

**PROPOSTA DI RISOLUZIONE**  
**18 giugno 2026**

**Determinazioni in ordine all'istituzione della figura del Geriatra di Comunità**

La presente risoluzione nasce dalla necessità di rafforzare la capacità del sistema sociosanitario lombardo di rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e caratterizzata da elevati livelli di fragilità e complessità assistenziale. L'obiettivo non è introdurre nuove rigidità organizzative, ma promuovere modelli innovativi e flessibili di integrazione tra ospedale e territorio, valorizzando le competenze professionali già presenti nel Servizio sanitario regionale. La figura del Geriatra di Comunità può contribuire a migliorare l'appropriatezza clinica, sostenere la medicina territoriale e favorire percorsi assistenziali più vicini ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie. La proposta si inserisce pienamente nel percorso di attuazione del DM 77/2022 e nello sviluppo delle Case della Comunità previste dal PNRR, rafforzando la vocazione territoriale del sistema sanitario lombardo attraverso sperimentazioni organizzative sostenibili e orientate ai risultati.

**IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA**

**VISTI**

- il DM 77 del 23 maggio 2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";
- il D.P.C.M. 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";
- la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e sue modificazioni e integrazioni;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 "Salute", con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale;
- la Legge n. 33/2023 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" (decreto attuativo d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29) che sostiene un nuovo sistema di assistenza agli anziani più efficiente e personalizzato, orientato a rispondere alle esigenze specifiche di ciascuno, promuovendone l'autonomia e dignità;
- la legge regionale 30 novembre 2022, n. 23 che riconosce e valorizza la figura del caregiver familiare in Lombardia;

**RICHIAMATI**

- il "Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura", documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, tra cui si rileva il potenziamento dei servizi di tutela della salute per la popolazione anziana;
- il "Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028", che pone la prevenzione e la cultura dell'invecchiamento attivo al centro degli indirizzi regionali;

-l'ordine del giorno n. 620 "Implementazione e valorizzazione dell'assistenza alla popolazione anziana" - approvato all'unanimità in occasione della trattazione in Aula dello stesso "Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028" (DCR n. XII/372/2024) – che impegna la Giunta a: *"promuovere modelli di integrazione del geriatra nei Pronto Soccorso, cosicché siano gli specialisti nella cura dell'anziano a farsi carico degli anziani fragili; -ripensare i tradizionali modelli di cura per la popolazione anziana, istituendo all'interno delle Case di Comunità gli ambulatori geriatrici technology-assisted, promuovendo il ruolo del geriatra nel territorio, favorendo il lavoro di rete con i medici di medicina generale e gli infermieri di famiglia/comunità; -favorire la diffusione delle comunità amiche delle persone con demenza (Dementia Friendly Community)";*

- gli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 e 2026 (DGR XII/3720 e DGR XII/ 5589) che vedono tra i propri obiettivi la riorganizzazione dei servizi per le persone anziane, offrendo risposte più adeguate alla complessità assistenziale e alla riduzione dell'ospedalizzazione, con interventi finalizzati al rafforzamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e dell'assistenza domiciliare;

### **PREMESSO CHE**

- la Lombardia è tra le regioni europee maggiormente interessate dai fenomeni di invecchiamento della popolazione e di incremento delle condizioni di fragilità clinica e sociale; dati recenti attestano che al 31 dicembre 2023, si contano 177 persone over65 ogni 100 under15, con una tendenza al rialzo per i prossimi decenni che evidenzia un divario crescente tra l'aspettativa di vita complessiva e gli anni vissuti in piena salute (healthspan-lifespan gap);

- le condizioni di fragilità, disabilità e complessità bio-psico-sociale delle persone anziane e molto anziane, con una conseguente maggiore domanda di servizi sociosanitari e un progressivo aumento degli accessi al Pronto Soccorso con codici di priorità differibili o minori, rappresentano oggi una delle principali sfide di sostenibilità del sistema sanitario regionale, incidendo in modo significativo sugli accessi ai servizi di emergenza-urgenza, sui ricoveri ospedalieri e sulla continuità assistenziale post-dimissione;

### **ATTESO CHE**

- l'aumento della popolazione anziana con patologie croniche, multimorbilità e decadimento funzionale richiede un'evoluzione dei modelli organizzativi sanitari e sociosanitari finalizzata da una parte a massimizzare gli anni di vita in salute, con il consolidamento delle attività di prevenzione atte a tutelare l'autonomia e la capacità funzionale della persona e, dall'altra, ad una più efficace e integrata programmazione della rete dei servizi;

- il modello Integrated Care for Older People ICOPE, messo a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rende possibile un'assistenza proattiva e centrata sulla persona, orientata al monitoraggio e al mantenimento delle capacità intrinseche (fisiche e mentali) dell'anziano attraverso la valutazione multidimensionale, interventi precoci personalizzati e una forte integrazione tra servizi sanitari e sociali sul territorio;

- l'approccio geriatrico rappresenta un modello di assistenza volto alla presa in carico globale, multidimensionale e continuativa della persona anziana, consentendo anche di ridurre le ospedalizzazioni non pianificate, favorire una deospedalizzazione tempestiva e promuovere la permanenza al domicilio massimizzando il mantenimento delle capacità funzionali;

- esperienze italiane ed europee hanno evidenziato come la figura del Geriatra di Comunità possa rappresentare un elemento strategico per rafforzare l'integrazione tra medici di assistenza primaria, servizi socio-assistenziali e specialisti, anche attraverso consulti e teleconsulti, con la possibilità di intercettare precocemente i segnali di declino funzionale e cognitivo e mettere in atto interventi multidimensionali di tipo preventivo, consentendo di allocare più efficientemente le risorse socioassistenziali;

- la geriatria rappresenta una disciplina strategica per la gestione della complessità clinica, della fragilità e della multimorbilità e contribuisce a promuovere la medicina della complessità all'interno della rete territoriale;

### **CONSIDERATO CHE**

- per dare concreta attuazione ai sopra citati obiettivi di prevenzione e invecchiamento attivo espressi dal Piano, risulta strategico potenziare la rete dei servizi territoriali attraverso la valorizzazione di figure specialistiche prossime al cittadino, fondamentali per intercettare precocemente la fragilità e promuovere la salute globale dell'anziano nel proprio contesto di vita;

- una quota rilevante degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri riguarda pazienti anziani fragili con bisogni prevalentemente assistenziali, sociosanitari o di gestione clinica territoriale; la risposta a tali bisogni non può essere affidata esclusivamente al modello ospedaliero tradizionale, ma richiede una presa in carico multidimensionale e continuativa;

- il DM 77/2022 e il PNRR individuano nella sanità territoriale, nell'integrazione multiprofessionale e nell'istituzione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità gli snodi fondamentali per garantire prossimità, continuità e appropriatezza delle cure; tale riassetto della medicina di prossimità offre l'opportunità concreta di prevedere l'inserimento, tra gli specialisti operanti nel territorio, della figura del Geriatra di Comunità, quale professionista strategico nel supportare i Medici di Assistenza Primaria (MAP) nella gestione della cronicità e della complessa fragilità dell'anziano, concorrendo così a un modello assistenziale più efficace e sostenibile;

### **CONSIDERATO ALTRESÌ CHE**

- l'integrazione strutturata delle competenze geriatriche all'interno delle reti territoriali può contribuire a: - ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso; - migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri; - favorire la permanenza al domicilio delle persone anziane; - sostenere i medici di assistenza primaria nella gestione dei pazienti complessi; - migliorare la continuità assistenziale tra ospedale, territorio e servizi sociosanitari; - esperienze già avviate in alcuni territori lombardi hanno evidenziato risultati positivi in termini di integrazione tra geriatria ospedaliera, medicina generale, assistenza domiciliare e servizi territoriali;

### **PRESO ATTO**

- dell'audizione in commissione sanità del 3 aprile 2025, dedicata al tema dell'assistenza sanitaria alla persona anziana e alle possibili azioni da promuovere per assicurare una presa in carico appropriata della popolazione anziana, valorizzando la rete territoriale, l'integrazione ospedale-territorio, le competenze geriatriche e i percorsi di long-term care;

- degli approfondimenti condotti nelle giornate del 16 e 30 marzo 2026, in seno al Gruppo di Lavoro "Geriatra di Comunità", istituito presso la III commissione Sanità con la partecipazione di autorevoli professionisti ed esperti, i cui contributi hanno concorso alla stesura della presente risoluzione;

## **VALUTATO CHE**

- la figura del Geriatra di Comunità può rappresentare un elemento qualificante della riforma territoriale lombarda, quale riferimento specialistico per la presa in carico della popolazione anziana fragile;
- la creazione di una rete lombarda dedicata alla fragilità ("network lombardo delle Frailty Unit"), integrata con le Case della Comunità e con i servizi territoriali delle ASST, consentirebbe di uniformare percorsi, criteri di valutazione e modelli organizzativi;
- uno screening della fragilità, attraverso strumenti di facile e rapido utilizzo e liberi da copyright, come il Primary Care Frailty Index - strumento di valutazione della complessità clinica della popolazione ultrasessantenne - consentirebbe un'identificazione più puntuale dei profili di rischio, con una conseguente ottimizzazione delle risorse sanitarie e sociali;
- le positive sperimentazioni lombarde delle Frailty Unit e delle Osservazioni Brevi Intensive GERiatriche (OBI-GER) dimostrano come il coinvolgimento precoce del geriatra in Pronto Soccorso sia nettamente più efficace dei modelli tradizionali, consentendo di intercettare tempestivamente gli anziani fragili per i quali il ricovero è inappropriato - evitandone i rischi e le complicanze - e di favorirne il rapido rientro al domicilio attraverso percorsi clinico-assistenziali definiti e l'attivazione immediata della rete territoriale, coniugando così appropriatezza delle cure, continuità assistenziale e sostenibilità del sistema;
- integrare e valorizzare figure professionali sanitarie quali il fisioterapista e il terapeuta occupazionale nei modelli organizzativi e nelle équipes multidisciplinari operanti nei contesti di cura e nelle strutture intermedie, contribuirebbe significativamente al mantenimento delle capacità funzionali dell'anziano e alla prevenzione dell'eventuale disabilità acquisita durante il ricovero per acuti;

## **DATO ATTO CHE**

- la figura del Geriatra di Comunità si qualifica quale specialista di riferimento per la gestione proattiva della fragilità sul territorio, operando in stretta sinergia con i Medici di Assistenza Primaria (MAP) e gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) all'interno delle Case di Comunità, al fine di garantire una valutazione multidimensionale precoce, percorsi di cura personalizzati e la massima continuità assistenziale;
- valorizzare modelli di presa in carico fondati sulla capacità intrinseca e sulla funzione - superando il tradizionale approccio centrato esclusivamente sulla singola malattia - rappresenta la strategia più efficace per rispondere con sostenibilità alla complessità dei bisogni della popolazione anziana, con particolare riferimento al mantenimento dell'autonomia funzionale, alla prevenzione di fragilità, cronicità, disabilità e declino neuro cognitivo;
- l'avvio di sperimentazioni organizzative territoriali consentirebbe di valorizzare competenze professionali già presenti nel Servizio sanitario regionale, anche attraverso prevenzione, attività ambulatoriali territoriali, consulenze specialistiche, équipes multiprofessionali e strumenti di telemedicina;

## **IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE E L'ASSESSORE AL WELFARE**

1. attivare percorsi sperimentali che vedano la presenza della figura del Geriatra di Comunità nell'organico delle Case della Comunità e nelle reti territoriali della ASST, in sinergia con i medici di assistenza primaria, anche mediante strumenti di telemedicina e teleconsulto e con l'ausilio di tecnologie portatili, valorizzandone il ruolo quale figura di riferimento nella valutazione precoce della fragilità e del possibile decadimento cognitivo, con l'obiettivo di una progressiva estensione del modello a livello regionale, nell'ambito di una rete integrata che coinvolga i PUA, le COT e le EVM, gli infermieri di famiglia e di comunità, nonché il sistema delle cure intermedie, le RSA, i fisioterapisti per la prevenzione delle cadute e il mantenimento dell'autonomia funzionale, gli educatori e gli psicologi;
2. promuovere presso gli studi dei medici di assistenza primaria uno screening gratuito e proattivo della fragilità tramite strumenti come il Primary Care Frailty Index per stratificare i profili di rischio della popolazione, orientare gli interventi sanitari e permettere una gestione più personalizzata e appropriata dei pazienti;
3. favorire l'attivazione di modelli organizzativi territoriali orientati alla presa in carico multidimensionale della fragilità, con particolare attenzione alla prevenzione delle riacutizzazioni, alla continuità assistenziale post dimissione, alla gestione domiciliare dei pazienti complessi, alla riduzione degli accessi impropri ai servizi ospedalieri, in coerenza con i principi del modello ICOPE dell'OMS;
4. valorizzare la figura del geriatra nei contesti ospedalieri per acuti, potenziando la collaborazione tra le varie specializzazioni e la geriatria nei reparti per acuti (ortogeriatrics, neurogeriatrics, cardiogeriatrics, ecc.) laddove possibile e nei Pronto Soccorso tramite l'istituzione di "frailty unit", così da evitare ricoveri impropri agli anziani fragili, favorendo la cultura della cura al domicilio (*Hospital at Home*) e la gestione delle acuzie lievi (in assenza di grave instabilità clinica) a casa;
5. promuovere la costituzione di un network lombardo delle "Frailty Unit", integrato con le strutture territoriali e ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, finalizzato a sviluppare percorsi omogenei di valutazione multidimensionale, condividere modelli organizzativi e protocolli assistenziali, rafforzare l'integrazione tra ospedale, territorio e servizi sociosanitari, supportare la presa in carico delle persone anziane fragili e dei caregiver;
6. sostenere la formazione e il reclutamento di nuovi specialisti in geriatria, promuovendo l'attrattività della specializzazione anche mediante campagne informative e collaborazioni con le Università lombarde, consentendo ai medici in formazione di svolgere il tirocinio anche sul territorio ed estendendo i piani formativi a MAP, IFeC, personale dei Distretti e operatori del 116117, in sinergia con Psicologi, IFeC e Assistenti Sociali di ASST e Ambiti;
7. promuovere campagne di informazione e sensibilizzazione alla cittadinanza, in collaborazione con le società scientifiche, sul tema dell'invecchiamento attivo e della prevenzione funzionale, ispirandosi a buone pratiche internazionali;
8. definire specifici indicatori di monitoraggio delle sperimentazioni, con particolare riferimento a riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, riduzione delle riospedalizzazioni, attivazione di percorsi territoriali per la fragilità, mantenimento della permanenza al domicilio, qualità della presa in carico assistenziale, tenendo conto anche delle eventuali condizioni di isolamento sociale in cui possono trovarsi le persone anziane;

9. istituire il Gruppo di Lavoro sulla Geriatria, composto da qualificati professionisti geriatri e Direttori Sanitari e Sociosanitari delle ASST, che abbiano sperimentato buone prassi sul territorio, con funzione consultiva e di supporto alla Direzione Generale Welfare, al fine di contribuire alla realizzazione di quanto previsto dalla presente risoluzione;

10. riferire periodicamente alla competente commissione consiliare sugli esiti delle sperimentazioni avviate, sugli indicatori di monitoraggio e sulle eventuali prospettive di consolidamento del modello organizzativo a livello regionale.