

# Un nuovo Sistema Sanitario: La riforma in cammino

Coordinamento delle politiche socio sanitarie  
Integrazione sociosanitaria

*Gino Gobber*

UO Cure Palliative

Dipartimento di Cure Primarie

APSS Trento

Pnrr. Schillaci: “Su assistenza domiciliare target è stato raggiunto, oltre 10% over 65 nel 2025”

***Il Ministro della Salute: “Avevamo come obiettivo il 5% della popolazione over 65 in assistenza domiciliare integrata, abbiamo raggiunto il 10% nel 2025 con 250 milioni di risorse. Ora dobbiamo monitorare quello che si sta facendo con Agenas e poi prevedere risorse extra Piano di ripresa e resilienza per nuovi operatori”***



# SIAD05 - Assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana (per 100) - Anno 2025 -

Codice Regione	Descrizione Regione	2025			2024			2023		
		Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
010	PIEMONTE	0,00	0,00	0,00	14,32	3,89	23,65	9,50	2,27	15,96
020	VALLE D'AOSTA	0,00	0,00	0,00	9,29	3,63	14,74	6,77	2,83	10,57
030	LOMBARDIA	0,00	0,00	0,00	10,16	2,54	17,15	7,66	2,11	12,75
041	PROV. AUTON. BOLZANO	0,00	0,00	0,00	9,90	2,61	16,49	7,61	1,89	12,79
042	PROV. AUTON. TRENTO	0,00	0,00	0,00	11,29	2,99	19,30	11,66	3,21	19,82
050	VENETO	0,00	0,00	0,00	11,86	3,49	19,62	10,71	3,01	17,84
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	0,00	0,00	0,00	10,77	3,01	17,37	9,22	2,76	14,72
070	LIGURIA	0,00	0,00	0,00	9,89	3,78	14,78	7,94	2,84	12,03
080	EMILIA ROMAGNA	0,00	0,00	0,00	11,56	3,01	19,04	10,86	2,75	17,97
090	TOSCANA	0,00	0,00	0,00	11,39	3,06	18,50	11,85	3,24	19,21
100	UMBRIA	0,00	0,00	0,00	12,71	2,98	21,15	11,60	2,71	19,31
110	MARCHE	0,00	0,00	0,00	9,97	2,67	16,48	7,73	2,63	12,28
120	LAZIO	0,00	0,00	0,00	10,32	3,03	17,32	7,25	1,85	12,44
130	ABRUZZO	0,00	0,00	0,00	10,95	3,78	17,98	8,31	2,62	13,88
140	MOLISE	0,00	0,00	0,00	11,37	3,53	19,17	9,89	3,03	16,71
150	CAMPANIA	0,00	0,00	0,00	11,48	4,69	19,27	5,56	2,00	9,65
160	PUGLIA	0,00	0,00	0,00	10,09	2,32	18,01	8,81	2,20	15,55
170	BASILICATA	0,00	0,00	0,00	12,24	3,39	21,50	8,42	2,25	14,87
180	CALABRIA	0,00	0,00	0,00	9,82	2,89	17,33	6,48	1,99	11,34
190	SICILIA	0,00	0,00	0,00	10,34	3,60	17,55	4,56	1,77	7,54
200	SARDEGNA	0,00	0,00	0,00	6,48	1,63	11,47	6,19	1,56	10,96
TOTALE		0,00			10,93	3,19	18,29	8,31	2,32	14,01

Fonte:

- Ministero della Salute, NSIS – decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008 e s.m. "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" (SIAD) – Elaborazione a cura dell'Ufficio III della ex DGSI
- ISTAT (file POSAS): popolazione aggiornata al 31/12/

## LA GENERICITÀ FISIOLOGICA DELLA POLICY DEL PNRR

1. Il PNRR è stato costruito (ragionevolmente) per **ottenere ampio consenso** in EU, con gli stakeholder domestici e con l'opinione pubblica.
2. Propone obiettivi **largamente condivisibili, spesso generici** (la presa in carico dei cronici, 10% di anziani in ADI). talvolta eccessivamente ambiziosi
3. **Ogni trade-off programmatico viene evitato.**
4. Questo è **fisiologico** nei grandi piani di riforma o di investimenti in tutto il mondo democratico.
5. L'indeterminatezza offre **ampi gradi di autonomia** ai singoli contesti regionali e aziendali

*Cortesia di Francesco Longo, modificata*

## **Cure a domicilio: obiettivo Pnrr centrato ma fondi spesi a metà e servizi «ultra light» per i pazienti**

Oltre a crescere meno dei finanziamenti la spesa effettiva per l'Assistenza domiciliare integrata aumenta meno della crescita del numero di assistiti evidenziando **una contrazione dell'intensità del servizio**

di [Laura Pelliccia](#) 15 settembre 2025

**I risultati del Pnrr 2024 confermano la preoccupazione che l'Adi diventi sempre più episodico-prestazionale; gli interventi di presa in carico continuativa e intensiva... non sembrano incoraggiati.** L'obiettivo di rendere gli interventi domiciliari a misura di anziano con bisogni di Long Term Care, costruendo un servizio adeguatamente intensivo, continuativo e integrato con i servizi sociali, è uno dei compiti espressamente previsti dalla Legge delega di riforma di questo tipo di assistenza... **Le risorse disponibili sono evidentemente impiegate con logiche diverse**, frenando quella presa in carico domiciliare intensiva e multidisciplinare utile a generare virtuosismi nel Ssn (es. riduzione ricoveri, accessi in Ps ecc).





### **L'uso dei finanziamenti**

Con l'investimento "Casa come primo luogo di cura" sono stati messi a disposizione per lo sviluppo degli interventi sociosanitari domiciliari per il triennio 2022-2025 circa 3 mld aggiuntivi rispetto ai fondi già finalizzati per questo obiettivo (circa 500 milioni per ciascun anno ai sensi del DL 34/3030). **Il Pnrr Adi poteva essere impiegato per l'arruolamento di personale da dedicare ai servizi domiciliari delle Case della comunità**

La spesa sanitaria pubblica per l'assistenza domiciliare nel 2024 ha assorbito meno di 4,2 mld, rispetto al 2019 tale spesa è aumentata di circa 875 milioni. Il budget annuo di risorse incrementalmente per l'Adi nell'ultimo anno era quasi 1,5 miliardi (le risorse da Dl 34 più quelle del Pnrr che, nel 2024, valevano quasi un miliardo). **La crescita della spesa per l'Adi è risultata di poco più della metà dei finanziamenti disponibili.**

***Nel 2024 il flusso ministeriale documenta 2849627 PIC in assistenza domiciliare,  
2741539 ADI e 108088 UCPdom dell'adulto e pediatriche .***

***Le PIC UCPdom dell'adulto e pediatriche sono il 3,79% del totale (range 11,27%-1,34%).***

***Due Regioni sono sopra il 10%, due tra l'8% e il 10%, 8 Regioni sono tra il 5% e l'8%,  
due tra il 3% e il 5%, 7 sotto il 3%***

Cortesia di Serena Battilomo

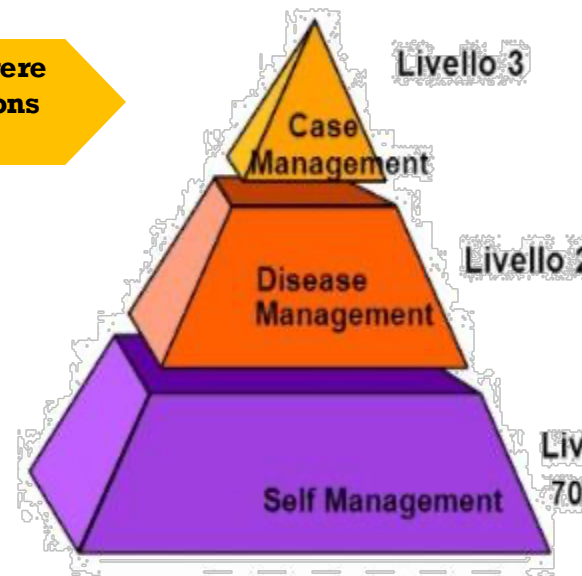
Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	<b>I livello</b> Persona in salute	Absenza di condizioni patologiche	Absenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	<b>II livello</b> Persona con complessi disturbi assistenziali acuti o limitati nel tempo	Absenza di condizioni fragili	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri) limitati ad un singolo episodio clinico reversibile	Azioni preventive di stratificazione del rischio basate su familiarità e reti di vita
	<b>III livello</b> Persona con complessi disturbi assistenziali medio	Presenza di condizioni e/o fragili e/o disturbi acuti prevalentemente meno patologici perduranti nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto preventivo e di orientamento
	<b>IV livello</b> Persona con complessi disturbi assistenziali medio-alti con o senza fragili sociali	Presenza di condizioni fragili distinte con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri e residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multidisciplinare, supporto attivo ed orientamento alla persona e al caregiver, in relazione ai bisogni socio-sanitari
	<b>V livello</b> Persona con complessi disturbi assistenziali elevati con eventuale fragili sociale	Presenza di condizioni fragili, limitazioni funzionali (parziali o totali con insufficienze) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e ricorrenti di tipo domiciliare, ospedaliero, semi-residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multidisciplinare, supporto attivo ed orientamento alla persona e al caregiver, in relazione ai bisogni socio-sanitari
	<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multidisciplinare, supporto attivo ed orientamento alla persona e al caregiver, in relazione ai bisogni socio-sanitari

## DM 77 23 MAGGIO 2022: IDENTIFICAZIONE E STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO DI SALUTE

LA PIRAMIDE "CCM" c/o "KAISER-PERMANENTE"

Patients severe complications  
7-8%



### ALCUNE REGOLE DEL MODELLO

- Identificazione dei soggetti con malattie croniche
- Condivisione del rischio economico da parte degli operatori
- Riferimento a "pathways" clinic
- Stratificazione per rischio di aggravamento
- Informatizzazione dei dati. Condivisione
- Cure intermedie "nurse-led"
- Approccio multidisciplinare nel primary care
- Forte integrazione primary care - specialisti
- Promozione del "self-care"



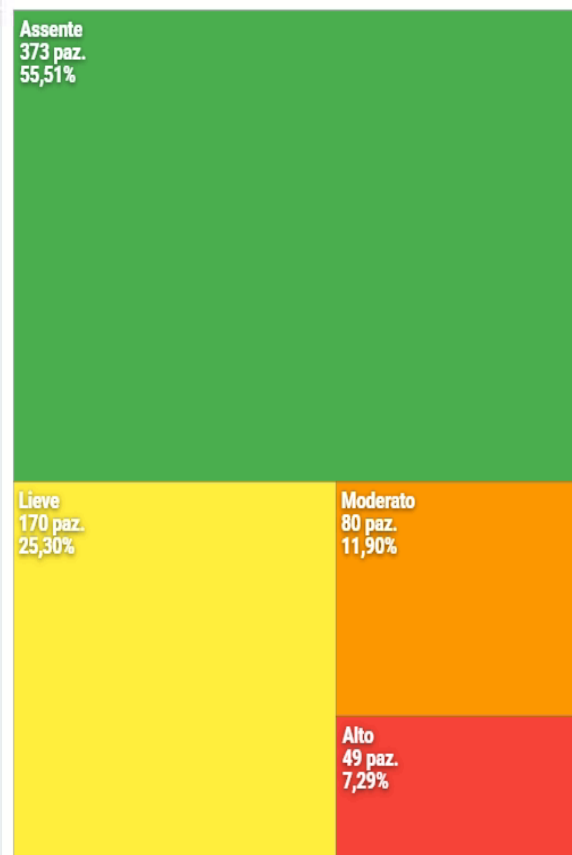
# POPOLAZIONE TOTALE: 1596 ASSISTITI

## UTRASESSANTENNI: 672 FRAGILI: 299

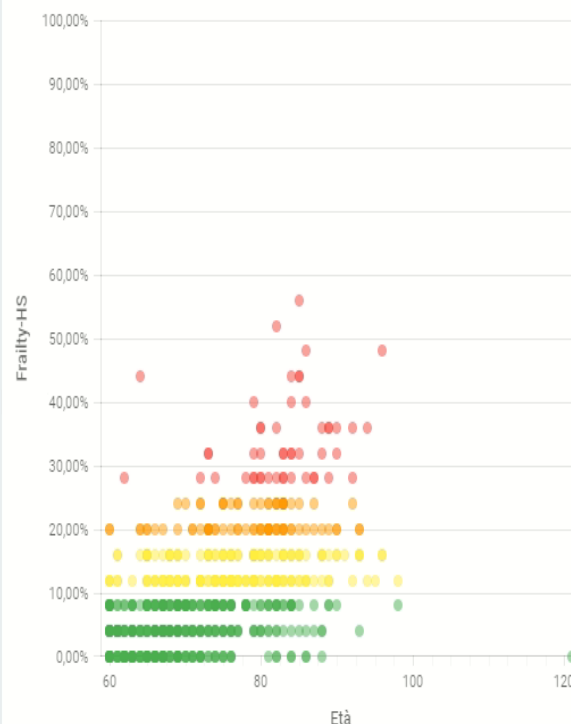
### Score di Fragilità (Frailty-HS Score)

\*Questo score stadia il paziente in base al suo livello di Fragilità che si basa sul rischio di decesso nei successivi tre anni.

#### Pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)\*



#### Distribuzione per età dei pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)\*



Visualizza tutti i pazienti con livello di Fragilità (Frailty-HS)\*

### Informazioni Utili



Le specifiche clinico-scientifiche di questo modulo sono definite e validate da S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie)

Lo score di Fragilità (Frailty-HS) stadia il paziente ultra sessantenne in base al suo livello di fragilità che si basa sul rischio di decesso nel corso dei tre anni di follow-up.

#### Selezione dei potenziali deficit

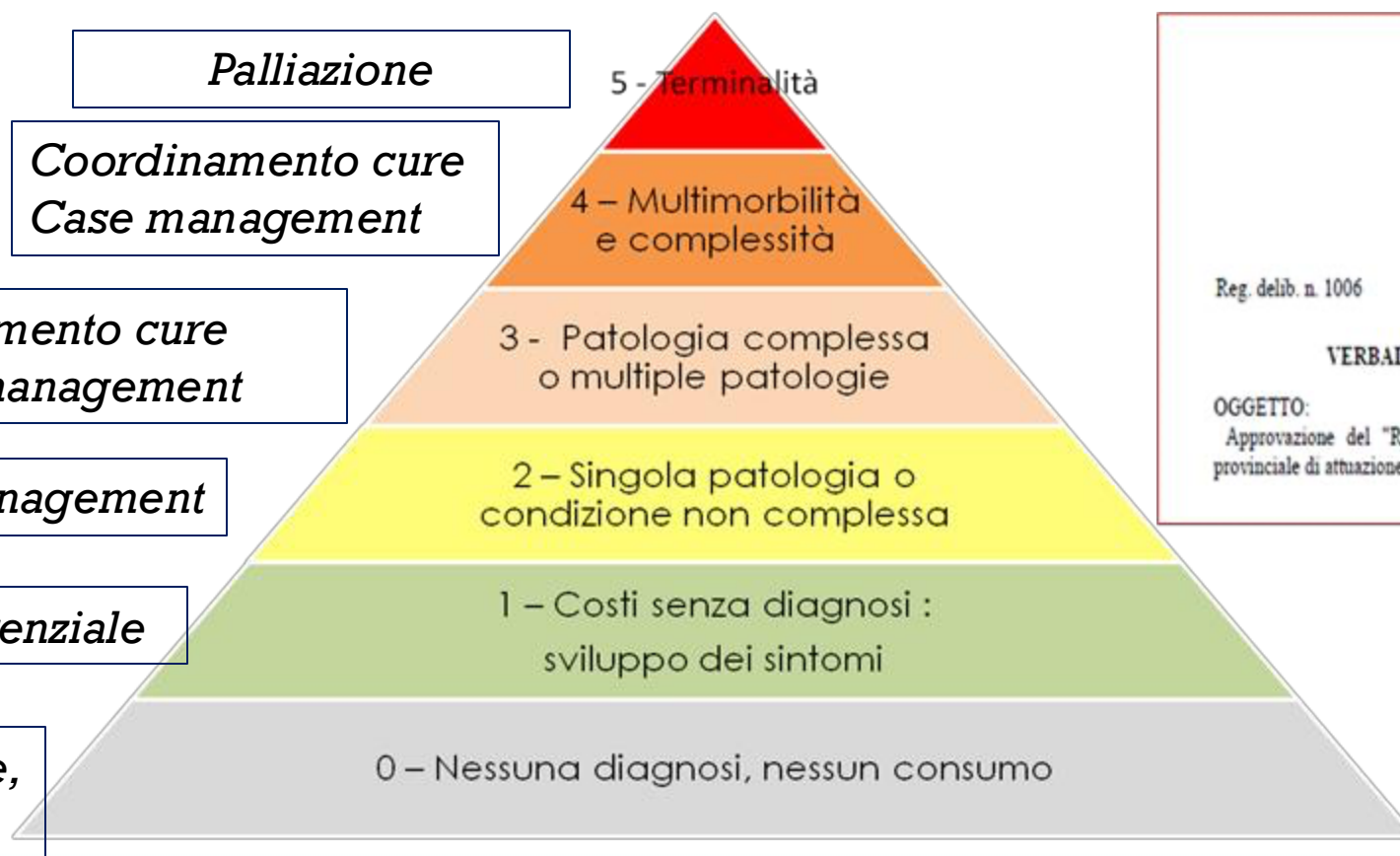
Lo score viene ottenuto mediante la combinazione dei **25 deficit** di seguito elencati.

Caratteristiche della popolazione alla data di calcolo dello score (senza limitazioni temporali):

1. Alto livello di disabilità
2. Deficit cognitivo
3. Stroke
4. BPCO
5. Scenpenso Cardiaco
6. Malattie ischemiche
7. Ulcerazioni croniche della pelle
8. Fibrillazione Atriale
9. Morbo di Parkinson
10. Neoplasie
11. IRC
12. Anemia
13. Esenzione per reddito
14. Frattura Femore
15. Malattia bradicardica
16. Altre malattie neurologiche
17. Costipazione
18. Malattie vascolari periferiche
19. Malattie nutrizionali
20. Diabete
21. Schizofrenia



il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups)  
la piramide del rischio nella popolazione



07 giugno 2022

<b>RUB-Resource Utilization Bands- Aggregazioni ACG in base al consumo di risorse , n (%)</b>		<b>Ultra65enni, n (%) 134410 (24,5%)</b>
0= nessuna diagnosi, nessun consumo	152756 (27,9%)	9649 (7,2%)
1= utilizzatori sani	206043 (37,6%)	47356 (35,2%)
2= consumo basso	94490 (17,2%)	26273 (19,5%)
3= consumo moderato	78138 (14,3%)	40523 (30,1%)
4= consumo elevato	13493 (2,5%)	7754 (5,8%)
5= consumo molto elevato	3274 (0,6%)	2855 (2,1%)

*Cortesia di William Mantovani e Mariaadalgisa Gentilini, dati 2023*



## Le valutazioni della Medicina Legale



- Nel 2024 sono state erogate 12.717 Indennità di Accompagnamento “generiche”  
(472 per l’età da 0 a 17 anni, 1996 per persone tra 18 e 65 anni, 10249 per ultra65enni)
- Le nuove erogazioni 2024 sono 2410, delle quali 2318 invalidi civili «generici»
- 2208 sono le persone decedute con IA nel 2024, delle quali 2115 con invalidità «generica»
- Le Indennità di Accompagnamento erogate a ciechi civili totali sono state 333, per ciechi civili parziali sono state 527;
- Le Indennità di Comunicazione erogate sono state 443

Cortesia di Nadia Rampin

- **A)** Dal Frialty-Index delle cartelle informatizzate degli MMG si contano 16.170 possibili pazienti ultra60enni altamente fragili
- **B)** Il sistema ACG evidenzia 16767 persone con consumo di risorse elevato e molto elevato, delle quali 10609 ultra65enni
- **C)** Nel 2024 sono state erogate 12.717 Indennità di Accompagnamento, per l'80,6% sono persone ultra65enni

I posti letto disponibili in RSA sono 4578, 46 posti letto nelle strutture residenziali della Salute Mentale, 181 nelle strutture per disabili

- **A)** I possibili pazienti ultra60enni individuati con l'HF e non ospitati nelle strutture residenziali sono 11365
- **B)** 11962 persone con consumo di risorse elevato e molto elevato rimangono a domicilio
- **C)** 7912 persone in PAT con indennità di accompagnamento sono fuori dalla residenzialità

**Sono persone fragili, con malattie croniche e con disabilità impattanti.**

- ***Sulla scorta di queste valutazioni, le persone sicuramente eligibili alla presa in carico domiciliare (assistenza domiciliare più cure palliative domiciliari) sembrano essere comprese in una forbice tra 7912 e 11962 (dato sottostimato); il fabbisogno di cure palliative extra RSA è compreso tra 2677 e 3259 persone (69%-84% dei deceduti/anno, Murtagh FE et alii, 2014).***



Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
<b>I livello</b> Persona in salute	Absenza di condizioni patologiche	Absenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
<b>II livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Absenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
<b>III livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disturbi debili prevalentemente mono-patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
<b>IV livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità di salute con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multidisciplinare, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio-assistenziali
<b>V livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziali o totali non autosufficienti) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e coordinativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi-residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multidisciplinare, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio-assistenziali
<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multidisciplinare, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio-assistenziali

## L'assistenza domiciliare: il progetto

- Privilegiare la presa in carico rispetto alla prestazionalità
- Agilizzare il sistema, togliere steccati, aprire silos
- Fidelizzare i professionisti
- Valorizzare gli operatori
- Lavorare sulle competenze di tutti
- Costruire un sistema che affronti le transizioni
- Conservare all'interno della nuova ASUIT l'attenzione alla progettualità territoriale
- Potenziare le sinergie col «sociale»



### L'assistenza domiciliare: la strategia

- Condividere la *vision*, gli obiettivi, la strategia
- Coinvolgere gli stakeholders
- Creare consenso
- Definire le responsabilità
- Lavorare sui ruoli
- Arginare le battaglie di retroguardia

### L'assistenza domiciliare: le azioni

#### L'organizzazione

- Revisione dei criteri di apertura dei piani di assistenza domiciliare, adozione dei nuovi strumenti informatizzati di valutazione multidimensionale
- Stesura di nuovi PDTA e revisione dei PDTA esistenti, gli accreditamenti

#### Le competenze

- Potenziamento delle competenze presenti: la mappatura delle competenze infermieristiche (CP, CPP, lesioni...), la ricognizione delle competenze dei palliativisti, la *job description* del medico di cure primarie, la certificazione degli MMG esperti, le COT dei coordinatori di percorso
- Inserimento di nuove competenze: il geriatra, lo pneumologo, l'IFoC, il progetto di ecografia *bed-side*

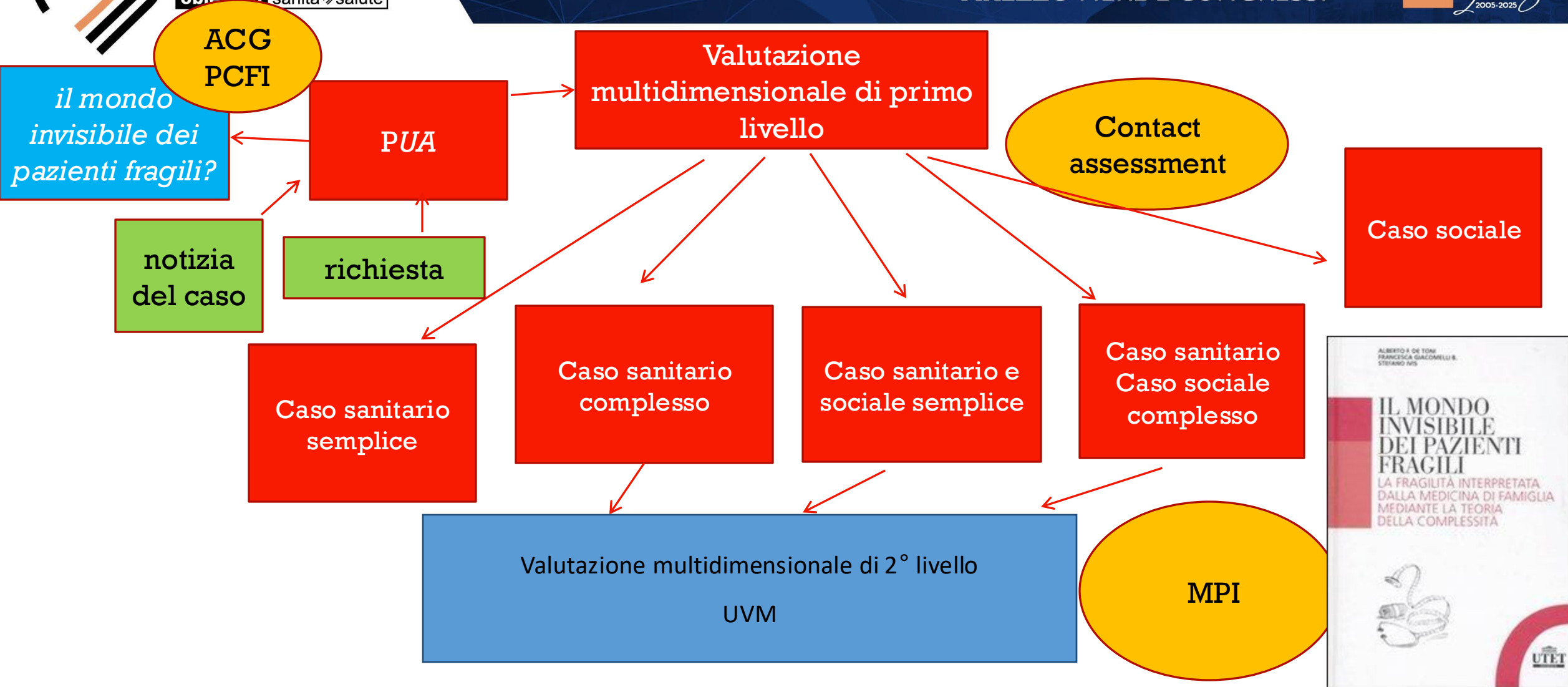
#### La tecnologia

- Progettazione e implementazione della cartella clinica informatizzata, l'adozione del cruscotto di monitoraggio, la verifica ed il controllo dei flussi di attività, l'impiego della telemedicina

#### Le collaborazioni strutturate extra APSS

- con i servizi sociali delle Comunità (progetto "Spazio Argento"), con le RSA

#### La formazione



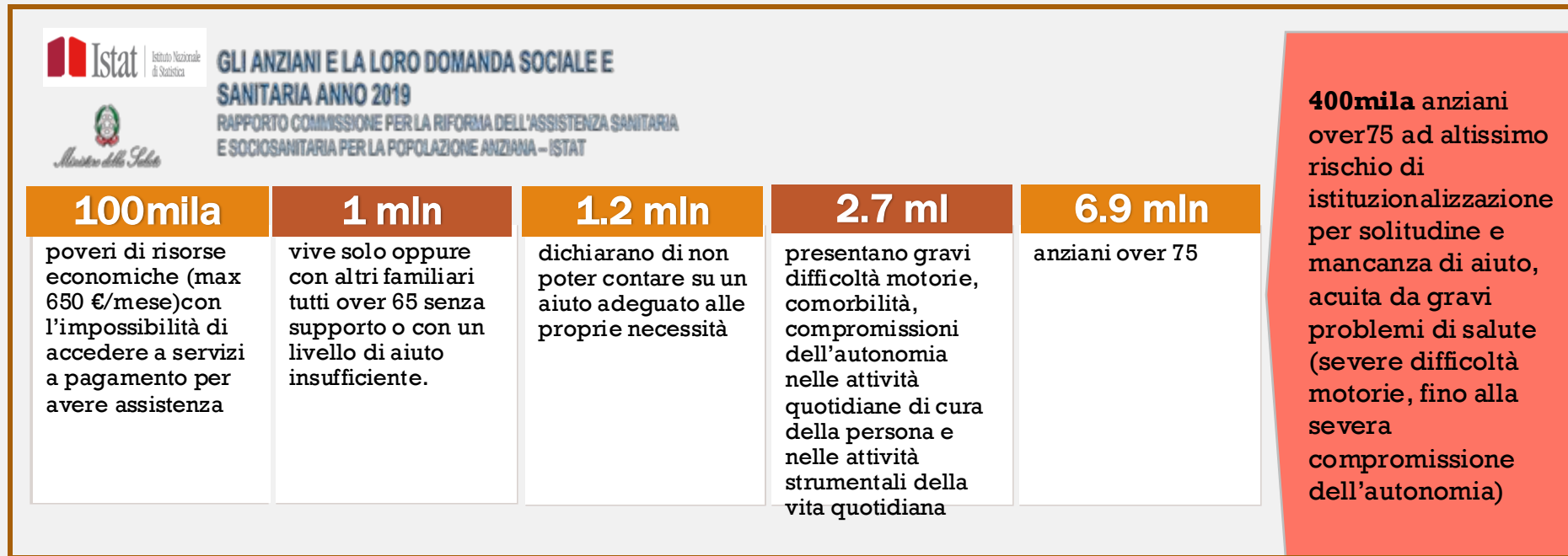
# LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA IN RISPOSTA ALLE TRANSIZIONI DEMOGRAFICA E SOCIALE IN ATTO NEI PAESI AD ALTO/MEDIO REDDITO

«L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che coinvolgerà sempre più nazioni, non solo del mondo sviluppato».

JOHN BEARD, Director Ageing and Life Course Department WHO

I cambiamenti demografici in atto stanno condizionando profondi cambiamenti epidemiologici, legati al progressivo e crescente invecchiamento della popolazione; questi cambiamenti provocano un grande incremento dell'incidenza delle condizioni di cronicità complessa ed avanzata, spesso ad evoluzione sfavorevole.

**Le persone anziane o molto anziane oggi vivono lunghi periodi della propria vita con malattie croniche complesse; un'attenzione particolare deve essere posta al riconoscimento delle fasi di passaggio da una relativa stabilità al momento nel quale queste malattie sviluppano un andamento progressivo e instabile che richiede una presa in carico attraverso servizi dedicati per la continuità delle cure, coordinati ed integrati sia con l'ospedale che con il territorio.**



## FAMIGLIE UNIPERSONALI (VALORI PERCENTUALI)

1971	1981	1991	2001	2011
12.9	17.84	20.59	24.89	31.15

Fonte ISTAT

# Le funzioni chiave di Spazio Argento

(DGP 1719/2022)

A.Integrazione  
B.Gestione Operativa  
C.Comunicazione  
D.Segretariato Sociale  
E.Presa in Carico Unitaria ed Integrata  
F.Monitoraggio



## 10 OBIETTIVI (e 26 azioni)

- 1) Adottare strumenti di coordinamento organizzativo e collaborazione tra i soggetti del territorio
- 2) Definire la programmazione di SA
- 3) Costituire l'équipe di SA
- 4) Analisi dei bisogni del territorio
- 5) Prevenzione e invecchiamento attivo
- 6) Sostenere chi assiste
- 7) Proporre risposte innovative ai bisogni dell'anziano
- 8) Attivare le risorse sul territorio
- 9) Implementare la funzione informativa
- 10) Garantire la presa in carico integrata e unitaria



## Un nuovo Sistema Sanitario: La riforma in cammino

Coordinamento delle politiche socio sanitarie

Integrazione sociosanitaria

*Grazie per l'attenzione!*

*gino.gobber@apss.tn.it*