



**Regione
Lombardia**

LE PROSPETTIVE DI EVOLUZIONE DEI SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA IN REGIONE LOMBARDIA

**Clara Sabatini U.O. Rete Territoriale
Direzione Generale Welfare**

Milano 13 Marzo 2025

La rete dei servizi per gli anziani in Regione Lombardia

La rete si articola in:

- Servizi **domiciliari**: ADI/C-Dom e UCPDOM gestite da erogatori pubblici o privati accreditati e il SAD gestito dai Comuni singoli o associati;
- Servizi **diurni**: CDI e Centri diurni sociali (questi ultimi sviluppando interventi di tipo rieducativo e/o di socializzazione);
- Servizi **residenziali**: RSA/Hospice e UdO sociali dedicate ad accogliere stabilmente o temporaneamente persone anziane a rischio solitudine e/o fragilità (Alloggi protetti anziani, Comunità alloggio sociale anziani (C.A.S.A.) e Casa Albergo).
- Servizi specialistici a vario livello: riabilitazione (sanitaria e/o sociosanitaria), centri per i disturbi cognitivi e demenze (CDCD) – circa 70 su tutto il territorio regionale - che afferiscono alla Rete regionale dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze;
- Si aggiungono interventi previsti da sperimentazioni, progettualità varie e interventi attivati ai sensi del PNRR Missione 5 e Missione 6. In particolare:
- Missione 5 componente C2 - Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non auto-sufficienti:
 - 1.1.2 *Interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti*: interventi infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso strutture alloggiative e dotazioni strumentali innovative che consentano agli anziani di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente, con la garanzia di servizi accessori. Attivi sul territorio regionale **20 progetti per 47 Ambiti coinvolti per un totale di 45,9 milioni** di finanziamento;
 - 1.1.3 *Interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale*: prevedono costituzione di équipe professionali, con formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali. Attivi sul territorio regionale **32 progetti per 71 Ambiti coinvolti per un totale di 10,4 milioni** di finanziamento.

Rete d'Offerta - Sinottico Offerta Sociosanitaria

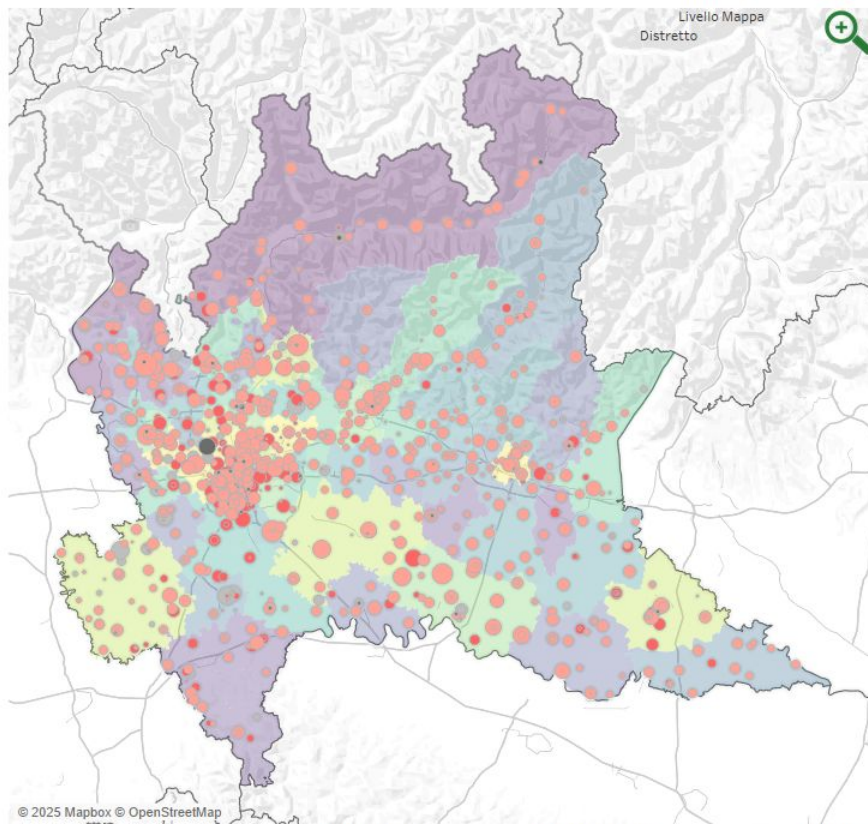
Data: 09/03/2025 | Ats: Tutti | Asst: Tutti | Distretto: Tutti | Comune: Tutti | Tipo Gestore: Tutti | Ente: Tutti | Target: Valori multipli | Attività: Tutti | Struttura: Tutti

Stato Validità **A CONTRATTO**

Numero UDO Numero Posti Letto

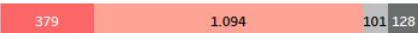
		Numero UDO	Numero Posti Letto
Anziani	CDI	281	6.209
	RSA	688	57.514
Anziani/disabili	ADI	0	0
	C-DOM	290	0
	INT	30	2.766
	ODC	7	175
	RIA	66	1.158
Palliative	HOSPICE	74	865
	UCPDOM	115	1
	UOCPDH	22	36
		1.557	68.724

Popolazione 0,0% 100,0%

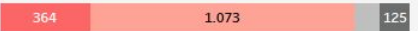


Enti SSR Privato No Profit Privato Profit Pubblico

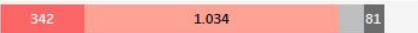
Numero UDO Abilitate: **1.702**



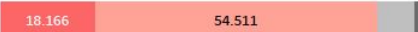
di cui Accreditate: **1.663**



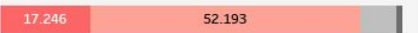
di cui a Contratto: **1.557**



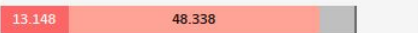
Numero PL Abilitati: **80.771**



di cui Accreditati: **77.374**



di cui a Contratto: **68.724**



La dimensione della rete d'offerta sociale per anziani

	CENTRO DIURNI ANZIANI	ALLOGGIO PROTETTO ANZIANI	COMUNITA ALLOGGIO SOCIALE ANZIANI	N. UdO	Posti
ATS DELLA BRIANZA	9	17	6	32	1009
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	6	23	16	45	1209
ATS DELLA MONTAGNA	9	9	7	25	697
ATS DELLA VAL PADANA	4	26	4	34	683
ATS DELL'INSUBRIA	21	15	7	43	1829
ATS DI BERGAMO	1	8	4	13	172
ATS DI BRESCIA	9	12	8	29	837
ATS DI PAVIA	4	25	84	113	1339
Totale complessivo	63	135	136	334	7775

A cui si aggiungono 44 Case albergo per **1.301** p.l.

Dati aggiornati al 2024 – fonte AFAM

I livelli erogativi del SSR rispetto alle altre regioni nelle RSA/CDI

Giornate erogate nel 2023 per 100.000 anziani over 65 (Fonte Annuario SSN)

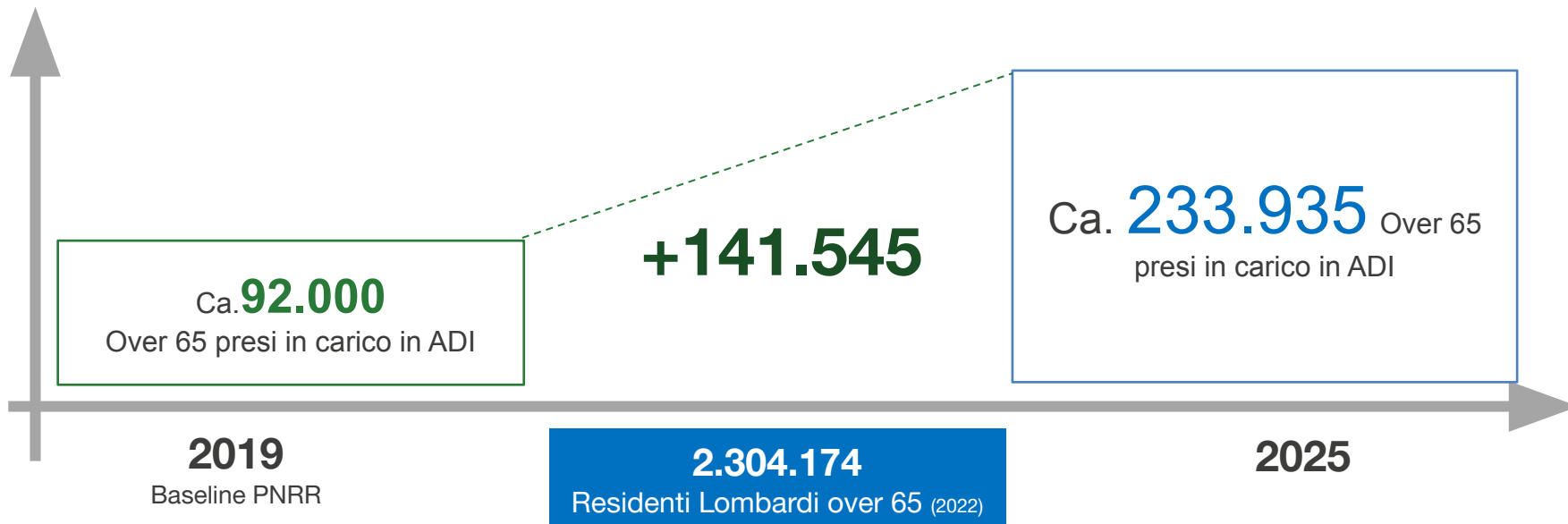
	residenziali	semiresidenziali
PIEMONTE	528.829,0	9.502,9
VALLE D'AOSTA	353.689,2	0,0
LOMBARDIA	897.183,3	76.277,1
PROV. AUTON. BOLZANO	1.382.729,6	0,0
PROV. AUTON. TRENTO	1.260.003,5	86.417,9
VENETO	848.990,8	35.358,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	820.966,2	28.179,7
LIGURIA	476.580,5	14.031,2
EMILIA ROMAGNA	508.638,6	137.993,1
TOSCANA	432.994,8	33.891,7
UMBRIA	284.532,7	24.229,6
MARCHE	564.995,8	13.913,1
LAZIO	156.554,1	1.290,5
ABRUZZO	171.467,6	0,0
MOLISE	109.754,3	0,0
CAMPANIA	49.256,9	3.097,1
PUGLIA	200.170,7	25.510,7
BASILICATA	55.157,8	202,5
CALABRIA	156.499,6	0,0
SICILIA	35.713,4	469,8
SARDEGNA	78.923,9	1.843,9
ITALIA	449.530,9	33.789,71

Assistiti nel 2024

DOMICILIARI/ RESIDENZIALI	TIPOLOGIA	NUMERO ASSISTITI
DOMICILIARI	C-DOM over 65	108.987
	RSA APERTA	18.577
SEMI-RESIDENZIALI	CDI	10.240
SERV. «PONTE»	RESIDENZIALITÀ À ASSISTITA	1053
RESIDENZIALI	RSA	86.086
TOTALE		224.943

A cui si aggiungono
gli interventi
effettuati dagli IfeC
e dai MAP

Attuazione PNRR Missione 6 Salute Componente 1.2.1 – Casa come primo luogo di cura (ADI)



I risultati PNRR Missione 6 Salute Componente 1.2.1 – Casa come primo luogo di cura (ADI)

2019	2022		2023		2024		2025	
Baseline	atteso	effettivo	atteso	effettivo	atteso	effettivo	atteso	effettivo
92.551	134.255	149.114	175.577	182.095	216.818	Da certificare	233.935	

- Prima del PNRR erano assistiti in Adi circa 650mila anziani, numero lievitato a 1,17 milioni nel 2023, equivalente all'8,4 per cento degli over 65;
- L'investimento PNRR ha portato ad un aumento della quota di cure domiciliari di base (prestazionale) che hanno raggiunto, nel 2023, il 58,9 per cento mentre la quota di cure domiciliari integrate si è ridotta al 41,1 per cento,
- L'incidenza degli interventi iniziati e conclusi nello stesso giorno (un sottoinsieme delle cure domiciliari di base) è passata dal 15 per cento del 2021 al 29 per cento del 2023;
- Gli anziani hanno ricevuto in media meno accessi rispetto al pre PNRR (da 14 a 12) così come la presa in carico è passata da tre mesi a due mesi;
- Un sistema di finanziamento basato su uno standard che equipara interventi complessi a interventi prestazionali

In sintesi:

- È stato promosso un ampliamento dell'utenza a discapito dell'intensità e della durata del servizio;
- Gli interventi più intensivi, continuativi e multidisciplinari non hanno trovato una risposta specifica.
- Diventa sempre più evidente la mancanza di un sistema di intervento dedicato alla presa in carico della non autosufficienza al domicilio.

Le sperimentazioni attive

<p>RSA APERTA esempio di flessibilità tra setting diversi (domicilio e struttura). Permette:</p> <ul style="list-style-type: none">• di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari per sostenere la permanenza al domicilio al fine di rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale.• di erogare prestazioni di norma previste solo in RSA anche agli anziani che rimangono al loro domicilio.	<p>Rivolta a persone affette da demenze e ad anziani non autosufficienti ultra 75enni. 237 RSA hanno aderito alla misura Sono stati assistiti circa 19.000 anziani La maggior parte delle persone assistite (78,3%) appartiene alla categoria dei grandi anziani ≥ 81aa.</p>
<p>Residenzialità leggera assistita</p>	<p>Misura finalizzata a fornire una risposta assistenziale a persone anziane fragili con limitazioni parziali delle autonomie, in assenza di una rete di sostegno o con criticità temporanee o persistenti della normale rete di supporto familiare. Numero strutture coinvolte: 70 Utenza raggiunta: 594</p>
<p>Villaggi Alzheimer</p>	<p>Servizio residenziale dedicato all'accoglienza di anziani affetti da varie forme di demenza di gravità lieve/media, che simula un piccolo paese, in grado di permettere agli ospiti di condurre una vita "quasi" normale ricevendo allo stesso tempo assistenza e cura. 3 sperimentazioni attive. Numero Utenti accolti: 117</p>

Classificazione degli interventi regionali

	Autonomia	Bisogni estemporanei/non autosufficienza temporanea	Parziale non autosufficienza/esordi non autosufficienza	Non autosufficienza	Fine vita
Domicilio	Piani invecchiamento attivo e progetti di scambio intergenerazionale	ADI(prestazionale) IFEC	ADI (Livelli) SAD B2	ADI (LIVELLI) SAD B1 RSA aperta	UCP-DOM
Diurno	Centri diurni sociali			CDI	Day hospice
Residenze	Co-housing	Cure intermedie ODC	Villaggio Alzheimer Residenzialità assistita CASA Alloggi protetti	RSA	Hospice

Interventi che si sviluppano in integrazione con tutti i servizi e secondo una continuità che tiene conto dei bisogni e del contesto di vita della persona.

Gli interventi si sviluppano secondo una **filiera** che va dall'autonomia al fine vita.

Evoluzione del sistema: l'attuazione del dm 77/22 e la riforma degli anziani

Due macro fattori scatenanti che si intersecano:

- **Trasformazioni demografiche e aumento della cronicità**, modifica della struttura della famiglia e dei legami sociali, trasformazioni economiche e del welfare. In particolare:
 - I modelli di servizio sono legati ad una visione obsoleta del welfare dove tocca ancora alla famiglia ricomporre gli interventi;
 - I sistemi di welfare spesso sono distanti dai nuovi bisogni e non sono in grado di rispondere alle sfide contemporanee per format di interventi, modalità ed approcci.
- Modifiche **normative** che hanno portato un cambiamento dell'assetto complessivo (DM 77/2022, PNRR, introduzione dei Leps sociali, l.r. 23/2015, l.r. 22/2021, Legge delega 33/2023 e Decreto legislativo 29/2024 e il D.Lgs. 62/2024 politiche in materia di disabilità).

Evoluzione del sistema: l'attuazione del dm 77/22 e la riforma degli anziani

Il «nuovo» territorio ha l'obiettivo di favorire:

- La prossimità;
- La continuità delle cure;
- L'integrazione di tutti i percorsi.

Cambia la cornice di riferimento secondo cui diventa necessario:

- **Coordinare le risposte** (anche tra soggetti diversi) secondo una **logica di filiera/di rete** in grado di fornire risposte unitarie, di qualità e disegnate sui bisogni dei singoli;
- Passare da un welfare tradizionale e di attesa ad un **welfare di iniziativa** che produca innovazione sociale e sia in grado di fornire una **lettura innovativa e attenta** alla progressiva trasformazione dei bisogni;
- Realizzare interventi e servizi flessibili in grado di rispondere ai bisogni in continua evoluzione;
- Passare da un sistema funzionale (o a silos) a un **sistema per processi** che permetta una integrazione strutturata a tutti i livelli;
- Favorire percorsi di **co programmazione e coprogettazione** tra tutti gli attori coinvolti;
- importanza del **continuum** e di garantire soluzioni all'interno di una **rete** che offra risposte **diversificate ma complementari** secondo una logica di filiera;
- Rafforzare la **presa in carico integrata**, valorizzando la rete esistente e coordinando gli interventi e le azioni con la rete d'offerta locale attraverso un dialogo costante con gli attori che animano il welfare locale.

Evoluzione del sistema

Regione per favorire dal punto di vista strategico, ha definito alcuni cardini di sviluppo all'interno del PSSR:

- *Transitional care*: approccio che comporta l'accompagnamento nel tempo e nei passaggi da un setting ad un altro, alternando assistenza domiciliare, offerta territoriale diurna e ricoveri brevi.
- Accreditalimento di filiera: *definizione di filiere multisetting*: definire perimetro e contenuti di un accreditalimento di filiera che assicuri un approccio d'offerta variegata e di lungo termine. All'interno di una filiera multisetting i gestori potrebbero proporre anche innovativi
- Programmazione integrata;
- Semplificazione e uniformità dell'accesso all'assistenza;
- Sviluppo delle reti clinico assistenziali;
- Avvio di un sistema di rilevazione dell'appropriatezza.

Parole chiave:
Prossimità
Personalizzazione
Flessibilità
Proattività
Valorizzazione TS
Coprogrammazione
Coprogettazione

La programmazione integrata prevede di:

- promuovere nuove e condivise modalità di intervento per una *transitional care* non solo sociosanitaria ma anche sociale;
- armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT), anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione con gli ETS;
- sviluppare la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del Terzo Settore, sia di co-progettare con esse un welfare di prossimità.



DGR 2089/2024 Linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT)
DGR 2167/2024: Linee Guida PdZ 25 – 27

Gli scenari previsti nel PSSR

Anziani:

- Potenziamento della risposta al domicilio fisico e *transitional care* in logica di filiera;
- **Flessibilità e rimodulazione** della rete delle unità di offerta utilizzando nuove forme di assistenza e favorendo l'integrazione con le reti esistenti;
- Scala di valutazione multidimensionale **omogenea** anche secondo il disposto del D.Lgs 29/2024.

Nell'attuazione del disposto del D.Lsg 29/2024 Diventa fondamentale:

- Attuare una evoluzione che è innanzitutto **culturale** per definire un sistema di intervento **dedicato e specifico** per la non autosufficienza a partire dalla presa in carico domiciliare e **capace di garantire un continuum** di assistenza secondo la logica della *transitional care*;
- **Valorizzare e stabilizzare** percorsi/progetti/interventi e reti già esistenti al fine di definire vere e proprie filiere di intervento *multisetting* che possano operare in modalità integrata e complementare;
- Definire percorsi chiari al fine di **evitare sovrapposizioni** di competenze e favorire una reale semplificazione dei processi di accesso e di valutazione (ad oggi molto diversi tra le regioni);
- Definire **chiari livelli di responsabilità** tenuto conto di quanto è già presente sui territori;
- Favorire maggior coordinamento con le normative che regolano gli assetti organizzativi del sistema.



Regione
Lombardia

Grazie.