	23.919.182
Puglia	149.867.005,00	20.117.070	42.092.995	10.708.107	76.948.832
Basilicata	5.172.262,47	0	315.761	974.043	3.882.458
Calabria	-	-	-	-	-
Sicilia	100.469.825,00	47.923.336	33.454.910	4.052.980	15.038.599
Sardegna	60.326.116,00	-	-	-	-
Italia	3.349.002.097	561.170.148	87.021.998	120.807.042	1.980.002.908
Italia (al netto di PA Bolzano, Calabria e Sardegna)	3.253.407.256	462.590.932	685.645.761	132.645.733	1.972.524.829

Nota: La spesa regionale per l'assistenza socio-sanitaria residenziale agli anziani è tratta dalla rilevazione Modello LA, voce "Assistenza socio-sanitaria residenziale – Assistenza alle persone non autosufficienti", così come disponibile sul portale BDAP. La definizione della spesa da inserire in tale voce è coerente con il perimetro della presente analisi²¹.

²¹ Contenuto della voce 2J140 del modello LA:

Attività sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria erogata in regime di residenzialità a favore di persone non autosufficienti, incluse le persone affette da demenza.

Attività rilevata con i seguenti flussi NSIS:

- sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza semiresidenziale e residenziale (FAR), istituito con il Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 17 dicembre 2008, "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali";
- rilevazione aggregata con il modello STS.24, ex DM del 5 dicembre 2006, quadro G – "attività residenziale", tipo di assistenza S09 – "assistenza agli anziani".

Sono garantiti i trattamenti residenziali extraospedalieri di cui agli articoli 29 e 30 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017 e successivi provvedimenti collegati.

Tale esercizio non ha la pretesa di stimare puntualmente il costo per giornata di ciascuna classe di prestazione, bensì quello di considerare l'impegno relativo per il SSN di ciascuna classe rispetto alle altre.

Conclusioni

In questo momento storico di cambiamento per le politiche di LTC del nostro paese, sarebbe molto utile disporre di una stima della spesa dell'assistenza LTC per i vari tipi di servizi, articolando il dato secondo i livelli di categorizzazione previsti dalla normativa per tenere conto delle specificità organizzative dei diversi servizi domiciliari e residenziali. Tenuto conto del ruolo delle regioni nell'organizzazione di questi servizi, oltre alle stime di carattere nazionale sarebbero necessarie stime di livello regionale.

Si tratta di un obiettivo che incontra diversi ostacoli, legati innanzitutto alle differenze nelle fonti informative sullo stesso fenomeno: si pensi, ad esempio, alla divergenza tra il numero di posti letto per regione risultante dall'indagine Istat e dal sistema STS24/annuario SSN, oppure alle divergenze tra il numero di assistiti del FAR e del medesimo sistema.

In questo lavoro abbiamo provato a ricostruire la spesa domiciliare e residenziale dei Servizi Sanitari Regionali per livello d'intensità assistenziale, cercando di fare sistema delle diverse fonti statistiche e delle raccomandazioni scientifiche in materia.

Si tratta di un percorso che potrebbe essere affinato se solo si avesse la disponibilità di ulteriori dati oggi raccolti e non pubblicati (ad esempio, il numero degli accessi degli operatori per le varie classi CIA rilevati attraverso il flusso FAR, la distribuzione delle giornate di effettiva assistenza per classe CIA, il numero di giornate di assistenza per livello di intensità del flusso FAR). Si auspica pertanto che in futuro tali indicatori vengano resi accessibili, attraverso apposite piattaforme open data, per favorire le analisi e il dibattito scientifico su tali materie.

Sarebbe peraltro auspicabile la pubblicazione di dati di monitoraggio specifico sui volumi erogativi (accessi per figura professionale, durata della presa in carico) dei diversi livelli di intensità assistenziale, per classe di età degli assistiti (consentendo così di isolare la quota riferibile agli anziani). La pubblicazione del solo numero di assistiti non consente, infatti, analisi sul relativo assorbimento di risorse, poiché è necessario tenere conto, come abbiamo già osservato, dell'intensità e della durata della presa in carico.



Allegato 1

Schema di confronto tra le definizioni dei livelli di assistenza previste nel DPCM LEA del 12 gennaio 2017 e nel DM del 17 dicembre 2008 (flusso FAR).

DPCM LEA 12 gennaio 2017	Assistenza prevista	Quota SSN	DM 17 dicembre 2008 (flusso FAR)
Art. 29 Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi	100%	R1 Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali e in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienti respiratore, persone terminali etc.).

		<p>medici di cui agli articoli 11 e 17.</p> <p>2. La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario.</p>			
Art. 30 Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti	a) Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore	I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regioni e dalle province autonome.	100%	R2 Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc..	R2D* Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziali), che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".

	b) trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo.	I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione.	50%	R3 Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali di lungo assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità d'offerta residenziali di Mantenimento).

* Nel DPCM LEA del 12 gennaio 2017 non è stata individuata una specifica categorizzazione dei servizi residenziali per le demenze R2D. Si presume che confluiscono nelle categorie R2 o R3 in base alla durata dell'inserimento. Ai fini della stima è stato assunto che la categoria R2D fosse relativa a inserimenti di tipo estensivo e temporaneo.



Allegato 2

Utenti dell'Annuario a cui sono stati applicati i pesi del flusso FAR (2019).

REGIONE	R1	R2	R2D	R3	Totale
Piemonte	956	7.340	1.155	22.985	32.436
Valle d'Aosta	2	443	78	57	580
Lombardia	894	23.901	5.067	52.952	82.814
PA Bolzano	-	-	-	-	6.437
PA Trento	32	530	266	6258	7.086
Veneto	2.807	8.987	1.222	26.658	39.674
Friuli-V. G.	41	1.983	1.472	7.437	10.933
Liguria	86	5.906	398	7.178	13.569
Emilia-R.	408	9.689	2.443	12.920	25.460
Toscana	3.932	4.198	689	13.726	22.545
Umbria	0	2.427	19	1.913	4.359
Marche	358	5.609	801	4.586	11.355
Lazio	310	8.309	447	2.647	11.714
Abruzzo	391	1.830	240	745	3.206
Molise	82	137	10	209	438
Campania	54	50	295	1.636	2.034
Puglia	178	2.377	605	2.857	6.017
Basilicata	0	50	155	406	611
Calabria	367	1.280	6	878	2.531
Sicilia	1.015	4.528	549	1.338	7.430
Sardegna	-	-	-	-	1.349