

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

# Malattia di Parkinson

Monitoraggio nella ATS di Brescia

al 31/12/2025

---

## OBIETTIVO

Il presente studio si propone di monitorare l'andamento della Malattia di Parkinson nel territorio dell'ATS di Brescia attraverso l'integrazione sistematica delle principali fonti informative sanitarie e sociosanitarie disponibili.

In particolare, l'analisi è finalizzata a:

- Produrre stime di prevalenza aggiornate al 31/12/2025;
- Descrivere la distribuzione per sesso ed età della popolazione affetta;
- Analizzare le differenze territoriali tra distretti afferenti all'ATS di Brescia;
- Approfondire i pattern di utilizzo dei principali servizi sanitari e sociosanitari.

Lo studio si inserisce nell'ambito delle attività di monitoraggio epidemiologico delle patologie croniche condotte mediante la metodologia della Banca Dati Assistito (BDA), che consente l'integrazione di flussi amministrativi eterogenei in un sistema informativo unitario.

## METODI

L'identificazione dei soggetti affetti da Malattia di Parkinson è stata effettuata attraverso la Banca Dati Assistito (BDA), considerando il periodo 2019-2025.

Sono stati classificati come casi prevalenti i soggetti che presentavano almeno una delle seguenti condizioni nel periodo di osservazione:

- esenzione per patologia (codice 038.332) attiva negli ultimi 10 anni;
- almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni con diagnosi principale o secondaria di malattia di Parkinson (ICD-9-CM 332.0 o 332.1);
- terapia farmacologica cronica specifica per la patologia nell'anno di osservazione (ATC N04\*, con DDD >30% e almeno una prescrizione);
- diagnosi registrata nel flusso RSA con codici ICD-9-CM 332.0 o 332.1;

I criteri adottati risultano più restrittivi rispetto a precedenti definizioni utilizzate in analisi storiche (2003-2011); pertanto, i risultati non sono direttamente confrontabili con quelli prodotti in precedenza.

Ai fini dell'identificazione dei casi, il sistema include, oltre alla Malattia di Parkinson idiopatica anche i parkinsonismi secondari, laddove codificati nei flussi amministrativi disponibili.

Tale scelta è determinata dai limiti intrinseci delle fonti utilizzate, nelle quali la distinzione clinica tra forme idiopatiche e secondarie non è sempre discriminabile in modo univoco. Questa impostazione può determinare una parziale, ma limitata, eterogeneità clinica della popolazione identificata e la presenza di una quota di soggetti con età di insorgenza più precoce, tipica dei parkinsonismi secondari, aspetto che contribuisce a spiegare la presenza di casi nelle classi di età più giovani.

# RISULTATI

## Stima della prevalenza per anno (2019-2025)

Nel periodo osservato, il numero di soggetti identificati con Malattia di Parkinson mostra una sostanziale stabilità (*Tabella 1*), con lievi variazioni nel tempo. Il tasso di prevalenza si colloca tra 4,6 e 4,8 casi per 1.000 assistiti, raggiungendo il valore massimo nel 2025 (4,8/1.000).

L'andamento complessivo appare coerente con il progressivo invecchiamento della popolazione e con un possibile miglioramento nella capacità di intercettazione dei casi da parte del sistema informativo.

**Tabella 1:** Frequenza della presa in carico per malattia di Parkinson per anno. 2019-2025

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b><i>N soggetti con Parkinson</i></b>	5.850	5.678	5.522	5.584	5.602	5.714	5.885
<b><i>Popolazione totale da BDA</i></b>	1.206.895	1.201.845	1.196.662	1.210.946	1.209.819	1.213.626	1.216.026
<b><i>Casi per 1.000 assistiti</i></b>	4,8	4,7	4,6	4,6	4,6	4,7	4,8

Le analisi di dettaglio successive sono state condotte sulla popolazione dei 5.885 assistiti identificati nel 2025.

## Prevalenza nel 2025

Nel 2025 sono stati identificati 5.885 assistiti con diagnosi di Malattia di Parkinson.

Caratteristiche demografiche principali:

- Età media complessiva: 75,7 anni
- Femmine: 47,8% (n=2.755), età media 77,5 anni
- Maschi: 52,2% (n=3.130), età media 74,0 anni

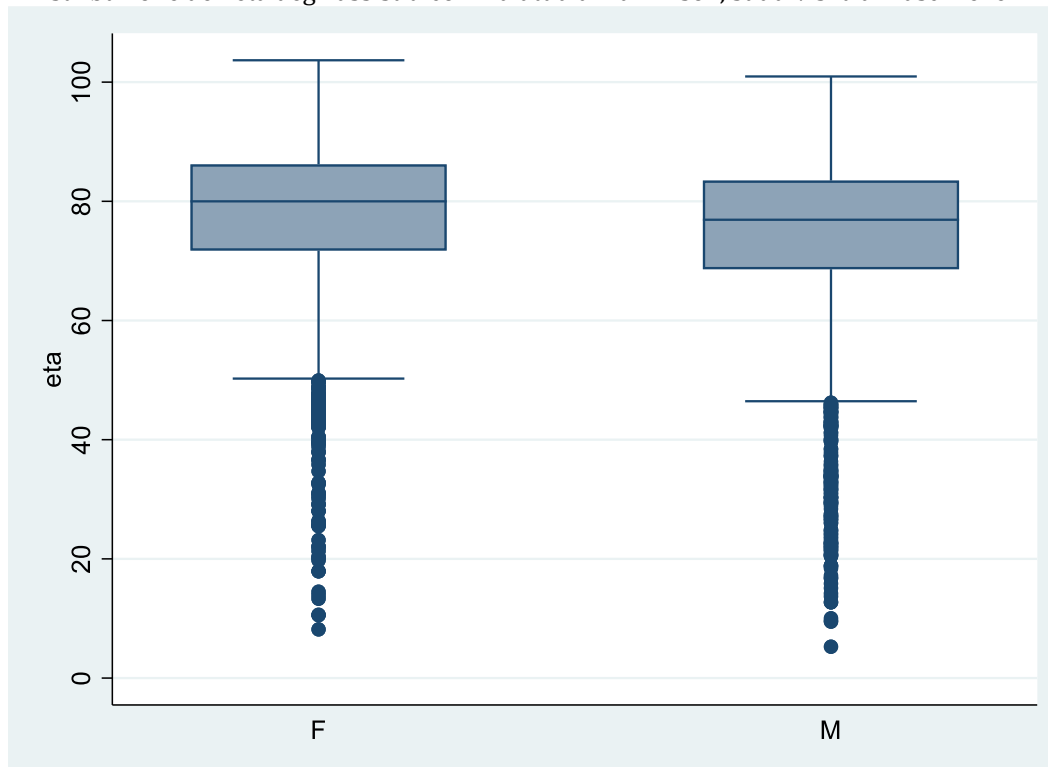
Le donne presentano un'età media più elevata rispetto agli uomini, suggerendo una possibile maggiore sopravvivenza o una diversa distribuzione dell'età alla diagnosi.

La distribuzione per sesso evidenzia una lieve predominanza maschile, in linea con quanto riportato in letteratura.

**Tabella 2:** Prevalenza malattia di Parkinson per sesso in ATS Brescia nel 2025

	N.	%	Età				
			Media	5°	25°	Mediana	75°
<b><i>Femmine</i></b>	2.755	47,8	<b>77,5</b>	55,0	71,7	<b>79,9</b>	86,0
<b><i>Maschi</i></b>	3.130	52,2	<b>74,0</b>	46,8	68,6	<b>76,9</b>	83,4
<b><i>Totale</i></b>	5.885		<b>75,7</b>	51,1	70,1	<b>78,4</b>	84,6

**Figura 2:** Distribuzione dell'età degli assistiti con malattia di Parkinson, suddivisi tra maschi e femmine



La prevalenza della Malattia di Parkinson mostra un chiaro gradiente crescente con l'età in entrambi i sessi, evidenziando il forte legame tra invecchiamento e rischio di malattia.

- A partire dalla fascia 60–69 anni si osserva un incremento progressivo della prevalenza, che diventa particolarmente marcato nelle classi di età successive. L'aumento è coerente con la natura neurodegenerativa della patologia e con la sua tipica insorgenza in età avanzata.
- Il valore massimo di prevalenza assoluta e di numerosità dei casi si osserva nella fascia 80–89 anni, che rappresenta il principale “carico assistenziale” della patologia all'interno della popolazione studiata. In questa classe di età si concentra infatti la quota più rilevante di soggetti prevalenti, sia per la maggiore incidenza cumulativa della malattia sia per la sopravvivenza dei pazienti già diagnosticati.
- Oltre i 90 anni si osserva una riduzione della prevalenza e della numerosità dei casi. Tale andamento è verosimilmente attribuibile a una combinazione di fattori:
  - riduzione della popolazione esposta (effetto demografico di selezione naturale);
  - maggiore mortalità nelle coorti più anziane;
  - possibile sottodiagnosi o minore accesso ai percorsi diagnostici nelle età estreme.

Dal punto di vista del genere, il rapporto tra maschi e femmine della prevalenza risulta costantemente superiore a 1 in tutte le classi di età, confermando una maggiore frequenza della malattia nel sesso maschile. Questa differenza è osservabile in modo relativamente stabile lungo tutto il ciclo di vita, senza inversioni o attenuazioni significative nelle età più avanzate.

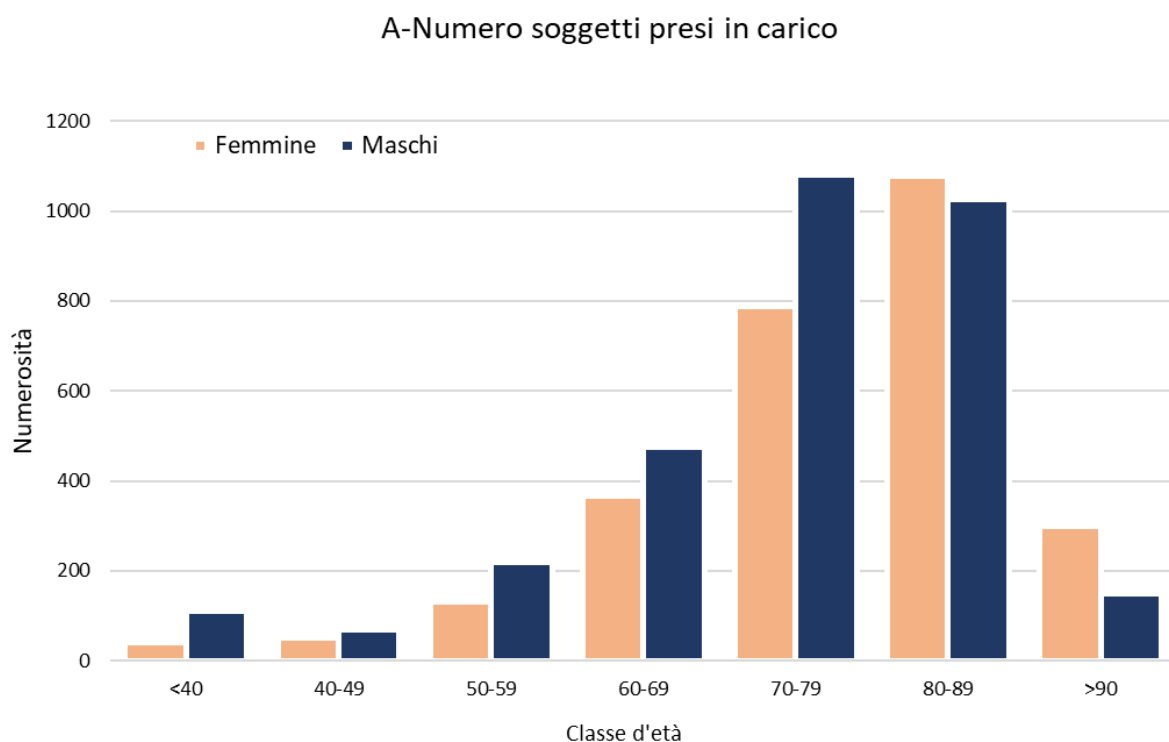
Un'analisi sintetica dei livelli di prevalenza nelle età anziane evidenzia che nella popolazione oltre gli 80 anni la prevalenza raggiunge circa il 2% nelle donne, mentre si attesta intorno al 3% negli uomini. Questo gradiente di genere può riflettere sia differenze biologiche nella suscettibilità alla malattia, sia fattori legati alla sopravvivenza differenziale tra i sessi, oltre a possibili differenze nei percorsi diagnostico-assistenziali.

Nel complesso, la distribuzione per età e sesso conferma il profilo tipico della malattia, caratterizzato da forte concentrazione nelle età molto avanzate e da una costante predominanza maschile.

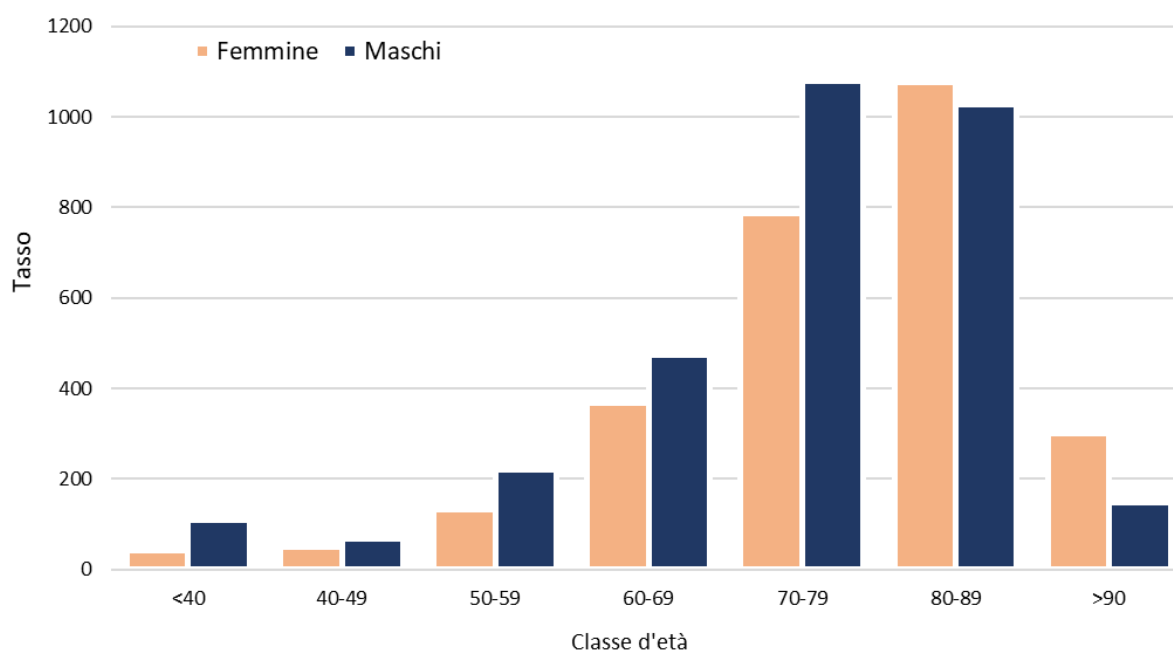
**Tabella 3:** Numerosità e prevalenza malattia di Parkinson per sesso e classi d'età in ATS Brescia nel 2025 e rapporto maschi vs femmine delle prevalenze

Classe di età	Numerosità casi			Tasso prevalenza X1.000			Rapporto M/F
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	
<40	41	110	151	0,2	0,4	0,3	2,4
40-49	51	69	120	0,6	0,8	0,7	1,3
50-59	132	220	352	1,4	2,2	1,8	1,6
60-69	367	475	842	4,4	5,9	5,2	1,3
70-79	787	1.080	1.867	12,3	19,0	15,5	1,5
80-89	1.077	1.027	2.104	24,9	33,3	28,4	1,3
>90	300	149	449	21,4	27,2	23,0	1,3
<b>Totale</b>	<b>2.755</b>	<b>3.130</b>	<b>5.885</b>	<b>4,5</b>	<b>5,1</b>	<b>4,8</b>	<b>1,1</b>

**Figura 3:** Numerosità (A) e prevalenza (B) malattia di Parkinson per sesso e classe d'età in ATS Brescia. Anno 2025



## B-Tasso di prevalenza x 1.000



## Prevalenza territoriale nel 2025

L'analisi della distribuzione territoriale della Malattia di Parkinson all'interno della ATS di Brescia evidenzia la presenza di differenze tra i diversi distretti, con un range di prevalenza compreso tra 3,7 e 5,8 casi per 1.000 assistiti.

I valori più elevati si osservano nei distretti di Brescia, Valle Sabbia, Sebino Monte Orfano e Brescia Ovest, che presentano livelli di prevalenza superiori alla media complessiva dell'ATS. Al contrario, i valori più contenuti si riscontrano nei distretti di Oglio Ovest e della Bassa Bresciana Orientale.

Queste differenze devono essere interpretate con cautela, in quanto non riflettono necessariamente una diversa incidenza della malattia tra i territori, ma sono in larga parte spiegate dalla diversa struttura demografica delle popolazioni residenti.

In particolare, i distretti con prevalenza più elevata risultano caratterizzati da una maggiore età media della popolazione, fattore che rappresenta il principale determinante della distribuzione della malattia. Al contrario, nei territori con popolazione mediamente più giovane si osservano livelli di prevalenza più bassi, coerentemente con il forte gradiente età-dipendente della patologia.

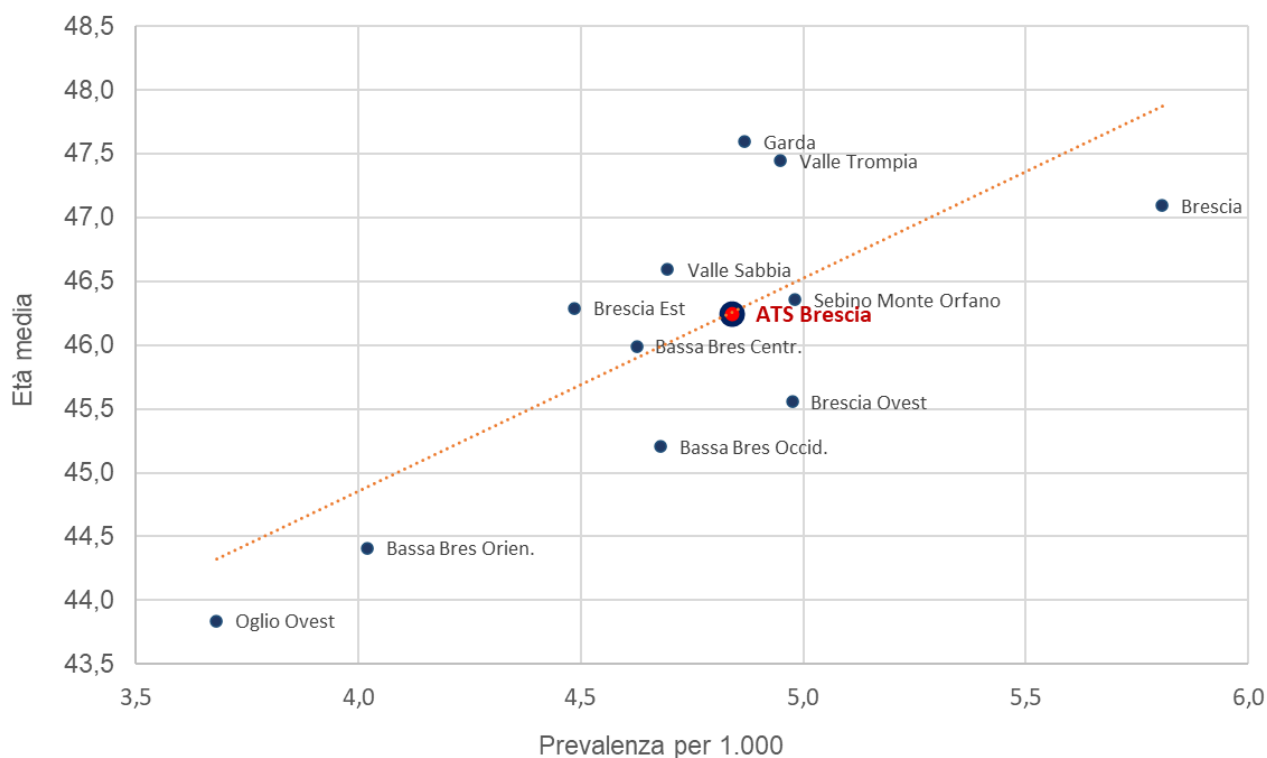
La relazione tra età media del distretto e prevalenza appare quindi diretta e coerente: all'aumentare dell'età media della popolazione si osserva un incremento della prevalenza della malattia.

Nel complesso, il quadro territoriale suggerisce che le differenze osservate siano principalmente attribuibili a fattori demografici piuttosto che a eterogeneità reale del rischio, pur non escludendo possibili contributi legati a differenze nei percorsi diagnostici ed assistenziali, nell'accessibilità ai servizi o nella capacità di intercettazione dei casi.

**Tabella 4:** Tassi di prevalenza grezzi malattia di Parkinson per 1.000 assistiti negli 11 distretti afferenti alle ASST del territorio di ATS Brescia

<i>Distretto</i>	<b>N. casi</b>	<b>Prevalenza X 1.000</b>	<b>Popolazione</b>	<b>Età media popolazione</b>
<i>Brescia</i>	1.272	5,8	219.082	47,1
<i>Brescia Ovest</i>	521	5,0	104.717	45,6
<i>Brescia Est</i>	456	4,5	101.647	46,3
<i>Valle Trompia</i>	565	4,9	114.168	47,4
<i>Sebino Monte Orfano</i>	578	5,0	116.034	46,4
<i>Oglio Ovest</i>	379	3,7	102.960	43,8
<i>Bassa Bres Occidentale</i>	272	4,7	58.130	45,2
<i>Bassa Bres Centrale</i>	569	4,6	123.025	46,0
<i>Bassa Bres Orientale</i>	278	4,0	69.135	44,4
<i>Garda</i>	634	4,9	130.243	47,6
<i>Valle Sabbia</i>	361	4,7	76.885	46,6
<b>Totale ATS Brescia</b>	<b>5.885</b>	<b>4,8</b>	<b>1.216.026</b>	<b>46,2</b>

**Figura 4:** Grafico a dispersione dell'età media e prevalenza di malattia di Parkinson per distretto e totale ATS Brescia



## Utilizzo dei servizi nel corso del 2025

L'analisi dell'utilizzo dei servizi evidenzia un chiaro gradiente età-dipendente, coerente con la progressione clinica della patologia e con l'aumento della fragilità nelle età più avanzate.

### Servizi residenziali (RSA)

La quota di assistiti ricoverati in Residenze Sanitarie Assistenziali (*Tabella 5*) aumenta progressivamente con l'età, passando da valori trascurabili nelle classi più giovani fino a raggiungere il 30,5% nei soggetti ultranovantenni. Nel complesso, l'11,4% degli assistiti con Parkinson risulta ricoverato in RSA, evidenziando il rilevante fabbisogno assistenziale nelle fasi avanzate della malattia.

**Tabella 5:** Numerosità degli assistiti con diagnosi di Parkinson ricoverati in RSA, per classe d'età in ATS Brescia nel 2025

Classe età	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	Totale
Soggetti con malattia di Parkinson ricoverati in RSA	0	0	3	31	150	352	137	673
Totale	151	120	352	842	1.867	2.104	449	5.885
% in RSA	0,0%	0,0%	0,9%	3,7%	8,0%	16,7%	30,5%	11,4%

### Cure palliative (CP)

L'attivazione delle cure palliative (*Tabella 6*) interessa una quota limitata di pazienti (2,3% complessivo), con valori che aumentano con l'età fino a raggiungere il 3,9% nella fascia 80-89 anni. Il dato suggerisce una limitata integrazione dei percorsi palliativi nella gestione della malattia di Parkinson, nonostante la sua natura cronico-degenerativa e l'elevato burden sintomatologico nelle fasi avanzate.

**Tabella 6:** Numerosità degli assistiti con diagnosi di Parkinson con attivazione delle cure palliative (CP), per classe d'età in ATS Brescia nel 2025

Classe età	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	TOTALE
Soggetti con malattia di Parkinson in CP	0	0	1	8	29	82	13	133
Totale	151	120	352	842	1867	2104	449	5885
% CP	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%	1,6%	3,9%	2,9%	2,3%

### Altri Servizi Socio-Sanitari

L'offerta di servizi socio-sanitari a favore della popolazione anziana non autosufficiente si articola in un insieme di interventi differenziati per livello di bisogno assistenziale, con l'obiettivo di garantire la presa in carico continuativa, il mantenimento dell'autonomia residua e, ove possibile, la permanenza al domicilio.

Nella presente analisi sono inclusi gli assistiti che, nel corso del 2025, hanno usufruito di almeno uno dei seguenti interventi:

- *Misura B1*, Intervento rivolto a persone in condizione di gravissima disabilità e non autosufficienza ad elevato bisogno assistenziale, che prevede l'erogazione di contributi economici e/o voucher sociosanitari finalizzati a sostenere l'assistenza al domicilio, anche attraverso il coinvolgimento del caregiver<sup>1</sup>
- *Misura Residenzialità assistita*, destinata a soggetti di età ≥65 anni in condizioni di fragilità e autosufficienza parziale, prevede l'erogazione, in un ambiente controllato e protetto, di servizi di natura sociosanitaria ed assistenziale. L'obiettivo è il mantenimento delle capacità residue e il ritardo del declino funzionale e relazionale, in un ambiente a bassa intensità assistenziale.
- *Misura RSA Aperta*, intervento che consente l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie al domicilio, finalizzate a sostenere la permanenza della persona nel proprio contesto di vita. La misura si configura come uno strumento di prevenzione dell'istituzionalizzazione, favorendo la continuità assistenziale e il supporto ai caregiver.

L'utilizzo di tali Servizi Socio-Sanitari (*Tabella 7*) mostra un andamento chiaramente crescente con l'età, passando da circa il 10-13% nelle età più giovani fino a oltre il 30% negli ultraottantenni e ultranovantenni. Nel complesso, quasi un quarto degli assistiti (24,6%) accede ad almeno uno dei servizi qua descritti, confermando il peso assistenziale della patologia sul territorio.

**Tabella 7:** Numerosità degli assistiti con diagnosi di Parkinson con utilizzo di servizi socio sanitari

Classe età	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	Totale
Soggetti con malattia di Parkinson con utilizzo di Servizi Socio Sanitari	20	12	32	112	420	690	160	1.446
Totale	151	120	352	842	1867	2104	449	5.885
% con uso di SSS	13,2%	10,0%	9,1%	13,3%	22,5%	32,8%	35,6%	24,6%

### Ricoveri ospedalieri

Nel corso del 2025, il 21,5% degli assistiti ha avuto almeno un ricovero ospedaliero (*Tabella 8*). La frequenza dei ricoveri aumenta con l'età, con valori più elevati nelle fasce 80-89 anni (25,9%) e >90 anni (24,3%), suggerendo un maggiore livello di complessità clinica e comorbidità in queste classi.

**Tabella 8:** Numerosità degli assistiti con diagnosi di Parkinson con almeno un ricovero, per classe d'età in ATS Brescia nel 2025

Classe età	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	TOTALE
Soggetti con malattia di Parkinson ricoverati	32	15	42	129	397	544	109	1.268
Totale	151	120	352	842	1.867	2.104	449	5.885
% ricoverati	21,2%	12,5%	11,9%	15,3%	21,3%	25,9%	24,3%	21,5%

### Accessi in Pronto Soccorso

<sup>1</sup> DGR N° XII/3719 del 30/12/2024 [https://www.ats-brescia.it/system/files/pagina\\_standard/files/26690/21720/DGR%203719%20DEL%2030.12.2024.pdf](https://www.ats-brescia.it/system/files/pagina_standard/files/26690/21720/DGR%203719%20DEL%2030.12.2024.pdf)

Gli accessi in Pronto Soccorso (*Tabella 9*) coinvolgono il 29,5% degli assistiti, con un andamento per età simile a quello dei ricoveri.

Si osservano valori elevati in tutte le classi di età, con un picco nella fascia 80–89 anni (32,3%).

Il dato evidenzia un ricorso rilevante all'assistenza in urgenza, potenzialmente indicativo di criticità nella gestione territoriale di casi clinici complessi o di riacutizzazioni cliniche frequenti.

**Tabella 9:** Numerosità degli assistiti con diagnosi di Parkinson con almeno un accesso in Pronto Soccorso (PS), per classe d'età in ATS Brescia nel 2025

Classe età	<40	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	TOTALE
Soggetti con malattia di Parkinson con accesso in PS	60	30	97	210	537	680	122	1.736
Totale	151	120	352	842	1.867	2.104	449	5.885
<b>% con accesso in PS</b>	<b>39,7%</b>	<b>25,0%</b>	<b>27,6%</b>	<b>24,9%</b>	<b>28,8%</b>	<b>32,3%</b>	<b>27,2%</b>	<b>29,5%</b>

Nel complesso, il profilo di utilizzo dei servizi evidenzia:

- un progressivo spostamento verso setting assistenziali ad alta intensità (RSA, ospedale) con l'aumentare dell'età;
- un ricorso rilevante ai servizi di emergenza-urgenza;
- una relativa sottoutilizzazione dei servizi domiciliari e palliativi.

## CONCLUSIONI

Il monitoraggio della Malattia di Parkinson nella ATS di Brescia evidenzia un quadro epidemiologico stabile ma ad elevato impatto assistenziale, fortemente influenzato dall'invecchiamento della popolazione.

La distribuzione per età conferma un marcato gradiente crescente con l'invecchiamento, con concentrazione dei casi nelle fasce di età più avanzate e massimo carico assistenziale nella classe 80-89 anni. La patologia risulta inoltre caratterizzata da una lieve e costante predominanza nel sesso maschile in tutte le classi di età.

Le differenze territoriali osservate tra i distretti della ATS appaiono moderate e fortemente influenzate dalla struttura demografica, in particolare dall'età media della popolazione residente, piuttosto che da una reale eterogeneità del rischio.

L'analisi dell'utilizzo dei servizi mette in evidenza un elevato impatto assistenziale della patologia, con un ricorso significativo ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in Pronto Soccorso, soprattutto nelle fasce di età più avanzate e all'utilizzo dei servizi residenziali (RSA).

L'integrazione dei flussi informativi costituisce un importante punto di forza, pur richiedendo cautela interpretativa per i limiti di specificità clinica.

In **prospettiva**, l'evoluzione demografica renderà necessario:

- rafforzare la presa in carico territoriale integrata;
- sviluppare modelli proattivi di gestione della cronicità;
- potenziare i servizi domiciliari e il supporto ai caregiver;
- migliorare l'integrazione con le cure palliative;
- ridurre il ricorso improprio ai setting ospedalieri.